

Contact gezocht

Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg



Petra
Schaftenaar

Contact gezocht

Petra Schaftenaar

SWP

In *Contact gezocht* wordt onderzocht of relationele zorg conform de presentiebenadering van toegevoegde waarde kan zijn in het leven van forensisch psychiatrische cliënten. Als uitvloeisel van deze relationele zorg hielden medewerkers van de forensisch psychiatrische kliniek contact met ex-forensisch cliënten na behandeling, het zogenaamde 'contact na behandeling'. Wat is relationele zorg, hoe ziet die eruit, hoe werkt die door in levens van forensisch psychiatrische patiënten, wat betekent ze voor zorgverleners en heeft ze invloed op recidive?

Na het theoretisch kader volgen vier studies, die zijn uitgevoerd met kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. De eerste studie beschrijft de praktijk van forensisch relationeel zorg verlenen. De tweede studie brengt het leven van forensische zorgontvangers in beeld. De derde studie gaat over de ervaringen van werkers en de betekenis die zij geven aan deze manier van zorg verlenen. In de vierde studie wordt onderzocht of er sprake is van vermindering van strafrechtelijke recidive bij deze groep cliënten, in vergelijking met twee groepen cliënten die op een ander moment of in een andere forensische kliniek behandeld zijn.

Deze uitgave gaat over de forensische psychiatrie en is relevant voor (beleids)medewerkers en managers die te maken hebben met forensische zorg. *Contact gezocht* is ook bruikbaar voor scholingsdoeleinden.

Petra Schaftenaar (1971) studeerde inrichtingswerk (Hogeschool van Amsterdam) en bedrijfskunde (Radboud Universiteit) en werkte in de forensische psychiatrie als sociotherapeut, leidinggevende, manager en docent alvorens zij als zorginnovator en onderzoeker dit onderzoek opzette en uitvoerde.

ISBN 978 90 8850 840 0



NUR 740/875

9 789088 508400 >

www.swpbook.com

SWP

Contact gezocht

Contact gezocht

Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes
in de klinische forensische zorg

Aiming at contact

Relational caring and the everyday interaction as effective principles
in clinical forensic care
(with a Summary in English)

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht
op gezag van de Rector Magnificus, prof. dr. G.J.L.M. Lensvelt-Mulders
ingevolge het besluit van het College voor Promoties
in het openbaar te verdedigen op 12 juli 2018 's ochtends om 10:30 uur

door

Petra Schaftenaar

geboren op 17 januari 1971 te Naarden

promotoren:

prof. dr. A.J. Baart, Universiteit voor Humanistiek

prof. dr. G.J.J.M. Stams, Universiteit van Amsterdam

beoordelingscommissie:

prof. dr. F. Vosman, Universiteit voor Humanistiek

prof. dr. G. Glas, Vrije Universiteit

prof. dr. A. Popma, Vrije Universiteit

prof. dr. F. Scheepers, Universiteit Utrecht

dr. V. de Vogel, Hogeschool Utrecht

*(...) and to him, the meaning of an episode was not inside like a kernel but outside,
enveloping the tale which brought it out only as a glow brings out a haze,
in the likeness of one of these misty halos that, sometimes,
are made visible by the spectral illumination of moonshine.*

Joseph Conrad

Voor Henk

Inhoud

1	De achtergrond en aanleiding tot het onderzoek	11
1.1.	Aanleiding tot het onderzoek	12
1.2.	Relationele zorg en contact na behandeling	14
1.3.	Onderzoeksdoel en probleemstelling	15
1.4.	Onderzoeksopzet en methodologie	16
1.5.	Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren	19
1.6.	De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer	20
1.7.	Referenties	21
2	Een theoretisch kader van waaruit de waarde en de betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie kunnen worden gezien	23
2.1.	Inleiding	24
2.2.	Forensische zorg en de klinische forensische psychiatrie	24
2.3.	Heersende paradigma's in de forensische psychiatrie	27
2.4.	Naar een ander paradigma	33
2.5.	De zorgethiek	34
2.6.	De presentiebenadering als zorgethische benadering	38
2.7.	De presentiebenadering in de klinische forensische psychiatrie	46
2.8.	Contact na behandeling in de forensische psychiatrie	50
2.9.	Kritieken en afrekenbaarheid	56
2.10.	Integratie	60
2.11.	Referenties	60
3	'Ze zijn zo aardig en geduldig, het zit in hun karakter, of zo'	69
3.1.	Inleiding	70
3.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	70
3.3.	Een dag op een leefgroep in een Forensisch Psychiatrische Kliniek	76
3.4.	Analyse	88
3.5.	Conclusie en discussie	102
3.6.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	107
3.7.	Tot slot	110
3.8.	Referenties	111

4	'Ik weet zeker dat ze trots op me zijn...'	113
4.1.	Inleiding	114
4.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	114
4.3.	De narratieven	121
4.4.	Analyse	146
4.5.	Conclusie en discussie	179
4.6.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	182
4.7.	Tot slot	187
4.8.	Referenties	187
5	'Uit het oog, maar niet uit het hart'	189
5.1.	Inleiding	190
5.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	190
5.3.	Resultaten en analyse	196
5.4.	Conclusie en discussie	213
5.5.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	216
5.6.	Tot slot	218
5.7.	Referenties	218
6	De 2-jaarlijkse strafrechtelijke recidive na strafrechtelijke plaatsing (art. 37 WvSr) van drie groepen cliënten vergeleken	221
6.1.	Inleiding	222
6.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	224
6.3.	Resultaten	226
6.4.	Discussie	232
6.5.	Conclusie	234
6.6.	Referenties	234
7	Slotbeschouwing: bredere kwesties en conclusie	237
7.1.	Inleiding	238
7.2.	De belangrijkste bevindingen op een rij	238
7.3.	De beroepspraktijk	239
7.4.	Wetenschappelijke vragen	246
7.5.	Maatschappelijke kwesties	249
7.6.	Conclusie	252
7.7.	Referenties	253
	Samenvatting	257
	Summary	263

Bijlage 1 Verklaring METC	267
Bijlage 2 Informatiebrief deelnemers onderzoek	269
Bijlage 3 Informed Consent	271
Bijlage 4 Wie-is-wie?	273
Bijlage 5 Het relationeel werken van Sasja en Valerie	275
5.1. Relationeel en situationeel werken	275
5.2. Aansluiten en afstemmen	276
5.3. Ondersteuning en grenzen	277
Bijlage 6 Presentietheoretische analyse	279
6.1. Inleiding	280
6.2. De kaart van relationeel werken	280
6.3. Relationeel werken: ruimte	282
6.4. Relationeel werken: mismatch	287
6.5. Relationeel werken: aansluiten en afstemmen	289
6.6. Relationeel werken: functies van relaties	292
6.7. Relationeel werken: attitude en rol zorgverleners	297
6.8. Aanvullingen uit deze praktijk op de ‘kaart van relationeel werken’	302
6.9. Conclusie van deze presentietheoretische analyse	304
6.10. Referenties	304
Bijlage 7 Opzet questionnaire	307
Bijlage 8 Cox-regressieanalyse (figuur en tabel)	311
Bijlage 9 De kosten van recidive en behandeling	313
9.1. Opsporing en berechting	313
9.2. Kosten verblijf en behandeling	313
9.3. Kosten verpleegkundige op jaarbasis	314
9.4. De tijd die ‘contact na behandeling’ kostte in 2015	314
Dankwoord	315
Over de auteur	317

Hoofdstuk 1

De achtergrond en aanleiding tot het onderzoek

1.1.	Aanleiding tot het onderzoek	12
1.1.1.	Maatschappelijke ontwikkelingen en relevantie	12
1.1.2.	Wetenschappelijke ontwikkelingen en relevantie	12
1.1.3.	Lokale ontwikkelingen en relevantie	13
1.2.	Relationele zorg en contact na behandeling	14
1.3.	Onderzoeksdoel en probleemstelling	15
1.3.1.	Onderzoeksdoel	15
1.3.2.	Het onderzoeksprobleem	15
1.3.3.	De hoofdvraag	16
1.3.4.	Deelvragen	16
1.4.	Onderzoeksopzet en methodologie	16
1.4.1.	De praktijk van relationele zorg	17
1.4.2.	De zorgontvangers	17
1.4.3.	De zorgverleners	17
1.4.4.	Strafrechtelijke recidive	18
1.4.5.	Validiteit en betrouwbaarheid	18
1.4.6.	Ethische aspecten	18
1.5.	Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren	19
1.6.	De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer	20
1.7.	Referenties	21

1.1. Aanleiding tot het onderzoek

1.1.1. Maatschappelijke ontwikkelingen en relevantie

In Nederland ligt de zorg voor gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten permanent onder een vergrootglas. De samenleving reageert panisch als forensische cliënten weglopen uit begeleiding of de kliniek ontvluchten (Van der Helm, 2013). Het incident uit 2006 waarbij ter beschikking gestelde (tbs'er) Wilhelm S. wegliep uit begeleiding en iemand om het leven bracht, heeft geleid tot een herziening van het systeem van de terbeschikkingstelling (tbs) (Van der Wolf, 2012). Ook hierna zijn er incidenten geweest die in de media breed uitgemeten werden en maatschappelijke onrust veroorzaakten (Muijen, 2011). Dit lot is niet alleen de tbs beschoren. De arrestatie van Michael P., in behandeling bij een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), als verdachte in een verkrachtings- en moordzaak, hield Nederland eind 2017 in zijn greep. De vragen die daarbij hardop gesteld werden, zijn 'Moeten we dit wel zo doen?' en 'Waarom krijgen misdadigers nieuwe kansen?' In het *AD* van 14 november 2017 schrijft journalist Goossens: 'Het was inderdaad beter geweest als justitie na P's veroordeling de sleutel van zijn cel had weggegooid', waarna hij het Nederlandse systeem naast 'humaan en goeddeels succesvol', ook 'laks' noemt. Het is slechts een enkel voorbeeld van uitspraken over de forensische zorg, maar het brengt ons meteen bij de kern van de zaak. De opdracht van de forensische zorg is recidivereductie. En hoewel resocialiseren en behandelen beter lijken te werken dan opsluiten (Andrews & Bonta, 2010; Wartna, Alberda, & Verweij, 2013), is de maatschappelijke vraag na elk tragisch incident hoe het er in die instellingen aan toe gaat dat dit heeft kunnen gebeuren. Dit perspectief van de samenleving wordt in dit proefschrift niet behandeld, maar het is wel een relevante aanleiding. Dit proefschrift gaat namelijk over de forensische zorg. Vanuit het perspectief van werkers en cliënten in de zorg, het binnenperspectief, wordt onderzocht wat het betekent om zorg te ontvangen of te geven. Wat helpt cliënten? En hoe kunnen we door middel van zorg bijdragen aan het terugdringen van recidive?

1.1.2. Wetenschappelijke ontwikkelingen en relevantie

In zijn proefschrift stelde Gildberg (2012, p. 153) een soortgelijke vraag, maar dan vanuit het perspectief van de zorggevers. Willen we forensische patiënten opsluiten en medicatie geven tot ze doen wat wij willen (*Lock them up and medicate them until they act 'normal' according to our own understanding of normality*)? Of willen we een manier vinden die hen terug naar de samenleving helpt zonder gebruik te maken van macht, dwang en vijandigheid?

While it does not seem possible to let go of the custodial element in care because of the nature of forensic mental health care, a shift in focus towards possibilities instead of restrictions could prove fruitful. This shift, combined with research into the untapped therapeutic potential in staff interactions, along with a more systematic clinical approach to practice, could perhaps benefit the forensic mental health inpatient. (Gildberg, 2012, p. 153)

Met andere woorden: kunnen we in de forensische zorg zorgen? En hoe dan? Dit ligt in de lijn van meerdere onderzoeken waarin de spanning tussen zorgen en bewaken wordt geadresseerd (bijvoorbeeld in: Van der Helm, 2011; Hörberg & Dahlberg, 2015; Ros, Van der Helm, Wissink, Stams, & Schaftenaar, 2013).

1.1.3. Lokale ontwikkelingen en relevantie

Medio 2011 stond de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) van Inforsa op een keerpunt in haar bestaan. Er was landelijk al enige tijd sprake van een vermindering van het aantal tbs-opleggingen¹, wat specifieke vraagstukken met zich meebracht ten aanzien van de bedrijfsvoering en de inrichting van de behandelcapaciteit. Het was aan de orde om minder tbs-behandelingen uit te voeren en meer patiënten te behandelen met een andere juridische titel, vaak als groep aangeduid als ‘Overige Forensische Zorg’ (OFZ). De opdracht tot recidivereductie bleek bij patiënten met een overige forensische titel echter problematisch (Peek & Nugter, 2009). Specifiek was dit het geval bij patiënten die opgenomen waren in het kader van een ‘strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis’ (artikel 37 Wetboek van Strafrecht, WvSr). De FPK, die gespecialiseerd is in het behandelen van forensische patiënten met een psychotische stoornis, trok zich dit met name aan, omdat deze groep patiënten bij uitstek de doelgroep is waar zij behandeling aan biedt². Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de FPK zich, in een traject waaraan alle medewerkers konden deelnemen, opnieuw heeft bezonnen op haar opdracht (recidivereductie door behandeling) en hoe deze uit te voeren.

De groep cliënten die de FPK behandelt, wordt gekenmerkt door vele eerdere hulpverleningscontacten en een intensieve justitiële voorgeschiedenis. Maatschappelijke integratie ontbreekt grotendeels. De levens van cliënten lijken gefragmenteerd. Er is geen duurzame sociale verbondenheid via bijvoorbeeld werk, familie of zorg (Van Outheusden & Schaftenaar, 2016). Er lijkt sprake te zijn van draaideurpsychiatrie: cliënten gaan van de ggz naar justitie, van justitie naar de forensische psychiatrie, weer (terug) naar de ggz en na een of meerdere delicten weer retour naar justitie (Van Outheusden & Schaftenaar, 2013). De cliënten ‘ontsnappen’ op die manier aan de zorg en er is sprake van een mismatch (Goossensen & Oude Egberink, 2013). Het lijkt erop dat de bereikte stabiliteit tijdens de klinische behandeling niet beklijft noch toereikend is om recidive te voorkomen.

In het zoeken naar oplossingen of manieren om de recidive door deze groep cliënten terug te dringen, bieden bestaande praktijken weinig houvast. Het juridische systeem kent in geval van artikel 37 WvSr geen mogelijkheid om toezicht en risicomanagement af te dwingen waarvan onderzoek uitwijst dat dit een bijdrage levert aan de reductie van

-
- 1 Wat op dat moment in die tijd voor alle klinieken een probleem werd, omdat er meer beschikbare plaatsen waren dan ‘aanbod’.
 - 2 Voor oplegging van artikel 37 WvSr is volledige ontoerekeningsvatbaarheid een vereiste, wat betekent dat het delict door de dader gepleegd is, maar hem niet toegerekend kan worden vanwege gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens. In de praktijk betekent dit dat er altijd sprake is van een gediagnosticeerde stoornis op As I van de DSM, zijnde psychotische stoornissen, schizofrenie of stemmingsstoornissen.

recidive (Harte, Van Kalmthout, & Knuppe, 2010). De relatief korte justitiële maatregel, als onderdeel van de keten, versterkt daarbij het versnipperde contact met de (forensische) ggz en het gefragmenteerde leven in het algemeen. Hoe het tij dan te keren? De huidige werkwijze kent weliswaar *state-of-the-art* behandelingen gebaseerd op geldende richtlijnen en met interventies gericht op resocialisatie; zij leidt echter niet tot de gewenste recidive-reductie, wat dé opdracht is van de forensische zorg voor de samenleving. Daarmee komt er geen einde aan de draaideur en het gefragmenteerde zorgaanbod.

Afdwingen van toezicht kan (wettelijk) niet, maar zou er een mogelijkheid gevonden kunnen worden om met de cliënt contact te houden na afronding van de klinische behandeling? Die manier zou dan kunnen steunen op het contact en het vertrouwen die tussen de cliënt en zijn hulpverleners zijn opgebouwd. Op deze manier komen relationele zorg en de presentiebenadering (Baart, 2001) in zicht. Zou relationele zorg van toegevoegde waarde kunnen zijn in de zorg aan forensische cliënten die ‘in de draaideur zitten’? Kan ze bijdragen aan iets minder fragmentatie? Biedt het mogelijk meerwaarde voor de zorgrelatie, de effectiviteit van de zorg en de zorggever?

1.2. Relationele zorg en contact na behandeling

Om (goede) zorg te geven in deze lijn, besloot de FPK van Inforsa per 1 september 2012 met alle cliënten die met ontslag gingen, vrijwillig contact na hun behandeling te houden. Dit werd ‘duurzame verbinding’ genoemd. Om dit te kunnen bereiken is een verandertraject gestart met als doel de medewerkers en de organisatie zo toe te rusten dat de uitvoering van dit beleid tot stand kon komen. Medewerkers hebben met elkaar nieuwe kernwaarden vastgesteld, leidinggevenden en medewerkers zijn zich gaan scholen in relationele zorg met behulp van de presentiebenadering (Baart, 2001) en maandelijks werden bijeenkomsten gehouden met de medewerkers waarin gereflecteerd werd op deze ontwikkelingen in de praktijk. Het behandelprogramma werd gebaseerd op de concepten van relationele zorg en de presentiebenadering (Baart, 2001) en een zogenaamd open leefklimaat, dat op relatievorming en ondersteuning is gebaseerd (Van der Helm, 2011). Voorbeelden hiervan zijn het zo min mogelijk intern overplaatsen van patiënten (om de interne fragmentatie te voorkomen), het werken vanuit vertrouwen (in plaats van uit wantrouwen), het creëren van een klimaat waarin weinig repressie wordt uitgeoefend en waarin patiënten zich ondersteund voelen door hun begeleiders. Ook wordt aandacht besteed aan ‘het gewone leven’, leuke dingen doen met elkaar en het vieren van successen (Schaftenaar & Van Outhesden, 2014). Door na de behandeling contact te houden wordt geprobeerd de verbinding die tijdens de behandeling in de kliniek met de cliënt is gelegd te verduurzamen.

1.3. Onderzoeksdoel en probleemstelling

1.3.1. Onderzoeksdoel

(Inter)nationaal onderzoek naar de toepassing van relationele zorg in de forensische psychiatrie is schaars. Het belang van therapeutische relaties, de rol van therapeuten en de bijdrage van de therapeutische relatie aan de effectiviteit van de (forensische) behandeling zijn wel uitgebreid onderwerp van internationaal onderzoek (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015; Norcross, 2002; Wilson & Yates, 2009). Ook is er aandacht voor het therapeutische milieu (Boone, Althoff, & Koenraadt, 2016; Van der Helm, Kröger, Schaftenaar, & Van Vliet, 2013; De Leede, Van der Helm, & Voskes, 2016; Schaftenaar, 2015), het meten daarvan (Bulten & Fluttert, 2007; Van der Helm, 2011) en de relatie met recidive (Barton & Mackin, 2012). Daarnaast heeft de forensische psychiatrie zich de afgelopen decennia sterk geprofessionaliseerd door het ontwikkelen van nieuwe inzichten en kennis over risicofactoren, risicotaxatie en risicomangement (Andrews & Bonta, 2010; Douglas & Webster, 1999; Heffernan & Ward, 2017; Nagtegaal, 2010; De Vogel, 2005).

De laatste jaren is er toenemend aandacht voor positieve en ondersteunende elementen in de forensisch psychiatrische behandeling. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek naar beschermende factoren (Nagtegaal & Schönberger, 2013; De Vries Robbé, 2014). Ook is er onderzoek op het gebied van positieve psychologie in de forensische psychiatrie (Place, 2011; Walburg, 2009). Daarnaast vindt het denken over herstelondersteunende zorg zijn weg binnen de forensische psychiatrie (Van Gestel-Timmermans, Place, Van Vugt, Van Rooijen, & Van Nieuwenhuizen, 2015).

Echter, niet eerder is onderzocht of relationele zorg conform de presentiebenadering (Bart, 2001) van toegevoegde waarde kan zijn in het leven van forensisch psychiatrische cliënten. Wat is relationele zorg, hoe ziet die eruit, hoe werkt die door in levens van forensisch psychiatrische patiënten, wat betekent ze voor zorgverleners en heeft ze invloed op recidive?

Het doel van deze studie is het onderzoeken van de betekenis van relationele zorg in een forensisch psychiatrische praktijk. Hiermee wil ik een bijdrage leveren aan de kennis over de forensische zorgpraktijk en goede zorg helpen te bevorderen. Een bijkomend doel is het geven van een 'stem' aan zorgontvangers en werkers in de forensische psychiatrie. Ik hoop inzicht te verkrijgen in de betekenis van relationele zorg tegen de achtergrond van de biografieën van de levens van zorgontvangers en in het werken van zorgverleners. Ook onderzoek ik of relationeel werken een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van recidive.

