

“Ik doe het liever zelf!”

Zelfredzaamheid bij cliënten met een psychiatrische aandoening

Onderzoeksverslag



Auteur:	Nanda Klein
Studentnummer:	65681
Opdrachtgever:	H. Stam
Instelling:	Emergis, afdeling HAT
Eerste beoordelaar:	B. van der Veer
Tweede beoordelaar:	D.A.P. Keijsers
Opleiding:	Social Work
Datum van uitgave:	06-05-2019
Versie:	1.0

“Ik doe het liever zelf!”

Zelfredzaamheid bij cliënten met een psychiatrische
aandoening

Auteur:	Nanda Klein
Course:	CU16565 Praktijkgericht Onderzoek
Opleiding:	Social Work
Groep:	SW4A
Studiejaar:	2018-2019
Onderwijsinstelling:	HZ University of Applied Sciences
Instelling:	Emergis. Afdeling HAT
Opdrachtgever:	H. Stam
Eerste beoordelaar:	B. van der Veer
Tweede beoordelaar:	D. A. P. Keijsers
Plaats van uitgave:	Vlissingen
Datum van uitgave:	06-05-2019

Samenvatting

Door de recente ontwikkeling van de participatiesamenleving zijn de eigen regie en zelfredzaamheid aandachtspunten geworden voor de hulpverlener. Zij moeten de cliënt zo veel mogelijk zelf laten doen om de zelfredzaamheid en ook het herstel van de cliënt te bevorderen. Deze ontwikkeling vraagt om een verandering in de manier van werken van de hulpverlener. De centrale onderzoeksvraag luidt daardoor: *“Wat is er nodig in de begeleiding op de afdeling HAT van Emergis in Kloetinge om de zelfredzaamheid van de cliënten te bevorderen, zodat deze kunnen uitstromen naar een woning buiten de instelling?”*

De onderzoeksvraag is beantwoord middels kwalitatief onderzoek. Er is onderzoek gedaan naar de beleving van cliënten en medewerkers met betrekking tot de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit is gedaan door middel van semigestructureerde interviews, die gehouden zijn met medewerkers en cliënten.

Uit deze interviews is gekomen dat de cliënten op het gezonde gedrag gewezen moeten worden. Daarbij hoort het kijken naar een dagbesteding buiten het terrein van Emergis, maar ook dat er meer ingezet wordt op het netwerk van de cliënt. Er is ook geconcludeerd dat er meer individueel gekeken kan worden naar de cliënt in welke fase van herstel deze zit en wat de hulpverlener daarbij wel of niet kan overnemen. Ook kunnen de medewerkers elkaar meer aanspreken op hun handelen. Door elkaar aan te spreken komt er een kritische blik op het handelen van de medewerker en wordt er meer nagedacht over herstelgericht werken. Dit kan gedaan worden tijdens een intervisie moment met het hele team.

Abstract

Due to the recent development of the participation society, the self-control and self-reliance has become more important for the social worker. Their working methods have to change to let the client do as much as possible themselves, in order to promote self-control, self-reliance and the recovery of the client. The central research question is: *“What is needed in the care for the clients at the HAT department of Emerges in Kloetinge to promote the self-reliance of the clients, so that they can move to a home outside the institution?”*

The research question has been answered through qualitative research. The key point to the research is the experience of clients and employees in regard to the client's self-reliance. This was done through semi-structured interviews, which were held with employees and clients.

It appears from this research that clients have to be made aware of their 'healthy behavior'. This includes looking at daily activities outside of the institution. It also includes making an appeal on the client's network. It has also been concluded that the social worker has to look more individually to each client and what stage of recovery they're in so the social worker knows when to take something over from the client. Social workers can also confront each other more about their actions. By addressing each other there is a critical eye on the actions of the employee and more thought is given to recovery-oriented work. This can be done during an InterVision moment with the entire team.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Theoretisch kader	3
2.1 Het hospitalisatiesyndroom	3
2.3.1 Zelfredzaamheid	4
2.2 Herstelgericht werken	4
2.3 De methodieken van de HAT	6
2.3.1 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, de SRH methodiek	6
2.3.2 Active Recovery Triad, de ART methodiek	8
2.4 Uitgangspunten van het onderzoek	9
3. Methode van het onderzoek	11
3.1 Onderzoeksstrategie	11
3.2 Dataverzamelingsmethode	11
3.3 Onderzoekspopulatie, onderzoekseenheden, respondenten	11
3.4 Steekproef	11
3.5 Onderzoeksinstrumenten / data-analyse	12
3.6 Betrouwbaarheid	12
3.7 Validiteit	12
3.8 Bruikbaarheid	13
4. Resultaten	14
4.1 Verloop van het veldwerk	14
4.2 Resultaten aan de hand van de topics uit de respondentengroep van medewerkers	14
4.2.1 Oorzaken van hospitalisatie	14
4.2.2 Zelfredzaamheid	15
4.2.3 Herstelgericht werken	15
4.2.4 De SRH en ART methodiek	16
4.3 Resultaten aan de hand van de topics uit de respondentengroep van cliënten	17
4.3.1 Oorzaken van hospitalisatie	17
4.3.2 Zelfredzaamheid	17
4.3.3 Herstelgericht werken	18
4.3.4 De ART en SRH methodieken	18
5. Conclusie	19
5.1 Deelvraag 1: Welke acties worden op dit moment door de begeleiding ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen?	19
5.2 Deelvraag 2: Wat gaat er volgens de cliënten nu niet goed in de begeleiding bij het bevorderen van de zelfredzaamheid?	19

5.3 Deelvraag 3: Wat heeft de cliënt nodig in de begeleiding voor het bevorderen van de zelfredzaamheid?	20
5.4 Deelvraag 4: Wat hebben de medewerkers nodig voor het verbeteren van de bevordering van de zelfredzaamheid?	21
5.5 Centrale onderzoeksvraag: Wat is er nodig in de begeleiding op de afdeling HAT van Emergis in Kloetinge om de zelfredzaamheid van de cliënten te bevorderen, zodat deze kunnen uitstromen naar een woning buiten de instelling?	21
6. Discussie	22
6.1 Methodische discussie	22
6.1.1 De betrouwbaarheid	22
6.1.2 De validiteit	22
6.1.3 De bruikbaarheid	23
6.2 Inhoudelijke interpretatie van de conclusies	23
6.3 Bespreking van onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag	24
7. Aanbevelingen	26
7.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever	26
7.1.1 Benadering van de cliënt	26
7.1.2 Medewerkers elkaar aanspreken	27
7.1.3 Herzien van het beleid	27
7.1.4 Werken volgens de SRH	27
7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	28
7.2.1 Beleid	28
7.2.2 Werken met de SRH	28
7.2.3 Medewerkers elkaar aanspreken	28
Bibliografie	29
Bijlagen	31
Bijlage 1: feedbackverslag van de opdrachtgever voorzien van een handtekening	31
Bijlage 2: interviewlijst	32
Bijlage 3: Transcriptie van uitgevoerd interview	34

1. Inleiding

Voor de cursus Praktijkgericht Onderzoek Social Work aan de HZ University of Applied Sciences is er een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. Het praktijkgerichte onderzoek is uitgevoerd op de afdeling Housing Apart Together, ook wel HAT genoemd, van Emergis in Kloetinge. Emergis is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Zeeland. Emergis wil een bijdrage leveren aan goede geestelijke gezondheid van de mensen in Zeeland, zorg is ten slotte betrokkenheid van mensen bij elkaar en Emergis gelooft dat iedereen recht heeft op een waardig en zinvol leven. De visie van Emergis luidt daarom als volgt: samen sterk, sterker samen (Emergis, 2018).

De afdeling HAT staat voor: 'Housing Apart Together', oftewel 'samen wonen maar toch apart'. Elke cliënt heeft een eigen appartement met daarin een slaapkamer, keuken, woonkamer en badkamer. In totaal zijn er negenentwintig cliënten, allemaal ouder dan 18 jaar. Dit is een semi-ambulante woonsituatie (HAT Emergis, 2018). Bij de afdeling HAT staat het proces van herstellen centraal. De begeleiding is gericht op het stimuleren van de mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt en op het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. Eén van de doelstellingen van de HAT is om te leren zo zelfstandig mogelijk te wonen buiten de kliniek (HAT Emergis, 2018). Om de cliënten zo veel mogelijk te helpen bij het herstel zijn er overdag en in de avond agogen, verpleegkundigen, leerlingen en stagiaires aanwezig. Er zijn ook een verpleegkundig specialist en een ervaringswerker die meerdere dagen op de afdeling aanwezig zijn en behandeling bieden aan de cliënten. Er is een vaste psychiater, met een vast spreekuur, waar de cliënten naartoe kunnen.

Door de ingang van de participatiewet in 2015 is er een trend ontstaan dat mensen zoveel mogelijk zelf moeten kunnen doen; de zogeheten participatiesamenleving. Hierdoor zijn de eigen regie en de zelfredzaamheid van de cliënt op nummer één komen te staan. Als hulpverlener is het belangrijk om de cliënt zo veel mogelijk zelf te laten doen om daarmee de zelfredzaamheid en zodoende ook het herstel van de cliënt te bevorderen (Van Der Gulden, 2014).

Op de HAT verblijven veel cliënten die voor een langere periode, in veel gevallen langer dan 10 jaar, opgenomen zijn in de kliniek van Emergis. De HAT dient als de laatste stap voordat zij buiten de kliniek gaan wonen. Daarom is het belangrijk dat zij de regie over hun eigen leven terugkrijgen en zelfredzaam kunnen zijn. Doordat bijna alle cliënten die opgenomen zijn op de HAT voor een langere periode in behandeling bij Emergis zijn, is er bij verschillende cliënten een gevoel van veiligheid en afhankelijkheid ontstaan waardoor ze niet meer weg willen uit de kliniek. Dit wordt ook wel het hospitalisatiesyndroom genoemd (Van Der Gulden, 2014). Omdat de HAT staat voor zelfredzaamheid, herstel en het voorbereiden op het leven buiten de kliniek, is dit hospitalisatiesyndroom een probleem. Cliënten raken meer afhankelijk van de zorg, waardoor er geen doorstroming meer plaatsvindt (Eynde, 1976). Het is een vicieuze cirkel. Mensen die langdurig in een psychiatrische instelling zijn opgenomen raken gewend aan de zorg en hospitaliseren. Medewerkers nemen taken over, waardoor de cliënt afhankelijk wordt van de zorg. Het gebeurt dan sneller dat er geen oog meer is voor andere cliënten die op de afdeling verblijven (Eynde, 1976). Dit gebeurt ook allemaal op de HAT. Een voorbeeld hiervan is een cliënt op de afdeling HAT. Zodra hij een ruimte binnen stapt eist hij de aandacht van een medewerker volledig op, ook als deze in gesprek is. Op dat moment wordt er door medewerkers vaak voor gekozen om gehoor te geven aan die cliënt, waardoor de andere cliënten die ook in die ruimte aanwezig zijn, 'vergeten' worden. Voorheen was de cliënt minder veeleisend op dat gebied. Toen dat geleidelijk aan meer werd, is hierdoor de medewerkers gehoor aan gegeven, waardoor de cliënt gewend raakte aan de aandacht. Hierdoor is hij dit gedrag nog meer gaan vertonen. Andere cliënten hebben ook last van dit gedrag en aan dit hospitalisatiegedrag moet iets gedaan worden, omdat het hospitalisatiegedrag nog verder uit de hand loopt. Dit onderzoek is van belang omdat die vicieuze cirkel blijft bestaan en niet de juiste

zorg geboden kan worden. Ook is het zo dat wanneer een cliënt gewend is aan de zorg die bij de instelling hoort en niet meer weg wil, hij ook minder vaak buiten zijn woning komt. Veel wordt voor de cliënt geregeld, in plaats van dat hij het zelf doet. Hierdoor is de kans op terugval in de ziekte van de cliënt ook groter (Van Der Gulden, 2014). Er heerst in de maatschappij een stigma als het gaat om mensen met een psychiatrische aandoening. Veel mensen zien mensen met een psychiatrische aandoening als gevaarlijk, onvoorspelbaar of aanstellerig en gemaakt. Dit stigma over de psychiatrie zorgt ervoor dat mensen die langdurig klinisch zijn opgenomen niet meer terug de maatschappij in willen (Verhaeghe, Bracke, & Christiaen, 2008). Dit bevordert ook de hospitalisatie.

Het doel van dit onderzoek is het bieden van handvatten voor de begeleiding om te gebruiken in het handelen met de cliënt waardoor het hospitalisatiesyndroom verminderd wordt en zo dus de zelfredzaamheid bevordert en vergroot wordt. Zo kunnen de cliënten uiteindelijk uitstromen naar een woning buiten de instelling.

De centrale vraag in dit onderzoek is daarom:

Wat is er nodig in de begeleiding op de afdeling HAT van Emergis in Kloetinge om de zelfredzaamheid van de cliënten te bevorderen, zodat deze kunnen uitstromen naar een woning buiten de instelling?

De deelvragen die hierbij horen zijn:

- Welke acties worden op dit moment door de begeleiding ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen?
- Wat gaat er volgens de cliënten nu niet goed in de begeleiding bij het bevorderen van de zelfredzaamheid?
- Wat heeft de cliënt nodig in de begeleiding voor het bevorderen van de zelfredzaamheid?
- Wat voor invloed heeft een stigma op het bevorderen van de zelfredzaamheid?

Dit onderzoek is relevant voor het Social Work werkveld, omdat dit een probleem is dat al langere tijd speelt binnen de psychiatrie. De HAT is ooit ontstaan om cliënten een woonplek op het terrein van Emergis te geven die zo normaal mogelijk is. Naar aanleiding van de ontwikkelingen in het werkveld is dit veranderd en wordt er gewerkt aan het vergroten van de zelfredzaamheid en wonen buiten het terrein van Emergis (HAT Emergis, 2018). Door het hospitalisatiegedrag van de cliënten wordt dit steeds moeilijker. Dit is niet alleen te zien bij Emergis, maar dit is een probleem dat ook speelt bij andere psychiatrische instellingen en binnen de ouderenzorg (Den Boer, 2015). Met dit onderzoek worden dus niet alleen handvatten gegeven voor de medewerkers van de HAT van Emergis, maar de resultaten kunnen gebruikt worden door andere instellingen.

In het tweede hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven. Dit is een theoretische verdieping op het onderwerp, op basis van een aantal kernbegrippen die voortkomen uit de onderzoeksvraag. Hier zijn ook de uitgangspunten van het onderzoek te vinden. Het derde hoofdstuk beschrijft de onderzoeksmethode. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe het onderzoek uitgevoerd is. Zo wordt o.a. de onderzoeksstrategie, dataverzamelmethode, onderzoekspopulatie, onderzoeksinstrumenten en de data-analyse besproken. In hoofdstuk vier staan de resultaten beschreven. Hierin komt naar voren wat er uit het veldwerk is gekomen. Het vijfde hoofdstuk beschrijft de conclusie. In dit hoofdstuk worden de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag beantwoordt aan de hand van de resultaten uit het veldwerk. In hoofdstuk zes staat de discussie beschreven. Hierin wordt gekeken hoe bruikbaar, betrouwbaar en valide het onderzoek is geweest. Ook zal hier een vergelijking tussen de theorie en het veldwerk te lezen zijn. Hier wordt door de onderzoeker ook teruggeblikt op het onderzoeksproces. Hoofdstuk zeven omschrijft de aanbevelingen voor de opdrachtgever en voor eventueel vervolgonderzoek. Daarna volgt een bibliografie met de gebruikte bronnen. Aan het eind van het verslag zullen de bijlagen te vinden zijn.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk is een theoretische verdieping in het onderwerp te vinden, op basis van een aantal kernbegrippen. De kernbegrippen worden aan de hand van de theorie uitgelegd. Aan het eind van dit hoofdstuk zijn de uitgangspunten van het onderzoek te vinden met een overzicht van de topics.

2.1 Het hospitalisatiesyndroom

In de theorie staan verschillende definities van het hospitalisatiesyndroom, die uiteindelijk op hetzelfde neerkomen. Zo beschrijft Karin den Boer (2015) het hospitalisatiesyndroom als volgt: “het proces wanneer mensen zich gedurende het grootste deel van hun leven moeten aanpassen aan de instelling waarin zij wonen”. Zij geeft aan dat verlies van contact met de buitenwereld, gebrek aan perspectief, verlies van sociale contacten en machtsverhouding met het personeel als basis bij het hospitalisatiesyndroom horen. Volgens Den Boer is herstel gericht op het verminderen en beperken van dit proces. Echter geeft zij aan dat bij ouderen, en zo ook bij cliënten die al langdurig opgenomen zijn, dit herstelgerichte werken te laat geïntroduceerd is en de volhardende gedragspatronen hierdoor moeilijker te doorbreken zijn (Den Boer, 2015).

Volgens dr. Eynde (1976) omvat het hospitalisatiesyndroom een aantal verschijnselen die te zien is bij cliënten, en soms bij de medewerkers, bij een langdurig verblijf in een psychiatrische instelling. Hij geeft ook aan dat er een verband te zien is tussen de ontwikkeling van het hospitalisatiesyndroom en de duur van de opname in de instelling. Hij schrijft hier het volgende over (Eynde, 1976): “het proces vangt aan op het ogenblik dat de gehospitaliseerde persoon ophoudt zich zorgen te maken over of inspanning te getroosten voor het verwerven van zijn dagelijkse maaltijd, kleding, het handhaven van zijn sociale positie of de herovering van zijn zelfstandigheid”.

Er is een aantal symptomen of aspecten die gezien kan worden bij het hospitalisatiesyndroom, namelijk: verminderen van sociale functies door ontwenning, niet op de hoogte van recente ontwikkelingen, verlies van inzicht in eigen sociale rol, toenemende onzelfstandigheid, kinderlijker worden door verblijf in een grote groep met een bepaalde structuur en verminderde sociale participatie (Eynde, 1976).

Er worden ook een aantal oorzaken gegeven van het hospitalisatiesyndroom (Eynde, 1976):

1. Verlies aan contact met de buitenwereld door gesloten deuren, gebrek aan bezoek en gebrekkige bezoektijden.
2. Gedwongen niets te doen, door bijvoorbeeld observatie op bed, medewerkers die alles uit handen nemen en gebrek aan therapiemogelijkheden.
3. Een bepaalde machtshouding van de medewerkers richting de cliënten.
4. Het verlies van persoonlijke contacten, bezittingen en gebeurtenissen.
5. Medicatie, psychofarmaca.
6. Het leefklimaat op de afdeling, zoals hoe het is ingericht, of er ruimte is om naar buiten te kijken, kleuren etc.; en
7. Gebrek aan perspectief om ‘over de muren’ van de instelling heen te kijken; niet alleen perspectief voor werk, maar ook perspectief om de eenzaamheid te doorbreken.

Dr. Eynde (1976) beschrijft ook een positieve manier om naar het hospitalisatiesyndroom te kijken. Hij beschrijft het als de cliënt die opgenomen wordt in een milieu dat voor de juiste behandeling en verpleging is ingesteld. Dit is een hele andere manier van kijken naar het hospitalisatiesyndroom dan het negatieve wat altijd naar voren komt.