1.3.2. Het onderzoeksprobleem

De gangbare manier van behandelen lijkt onvoldoende bij te dragen aan het stoppen van de draaideur en het terugdringen van recidive. Is er een werkwijze waardoor dit wel mogelijk is? Mogelijk lukt dit door het opbouwen van vertrouwen en het aangaan (en niet afbreken) van verbinding, tijdens én na de behandeling (Van Outhousden & Schaftenaar, 2013). In deze hernieuwde blik op forensisch psychiatrische behandeling verandert het

behandelmilieu van een gedrags- en beheersmatige aanpak naar een klimaat waarin vertrouwen, ruimte en relationele zorg centraal staan (Baart, 2001; Van der Helm, 2011; Van Outheusden & Schaftenaar, 2013; Schaftenaar, 2013).

Relatiegericht werken binnen de context van de forensische psychiatrie, zo is de aanneme, levert een bijdrage aan het succes van de behandeling. Het probeert het draaideureffect te voorkomen doordat de relatie met de patiënt tot inzet van de behandeling gemaakt wordt. Dat is een relatief nieuw paradigma in de huidige forensische zorg in Nederland. Deze toepassing van relatiegericht werken in deze zorgpraktijk (die theoretisch steunt op de zorgethiek en de presentiebenadering) en de waarde hiervan zijn het onderwerp van dit onderzoek.

1.3.3. De hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is daarmee: ‘Wat betekenen relatiegericht werken tijdens de behandeling en – als uitvloeisel daarvan – het vrijwillig houden van verbinding na behandeling in de forensische psychiatrie voor cliënten en medewerkers van Inforsa en wat levert het op in termen van strafrechtelijke recidive?’

1.3.4. Deelvragen

Om deze vraag te beantwoorden, zijn vier deelvragen geformuleerd. Deze luiden als volgt. Hoe zien forensische praktijken van relationele zorg eruit?

1. Wat betekent relationele zorg voor (ex-)cliënten tijdens de opname en bij het houden van contact na behandeling (wat is de waarde/opbrengst voor hen)?
2. Welke betekenis geven zorgverleners in de forensische psychiatrie aan relationele zorg in de vorm van contact na behandeling?
3. Wat is de opbrengst van deze manier van zorg verlenen voor de samenleving in termen van recidive?

1.4. Onderzoeksopzet en methodologie

In dit onderzoek worden kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt om tot beantwoording van de deelvragen te komen. Het is een *mixed methods* onderzoek. De idee is dat door meerdere onderzoeksmethoden en -paradigmata te gebruiken, er een beter beeld ontstaat en de accuraatheid en betekenis van de conclusies vergroot worden (Kumar, 2014, p. 19).

De kwalitatieve onderzoeksmethoden worden ingezet om de praktijk van relationele zorg te schetsen en te begrijpen en om de waarde en betekenis van relationele zorg te onderzoeken. Het kwalitatieve onderzoek valt in de interpretatieve onderzoekstraditie (Morehouse, 2012): de opgedane kennis kan niet tot slechts één perspectief of oorzaak-gevolgrelatie gereduceerd worden. Het begrijpen van mensen kan niet zonder het perspectief van hun (complexe) sociale en culturele wereld. Terugdringen van recidive is de centrale opdracht van de forensische psychiatrie, dat wordt in dit onderzoek kwantitatief onderzocht.

De deelvragen worden beantwoord in vier deelstudies die, elk met een ander onderzoeksdesign, bijdragen aan het formuleren van een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. In de volgende paragrafen geef ik een overzicht van de vier deelstudies. In de betreffende hoofdstukken wordt de methodologische onderbouwing per deelstudie uitgebreid toegelicht en verantwoord.

1.4.1. De praktijk van relationele zorg

Door middel van participerende observatie (Creswell, 2013; DeWalt & DeWalt, 2011) op twee van de leefgroepen waar zorgontvangers met korte juridische titels verblijven, onderzoek ik hoe relationeel werken er in deze zorgpraktijk uitziet. In aanvulling daarop wordt een focusgroepbijeenkomst gehouden met een afvaardiging van zorgverleners van deze leefgroepen. Het doel van het focusgroepinterview is om het materiaal dat uit de observaties komt, kritisch te interpreteren. Het onderzoek is descriptief van aard: ik wil zo nauwkeurig mogelijk beschrijven wat er in de zorgpraktijk gebeurt. Het onderzoek is ook exploratief: ik ga op zoek naar onderliggende patronen en thema's. Van de observatie wordt een inductieve analyse (Boeije, 2005) gemaakt die de beschrijving kan onderbouwen. Door de analyse wordt inzichtelijk gemaakt of en zo ja hoe relationele zorg uitgevoerd wordt in deze praktijk. Het design van deze deelstudie wordt, inclusief relevante bronnen, volledig uitgewerkt in hoofdstuk 3.

1.4.2. De zorgontvangers

In een multiple-casestudy (Verschuren & Doorewaard, 2007) zullen levensverhalen en zorggeschiedenissen van acht zorgontvangers centraal staan. Dit narratieve, biografische onderzoek (Creswell, 2013) geeft antwoord op de vraag wat deze manier van werken betekent in de context van het leven en de eerdere hulpverleningsgeschiedenis van de betrokkenen. Deze reconstructie vindt plaats op basis van interviews. Het doel is comparatief, vergelijkenderwijs, het leven van de zorgontvangers in beeld te krijgen, de ervaren zorg daar in te passen en zo de waardering van de zorg inzichtelijk te maken. De interviews zullen inductief geanalyseerd worden in de narratieve traditie. Het design van deze deelstudie wordt in hoofdstuk 4 volledig uitgewerkt (inclusief de relevante bronnen).

1.4.3. De zorgverleners

Het doel van deze deelstudie is het geven van zicht op de ervaringen van werkers bij en de betekenis die zij verlenen aan het houden van contact met ex-cliënten na de behandeling. Dat zal in een *mixed methods* benadering onderzocht worden. De focus ligt op de uitkomst van de studie en de onderzoeksvragen, waarbij meerdere methoden van dataverzameling gebruikt worden. Om zicht te krijgen op de ervaringen van werkers zal een vragenlijst uitgezet worden, die gecombineerd wordt met een (kleine) dossierstudie. De betekenis die werkers geven aan het contact houden na behandeling, onderzoek ik door middel van een focusgroepbijeenkomst. Data-analyse wordt gedaan door inductieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2008). In hoofdstuk 5 wordt het design van deze deelstudie volledig verantwoord en met relevante bronnen onderbouwd.

1.4.4. Strafrechtelijke recidive

Door middel van kwantitatief multicenter dossieronderzoek bestudeer ik de strafrechtelijke recidive na behandeling onder artikel 37 WvSr (plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van één jaar). Hierbij gebruik ik de criteria van de WODC-recidivemonitor (Wartna, Blom, & Tollenaar, 2011). In het onderzoek zal de tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive van drie groepen worden vergeleken. Groep één ($n = 45$) is tussen september 2012 en maart 2015 uitgestroomd en heeft relationele zorg en ‘contact na behandeling’ ontvangen. De tweede groep ($n = 43$) heeft voor 2010 ‘treatment as usual’ ontvangen in de FPK van Inforsa. De derde groep ($n = 23$) is samengesteld uit een vergelijkbare groep patiënten met artikel 37 WvSr die in de periode tussen september 2012 en maart 2015 is ontslagen uit de drie andere Forensisch Psychiatrische Klinieken in Nederland. Ik onderzoek in deze deelstudie de mogelijke opbrengst voor de samenleving in termen van vermindering van recidive. Het design van deze deelstudie wordt volledig verantwoord in hoofdstuk 6.

1.4.5. Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek worden bewaakt door het toepassen van methodische triangulatie (Boeije, 2005; Flick, 2014). Er wordt gebruik gemaakt van vier verschillende methoden van dataverzameling. Het doel hiervan is door middel van verschillende onderzoeksstrategieën de waarde en betekenis van relationele zorg in deze forensische zorgpraktijk van meerdere kanten te bestuderen en te bezien of er een samenhangend beeld ontstaat. In elke deelstudie worden de specifieke aspecten van validiteit en betrouwbaarheid behorende bij de onderzoeksmethode besproken. Ik verantwoord dit vooraf. Bij de beschreven onderzoeksmethodologie beschrijf ik met welke specifieke validiteits- en betrouwbaarheidsaspecten ik op welke manier rekening zal houden. Na elke deelstudie geef ik ook achteraf een terugblik op de validiteit en betrouwbaarheid van het deelonderzoek. Daar blik ik terug op het verloop van de studie, wat de beperkingen zijn en wat de conclusies derhalve zijn over de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de betreffende deelstudie.

1.4.6. Ethische aspecten

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de directie van Inforsa. De Wetenschapscommissie van Arkin (waar Inforsa een onderdeel van is) heeft toestemming gegeven voor het onderzoek. De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het VU medisch centrum heeft een verklaring afgegeven dat het onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt. Deze verklaring is opgenomen in bijlage 1. Voor het onderzoek naar de strafrechtelijke recidive heeft de Justitiële Informatiedienst (JID) toestemming gegeven, na positief advies van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC). Na inzage van de resultaten heeft de divisiedirecteur Forensische zorg en Justitiële Jeugdinstellingen toestemming gegeven voor (inter)nationale publicatie van de studie naar de strafrechtelijke recidive.

Alle deelnemers aan het onderzoek zijn hierover mondeling en schriftelijk door mij geïnformeerd. De schriftelijke uitleg (zie bijlage 2 voor een voorbeeld, dat gebruikt is

voor de narratieve studie) waarin ook de manier om met mij in contact te komen vermeld wordt, is uitgereikt aan alle (ex-)cliënten die deelnemen. Alle deelnemers tekenden het *informed consent* (zie bijlage 3). Deelname aan de studie is geheel vrijwillig en met alle deelnemers is besproken dat zij zich op elk moment, ook na de dataverzameling, alsnog zonder opgave van redenen mogen terugtrekken uit het onderzoek.

In verband met de privacy van de respondenten worden de *informed consents* niet bij het onderzoeksmateriaal bewaard, maar op een aparte usb-stick. De onderzoeksdata worden tot vijf jaar na de promotiedatum digitaal bewaard, daarna worden ze vernietigd. De gegevens van de strafrechtelijke recidive worden, conform de procedure van de JID eerder vernietigd: na de promotie.

1.5. Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren

In 2011 trad ik in dienst bij Arkin/Inforsa als manager bedrijfsvoering van de FPK. Tussen 2011 en 2014 ontwikkelden mijn duale collega psychiater Ivo van Outhesden en ik, samen met de medewerkers het beleid van duurzame verbinding. We schoolden ons in (het leidinggeven aan) de presentiebenadering en Ivo en ik onderhandelden en bespraken onze visie net zo lang met onze directeurs tot we toestemming kregen om het (ongefinancierde) contact na behandeling met onze ex-cliënten werkelijk te houden. In 2013 dachten we na over de mogelijkheid om wetenschappelijk (promotie)onderzoek te doen naar deze praktijk, hetgeen resulteerde in mijn toelating tot de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek per 1 januari 2014. In 2013 werd ook helder dat mijn functie door een reorganisatie zou verdwijnen, wat in 2014 werd geëffectueerd. Ik kreeg de functie van zorginnovator om de ingezette koers verder te ontwikkelen, onderhouden en onderzoeken en tevens om binnen heel Inforsa (niet alleen de FPK) innovaties te begeleiden. Tussen 2014 en eind 2017 heb ik meerdere taken en onderzoeken verricht. Het onderzoek naar deze forensische praktijk is wel ‘het onderzoek’ waar ik de afgelopen jaren het meest intensief mee bezig ben geweest. Dat had ik niet kunnen doen als manager. Bij deze innovatie ben ik persoonlijk betrokken. Ik heb de innovatie mede ontwikkeld. In de afgelopen vier jaar heb ik de rol van ontwikkelaar terzijde geschoven en die van onderzoeker op me genomen. Dat was voor anderen, vooral op de afdelingen, niet altijd eenvoudig te begrijpen. Ik werd bijvoorbeeld regelmatig gevraagd mee te denken of mijn mening te geven. In de methodische verantwoording van het betreffende deelonderzoek beschrijf ik hoe ik hiermee ben omgegaan.

Mijn betrokkenheid laat zich het best samenvatten door de bijzondere mogelijkheid die ik had om op twee manieren bij te dragen aan een innovatieve praktijk. Ik heb deze praktijk eerst mede ontwikkeld en vervolgens nauwgezet en diepgaand onderzocht. Ik ben dankbaar dat ik in de gelegenheid werd gesteld om beide te kunnen en mogen doen.

1.6. De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer

Dit boek is, dit hoofdstuk meegeteld, opgebouwd uit zeven hoofdstukken.

In hoofdstuk 2 behandel ik het theoretisch kader waarop dit onderzoek is gestoeld. In hoofdstuk 3 wordt de eerste deelvraag, hoe een forensische praktijk van relationele zorg eruitziet, behandeld. In hoofdstuk 4 staat de vraag centraal wat de waarde en de betekenis van deze manier van zorg verlenen zijn voor de zorgontvangers. In hoofdstuk 5 gebeurt dit voor de zorgverleners. De studie naar de strafrechtelijke recidive is het onderwerp in hoofdstuk 6.

De hoofdstukken 3 tot en met 6 zijn de resultaten van de empirische onderzoeken die antwoord geven op de vier deelvragen. Omdat voor elk deelonderzoek een andere onderzoeksmethodologie is gekozen, presenteer ik deze hoofdstukken in de lijn van de structuur van wetenschappelijke publicaties in tijdschriften, met een beschrijving van de onderzoeksmethode(n), de resultaten, de conclusie en de discussie. Dit alles voeg ik samen in hoofdstuk 7, met een discussie over de gevonden resultaten in het licht van het hedendaagse forensische zorglandschap, met als conclusie de beantwoording van de hoofdvraag van het onderzoek. Daarna volgen de samenvattingen in het Nederlands en het Engels, de bijlagen, een dankwoord en een overzicht van publicaties en presentaties over deze studie.

In dit boek hebben alle mensen die deelnemen niet hun eigen naam. De (ex-)cliënten zowel als de familie en de zorgverleners. Voor velen van hen was dat helemaal niet nodig. Omwille van de privacy en omdat het doel van het onderzoek is om de praktijk te beschrijven en niet het acteren van een individueel persoon, heb ik hiervoor gekozen. De enige die geen andere naam heeft, ben ikzelf, de onderzoeker. In interviewfragmenten is dat terug te zien. Als ik wat zeg of vraag, staat er 'Petra'. Als de rol van de onderzoeker nader geëxpliciteerd wordt, doe ik dat ook in de ik-vorm. Dat is een minder gebruikelijke, maar bewuste keuze. Niet alleen bij relationele zorg, maar ook bij het onderzoeken hiervan, staat de relatie centraal. 'Ik' mocht er zijn, meedoen, toekijken en die ik was in dit geval geen willekeurige onderzoeker. Het is vanuit deze nabijheid dat dit onderzoek mogelijk was en ik kies ervoor om dat ook op deze manier uit te drukken.

Om de lezer door het woud van namen die in het empirische onderzoek voorkomen (hoofdstukken 3, 4 en 5 en de presentietheoretische bijlage behorende bij hoofdstuk 3) te leiden, is bijlage 4 opgenomen. In die bijlage staan alle namen van deelnemers aan het onderzoek en hun rol of functie. In sommige fragmenten is het namelijk niet meteen helder wie de werker en wie de cliënt is, of vanuit welke rol de werker spreekt. De bijlage kan daar verheldering in bieden. Daar staat ook een toelichting op de presentatie van de data uit het kwalitatief empirisch onderzoek.

Naar gelang de context gebruik ik verschillende omschrijvingen voor de zorgontvangers: cliënten, patiënten, justitiabelen, mensen, personen. Soms kies ik voor de woordkeuze uit de literatuur of wat anderen gebruiken. Dan weer bepaal ik zelf wat in de tekst de beste benaming zal zijn. Hetzelfde geldt voor de zorgverleners: hulpverleners, professionals, werkers. Of indien relevant de specifieke benaming: groepsleiding, behandelaar of psychiater.

Rest mij u op deze plek veel leesplezier te wensen!

1.7. Referenties

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010) (5th edition). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Anderson Publishing.
- Baart, A. (2001, derde vermeerderde druk 2011). *Een theorie van Presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Barton, W.H. & Mackin, J.R. (2012). Towards a strength-based juvenile correctional facility: Sustainability and effects of an institutional transformation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(7), 435-452. <http://dx.doi.org/10.1080/10509674.2012.700688>
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boone, M., Althoff, M. & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom Juridisch.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bulten, B.H. & Fluttert, F.A.J. (2007). De Essen-CES-NL. Essen climate evaluation schema. Verkregen van: <https://www.unidue.de/imperia/md/content/rkeforensik/projekte/essencesnl2007c.pdf>
- Creswell, J.W. (2013) (3rd edition). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DeWalt, K.M. & DeWalt, B.R. (2011) (2nd edition). *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Plymouth, MA: Altamira Press.
- Douglas, K.S. & Webster, C.D. (1999). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In R. Roesch, S.D. Hart, & J.R.P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of discipline* (pp. 175-239). New York, NY: Kluwer Academic.
- Gestel-Timmermans, van, H., Place, C., Van Vugt, M., Van Rooijen, S. & Van Nieuwenhuizen, Ch. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie*. Utrecht: KFZ.
- Gildberg, F.A. (2012). *Reconstructing normality – Interactional characteristics of forensic mental health nursing*. PhD-thesis. University of Southern Denmark.
- Goldsmith, L.P., Lewis, S.W., Dunn, G. & Bentall, R.P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171500032X>
- Goossens, J. (2017). 'Michael P kon het kennelijk onbelemmerd op een snuiven zetten.' Verkregen van <http://www.ad.nl/utrecht/michael-p-kon-het-kennelijk-onbelemmerd-op-een-snuiven-zetten-ac1f70ac/>
- Goossens, A. & Oude Egberink, A. (2013). *Gezien of niet? Verbeeldingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Uitgeverij De Graaff.
- Harte, J.M., Van Kalmthout, W.D. & Knüppe, J.J.M.C. (2010). *Forensisch Psychiatrisch Toezicht, evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs-gestelden*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Rechtsgeleerdheid afdeling Criminologie.
- Heffernan, R. & Ward, T. (2017). A comprehensive theory of dynamic risk and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 129-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.003>
- Helm, van der, G.H.P. (2011). *First do no harm*. Ph.D. thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Helm, van der, P., Kröger, U., Schaftenaar, P. & Van Vliet, J. (Red.). (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: SWP.
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Kumar, R. (2014) (4th edition). *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Leede, de, P., Van der Helm, P. & Voskes, Y. (2017). *Werkboek Fhiv. High en Intensive Care vanuit forensisch perspectief*. Utrecht: KFZ.
- Morehouse, R.E. (2012). *Beginning interpretative inquiry*. New York, NY: Routledge.
- Muijen, A.A.C.H.M. (2011). *De maatregel Terbeschikkingstelling en de incidentenpolitiek die daarmee gepaard lijkt te gaan*. Masterthesis, Tilburg University.
Verkregen van <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=127306>
- Nagtegaal, M.H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangementmethoden. Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland*. Factsheet 2010-7. Den Haag: WODC.
- Nagtegaal, M.H. & Schönberger, H.J.M. (2013). *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*. Den Haag: WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Norcross, J.C. (Red.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2013). Behandelvisie en behandelbaarheid in de forensische psychiatrie. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 210-218). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 275-281.
- Peek, W.H.M. & Nugter, M.A. (2009). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(10), 715-725.
- Place, C. (2011). *Een positieve kijk op forensische zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G.J. & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>
- Schaftenaar, P. (2013). Een positief leerklimaat. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 167-174). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van forensische sociotherapie. Een literatuurstudie*. Utrecht: KFZ.
- Schaftenaar, P. & Van Outheusden, I. (2014). *Verbinding in vogelvlucht. Verhalen over visievorming*. Interne publicatie. Amsterdam: Inforsa.
- Verschuren, P.J.M. & Doorewaard, J.A.C.M. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag: Lemma.
- Vogel, de, V. (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice*. Ph.D. thesis. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vries Robbé, de, M. (2014). *Protective factors. Validation of the structured assesment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*. Ph.D. thesis. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Walburg, A.J. (2009). *Mentale kracht in de forensische psychiatrie*. Verkregen van: <http://docplayer.nl/8623332-Mentale-kracht-in-de-forensische-psychiatrie.html>
- Wartna, B.S.J., Blom, M. & Tollenaar, N. (2011) (4e herziene versie). *De WODC Recidivemonitor*. Memorandum 2011-3. Den Haag: WODC.
- Wartna, B.S.J., Alberda, D.L. & Verweij, S. (2013). *Wat werkt in Nederland en wat niet? Een meta-analyse van Nederlands recidiveonderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies*. Meppel: Boom Lemma Uitgevers.
- Wilson, R.J. & Yates, P.M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model. Maximising treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 157-161.
- Wolf, M.J.F. (2012). *TBS. Veroordeeld tot vooroordeel*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers.