Vanuit de verschuiving van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving kan er ook naar het hospitalisatiesyndroom gekeken worden. Bij de verzorgingsstaat waren mensen afhankelijk van zorg en voorzieningen, wat leidde tot een toenemende afhankelijkheid daarin, maar ook van andere aspecten in het leven. Wanneer een persoon wordt opgenomen in een psychiatrische instelling en anderen de regie van het leven overnemen, vinden mensen het moeilijk om het leven zelf vorm en

inhoud te geven. Ze worden dan passiever en afhankelijker dan ze waren toen ze nog op zichzelf woonden. Er is te veel zorg en dit zorgt onbedoeld voor het verlies van de zelfredzaamheid. Het gevolg hiervan is dat de mensen nog meer zorg nodig hebben, wat weer zorgt voor een langere opname (Van Der Gulden, 2014). In het artikel wordt ook geschreven over het feit dat medewerkers en bestuurders in de psychiatrie in bepaalde mate ook hospitaliseren. Medewerkers hechten zich aan de bekende manier van werken. Een van de mogelijke oorzaken is dat sommige veranderingen hun baan in gevaar kunnen brengen. Een andere mogelijke oorzaak is dat de medewerkers het wel makkelijk vinden zo en zelf ook moeilijk tegen verandering kunnen. Het is voor medewerkers moeilijk om die manier van handelen te veranderen, dus houden ze hun oude handelingen in stand. Hierdoor blijft de eerder beschreven afhankelijkheid die een cliënt laat zien bestaan (Van Der Gulden, 2014).

2.3.1 Zelfredzaamheid

De tegenhanger van hospitalisatie is de zelfredzaamheid van een persoon. Onder zelfredzaamheid wordt verstaan dat een persoon een zo zelfstandig mogelijk leven kan leiden met zo min mogelijk hulp van de overheid (De Boer & Van Lans, 2011). Ook kan het gezien worden als het vermogen om zelf de zorg te organiseren om zo normaal mogelijk te kunnen leven. Zelfredzaam zijn is dan ook iets wat een groot deel van de mensen wil bereiken. Iedereen wil een zo zelfstandig mogelijk leven kunnen leiden en voor zichzelf kunnen zorgen (Linders, 2010).

Er kan bij zelfredzaamheid een verschil gevonden worden in verschillende typen burgers. De eerste is de onafhankelijke burger. Dit is iemand die zelf regie houdt over zijn of haar leven en zelfstandig kan leven. Het tweede type burger is de stuurloze burger. Dit is iemand die niet zelfstandig kan leven en de hulp die nodig is niet zelf kan organiseren, vanwege de aandoening of problematiek die hij heeft of ervaart. Het derde type is de betuttelde burger. Deze burger krijgt hulp die vergoed wordt, maar heeft hier zelf geen regie over. Het vierde type is de organisatorische burger. Dit is iemand die afhankelijk is van hulp, maar deze hulp wel zelf kan regelen en goed kan organiseren (Vlind, 2012).

Bij zelfredzaamheid hoort ook een eigen verantwoordelijkheid. Dit houdt in dat mensen zelf de verantwoordelijkheid hebben om hun eigen problemen op te lossen, maar ook de verantwoordelijkheid en de vrijheid om zelf te bepalen hoe zij dit gaan invullen en doen (Brink, 2013).

In de hulpverlening in de psychiatrie is gebleken dat er meer gebruik gemaakt kan worden van het sociale netwerk, de omgeving van de cliënt. De cliënt 'vergeet' na een lange opname dat hij nog een sociaal netwerk heeft en dat hij deze ook kan inzetten. De cliënt leunt veel op de hulpverlener, omdat dat de makkelijkste persoon is en die toch in de buurt is (Waanders & van Wonderen, 2015). Vaak zien cliënten niet dat ze de hulp kunnen inschakelen van het sociale netwerk. Een andere factor is dat cliënten zich bezwaard kunnen voelen om het sociale netwerk in te schakelen. Er kan dan geprobeerd worden om de bezwaren weg te nemen door de cliënt te laten inzien dat hij wat terug kan doen voor het netwerk (Waanders & van Wonderen, 2015). Niet iedere cliënt heeft een groot netwerk, of heeft een netwerk dat niet in staat is hulp te bieden. Waanders en van Wonderen (2015) geven daarbij aan dat er zelfhulp gezocht kan worden in het contact met andere cliënten. Dit kan door een programma genaamd 'herstellen doe je zelf'. Hierbij is er een groep cliënten die ervaringen uitwisselen. Dit is onder leiding van ervaringsdeskundigen, die daarbij informatie geven, maar ook helpen reflecteren op de vaardigheden van de cliënten die gericht zijn op het herstel. Uit onderzoek is gebleken dat dit programma effectief werkt.

2.2 Herstelgericht werken

Bij het woord herstel wordt al snel gedacht aan genezing en beter worden. Binnen het herstelgericht werken heeft herstel echter een andere definitie. Er heerst verwarring omdat men denkt dat mensen met psychiatrische aandoeningen nauwelijks genezen. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit niet zo is.

Ongeveer 75 procent van de mensen die voor het eerst een psychose hebben en hiervan herstellen, doen dit op een zodanige manier dat zij hier geen belemmeringen meer van hebben in hun verdere leven (Trimbos-instituut, 2018). Herstel bij herstelgericht werken is de bewustwording en acceptatie van problemen, omstandigheden, mogelijkheden en beperkingen die bij de persoon horen (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013). Herstel moet daarom ook gezien worden als een proces dat niet altijd een duidelijke uitkomst heeft, herstel is ook mogelijk als de aandoening niet geheel verdwijnt (Trimbos-instituut, 2018).

De definitie van herstel die het meest gegeven wordt is van William Anthony. Hij was vroeger directeur van het Psychiatric Rehabilitation Center in Boston. Deze luidt als volgt (Anthony, 1993): "Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven". Herstel gaat om het hervinden van betekenisgeving, identiteit, verbondenheid, perspectief en hoop en grip op het leven (Den Boer, 2015). Het proces van herstel kan lang duren en komt met complicaties. Zo zijn er crisissen en keerpunten, maar ook kansen en pogingen die soms slagen en soms niet slagen. Als aan cliënten gevraagd wordt hoe zij herstel omschrijven, wordt vaak het volgende gezegd: het overwinnen van wanhoop en gevoelens van hulpeloosheid, het leren inspelen op en hanteren van symptomen en stressvolle gebeurtenissen, de controle op het eigen leven terugvinden, eigen verantwoordelijkheid terugpakken, het toenemen van de eigenwaarde, er weer voor een ander kunnen zijn en erkend worden als persoon (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Het herstel van een individu is een persoonlijk proces. Ondanks dat het een persoonlijk en individueel proces is, vallen er fasen te onderscheiden (Gagne, Spaniol, Wewiorski, & Anthony, 2002):

- Overweldigd worden door de aandoening. De verwarring van de cliënt staat op de voorgrond.
- Worstelen met de aandoening. De cliënt vraagt zich af hoe hij ermee verder kan leven, maar heeft nog steeds angst om overweldigd te worden.
- Leven met de aandoening. De cliënt beseft steeds meer dat hij met de aandoening om kan gaan.
- Leven voorbij de aandoening. De aandoening raakt meer op de achtergrond.

De fasen hoeven niet op volgorde te gaan, soms kunnen cliënten een fase terugvallen en daarna weer vooruitgaan. Voor hulpverleners is het belangrijk dat zij het proces van deze fasen erkennen en leren om cliënten de tijd en ruimte te geven om hun eigen manier hierin te vinden (Trimbos-instituut, 2018). Het herstelproces van een persoon draait om hoop, toekomstperspectief en steun, en optimisme van familie en vrienden. Ook de eigen autonomie versterken door zelf keuzes te maken en risico's te nemen hoort bij het proces van herstellen. De beste manier om de juiste manier van herstelgericht werken voor een persoon te vinden, is door het aan die persoon zelf te vragen. Het is tenslotte zijn proces (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Om een beter begrip te krijgen van herstel, zijn er vier dimensies omschreven die onderdeel zijn van de herstelprocessen. Deze verdeling is niet bedoeld om mensen in te delen, maar om de juiste periode van herstel te kunnen herkennen bij een persoon en de juiste vragen te kunnen stellen die aansluiten bij de beleving van de cliënt (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Dimensie 1: Herstel van gezondheid. Hierbij gaat het om de strijd met lichamelijke en psychische klachten (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013). Het is een samenhang tussen de fysieke gezondheid, het psychisch welbevinden en de sociale tevredenheid (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

Dimensie 2: Herstel van identiteit. Hierbij gaat het om de ontdekking van zichzelf als persoon. Er wordt nagedacht over wat de persoonlijke normen en waarden van een persoon zijn, op welke

manier die de persoonlijkheid vormen en hoe die persoon de kracht vindt om zich daaraan vast te houden (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Dimensie 3: Herstel van maatschappelijke participatie. Mensen gaan hierbij opzoek naar hun rol in de maatschappij. Het gaat verder dan iemand werk of hobby's bieden in de maatschappij. Het is een zoektocht naar een plek die men al heeft ingenomen, maar er nog geen vorm aan gegeven heeft. Het is belangrijk om hierbij te onderzoeken wat de talenten, krachten en mogelijkheden van een persoon zijn (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Dimensie 4: Herstel van dagelijks functioneren. Hierbij gaat het om het ritme van de dag, de zelfzorg en de zorg voor anderen en je leefomgeving. Men is bezig met onderzoeken wat het dagelijks functioneren voor hen inhoudt. Het aanleren van vaardigheden kan voor het dagelijks functioneren belangrijk zijn, maar heeft hier niet de prioriteit (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

Uit deze aspecten komt naar voren dat het een persoonlijke zoektocht is. Wanneer iemand niet zelf de antwoorden vindt op de vragen die naar voren komen bij de aspecten, dan is er geen sprake van ontwikkeling. Om toch steun te bieden aan mensen in herstel is het de bedoeling dat hulpverleners vragen stellen in plaats van helpen het antwoord te vinden (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013).

De persoonlijke zoektocht van herstel gaat over het vinden van de eigen kracht, oftewel empowerment. Herstellen is meer dan herstellen van de aandoening of het leren omgaan met de aandoening. Het is de eigen kracht ontdekken en ontwikkelen en deze leren inzetten. Dit is waar empowerment ook om draait (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013). Herstellen heeft empowerment als gevolg, mensen bepalen zelf hoe zij omgaan met crisissen in hun leven en welke hulp zij daarbij willen hebben. Empowerment in herstel draait niet alleen om het maken van eigen keuzes, maar ook om erkenning van de wensen en ambities van de persoon en om deze een plek in zijn eigen leven te durven geven (Trimbos-instituut, 2018). Wanneer aan mensen met een psychische aandoening wordt gevraagd wat zij verstaan onder empowerment, komt vooral naar voren dat dit zinvolle verbondenheid is. Dit houdt in dat de mensen het gevoel hebben ergens bij te horen en daarmee ook iets te betekenen voor een ander. Ook wordt empowerment door hen omschreven als de manier waarop mensen omgaan met de eigen kwetsbaarheden (Boevink, Plooy, & Van Rooijen, 2006).

2.3 De methodieken van de HAT

Op de HAT wordt met twee methodieken gewerkt: het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) en de active recovery triad (ART). Beide methodieken zijn gericht op het herstel van de cliënt en ook op herstelgericht werken (HAT Emergis, 2018). In de volgende paragraaf, paragraaf 2.3, zullen beide methodieken aan bod komen.

2.3.1 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, de SRH-methodiek

Het systematisch rehabilitatiegericht handelen, vanaf hier de SRH genoemd, is een hulpmiddel voor hulpverleners om cliënten te ondersteunen bij het verhogen van de kwaliteit van hun leven naar het niveau dat zij willen (Den Hollander & Wilken, 2012). Bij mensen met een psychiatrische aandoening is de kwaliteit van leven in het geding door de belemmeringen die het met zich mee brengt. Daarbij kan het gaan om problemen in het dagelijks functioneren, in sociale relaties of met het vinden van nuttige rollen in de samenleving. Vanuit de SRH wordt uitgegaan van drie fasen van het herstelproces: stabilisatie, verwerking en heroriëntatie en re-integratie.

- Stabilisatie: het controleren van symptomen en vermindering van het lijden. Hierbij komen een aantal symptomen naar voren waarbij de hulpverlener gericht kan kijken naar wat daaraan gedaan kan worden.
- Verwerking en heroriëntatie: het onderzoeken van wat het betekent om ziek te zijn of last van beperkingen te hebben. Het is het verwerken van ervaringen. Er wordt gezocht naar de identiteit van de persoon en hier wordt een betekenis aan gegeven.

- Re-integratie: er is een onderscheid te maken in persoonlijke re-integratie en maatschappelijke re-integratie. Persoonlijke re-integratie is het terug in de eigen kracht komen en het kunnen omgaan met de kwetsbaarheid. De maatschappelijke re-integratie is het starten of opnieuw beginnen met betekenisvolle activiteiten, relaties en rollen.

Omdat herstel niet alleen gericht is op persoonlijk herstel, maar ook op sociaal herstel, oftewel het opnieuw participeren in de maatschappij, is de SRH tevens gericht op de omgeving en niet alleen op de persoon zelf (Den Hollander & Wilken, 2012). De SRH wordt ondersteund vanuit drie verschillende benaderingen, namelijk de herstelgerichte benadering, de presentiebenadering en empowerment.

De herstelgerichte benadering gaat in op het herstelgerichte werken dat in paragraaf 2.2 aan bod is gekomen. Vanuit de theorie van de SRH is hier een aanvulling op. Er wordt in de theorie namelijk ingegaan op de ervaringen van cliënten met het herstelgerichte werken, omdat deze niet altijd positief zijn. Vanuit deze ervaringen zijn een aantal aandachtspunten gemaakt waar een hulpverlener op kan letten:

- Verschillende vormen van nabijheid ontwikkelen, dicht bij de cliënt blijven.
- Een gelijkwaardige houding aannemen.
- De volledige mens in de cliënt zien, met alle aspecten die daarbij komen kijken.
- De juiste professionele deskundigheid bezitten.
- Het bieden van continuïteit.

(Den Hollander & Wilken, 2012).

De presentiebenadering houdt in om er te zijn voor de cliënt. Het gaat om een bepaalde manier van aanwezig zijn en blijven in het leven van de cliënt en op die manier tot een nuttig en betekenisvol handelen komen. Je staat dus dicht bij de cliënt, wat veel mensen lastig vinden omdat ze gewend zijn een professionele afstand te behouden. Bij de presentiebenadering horen een aantal belangrijke kenmerken, die beschreven zijn in het boek van Wilken en Den Hollander (2012):

- Presentie gaat over betrekkingen. De hulpverlener probeert te achterhalen wat er voor de cliënt op het spel staat. Het is aan de hulpverlener om te begrijpen wat er gedaan kan worden in die situatie en wat de cliënt daarin kan doen. Het gaat daarbij om persoonlijke ontmoeting, de mens achter de cliënt ontmoet de mens achter de hulpverlener.
- Presentie is gericht zijn op de cliënt en zijn leefwereld. De hulpverlener is er om de cliënt bij te staan in zijn nood, als hulpverlener biedt je hulp, je probeert de cliënt niet beter te maken. De handelingen die worden uitgevoerd, worden altijd uitgevoerd vanuit de betrokkenheid op de ander als mens. In contact wordt eerst gezocht naar de mens en niet gelijk naar de hulpvraag.
- Presentie kent een 'latende' manier van werken. Het kan soms beter zijn voor de cliënt om niets te doen, in plaats van iets te doen. Dit is niet altijd nodig. Er zijn voor de cliënt is soms genoeg.
- Presentie gaat over naar de ander toe bewegen. Normaal komt een cliënt naar de hulpverlener, maar in de presentiebenadering is het juist belangrijk dat de hulpverlener naar de cliënt toe gaat. Het outreachend werken staat hier centraal.

Empowerment bij de SRH draait om het krijgen van grip op de situatie en de omgeving. Dit kan door het krijgen van controle, het herstellen van het kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie. Bij empowerment wordt gekeken naar het gezonde gedrag, wat er goed gaat en wat de krachten van de persoon zijn (Den Hollander & Wilken, 2012).

De methodische cyclus van de SRH is opgedeeld in zes fasen. Dit model is zo opgesteld om meer overzicht te krijgen voor zowel hulpverlener als cliënt. De fasen worden beschreven in het boek van Wilken en Den Hollander (2012) en zullen hieronder benoemd worden. De fasen zijn duidelijk beschreven en zullen daarom niet uitgebreider worden toegelicht.

1. Het opbouwen en onderhouden van een werkzame relatie.
2. Het verzamelen van informatie over de cliënt in de vorm van een Persoonlijk Profiel.
3. De cliënt helpen keuzes te maken, prioriteiten te stellen en doelen op te stellen.
4. De cliënt helpen een Persoonlijk Plan te maken.
5. Het plan helpen uit te voeren.
6. Het proces volgen waarbij geleerd wordt van ervaringen, het profiel aangevuld wordt en het plan waar nodig bijgesteld wordt.

Het zijn geen afgebakende stappen, zo gaat het werken aan de relatie het hele proces door. Bij het werken met de SRH gaat het vooral ook om het leren van succesvolle ervaringen (Den Hollander & Wilken, 2012).

2.3.2 Active Recovery Triad, de ART methodiek

De Active Recovery Triad, vanaf hier de ART genoemd, is een methode die is ontstaan nadat cliënten, familieleden en medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg hadden aangegeven dat er verbetering kon plaatsvinden in de langdurige klinische zorg. De ART geeft een inspirerend en richtinggevend kader voor cliënten en hun omgeving en professionals (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). Het ART-model is bedoeld om meer herstel mogelijk te maken bij mensen met een psychiatrische aandoening die langdurig opgenomen zijn binnen een ggz-instelling, mensen waarvan het herstel gestagneerd is of die de hoop op herstel hebben opgegeven (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). Het model van de ART is een actieve (A), herstel ondersteunende (R) triade (T) en het doel is dus om, daar waar mensen al hadden opgegeven of het herstel gestagneerd is, een nieuw perspectief te bieden.