Hoofdstuk 2

Een theoretisch kader van waaruit de waarde en de betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie kunnen worden gezien³

2.1.	Inleiding	24
2.2.	Forensische zorg en de klinische forensische psychiatrie	24
2.2.1.	Afbakening: wat is forensische zorg?	24
2.2.2.	Opname in een forensisch psychiatrische kliniek	25
2.2.3.	Recidivevermindering	26
2.3.	Heersende paradigma's in de forensische psychiatrie	27
2.3.1.	Perspectief van cliënten in de forensische zorg	30
2.3.2.	Nogmaals: de opdracht tot recidivereductie	31
2.3.3.	Tot slot	33
2.4.	Naar een ander paradigma	33
2.5.	De zorgethiek	34
2.5.1.	Uitgangspunten van de zorgethiek	34
2.5.2.	Invulling van het begrip 'zorg' in de zorgethiek	36
2.6.	De presentiebenadering als zorgethische benadering	38
2.6.1.	De therapeutische relatie versus relationele zorg in de presentiebenadering	41
2.6.1.1.	<i>De therapeutische relatie</i>	41
2.6.1.2.	<i>Relationele zorg conform de presentiebenadering</i>	42
2.7.	De presentiebenadering in de klinische forensische psychiatrie	46
2.7.1.	Mismatch	46
2.7.2.	Aansluiten en afstemmen	48
2.7.3.	Dimensies van ruimte: de persoon en de context	49
2.7.4.	Spanningen: presentie in de klinische forensische psychiatrie	49
2.8.	Contact na behandeling in de forensische psychiatrie	50
2.8.1.	Wat is nazorg?	51
2.8.2.	Het belang van nazorg en continuïteit van zorg	52
2.8.3.	De effectiviteit van nazorg	53
2.8.4.	Presentie en contact na behandeling	54
2.9.	Kritieken en afrekenbaarheid	56
2.9.1.	Kritiek	56
2.9.1.1.	<i>Bezwaren met betrekking tot de duur en eindigheid van het contact</i>	56
2.9.1.2.	<i>Bezwaren in relatie tot contextuele kwesties</i>	57
2.9.1.3.	<i>Bezwaren gerelateerd aan de doelgroep</i>	58
2.9.2.	Opbrengst	59
2.10.	Integratie	60
2.11.	Referenties	60

3 Dit hoofdstuk verscheen, in gewijzigde vorm, als artikel in het tijdschrift *Waardenwerk* (Schaftenaar & Baart, 2017, *Waardenwerk*, 68, 123-134).

2.1. Inleiding

In dit onderzoek staan de waarde en de betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie centraal. Relatiegericht werken binnen de context van de forensische psychiatrie, zo is de aanname, levert een bijdrage aan het succes van de behandeling. Het probeert het draaideureffect te voorkomen door de klinische zorg relationeel te verlenen en als uitvloeisel hiervan vrijwillig contact na behandeling te houden. Dat is een nieuw paradigma in de huidige forensische zorg(keten) in Nederland.

In dit hoofdstuk worden de theoretische achtergronden van de forensische psychiatrie en relationele zorg behandeld. Besproken wordt achtereenvolgens wat forensische zorg is, hoe een opname in een forensische kliniek tot stand komt en wat de opdracht is van de forensische psychiatrie (paragraaf 2.2.). In paragraaf 2.3. komt aan de orde op welke manier daar in de praktijk invulling aan gegeven wordt, wat de resultaten daarvan in termen van recidive zijn, welke problemen dit oplevert en wat we weten vanuit het perspectief van de patiënt. In paragrafen 2.4. en 2.5. wordt besproken wat een ander denkkader, dat van de zorgethiek, kan toevoegen en worden het ontstaan en de betekenis van deze theorie toegelicht. In paragraaf 2.6. wordt de presentiebenadering besproken als zorgethische benadering en wordt het verschil besproken tussen deze benadering en wat in de zorg bekend is als de ‘therapeutische relatie’. In paragraaf 2.7. wordt uitgewerkt wat klinisch werken met de presentiebenadering met zich meebrengt. In paragraaf 2.8. komen het belang en de effectiviteit van nazorg na forensische trajecten aan de orde en wordt behandeld wat een praktijk van relationele zorg hieraan kan toevoegen. In paragraaf 2.9. wordt weergegeven wat er bekend is over de resultaten van deze benadering en wordt aandacht besteed aan een aantal categorieën van kritiek die deze benadering oproept. Tot slot wordt in paragraaf 2.10. gepoogd een korte integratie te geven van het geheel.

2.2. Forensische zorg en de klinische forensische psychiatrie

2.2.1. Afbakening: wat is forensische zorg?

Forensische zorg⁴ is bedoeld voor volwassenen⁵ met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw

4 Forensische psychiatrie en forensische zorg zijn begrippen waarmee in de praktijk ongeveer hetzelfde wordt bedoeld. In navolging van Van Vliet (2013) kies ik voor forensische psychiatrie als inhoudelijke benaming en wordt forensische zorg gebruikt als de benaming voor het stelsel waarbij het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) zorg inkoop en regie voert (Van Vliet, 2013, p. 19). De term forensische zorg blijkt, ook uit de communicatie van het Ministerie van J&V, voorbehouden aan volwassenen: ‘Personen die zijn veroordeeld in het kader van het jeugdstrafrecht, waaronder de Maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ-maatregel), vallen niet onder de forensische zorg’ (Biharie et al., 2013).

5 Ook bij jongeren kan er sprake zijn van forensische problematiek. Dat blijft buiten beschouwing in deze thesis, hier staat de forensische zorg voor volwassenen centraal.

een strafbaar feit gaan plegen. Een rechter kan een, dan ‘justitiabele’ genoemde persoon, veroordelen tot het ondergaan van zorg, door een maatregel uit het strafrecht op te leggen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2017). De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding van de zorg door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) (Biharie, Raatgever, Righart, & Zanen, 2013).

Forensische zorg is op te delen in drie hoofdgroepen:

- Klinische zorg: behandeling met opname/verblijf in een instelling.
- Ambulante zorg: zorg die voornamelijk wordt verleend op afgesproken tijden, waarbij de justitiabelen vanuit de eigen verblijf- en werkomgeving naar de hulpverlener toe komen, of waarbij de hulpverlener de justitiabele in diens omgeving bezoekt (in het geval van outreachende zorg). De ambulante zorg kent een nadere onderverdeling in ambulante (forensische) behandeling en ambulante begeleiding. Daarnaast kan er ook sprake zijn van dagactiviteiten.
- Beschermd wonen: begeleiding en ondersteuning bij vormen van (kleinschalig) wonen in een Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW).

2.2.2. Opname in een forensisch psychiatrische kliniek

Er zijn verschillende justitiële titels (‘maatregelen’) die opname in een forensische kliniek mogelijk maken. Er is hierbij onderscheid te maken tussen voorwaardelijke maatregelen en onvoorwaardelijke maatregelen. Bij voorwaardelijke maatregelen⁶ is opname in een forensische kliniek mogelijk als dit als een voorwaarde opgenomen is in het vonnis. Bij onvoorwaardelijke maatregelen (artikel 37 WvSr, zijnde een strafrechtelijke machtiging, en artikel 37a WvSr, de terbeschikkingstelling met dwangverpleging⁷) is er altijd sprake van een opname in een kliniek.

Ook tijdens detentie (bij de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of een Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (hierna ISD-maatregel)) is het mogelijk opgenomen te worden in een forensische kliniek. Dit gebeurt dan op basis van specifieke artikelen (artikel 15.5 en artikel 43) in de Penitentiaire beginselenwet (Pbw), die de rechtspositie van gedetineerden regelt. In de ISD-maatregel is opgenomen dat na een jaar detentie, opname in een kliniek tot één van de mogelijkheden behoort.

In geval van een opgelegde klinische behandeling of behandelingsvoorwaarde wordt door bureau Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) op basis van het dossier van de justitiabele een inschatting gemaakt van het benodigde beveiligingsniveau en de zorgintensiteit.

6 Voorbeelden van voorwaardelijke maatregelen zijn een ‘artikel 14a Wetboek van Strafrecht (WvSr)’: een voorwaardelijke veroordeling, of een terbeschikkingstelling met voorwaarden (artikel 38a WvSr).

7 In deze thesis zal conform het algemeen taalgebruik de strafrechtelijke plaatsing ‘artikel 37’ genoemd worden. Artikel 37a wordt altijd terbeschikkingstelling (tbs) met dwangverpleging genoemd. Deze terminologie gebruik ik in deze thesis ook.

teit⁸. Op basis daarvan wordt hij aangemeld bij een forensische behandelinstelling, die in een van de volgende vijf categorieën valt:

- Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's, voorheen tbs-klinieken)
- Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's)
- Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's)
- Forensische Verslavingsklinieken (FVK's)
- Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) justitiabelen.

2.2.3. Recidivevermindering

'Het doel van forensische zorg is het voorkomen van recidive. Dat wil zeggen dat men de kans dat iemand na forensische zorg opnieuw een strafbare handeling pleegt wil verkleinen. Dit wordt gedaan door patiënten te behandelen en begeleiden zodat zij weer kunnen functioneren in de maatschappij' (website DJI, 2017, 'Forensische zorg in de praktijk'). De forensische zorg richt zich op deze manier op de vergroting van de maatschappelijke veiligheid. Het opleggen van strafrechtelijke zorg of strafrechtelijke interventies past in de dadergerichte aanpak. Psychische problematiek kan worden aangepakt en het recidive-risico dat hiermee samenhangt kan worden verkleind (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2015).

Bij recidivevermindering door resocialisatie wordt aan de justitiabele begeleiding, behandeling of training gegeven zodat hij niet meer recidiveert (Wartna, Alberda, & Verweij, 2013). Deze behandelingen en trainingen zijn veelal gebaseerd op wat internationaal bekend staat als de *What works*-benadering en de hieruit voortgekomen werkende principes, *risk*, *need* en *responsivity*, het RNR-model⁹ (Andrews & Bonta, 2010). Deze benadering richt zich voornamelijk op gedragsinterventies en is geënt op leermodellen uit de sociale

8 Er zijn vier beveiligingsniveaus te onderscheiden. Dit onderscheid wordt gemaakt aan de hand van de beveiliging van het gebouw. De hoogst beveiligde zorg wordt geleverd op beveiligingsniveau 4, hieronder vallen de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) en Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's). De beveiliging is iets lichter op beveiligingsniveau 3, hieronder vallen de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensische Verslavingsklinieken (FVK's). Beveiligingsniveau 2 omvat de Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's), Forensische Verslavingsafdelingen (FVA), maar ook SGLVG(+)-voorzieningen voor zorg aan Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten. Beveiligingsniveau 1 omvat afdelingen in ggz-instellingen en afdelingen in de verslavingszorg. De verblijfsintensiteit wordt onder andere uitgedrukt in de verhouding VOV-personeel (verzorgend, opvoedkundig, verpleegkundig) ten opzichte van het aantal bedden/plaatsen.

9 Het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model is op dit moment waarschijnlijk het meest invloedrijke model voor de screening, diagnostiek en behandeling van delinquenten (Blanchette & Brown, Ward, Mesler, & Yates, 2007). Het model kent drie basisprincipes die als voorwaarden voor behandel-effectiviteit gezien kunnen worden bij forensische behandelingen: 1) Risico (*Risk*): De behandelintensiteit moet in verhouding staan tot het getaxeerde recidiverisico. 2) Criminogene behoefte (*Need*): De behoeften (ervaren noodzaak) van cliënten om bepaald delictgedrag te vertonen dienen geïdentificeerd te worden en onderwerp van behandeling te zijn. 3) Responsiviteit (*Responsivity*): de behandeling dient per cliënt op maat te zijn gesneden en aan te sluiten bij diens leerstijl, motivatie, capaciteiten en sterke kanten.

psychologie (Wartna et al., 2013). Een forensische behandeling zou aan de hand van het RNR-model moeten bestaan uit diagnostiek en risicomanagement door behandeling. Daarna moet, als interventie, binnen een maatschappelijke context toezicht gehouden worden, gericht op het voorkomen van recidive en risico's voor de maatschappij (Van Marle, 2012).

2.3. Heersende paradigma's in de forensische psychiatrie

Forensisch psychiatrische instellingen zijn voornamelijk georganiseerd volgens de principes van het medische paradigma, welke uitgaan van ziekte, biologisch reductionisme en door artsen genomen besluiten over de behandeling (Borrell-Carrio, Suchman, & Epstein, en Ghaemi en Pouncey & Lukens in: Livingston, Nijdam-Jones, & Brink, 2012). In Nederland is de basis van klinische behandeling veelal het biopsychosociaal model (De Ruiters & Hildebrand, 2005; Schaftenaar, 2013). In de vorige paragraaf kwam naar voren dat veel uitgangspunten voor behandeling daarbij geschoeid zijn op gedragsmatige leest. De speciale preventie¹⁰ behelst dat mensen hun gedrag (moeten) veranderen en daarvoor een programma dan wel behandeling aangeboden of opgelegd krijgen. Of hierdoor het risico op toekomstig gewelddadig gedrag afneemt, wordt mede ingeschat door het gebruik van risicotaxatie-instrumenten. De ontwikkeling en implementatie van deze instrumenten is een zeer belangrijke ontwikkeling in het forensische veld van de afgelopen vijftien jaar (De Vogel & De Vries Robbé, 2013). Het doel van risicotaxatie is het voorkomen van recidive. Dit gebeurt door het gestructureerd in kaart brengen van de aanwezige kennis van risicofactoren¹¹.

De ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten heeft de forensische sector veel kennis en ontwikkeling gebracht. Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het voorspellen van geweld met behulp van deze instrumenten (zie bijvoorbeeld de meta-analyses van Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; Yang, Wong, & Coid, 2010). Maar risicotaxatie brengt ook knelpunten met zich mee (Harte & Breukink, 2010; De Vogel & De Vries Robbé, 2013). Zo is het inschatten van risico op herhaling dynamisch en sterk afhankelijk van omgevingsfactoren, wat voorspellen bemoeilijkt. Daarbij is de kwaliteit van een individuele risicotaxatie (over een persoon) afhankelijk van de beschikbare informatie en van de kwaliteit van de beoordelaars. De maatschappelijke druk is daarbij hoog (elk recidief is er één te veel). Het doel van de instrumenten is de onzekerheidsmarge bij beslissingen zo klein mogelijk te maken en tot een zo goed mogelijk onderbouwde en objectieve beslissing te komen (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Onderzoek naar beschermende factoren en

10 Uitleg van het woord preventie is hier op zijn plaats. Gedoeld wordt op de preventieve doelstelling van het strafrecht, op basis waarvan de rechter naast of in plaats van een straf, een maatregel of een voorwaarde bij een voorwaardelijke straf of maatregel oplegt om de kans op herhaling te voorkomen (Beukers, 2008).

11 Het Gestructureerd Klinisch Oordeel, internationaal bekend als het SPJ (*Structured Professional Judgment*).

recidive (De Vries Robbé, De Vogel, Douglas, & Nijman, 2015) laat zien dat verbetering op dynamische risico- en protectieve factoren geassocieerd werd met lagere gewelddadige recidive tot lang na behandeling. Hoe meer opbouw aan beschermende factoren gedurende de behandeling, hoe minder de patiënten recidiveerden. Het verschil in scores voor en na de behandeling bleek een significante voorspeller voor niet-recidive. Lösel en Farrington (2012) vonden dat de kans op geweld afneemt als het aantal beschermende factoren toeneemt.

Met het doel om recidive te verminderen enerzijds en anderzijds de maatschappelijke veiligheid te vergroten, en door (de hieruit voortvloeiende) maatschappelijke en politieke druk, heeft de forensische psychiatrie een opdracht die via beheersing van problemen kan worden uitgevoerd. Maakbaarheid speelt een grote rol in het beleid (Van der Helm & Van Velzen, 2013), risico's moeten worden uitgebannen. Incidenten bepalen de beeldvorming en stimuleren zo de ontwikkeling van ineffectieve (grote) systeemaanpassingen (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006; Lachmeijer, 2015). Er zijn veel beleidsonderzoeken, uitvoeringsprotocollen en richtlijnen (Van der Wolf, 2012; De Vogel & De Vries Robbé, 2013). De sturing door het Ministerie van J&V is groot. Pietersma (2012, p. 6) zegt hierover:

De invloed is groot in onderdelen van de forensische zorg die onder het Rijk vallen. De invloed is echter ook groot binnen de forensische zorg die bij private zorgaanbieders wordt verleend. Zorgaanbieders die – veelal naast reguliere geestelijke gezondheidszorg – forensische zorg bieden, hebben een bijzondere relatie met het ministerie van J&V. In de dynamiek van de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg heeft de samenwerking met het ministerie van J&V veel invloed. De invloed strekt zich uit tot de sturing van de organisatie, de financiering van zorg, het toezicht op de kwaliteit en een deel van de dagelijkse operationele processen. Zo dient jaarlijks verantwoording te worden afgelegd over het gevoerde kwaliteitsbeleid, dient er een aparte op de forensische zorg toegespitste administratie te worden gevoerd, dienen incidenten gemeld te worden en wordt via de te sluiten contracten een reeks aan prestatie-eisen ingevoerd.

Dit heeft zijn weerslag op de manier van werken. De belangen van veel partijen moeten behartigd worden: die van de maatschappij, de overheid, de professionals, de cliënt en naasten (Livingston et al., 2012). De maatschappelijke opvattingen en politieke druk, samen met de al niet eenvoudige problematiek van patiënten, maken de balans tussen flexibiliteit en controle (Van der Helm, Boekee, Stams, & Van der Laan, 2011) tot een precaire. Dat die balans relevant is, blijkt uit vele internationale onderzoeken waarin woorden worden gegeven aan die balans, ook aangeduid als beveiliging versus therapie, (Martin & Street, 2003; Mason, Lovell, & Coyle, 2008a&b; Meehan, McIntosh, & Bergen, 2006), *containment* versus *care* (Martin, 2001) en *guarding* versus *care* (Hörberg, Sjögren, & Dahlberg, 2012). De moeite met de balans komt onder meer tot uitdrukking in 'regels'. Zo zijn zaken die in de samenleving normaal zijn (internetgebruik, mobiele

telefoons en seks) of gedoogd worden (softdrugsgebruik) niet gewoon in de forensische psychiatrie (Hanrath, 2013; Van der Helm & Van Velzen, 2013). De focus ligt eerder op beperken en inperken dan op mogelijkheden (Gildberg, 2012). Ook de attitudes van hulpverleners spelen een rol in de manier van werken, wat leidt tot afstand (Gillespie & Flowers, 2009; Van der Helm et al., 2011; Martin, 2001). Livingston et al. (2012) vonden in hun studie in een Canadees forensisch psychiatrisch ziekenhuis dat patiënten en hulpverleners weliswaar soortgelijke opvattingen hebben over het therapeutisch milieu, maar dat hulpverleners het ziekenhuis ook als potentieel onveilig ervoeren, wat gevolgen heeft voor de zorg. Ze kiezen eerder voor veiligheid door cliënten te beperken (bijvoorbeeld via separatie) dan door samen te werken met de cliënt.

Het forensische veld richt zich op het gebied van behandeling en onderzoek tot op heden voornamelijk op belangrijke onderwerpen als risicotaxatie, *what works* (Andrews & Bonta, 2010), effectiviteit en recidive. Het laatste decennium is er ook opkomend aandacht voor 'positieve elementen' in de forensisch psychiatrische behandeling. Het benadrukken van gezonde kanten van cliënten en hun omgeving wordt een waardevolle aanvulling op de van oudsher risicogeoriënteerde visie in de behandeling (De Vries Robbé & De Vogel, 2013). Het *Good Lives Model* (Ward & Brown, 2004) is hier een voorbeeld van. Andere bijdragen hieraan zijn het onderzoek naar beschermende factoren van De Vries Robbé (2014) en het werk van het Trimbos-instituut op het gebied van positieve psychologie¹² in de forensische psychiatrie (Place, 2011). Ook de overheid (het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum, WODC) pakt het thema op, bijvoorbeeld via het onderzoek 'Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden' (Nagtegaal & Schönberger, 2013).

Het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ), mede gefinancierd door de overheid, gaf de opdracht een literatuurstudie te doen naar de werkzame elementen van forensische psychotherapie (Schaftenaar, 2015a). Het denken over herstelondersteunende zorg¹³ vindt ook langzaam zijn weg binnen de forensische psychiatrie. Zo is er een literatuur- en praktijkstudie gedaan naar herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatri-

12 Positieve psychologie is de wetenschap van 'welbevinden en optimaal functioneren': 'wat zijn de mechanismen en processen waardoor mensen, relaties en samenlevingen optimaal functioneren en niet alleen disfunctioneren', dat is de kern volgens Seligman en Csikszentmihalyi (in: Bohlmeijer et al., 2013), die als grondleggers van de stroming beschouwd worden.

13 Herstelondersteunende zorg is alle zorg die erop gericht is om het persoonlijk herstelproces van iemand te bevorderen (De Haan, 2013). Die laat zich kenmerken door bepaalde uitgangspunten van de hulpverlener, waarbij deze de cliënt maximaal ondersteunt om zelf regie te voeren door als hulpverlener bescheiden te zijn, aan te sluiten bij het verhaal van de cliënt, zijn ervaringsdeskundigheid te ondersteunen en gevoelig te zijn voor de context (Droës & Witsenburg, 2012). Van het belang van deze ontwikkeling is de reguliere ggz al langer doordrongen vanuit de internationale cliëntbeweging, gericht op herstel en empowerment. Empowerment is het streven naar emancipatie van sociaal achtergestelde individuen en groepen. Het geeft uitdrukking aan de kracht van mensen zelf om daadwerkelijk invloed te kunnen uitoefenen op (beperkende) levensomstandigheden, om de balans van *bepaald worden* richting *zelf bepalen* om te buigen, zo dat werkelijke handelingsmogelijkheden ontstaan om je leven zelf en met anderen in te vullen (Boumans, 2012).

sche patiënten met psychotische stoornissen (Van Gestel-Timmermans, Place, Van Vugt, Van Rooijen, & Van Nieuwenhuizen, 2015). Ook komen er persoonlijke getuigenissen, zoals opgetekend in het boek *Toon W. is hersteld*, die bijdragen aan het ‘menselijk maken’ of een gezicht en een stem geven aan cliënten in de forensische psychiatrie (Otten, 2015).

2.3.1. Perspectief van cliënten in de forensische zorg

Ondanks dat er beperkt onderzoek is gedaan naar het perspectief van cliënten in de forensische zorg, wordt het belang van dit soort onderzoek (over en door cliënten) voor het verbeteren van de zorg wel aangegeven (Coffey, 2006; Gildberg, Elverdam, & Hounsgaard, 2010; Godin, 2008).

Cliënten kijken anders naar risico en risicomanagement dan professionals, blijkt uit onderzoek (Dixon, 2012; Reynolds, Jones, Davies, Freeth, & Heyman, 2014). Cliënten identificeren in geval van risico-inschatting overwegend meer risico's aangaande hun kwetsbaarheid dan professionals, terwijl de laatsten meer risico's zien in relatie tot het gevaar dat cliënten kunnen opleveren voor hun omgeving (Dixon, 2012). Reynolds et al. (2014) vinden in hun studie dat cliënten ‘het spel van meebewegen en *compliance* leren spelen’ en zo aan de voorwaarden of eisen van risicomanagement voldoen. Zorgverleners zijn zich op die manier minder van problemen en potentiële risico's bewust doordat cliënten deze niet vertellen. Cliënten passen zich aan en verdragen hun frustraties zonder ze te laten zien.

Wat we leren uit het onderzoek dat gedaan is naar de therapeutische relatie vanuit cliëntperspectief, betreft vooral het belang van ‘gezien worden’ en geen ‘object’ zijn (Holmes, Murray, & Knack, 2015). De kwaliteit van de relaties is van immens belang voor cliënten. Godin (2008) beschrijft drie sleutelvariabelen die volgens cliënten de kwaliteit van de ervaringen beïnvloeden: de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, de zorgstandaarden en de resocialisatie/re-integratie in de samenleving. Cliënten geven aan profijt te hebben van de vriendschap van hulpverleners, vooral van empathie (Godin, 2008), vertrouwen (Godin, 2008; Lord, Priest, & McGowan, 2016; Mason & Adler, 2012), eerlijkheid (Godin, 2008; Lord et al., 2016), compassie en respect (Godin, 2008; Lord et al., 2016; Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard, & Hounsgaard, 2017). Dit bleek ook uit een studie van Clarkson, Murphy, Goldwell en Dawson (2009) onder forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking. Lord et al. (2016) vinden in hun studie dat therapeutische betrokkenheid (*therapeutic engagement*) van cliënten beïnvloed wordt door de mate van begrip van hun positie door professionals. Zonder de wereld vanuit het perspectief van de cliënt te bekijken kunnen werkers alleen hun eigen externe referentiekader gebruiken en daardoor zijn ze minder goed in staat handelingen en gedrag van de cliënt te begrijpen. Als zorggevers aansluiten bij de leefwereld van de cliënt, als een vriend met wie je kunt praten en lachen, voelt dat als goede zorg (Hörberg et al., 2012).

Ontevredenheid van cliënten is vaak gerelateerd aan tekortkomingen in de relatie (Coffey, 2006). Slechte relaties werden door patiënten geassocieerd met oneerlijkheid van hulpverleners, gebrek aan vertrouwen en gebrek aan compassie (Godin, 2008). In de studie van Clarkson et al. (2009) werd gevonden dat onvolwassenheid, onervarenheid en

weinig geduld van medewerkers leidden tot ontevredenheid. Gildberg et al. (2010) geven een concreet voorbeeld van negatieve impact op de patiënt: het rigide vasthouden aan regels door professionals. Schäfer en Peternej-Taylor (2003) geven in hun studie aan dat het 'niet gehoord worden' en 'geen stem hebben' volgens patiënten negatief werken. Hetzelfde blijkt uit een review van Van den Hooff en Goossens (2013) naar de kwaliteit van zorg tijdens gedwongen opnames. De meeste ervaringen van patiënten kunnen herleid worden naar een centrale ervaring, gehoord of niet gehoord worden. Als er oprecht naar hen geluisterd wordt, voelen zij zich gerespecteerd als mens. De studie van Sainsbury, Krishnan en Evans (2004) beschrijft door patiënten ervaren positieve aspecten: ondersteuning, het gevoel erbij te horen en positieve therapeutische relaties zijn factoren die patiënten (met persoonlijkheidsstoornissen) motiveren tot behandeling. Gildberg et al. (2010) vinden in hun review van de literatuur dat humor als karakteristiek van de interactie een positieve impact heeft op de cliënt. Hörberg et al. (2012) vonden dat goede zorg emotionele voeding geeft en de mogelijkheid biedt om warmte en nabijheid te ervaren.

Askola et al. (2016) onderzochten het perspectief van forensische patiënten op hun zorg en vonden dat patiënten vooral in de eerste periode van hun gedwongen opname oneerlijkheid ervaren en ontkend worden in hun rechten en dwang en repressie ervaren. Hoewel niet iedereen aan een fase van herstel toekomt, zien de auteurs dat tegen het eind van de behandeling andere thema's voor patiënten gaan spelen, namelijk *peer support*, het vinden van hoop, een meer toekomstgerichte blik en de angst om gestigmatiseerd te worden.

Toon W., forensisch ervaringsdeskundige, laat het als volgt optekenen in het boek dat over hem geschreven is: 'Wat je [...] nodig hebt is in de eerste plaats aandacht. Een gesprek' (Otten, 2015, p. 108). En:

Het gaat in mijn ogen juist om een professionele menselijke nabijheid. Waarom moeten we die afstand benadrukken? Je moet als hulpverlener ook naast je cliënt durven staan. Willen staan. Het gaat hier om een intermenselijke relatie, waarbij je mensen helpt om hun verhaal compleet te maken. Dan moet het accent niet liggen op afstand, maar juist op nabijheid. En professioneel? Tja, dat is een basis die je volgens mij niet eens hoeft te benoemen. Dat weten cliënten echt wel. (Otten, 2015, p. 129-130)

Ook betekenisvolle activiteiten en werk worden door cliënten als belangrijk ervaren. Om verveling tegen te gaan (Farnworth, Nikitin, & Fossey, 2004; Meehan, 2006; Wilkinson, 2008), als onderdeel van het leren van nieuwe vaardigheden en herstel (Craik et al., 2010; Wilkinson, 2008) en als belangrijk onderdeel van ervaren kwaliteit van leven (Eklund, 2009).

2.3.2. Nogmaals: de opdracht tot recidivereductie

De belangrijkste opdracht van de forensische psychiatrie is recidivevermindering, die bereikt moet worden via behandeling. Wat is er te vinden over recidivecijfers in Nederland

na behandeling en na detentie? Uit de meta-analyse van Wartna et al. (2013) blijkt dat de opdracht tot recidivevermindering bij langer lopende maatregelen die gericht zijn op behandeling, succesvoller is dan met korter durende maatregelen of als er geen behandeling is gegeven. ‘Interventies die behandeling hoog en/of begeleiding hoog in het vaandel hebben staan, vertonen, rekening houdend met verschillen op andere variabelen, vaker positieve effecten dan interventies waarbij repressie het uitgangspunt vormt’ (Wartna et al., 2013, p. 12). Hoe dit verklaard moet worden, blijkt niet uit de studie. Ook lijken interventies gericht op volwassenen beter te werken dan die voor jongeren (onder de achttien). Uit een studie van Spruit, Van der Put, Gubbels en Bindels (2017) blijkt dat dynamische criminogene factoren in de kindertijd en de volwassenheid aanmerkelijk sterker samenhangen met recidive dan tijdens de adolescentieperiode, wat mogelijk bijdraagt aan de verklaring waarom justitiële interventies bij jongeren relatief weinig effect sorteren.

Recidive als uitkomstmaat wordt gewoonlijk twee jaar na afloop van de opgelegde strafrechtelijke maatregel of vrijheidsbeperking gemeten, maar naarmate de uitstroom verder in het verleden ligt, zijn metingen over langere tijd mogelijk. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de (laatst) bekende recidivecijfers¹⁴ voor de categorieën: artikel 37 WvSr, tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden, ISD in combinatie met forensische zorg, voorwaardelijke ISD, na detentie volwassenen, na detentie Justitiële Jeugd Instelling (JJI).

<i>Justitiële titel</i>	<i>Detentie of behandeling</i>	<i>Algemene¹⁵ recidive na 2 jaar</i>	<i>Bron</i>
Art. 37 WvSr	behandeling	36,6% 43,5%	Peek & Nugter, 2009 Nowak & Nugter, 2014
Tbs ^a	behandeling	20,7%	Boonmann et al., 2015
Tbs met voorwaarden ^a	behandeling	26,1%	Boonmann et al., 2015
ISD met forensische zorg ^a	detentie en behandeling	73,4%	Boonmann et al., 2015
ISD met voorwaarden ^a	detentie en behandeling	86,4%	Boonmann et al., 2015
Detentie volwassenen ^b	detentie	47,1%	Wartna, Tollenaar, Verweij, Alberda, & Essers, 2016
Detentie jeugd (JJI) ^b	detentie	57,6%	Wartna et al., 2016

^a = uitstroomcohort 2006-2010: alle cliënten van wie in die periode de betreffende maatregel beëindigd is.

^b = uitstroomcohort 2012.

Tabel 1 Overzicht van de laatst bekende recidivecijfers naar maatregel

¹⁴ Recidivecijfers zijn geen statische cijfers die voor iedereen gelden: het zijn de percentages van feitelijke recidives per onderzoekscohort. Alleen van ex-gedetineerden en ex-terbeschikkinggestelden zijn over een lange periode recidivecijfers beschikbaar. Dan blijken er dus verschillen. Zo liep de recidive onder ex-terbeschikkinggestelden tussen 1974 en 2008 af. Alleen in het laatste cohort (2006-2010) is een kleine stijging te zien (Boonmann, Wartna, Bregman, Schapers, & Beijersbergen, 2015).

¹⁵ Algemene recidive: een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (Boonmann et al., 2015).

Recidivecijfers zijn geen statische cijfers: de in Tabel 1 genoemde cijfers geven de recidive weer twee jaar na afloop van de verplichte behandeling of vrijheidsbeperking. Naarmate de tijd vordert loopt ook de recidive op, zo blijkt uit onderzoek. De percentages verschillen weliswaar per cohort, maar om er toch een beeld van te geven, worden hier de recidivecijfers tien jaar na ontslag van de groep ex-gedetineerden en ex-terbeschikkinggestelden (ontslag respectievelijk in 2002 en tussen 1999-2003) weergegeven. Tien jaar na ontslag uit het gevang heeft 74% van de groep ex-gedetineerden (cohort ontslag in 2002) een nieuwe algemene recidive gepleegd (Wartna et al., 2012). Na eenzelfde observatieperiode van tien jaren heeft 45,9% van de ex-terbeschikkinggestelden (uitstroomcohort 1999-2003) een nieuw geldig justitiecontact (Bregman & Wartna, 2011).

2.3.3. Tot slot

Ondanks alle inspanningen en ondanks het geven van *state-of-the-art* behandelingen, zijn de resultaten met betrekking tot recidive bij het behandelen van cliënten met (relatief) korte juridische maatregelen, niet hoopgevend. Bij interventies die korter dan twee jaar duren (ISD in combinatie met forensische zorg en artikel 37 WvSr) is de recidive (veel) hoger dan na een behandeling die langer duurt (tbs met voorwaarden en tbs met dwangverpleging). De spreekwoordelijke draaideur (van detentie naar zorg en na een recidive weer terug naar detentie) die gecreëerd wordt, is voor niemand goed: niet voor de cliënten, niet voor de slachtoffers en niet voor de samenleving. Het leed en de maatschappelijke schade zijn ernstig en zeer groot (Schaftenaar & Van Outhesden, 2014). Dit brengt de vraag aan de orde of er een (andere) manier is die wel kan leiden tot minder recidive na forensisch psychiatrische behandeling.

2.4. Naar een ander paradigma

Als we beter kijken naar de route en de ervaring van de patiënt in deze keten, zien we dat de behandeling van forensische patiënten voorafgaand aan het forensische traject vrijwel zonder uitzondering gekenmerkt wordt door verregaande fragmentatie (Hörberg et al., 2012; Van Outhesden & Schaftenaar, 2016). Eerdere hulpverleningstrajecten of inspanningen zijn vaak voortijdig afgebroken. Patiënten hebben vele behandelingen en opnames gehad. Voordat hun (forensische) ggz-carrière startte, kenmerkte het leven zich door het niet (kunnen) volhouden van werk, sociale relaties en activiteiten (Neijmeijer & Kroon, 2013; Theunissen, Duurkoop, Kikkert, Peen, & Dekker, 2013; Van Vliet & Oei, 2006). Uit eerder onderzoek blijkt dit één van de voorspellers voor een snelle(re) psychiatrische terugval (Botha et al., 2009). Ook in het justitiële circuit zijn de patiënten meestal niet voor het eerst beland. In de studie van Peek en Nugter (2009) onder ‘artikel 37’-patiënten heeft bijna 73% van de onderzoeksgroep meerdere justitiecontacten voorafgaand aan deze maatregel. Ook Bregman en Wartna (2011) rapporteren bij de tbs-populatie een toename van het aantal justitiecontacten voorafgaand aan de tbs-maatregel. Die toename is belang-

rijk, want de omvang van het strafrechtelijk verleden is een goede voorspeller van de kans op recidive, namelijk hoe meer justitiecontacten, hoe groter de kans op recidive.

Het lijkt dus niet onlogisch dat er naar deze fragmentatie óók (of juist!) aandacht moet uitgaan in de forensische zorg. Maar dat lukt niet eenvoudig in de huidige zorgpraktijk die ingericht is in ketens. Vanuit het perspectief van de patiënt is de ketenzorg niets anders dan 'steeds in een ander bakje gestopt worden' (Van Outheusden & Schaftenaar, 2016). Patiënten ervaren een groot aantal overplaatsingen en een gebrek aan een stem hierin (Wright, Rowley, Chopra, Gregoriou, & Waring, 2015). Het is deze systemische fragmentatie die de verbrokkelde situatie van veel cliënten in stand houdt, waardoor de draaideur ook niet stopt. Daarmee is dit misschien wel een van de grootste problemen waar zij mee te kampen hebben. Dat bemoeilijkt het geven van de juiste zorg (Van Outheusden & Schaftenaar, 2016). Is er een manier van werken, van zorgen, die hier beter bij aansluit, die dit probleem wellicht (mede) kan verhelpen?

Dat fragmentatie mogelijk een kernprobleem is, kan ook geconcludeerd worden vanuit een ander perspectief. De zoektocht naar menselijke steun en warmte, gerespecteerd worden en een naar eigen mogelijkheden zinvol leven leiden blijft nodig (Petry & Nuy, 1997, p. 38). Ieder mens is vrij en gelijkwaardig en wil ergens bij horen, onderdeel zijn van een groter geheel. Mensen zijn en zien zichzelf als deel van een netwerk, een web van relaties, en verlatenheid is een bedreiging (Van Nistelrooy, 2013). Zorgzaamheid is een centrale waarde in onze samenleving (Widdershoven, 2000).

Het beschouwen van zorg en onderlinge relaties als een kenmerk van de mensheid, dat verdisconteerd moet worden in de manier van samenleven, is het gedachtegoed van de zorgethiek.

2.5. De zorgethiek

2.5.1. Uitgangspunten van de zorgethiek

De zorgethiek is een betrekkelijk jonge discipline, ontstaan in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw. De oorsprong ligt in de feministische ethiek en het zorgethisch denken neemt een vlucht als in 1982 Carol Gilligan in het boek *In a different voice* het inzicht uiteenzet dat het bij morele afwegingen niet (alleen) gaat over rechten, maar ook over het appèl dat mensen op elkaar doen, hun onderlinge relaties. Daarmee is het 'care-justice' debat geboren: de discussie over de voor- en nadelen van een ethiek van zorg versus een ethiek van rechtvaardigheid (Sevenhuijsen, 1996). Naast Gilligan zijn Noddings, Held, Tronto en Kittay invloedrijke denkers van de zorgethiek (Sander-Staudt, 2011). In tegenstelling tot de neo-liberale ethiek die autonomie en onafhankelijkheid als belangrijkste waarden heeft (*justice*), benadrukt de zorgethiek het ethische belang van zorgen. Tronto (1993, p. 126) stelt: *'To be a morally good person requires, among other things, that a person strives to meet the demands of caring that present themselves in his or her life.'* Het verwezenlijken van het zorgappèl dat op een mens gedaan wordt, is het moreel goede om te doen. Ons bestaan, stelt Vanlaere (2006), houdt stand doordat we zorgen voor elkaar. Daar vloeien

ook verantwoordelijkheden uit voort. In haar werk *Moral Understandings* zegt Urban Walker (2007, p. 113) dat we moreel verplicht zijn om responsief te zijn naar specifieke anderen, want de voortdurende relatie en omstandigheden maken afhankelijk (wederzijds) of kwetsbaar.

Het mensbeeld in de regelethiek gaat uit van onafhankelijke individuen. De zorgethiek stelt echter dat de mens een relationeel zelf is, in een wereld van concrete verhoudingen met anderen (Held, 2006; Sevenhuijsen, 1996; Widdershoven, 2000). Niet wet of plicht, autonomie of vrijheid zijn de ordenende principes in de zorgethiek, maar de samenhang tussen kwetsbare, afhankelijke mensen, in het bijzondere van de situatie en/of context. Wederzijdse afhankelijkheid en concrete betrokkenheid op elkaar geven afwegingskaders (Goossensen, 2014; Tronto, 1993; Widdershoven, 2000). De zorgethiek is een ethiek die het meest bekend is geworden in het domein van professionele zorgverlening (Van Heijst, 2005, p. 37).

De zorgethiek laat zich kenmerken door vier inzichten en/of uitgangspunten (Klaver, Van Elst, & Baart, 2014).

1. Een eerste uitgangspunt is dat relaties centraal gesteld worden. *'The Ethics of care respects rather than removes itself from the claims of particular others with whom we share actual relationships'* (Held, 2006, p. 11). In zorgende relaties gaat het om handelen voor *self-and-other-together*.
2. Het tweede en daaruit voortvloeiende kenmerk is dat het gaat over praktijken. De nadruk ligt op het bijzondere en specifieke (Engster, 2004). Alhoewel zorgen voor (iemand of iets) universeel is, gebeurt dit vanuit de concrete behoeften van specifieke individuen (Tronto, 1993, p. 110). Van Heijst (2005, p. 171) formuleert dat het narratieve en niet het algemeen geldende, ertoe doet. Klaver et al. (2014) benoemen drie vormen van context die meewegen: de fysieke context (bijvoorbeeld de plaats waar je woont), de sociale context (iedereen is onderdeel van een sociale structuur) en de historische context, iemands biografie.
3. Het derde kenmerk van de zorgethiek is ook dat het een politieke ethiek is. De traditionele noties over publiek en privaat (Held, 2006; Tronto, 1993) worden ter discussie gesteld om zorg niet slechts te zien als een huiselijke activiteit (Tronto, 1993, p. 154), waar de overheid niets te zoeken heeft (Held, 2006). Zorg moet juist ook gezien worden in de ordenende functie die het heeft op sociaal en politiek vlak (Goossensen, 2014; Van Nistelrooy, 2013). In die zin is het ook een maatschappijkritische ethiek (Klaver et al., 2014). De zorgethiek onderzoekt en stelt vragen die betrekking hebben op de ordening van de sociale werkelijkheid, over hoe verantwoordelijkheid en verplichting zijn geregeld en hoe dit zich uit in wetgeving en overheidsbeleid (Sander-Staudt, 2011). Engster (in: Sander-Staudt, 2011) formuleert het verdergaand. De overheid en bedrijven zijn verantwoordelijk om (economische) ondersteuning, bescherming, gezondheidszorg, een schone omgeving en de basisrechten van individuen te waarborgen. Zo geeft hij politieke lading aan zijn twee uitgangspunten dat 1) mensen afhankelijk zijn van elkaar om hun mogelijkheden te ontwikkelen en 2) door zorg

te ontvangen mensen impliciet en logisch ook zelf zorg zullen geven. Een politiek geformuleerde zorgethiek moet ervoor zorgen dat onbillijke verschillen in behandeling of willekeur geen greep kunnen krijgen op de publieke besluitvorming. Dan is zorg in een politieke ethiek de verbindende schakel tussen democratie en rechtvaardigheid (Sevenhuijsen, 1996; Tronto, 1993).