Active (actieve): Een actieve houding is van essentieel belang bij deze methodiek, dit valt onder te verdelen in drie aspecten: ART is tijdelijk, je eigen woning kiezen en een actieve houding van iedereen in de triade (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

ART is tijdelijk. Het is de bedoeling dat een cliënt maar voor maximaal drie jaar in behandeling is met deze methodiek. Op die manier wordt geprobeerd een actieve houding te bereiken van zowel cliënt en zijn omgeving als van de professional. Ook blijft de zorg op die manier bewegen. Dat de methodiek tijdelijk is kan ook hoop geven aan cliënten en hun omgeving, er blijft een toekomstperspectief te zien. Als dit mogelijk is, kan de zorg middels de methodiek worden afgebouwd en worden overgenomen door bijvoorbeeld een FACT-team of de sociale wijkteams. Dit is een voordeel omdat er niet onnodig lang gebruikt wordt gemaakt van de zorg en de kans op het hospitalisatiesyndroom daarmee ook vermindert. Wanneer na drie jaar het herstelproces van de cliënt nog niet voldoende op gang is gekomen kan de methodiek met drie jaar worden verlengd. Hierbij moet wel goed gekeken worden naar het handelen van de professional en wat er anders moet kunnen. Wanneer op dezelfde manier wordt doorgegaan ontstaat de kans dat het herstelproces alsnog stagneert (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

Je eigen woning kiezen. Binnen de ART-methodiek is het belangrijk dat de cliënt woont op de plek waar hij of zij zelf wil wonen en wat passend is, dit kan namelijk een actieve impuls geven aan het herstelproces. Daarom is het ook belangrijk dat er op basis van ieders eigen situatie en de wensen van de cliënt een keuze wordt gemaakt in welke woonsituatie de cliënt zich het beste kan ontwikkelen (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

Het kiezen van de eigen woning en daarna pas het krijgen van de zorg uit de ART-methodiek, heet ook wel 'housing first'. Dit model is voor het eerst ontstaan in de Verenigde Staten en is bedacht door Sam Tsemberis. Het model is oorspronkelijk bedoeld voor dakloze mensen met psychische problemen. Zij krijgen eerst een eigen woning en worden daarnaast een intensieve en integrale ondersteuning geboden voor het herstelproces (Housing first Nederland, 2016). In de Verenigde Staten wordt de aanpak als succesvol ervaren en dit is dan ook de reden dat ervoor is gekozen om dit een aspect te maken binnen de ART-methodiek.

Actieve houding van iedereen in de triade. Wanneer op zoek gegaan wordt naar de basisbehoeften van de cliënt om het herstelproces te bevorderen, vraagt dit een actieve houding van de cliënt, de omgeving en de professional. De actieve houding van de cliënt houdt in dat hij leert dat het nemen van risico's hoort bij het herstelproces. De cliënt gaat weer hoop voelen, laat zich uitdagen en gaat zijn eigen kracht zien en voelt zich gesteund om daarmee te gaan experimenteren (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). Daarbij geven Boevink, Plooy & Van Rooijen (2006) aan dat de timing van het experimenteren erg belangrijk is. Wanneer je goed in je vel zit, is het beter om te experimenteren en risicovolle stappen te zetten dan wanneer er sprake is van een terugval of crisis. Op zo'n moment is het beter om veilige stappen te nemen en niet te experimenteren. De actieve houding van de professional is een verschuiving van de interveniërende deskundige naar de betrokken ondersteuner die opzoek gaat naar de basisbehoeften, motieven, mogelijkheden en krachten in de triade. Hierbij speelt ook de presentiebenadering een rol. Dit staat omschreven in paragraaf 2.3.1. De cliënt moet zich gezien en gehoord voelen als volwaardig mens. Onvoorwaardelijke acceptatie is hierbij een voorwaarde (Movisie, 2016). De actieve houding van de omgeving van de cliënt is het volledig inzetten op het herstellen en bestendigen van het contact met de familie. De vanzelfsprekendheid dat je iemand hebt om op terug te mogen vallen wordt hier als kracht ingezet. De omgeving moet hierbij veranderen van functie en wordt een naaste, vertrouweling, een inspiratiebron en een actieve supporter (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

Recovery (herstel ondersteunend): Herstel verwijst naar processen van mensen die proberen om hun leven weer op te pakken, ondanks de enorme gevolgen van hun psychische aandoening. Cliënten waarbij de ART-methodiek ingezet wordt, hebben al een lang traject bij de psychiatrische instelling gehad. Voor veel van deze mensen is het begrip 'herstel' dan ook onbekend, of wordt als niet haalbaar beschouwd. Voordat hiermee gewerkt wordt kan het daarom belangrijk zijn om dit begrip eerst goed te introduceren en uit te leggen wat dit voor hen kan betekenen (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). In paragraaf 2.2 zijn ook de vier dimensies van herstel naar voren gekomen. Bij de ART-methodiek staan deze ook centraal. Ook empowerment, dat hand in hand gaat met herstelgericht werken, wordt gebruikt bij deze methodiek.

Triad (triade): Een triade is een driehoeksverhouding tussen cliënt, diens omgeving en de professional die herstel bevorderend werkt. Als hulpverlener is het dan van belang om de hulpverleningsrol te koppelen aan de rol als familielid. Zo heeft onderzoek uitgewezen dat bijna elke hulpverlener iemand in zijn leven heeft met een psychische aandoening. Ook zijn er veel hulpverleners die zelf cliënt zijn geweest. Het is dus de kunst om niet de verschillende rollen (cliënt, omgeving en professional) uit te schakelen, maar om die mee te laten kijken en op het juiste moment in te zetten om op die manier wederkerigheid te creëren (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016).

2.4 Uitgangspunten van het onderzoek

Uit het theoretisch kader is gebleken dat er verschillende punten zijn die in dit onderzoek van toepassing zijn. Als eerste is naar voren gekomen dat er door de verschuiving naar de participatiesamenleving nog weinig is veranderd. Medewerkers houden vast aan hun oude manier van werken, omdat het overschakelen naar een nieuwe manier van werken moeilijk is. Hierdoor blijft een bepaalde afhankelijkheid bestaan (Van Der Gulden, 2014). De medewerkers op de HAT hebben wel een nieuwe manier van handelen gevonden, maar deze wordt niet altijd nageleefd. Hierdoor blijft de cliënt gehospitaliseerd. Als tweede zijn er verschillende oorzaken van het hospitalisatiesyndroom naar voren gekomen, beschreven door Eynde (1976). In de praktijk kan gekeken worden of deze oorzaken ook terug te zien zijn en in welke mate. Daarbij hoort ook een langdurige opname, en hoe dit terug te zien is in de praktijk. Als derde is onderzocht wat zelfredzaamheid is en wat hieronder valt. Er kan gekeken worden hoe dit terug te zien is in de praktijk, in hoeverre cliënten zelfredzaamheid laten zien en wat medewerkers hierin doen en beter kunnen doen. Daarbij wordt gekeken wat de eigen verantwoordelijkheid inhoudt en wat de

medewerker kan doen om die verantwoordelijkheid bij de cliënt te laten. Als vierde is uit de theorie gekomen dat het herstelgericht werken uit gaat van verschillende aspecten en benaderingen, namelijk empowerment en de presentietheorie. In de praktijk kan dit toegepast worden door te kijken hoe deze terug te zien zijn in het handelen van de medewerkers. Als vijfde zijn er uit de theorie ook twee methodieken gekomen die ook gebruikt worden op de HAT, het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en de Active Recovery Triad (ART). Er gaat daarbij gekeken worden hoe deze methodieken worden ingezet en wat er nog verbeterd kan worden daarin. Om een duidelijk overzicht te krijgen van de belangrijkste uitgangspunten van het onderzoek is hieronder een schema te vinden met de kernbegrippen en de topics die hieruit voorgekomen zijn.

Kernbegrip	Topic
Hospitalisatie	- Oorzaken van hospitalisatie - Langdurige opname
Herstel	- Herstelgericht werken - Empowerment - Methodieken: SRH en ART
Zelfredzaamheid	- Zelfstandigheid - Eigen verantwoordelijkheid

3. Methode van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de methode voor het onderzoek is. Er wordt beschreven hoe het onderzoek vorm heeft gekregen, zodat het onderzoek goed uitgevoerd kon worden. Zo is bepaald wat voor soort onderzoek het is, hoe de data verzameld is, wie er onderzocht is, hoe die data geanalyseerd is en hoe betrouwbaar het onderzoek is.

3.1 Onderzoeksstrategie

Er is kwalitatief onderzoek gedaan, aan de hand van interviews, omdat er onderzoek gedaan is naar de beleving van mensen en de processen die plaats hebben gevonden (De Bil, 2011). Er is daarbij gekeken naar de beleving van cliënten en medewerkers met betrekking tot het hospitalisatiesyndroom en de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit onderzoek was bedoeld om de ervaringen van de cliënt te achterhalen, wat de achterliggende redenen waren van het hospitalisatiegedrag. Voor de medewerkers was het om de ervaringen en de achterliggende redenen te achterhalen waarom zij dat gedrag in bepaalde mate toestonden en wat zij daaraan konden doen. Dit is daarom geschikt geweest voor kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2018).

3.2 Dataverzamelmethode

Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om als dataverzamelmethode interviews te gebruiken, omdat de mening en beleving van de respondenten bij een interview het belangrijkste is (Verhoeven, 2018), wat van toepassing is geweest op dit onderzoek. De vorm van het interview was semigestructureerd. Dit houdt in dat er gewerkt is met een topiclijst en vanuit deze topiclijst zijn bepaalde vragen vastgesteld die in elk interview gebruikt zijn. Daarnaast was er ruimte om bij elk interview door te vragen op de antwoorden die gegeven werden en dus vragen te stellen die niet vooraf zijn opgesteld (De Bil, 2011). Hiervoor is gekozen zodat uit elk interview gegevens komen die met elkaar vergeleken kunnen worden.

3.3 Onderzoekspopulatie, onderzoekseenheden, respondenten

De onderzoekspopulatie is gevormd door alles mensen waarover een uitspraak wordt gedaan (De Bil, 2011), in dit onderzoek waren dat de medewerkers die werken met mensen met een psychiatrische aandoening die gemiddeld langer dan tien jaar in de kliniek van Emergis opgenomen zijn. Ook de mensen met een psychiatrische aandoening waren onderdeel van de onderzoekspopulatie. De medewerkers van afdeling HAT en de cliënten met een psychiatrische aandoening waren de onderzoekseenheden. De respondenten in dit onderzoek zijn medewerkers van de HAT van Emergis, maar ook cliënten van de HAT. Hier is voor gekozen om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van wat er veranderd kan worden in de begeleiding.

3.4 Steekproef

Een steekproef wordt gebruikt wanneer een deel uit de onderzoekspopulatie benaderd wordt voor het onderzoek, omdat de populatie zelf te groot is of niet iedereen even goed bereikbaar is om te kunnen bevragen (Verhoeven, 2018). In dit onderzoek is gekozen voor een selecte, doelgerichte steekproef, bij de respondentengroep van cliënten. Een selecte, doelgerichte steekproef houdt in dat er zelf een keuze gemaakt is uit de onderzoekspopulatie en dat voor die respondenten bewust gekozen is (De Bil, 2011). Hiervoor is gekozen omdat er cliënten zijn op de HAT die het niet fijn vinden om mee te doen aan een onderzoek, maar ook cliënten die door een achterstand in sociale- en taalvaardigheden minder goed over het onderwerp in gesprek kunnen gaan. Er is met de betreffende cliënten contact opgenomen door de cliënt aan te spreken en te vragen of de cliënt wilde participeren in het onderzoek. Bij de respondentengroep van medewerkers heeft er een meer aselechte steekproef plaats gevonden. Dit houdt in dat er op willekeurige basis is gekozen voor de respondenten (De Bil, 2011). Hier is voor gekozen omdat het bij de medewerkers niet uit maakte wat

wie er geïnterviewd zou worden, iedereen heeft kennis over het onderwerp. Er is tussen de respondenten ook een aantal keer gewisseld.

3.5 Onderzoeksinstrumenten/ data-analyse

Als onderzoeksinstrument is een interviewlijst gebruikt, die is opgesteld aan de hand van de topiclijst die aan het eind van het theoretisch kader naar voren is gekomen. Deze is gebruikt bij het houden van de interviews. Om tot een zo goed mogelijke data-analyse te komen zijn de interviews opgenomen met de voice-recorder op een telefoon. Voor het afnemen van het interview is aan de respondent toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Hierbij is ook uitgelegd dat de opname alleen gebruikt wordt voor dit onderzoek en dat dit anoniem blijft. Ook is ervoor gekozen om bij de respondenten aan te geven dat de opname nadat het onderzoek goed gekeurd is vernietigd wordt. Aan de hand van de opname is een transcriptie van het interview gemaakt waarin letterlijk terug te lezen is wat de respondent en de onderzoeker gezegd hebben. Een van deze transcripties is terug te vinden in bijlage 3. Van de transcriptie is een inhoudsanalyse gemaakt, waarbij gecodeerd is. Dit is als volgt gegaan (Baarda, 2009): de antwoorden van de respondent zijn opgedeeld in fragmenten en deze zijn beoordeeld op de relevantie voor het onderzoek. Dit is gedaan op basis van de onderzoeksvraag. Daarna is open coderen toegepast; de fragmenten zijn gelabeld, waarbij zo dicht mogelijk bij de originele tekst gebleven is. Hierna zijn de labels samengevoegd en op die manier teruggebracht tot kern-labels: het axiaal coderen. Als laatste is het selectief coderen toegepast. Dit houdt in dat er gekeken is naar de labels die uit het axiaal coderen zijn gekomen. Deze zijn vergeleken met de onderzoeksvraag en de topics uit het theoretisch kader. Aan de hand hiervan is de discussie en de conclusie geschreven en is gekeken of de onderzoeksvraag beantwoordt kan worden.

3.6 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid wordt in de theorie als volgt omschreven: het onderzoek zou herhaald moeten kunnen worden met hetzelfde resultaat. Dit houdt in dat wanneer een andere onderzoeker hetzelfde onderzoek zou doen, hetzelfde resultaat eruit zou moeten komen (De Bil, 2011). De betrouwbaarheid in dit onderzoek is gemiddeld. De betrouwbaarheid is verhoogd door transparant te werken en alle stappen in het onderzoek duidelijk te beschrijven. Zo zijn de interviews gehouden aan de hand van een interviewlijst, die is opgesteld aan de hand van de kernbegrippen en topics die zijn opgesteld aan het eind van het theoretisch kader in hoofdstuk 2. Deze interviewlijst in te vinden in bijlage 2. Ook is de opdrachtgever goed op de hoogte gehouden met de bevindingen om op die manier te kunnen kijken of hij het ermee eens is en het door de medewerkers ook zo gezien wordt. Doordat er bij de respondentengroep van medewerkers voor is gekozen om een aselechte steekproef te doen, heeft dit de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid verhoogd.

3.7 Validiteit

Bij de term validiteit wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen: interne validiteit en externe validiteit (De Bil, 2011). De interne validiteit is de geloofwaardigheid en geldigheid van de analyse en conclusies. Is er gemeten wat gedacht werd te meten? De interne validiteit ligt gemiddeld tot laag. De interne validiteit is verhoogd door begrippen te gebruiken uit de theorieën, die al getoetst zijn. Ook is de validiteit verhoogd door het meetinstrument tijdens het onderzoek hetzelfde te houden (De Bil, 2011). De interviewlijst is dus tijdens het onderzoek niet veel aangepast. Externe validiteit gaat erover in hoeverre de onderzoeksresultaten overdraagbaar zijn op andere situaties. De externe validiteit is laag, omdat er is gekozen voor een selecte, doelgerichte steekproef, waardoor de resultaten alleen van toepassing zijn op de onderzochte onderzoekseenheden. Hierdoor kan de uitkomst van het onderzoek niet gemakkelijk doorgetrokken worden naar de hele onderzoekspopulatie (De Bil, 2011). Om de externe validiteit te vergroten is ervoor gezorgd dat de steekproef een juiste afspiegeling vormt van de populatie en een juiste grootte heeft.

3.8 Bruikbaarheid

Er zijn twee soorten bruikbaarheid: conceptuele bruikbaarheid en instrumentele bruikbaarheid. Conceptuele bruikbaarheid is wanneer de resultaten van het onderzoek gebruikt kunnen worden om een discussie te starten over het onderwerp van het onderzoek. Instrumentele bruikbaarheid is wanneer de resultaten van het onderzoek gebruikt kunnen worden om een beleid te maken voor een bepaalde periode (Verhoeven, 2018). De resultaten van dit onderzoek zijn conceptueel bruikbaar. De doelstelling van dit onderzoek is om handvatten te bieden voor de begeleiding om de zelfredzaamheid te vergroten en zo het hospitalisatiesyndroom te verminderen. De resultaten die uit dit onderzoek zijn gekomen zijn dus handvatten, die een discussie kunnen uitlokken bij de medewerkers om dit wel of niet op te volgen. De resultaten van dit onderzoek zijn ook instrumenteel bruikbaar, doordat er een beleid kon worden gemaakt. Om de bruikbaarheid te verhogen is de opdrachtgever betrokken geweest bij dit onderzoek. De opdrachtgever is op te hoogte gehouden van alle onderdelen van het onderzoek.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten te lezen die uit het veldwerk zijn gekomen. Daarbij wordt eerst stilgestaan bij het verloop van het veldwerk. Ook is er in de beschrijving onderscheid gemaakt in de twee respondentengroepen.

4.1 Verloop van het veldwerk

Het veldwerk van dit onderzoek is redelijk goed verlopen. Er is sprake geweest van een vertraging in het houden van de interviews. Deze waren allemaal gepland, maar er vielen een paar uit omdat collega's ziek werden of cliënten een andere belangrijke afspraak hadden. Hierdoor is het uitvoeren van de interviews een paar weken verschoven. Ook is er gaandeweg het onderzoek voor gekozen om een aantal interviews met cliënten op één dag af te nemen. Hier is voor gekozen omdat er verschillende afmeldingen waren en het op de praktijkplaats druk was rond de periode dat de interviews gehouden zouden worden. Daarom is er gekozen om een aantal interviews met de cliënten op een dag te houden. Aan de hand van de eerste paar interviews is er ook voor gekozen om de topics meer samen te voegen of weg te laten. Er waren een aantal topics die niet of nauwelijks benoemd werden in de interviews en waar ook een antwoord op kwam waar niet veel mee gedaan kon worden. Zo is het topic 'verzorgingsstaat en participatiesamenleving' weggehaald. De topics 'identiteit' en 'presentie' zijn een onderdeel geworden van 'empowerment'. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is gebleken dat de opdrachtgever op vakantie zou gaan in de laatste weken van het de uitvoering van het onderzoek. Hierdoor moest het onderzoek sneller uitgewerkt worden dan gepland was.

4.2 Resultaten aan de hand van de topics uit de respondentengroep van medewerkers

4.2.1 Oorzaken van hospitalisatie

Vier van de zes respondenten geven aan dat een van de oorzaken van hospitalisatie bij de medewerkers ligt. Volgens hen nemen de medewerkers te veel over van de cliënt, wat de cliënt beter zelf kan doen. Drie van deze vier respondenten geven in het interview aan dat dit komt doordat de medewerker de actie sneller doet, waardoor er minder tijd verspild wordt.

Drie van de zes respondenten geven aan dat sommige medewerkers te zorgzaam zijn voor de cliënt en daardoor wat gemakkelijk dingen overnemen van de cliënt. Daarbij geeft een van de respondenten aan dat dit zorgzaam zijn voort komt uit het leuk en aardig gevonden willen worden door de cliënt, oftewel een vorm van een relatie opbouwen. Doordat zij leuk en aardig gevonden willen worden, nemen zij makkelijk iets van de cliënt over. Dan is de cliënt de medewerker dankbaar dat die het overneemt.