4. Het vierde kenmerk is dat zorgethiek empirisch gegrond moet zijn. Empirie en ethiek verhouden zich tot elkaar: zorg gaat immers over praktijken. Klaver et al. (2014) stellen dat ideeën in specifieke contexten ontstaan en ook daar hun betekenis laten zien. Kennis(ontwikkeling) is geen proces van gedecontextualiseerd, abstract weten. Andere kenbronnen, zoals emoties en taciete kennis, zullen zorgvuldig gecultiveerd moeten worden, stellen zij, onder verwijzing naar onder anderen Held en Van Heijst. Zorgethiek kan haar *body of knowledge* dus vergroten door deze empirische praktijken gedetailleerd te bestuderen.

2.5.2. Invulling van het begrip ‘zorg’ in de zorgethiek

Wat zorg is, is vanwege de contextgebondenheid ervan niet eenvoudig te definiëren. In de literatuur over zorgethiek wordt zorg meestal gedefinieerd als een praktijk, een waarde, een verschijningsvorm, een aanleg of een deugd (Sander-Staudt, 2011). Zorgethica Tronto (1993) zegt over zorg:

(...) Caring [can] be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web. (Tronto, 1993, p. 103)

Zorg is een activiteit die alles omvat wat we doen om onze wereld te onderhouden, voortzetten en verbeteren, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. Daarmee maakt zij duidelijk dat zorgen niet alleen een houding is, maar ook een sociale praktijk: iets wat je moet doen (Van Nistelrooy, 2013).

Tronto (1993, p. 127) en Fisher beschrijven vier fasen of verschijningsvormen van zorg: *caring about* (‘oog hebben voor’ (Van Nistelrooy, 2013), het herkennen van een zorgbehoefte), *taking care of* (zorgen dat, verantwoordelijkheid nemen om te zorgen), *care-giving* (de feitelijke zorg) en *care-receiving* (reageren op de ontvangen zorg) waaruit zij vervolgens vier ethische elementen van zorg destilleren: *attentiveness* (aandacht), *responsibility* (verantwoordelijkheid), *competence* (competentie) en *responsiveness* (responsiviteit). In 2013 voegde Tronto hier nog een vijfde fase aan toe: *caring with*, een politieke dimensie die uitdrukt dat zorgbehoeften, en de manier waarop hierin tegemoet gekomen wordt, in overeenstemming moeten zijn met de democratische uitgangspunten zoals gelijkheid, rechtvaardigheid en vrijheid (Tronto, 2013, p. 23).

Engster (2005) zegt, op basis van werk van Tronto, Walker en Noddings dat zorg alles omvat wat we doen om anderen te helpen hun basale behoeften te bevredigen, hun mogelijkheden te behouden of te ontwikkelen en pijn te verlichten of te vermijden, op een

aandachtige, responsieve en respectvolle manier. Het gaat niet alleen om bepaalde doelen te bereiken, maar ook om dit op een zorgende manier te doen.

Baart en Grypdonck (2008, p. 100) beschrijven zorg, analoog aan Tronto, als 'activiteit waarmee in stand gehouden wordt wat bedreigd is (...)' en geven hier vervolgens kwalificaties aan. Zorg is, zo stellen zij, (dus) asymmetrisch: er is een gever en een ontvanger. Daarnaast is zorg responsief: de gever reageert en stemt af op de ontvanger. Zorg is ook wederkerig. Het bevestigt de menselijke afhankelijkheid van elkaar, er is ook een component van ontvangen (plezier, hartelijkheid, zorg van de ander) bij het geven van zorg. Zorg draagt op die manier bij aan de kwaliteit van leven. Tot slot stellen zij dat zorg een concrete uitvoerende activiteit is. Soms klein (een handeling) en soms groot (een praktijk), maar altijd moreel geladen omdat ze streeft naar het goede (van de ander).

Dat zorg een praktijk is, is in lijn met de opvattingen van Kittay en Held, die ook stellen dat zorg bijvoorbeeld geen deugd of motief is (waarmee het een geromantiseerde karaktereigenschap kan worden), maar een praktijk. Zorgen is wat je doet en niet alleen wat je 'denkt'. Zorg als praktijk is meer dan alleen goede intenties hebben (Tronto, 1993). Zorg is daarmee een karakteristiek van een sociale relatie en niet van een individuele aanleg (Sander-Staudt, 2011). Van Heijst (2005, p. 66) stelt dat zorgen een manier van doen is, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf. Zo is zorg vanuit de zorgethiek dus een betrekking, een relatie. Daarbij komt dat het gaat om unieke mensen (Van Heijst, 2005; Tronto, 1993; Walker, 2006). Hoewel iedereen in zijn algemeenheid warmte, bescherming en geborgenheid nodig heeft, vraagt elke specifieke zorgrelatie dat je precies kijkt of onderzoekt wat daar (en op dat moment) nodig is. Zorgen is aldus een open, gezamenlijk gedragen, resultaatgericht proces (Mol, 2006, p. 30). Vosman en Baart (2008) specificeren het praktijkelement van Tronto en de relationele component van Van Heijst door zorg te definiëren als betrekkingen, waarbinnen nuttige, praktische en nodige dingen gedaan worden om het bedreigde leven zo bevredigend mogelijk voort te zetten.

Dat relaties centraal staan in zorg en dat het bijzondere, niet slechts het algemene, ertoe doet, vraagt om een kritische uitwerking. Van Heijst vult in het doordenken van de zorgethiek (2005, p. 39 e.v.) de begrippen 'betrokkenheid, relationaliteit en kwetsbaarheid' aan. Ten eerste doet ze dit met de term behoefte: er is een urgentie in de hulpbehoefte, iemand is gekwetst (en niet kwetsbaar in zijn algemeenheid) of broos (heeft een lichaam of geest die het begeeft). Vervolgens stelt zij dat afhankelijkheid ook een kernbegrip is. Weliswaar met die wetenschap '(...) dat de één meer afhankelijk is dan de ander en op die ander is aangewezen' (2005, p. 42). Maar het gaat ook over de gemeenschappelijke behoefte van zorggevers en zorgvragers. 'Om iets van hun leven te maken, hangen mensen van elkaar af. Dat delen ze, en maakt dat ze over en weer iets te geven hebben' (2005, p. 42). Tot slot stelt zij dat een zorgethisch kernwoord waardigheid is. Waardigheid is zowel intrinsiek (de mens is van waarde), als even belangrijk ook relationeel, betoogt Van Heijst. 'Waardigheid moet worden verwerkelijkt doordat aan afhankelijke mensen eer wordt bewezen en zij met zorgzaamheid en hartelijkheid worden omringd' (2005, p. 44).

2.6. De presentiebenadering als zorgethische benadering

De presentiebenadering is een verschijningsvorm van de zorgethiek (Baart, 2001a, p. 681, 860) en heeft haar wortels liggen in het werk van buurtpastores in oude stadswijken (Baart, 2001a). In lijn met de zorgethiek is kenmerkend voor de presentietheorie dat het gaat om het scheppen van rechtvaardige en liefdevolle menselijke verhoudingen: allereerst is presentie ‘het aangaan van een zorgzame betrekking (...)’ (Baart, 2001a, p. 733). Met name waar mensen kwetsbaar, arm, ziek en hopeloos zijn. Deze uitsluiting moet vooral verstaan worden als maatschappelijke overbodigheid en de hieruit voortvloeiende eenzaamheid (Baart, 2001a, p. 805). Herstel of behoud van menselijke waardigheid en het aanbieden of mobiliseren van hulpbronnen om dit te bereiken is daarmee een doel van de presentiewerker (Baart, 2001a, p. 753). Op deze manier wordt een proces van empowerment aangewakkerd, waarbij persoonlijke en sociaal-maatschappelijke groei centraal staat (Baart, 2001a, p. 616-618). Baart geeft als werkdefinitie voor de presentiebenadering:

Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw. (In: Baart & Grypdonck, 2008, p. 22)

De presentie omschrijft zichzelf met opzet als een benadering en niet als een methodiek. Het is geen precieze, uitgestippelde weg waarlangs een bepaald doel bereikt wordt. Het claimt niet hoe (en waar) aan te komen, maar wel hoe (op een specifieke wijze) naderbij te komen. In globale termen is kenmerkend dat het van een ‘er-zijn-met’ (de relatie) komt tot een ‘er-zijn-voor’ (door Baart omschreven als aandachtigheid, betrokkenheid, zorg, verantwoordelijkheid), zonder dat per se aan probleemoplossing gedaan wordt (Baart, 2001a, p. 732). De benadering kent acht geformuleerde werkprincipes (Baart, 2001a, p. 760-761), die tezamen presentiebeoefening als proces weergeven, waarbij opgemerkt dat het proces iteratief is en geen dwingend te lopen stappenplan, zo werkt presentie niet. De werkprincipes luiden als volgt.

1. Zich vrijmaken;
2. Zich openen;
3. Zich betrekken;
4. Zich voegen;
5. Zich verplaatsen;
6. Zich lenen;
7. Zich beheersen;
8. Zich toewijden.

Deze werkprincipes zijn in te delen in vier procesdoelen om (bezien vanuit de werker) zorg te (kunnen) verlenen. Deze vier procesdoelen lijken op de vier fases van zorg zoals geformuleerd door Tronto en Fisher (1993). Het eerste doel is zorgbereid worden, zorg willen geven. De werker moet zich 1) vrijmaken en 2) openen. Hij moet beschikbaar en ontvankelijk zijn. Het tweede doel, zich verbinden aan de zorg, betreft 3) zich betrekken. Hier is de relatie de centrale waarde. In het derde doel, het identificeren van de zorg, passen 4) zich voegen en 5) zich verplaatsen. Hier draait het om bevestiging en solidariteit. Het laatste procesdoel is het geven van de zorg: 6) zich lenen, 7) zich beheersen en 8) zich toewijden. Zin, het goede doen en trouw zijn hierin belangrijke waarden.

De werkprincipes van de presentiebenadering dragen aldus een doel in zich en hebben ook een waarde, een standpunt over wat nastrevenswaardig is. In zijn algemeenheid is de bijdrage die de werker levert steeds 'zorgen' (zich nuttig inschakelen tot verwezenlijking of behoud van andermans levenskwaliteit) en de centrale waarde is de 'menselijke waardigheid' (Baart, 2001a, p. 753). In Tabel 2 (volgende pagina) worden de gefaseerde werkprincipes en doelen schematisch weergegeven (bewerking van Baart, 2001a, p. 753 e.v.; Baart, Van Dijke, Ouwkerk, & Beurskens, 2011, p. 174; Timmerman & Baart, 2016, p. 202).

Baart (2001a) geeft zeven kenmerken van de presentiebenadering, waarin deze werkprincipes tot uitdrukking komen.

1. De presentie is menslievend: zorgen gebeurt vanuit nabijheid. Als je er voor mensen wilt zijn, moet je met hen zijn (Baart, 2001a, p. 732).
2. Presentie sluit aan. Bij het leven, bij het verhaal en de persoon van de ander. Ook in ritme en taal sluit je aan (maar blijf je wie je bent) (Baart, 2001a, p. 739-740; Baart & Grypdonck, 2008, p. 23).
3. Presentie is relatiegestuurd. Je doet wat de ander jou te kennen geeft als passend, als nodig of als verlangen, vanuit de opgebouwde relatie (Baart, 2001a, p. 614, 738).
4. Presentie is effectieve bekommernis. Je doet wat de ander werkelijk helpt en baat (waarbij je het niet per se oplost). Als iets helpt, doe je het. Als iets niet meer helpt, als mensen echt op zorg aangewezen zijn, bekommer je je om hen (Baart, 2004).
5. Presentie is erkennend en bevestigend. Je geeft de ander eer en respecteert het anderszijn. Eer en bevestiging zijn elementen van goede zorg (Baart, 2001a, p. 741).
6. Presentie is ruimte geven. Het beste bij de ander tevoorschijn halen en de ander nooit afschrijven. De zorgontvanger heeft ruimte nodig om zich te kunnen laten zien. 'Wat aandacht verdient moet zich als zodanig kunnen melden en dat vergt een zekere vrijheid, in de betekenis van onbezetheid (...)' (Baart, 2001a, p. 735).
7. Presentie is uithouden. Kunnen afwachten en je onmacht verdragen. Als je niets meer kunt doen, kun je altijd nog blijven. Dat is waar zorg over gaat (Baart, 2001a, p. 749-751).

<i>Fasen</i>	<i>Procesdoelen</i>	<i>Werkprincipes</i>	<i>Waarden</i>
<i>Exposure</i>	Zorgbereid worden	1. zich [laten] vrijmaken: zich bevrijden van routines, van institutionalisering en de vaste agenda om zich te kunnen openen voor het perspectief van de ander	Beschikbaarheid (<i>vrij zijn voor...</i>)
		2. zich [laten] openen Zich toewenden naar de ander, het laten varen van vooroordelen, afstandelijkheid of angsten en het zich openstellen om zich te laten raken door de ander	Ontvankelijkheid (<i>openstaan voor...</i>)
<i>Relatie</i>	Zich tot zorg verbinden	3. zich [laten] betrekken Zich (aandachtig) betrekken: een aandachtsvolle relatie aangaan met de ander	Relatie (<i>een aandachtige betrekking aangaan</i>)
	De zorg identificeren	4. zich [laten] voegen Aansluiten: aansluiting zoeken bij de alledaagse realiteit van de ander, waarbij deze ander zich mag tonen zoals hij of zij werkelijk is	Bevestiging (<i>aansluiten bij het bestaande</i>)
<i>Aanbod</i>	De zorg geven	5. zich [laten] verplaatsen De perspectiefwisseling maken: het innemen van een binnenperspectief zodat o.m. zichtbaar wordt wat er werkelijk voor de ander op het spel staat en tevens de eigen logica van de ander inzichtelijk wordt	Solidariteit (<i>perspectiefwisseling</i>)
		6. zich [laten] lenen Zich aanbieden: het inzetten van de eigen persoonlijkheid en competenties in dienst van de ander, waarbij het aan de ander is te bepalen welke rol de werker zal vervullen en welke competenties daarbij worden ingezet	Zin (<i>zich aanbieden</i>)
	Zorg voltooiën	7. zich [laten] beheersen Geduld tonen: de tijd nemen voor de ander, diens tempo volgen en aanvaarden dat wat het goede is voor de ander zich op zijn eigen tijd zal tonen	Goede doel (<i>geduld en tijd</i>)
		8. zich toewijden Trouw zijn: trouw zijn aan de ander en (mede daardoor) betrouwbaar blijken	Trouw (<i>trouwe toeleg</i>)
<i>Feedback</i>	Zorg voltooiën	9. zich [laten] toetsen	(Ervaren) baat
		10. zich [laten] mengen in maatschappelijke discussies	'Caring democracy'

Tabel 2 Gefaseerde werkprincipes presentiebenadering met doelen en waarden

2.6.1. De therapeutische relatie versus relationele zorg in de presentiebenadering

De presentiebenadering en de zorgethiek nemen het ontologisch perspectief van de mens als relationeel wezen om de betekenis van relationele zorg verlenen uit te werken. Dat is een (fundamenteel) ander uitgangspunt dan het in de zorg gebruikelijke begrip over het belang van de therapeutische relatie. In de volgende paragrafen wordt dit verschil beschreven aan de hand van de hierover bekende literatuur.

2.6.1.1. De therapeutische relatie

De relevantie van de therapeutische relatie staat sinds Rogers (1957) dit voor het eerst adresseerde, en er later veelvuldig onderzoek naar is gedaan, niet meer ter discussie. De therapeutische relatie wordt doorgaans omschreven in drie dimensies: 1) overeenstemming over de doelen van de therapie, 2) overeenstemming over de taken van de therapie en 3) de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut (Bordin, 1979). De therapeutische relatie wordt in de zorg (bijna) uitsluitend gezien als middel om een (ander) doel te bereiken. Om mensen te laten leren, zich te ontwikkelen (Rask & Brunt, 2007), therapie te ontvangen (Norcross & Wampold, 2011), om interventies effectiever te laten zijn (Andrews & Bonta, 2010), klachten en symptomen te verminderen (Cahn, 2015), kortom, een factor om een resultaat te bereiken (Baart & Grypdonck, 2008). De therapeutische relatie is de plek om therapeutische verandering in gang te zetten (Hafkenscheid, 2015). Ook binnen de verpleegkunde is dit denken gemeengoed. De zorgrelatie is weliswaar de basis, maar daar hangt steeds iets van af: de therapeutische effectiviteit (Bowring-Lossock, 2006; Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015). Gildberg, Bradley en Hounsgaard (2013) ontwikkelden vanuit dit denken een conceptueel model waarin 'opvoedkundige en gedragsveranderende zorg' en 'zorg die afhankelijk is van relationele en persoonlijke kwaliteiten' met elkaar verbonden zijn. Het creëren van een *trusting relationship* staat centraal. Door deze relatie ontstaat inzicht in de ervaringen en problemen van de patiënt. Waarna de werker vervolgens gericht is op gedrags- en perceptieverandering (opvoedkundige en gedragsveranderende zorg).

Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van de therapeutische relatie. Wat is effectief en wat niet? Norcross en Wampold (2011) hebben aanzienlijk werk verricht op dit terrein. Zij concluderen bijvoorbeeld dat het aangaan van alliantie (wederzijdse samenwerking op grond van een emotionele verbintenis), cohesie, empathie en het monitoren van het therapeutisch proces (inclusief het verkrijgen van cliëntenfeedback) aantoonbaar effectief is. Ook Andrews en Bonta, die met hun RNR-model een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de inzichten in risico en recidive, hebben zich uitgesproken over het belang van de therapeutische relatie. Zij stellen dat de effectiviteit van interventies wordt verbeterd, wanneer zij worden uitgevoerd door medewerkers met *high quality relationship skills* in combinatie met *high quality structuring skills* (Andrews & Bonta, 2010, p. 47). De kenmerken van kwalitatieve relaties die zij geven zijn dat deze respectvol zijn, zorgend, enthousiast, gericht op samenwerking en ruimte geven aan persoonlijke autonomie.

In zijn studie naar de werkzame elementen van het leefklimaat in instellingen vond Van der Helm (2011) dat de responsiviteit van de begeleider een belangrijk kenmerk is van een positief leefklimaat. Dit positieve of open behandelklimaat kan bijdragen aan een hogere behandelmotivatie, een positief behandelresultaat, meer empathie, een interne *locus of control*, afname van agressiviteit en meer emotionele stabiliteit (Van der Helm & Drenth, 2013). Als er te veel nadruk op de controlerende, beveiligende kant van het werk komt te liggen, schaadt het de kwaliteit van zorg en heeft dit een negatieve invloed op de therapeutische relatie, blijkt uit diverse studies (Bowring-Lossock, 2006; Doyle & Jones, 2013; Gillespie & Flowers, 2009; Van der Helm, 2011; De Valk et al., 2015). Ook kunnen dan repressieve elementen de boventoon gaan voeren. Repressieve kenmerken zijn bijvoorbeeld de oneerlijke kanten van het systeem, regels om de regels en straffen die niet in verhouding staan tot de aanleiding. Repressie werkt niet, blijkt uit onderzoek (Van der Helm, 2011; Van der Helm & Schaftenaar, 2014; Ros, Van der Helm, Wissink, Stams, & Schaftenaar, 2013). Een cultuur van inperking en vrijheidsbeneming met een te grote nadruk op veiligheid (beheersen) kan om meerdere redenen ontstaan: als zorgverleners zichzelf willen beschermen tegen stress (Martin & Street, 2003) of uit angst en boosheid (Van der Helm & Schaftenaar, 2014; Martin & Street, 2003). Er ontstaan dan buitensporig veel regels en er is sprake van machtsmisbruik, ofwel een defensieve en bestraffende praktijk (Gillespie & Flowers, 2009; Van der Helm & Schaftenaar, 2014; Mason et al., 2008b). De attitude en de persoonlijke waarden van de werkers kunnen ook belemmeringen voor de therapeutische relatie vormen, wat leidt tot afstand van de werker tot de cliënt (Gillespie & Flowers, 2009; Martin, 2001). Dit heeft vervolgens een negatief effect op de-stigmatisering van de cliënt (Lammie, Harrison, Macmahon, & Knifton, 2010). De perceptie van de cliënt over de therapeutische relatie wordt door onderzoekers als een van de sterkste voorspellers gezien van de behandeluitkomst (Coffey, 2006; Goldsmith et al., 2015), maar er zijn in de forensische psychiatrie weinig onderzoeken gedaan die dit aspect belichten, laat staan bevestigen.