Drie van de zes respondenten geven aan dat de cliënt een enorme verlieservaring op doet wanneer hij wordt opgenomen binnen een psychiatrische instelling. Zij geven aan dat het verlies van persoonlijke contacten en bezittingen hospitalisatie kan veroorzaken. Door hun ziekte verbreken mensen uit het netwerk van de cliënt vaak het contact met een persoon. Een van de respondenten zegt hierover:

"Verlies van persoonlijke contacten, bezittingen en gebeurtenissen. Nou dat zie je zeker bij mensen die langdurig opgenomen zijn. Zeker bij mensen die mogelijk vanuit hun ziektebeeld, klinkt wel weer medisch maar... euhm... soms periodes hebben dat er moeilijk contact mee te leggen is, dan haken vrienden en soms ook familie af. Als mensen heel erg verward geweest zijn of achterdochtig of psychotisch dat ze dan afhaken. Maar dat stimuleert natuurlijk niet het terugkeren in de maatschappij, dat belemmert wel." (Respondent 6).

Drie van de zes respondenten geven aan dat het gebrek aan perspectief om buiten de muren van de instelling te kijken hospitalisatie kan veroorzaken. Volgens hen is het vinden van een zinvolle dagbesteding, buiten het terrein van Emergis, iets waar de behandeling op gericht moet zijn. Het

vinden van een dagbesteding buiten het terrein van Emergis, zorgt ervoor dat cliënten weer terug de maatschappij in komen en niet vast blijven houden aan de regels en de ‘muren’ van de instelling. Volgens deze medewerkers houden de cliënten vast aan alles wat binnen Emergis te doen is. Zo is er op het terrein een huisarts, verschillende mogelijkheden voor dagbesteding en is er een restaurant en mini-supermarkt. Cliënten hoeven het terrein niet af voor de noodzakelijke dingen. Dit zorgt ervoor dat alles binnen handbereik is en cliënten dus ook niet zo snel meer buiten het terrein komen en op die manier het gebrek aan perspectief groter wordt.

Drie van de zes respondenten geven aan dat verandering ook bijdraagt aan het veroorzaken van hospitalisatiegedrag. Hierbij speelt het veiligheidsgevoel van de cliënt een grote rol. De respondenten geven aan dat de veranderingen die gevraagd worden van de cliënt kunnen veroorzaken dat de cliënt bang is om de door hem ervaren veiligheid van de instelling kwijt te raken en op die manier hospitaliseert.

Zes van de zes respondenten geven aan dat het langdurig opgenomen zijn binnen de klinische setting op het terrein van Emergis de grootste oorzaak is van hospitalisatie. Wanneer cliënten langdurig opgenomen zijn binnen de psychiatrie, kan het zo zijn dat in het begin het contact met hun familie en vrienden nog in stand blijft. Naarmate een cliënt langer is opgenomen, kan dit steeds minder worden en heeft iemand ook minder contacten. Dit werkt demotiverend om nog terug de maatschappij in te willen gaan. Wat alle respondenten ook aangeven is dat de meeste cliënten die op de afdeling HAT verblijven al voor een langere periode opgenomen zijn geweest op andere afdelingen. Zo zijn er cliënten die al 30 jaar opgenomen zijn bij Emergis en niet meer buiten de instelling zijn geweest. Hierdoor komen zij al gehospitaliseerd op de afdeling binnen. Dit maakt het moeilijk om dit gedrag te veranderen. Een van de respondenten zegt hierover:

“Sowieso hebben we hier toch wel een hele vaste doelgroep van cliënten die natuurlijk al veel langer bekend zijn binnen de psychiatrie. We hebben hier cliënten die zitten al 30-40 jaar. Dat is een patroon dat er al helemaal ingeslopen is. Zie het maar eens voor elkaar te krijgen dat dat patroon er weer uit gaat.” (Respondent 4).

4.2.2 Zelfredzaamheid

Zes van de zes respondenten geven aan dat de zelfstandigheid en de eigen verantwoordelijkheid, ook wel zelfredzaamheid, belangrijk is in de behandeling van de cliënt op de HAT. Dit houdt in dat de cliënt zo veel mogelijk zelf doet en de medewerkers er zijn om ondersteuning te bieden. Volgens hen is het van belang dat er samen met de cliënt gekeken wordt wat die persoon leuk vindt, waar zijn krachten liggen en wat hij zelf kan doen om zijn probleem op te lossen. Daarbij wordt door vier van de zes respondenten ook gezegd dat er daarmee ook meer een beroep gedaan mag worden op het netwerk van de cliënt.

Twee van de zes respondenten geven aan dat zij zien dat er een tweedeling is in de benadering van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de cliënt. Zij geven dan als voorbeeld de gezamenlijke hal op de afdeling. De verantwoording voor het opgeruimd houden en de inrichting hiervan hoort bij de cliënt te liggen. De ene groep medewerkers geeft dit ook aan en ruimt in die ruimte niets op. De andere groep medewerkers vindt dat de ruimte moet uitnodigen om er gebruik van te maken, dus ruimt het wel op. De twee respondenten geven ook aan dat zij vinden dat er meer een lijn moet komen hoe dat aangepakt wordt, omdat het voor de cliënt nu ook niet duidelijk is. Hierdoor wordt er geen actie meer ondernomen door de cliënten en voelen zij zich ook niet verantwoordelijk.

4.2.3 Herstelgericht werken

Zes van de zes respondenten geven in het interview aan dat zij vinden dat er meer naar het gezonde gedrag van de cliënt gekeken moet worden en dit ook meer benoemd moet worden. Het

‘ongezonde, niet normale’ gedrag moet worden benoemd en omgezet in ‘gezond, normaal’ gedrag. Zij benoemen dat dit begint bij een juiste benadering van de cliënt. Vier van de zes respondenten geven daarbij aan dat het belangrijk is om naast de cliënt te staan en niet boven de cliënt. Volgens hen gaan cliënten zich gelijkwaardig voelen en komen zij sneller tot actie wanneer de medewerkers meer naast de cliënt gaat staan. Zij geven ook aan dat het belangrijk is om contact te maken met de cliënt en een goede relatie te hebben. Vier van de zes respondenten geven aan dat er bij de benadering ook gedacht moet worden aan het stimuleren en motiveren van de cliënt. Dit kan zijn bij het vinden van een juiste dagbesteding, maar ook bij het meer zelfstandig handelingen en activiteiten op gaan pakken. De medewerkers kunnen de cliënt ook stimuleren in zijn krachten en motiveren om deze op te zoeken en zich hier verder in te ontwikkelen. Zij geven aan dat dit nog wel meer gedaan mag worden en dat er nu nog te veel aandacht gericht is op de problemen die cliënten ervaren. Volgens hen is het ook belangrijk om samen met de cliënt te werken, samen na te denken over wat de cliënt nodig heeft in zijn herstelproces en wat hij daar zelf aan kan doen.

Vier van de zes respondenten geven ook aan dat het belangrijk is dat medewerkers elkaar er op aan spreken wanneer zij wel of niet herstel gericht werken. Zij geven aan dat het belangrijk is om kritisch naar elkaar te kijken en met elkaar hierover in gesprek te gaan. Dit wordt volgens hen nog niet genoeg gedaan en mag dus vaker voorkomen.

Vier van de zes respondenten geven aan dat het bij herstelgericht werken van belang is dat er goed gekeken wordt naar het contact met de buitenwereld, buiten het terrein. Dit kan zijn door het zoeken van contacten, door het contact houden met het sociale netwerk van de cliënt, maar ook door het zoeken naar een dagbesteding buiten het terrein. Drie van deze vier respondenten geven aan dat dit wel al goed door de medewerkers wordt uitgevoerd. Daarbij geven deze vier respondenten ook aan dat een ander belangrijk onderdeel van herstelgericht werken het begeleiden met de handen op de rug is. Dat houdt in dat er zo min mogelijk door de medewerker gedaan wordt en dat die de cliënt zo veel mogelijk zelf laat doen. Zij geven aan dat dit nog beter ontwikkeld kan worden.

4.2.4 De SRH- en ART-methodiek

Drie van de zes respondenten geven aan dat er een verandering in de visie van de afdeling plaats heeft gevonden. De visie was dat cliënten een paar jaar de tijd kregen om zodanig aan hun herstel te werken dat zij op zichzelf konden gaan wonen of in een woonvorm van Emergis buiten het terrein. Deze visie is gewijzigd, omdat er meer cliënten zijn die langer de tijd nodig hebben, of die helemaal niet meer weg kunnen van het terrein. Deze respondenten geven aan dat de visie opnieuw bekeken zou kunnen worden.

Drie van de zes respondenten geven aan dat de methodieken terug te zien zijn in het karakter van de medewerkers. Zij geven aan dat de methodieken zo in elkaar steken dat het echt bij een persoon moet passen en een persoon anders niet in de hulpverlening zou werken. Hierdoor hebben zij ook een bepaalde benadering naar cliënten toe, die past bij de methodieken. Deze drie respondenten geven aan dat zij de methodieken terug zien in het handelen van de medewerkers.

Twee van de zes respondenten geven aan dat zij niet bewust werken met de methodieken. Dit komt onder andere omdat er weinig aandacht voor de methodieken is. Zij vinden dat de methodieken wat vaker onder de aandacht moeten komen. Vier van de zes respondenten geven aan dat de methodieken wat levendiger gemaakt kunnen worden. Zij hebben het idee dat er onderdelen van de methodieken zijn die vergeten worden.

Twee van de zes respondenten geven aan dat een onderdeel van de methodieken is om het herstelproces te evalueren middels een gesprek met behandelaren, cliënt en familie. Zij vinden het

belangrijk dat het herstelproces geregeld geëvalueerd wordt, zo ook met familie, om op die manier tot duidelijke inzichten te kunnen komen. Zij vinden dan ook dat er meer van deze evaluatiegesprekken plaats mogen vinden.

4.3 Resultaten aan de hand van de topics uit de respondentengroep van cliënten

4.3.1 Oorzaken van hospitalisatie

Drie van de zes respondenten geven aan dat een oorzaak van hospitalisatie is dat cliënten zelf vaak al lang opgenomen zijn bij Emergis en dat zij zich daardoor veilig voelen op de afdeling. Ook geven zij aan dat er daardoor voor sommige cliënten een soort angst voor het onbekende is: zij weten niet wat ze gaan aantreffen wanneer zij weer in de maatschappij terugkomen en willen daarom liever blijven.

Vier van de zes respondenten geven aan dat de cliënten gewend raken aan de verzorging die geboden wordt tijdens het herstelproces. Dit komt mede omdat cliënten gewend raken aan bepaalde regels en wanneer deze veranderen, ze er moeite mee hebben om zich daaraan aan te passen. Hier komt ook weer de angst voor het onbekende bij kijken, geven de respondenten aan. Hierdoor willen cliënten niet meer weg. Een van de respondenten geeft daarbij aan dat door de gewenning aan de verzorging, hij verzwakt in het doen van bepaalde taken. Met verzwakt wordt bedoeld dat de cliënt de handeling niet meer zelf kan. Daardoor kan hij op een later moment moeilijk zichzelf aanzetten tot actie.

4.3.2 Zelfredzaamheid

Drie van de zes respondenten geven aan dat zij de eigen verantwoordelijkheid erg belangrijk vinden. Zij geven daarbij aan dat ze het belangrijk vinden dat ze de eigen regie weer terug willen krijgen op de afdeling, om zo de zelfredzaamheid te vergroten. Zij geven aan dat ze in het leven buiten de muren van Emergis ook zelfredzaam moeten zijn en zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen leven. Zij vinden dit een ideale afdeling om die eigen verantwoordelijkheid opnieuw op te bouwen naar een niveau dat de cliënten weer hun eigen leven op kunnen pakken. Daarbij geven twee van de zes respondenten aan dat de begeleiding moet helpen om dit op gang te brengen. Zij geven aan dat sommige cliënten het moeilijk vinden om dingen zelf op te pakken en hier iets meer hulp bij nodig hebben. De respondenten geven aan dat het daarom belangrijk is dat de medewerkers dit goed inschatten en de cliënt niet te veel loslaten in het begin.

Twee van de zes respondenten geven aan dat zij het fijn vinden om hun probleem eerst zelf op te lossen, voordat zij hulp krijgen van de medewerkers. Zij geven aan dat dit hen helpt om te groeien in hun eigen zelfredzaamheid. Door in te zien dat zij het goed zelf kunnen, groeit het zelfvertrouwen en daarmee ook de zelfredzaamheid. Zij geven wel aan dat wanneer het zelf oplossen mislukt, dit een deuk in het zelfvertrouwen kan geven, waardoor de zelfredzaamheid weer zakt. Volgens de respondenten is het dan aan de medewerker om in te schatten in hoeverre iemand hulp nodig heeft. De respondenten geven aan dat dit elkaar tegenwerkt, maar dat het belangrijk is om het herstelproces van de cliënt in het oog te houden.

Vijf van de zes respondenten geven aan dat zij weten wanneer ze terecht kunnen bij de medewerkers wanneer iets niet goed gaat. Zij zeggen dat het vanuit de medewerkers ook gestimuleerd wordt om de medewerkers op te zoeken wanneer het niet zo goed gaat en ze ergens niet uit komen. De respondenten geven aan dat doordat zij dit weten, zij er niet altijd van gebruik hoeven te maken, het idee dat er iemand is om op terug te vallen is al genoeg.

4.3.3 Herstelgericht werken

Volgens twee van de zes respondenten zijn zij hersteld als zij voor zichzelf kunnen zorgen wanneer ze terug de maatschappij in gaan. Daarbij geven twee van de zes respondenten ook aan dat zij hersteld zijn als ze weer de oude worden en op hun eigen manier kunnen functioneren. Volgens twee van de zes respondenten betekent herstellen dat je jezelf blijft ontwikkelen, maar ook dat je vooral zelf werkt aan je herstelproces en dat het niet zomaar komt aangewaaid.

Drie van de zes respondenten geven aan dat er redelijk wat punten zijn die de begeleiding al inzet om de zelfredzaamheid te bevorderen. Zij geven aan dat er gestimuleerd wordt om dagbesteding op te pakken, maar dat dit nog wel vaker gedaan mag worden. Een van de respondenten gaat hier tegenin, hij vindt dat er goed gekeken moet worden naar het individu en of die er klaar voor is. Volgens twee van de zes respondenten wordt hen nu structuur en balans geboden en dit helpt hen om het dagelijkse leven goed op te kunnen pakken. Zij geven allebei aan dat hier nog wel meer aandacht aan besteed kan worden. Volgens de twee respondenten wordt dit al aan hen geboden, maar dat dit op sommige dagen vergeten wordt.

Twee van de zes respondenten geven aan dat zij het idee hebben dat er bij sommige cliënten te veel wordt overgenomen door de begeleiding. Zij geven aan dat zij vinden dat de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt moet liggen en dat daarbij goed gekeken moet worden naar wat iemand wel of niet kan. Een van de respondenten zegt hierover:

“Er moet een kader geboden worden. Een beetje bijsturen als het nodig is en dan verder. Als je natuurlijk nog dingen zelf kan, dan is het beste om zoveel mogelijk over te laten aan wat de mensen zelf nog kunnen.” (Respondent 4).

Volgens twee van de zes respondenten moet er meer aandacht zijn voor de mensen die niet in crisis zitten en die niet zoveel in beeld zijn bij de begeleiding. Deze mensen worden wel eens vergeten, omdat zij juist zover in hun herstelproces en zelfredzaam zijn dat de begeleiding hen bijna niet ziet. Wanneer er crisis is bij een cliënt, is de aandacht van alle begeleiding daarop gericht. De respondenten geven aan dat dit te begrijpen is, maar dat wanneer iemand uit de bocht vliegt in zijn crisis, juist de ‘normale’ mensen hier last van hebben en daar meer aandacht aan besteed mag worden.

Drie van de zes respondenten geven aan dat zij het nodig hebben dat de begeleiding hen stimuleert om een balans te vinden en hen structuur biedt. Ook geven zij aan het nodig te hebben dat er kaders geboden worden, dat de cliënt zoveel mogelijk zelf wil en kan doen en dat de begeleiding bijstuurt waar nodig is. Drie van de zes respondenten geven daarbij ook aan dat zij het nodig hebben om in hun waarde gelaten te worden. Op die manier denken zij dat de zelfredzaamheid vergroot kan worden. Uit de interviews is gebleken dat twee van de zes respondenten vinden het nodig dat de begeleiding interesse toont in wat er in het leven van de cliënt gebeurt, hier goed naar kan luisteren en er is voor de cliënt. Dit past bij de cliënt aanspreken op het gezonde gedrag.

4.3.4 De ART- en SRH-methodieken

Vier van de zes respondenten geven aan dat zij willen dat het sociale netwerk meer betrokken wordt. Vaak is het zo dat het netwerk aan de medewerkers moet vragen om de voortgang van een cliënt. De cliënten willen dat dit sneller wordt opgepakt vanuit de medewerkers en dat er vanaf het begin van de behandeling op de afdeling een duidelijke afspraak wordt gemaakt over het contact en hoe het netwerk hierin betrokken gaat worden.

Drie van de zes respondenten geven ook aan dat het herstelproces en daarmee de behandeling vaker geëvalueerd mag worden. Door te evalueren heeft de cliënt het idee dat hij meer zicht op en meer zeggenschap heeft over zijn eigen herstelproces.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag. Dit is aan de hand van de omschreven resultaten in hoofdstuk 4.

De centrale vraag in dit onderzoek is:

Wat is er nodig in de begeleiding op de afdeling HAT van Emergis in Kloetinge om de zelfredzaamheid van de cliënten te bevorderen, zodat deze kunnen uitstromen naar een woning buiten de instelling?

De deelvragen die hierbij horen zijn:

- Welke acties worden op dit moment door de begeleiding ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen?
- Wat gaat er volgens de cliënten nu niet goed in de begeleiding bij het bevorderen van de zelfredzaamheid?
- Wat heeft de cliënt nodig in de begeleiding voor het bevorderen van de zelfredzaamheid?
- Wat hebben de medewerkers nodig voor het verbeteren van de bevordering van de zelfredzaamheid?

5.1 Deelvraag 1: Welke acties worden op dit moment door de begeleiding ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen?

Uit de resultaten is gekomen dat de begeleiding het gezonde gedrag van de cliënt benadrukt om de zelfredzaamheid te bevorderen. Uit de resultaten blijkt ook dat bij op dit gezonde gedrag wijzen hoort dat er meer gekeken wordt buiten het terrein van Emergis. Uit de resultaten blijkt dat er door de begeleiding gekeken wordt naar dagbesteding en contacten van cliënten buiten het terrein van Emergis. Dit wordt dus wel degelijk ingezet. Toch is uit het veldwerk gekomen dat cliënten vaak veel contacten hebben op het terrein van Emergis en de dagbesteding ook op het terrein is. Er mag meer contact zijn met het sociale netwerk. Deze actie mag nog meer ingezet worden, waarbij gekeken wordt naar de behoeftes van de cliënt. Daarnaast is uit de resultaten gebleken dat een duidelijke, maar vooral gelijkwaardige benadering wordt ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen. Door dit in te zetten kan het gevoel van eigenwaarde vergroot worden bij de cliënt. Door samen te werken en te overleggen met de cliënt, bevordert je de zelfredzaamheid van de cliënt. Ook hierbij geven de respondenten aan dat dit nog wel meer gedaan mag worden. Als collega's elkaar aanspreken op het wel of niet herstelgericht werken is ook bevorderend voor de zelfredzaamheid van de cliënt, is uit de resultaten gekomen. Door elkaar aan te spreken, zorg je ervoor dat het team zich meer bewust is van het herstelgericht werken en zo dus ook van het bevorderen van de zelfredzaamheid. Dit wordt ingezet, maar volgens de respondenten kan dit vaker. Uit de resultaten is ook gebleken dat de begeleiding op dit moment de verantwoordelijkheid bij de cliënt probeert te leggen, afhankelijk van de fase van herstel waarin zij zich bevinden. Door in acties de verantwoordelijkheid bij de cliënt te leggen, zal de zelfredzaamheid ook groter worden. Echter kan dit volgens de respondenten ook nog beter ingezet worden. Niet iedereen legt de verantwoordelijkheid terug bij de cliënt en neemt daardoor te veel over, wat niet bevorderend is voor de zelfredzaamheid. Er is uit de resultaten ook naar voren gekomen dat het herstelproces van de cliënt een paar keer in een jaar wordt geëvalueerd en waarna de doelen worden bijgesteld, in samenspraak met de cliënt, zijn familie en behandelaars. Op die manier wordt de zelfredzaamheid bevorderd, omdat je de aanwezige partijen de ruimte geeft om deel te nemen in gesprek. Daarbij wordt de verantwoording teruggelegd bij de cliënt.

5.2 Deelvraag 2: Wat gaat er volgens de cliënten nu niet goed in de begeleiding bij het bevorderen van de zelfredzaamheid?

Uit de resultaten is gebleken dat de cliënten vinden dat medewerkers te veel uit handen nemen van de cliënt. De cliënten geven aan dat zij vinden dat er meer verantwoordelijkheid bij de cliënt gelegd moet worden, omdat zij op die manier leren. Zij geven aan dat het passend moet zijn bij de fase van

het herstel waar zij zich in bevinden. Een cliënt kan ook in een fase van herstel zitten waarbij het nodig is dat er een aantal dingen worden overgenomen. Uit de resultaten is gebleken dat er individueel gekeken moet worden naar de cliënt en dat er op basis daarvan beoordeeld moet worden of er ingegrepen moet worden of niet. Daarbij moet goed gelet worden op het feit dat de cliënt niet te snel overvraagd wordt. Uit de resultaten is ook gekomen dat er meer aandacht moet zijn voor de andere cliënten wanneer een van de cliënten een crisis heeft. Er is aangegeven dat wanneer een cliënt in crisis is, dit soms voor andere cliënten heel heftig kan zijn en zij hier last van hebben. Hierdoor vinden zij het lastig om tot bepaalde acties te komen. Wanneer er vanuit de begeleiding meer aandacht is voor hen, is het voor die cliënten makkelijker om tot actie te komen. Daarbij blijkt uit de resultaten dat er meer aandacht mag zijn voor de mensen die zo ver in hun herstelproces zijn, dat zij zelfredzaam zijn waardoor de begeleiding die cliënten bijna niet ziet.

5.3 Deelvraag 3: Wat heeft de cliënt nodig in de begeleiding voor het bevorderen van de zelfredzaamheid?

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden wordt er onderscheid gemaakt in twee respondentengroepen: de medewerkers en de cliënten.

De medewerkers:

De medewerkers geven aan dat een cliënt een gevoel van veiligheid nodig heeft in de begeleiding. Uit de resultaten is gebleken dat het hebben van een veiligheidsgevoel bij de cliënt van belang is om een relatie te kunnen opbouwen en zo ook betere gesprekken te kunnen hebben. Op die manier kunnen de medewerkers ook beter de zelfredzaamheid bevorderen. Uit de resultaten komt ook dat de cliënt het volgens de medewerkers nodig heeft dat de begeleiding ondersteuning biedt wanneer de cliënt de eigen verantwoordelijkheid nog niet helemaal aan kan. Het is daarbij wel de bedoeling, volgens de respondenten, dat de cliënt zoveel mogelijk zelf doet. Uit de resultaten is ook gekomen dat de cliënt het nodig heeft om in het gezonde gedrag getrokken te worden. Op die manier wordt het normale benadrukt, wat ook van de cliënt verwacht wordt wanneer zij terug de maatschappij in gaan. Uit de resultaten is gebleken dat de medewerkers denken dat de cliënt het nodig heeft om in bovenstaande punten gestimuleerd en gemotiveerd te worden. Zij vinden dit erg belangrijk in de benadering van een cliënt en geven ook aan dat dit ervoor kan zorgen dat de zelfredzaamheid bevorderd wordt.

De cliënten:

De cliënten hebben in de interviews duidelijk aangegeven wat zij nodig hebben, blijkt uit de resultaten. De respondenten geven aan structuur nodig te hebben, omdat zij dit ook nodig hebben wanneer zij terug de maatschappij in gaan. Daarbij hebben de cliënten het ook nodig dat de medewerkers hen helpen met het vinden van een balans in de manier waarop zij hun dag invullen. Het is belangrijk dat de medewerkers kaders bieden en bijsturen waar dit nodig is, maar dat zij daarbij niet te veel overnemen en goed kijken naar de cliënt en de fase van herstel waar de cliënt zich in bevindt, om te snel of te laat overnemen te voorkomen. Uit de resultaten is gebleken dat de cliënten het nodig hebben dat zij in hun waarde gelaten worden. Zij geven daarbij aan dat wanneer zij in hun waarde gelaten worden, hun zelfvertrouwen groeit en zij het dan makkelijker vinden om dingen zelf op te pakken. Uit de resultaten blijkt ook dat de cliënten het fijn vinden dat de medewerkers interesse in hen tonen, goed kunnen luisteren naar de cliënt en hiernaar handelen. Zij geven aan dat dit iets is wat zij nodig hebben. Uit de resultaten is gebleken dat de cliënten het fijn vinden en het ook nodig hebben dat de aandacht in de behandeling ligt op het gezonde gedrag van de cliënt. Door de nadruk op het gezonde gedrag te leggen, groeit het zelfvertrouwen van de cliënt en wordt uiteindelijk de zelfredzaamheid ook vergroot. Daarbij is uit de resultaten ook gebleken dat het sociale netwerk van de cliënt vaker ingezet mag worden.

5.4 Deelvraag 4: Wat hebben de medewerkers nodig voor het verbeteren van de bevordering van de zelfredzaamheid?

Uit de resultaten blijkt dat er een bepaalde veiligheid binnen het team nodig is om dingen te bespreken en vooral elkaar aan te spreken op de manier waarop de medewerkers mensen behandelen en benaderen. Uit de resultaten is ook gebleken dat deze veiligheid er is, maar toch worden er binnen het team niet veel medewerkers door elkaar aangesproken op hun manier van handelen. Dit zou vaker gedaan mogen worden. De medewerkers hebben het ook nodig dat zij in het normale getrokken worden. Veel medewerkers in de psychiatrie zijn zelf ook 'gehospitaliseerd' en zijn gewend aan datgene wat het makkelijkst en snelst is voor henzelf. Door het aanspreken wordt de medewerker er weer aan herinnerd wat normaal is voor iemand. De medewerkers hebben het ook nodig dat er een duidelijke visie van de afdeling komt, blijkt uit de resultaten. Uit de resultaten blijkt dat veel medewerkers een andere visie hebben, dan die er al is. Het is nodig dat er een beleid komt waarin staat hoe er gehandeld wordt in de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, waarbij het kijken naar het individu centraal staat.

5.5 Centrale onderzoeksvraag: Wat is er nodig in de begeleiding op de afdeling HAT van Emergis in Kloetinge om de zelfredzaamheid van de cliënten te bevorderen, zodat deze kunnen uitstromen naar een woning buiten de instelling?

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden is gekeken naar de antwoorden op de deelvragen hierboven. Hieruit is het volgende gekomen:

In de begeleiding is het nodig dat de collega's elkaar meer aanspreken op hun handelen. Door elkaar aan te spreken wordt er meer nagedacht over het herstelgerichte werken en hoe dit toegepast wordt. De medewerkers kunnen in discussie gaan over een bepaalde situatie, waardoor naar voren kan komen hoe er in bepaalde situaties gehandeld moet of kan worden. Het is ook nodig dat de cliënt aangesproken wordt op het gezonde gedrag. Door de nadruk op het gezonde gedrag te leggen groeit het zelfvertrouwen van de cliënt en wordt de zelfredzaamheid vergroot. Bij het benadrukken van het gezonde gedrag van de cliënt is het ook belangrijk dat er gekeken wordt naar een dagbesteding buiten het terrein van Emergis. Op die manier doen de cliënten ook 'gezonde' contacten op en zijn ze al deels terug in de maatschappij. Bij het benadrukken van het gezonde gedrag, is het ook nodig dat er gekeken wordt hoe het sociale netwerk van de cliënt ingezet kan worden. In de begeleiding is het nodig dat er meer individueel gekeken wordt naar de cliënt, hoe ver hij in zijn herstelproces is en in hoeverre er actie ondernomen moet worden. Er wordt nog te veel overgenomen bij cliënten die het wel zelf kunnen. Op zo'n moment is het belangrijk dat er goed individueel gekeken wordt in welke fase van herstel de cliënt zit en wat die persoon kan en hem daarin te kaderen en bij te sturen. Het is ook nodig dat de cliënt daarbij goed in zijn waarde gelaten wordt. Uit de resultaten is ook gekomen dat wanneer de cliënt in zijn waarde gelaten wordt, hij sneller dingen zelf op zal pakken. Er is meer aandacht nodig voor de mensen die verder in hun herstelproces zitten en niet zo veel in beeld zijn. Die worden vaak vergeten, omdat er mensen zijn die op de voorgrond meer aandacht vragen. Hierdoor hebben de 'zelfredzame' mensen vaak het idee dat zij niet gezien worden. Zij zouden het fijn vinden dat er meer aandacht voor hen is, dat maakt voor hen de drempel lager om de medewerkers zelf ook op te zoeken als er iets is. Als laatste is het nodig dat er een duidelijke visie van de HAT komt en daarbij ook een eenduidige visie op wanneer iets de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt is en wanneer niet. Daarbij is het wel belangrijk dat het individu van de cliënt in de gaten wordt gehouden. Op dit moment is dit voor zowel cliënt als collega's niet duidelijk, waardoor de medewerkers vaak een stap missen in de begeleiding en er nu verwarring ontstaat bij de cliënt en de medewerker.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de methode ter discussie gesteld. Er wordt gekeken of datgene wat beschreven is in hoofdstuk 3, ook daadwerkelijk zo is uitgevoerd. Ook wordt er een koppeling gemaakt tussen de theorie beschreven in hoofdstuk 2 en de conclusies die gemaakt zijn in hoofdstuk 5. Als laatste is hier een bespreking van het onderzoeksproces te vinden.

6.1 Methodische discussie

De methode van het onderzoek is geschikt gebleken. De manier van onderzoeken was een juiste manier, omdat dit het beste past bij de doelgroep. Hieronder wordt de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van dit onderzoek besproken. In het onderzoeksvoorstel is omschreven hoe verwacht werd dat deze drie elementen uit gaan pakken tijdens het doen van het veldwerk. Er zal als eerste ingegaan worden op de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

6.1.1 De betrouwbaarheid

In de methode heb ik omschreven hoe ik denk dat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd zal worden. Hierbij heb ik omschreven dat ik denk dat de betrouwbaarheid verhoogd zal worden door transparant te werken en alle stappen in het onderzoek duidelijk te omschrijven. Daarbij heb ik ook beschreven dat de interviews aan de hand van een interviewlijst gehouden werden. Deze interviewlijst is opgesteld aan de hand van de topics die zijn opgesteld in het theoretisch kader. De interviewlijst was de leidraad in het houden van de interviews. Uit de feedback die ik heb gekregen op mijn onderzoeksvoorstel, is naar voren gekomen dat de deelvraag, en dus het topic uit het theoretisch kader, over een stigma niet reëel is. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is besloten om dit onderdeel weg te halen en ook niet te bevragen in de interviews. In de methode van het onderzoek staat ook beschreven dat de opdrachtgever goed op de hoogte gehouden wordt tijdens het onderzoek om de betrouwbaarheid te vergroten. De opdrachtgever is op de hoogte gehouden, maar naar mijn idee toch niet vaak genoeg. Dit had meer mogen gebeuren, zodat de opdrachtgever beter op de hoogte was van het onderzoek.

In de methode staat ook de omschrijving van betrouwbaarheid, namelijk dat het onderzoek door een ander herhaald zou moeten kunnen worden met hetzelfde resultaat. Ik ben van mening dat dit wel het geval is. Wanneer een ander persoon dezelfde mensen zou bevragen, zouden zij dezelfde antwoorden geven op de vragen. Ik denk dit omdat ik op de werkvloer, buitenom de interviews, vaak hetzelfde hoor als dat ik in de interviews heb gehoord.

6.1.2 De validiteit

In de methode wordt benoemd dat de interne validiteit verhoogd wordt door de begrippen uit de theorie te gebruiken die al getoetst zijn en door het meetinstrument tijdens het onderzoek hetzelfde te houden. Tijdens het onderzoek zijn bij de interviews met de medewerkers begrippen uit de theorie gebruikt. Bij de interviews met de cliënten zijn geen begrippen uit de theorie gebruikt, om de drempel te verlagen zodat de cliënt snapt waar het over gaat. Het meetinstrument is grotendeels hetzelfde gebleven. Er is onderscheid gemaakt in de respondentengroep, waardoor er twee meetinstrumenten zijn ontstaan. Bij de respondentengroep van cliënten is deze hetzelfde gebleven, bij de medewerkers is ervoor gekozen na twee interviews om het meetinstrument aan te passen, waardoor de resultaten bruikbaarder kunnen zijn voor de conclusies. Door deze twee factoren is dit onderzoek niet valide, maar er is wel geprobeerd om de validiteit van dit onderzoek te verhogen. In de methode is benoemd dat de externe validiteit verhoogd wordt doordat de steekproef een juiste afspiegeling vormt van de populatie en een juiste grootte heeft. Er wordt ook beschreven dat er gebruik is gemaakt van een selecte, doelgerichte steekproef en dat daardoor de resultaten alleen van toepassing zijn op de onderzochte onderzoekseenheden. Dit is zo ook uitgevoerd in het onderzoek. De externe validiteit is niet aanwezig.

6.1.3 De bruikbaarheid

In de methode staat benoemd dat dit onderzoek conceptueel bruikbaar is. Dit houdt in dat met de resultaten van het onderzoek een discussie gestart kan worden over het onderwerp van het onderzoek. Ik ga er van uit dat dit ook gaat gebeuren. Het doel van dit onderzoek is om de medewerkers van de HAT van Emergis handvatten te geven in de omgang met hospitalisatie en in discussie te gaan over wat er wel en niet goed gaat. Dit doel heeft het na het doen van het veldwerk nog steeds. Hierbij heb ik ook benoemd dat de opdrachtgever op de hoogte gehouden zal worden om de bruikbaarheid te verhogen, net als bij de betrouwbaarheid. Dit heeft niet zoveel plaats gevonden als ik zou willen.

Ik benoem in de methode ook dat er instrumentele bruikbaarheid is, maar dat deze niet in dit onderzoek naar voren komt. Na het doen van het veldwerk ben ik van mening dat dit onderzoek ook een instrumentele bruikbaarheid heeft. De instrumentele bruikbaarheid houdt in dat met de resultaten van het onderzoek een beleid gemaakt kan worden voor een bepaalde periode. Uit de resultaten is gebleken dat beide respondentengroepen vinden dat het beleid van de HAT, waar het voor staat, opnieuw bekeken moet worden. Niet iedereen is het daar mee eens, maar toch blijkt dat hier aandacht voor nodig is. Ook is er aandacht nodig om beleid uit te schrijven over een eenduidige benadering als het gaat om hospitalisatie, blijkt uit de resultaten.

6.2 Inhoudelijke interpretatie van de conclusies

Wat naar voren komt in de conclusies is dat er individueel naar de cliënt gekeken moet worden en op basis daarvan gekeken moet worden of er door de medewerkers ingegrepen moet worden of niet. Het komt wel eens voor dat er een actie die bij de ene cliënt werkt, ook bij een andere cliënt wordt ingezet, maar uit de praktijk is gebleken dat dit vaak niet werkt. Er moet juist bij iedere persoon gekeken worden in het crisissignaleringsplan wat er gedaan kan worden wanneer een persoon in crisis zit. Wat hier volgens de theorie bij hoort is dat er door de hulpverleners gekeken wordt naar de fase van herstel en dat de cliënt de ruimte gegeven wordt om hun eigen manier te vinden in het omgaan met deze fase (Trimbos-instituut, 2018). Daarbij is het naar mijn idee ook belangrijk dat er individueel naar de cliënt gekeken wordt of zij vastlopen en of er door de hulpverlener ingegrepen moet worden. In de theorie wordt ook omschreven dat om de juiste manier van herstelgericht werken bij een cliënt te vinden, dit aan de persoon te vragen, omdat het zijn proces is (De Haan, Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013). Dit past ook bij het individuele kijken.

In de conclusies komt naar voren dat de cliënt gewezen moet worden op het gezonde gedrag. Dit wordt in de theorie niet direct benoemd, maar er wordt wel gesproken over een actieve houding van de cliënt, de hulpverlener en de omgeving van de cliënt. Daarin wordt gezegd dat de actieve houding van de cliënt inhoudt dat hij leert risico's te nemen, weer hoop gaat voelen, zich laat uitdagen en zijn eigen kracht gaat zien en zich hierdoor laat uitdagen en meer gaat experimenteren (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). Door deze actieve houding, neemt de cliënt ook weer gezond gedrag aan. De actieve houding van de hulpverlener is een betrokken ondersteuner die op zoek gaat naar de basisbehoeften, motieven mogelijkheden en krachten in de triade. Hierbij wordt dus door de hulpverlener goed gelet op het gezonde gedrag van de cliënt en hoe dat versterkt kan worden. Daarbij past denk ik ook dat er door de hulpverleners en ook door de omgeving van de cliënt meer gekeken wordt naar dagbesteding of werk buiten het terrein van Emergis.

Uit de conclusies is ook gebleken dat de cliënt gelijkwaardig benaderd wil worden en een gevoel van veiligheid nodig heeft. Dit staat ook in de theorie beschreven als een aandachtspunt waar de hulpverlener op kan letten (Den Hollander & Wilken, 2012). Bij een gelijkwaardige houding naar de cliënt, hoort ook de presentiebenadering. Dit is het aanwezig zijn en blijven in het leven van de cliënt en op die manier tot een nuttig en betekenisvol handelen komen. Het gaat om persoonlijke

ontmoeting, waarbij de hulpverlener de mens achter de cliënt ziet en de cliënt de mens achter de hulpverlener. De hulpverlener biedt hulp en probeert de cliënt niet beter te maken. Soms is het beter om niets te doen, zodat de cliënt zelf leert omgaan met zijn problemen, dan hoeft de hulpverlener alleen maar te luisteren en er te zijn (Den Hollander & Wilken, 2012). Dit past ook weer bij het individuele kijken wat eerder in deze paragraaf is benoemd.