Een kern of doel van het werk is het vormen en in stand houden van zorgende relaties, waarbinnen werkers de cliënt helpen om vaardigheden te ontwikkelen om met zijn problemen om te gaan (Hörberg & Dahlberg, 2015; Schaftenaar, 2015a). Dat een opname beter werkt als cliënten daarbij ondersteund worden in responsieve relaties, waarin ze bij hun begeleiders terecht kunnen, wordt inmiddels als bewezen gezien (Stams & Van der Helm, 2017), alhoewel het vormen van die relaties in een omgeving die gericht is op veiligheid zeer ingewikkeld is en soms ook als onmogelijk wordt beschouwd (Hanrath, 2013).

2.6.1.2. Relationale zorg conform de presentiebenadering

Relationele zorg, zoals geformuleerd binnen de presentiebenadering, gaat ook uit van specifieke expertise van een professional. Maar, zo stelt de presentietheorie haast in tegenstelling tot bovenstaande, deze expertise wordt 'aangewend en aangesproken op geleide van de relatie en wat daarin begrepen/verstaan wordt te doen' (Baart, 2001a, p. 739-741). De relatie is er niet alleen om therapeutische effectiviteit te genereren. Relaties hebben meerdere functies. Baart onderscheidt negen functies die de waarde van de zorgrelatie uitdrukken.

Een eerste functie is die van ‘erkenning’. De relatie is de plek waar de zorgontvanger gezien wordt (voor wie hij is) en waar blijkt dat hij ertoe doet (Baart, 2001a, p. 771; Baart & Grypdonck, 2008; Baart & Carbo, 2013, p. 56).

De relatie is ten tweede ook het kader van afstemming (van wat je gaat, kunt en mag doen). Door de relatie begrijp je beter wie de ander is, weet je wat er op dat moment toe doet, waar je de ander recht mee doet in die context. De relatie is daarmee ook de transportband (van info, interventie, hulp, steun, vertrouwen et cetera). Het aspect van de ‘transportband’ komt wellicht het meest overeen met de functie van de therapeutische alliantie zoals beschreven in de vorige paragraaf (Baart & Carbo, 2013, p. 56).

Als derde biedt de relatie ‘podium’. De relatie geeft de ruimte waarin iemand zich kan laten zien en laten kennen (om te tonen wie hij is en wat hij nodig heeft). Het is een bron van kennen (Baart & Carbo, 2013, p. 57).

De relatie geeft, als vierde punt ook ‘legitimatie’. Er zijn (wettelijke) kaders om te zorgen/behandelen, maar wat iemand nodig heeft laat zich het best door de relatie bepalen en rechtvaardigen (Baart & Carbo, 2013, p. 57). Daarbij maakt het, als de werker moet ingrijpen of handelen, verschil of er een relatie is of niet. Met relatie is er (vooraf of achteraf) legitimatie en hoeft daarmee niet per se een beroep gedaan te worden op het formele recht (Baart & Grypdonck, 2008, p. 129).

Een vijfde functie is dat de relatie ‘oefenruimte’ biedt. De relatie geeft ruimte waar iemand op sociaal vlak kan leren, proberen, bijvoorbeeld vertrouwen opdoen (Baart & Carbo, 2013, p. 57).

De relatie heeft ten zesde ook een functie van sociale verbintenis: je telt mee, bent niet alleen (Baart, 2001a, p. 725, 737 e.v.; Baart & Carbo, 2013, p. 57).

De zevende functie van de relatie is dat het ‘potentieel geweld van professionele hulp beteugelt’. In praktijken van zorg waarbij het (soms) lastig uit te houden is door agressief of gewelddadig gedrag, of door ernstige grensoverschrijdingen, is ingrijpen door ‘grenzen stellen’ vaak ook straffen: opsluiten, vastbinden, eruit zetten. Relatieel werken betekent dat je mensen niet op deze manier verlaat of straft. Ook al is er soms weinig op te lossen of te verhelpen. Dag in dag uit zorg verlenen kan dan een opgave zijn voor de werker, maar de wil om de ander te begrijpen in plaats van te straffen is wellicht de enige manier om zorg te kunnen blijven geven (Baart & Carbo, 2013, p. 58-64).

De achtste functie van relationele zorg is dat het (onnodig) doorbehandelen kan indammen. Vanuit relationeel perspectief kun je, door met de zorgvrager uit te zoeken wat bijdraagt aan een goed leven (en wat niet), tot andere afwegingen komen. Dat voorkomt mateeloosheid en kan de zorg ook beter maken, meer in aansluiting bij wat er daadwerkelijk speelt (Baart & Carbo, 2013, p. 64-70).

De negende functie tot slot is dat relationele zorg de ‘professionele bestendinging van behoefteigheid kan indammen’ (Baart & Carbo, 2013, p. 70-105). Professioneel gegeven zorg brengt, door methodische, bureaucratische of culturele principes soms met zich mee dat de problemen in stand worden gehouden of zelfs verergeren. Dit kan voorkomen worden door relationeel te werken. Door af te stemmen en aan te sluiten bij wat zorgontvangers nodig hebben, worden mismatches (wel zorg krijgen, maar niet geholpen worden, zie

ook paragraaf 2.7.1.) voorkomen. Daarnaast doet de huidige cultuur van maakbaarheid, planning en rationaliteit ons geloven dat alles op te lossen is, terwijl zorg veelal een kwestie is van verstandig doormodderen (Baart & Carbo, 2013, p. 100). Door het kritisch reflecteren en beraden op de sentimenten en gevoelens die leven in de (zorg)samenleving kunnen professionals meer relatiegestuurd invulling geven aan de zorg, en dat is verkieslijker boven verregaand uitgestippeld en op controle en protocollen gestoeld beleid dat maakt dat de kwetsbare zorgvrager van de regen in de drup komt.

In relationeel zorg geven is de relatie zelf dus ook zorg, is ze bepalend voor de zorg die gegeven wordt (de relatie is het afstemmingskader) en komt uit de relatie het doel voort (waar naartoe en in welke mate?). Relationeel zorg geven heeft dus een viertal betekenissen.

1) De zorgbetrekking:

- a. Zorg wordt gegeven vanuit de relatie tussen zorggever en -ontvanger. Die relatie is en geeft het kader van wat er te doen staat (Baart, 2014).
- b. De zorgrelatie is ook een goed in zichzelf. Het hebben van de relatie is al weldadig, maakt dat iemand gehoord wordt. Dan is de zorgrelatie op zich al zorg, zonder dat er veel anders gebeurt (Baart, 2014).

2) De sociaal-biografische betrekking:

De zorgontvanger komt met relaties, een geschiedenis, vanuit een sociale positie de zorg in, met verplichtingen en eer. Zorg is pas (goede) zorg als ze afstemt op wie de zorgontvanger is in relatie tot anderen, zijn achtergronden en op het leven dat hij leidt (Klaver et al., 2014).

3) De sociaal-institutionele betrekking:

Zorg door relaties: zorg vindt plaats in geordende betrekkingen waar rechten, voorwaarden, beperkingen enzovoort gelden. Waar ook anderen zorg nodig hebben en waar dus geselecteerd wordt. De zorggever bemiddelt voortdurend deze relaties tot anderen (Baart & Carbo, 2013; Baart & Grypdonck, 2008).

4) De finaliteitsbetrekking:

De doelrelatie: zorg geven dient ergens toe en geschiedt met het oog op een zo goed mogelijk leven te midden van de mensen. Zorg dient er uiteindelijk voor dat de zorgontvanger met diens kwetsbaarheid en afhankelijkheid zo goed mogelijk lid van deze wereld kan zijn en daarbij in bevredigende relatie staat tot de wereld, tot anderen en tot zichzelf (Baart, 2001a).

Dit vraagt natuurlijk van de professional dat hij de relationele en technische vaardigheden bezit en de juiste kennis heeft. Maar op geleide van de relatie je expertise inzetten, vraagt ook nog een (fundamenteel) andere opstelling van de professional. De acht volgende punten zijn te identificeren. De eerste twee punten zijn uitgangspunten *in* de relatie:

1) Vanuit de relatie werken betekent dat het 'plan', wat er te doen staat, gezamenlijk gemaakt zal moeten worden, *shared decision making* (Baart & Grypdonck, 2008), maar ook bijgesteld kan worden.

2) Hieruit vloeit voort dat de werker actief wordt vanuit een ‘latende modus’ en zo nauwgezet aansluit bij de ander. In een latende modus (Baart, 2001a, p. 369) wordt ruimte geschapen voor de ander, bepaalt deze (mede) de doelen, aard, duur en inhoud van de relatie, biedt de werker een doelrichting of perspectief/alternatief, maar werkt de laatste niet aan het doorzetten van de eigen doelen. ‘De latende modus is vooral het scheppen van ruimte en tijd, zodat de ander zich kan tonen (...)’ (Baart & Grypdonck, 2008, p. 85).

De volgende twee punten zijn eerder eigenschappen van de werker:

3) Het vraagt een hoge mate van geduld en trouw van de werker. De ander niet verlaten, maar met aandacht omringen. Kwetsbare mensen, maar ook mensen die ingewikkeld, moeilijk te begrijpen of gevaarlijk gedrag laten zien, die op ‘hulp’ aangewezen zijn, hebben vooral vertrouwen nodig (Baart, 2001a, p. 748-751).

Op geleide van de relatie, afgestemd op wat daarin nodig en passend is, inzetten van je professionele expertise, vraagt 4) van de werker ook een bepaalde terughoudendheid. Je wilt ruimte maken voor ‘de zwakkere stem’. Om die te kunnen horen is het noodzakelijk dat je jezelf inhoudt (Baart, 2001a, p. 756). De ander toont wat voor hem nastrevenswaardig is of goed zou zijn en de tijd die nodig is om dat te laten zien, moet worden gegeven.

Zo werken, brengt een aantal voorwaarden of elementen met zich mee om dit te kunnen verwezenlijken. 5) Het is van cruciaal belang om de ‘wereld van de ander’ te doorvoelen door je bloot te stellen aan die wereld. In de presentiebeoefening wordt dat *exposure* genoemd (Baart, 2001a, p. 211-282). Exposure betekent letterlijk ‘blootstelling’ en de noodzaak hiervan is gebaseerd op een aantal principes. Om er voor anderen te kunnen zijn, moet je open en onbevangen met hen kunnen zijn. Dat doe je door de wereld van de ander te ondergaan en daarbij zo min mogelijk te handelen. Dit levert een ontregeling op, het geeft een andere ervaring. Die botsingen van de werelden zijn de basis voor reflectie. De exposure geeft zicht op, onthult hoe het is om zo te (moeten) leven, je krijgt zicht op het binnenperspectief van de ander. Door hierop te reflecteren komen ook je eigen (voor)oordelen, (on)geduld, impulsen, manieren van kijken aan het licht. Het leert je voorzichtig te zijn, de ander is niet het verlengde van jouw logica. Het worstelen met het binnenperspectief en met jezelf brengt daarmee niet alleen bescheidenheid, onthaasten, verwondering, maar ook morele intuïtie: dit is wat ik hier moet gaan doen. Exposure is een uiterste in een continuüm van kennismaking met de wereld van de ander en met die van jezelf (Baart & Grypdonck, 2008).

Contextueel werken, het bijzondere en de relatie centraal zetten, vragen vanuit hun aard om ruimte en afwegingskader in die relatie. Het toepassen van een uitgebreid repertoire aan regels, voorschriften, richtlijnen en handleidingen is hiermee in tegenspraak. Al deze ‘regels’ bieden organisatorische voordelen: het standaardiseert, het vergroot de voorspelbaarheid, het is een waarborg van kwaliteit, het versimpelt ingewikkelde zaken en het legitimeert, geeft ‘dekking’ bij beslissingen. Maar regels brengen ook beperkingen met zich mee: regels ontnemen ruimte om beslissingen te nemen, af te wijken, anders te doen en de relatie leidend te laten zijn. 6) Om (goede) relationele zorg te verlenen, is het nodig om de regels ‘in beheer’ te hebben, ze niet standaard leidend te laten zijn voor het handelen. Anders met regels omgaan betekent echter dat de vrije ruimte die dan ontstaat

(waar eerst de regel was), opnieuw en anders ingevuld moet worden. Als er geen regel is waarop je terug kunt vallen, of als je afwijkt van een regel, is een andere modus nodig. Die van reflectie en beraad over de zorg, met gebruikmaking van elkaars kennis, vanuit vertrouwen, gericht op het (samen) maken van morele afwegingen (Baart et al., 2011).

De volgende twee punten laten zich het best omschrijven als kritische inzichten die ten grondslag liggen aan relationeel zorg verlenen en die hun aansluiting vinden bij de kern van de presentietheorie, namelijk dat die relaties gevestigd worden met mensen die kwetsbaar of ‘hulpeloos’ zijn en maatschappelijke overbodigheid ervaren. 7) De benadering is mensgericht in plaats van productgericht. De werker opent zich voor wat er op hem afkomt, voor wat daar is, ook als dat onverbeterlijk is (Baart, 2001a, p. 732-733). Er wordt dus niet ‘afgeroomd’, niet gekozen voor hen aan wie nog wel ‘wat te helpen’ valt. Een laatste principe 8) is daarmee ook dat de werker niet kan vervreemden van het ‘alledaagse’. De taal die gesproken wordt, de setting waarin iets plaatsvindt, de manier waarop mensen met elkaar omgaan, die is betekenisvol en telt (Baart, 2001a, p. 743-747).

2.7. De presentiebenadering in de klinische forensische psychiatrie

In de volgende paragrafen wordt uiteengezet wat de presentiebenadering kan betekenen in de klinische forensische psychiatrie, maar ook welke opgave(n) dit met zich meebrengt voor de werker(s) en de organisatie van de zorg. Uit de herstelbiografie van Toon W. geef ik een illustratie in zijn woorden:

Ik denk dat het veel beter kan (...) in het gevangeniswezen en de forensische psychiatrie. Wat opvalt is dat het accent toch nog steeds heel dominant wordt gelegd bij het zieke stuk en het criminele stuk. Daarmee verlies je de complete persoon uit het oog. Ik was vader, had familie, ik was tijdens mijn detentie veel meer dan een alleen zieke geest. (Otten, 2015, p. 127-128)

2.7.1. Mismatch

Zoals uiteengezet in paragraaf 2.3.3. leidt het *state-of-the-art* behandelen weliswaar tot minder recidive dan niet behandelen, maar blijft er recidive. In toenemende mate wordt in *evidence based* richtlijnen of programma's aandacht besteed aan het responsiviteitsprincipe uit het RNR-model (Andrews & Bonta, 2010, p. 46). Bij ‘specifieke responsiviteit’ is het van belang stijl en vorm van de interventie aan te passen aan de setting en aan de persoonlijke kenmerken van de zorgontvanger zoals leeftijd, culturele achtergrond, motivatie, (cognitieve) vaardigheden en capaciteiten. Zou er ondanks dat sprake kunnen zijn van een mismatch (Baart, 2001b; Baart & Carbo, 2013; Goossensen, 2014)?

Mismatch is een verzamelbegrip waarmee een bepaald deel van maatschappelijke uitsluiting en non-participatie wordt beschreven. Het begrip biedt een basis om die uitsluiting te bestrijden, stelt Baart (2001b). Door mismatches te (onder)zoeken richt je je op degene(n) die een aanbod doen van hulp, bijstand of wat dies meer zij en die daarin niet

(geheel) slagen. Kenmerkend aan mismatches is dat de voltrokken handeling, gegeven therapie, de uitgevoerde richtlijn in haar aard goed is (of *evidence based*), maar niet aansluit en daardoor zonder betekenis is, of irrelevant, of erger: kostbaar en beschadigend (Baart & Carbo, 2013). Het gevolg van mismatch is dat iemand niet de hulp krijgt die bedoeld werd, zich niet gehoord of begrepen voelt en geen erkenning ervaart voor wie hij is (Baart & Carbo, 2013; Goossens, 2014). Mismatch treedt op doordat de inspanningen van werkers onvoldoende afgestemd zijn op de kenmerken van de cliënten of op de eigen dynamiek van de problematiek, en anderzijds wanneer de sociale omgeving geen ruimte weet op te brengen voor de sociaal uitgestotenen en kwetsbaren (Baart, 2001b).

In zijn 'aanzetten tot een theorie van de Derde Partij met hulp van de presentietheorie' geeft Baart (2001b) vijf vormen van mismatch weer: 1) Facilitaire mismatch, zijnde te weinig passende voorzieningen, inspanningen of beleid. 2) Methodische mismatch, waarbij in het toepassen van een methode geen recht gedaan wordt aan de 'ontvanger'. 3) Culturele mismatch omdat werelden van zorggever en zorgontvanger botsen of elkaar niet begrijpen. 4) Conceptuele mismatch die gaat over zeggenschap en invloed en de vraag wiens kennis telt. 5) Coördinatie-mismatch: de afstemming van voorzieningen en de overvloed van verschillende programma's, beroepskrachten, aanbod en voorzieningen.

Baart en Carbo (2013, p. 52) schrijven over mismatch:

Het lijkt er soms minder om te gaan om mensen uit de problemen te helpen, dan hen zich te laten aanpassen aan de geldende normen, desnoods onder dwang. Dit is vragen om moeilijkheden. De helper staat onder druk (...) maar merkt tot zijn frustratie dat de cliënt de uitgestoken hand niet pakt. De mens die hulp nodig heeft, ervaart het gebodene niet als hulp, maar als eisenpakket. Hij voelt zich onbegrepen, wantrouwt de bedoelingen van de werker en leunt passief achterover of zet de hakken in het zand. Zie hier een mislukking in de maak, een mismatch.

Dit risico is zeker aanwezig bij verplichte behandelingen in de forensische psychiatrie:

(...) [De] ervaring [van de cliënt] met de hulpverlening is gemiddeld genomen niet positief. De meeste cliënten zijn bij meerdere instituten en hun afdelingen in behandeling geweest en kennen tientallen hulpverleners. (...) Vanuit het perspectief van de cliënt worden ze voortdurend tegengewerkt en vijandig bejegend. Hun houding berust op het daardoor ontstane wantrouwen. Uiteindelijk staan ze er (...) toch alleen voor. (Van Outhesden & Schaftenaar, 2013, p. 212)

Het is precies dit punt dat Baart en Carbo ook signaleren. De cliënt komt door de uitgeoefende druk en het onvermijdelijke loslaten dieper in de problemen en het bevestigt hem in zijn afkeer van hulpautoriteiten, wat hem de volgende keer ontoegankelijker maakt (Baart & Carbo, 2013, p. 52).

Om mismatches tegen te gaan, moet dus niet (alleen) iets aan het hulpverlenende aanbod gedaan worden, maar het gaat (ook) om ruimte maken, om anders-zijn te respecteren (Baart, 2001b). Het kernprobleem van mismatches is gebrekkige aansluiting of afstemming (Baart, 2001b; Goossensen, 2014). Goossensen stelt dat voor blijvende effecten (van behandeling of begeleiding) een grote overeenkomst nodig is tussen het door de zorgontvanger ervaren probleem en de doelstelling die de hulpverlener formuleert. Preciezer bezien, stelt zij, gaat het over het proces ‘(...) waarin de hulpverlener de ander wil *leren kennen* en de cliënt zich moet *laten kennen*’ (2014, p. 19). Als er sprake is van onvoldoende begrip van de ervaringen en de leefwereld van de cliënt en wat er daarin toe doet, ontstaat mismatch. Dat kan plaatsvinden ondanks dat gekozen is voor een effectieve (*evidence based*) interventie. Het vaststellen van effectiviteit gebeurt voor groepen cliënten, terwijl mismatch in een ‘unieke context voor een bepaald persoon tot stand komt’ (Goossensen, 2014, p. 20).

2.7.2. Aansluiten en afstemmen

Om het probleem van de mismatch te voorkomen, zal de werker zich allereerst moeten verplaatsen in het perspectief van de cliënt. Onderzoeken hoe de dingen zich voordoen aan de cliënt, het perspectief draaien, zal ertoe leiden dat de cliënt zich beter begrepen weet (Baart & Carbo, 2013). Beter waarnemen, anders interpreteren en voorzichtiger oordelen zouden moeten leiden tot betere aansluiting en tot het in beeld komen van de werkelijke problemen of verlangens. Door aan te sluiten wordt voor de cliënt ruimte gemaakt om zich te laten kennen. Hierdoor ontstaat meer zicht op de verlangens, het lijden, de eer en de problemen (Baart & Grypdonck, 2008; Goossensen, 2014). Om goed aan te kunnen sluiten is het noodzakelijk om een vrije, open, (brede) waarneming te hebben. Daarbij moet de werker de wereld van de ander begrijpen en doorvoelen en moet hij een aandachtige en belangstellende betrekking aangaan met anderen en zichzelf.