Uit de conclusie is ook gebleken dat er betere communicatie moet zijn tussen de hulpverleners en dat ze elkaar meer mogen aanspreken op hun handelen. Dit staat niet in de theorie omschreven, maar is wel wat uit het veldwerk gekomen is. Wat wel in de theorie staat en ook belangrijk is om te bespreken met collega's, is de verschillende rollen die een hulpverlener kent in de psychiatrie. Veel hulpverleners hebben zelf ervaring met de psychiatrie doordat ze zelf cliënt zijn geweest, of iemand in hun omgeving heeft die ervaring met de psychiatrie heeft (Van Mierlo & Van Der Meer, 2016). Met deze ervaringen kan door de hulpverlener gewerkt worden. Door deze ervaringen te delen met collega's, kan er een discussie ontstaan over hoe er gehandeld moet of kan worden.

Uit de conclusie is gebleken dat er door de hulpverleners meer ingezet mag worden op het sociale netwerk van de cliënt. De omgeving van de cliënt kan namelijk ingezet worden om bepaalde acties uit te voeren, dit hoeft niet altijd de hulpverlener te doen. Dit komt in de theorie ook zo naar voren. In de theorie staat beschreven dat de cliënt veel leunt op de hulpverlener, omdat dit een persoon is die er toch al is, maar ook omdat de cliënt zich mogelijk bezwaard kan voelen om het sociale netwerk om hulp te vragen. Daarbij is het belangrijk de cliënt te laten inzien dat hij wat terug kan doen voor het netwerk. Wat ook in de theorie naar voren komt is dat wanneer de cliënt geen netwerk heeft om op terug te kunnen vallen, hij door het programma 'herstellen doe je zelf' zijn ervaringen kan uitwisselen met een groep cliënten onder leiding van ervaringsdeskundigen. Na het uitvoeren van het veldwerk is er gestart met dit programma op de afdeling HAT. Dit is dus al ingezet.

6.3 Bespreking van onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag

Tijdens dit onderzoek heb ik geprobeerd zo zorgvuldig en integer mogelijk te werk te gaan. Ik ben tijdens de interviews duidelijk geweest, maar heb er ook op gelet dat ik niet aanvallend was en dat de respondenten begrepen waar dit onderzoek over ging. Dit heb ik gedaan door mij open op te stellen en op mijn taalgebruik te letten. Ik had mijn onderzoeksgedrag nog meer mogen laten zien, door nog meer door te vragen in de interviews en ervoor te zorgen dat ik mij beter zou kunnen concentreren. Met het uitwerken van de interviews kwam ik erachter dat ik nog meer informatie had kunnen hebben op sommige momenten, maar dat ik niet heb doorgevraagd. Ik zou dit een volgende keer beter kunnen doen.

Ik heb gedurende dit onderzoek een aantal keuzes moeten maken. Zo heb ik ervoor gekozen om veel aan mijn onderzoek te werken, terwijl ik op stage aan het werk was. Hier heb ik voor gekozen omdat daar de ruimte voor is, maar ook omdat ik op die manier dingen na kon vragen en overleggen met collega's. Ik heb er ook de keuze gemaakt om te wisselen tussen respondenten. Ik heb hier bewust de keuze voor gemaakt omdat de respondent op het moment dat het interview zou plaatsvinden in crisis zat of het te druk had. Hierdoor kon ik niet goed in gesprek met de respondent over het onderwerp, daarom is ervoor gekozen om een andere respondent te kiezen.

Tijdens dit onderzoek heb ik een aantal dingen geleerd. Zo heb ik geleerd om beter naar de cliënt te luisteren en af en toe even stil te staan bij wat zij ervan vinden hoe wij te werk gaan. Ook heb ik geleerd om kritisch te kijken naar de werkzaamheden van de medewerkers en dat het belangrijk is om dit naar mijn idee eens in een jaar te doen. Ik heb ook geleerd dat je de tijd moet nemen om alles uit te werken en dit niet te lang uit te stellen. Ik was in tijdnood gekomen en moest daardoor in de laatste weken meer doen. Wanneer ik wat eerder meer werk had gedaan, had ik aan het einde wat meer rust gehad. Een van de belangrijkste punten die ik tijdens dit onderzoek heb geleerd is dat er

genoeg contact met de opdrachtgever moet zijn. Ik heb een aantal keer contact gehad met de opdrachtgever, maar hierin zijn we niet inhoudelijk in gegaan op het onderzoek. Als we dit meer gedaan hadden, had ik sommige punten makkelijker kunnen uitwerken. Ook had ik met de opdrachtgever mijn planning beter kunnen doornemen, waardoor ik richting het einde van het proces minder in tijdnood was gekomen. Dit is iets wat ik bij een volgend onderzoek meer zou doen.

Het contact met de opdrachtgever heb ik wel als prettig ervaren. Ook al heb ik de opdrachtgever niet vaak gesproken, vind ik dat ik duidelijke feedback heb gehad. De opdrachtgever kon mij helpen om verder te komen wanneer ik vast zat. In bijlage 1 is de feedback van de opdrachtgever te vinden over het proces van het onderzoek en van de conclusies en de aanbevelingen.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan om toe te passen in het werkveld. Deze zijn gemaakt op basis van de conclusies omschreven in hoofdstuk 5. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in de aanbevelingen voor de opdrachtgever en de aanbevelingen voor het vervolgonderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

Er zijn vier aanbevelingen voor de opdrachtgever uit dit onderzoek gekomen, in een kort overzicht hieronder weergegeven, waarna in de verschillende paragrafen de aanbeveling duidelijker uitgelegd worden.

Aanbevelingen:

1. Benadering van de cliënt
2. Medewerkers elkaar aanspreken
3. Herzien van het beleid
4. Werken volgens de SRH

7.1.1 Benadering van de cliënt

In de benadering van de cliënt wordt een onderscheid gemaakt in verschillende punten.

7.1.1.1 Individueel kijken

Uit het onderzoek is gebleken dat er meer aandacht moet zijn voor de benadering van de cliënt. Hierbij hoort het individueel kijken naar de cliënt en de ernst van de situatie goed in te kunnen schatten. De medewerkers kunnen dan kijken naar hoe ver de cliënt is in zijn herstelproces, wat die persoon zelf goed kan en waar die persoon meer hulp bij nodig heeft en daarin de cliënt kaderen en zo nodig bijsturen. Soms is het nodig dat er iets van de cliënt wordt overgenomen, omdat dit beter is voor zijn eigen veiligheid maar ook voor de omgeving. Ook kan de cliënt er nog niet aan toe zijn. De aanbeveling is om de zelfredzaamheid zo goed mogelijk te bevorderen, zodat er nog meer naar het individu gekeken kan worden wanneer er acties moeten worden ingezet. Hierbij kan gekeken worden naar het crisissignaleringsplan van de cliënt. Deze is voor iedereen anders. Daarbij is het belangrijk om te onthouden dat de ene actie bij de ene cliënt wel werkt, maar dat deze voor een andere cliënt niet kan werken. De acties zijn niet altijd door te trekken naar een andere cliënt.

7.1.1.2 Nadruk op gezond gedrag

Een andere aanbeveling die hoort bij de benadering van de cliënt, is de cliënt aanspreken op het gezonde gedrag dat deze vertoont. Wanneer de nadruk op het gezonde gedrag gelegd wordt, groeit het zelfvertrouwen van de cliënt en wordt de zelfredzaamheid vergroot. Het gezonde gedrag wordt ook van de cliënt verwacht wanneer hij terug de maatschappij in gaat. Het is daarbij ook van belang dat er genoeg aandacht is voor het vinden van een dagbesteding buiten de muren van Emergis. Veel dagbestedingen van cliënten zijn op het terrein van Emergis. Om het gezonde gedrag nog meer te benadrukken en daarmee uiteindelijk ook meer de zelfredzaamheid te bevorderen, is het belangrijk om ook voor een dagbesteding buiten het terrein van Emergis te kijken. Hierbij kan gekeken worden naar vrijwilligerswerk bij verschillende zorginstanties, het dierenasiel etc. Op die manier kan het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid groeien en kan er eventueel later gekeken worden naar een betaalde baan.

7.1.1.3 Minder overnemen en eigenwaarde

Een aanbeveling die hoort bij de benadering van de cliënt is het minder overnemen van taken van een cliënt wanneer deze dat goed zelf kan. Dit is soms lastig in te schatten, omdat de cliënt in weerstand kan gaan. Het is daarbij van belang om, zoals in 7.1.1 beschreven staat, individueel te

kijken naar de persoon en daarmee goed te kijken in welke fase van herstel deze zit. Op basis daarvan kan een afweging gemaakt worden of er wel of niet overgenomen moet worden. Daarbij is het ook belangrijk dat gekeken wordt waar de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt ligt en dat dit bij zowel de medewerker als de cliënt duidelijk is. Er wordt nu door iedereen anders gehandeld, terwijl het voor de cliënt en de medewerker beter is als daar een eenduidige manier van benaderen in is. Zo kan er door de cliënt ook geen misbruik door gemaakt worden. De aanbeveling is daarbij dat er in het team per cliënt gekeken moet worden waar de grens ligt bij het overnemen. Dit op basis van het individuele kijken naar bijvoorbeeld het crisissignaleringsplan. Ook is het belangrijk om de cliënt in zijn waarde te laten. Wanneer er veel door de medewerkers wordt overgenomen, kan de cliënt ook dalen in zijn eigenwaarde. Wanneer de cliënt in zijn waarde gezet wordt, pakt hij ook sneller dingen zelf op.

7.1.1.4 Meer aandacht voor zelfredzame mensen

Er is meer aandacht voor de mensen die veel hulp en aandacht nodig hebben. Ook is er wel eens een crisis bij een cliënt, waardoor alle aandacht van de medewerkers daar naar toe gaat. De cliënten vinden dit logisch, maar vinden het ook belangrijk dat er genoeg aandacht is voor de mensen die meer zelfredzaam zijn. Wanneer er vanuit de medewerkers wat meer aandacht is voor de mensen die meer zelfredzaam zijn, wordt de drempel verlaagd voor hen om de medewerkers op te zoeken wanneer zij een probleem hebben. Dit kan gedaan worden door deze cliënten vaker op te zoeken. Daarbij kan dan ook gelijk naar de doelen gekeken worden of die nog reëel zijn. Wanneer er een cliënt in crisis is, is het verstandig om de cliënten die daar hinder van kunnen ondervinden, op te zoeken en na te vragen hoe zij dit ervaren. Dit kan het beste op het moment dat de crisis is afgehandeld.

7.1.2 Medewerkers elkaar aanspreken

Uit het onderzoek is gekomen dat de medewerkers elkaar meer op hun handelen kunnen en mogen aanspreken. Door elkaar aan te spreken op de benadering en te bevragen hoe er in een situatie gewerkt wordt, wordt er meer nagedacht over herstelgericht werken en waarom iets gedaan wordt. Hierdoor komt een kritische blik te liggen op hoe de medewerkers werken en wordt er meer nagedacht over het handelen en herstelgericht werken. Zo kan een ieder zich bewust worden van hoe zij handelen en kan er meer over in discussie gegaan worden. Dit kan na een situatie door in overleg met elkaar te gaan, maar dit kan ook door dit tijdens een MDO of een intervisie in te brengen. Zo komt er ook een meer eenduidige wijze van werken.

7.1.3 Herzien van het beleid

Uit het onderzoek is ook naar voren gekomen dat er beter naar het beleid gekeken moet worden. Zowel cliënt als medewerker hebben dit nodig. De cliënten die al langer op de afdeling zitten hebben geconstateerd dat er verandering heeft plaatsgevonden in waar de HAT voor staat. Hierdoor zien zij dat er nieuwe cliënten worden opgenomen die eigenlijk niet passen binnen de HAT. Hier zou opnieuw naar gekeken kunnen worden. De medewerkers geven ook aan dat er een wijziging is geweest in waar de HAT voor staat. Er wordt ook aangegeven dat er een tijd geleden een symposium is geweest om de visie vast te stellen, maar dat alsnog iedereen daar anders naar kijkt. Uit het veldwerk is ook gekomen dat dit niet te voorkomen is. Toch vinden zij dat hier opnieuw naar kan worden gekeken. Dit kan door opnieuw een symposium te houden en daarin het beleid duidelijk vast te stellen, waar iedereen het mee eens is.

7.1.4 Werken volgens de SRH

Uit het onderzoek is gebleken dat er gewerkt wordt volgens de essentie van de SRH-methodiek, maar dat de tools hiervan nog meer ingezet mogen worden. Dit kan meer onder de aandacht gebracht worden door de tools van de SRH bespreekbaar te maken tijdens een intervisie of een

scholingsmoment. Uit het onderzoek is ook gekomen dat de doelen van de cliënt vaker tussendoor geëvalueerd mogen worden met de cliënt. Door dit vaker te doen wordt de verantwoording terug bij de cliënt gelegd en daarmee ook ruimte gegeven aan alle aanwezigen om deel te nemen in gesprek. Zo zijn er ook naasten aanwezig bij zo'n gesprek. Uit het onderzoek is daarnaast gekomen dat er meer aandacht mag zijn voor de familie van de cliënt door deze te betrekken bij de behandeling van de cliënt. Zo kan er sneller een beroep gedaan worden op het netwerk wanneer er activiteiten ondernomen worden met een cliënt. Dit maakt dat er niet altijd een medewerker bij hoeft te zijn en wordt er ook weer een beroep gedaan op het gezonde gedrag van de cliënt. Dit kan door bij de opname goede afspraken te maken met het netwerk van de cliënt. Ook kan er een beroep gedaan worden door de medewerkers op het netwerk wanneer de doelen zijn opgesteld of worden bijgesteld, zo kan er een activiteit met de cliënt worden opgepakt door het netwerk van de cliënt in plaats van door de begeleiding. Hieronder valt ook het regelmatig contact hebben met het netwerk van de cliënt over de behandeling, naar de wensen van het netwerk.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek kan er gekeken worden naar de aanbevelingen die gegeven zijn in de voorgaande paragraaf. Op basis daarvan zijn de volgende aanbevelingen opgesteld:

7.2.1 Beleid

Er kan gekeken worden naar het beleid en in hoeverre deze is aangepast. Is er iets gedaan met deze aanbeveling en wat is er anders dan in de tijd van dit onderzoek?

Daarbij kan ook gekeken worden of er een duidelijke visie is op de verantwoordelijkheid van de cliënt en wanneer deze opgepakt moet worden. Hier is op dit moment verwarring over en de aanbeveling is om hier een duidelijk beleid op te maken om hier duidelijkheid in te scheppen. Voor een vervolgonderzoek kan gekeken worden of dit gedaan is en of hiermee ook de zelfredzaamheid is bevorderd.

7.2.2 Werken met de SRH

Op het moment van het onderzoek wordt er niet vaak met de tools uit de SRH gewerkt. Voor een vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden hoe dit in de toekomst is. Hier hoort ook bij dat er gekeken wordt of de familie meer betrokken wordt bij de behandeling van de cliënt en of de behandeling vaker geëvalueerd wordt.

7.2.3 Medewerkers elkaar aanspreken

In een vervolgonderzoek kan ook gekeken worden naar hoe de medewerkers met elkaar communiceren en of er meer open communicatie is. Op het moment van het onderzoek wordt er door de medewerkers met elkaar gecommuniceerd, maar er mag meer gecommuniceerd worden over het werken zelf en hoe ze situaties aan kunnen pakken. Dit kan in een vervolgonderzoek nog beter bekeken worden.

Bibliografie

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11-23.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Boevink, W., Plooy, A., & Van Rooijen, S. (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: SWP.
- Brink, C. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: de begrippen ontward*. Amsterdam: Movisie.
- De Bil, P. (2011). *Onderzoek in 15 stappen*. Den Haag: Nelissen.
- De Boer, N., & Van Lans, J. (2011). *Burgerkracht: de toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.
- De Haan, E., Kole, M., Beenackers, M., & Berndsen, J. (2013). *De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. GGZ Nederland.
- Den Boer, K. (2015). Nooit geleerd keuzes te maken. *Praxis 2015*, 1-3.
- Den Hollander, D., & Wilken, J.-P. (2012). *Handboek integrale rehabilitatiebenadering*. SWP Uitgeverij B.V.
- Emergis. (2018). *Missie en visie*. Opgehaald van Emergis: <https://www.emergis.nl/over-emergis/missie-en-visie/>
- Eynde, I. (1976). Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 87-99.
- Gagne, C., Spaniol, L., Wewiorski, N., & Anthony, W. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 327-336.
- HAT Emergis. (2018). *Praktijkgids voor studenten*.
- Housing first Nederland. (2016). *Het model*. Opgehaald van Housing First Nederland: <http://housingfirstnederland.nl/model/>
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: SDU-uitgevers.
- Movisie. (2016, december 22). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Opgehaald van Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken: <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Trimbos-instituut. (2018). *Kennisbundel Herstelondersteunende zorg*. Opgehaald van <http://kennisbundel.vilans.nl/herstelondersteunende-zorg-ondersteun-herstel.html>
- Van Der Gulden, J. (2014). Participatiesamenleving: gezonde prikkel of verkeerd idee? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1-2.
- Van Mierlo, T., & Van Der Meer, L. (2016). *De kunst van ART*. Tijdstroom.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaen, W. (2008). *Part time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals*. Ghent: Ghent University, department of sociology.

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Vlind, M. (2012). *Zelfregie in de praktijk: een kwalitatief onderzoek naar eigen regievoering van kwetsbaren in de zelfredzame samenleving*. Amsterdam: Movisie.

Waanders, W., & van Wonderen, R. (2015). *GGZ in transitie; het inzetten en vergroten van sociale netwerken in de GGZ*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Bijlagen

Bijlage 1: feedbackverslag van de opdrachtgever voorzien van een handtekening

Procesevaluatie van het afstudeerproject

Het komen tot een onderwerp wat Nanda wilde onderzoeken heeft zij besproken met mij. Hieraan voorafgaand heeft zij diverse medewerkers gesproken en het probleem "hospitalisatie" geïdentificeerd. In een gesprek met mij heeft Nanda dit onderwerp ter sprake gebracht en afgestemd dat dit een probleem is dat speelt en dat het nuttig is om dit verder te onderzoeken. Gaandeweg heeft Nanda ook meegenomen in het onderzoek dat bij medewerkers ook een vorm van hospitalisatie speelt. In overleg met mij is afgesproken dat Nanda onderzoek zou doen naar de vraag hoe de zelfredzaamheid van cliënten, opgenomen op de HAT, verder bevorderd kan worden op de HAT.