Het hebben van een vrije waarneming vraagt wat van de werker. Het betekent de cliënt leren kennen en daarvoor is niet alleen een activiteit van de werker nodig, maar gaat het om wederzijds begrip zoeken, waarin de kaders van de werker niet per se of volledig leidend zijn en kunnen wijken voor dat wat ertoe doet voor de cliënt (Goossensen, 2014). Het gaat dus over open en onderzoekend blijven en de werkelijkheid niet reduceren tot het (beperkende) eigen denkkader. Goossensen (2011) doelt met het begrip reductie op het vastzetten en onveranderlijk maken van het beeld dat wij van de ander hebben. Daarmee is de open blik verdwenen, wat leidt tot beperkingen in inschatting (de professional denkt dat hij de cliënt snapt en zijn problemen herkent), of tot een te probleemgerichte benadering omdat niet alles gezien is. Ook kan de betekenis van de situatie hierdoor gemist worden. Blijven zoeken naar wie de ander is en maximaal aansluiten bij zijn leefwereld en levensloop is noodzakelijk (Baart, 2001a; Goossensen, 2014). In de presentietheorie komt dit tot uitdrukking in de leefwereld- en levensloopbenadering. Aansluiten heeft een dynamisch karakter, is elke keer anders. Maar kern ervan is dat steeds opnieuw in concrete situaties bekeken wordt wat nodig is (wat het juiste is om te doen en niet wat de ander wil dat gedaan wordt, het zogenaamde ‘u vraagt, wij draaien’). Daarbij wordt

aangesloten bij zoals daar zijn de taal, het tempo, het perspectief, de positie en de doelen van de ander (Baart, 2001a, p. 743-747). Om dat te kunnen doen, is begrip nodig van de leefwereld (Baart, 2001a, p. 409-418): de ‘werkelijkheid’ van de ander. Zijn beeld van de wereld en de patronen, die zichtbaar worden in handelingen, expressies en verhalen. Het begrip leefwereld moet begrepen worden als een ‘geordend sociaal leven of een moraal’ en gedeelde interpretatiekaders die de zorgontvanger met zich meebrengt (Baart, 2001a, p. 417). Het nut van het aansluiten is dat deze inzichten de werker helpen om effectief te handelen, mismatch te voorkomen.

2.7.3. Dimensies van ruimte: de persoon en de context

Het hebben van een open blik, de ander zien en aansluiten bij wat (daar, nu) nodig is, vraagt ruimte. Die ruimte staat in de forensische zorg, zo zagen we eerder, vanuit de aard van haar opdracht (‘beveiligen en behandelen’) onder druk. In paragraaf 2.6. werd het geven van ruimte besproken als één van de kenmerken van presentie. In deze paragraaf wordt toegelicht waarom het aspect van ruimte in de klinische forensische zorg juist van belang is. Dat betreft twee elementen: ruimte maken voor de persoon en ruimte maken in de context.

De kern van de redenering is dat cliënten, om te kunnen laten zien wie ze zijn, als mens, ruimte nodig hebben. Het ‘zijn zoals je kunt of wilt zijn’ en dat mogen tonen duldt niet te veel vragen of verantwoorden (Baart, 2001a). Je bent wie je bent en dat vraagt van de hulpverlener dat deze je niet ‘afschrijft’, maar het beste bij je tevoorschijn haalt. Ruimte geven is daarmee meer dan acceptatie. Het gaat hier dus om ruimte maken voor de persoon. Om dit te kunnen verwezenlijken is er nog een ander aspect van ruimte geven van belang, namelijk ruimte in de context, in de omgeving. Om de cliënt ruimte te geven, zo dat hij zich kan laten zien, is het nodig dat het afwegingskader, de regels, niet te algemeen en te ver weg van deze situatie zijn. Daardoor wordt het namelijk gemakkelijk onpersoonlijk. Te veel algemene regels en protocollen perken de ruimte namelijk eerder in en dat maakt dat cliënten zich niet kunnen tonen. Dan weet de hulpverlener dus niet wat er speelt, waar mogelijkheden liggen en wat hij moet doen of laten. In een omgeving met een scala aan strikte regels is ruimte maken voor de persoon moeilijk. Dat vraagt iets extra’s van de hulpverleners. Wat de hulpverlener ziet bij of van de cliënt is namelijk in eerste instantie het resultaat van het wel of niet conformeren aan de regels door de cliënt. En dat hoeft niets te zeggen over wie de (non-)conformist werkelijk is.

Wat het goede is om te doen, moet dus ook in de context besloten kunnen worden (zie ook paragraaf 2.6.1.2.). Leren, je kunnen ontwikkelen, vraagt daarbij ook om ruimte: ruimte om fouten te maken, om te oefenen (Schaftenaar, 2013). Die ruimte moet niet beheerst of ingeperkt worden door te veel regels of een bestraffend klimaat: dat bevordert iemands ontwikkeling niet (Van der Helm & Schaftenaar, 2014; De Valk et al., 2015).

2.7.4. Spanningen: presentie in de klinische forensische psychiatrie

Relatiegericht werken betekent in de klinische forensische psychiatrie (net als elders) aansluiten bij en afstemmen op de cliënt en relationeel werken leidend laten zijn. Dat vraagt

ruimte en mogelijkheden om de context, wat in de relatie telt, te includeren. De klinische forensische psychiatrie kent, zoals in paragraaf 2.3. beschreven, eerder een regel- en protocolgeleide structuur, gericht op disciplineren en correctie (Hörberg & Dahlberg, 2015). Relationeel zorgen vanuit de presentiebenadering geeft op dit thema extra stof tot nadenken. Hörberg en Dahlberg (2015) geven aan dat werken vanuit een leefwereldbenadering in de forensische psychiatrie de noodzaak met zich meebrengt om vanuit het perspectief van de cliënt te kunnen kijken. Daarbij is een zorgende houding, een focus op gezondheid en een lerende, in plaats van disciplinerende opstelling nodig. Dat vraagt anders met regels omgaan (Schaftenaar, 2013; Schaftenaar, 2015b). Hoe kan dat (in deze omgeving) zorgvuldig en veilig gedaan worden?

Zoals eerder beschreven voegen regels iets toe: processen worden transparanter, ze brengen gelijkheid en duidelijkheid. Echter, regels kunnen ook beperkend en niet helpend zijn in de zorgrelatie. Ruimte maken betekent op een andere manier sturen dan de sturing alleen via de regels: reflectieve sturing. Het werk van de professionals wordt door hen ingevuld vanuit gezamenlijk nadenken, beraadslagen en leren (Baart et al., 2011). De spanningen, lastige situaties en dilemma's worden dan niet vertaald in een algemeen geldende richtlijn, maar in deze bijzondere situatie/casus/context bekeken, beschouwd en besproken hoe ermee om te gaan. Regels worden niet uitgeschakeld, maar op een andere manier verdisconteerd.

Deze vorm van professionaliteit (die minder technisch, minder procedureel, meer afwegend, persoonlijker is) vraagt veel van de werker (en daarmee van de organisatie). Het werk wordt minder routineus, vraagt meer afweging en kan dus ongemakkelijker zijn. Het maakt de werker ook kwetsbaarder: op geleide van de relatie werken gaat ook over het bewaken van je eigen grenzen (Baart et al., 2011). Daarbij komt nog een aantal punten. Verantwoording wordt moeilijker, constateerden Baart et al. (2001). Wat je doet als presentiewerker is moeilijker uit te leggen. Dat geldt intern, maar ook extern. De omgeving van keten- en samenwerkingspartners werkt ook anders. Dat is in de forensische psychiatrie met haar eerder beheersmatige insteek van werken zeker het geval. Dit alles vraagt nadrukkelijk om te werken vanuit een visie waarin zelfsturing en vertrouwen gevoed en ondersteund worden. Op die manier wordt afweging via reflectie gestimuleerd (Baart et al., 2011; Schaftenaar, 2015b). Daarin heeft de organisatie zich dus te verhouden tot haar omgeving en de druk die er op haar afkomt.

2.8. Contact na behandeling in de forensische psychiatrie

Relationeel zorg geven kan mogelijk op twee manieren van waarde zijn in de klinische forensische praktijk, tijdens en ná de behandeling. De presentiebenadering zou mogelijk het gemis of tekort in klinische behandelingen kunnen verminderen, doordat deze benadering de relatie centraal zet en niet het te bereiken 'product' (recidivevermindering) of 'deelproducten' (medicatie accepteren, een module moeten volgen als voorwaarde om vrijheden op te bouwen). Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 2.9.2.

Omdat relationeel zorg geven, met al zijn waarden en functies, in deze werkwijze centraal staat, maakt het ook de weg vrij (of is het logisch) dat de relatie tussen zorggever en zorgontvanger na afloop van de behandeling (en dus bij het stoppen van de formele behandelrelatie) niet (meteen) ophoudt. De gevormde relatie is een waarde op zich en heeft betekenis (gekregen) voor de zorggever en de zorgontvanger. Dat wordt in de volgende paragrafen verder uitgewerkt door in te gaan op wat bekend is over contact na behandeling, wat onder nazorg wordt verstaan, waarom het van belang is en wat we weten over de effectiviteit ervan. Ook wordt beschreven op welke manier de presentietheorie hierbij aansluit.

2.8.1. Wat is nazorg?

Het begrip ‘nazorg’ wordt in het forensisch psychiatrische werkveld niet eenduidig, maar met name niet concreet omschreven. Uit beschrijvingen van werkzaamheden omtrent nazorg en de doelstelling hiervan blijkt meestal wat er met nazorg bedoeld wordt.

Nazorg is *begeleiding*. Nazorg is het bieden van begeleiding in aansluiting op een verblijf of een periode waarin de patiënt onder toezicht stond (Beltman, 2008; Harte, Van Kalmthout, & Knüppe, 2010; Rijksoverheid, 2009; Weijters & More, 2010; Wolf, 2014). Dat vindt plaats gedurende een bepaalde *tijdsperiode*. Nazorg wordt verleend tijdens de overgang/transitie van een institutionele setting naar de vrije samenleving. Nazorg wordt ingezet om deze overgang te vergemakkelijken. Deze overgang wordt vanwege de spanning (bijvoorbeeld door de verhuizing, de overgang naar een nieuwe, onbekende omgeving zonder vertrouwde mensen) die deze periode kan veroorzaken en de risico's (op destabilisatie) die dit met zich meebrengt ook wel een kritische transitie genoemd. Gedurende deze transitie wordt nog ondersteuning geboden en worden de zorg en hulp geleidelijk afgebouwd door middel van het verlenen van nazorg (Al Shamma, Van Dries, & Wolf, 2013; Beltman, 2008; Harte e.a., 2010; James, 2015; Schaftenaar & Van Outhusden, 2014; Weijters & More, 2010; Wolf, 2014).

Nazorg kent twee doelen. Het is bedoeld ter vermindering van *recidive*. Het inzetten van nazorg beoogt de kans op recidive te verkleinen, dan wel te voorkomen. Het doel hiervan is om de maatschappelijke veiligheid gedurende het uitstroomtraject van forensisch psychiatrische patiënten te vergroten. Nazorg wordt als randvoorwaarde genoemd om dit te bereiken (Al Shamma et al., 2013; Beltman, 2008; Harte et al., 2010; Weijters & More, 2010). En nazorg heeft als doel om *re-integratie te verbeteren* en *resocialisatie* in de vrije maatschappij te stimuleren. Dit bevordert de participatie en zal een positieve invloed hebben op het verkleinen van de kans op recidive (Baas, 2005; Beltman, 2008; Coffey, 2011; Harte et al., 2010; James, 2015; More & Weijters, 2010).

Nazorg, vrijwillig of verplicht (James, 2015; Rijksoverheid, 2009), is een *formele vorm* van zorg. In het dagelijkse taalgebruik is nazorg een declarabele (dus betaalde) manier van zorg verlenen, als (laatste) onderdeel van een behandeling (Schaftenaar & Van Outhusden, 2014).

Het is gepast op deze plek een onderscheid te maken tussen nazorg en (wettelijk) toezicht. Toezicht is een formeel onderdeel van een voorwaardelijke straf, maatregel of invrij-

heidstelling en dus een juridische modaliteit. In dat geval heeft de onder toezicht gestelde verplicht te maken met een reclasseringsorganisatie. De reclassering voert de verplichte controle en begeleiding uit door middel van contactmomenten en doet dit, afhankelijk van de opgelegde voorwaarden, ook door het geven van gedragstrainingen, het uitvoeren van werkstraffen of elektronische controle met behulp van een enkelband (Reclassering, 2015). Een toezicht heeft een bepaalde looptijd waarbinnen de onder toezicht gestelde zich aan de voorwaarden moet houden. Als hij de voorwaarden in de betreffende periode niet schendt, stopt het toezicht en dus ook het contact aan het eind van de looptijd. De Kogel en Nagtegaal (2008, p. 39) definiëren toezicht als volgt: ‘het controleren van (aspecten van) het gedrag van betrokkene, al dan niet in combinatie met begeleiding, behandeling en/of zorg, met als doel het opnieuw plegen van een delict te voorkomen’.

2.8.2. Het belang van nazorg en continuïteit van zorg

De transitie tussen voorzieningen, het starten van een nieuwe fase in de keten (in de samenleving of bij een vervolgvoorziening) is een stap met risico's (Botha et al., 2009; Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012; Wright et al., 2015). Naast de psychische stoornis, die bij instabiliteit kan leiden tot (meerdere) heropname(s), dient er in deze fase rekening gehouden te worden met een scala aan problemen waar de betrokkene tegenaan kan lopen en die een terugval in de hand kunnen werken (Davis, Fallon, Vogel, & Teachout, 2008; Wright et al., 2015). Couturier, Maue en McVey (2005) noemen problemen van financiële aard, problemen bij het onderhouden van sociale relaties, risicovol gedrag als alcohol- en drugsmisbruik, verwaarlozing van zichzelf en anderen en het vertonen van agressief gedrag. Murphy et al. (2012) voegen hier nog het gebrek aan sociale steun(systemen) aan toe. De ervaring is dat bij ex-gedetineerden het zwaartepunt van terugval in delicten in de eerste 48 uur na detentie ligt. Recidive komt vaker voor bij gedetineerden die worden vrijgelaten zonder oplossing van de problemen die in relatie staan tot aanwezige criminogene factoren, zoals het niet hebben van inkomen, dagbesteding en/of huisvesting (Wartna, Tollenaar, & Essers, 2005).

In het rapport van De Kogel en Nagtegaal (2008) wordt het onderzoek van Skipworth en Humberstone (2002) aangehaald, waarin tien principes geformuleerd staan waaraan forensisch psychiatrische zorg in de gemeenschap zou moeten voldoen. Deze principes zijn onder andere afkomstig uit de literatuur over de *Assertive Community Treatment* (ACT) en rehabilitatie en zijn aangepast op de forensische zorg. Daarbij houden ze rekening met zowel de patiënt als de veiligheid voor de gemeenschap (Skipworth & Humberstone, 2002). De principes zijn allesomvattend. Over de noodzaak zal geen twijfel bestaan, maar de vraag is of dit in de praktijk ook zo gerealiseerd kan worden. De principes luiden als volgt:

1. Het centrum dat de-institutionalisatie beoogt, dient gelokaliseerd te zijn in de gemeenschap;
2. De zorgaanbieders moeten mobiel zijn;
3. De zorg dient 24 uur, 7 dagen per week, beschikbaar te zijn;
4. Er dient rekening gehouden te worden met cultuurspecifieke problematiek;
5. Een goede therapeutische relatie is noodzakelijk;

6. De frequentie van contact met de patiënt dient hoog te zijn;
7. De patiënt dient ongelimiteerde toegang te hebben tot de gezondheidszorg, inclusief de mogelijkheid tot (korte) opnames in een psychiatrisch ziekenhuis;
8. Er dient samengewerkt te worden met de familie en het sociale netwerk;
9. Het doel van de zorg dient de behandeling van de psychiatrische stoornis te zijn;
10. Het rehabilitatieplan dient gericht te zijn op individuele kenmerken en behoeften van de patiënt.

Naast bovenstaande doelstellingen, eisen en ambities is er nog een principe dat veelvuldig in de literatuur over forensisch psychiatrische patiënten genoemd wordt, namelijk continuïteit van de zorg tussen zorgaanbieders (Forchuk, Martin, Chan, & Jensen 2005; Harte et al., 2010; Nedopil & Banzer, 1996; Vitacco et al., 2008; Wierdsma, 2013). In zijn herstelbiografie geeft Toon W. het belang van nazorg ook treffend aan:

Ik vind dat de nazorg niet goed aansluit. Er was en is nog steeds niet genoeg doorstroming. Bij de achterdeur (...) is het nog niet goed geregeld. Dan komen mensen vrij en zien ze in de schottencultuur van de hulpverlening door de bommen het bos niet meer. (...) ze worden van het kastje naar de muur gestuurd. (Otten, 2015, p. 110-111)

Om de zorg te kunnen continueren is er samenwerking nodig. Samenwerking omvat verschillende deelelementen, zoals enerzijds kennisoverdracht en anderzijds het behoud van kennis over de patiënt, waardoor specifieke voortekenen van recidive tijdig herkend kunnen worden (Müller-Isberner, 1996; Flutters et al., 2008; Harte et al., 2010). Gideon (2009) deed onderzoek naar vervoloprogramma's die ex-gedetineerden helpen om van hun drugsverslaving af te komen. Hij stelt dat continuïteit belangrijker wordt naarmate de gedetineerde langer opgesloten is geweest en afhankelijk was van anderen voor zorg.

Forchuk et al. (2005) en Reynolds et al. (2004) hebben onderzoek gedaan naar het belang van het onderhouden van contact tussen therapeut en patiënt in de extramurale fase. Zij hebben daarbij gekeken tot aan het moment waarop de patiënt een band opgebouwd heeft met zijn nieuwe behandelaar. Uit hun onderzoeken komt naar voren dat het continueren van het contact tussen therapeut en patiënt in de eerste periode na ontslag uit de kliniek zorgt voor een kleinere kans op een terugval en heropname. De continuïteit in de zorg, een goede communicatie en een multidisciplinaire aanpak zijn volgens hen de kernelementen van de transitie van zorg. Riordan, Wix en Humphreys (2005) geven aan dat het opbouwen van een relatie voorafgaand aan het ontslag en de nazorg, vitaal is voor succesvolle re-integratie in de samenleving.

2.8.3. De effectiviteit van nazorg

Schubert, Mulvey, Loughran en Losoya (2012) vonden in hun onderzoek naar jongvolwassen daders dat begeleiding na behandeling zeer belangrijk is om terugkeer in het justitiële systeem te voorkomen en deze kans ook verkleint. Uit de meta-analyse van James,

Stams, Asscher, De Roo en Van der Laan (2013) naar nazorgprogramma's onder jeugdige en jongvolwassen daders, blijkt dat voor deze groep het *overall* effect niet groot is, maar wel positief. Verdiepende analyse laat zien dat nazorg meer effect heeft als het goed geïmplementeerd is, gericht is op individuele (in plaats van groeps)behandeling en dat het bij oudere jeugd succesvoller is dan bij jongere jeugd. Intensievere programma's werden geassocieerd met lagere recidivecijfers.

De Kogel en Nagtegaal (2008) vonden in hun internationale literatuuronderzoek naar toezichtsprogramma's¹⁶ voor forensisch psychiatrische patiënten effectstudies over verschillende toezichtprogramma's: *aftercare, assertive community treatment, casemanagement, conditional release, forensic assertive community treatment, forensic transition teams, mental health courts*, psycho-educatie en woon- en/of werkvoorzieningen. Hierbij ging het vooral om effecten op psychiatrische symptomen en de effecten op crimineel gedrag. Hun conclusie (2008, p. 117) luidt dat *Assertive Community Treatment (ACT)* een positief effect heeft op een aantal klinische uitkomsten. Zo komen de patiënten minder vaak in een psychiatrisch ziekenhuis terecht en zijn ze meer tevreden. Er is nog maar weinig bekend over effecten van ACT en *Flexible ACT* op criminaliteit. Over *Involuntary Outpatient Treatment (IOT)* zijn de bevindingen gemengd.

Door Place, Van Vugt, Kroon en Neijmeijer (2011) is een literatuurstudie uitgevoerd naar forensische ACT met forensische uitkomstmaten. Zij constateren op basis van acht studies 'dat er op zijn minst enig bewijs is voor de stelling dat forensische ACT leidt tot minder criminaliteit of detentiedagen bij forensische patiënten' (Place et al., 2011, p. 14). Een belangrijk onderzoek hierin is de *Randomized Controlled Trial (RCT)* van Cusack, Morrissey, Cuddeback, Prins en Williams (2010). Na een follow-up periode van twee jaar zijn patiënten in de experimentele groep (forensische ACT-behandeling) minder vaak gedetineerd en minder vaak opgenomen.

Naast het effect op het verminderen van recidive kan nog een ander effect genoemd worden. Uit het onderzoek van Forchuk et al. (2005) bleek dat cliënten die nazorg (toegewezen) kregen een kortere opnameduur hadden (gemiddeld 116 dagen minder) dan cliënten die geen nazorg kregen. Dat levert een fikse reductie van de zorgkosten op.

2.8.4. Presentie en contact na behandeling

De presentiebenadering maakt, door contact en contract niet gelijk te stellen, theoretisch de weg vrij om contact na behandeling te houden. Met andere woorden: om de gevormde relatie niet stop te zetten op het moment van het einde van de formele behandelrelatie. Deze voortzetting van het contact zonder behandelrelatie is informeel. Het past daarmee niet binnen de definitie van toezicht of de omschrijving van nazorg zoals in paragraaf 2.8.1. gegeven. Daarom wordt deze vorm van vrijwillig contact in dit proefschrift

16 Een toezichtprogramma definiëren zij als 'een samenhangend geheel aan activiteiten dat gericht is op het extramuraal toezicht houden op het gedrag van betrokkene, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling' (De Kogel & Nagtegaal, 2008, p. 16).