Feedback op onderbouwing van conclusies

De conclusies die Nanda presenteert vloeien logisch voort uit het onderzoek dat zij heeft gedaan en zijn herkenbaar voor mij. Nuttig vond ik dat Nanda zowel cliënten als medewerkers heeft gesproken waardoor er een mooi beeld is ontstaan hoe beide kanten denken over hoe zelfredzaamheid bevorderd kan worden.

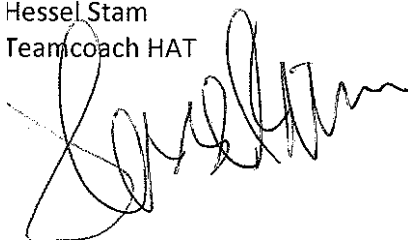
Nanda heeft veel zelfstandig gewerkt aan haar onderzoek en weinig beroep gedaan op mij. Hierin zit een sterk punt wat tevens een aandachtspunt is geweest in de gesprekken die wij gevoerd hebben. Gedurende de voortgang van het onderzoek heeft Nanda meer overlegd wat voor beide partijen prettig en nuttig was.

Nanda heeft hard gewerkt om een balans te vinden in haar neiging tot perfectionisme en wat haalbaar was in een soms zeer dynamische omgeving die de HAT is. Gedurende het jaar heb ik deze balans zien verbeteren.

Feedback op praktische bruikbaarheid/haalbaarheid van de aanbevelingen

In een van de gesprekken over het onderzoek heb ik Nanda gevraagd om sommige aanbevelingen wat te concretiseren zodat deze 1 op 1 toegepast kunnen worden. Dit heeft Nanda gedaan waardoor de praktische bruikbaarheid van de conclusies vergroot is en toegepast kunnen worden.

Hessel Stam
Teamcoach HAT



Bijlage 2: interviewlijst

Interviewlijst medewerkers

Kernbegrip	Topic	Interviewvragen
Hospitalisatie	- Oorzaken van hospitalisatie	- Wat zijn de oorzaken van het hospitalisatiesyndroom volgens u? - Ik noem de oorzaken vanuit de theorie op voor u. Wat is uw visie op deze oorzaken? - Wat denkt u te kunnen doen om deze oorzaken te verminderen?
	- Langdurige opname	- Wat houdt het hospitalisatiesyndroom volgens u in? - Wat wordt verstaan onder langdurige opname?
Herstel	- Herstelgericht werken	- Wat is herstel volgens u? - Hoe wordt er herstelgericht gewerkt op de afdeling? - Hoe is herstel terug te zien bij cliënten?
	- Empowerment	- Wat houdt empowerment in volgens u? - Wat kunt u bij cliënten doen met empowerment? - Hoe past u presentie toe bij cliënten? - Hoe zorgt u ervoor dat de cliënt zijn identiteit behoudt of terugvindt?
	- Methodieken (SRH en ART)	- Hoe worden de methodieken SRH en ART ingezet bij cliënten? - Hoe zie je de methodieken terug in het handelen? - Wat hebben de methodieken toe te voegen in het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt?
Zelfredzaamheid	- Zelfstandigheid	- Hoe werkt u mee aan de zelfstandigheid van de cliënt?
	- Eigen verantwoordelijkheid	- Hoe zorgt u ervoor dat de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bij hem blijft liggen?

Interviewlijst Cliënten

Beginvraag bij cliënten: Weet u wat hospitalisatie inhoudt? Kunt u dit aan mij uitleggen?

Wanneer cliënten dit niet weten of niet kunnen, wordt dit aan hen uitgelegd aan de hand van de gegeven definitie in het theoretisch kader.

Kernbegrip	Topic	Interviewvragen
Hospitalisatie	- Oorzaken	- Hoe denkt u dat dit gedrag is ontstaan? - Wat voor invloed heeft dat gedrag op u en op de medewerkers?
	- Langdurige opname	- Hoe lang ben u opgenomen bij Emergis? - Denkt u dat lang opgenomen zijn te maken heeft met het hospitalisatiegedrag?
Herstel	- Herstelgericht werken	- Wat is herstellen volgens u? - Hoe ziet u dat de begeleiding u probeert te helpen in uw herstel? - Zijn er dingen die de begeleiding doet in het helpen bij het herstel die u niet prettig vindt? - Heeft u het idee dat de begeleiding er voor u is?
Zelfredzaamheid	- Zelfstandigheid	- Wanneer u iets niet zelfstandig kunt, hoe vindt u dat de begeleiding daarmee omgaat? - Wat zou de begeleiding kunnen doen om u meer zelfstandig te laten zijn?
	- Eigen verantwoordelijkheid	- Vraagt u zelf om hulp?

Bijlage 3: Transcriptie van uitgevoerd interview

Interview 6	Afgenomen op 26-03-2019 19.00 uur. Duur: 40 minuten
Interviewer	Als eerste bedankt dat je wil meewerken aan dit onderzoek. Mag ik dit gesprek opnemen? Hier wordt verder niks mee gedaan, zo kan ik het goed uitwerken.
Geïnterviewde	Natuurlijk.
Interviewer	Ik doe mijn onderzoek naar hospitalisatie en wat wij eigenlijk kunnen doen om dat een beetje te verminderen, helemaal weg te krijgen het liefst, maar dat ga je niet tegen. Dus dat is eigenlijk in het kort mijn onderzoek. En dan is eigenlijk mijn eerste vraag, wat volgens jou hospitalisatie is?
Geïnterviewde	... Kun je dat niet in een boek opzoeken hahaha.
Interviewer	Ja maar ik ben benieuwd hoe iedereen er tegen aan kijkt.
Geïnterviewde	Wat ik onder hospitalisatie versta?
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Dat mensen zich zo conformeren aan de regeltjes en de wensen en de gewoontes van een instelling dat zij daardoor afhankelijk worden. In plaats van zelfstandiger, dat ze daardoor juist afhankelijker worden.
Interviewer	Ja. En wat is daar dan precies de oorzaak van? Dat ze afhankelijk worden?
Geïnterviewde	Uh... dat heeft verschillende oorzaken denk ik. Een van de oorzaken is denk ik de instelling zelf. Zeker als je grotere instellingen hebt kun je er niet omheen om regels te maken. Waarvan we verwachten van cliënten dat ze zich daaraan houden. Medewerkers ook. Kijk maar naar die folders waar we het net over hadden. Dat is typisch een voorbeeld waar cliënten niet op zitten te wachten, maar we verwachten eigenlijk dat mensen dat wel lezen.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Ja uh... ik krijg thuis ook geen folders die ik moet lezen om mijn dagelijks leven vorm te kunnen geven. Mensen hebbend ie folders niet nodig en als ze daar vraag naar hebben kunnen we ze altijd verstrekken. Als je in plaats van kijkt naar de hulpvraag en wat de client nodig heeft, kijkt naar de... vanuit de instelling, dat kan al een reden zijn voor hospitalisatie. En ik denk uh dat wat er in sluipt is dat er voor cliënten zelf die langdurig opgenomen zijn, wordt het lastiger om die stappen naar buiten toe te zetten, waardoor ze onbewust ook meewerken aan die hospitalisatie, omdat dat dan makkelijker tussen aanhalingstekens is.
Interviewer	Waardoor is die stap moeilijker dan?
Geïnterviewde	Omdat ze die beschutting van de instelling gewend zijn. Er wordt jarenlang tegen mensen gezegd, zeker het aantal mensen dat nu doorgestroomd is naar de Zeeuwse Gronden die groep, er werd jarenlang tegen die mensen gezegd, jullie kunnen dat niet meer, zelfstandig wonen, dat is voor jullie te moeilijk. Jullie zijn te ziek en hebben heel veel medicatie en hebben de bescherming van de instelling nodig. Jullie mogen hier blijven wonen. Nou voor die mensen was dat prettig, die voelden zich hier veilig.
Interviewer	Hmm...
Geïnterviewde	Die zagen dus geen noodzaak meer om naar buiten toe te werken, want dit voelde goed en veilig en alle hulpverleners zeiden dit is het beste voor jou. En toen uhm... gingen hulpverleners ineens van, we hebben ons bedacht, het zou toch beter voor je zijn om naar buiten toe te gaan. Dan merk je pas hoe gehospitaliseerd mensen zijn.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Maar dat is ook een reden voor die hospitalisatie in stand te houden. Omdat mensen zich dan veilig bij voelen. Bij die beschutting en al die regeltjes en

	gewoontes. Dat ze die stap niet meer durven te zetten. Dat ze dat eng gaan vinden. Dat dat dan te spannend wordt.
Interviewer	Hoe kan het dan dat hulpverleners ineens die switch maakten?
Geïnterviewde	Dat hulpverleners die switch maakten van het hier blijven naar buiten toe?
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Dat heeft heel veel te maken met uh... vernieuwde inzichten. Dat is gebleken uit de praktijk dat uhm... mensen er niet gelukkig van worden. Ondanks die bescherming en gevoel van veiligheid worden ze er vaak niet gelukkig van. Er werd veel te weinig gekeken naar wat mensen nog wel kunnen. En er werd veel gekeken heel medisch naar wat de ziekte met zich mee bracht en wat mensen niet meer kunnen of niet meer zo makkelijk kunnen. Uhm... dus vernieuwde inzichten denk ik dat meespeelt. Er speelt ook mee bezuinigingen vanuit de overheid die opgelegd werden. Dus er werden heel veel bedden gesloten binnen de ggz. Er moet dus meer doorstroming komen, meer ambulant werken dus meer begeleiding thuis zodat mensen langer thuis kunnen blijven, wat ook veel beter is voor mensen zelf. Weinig hospitalisatie daardoor. Je doet veel meer een beroep op uh... ik heb 15 jaar ambulant gewerkt, je doet er automatisch veel meer beroep op gezonde krachten zonder dat je daarbij na denkt. Dus je zit gelijk binnen iemand zijn systeem. Hier ga je omdat je in die instelling bent, ga je heel veel sneller uit van het ziek zijn, van datgene wat mensen niet kunnen of niet meer kunnen of nog niet kunnen. Terwijl de nadruk veel meer op de gezonde dingen zou moeten liggen.
Interviewer	En hoe zie je dat dan voor je? Die nadruk op de gezonde dingen?
Geïnterviewde	Uh... dat veel meer stimuleren. Dus veel meer vanuit de krachten denken. Dat je niet uhm... kijk we zijn heel lang gewend geweest om eerst een probleemanalyse te maken en van daaruit doelen te formuleren. Maar dat is niet de enige mogelijkheid. Je kunt er niet altijd omheen, want iets kan daardoor blokkeren. Maar je kunt ook kijken wat zijn jouw krachten en hoe kunnen we jouw krachten inzetten om die problemen zo klein mogelijk te maken. Of om die problemen te ondersteunen waardoor je wel die volgende stap kunt nemen. Als iemand bijvoorbeeld niet kan werken. Dat is heel vervelend, maar als iemand niet die energie op kan brengen of niet die focus of concentratie om een fulltime baan te hebben, dan moet je misschien naar iets anders zoeken, maar het moet wel zinvol zijn. Dus wat als je dan gaat kijken naar iemand zijn krachten, waar die wel goed in is, waar zijn belangstelling ligt of waar hij warm van loopt, wat zijn passie is. Als die daar een zinvolle taak in kan krijgen, uhm... en hij voelt dat dat zinvol is voor hem zelf, maar ook voor andere eventueel, dan zal die persoon van groeien. En daar zal die uh... ook beter om kunnen gaan, of het makkelijker verdragen dat die daarnaast ook problemen heeft. En dat die dan niet een fulltime baan heeft die goed betaald wordt, maar dat ie dan heel zinvol vrijwilligerswerk doet, wat wel een waardering oplevert van anderen, maar ook van hemzelf en dat die ziet dat het voor andere mensen ook nuttig is bijvoorbeeld, dat kan heel veel betekenen voor iemand. Waardoor die gelukkiger wordt als die zinvol vrijwilligerswerk voor 3 dagdelen in de week, dan als die een voltijd baan heeft waar die elke dag tegenaan loopt te hikken en waar die ... uh... juist slechter van wordt.
Interviewer/	Ja. Wat je nu eigenlijk omschrijft is dus empowerment?
Geïnterviewde	Ja.
Interviewer	Dat zou dus meer ingezet moeten worden hier?
Geïnterviewde	Ik denk dat we daar alert op moeten blijven dat we dat doen. Want zeker mensen die lang opgenomen zijn, die zijn zelf ook vaak heel erg geneigd om het

	te hebben over dingen die niet goed gaan, waar ze tegen aan lopen, de problemen.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Zeker mensen die langdurig opgenomen zijn, zijn gewend om te zeggen van ja, dit wil ik opgelost hebben. Maar niet die eigen verantwoordelijkheid nemen van ik wil dit oplossen en samen wil ik daar echt een plan van maken.
Interviewer	Ze leggen het dan echt bij de begeleiding neer?
Geïnterviewde	Dat zie je vaak gebeuren bij mensen die gehospitaliseerd zijn he. Ze geven iets aan waar ze last van hebben, in de hoop dat jij dan de oplossing hebt.
Interviewer	Hoe zorg je er dan voor dat de eigen verantwoordelijkheid weer terugkomt?
Geïnterviewde	Ook om daarnaar te gaan kijken waar iemand daar zelf in kan doen. Dus vooral kijken samen met de client van wat kun je zelf doen en waar liggen jouw krachten waardoor dat anders kan. Je kan ook op een creatieve manier daar mee aan de slag gaan. Zonder het probleem te bagatelliseren, maar uhm... je hoeft niet altijd het probleem op te lossen. Maar wel misschien kijken van hoe het samen kan. Hoe het en met de problemen aan de slag kunt, maar ook met waar iemand zijn krachten liggen. Dat je dat kunt gebruiken.
Interviewer	Dat is wat ik op school ook leer. Maar dat zie je dan dus nog niet terug in de praktijk zoals het zou moeten?
Geïnterviewde	Je gaat het steeds meer terugzien wel in de praktijk hier. Maar dat geldt voor cliënten dat die daaraan moeten werken, maar dat geldt ook voor ons. Om aan die andere manier van denken te wennen zeg maar. Dus dat is een hele ... ja... ik zie nou daar dat postertje hangen van herstellen doe je zelf, dat is daar een van de voorbeelden van. Dat is ook heel goed omdat je dan ... cliënten worden daar dan in meegenomen om anders te gaan denken. Om meer te denken vanuit het idee van ik kan nog wel dingen en er zijn dingen die ik leuk vind en daar kan ik iets mee. Of daar word ik warm voor uhm... ik voel me verantwoordelijkheid voor mijn eigen herstelproces. Voor datgene wat ik zelf nog wel kan. Die kant wil ik op ja.
Interviewer	Ja. Vind ik wel mooi benoemd zo. Ik heb vanuit de theorie die ik heb opgezocht een aantal hele oude oorzaken, die komen uit de jaren 70, van hospitalisatie, en er zijn een aantal van deze oorzaken die ik nog wel reëel vind. Die je nu ook nog wel hier terug zou kunnen zien. Ik heb ze hier op een rijtje, misschien kun je even kijken en dan zeggen wat jij ervan vindt?
Geïnterviewde	Ja die bovenste zie ik niet zo terug. Ze hebben hier geen gesloten deuren, en juist het voordeel van de HAT is dat iedereen zijn eigen appartement heeft en daarmee boots je zo goed mogelijk een eigen woonsituatie uh na. Ze hebben hun eigen inrichting enzo ook, dus dat maakt dat het wel echt hun eigen woonplekje is. En hier hebben we ook geen bezoektijden. Dat zijn wel van die regeltjes die je hebt in een instelling die ook hospitaliserend werken. Dat zijn die regeltjes die je moet hebben in een grote instelling, anders dan wordt het niet werkbaar.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Uh... hier hebben we het ook al over gehad. Dat gedwongen niets te doen, dat het heel belangrijk is om een zinvolle activiteit te hebben, waar mensen zelf de zin en het nut van inzien en passie voor hebben. Het geeft structuur aan dagen, maar het heeft ook zin om op te staan.
Interviewer	Ja zeker.
Geïnterviewde	Nou dit, wat we net benoemden, wat of je eerder zag van er is jaren geleden tegen mensen gezegd van nou wij weten wat goed voor jullie is en het is beter

	dat jullie hier blijven en jullie kunnen niet terug in de maatschappij want dat is te onveilig voor jullie.
Interviewer	Toen was er dus echt een machtsverhouding?
Geïnterviewde	Ja... voor zover je kunt spreken van macht... maar ja er zit wel een zekere scheve machtsverhouding.
Interviewer	En nu ook nog steeds?
Geïnterviewde	Euh...
Interviewer	Binnen het team?
Geïnterviewde	Ik kan me voorstellen dat cliënten dat nog wel steeds zo ervaren. Omdat wij degene zijn die de regels neer zetten zegmaar. En wij zijn toch degene die bepaalde grenzen aangeven. In die zin zou ik me voor kunnen stellen dat cliënten het nog steeds zo ervaren. Uhm... maar het is wel een stuk minder in de zin van dat we nu ook veel meer nadruk leggen op het feit dat je relatie heel belangrijk is, dat je relatie gelijkwaardig is. Dat wil niet zeggen dat je hetzelfde bent, maar wel dat je gewoon van mens tot mens contact hebt. En niet dat de een hoger staat of boven iemand staat, dat ik bepaal voor de ander wat die wel of niet moet kiezen. Juist is de SRH en de ART erop gericht dat juist de mens compleet in beeld moet komen. En dat die de ruimte moet krijgen om zich te ontwikkelen. Dat betekent dat ik soms juist een stap terug moet doen als hulpverlener en dat iemand de kans moet krijgen om te ontdekken dat iets niet goed voor hem is. Of dat die ... dat dat toch niet de goede keus is die die gemaakt heeft.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Maar ja ik kan dat wel denken, maar misschien is dat wel helemaal niet zo. Blijkt in de praktijk dat dat toch anders is.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Vaak genoeg meegemaakt hoor. Dat gaat wel heel hard hier, die maakt wel hele grote stappen, dat gaat vast niet goed. En dat dat dan toch goed gaat. Soms wel met vallen en opstaan, maar uiteindelijk dan gaat het wel en dan denk ik van ja... zie je wel...
Interviewer	Daar leer je wel van.
Geïnterviewde	Dat is een andere manier misschien dan ik gekozen zou hebben, maar als dat zijn of haar manier is, die werkt, dan prima.
Interviewer	Het moet ook passen bij de persoon.
Geïnterviewde	Ja. Verlies van persoonlijke contacten, bezittingen en gebeurtenissen. Nou dat zie je zeker bij mensen die langdurig opgenomen zijn. Zeker bij mensen die mogelijk vanuit hun ziektebeeld, klinkt wel weer medisch maar... euhm... soms periodes hebben dat er moeilijk contact mee te leggen is, dan halen vrienden en soms ook familie af. Als mensen heel erg verward geweest zijn of achterdochtig of psychotisch dat ze dan afhaken. Maar dat stimuleert natuurlijk niet het terugkeren in de maatschappij, dat belemmert wel. De eigen woonruimte die ze kwijtgeraakt zijn, soms heel veel schulden hebben. Rouwverwerking ook hebben over wat ze allemaal verloren zijn in de loop der tijd.
Interviewer	Ja oké.
Geïnterviewde	Medicatie en psychofarmaca... ja... dat is hetzelfde. Ja dat zal ook een invloed hebben daarop ja. Sommige bijwerkingen zijn natuurlijk zo drastisch. Je ziet dat hier ook wel bij cliënten dat ze echt vervlakken, waardoor ze ook moeilijker contact onderhouden met familie bijvoorbeeld of vrienden, waardoor dat ook voor andere mensen lastig wordt om dat contact vast te houden. Dat is een van

	de dingen waardoor ze zich moeilijker kunnen concentreren. Of slecht slapen, of het eetpatroon verstoord wordt.
Interviewer	En daardoor hospitaliseren ze ook makkelijker?
Geïnterviewde	Ja. Dus tegenwoordig wordt wel beter gekeken als vroeger, zeker bij antipsychotica, en bij antidepressiva, dat er beter gekeken wordt voor een balans tussen het voordeel van de werking tegenover het verward of het depressief zijn of de psychische klachten in het algemeen. Last van de bijwerkingen, dat dat in balans moet zijn. Dat ze proberen een zo laag mogelijke doseren aan te houden, zodat de psychische klachten minder zwaar wegen, maar dat iemand toch zo weinig mogelijk last heeft van bijwerkingen. Dus ook daar is wel meer aandacht voor, maar het is natuurlijk nog wel steeds een dingetje.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Het leefklimaat op de afdeling. Ja uhm... dat zal zeker een rol spelen. Dit zijn dan al hele oude dingen die je terugvindt, want een aantal van deze dingen stonden ook al bij mij in mijn opleiding hoog in het vaandel. Kun je nagaan.
Interviewer	Daarom zeg ik ook het komt echt uit eind jaren 70.
Geïnterviewde	Gebrek aan perspectief. Daar hebben we het eigenlijk ook al over gehad. Die zinvolle dagbesteding en die contacten met andere mensen buiten de instelling, dat kan zo belangrijk zijn. En zo waardevol. Maar als je hier al 20 jaar zit en uh... ja. Dan kan het eng worden om die stappen te nemen. Dus dan hebben ze echt wel hand in hand begeleiding nodig, om ook samen dingen te doen. En dan juist dus niet boven iemand staan maar naast iemand te staan. Om het samen aan te gaan.
Interviewer	En nog even terug op dat leefklimaat komen. Je hebt hier die gezamenlijke ruimte, die eigenlijk van de client is. Maar daar wordt door de cliënt niet veel mee gedaan.
Geïnterviewde	Nee.
Interviewer	Zou dat als dat meer opgepakt wordt, dat de cliënten dat wel gaan doen, zou dat ook meer een verantwoordelijkheidsgevoel geven en hospitalisatie verminderen?
Geïnterviewde	We proberen dat wel in kleine dingen. Dat ze verantwoordelijkheid zijn zelf, degene die daar gebruik van maken, dat het wel netjes blijft. Uhm... daar zijn de meningen ook wat over verdeelt. De ene collega, als die vieze bekers ziet staan, die ruimt dat op want dat nodigt niet uit om hier te gaan zitten als het zo rommelig is. En de ander denkt van ik laat het bewust staan omdat ik vind dat de mensen die er zelf gebruikt van willen maken er zelf verantwoordelijkheid voor hebben, om dat zelf op te ruimen. Dus die spreken die mensen dan daar op aan.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Dus dat zijn twee verschillende manieren van doen, maar eigenlijk willen ze allebei hetzelfde. Dat het dus uitnodigt om er gebruik van te maken en een plek te creëren waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. Dus wat werkt er dan? Als je het allebei niet goed doorvoert, weet je niet wat beter werkt.
Interviewer	Haha nee dat klopt.
Geïnterviewde	De praktijk wijst ook uit, als wij het steeds overnemen en we ruimen het netjes op en we sorteren alles, we gooien weg wat weg kan, we kleden het gezellig aan. Dan is het onze verantwoordelijkheid. Dan worden wij er soms ook op aangesproken door de cliënten. Ze vertellen tegens ons dat het zo'n zootje is.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Wie gaat er dan wat aan doen?

Interviewer	Is het dan niet ook zo dat het helpend is... paar maanden terug is er zo'n computer gedraaid en er zou een zitje komen, er zou van alles veranderen... nu is dat niet helemaal doorgezet al, maar zou dat niet ook iets zijn wat je meer bij de cliënt moet leggen? Omdat het hun hal is.
Geïnterviewde	Hoe zie je dat dan voor je?
Interviewer	Dat op zo'n bewonersavond dat er dan besloten wordt, jongens we willen dat de ruimte iets anders is, dat het meer uitnodigt om er te gaan zitten,
Geïnterviewde	Wie is we?
Interviewer	De cliënten. En dat je ze aanspoort om dat zelf te doen. Van joh nu zitten we, dat wij zeggen van er zitten nu niet vaak cliënten en wat zouden we met z'n allen kunnen doen om dat wel voor elkaar te krijgen.
Geïnterviewde	Dat hebben we ooit gedaan met het zitteke he. Zo is het zitteke ontstaan. Het was er nog niet toen ik er kwam werken en het is met de cliënten gebouwd. Cliënten hebben zelf de kleuren gekozen en ja nog meer. Er was een soort arbeidstherapeut die daar heel handig in was, die kwam een keer in de week om dan samen met de cliënten die dan aanwezig waren of mee wilden doen, dat samen dan euh... eerst hebben ze dat samen ontworpen en samen gekeken wat praktisch was en wat kon en wat betaalbaar was en... zo is het zitteke ontstaan buiten.
Interviewer	Wat leuk
Geïnterviewde	Dat was heel leuk. En de mensen die daar ook aan meegedaan hebben, die voelen zich daar ook verantwoordelijk voor. Want doordat die ook dingen hadden uitgekozen, vonden die het ook vervelend als die kussens vies werden. Of als ze nat regenden. Of als er brandgaatjes in kwamen. Dus die spraken daar dan andere mensen weer op aan. Dus dan zie je dat mensen zichzelf weer verantwoordelijk gaan voelen voor iets. Dus wat jij zegt over de hal, dat zou zeker wel kunnen. Maar voor dat zitteke is op een gegeven moment besloten van iemand buiten de afdeling en in overleg met een collega. Zullen we het zo en zo doen en dat daar neerzetten en dan gaat het er zo uit zien. Ik denk zeker dat dat wel een voordeel zou kunnen zijn. Mensen voelen zich dan meer verantwoordelijk voor iets.
Interviewer	Maar hoe zou je dan cliënten zover kunnen krijgen om met ideeën te kunnen komen. Die bewonersavond is denk ik ook niet heel drukbezocht.
Geïnterviewde	Nee maar je zou wel een soort enquête uit kunnen zetten natuurlijk van uhm... wat mensen dan eens in de hal... dat is al eens eerder geweest een soort vragenlijst en zo'n flap-over gemaakt met allerlei dingen die cliënten dan aandrang. Die ze zouden willen met die hal. Er waren onder andere ook kussentjes voor op de stoelen gevraagd. Die zijn er ook nog steeds niet volgens mij.
Interviewer	Dat is goed gelukt ja.
Geïnterviewde	Dat is dus het nadeel en het hospitaliserende van een instelling. Wat mensen dan aangeven dat ze willen, dat komt dan niet. Dus ja dat is... dat is dan heel demotiverend om dan zelf actie te ondernemen. Maar je zou zelfs nog een stap verder kunnen gaan. Je zou kunnen zeggen van, we willen kussentjes, en die worden dan wel of niet besteld, maar je kunt ook zeggen van welke kussentjes willen we dan en kunnen we die dan in Goes gaan kopen? Kunnen we eens naar leen bakker gaan en kijken wat er is voor op die stoelen, dat we de maten opmeten en dan kunnen we met een paar mensen naar de stad gaan en kijken wat er is, en dan ook een begroting maken van hoe duur dat dan is. Kunnen we dat dan bij de teamleider indienen. En dan zie je dat mensen zich verantwoordelijk voelen.

Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Als je mensen er warm voor kunt laten lopen dat ze mee willen denken en mee willen doen, dan heb je ook kans dat ze zich meer verantwoordelijk voelen voor hoe het eruit ziet.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Dus het mee mogen denken en het mee mogen beslissen, alleen al dat ik het zo zeg, zegt al iets. Dat je mee kunt beslissen en mee kunt denken maakt ook dat je medeverantwoordelijk voor iets wordt.
Interviewer	Ja. Dat is zo. Wij werken natuurlijk herstelgericht. Hoe zie je dat precies terug? Herstelgericht werken?
Geïnterviewde	Uhm... ja ook wel weer op hetzelfde. Dat je meer aandacht hebt voor de mogelijkheden van mensen. En niet alleen maar voor de beperkingen. Dus dat je meer beroep doet op de krachten van mensen en ze daar in mee laat denken. Vooral het meedenken, daar begint het denk ik al mee. Dat wij niet degene zijn die vertellen wat goed voor iemand is, maar dat we uh... samen met die client gaan denken wat goed voor iemand is. Wat belangrijk is of waar iemand blij van wordt of waar iemand zijn krachten liggen. En zo de gelegenheid geven om zelf keuzes te maken. Ook al denken wij dat dat misschien niet de ideale keuze is, iemand moet ook de kans krijgen om zijn eigen weg te volgen. Ik denk dat je dan herstelgericht bezig bent. Dat iemand zelf kan ontdekken en dat stimuleren, motiveren uhm... om zelf te ontdekken wat iemand allemaal kan. Dat is vaak meer dan wij denken.
Interviewer	En hoe zie je bij de collega's terug, met het werken met de ART of de SRH?
Geïnterviewde	Vraag je dat aan mij?
Interviewer	Ja. Laat ik anders eerst beginnen met de vraag; heb je het idee dat er echt gewoon gebruik wordt gemaakt van de methodieken?
Geïnterviewde	Uhm... ik had pas mijn jaargesprek en er schreef iemand op het feedbackformulier daarvan dat ik iemand dat terugziet in mijn manier van werken en handelen. Terwijl ik er zelf nooit bij stil sta. Ik heb in de loop van tijd, ik ben in 1981 ooit begonnen als leerling en er ergens 5 jaar tussenuit geweest, maar voor de rest altijd in de psychiatrie gewerkt. In de loop van de jaren heb ik heel veel theorieën mee gekregen en ik vind het altijd weer wel verfrissend dat er iets nieuws om de hoek komt. Niet zozeer omdat het toevoegt, maar omdat het je weer even tot nadenken zet van wat neem je wel mee en wat niet.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	En uit al die verschillende theorieën neem je in de loop van jaren steeds dingen mee, althans zo werkt dat bij mij en dat hoor ik van collega's ook terug. Uhm... als ik heel eerlijk ben, ik werk niet bewust vanuit de SRH, maar ik neem wel heel veel dingen mee vanuit allerlei theorieën en wat ik daarvan terugzie bij mezelf, maar ook bij andere mensen hier op de afdeling, is wel dat uhm... die presentietheorie. Dat je er bent voor iemand, dat je naast iemand staat, niet boven of onder iemand, maar dat je naast iemand staat. Dat je een gelijkwaardige relatie opbouwt, dat je contact van mens tot mens is. Maar dat vond ik toen ook al zo.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Ik heb op een afdeling gewerkt, dat was een afdeling in Middelburg, een resocialisatie afdeling. En daar werkten we eigenlijk al op dezelfde manier als nu hier. Toen heette het nog geen SRH hoor. Ik heb geen flauw idee hoe het toen heette. Ik heb heel veel voorbij zien komen. Uhm... maar wat ik in mijn opleiding geleerd heb, toen der tijd al, dat was al dat menselijke. Dat het kan iedereen overkomen en het kan iedereen gebeuren. Of door genetische aanleg of door de

	omstandigheden waarin je geboren wordt, of door de dingen die je meemaakt. Het kan iedereen overkomen. En dat wetende, zorgt dat je niet boven iemand gaat staan maar dat je naast iemand kan gaan staan.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	En ja dat zie ik nog steeds terug en dat zie je natuurlijk ook en dat lees je ook weer terug in die SRH-theorie dat soort dingen. En ik denk dat dat het belangrijkste is van de hele basis van je werk in... met mensen. Niet alleen in de psychiatrie maar ook in een gewoon ziekenhuis of in maatschappelijk werk of wat dan ook. Dat dat het belangrijkste is, dat je echt luistert. Dat je aanwezig bent en dat je dat laat weten.
Interviewer	Zou het helpen als de SRH of de ART wat bewuster ingezet zou worden?
Geïnterviewde	Weet ik niet. Ik denk dat het goed is om je bewust te zijn van een aantal aspecten ervan. Maar of je nou echt specifiek want ik bedoel van Je hoort ook van andere instellingen en afdelingen, iedereen past die theorie toe op zijn eigen manier en in zijn eigen vorm. Je bent toch min of meer gebonden aan de dingen die je hebt. Als je volgens de ART... dan zou hier een activiteitenbegeleider, een voedingsassistent, een maatschappelijk werker en nog een aantal mensen zouden hier allemaal binnen het team aanwezig moeten zijn, nou die zijn er niet. Er zijn juist dingen hier weg gegaan in de loop van jaren. Al die therapeuten zijn er niet meer. Dat zou erop wijzen... en ik mis die mensen wel allemaal, dat merk je echt. Juist in dat soort aspecten ook. Zij kunnen juist ook daarop meer ... ik bedoel samen koken met iemand en iemand leren koken. Nu moeten wij dat zelf doen en dat hangt er een beetje bij. Daar waren die mensen dan voor. Maar dat is niet haalbaar. Ik kan dat wel vinden maarja. Het is jammer dat dat juist weg is dan dat dat erbij komt.
Interviewer	Heb je wel het idee dat je collega's ook wel onbewust of bewust met de methodieken werken?
Geïnterviewde	We zijn er zeker de laatste paar jaar wel steeds meer gericht op buiten. Uitgezonderd een aantal cliënten. Maar veel mensen zijn we toch gericht op buiten toe. Dus dat geeft toch een bepaalde insteek die mee brengt dat je op een andere manier gaat denken en handelen. En zeker in je persoonlijk begeleiderschap dat je daar meer aandacht voor hebt. En bij de een zal dat met hele kleine stapjes gaan en bij een ander ja die denk je misschien wel eens van nou die neemt wel hele grote stappen, of die slaat er dan een paar over. En soms zeg ik dat van iemand. En soms ook niet. En dan zijn wij er weer om iemand op te vangen.
Interviewer	En heb je het idee dat de doelstelling van de hat eigenlijk een beetje weggezakt is?
Geïnterviewde	Nee dat denk ik niet. In welke zin bedoel je dat?
Interviewer	Ik heb uit andere interviews te horen gekregen dat in ieder geval cliënten vinden dat het idee van je komt hier binnen om eigenlijk zo snel mogelijk als jij aan kan weer weg te gaan. Maar ze hebben het idee dat dat een beetje is weggezakt. Dat dat uit het oog is verloren en dat er mensen zijn opgenomen die dat niet kunnen. Of waarvan later blijkt dat ze dat niet kunnen. Of mensen die hier heel lang zitten die niet meer weg kunnen eigenlijk.
Geïnterviewde	Ik vind in die zin dat dat weggezakt is. Het is niet de goede uitdrukking denk ik... uhm... kijk het is een beetje, het wringt misschien een beetje tussen wat de visie is en wat we zouden willen, het naar buiten toe werken, wringt een beetje met het aanbod wat er is. Van andere afdelingen aangemeld wordt. En vanuit de voorgeschiedenis van dat het ooit een woon afdeling zou zijn. Er zijn nog een aantal mensen vanuit die periode, die hier min of meer wonen. Maar ook van

	mensen die later gekomen zijn waaruit hier gebleken is dat het wel een hele moeilijke stap is om naar buiten te gaan. Dat dat echt te veel gevraagd is van mensen. Dus er zijn een aantal mensen die daarna nog gekomen zijn, waar een uitzondering voor gemaakt is. Maar soms blijkt dat pas als mensen hier zijn.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	En moet je mensen, die krijgen allerlei dilemma's. Moet je mensen op een crisisafdeling laten wachten op een plek bij een BW, als ze hier een tussenstap kunnen maken bijvoorbeeld. Ja je houdt een plek bezet op een crisisafdeling, wat de organisatie slecht uitkomt omdat die plekken uh... vaak overbezet zijn. En ja je houdt iemand eigenlijk ook onnodig lang op een ziekmakende afdeling en omgeving. Als je iemand op een crisisafdeling laat zitten die daar eigenlijk niet meer hoort. Dus dat zijn allemaal dilemma's eigenlijk die binnen een instelling dan weer uh... mee spelen in het invulling geven van hoe je een afdeling wil hebben.
Interviewer	Ja.
Geïnterviewde	Dus je zult hier denk ik nooit een hele complete groep krijgen die allemaal binnen twee jaar naar buiten kan. Die zelfstandig kan wonen binnen twee jaar. Dat is niet haalbaar. Dat is niet realistisch. En dat moeten we toch ook een beetje blijven.
Interviewer	We zijn een beetje richting het einde gekomen. Ik heb nog een vraag aan jou. En dat is de hamvraag van mijn onderzoek. Wat is nou volgens jou hetgeen dat wij kunnen doen om de hospitalisatie te verminderen?
Geïnterviewde	Toch zoveel mogelijk samen met cliënten denken en niet voor cliënten denken. En wij moeten zelf wel mogelijkheden ook bedenken, maar het liefst samen met de cliënt doen. En uhm... hen ook medeverantwoordelijk maken voor hun ontwikkeling en hun proces. Dat is denk ik hetgeen wat het meeste hospitalisatie tegen gaat.
Interviewer	En hoe kunnen we dat zo bereiken? Dat ze die ...
Geïnterviewde	Nou dat we ons daar steeds bewust van zijn he... We hebben nu de afgelopen dagen steeds over een client gehad, of in ieder geval veel. Ook dat, daar kwam dat ook steeds bij naar voren. Als wij denken dat we wel iets voor iemand op kunnen lossen, zitten we vaak verkeerd. Wij kunnen vaak niet de problemen voor iemand oplossen. Wij kunnen wel eens een praktisch probleem oplossen uhm... maar heel vaak kunnen mensen dat ook zelf. Wij zijn te snel geneigd om dingen van mensen uit handen te nemen. We moeten ons daar steeds van bewust zijn en ik denk dat we ook elkaar daarop moeten aanspreken. Als we denken dat iemand te veel overneemt van cliënten, wat mensen zelf kunnen. Of voor mensen gaan denken, dat we ons daar bewust van zijn, dat we met mensen mee moeten denken, maar niet voor mensen denken.
Interviewer	Nee. Dat neem ik mee. Heel erg bedankt.
Geïnterviewde	Ja graag gedaan.
Interviewer	Nog iets dat je kwijt wil over het onderwerp?
Geïnterviewde	Nee niet echt.
Interviewer	Dan was dit het. Dankjewel.