‘contact na behandeling’ genoemd. Enkele doelen zijn dat dit contact na behandeling bijdraagt aan minder fragmentatie en de effectiviteit van de zorg. Sommige van de begrippen zijn dus wel toepasbaar. Op basis van bovenstaande wordt daarom in dit proefschrift onder ‘contact na behandeling’ verstaan:

‘Contact na behandeling is het bieden van ondersteuning tijdens een kritische transitie, gericht op het bevorderen van resocialisatie en het voorkomen/vermindern van recidive. De overgang heeft een dusdanige impact, dat ondersteuning door vertrouwde personen hierin het verschil kan maken’.

Op basis van de literatuur over nazorg kunnen we stellen dat het (blijven) geven van zorg en het onderhouden van contact na afloop van een klinische behandeling van belang lijken om zowel de psychiatrische als de justitiële draaideur te voorkomen. Toch is het ongebruikelijk in de geestelijke gezondheidszorg om dit te doen. De systemische inrichting van de zorg als keten, waarin overgeplaatst moet worden en instellingen (of onderdelen van instellingen) niet alle noodzakelijke zorg zelf kunnen bieden, maakt dat er voortdurend breuken zijn in de noodzakelijke continuïteit van zorg: de cliënt wordt na afloop van een behandeling overgeplaatst en krijgt te maken met nieuwe hulpverleners en begeleiders (Van Outhesden & Schaftenaar, 2016). Slechts als nazorg als verrichting betaald wordt, wordt deze gegeven. Een ‘warme overdracht’ (1op1-overdracht van belangrijke zaken betreffende de cliënt door hulpverleners) wordt gezien als oplossing: daarmee is de overgang netjes afgehandeld. Er is dus wel sprake van continuïteit van zorg (na behandeling is er vervolgzorg), maar geen sprake van continuïteit van relatie. Dat draagt bij aan het blijvend versnipperen en fragmenteren van de zorg.

De gevormde relatie is een waarde op zich en heeft betekenis (gekregen) voor de zorggever en de zorgontvanger, dus is het niet onlogisch om die relatie nog voort te zetten. Sterker nog, vanuit de betekenis is het vreemd om het niet te doen. Theoretisch sluit dit aan bij twee kenmerken uit de presentiebenadering. Het eerste kenmerk is het ‘aangaan van een aandachtige betrekking’ (Baart, 2001a, p. 737-738). De aandachtige betrekking is de kern, waarbij, zoals eerder gesteld, de waarde van aandacht op zich groot is en dat laat zich ook gelden. ‘De relatie heeft (...) een geheugen, stapelt zich op en verplicht: hier hebben we het over iets wat duurt, geschiedenis maakt (...). Mede daaruit groeit een analogie met vriendschap’ (Baart, 2001a, p. 738). Een tweede kenmerk is dat de zorg met ‘trouwe toelg’ (Baart, 2001a, p. 749-751) gegeven wordt. Daaruit vloeit voort dat de zorghandeling niet versnipperd uitgevoerd wordt, maar helemaal afgemaakt wordt. Bij het voortzetten van het contact na behandeling, is het de ontwikkelde zorgrelatie die leidend is voor de inhoud en het verloop van het contact.

Binnen dit wederzijds vrijwillige contact tussen ex-patiënt en oud-hulpverlener, is geen format of protocol waarin beschreven staat hoe (lang) we met elkaar omgaan. De legitimatie om te doen wat we doen, zit in het contact en de verbintenis die we met elkaar hebben opgebouwd. En dus kunnen we ook alleen maar daar, in de

relatie tussen ex-patiënt en oud-hulpverlener, samen onderzoeken en bepalen wat het goede is om te doen: wat de inhoud, vorm en frequentie van het contact is. (Schaftenaar & Van Outhesden, 2014, p. 17)

Dat gebeurt met trouw (Baart, 2001a, p. 749-751; Baart & Grypdonck, 2008) en betrouwbaarheid. De verbinding blijft onvoorwaardelijk: ze had immers formeel al gestopt kunnen worden en vloeit voort uit de gedeelde, samen opgebouwde geschiedenis. Deze twee kenmerken voeren terug op, of lijken in verband te staan met, de werker, maar steunen ook op beleid.

Ook vanuit organisatorisch perspectief sluit het niet verbreken van de relatie aan bij kenmerken van de presentiebenadering. Goede zorg, zo stelt Baart (2004; Baart & Grypdonck, 2008), is de kwaliteitsmaat van bekommernis. Daaronder vallen vier elementen (Baart, 2014). Verzorgdheid (gedaan wordt wat moet en wat nodig is), zorgvuldigheid (het wordt volgehouden en afgemaakt, het is trouwe zorg), zorgzaamheid (niet alleen het nodige gebeurt, maar dit gebeurt met aandacht, toewijding en passend bij de ander) en bezorgdheid (medeleven en mededogen). Presentie is een uitgesproken programma dat ingaat tegen en een aanvulling biedt op interventionisme en andere zelfreferentiële en systemische druk die mensen eerder in de verdrukking laat komen dan hen eruit helpt (Baart & Grypdonck, 2008; Baart & Carbo, 2013). Het sluit aan bij 'het goede doen' en waar het om gaat in de zorg: goede zorg willen leveren. Dat vraagt keuzes en visie van de organisatie en misschien ook wel moed. Het houden van contact omdat dit (moreel) juist is, terwijl hier geen (financiële) vergoeding tegenover staat, is niet gebruikelijk in de hedendaagse wereld van professionele zorg.

2.9. Kritieken en afrekenbaarheid

In de op een na laatste paragraaf van dit hoofdstuk behandel ik enkele veelgehoorde kritieken op het hier geschetste model en wil ik een antwoord formuleren op de vraag wat we uit theorie en eerder onderzoek weten over wat deze benadering toevoegt.

2.9.1. Kritiek

Het onderhouden van contact na het aflopen van de formele behandeling (na de zorg relationeel te hebben ingericht) roept een aantal mogelijke bezwaren op. De veelgehoorde bezwaren zijn te rubriceren in drie categorieën, die hier achtereenvolgens geadresseerd zullen worden.

2.9.1.1. Bezwaren met betrekking tot de duur en eindigheid van het contact

Een eerste bezwaar is dat van de oneindigheid van het contact. De vraag is of – en zo ja, wanneer? – het contact dat na behandeling voortgezet wordt, dan wel ophoudt. Eindigt het contact? Of beter, wanneer eindigt het?

Een belangrijk probleem in de ketenzorg is dat na een behandeling de cliënt ‘overgedragen kan worden’ aan een nieuwe zorginstelling, maar dat de relatie niet overgedragen kan worden. Het wederzijdse vertrouwen blijft achter op de plek waar het ontwikkeld en gecultiveerd werd (Van Outhesden & Schaftenaar, 2016). Het is dit vertrouwen dat een cliënt opnieuw moet gaan of willen opbouwen met zijn nieuwe begeleiders of zorgverleners. Als dat gebeurt, ontstaat er een soort zelfregulerend mechanisme. Het opgebouwde nieuwe vertrouwen in anderen en de erkenning die daarbij komt kijken, leiden via een reductie van het aantal contactmomenten tot een afronden van het contact. Als het vertrouwen in anderen opgebouwd is, kan het contact gestopt worden. Dat neemt niet weg dat er vanuit deze benadering een ander aspect ook van belang is: het aanbod van zo adequaat mogelijke beschikbaarheid. De waarde die hierin uitgedrukt wordt, is die van welkom zijn: een cliënt mag altijd op de kliniek terugvallen. Door langs te komen, door te bellen. In deze aangeboden beschikbaarheid is de wens van de cliënt leidend, maar het aanbod is ‘permanent’: we doen wat binnen onze mogelijkheden ligt als je ons nodig hebt.

2.9.1.2. Bezwaren in relatie tot contextuele kwesties

Een volgende groep bezwaren is te categoriseren onder de noemer van de context. Hoe wordt het financieel (‘Wat kost het?’) geregeld? En staat het niet haaks op de huidige professionele ontwikkeling van *evidence based* werken?

In paragraaf 2.8.3. is het aspect van de kosten kort aan bod gekomen. Uit onderzoek blijkt dat nazorg een, weliswaar bescheiden, effect heeft op recidivereductie. De kosten van de nazorg in deze onderzoeken zijn onbekend, maar we weten wel (ongeveer) wat criminaliteit in Nederland kost. Elk jaar maakt het WODC in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek het rapport ‘Criminaliteit en rechtshandhaving’ waarin ook een paragraaf is opgenomen over de totale uitgaven aan veiligheidszorg per delict. In 2015 werd bijvoorbeeld aan gewelds- en seksuele misdrijven 2 miljard euro uitgegeven (Moleenaar, Vlemmings, Van Tulder, & De Winter, 2017). De meest concrete berekeningen worden in een onderzoek uit 2007 genoemd. Groot, De Hoop, Houkes en Sikkel beschrijven dat zonder preventie (zijnde insluiting en/of behandeling) een mishandeling gemiddeld ruim € 5.500,- per delict kost en een bedreiging ruim € 2.700,-. In het onderzoek van Forchuk et al. (2005) zag men een bijkomend effect van nazorg: de gemiddelde behandelduur werd met 116 dagen (ruim drie maanden) verkort. Men mag aannemen dat de kosten van de (veelal niet met opname gepaard gaande) nazorg hier niet tegen opwegen.

Behandelen staat in het huidige tijdperk vooral voor *evidence based* interventies toe te passen (waarvan we weten dat ze werken), waarbij de druk op de maatschappelijke zorgportemonnee (het moet goedkoper en sneller, ‘gepast gebruik’) niet afneemt. In vakopleidingen worden aan therapeuten en werkers protocollen, richtlijnen en methodieken geleerd die stapsgewijs gevolgd moeten worden, en leren zij de competenties aan om dit uit te voeren, uiteraard met volle aandacht voor het belang van de therapeutische relatie en ‘de cliënt centraal’. Relationeel werken, echter, wordt (zo goed als) niet geleerd, behalve dat vele

(hand)boeken¹⁷ het woord presentie noemen als belangrijk. Om relationeel werken alsnog te leren, zal het leren in organisaties moeten plaatsvinden. Dit levert een bijdrage aan het voorkomen van mismatch (zie paragraaf 2.7.1.).

2.9.1.3. Bezwaren gerelateerd aan de doelgroep

Een derde categorie bezwaren betreft de kritiek die gerelateerd is aan de doelgroep. Kan, of sterker nog, moet je dit wel doen met mensen met forensische problematiek? Dit bezwaar veronderstelt dat relationeel werken een tamelijk naïeve vorm van zorg verlenen is, die niet voor iedereen geschikt zou zijn.

Vanuit het perspectief van de cliënt is een argument om het wel te doen dat erkenning, en dat is wat deze manier van werken beoogt, een helpende kracht in zichzelf is. Een *fatsoenlijke* behandeling krijgen is helend (Baart, 2001a). Een tweede invalshoek is die van de professionals en de kennis die is ontwikkeld over de cliënt. Van daaruit kan gesteld worden dat relationeel werken misschien juist moet (in plaats van niet) en wel om de volgende redenen. De meeste cliënten in de forensische psychiatrie hebben meerdere opnames en/of justitiecontacten achter de rug voordat zij op deze plek komen (Boonmann et al., 2015; Van Outhesden & Schaftenaar, 2016; Peek & Nugter, 2009). Men zou kunnen stellen dat die niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. Al het andere is als het ware al geprobeerd (Schaftenaar & Van Outhesden, 2014). Behalve relationeel werken.

Daarbij komt dat de forensische kennis in de ggz over het algemeen niet groot is. Er is huiver om cliënten met een forensische achtergrond op te nemen. Het relationeel zorg verlenen en als uitvloeisel hiervan contact houden na behandeling, borgt de kennis die er is over de cliënt bij de (onvermijdelijke) transitie van de forensische ggz naar de reguliere ggz. Door het houden van contact in een nieuwe situatie, gaat de kennis niet verloren, maar wordt deze toegepast in de nieuwe context.

Een volgend argument om toch relationeel te werken is dat er, zeker als het gaat om forensische patiënten die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard, sprake is van chronisch zorgafhankelijke mensen. De ziekte gaat niet over. Herstel en ondersteuning bij herstel gebeuren dan in en via de relatie (Droës & Witzenburg, 2012). Daarbij zijn cliënten door hun veelvuldige hulpverleningservaringen murw geworden (Baart & Carbo, 2013; Van Outhesden & Schaftenaar, 2013) – ‘Ze zitten hun tijd wel uit’ (Peek & Nugter, 2009) – en wekken de indruk niet gemotiveerd te zijn en weerstand te hebben. Een ingang is bij hen alleen te vinden door geduld, door aan te sluiten, door te erkennen en verbinding te leggen. Dus via present werken. Deze manier van werken is misschien juist bij deze forensische cliënten relevant omdat de relatie moeilijke situaties verteerbaar of dragelijk maakt. Ook als het niet te doen is, in tijden bijvoorbeeld van crisis, insluiting of afzondering, is het de relatie die specifieke hoop geeft, waar weer ruimte voor herstel kan en mag ontstaan (Schaftenaar & Ruiter, 2016).

17 Zoals voor de herstelondersteunende zorg (Van Gestel-Timmermans et al., 2015) het werkboek *High and Intensive Care* (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013), *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT* (Place et al., 2011) en *Handboek FACT* (Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & Van Os, 2016).

2.9.2. Opbrengst

In eerdere onderzoeken zijn elementen aangereikt over wat deze manier van werken oplevert of toevoegt. Daar wordt in de nu volgende paragraaf aandacht aan gegeven.

Het basisstramien van zorg of mensgerichte beroepen, beschrijft Baart (2001a, p. 813), bestaat uit sociaal-technische interventies en methodieken. Het jargon laat dat zien: ‘screenen, intake doen, een diagnose stellen, de gewenste eindsituatie bepalen, weerstanden verkennen, strategieën kiezen, behandelen (implementeren) enzovoort’. Omdat de zorg uiteindelijk aan iemand gegeven wordt, is de therapeutische relatie in veel gevallen (maar zeker niet in alle!) het middel om dit te bereiken. De presentiebenadering heeft een herformulering gegeven van wat goede zorg is op basis van kritische concepten (Baart, 2001a, p. 808 e.v.). Ziekte, gebrek of beperking zijn niet (alleen) leidend, maar de pijn die hierachter verscholen ligt – de uitstoting, de eenzaamheid, het niet tellen – wordt zichtbaar. Relationeel werken betekent accepteren van het brekelijke en het onverbeterlijke en daarmee ruimte maken voor wat niet verholpen kan of hoeft te worden, zonder dat dit leidt tot uit- of afstoting. En vaak, zo blijkt, is dat ook wat mensen nodig hebben. Ze willen niet ‘meer instrumenten, meer hulp’ of wat dies meer zij. Ze zoeken bevestiging, erkenning, aandachtige betrokkenheid. Ze zoeken een mogelijkheid om gehoord en gezien te worden, om in tel te zijn en worden daar ook beter van. Ze zoeken iemand die het met hen kan uithouden (Baart, 2001a, p. 825-826).

Baart (2014) ontwikkelde een zorgethisch kwaliteitsmodel voor goede zorg waarin een uitvoeringscomponent en een organisatiecomponent een plek hebben. Goede zorg (de kwaliteitsmaat) steunt in de uitvoering op bekommernis en in de organisatie op herbergzaamheid. Herbergzaamheid is de organisatorische insteek tot goede zorg en heeft betrekking op de vraag of de organisatie ‘een goed oord’ is om goede zorg te kunnen waarborgen. Herbergzaamheid behelst het zijn van een fatsoenlijke institutie, het bieden van faciliterend management, het zijn van een lerende organisatie en het ondersteunen en faciliteren van reflectieve professionaliteit. In de uitvoering maakt Baart het onderscheid tussen ‘verzorgd’ (al het nodige goed doen), ‘zorgzaam’ (aandachtig en relationeel aansturen), ‘zorgvuldig’ (trouw de zorg afmaken) en ‘bezorgd’ (zorgen uit betrokkenheid). Het kwaliteitsmodel maakt het mogelijk om goede relationele zorg ook te beoordelen en te verantwoorden.

De opbrengst van relationele afstemming is niet alleen ‘geholpen worden’ in de zin dat er aan het probleem gewerkt wordt. Het zit (juist ook) in de ervaringen van a) gezien worden zoals je bent en er mogen zijn, b) ervaren dat het uitmaakt voor de ander dat je het zwaar hebt, erkenning van je worsteling en c) probleemoplossende suggesties ontvangen die aansluiten bij jouw referentiekader en betekenisgeving en die je kunt bijsturen zonder de goedkeuring van de hulpverlener te verliezen (Goossens et al., 2014, p. 93).

Onderzoek naar de opbrengst van werken op basis van de presentiebenadering bij cliënten (Baart et al., 2011) beschrijft als belangrijke punten het gezien en gehoord worden, het niet verlaten worden (ook als ze terugvallen) en passende steun die met aandacht gegeven wordt. Daarbij worden ze gestimuleerd in het behoud van hun waardigheid, in het ontplooiën van kracht en talenten zonder dat hun kwetsbaarheid miskend wordt.

2.10. Integratie

In dit hoofdstuk heb ik gepoogd in zijn algemeenheid zicht te geven op de huidige forensisch psychiatrische behandelingen en ontwikkelingen hierin. Ik heb aandacht besteed aan de recidivecijfers. Recidivereductie is immers de belangrijkste uitkomstmaat van een forensisch psychiatrische behandeling. De recidivecijfers zijn lager bij programma's of behandelingen die langer duren, gericht zijn op resocialisatie en in combinatie met verplicht toezicht. In andere gevallen is de recidive hoger. Dat brengt zeer veel leed, schade en kosten met zich mee. De vraag die ik gesteld heb is of werken vanuit een ander paradigma deze problemen zou kunnen verminderen. Dit andere paradigma is de zorgethiek, een andere ethische stroming dan welke op dit moment opgeld doet in de forensisch psychiatrische zorg. In plaats van de mens als autonoom en onafhankelijk te positioneren, stelt zij dat mensen relationele wezens zijn en dat zorg (voor elkaar) een belangrijke pijler is waarop de mens en (dus ook) de samenleving zich ontwikkelt. De presentiebenadering, ontwikkeld in de jaren '90 en nu ruim vijftien jaar geïntroduceerd (in meer of mindere mate) in de zorg, is een zorgethische benadering die relationeel werken centraal zet. Het werken vanuit de zorgrelatie tussen hulpverlener en cliënt, maar ook tussen organisatie en cliëntengroep (relationeel werken heeft gevolgen voor de manier van organiseren) voegt zowel tijdens als na de forensisch psychiatrische behandeling iets toe. Tijdens de behandeling betekent het relationeel werken dat de cliënt meer vertrouwen krijgt, meer zichzelf kan tonen en van daaruit ondersteund wordt om zijn leven in te richten. Omdat de relatie niet ophoudt na afloop van de behandeling, maakt het de weg vrij om contact met elkaar te houden en op deze wijze zo lang als nodig is elkaars steun en toeverlaat te zijn. Dit contact doet recht aan de tijdens de behandeling ontwikkelde zorgrelatie en hoopt een bijdrage te leveren aan het verminderen van de fragmentatie en de effectiviteit van de zorg. Aangetoond is dat begeleiding na behandeling meer helpend is om niet te recidiveren dan dit niet (kunnen) bieden.

2.11. Referenties

- Al Shamma, S., Van den Dries, L. & Wolf, J. (2013). *CTI na detentie. Onderzoek naar Critical Time Intervention bij ex-gedeteneerden*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg & UMC St. Radboud.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010) (5th edition). *The psychology of criminal conduct*. New Providence: Anderson Publishing.
- Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H. & Louheranta, O. (2016). Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative view. *Perspectives in Psychiatric Care*. <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12201>
- Baart, A. (2001a, derde vermeerdeerde druk 2011). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A. (2001b). *Aanzetten tot een theorie van de Derde Partij met behulp van de presentiebenadering*. Den Bosch en Den Haag: Actioma en LCO.
- Baart, A. (2004). What makes care good care? *Sociale Interventie*, 13(3), 14-26.

- Baart, A. (2014). Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn. Een essay. In E. Bolt, A. Baart, & G. Palmboom (Red.), *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen*. Utrecht: Actiz. Verkregen van: <http://www.presentie.nl>
- Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De zorgval*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A., Van Dijke, J., Ouwerkerk, M. & Beurskens, E. (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Beltman, E. (2008). *Nazorg uit voorzorg. Inventarisatie van de samenwerking tussen justitiële jeugd-inrichtingen en gemeenten in Gelderland op het gebied van nazorg voor ex-gedetineerde jeugdigen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Beukers, M. (2008). De psychische stoornis in het strafrecht. In B.A. Blansjaar, M.M. Beukers, & W.A. van Kordelaar (Red.), *Stoornis en delict* (pp. 10-27). Utrecht: De Tijdstroom.
- Biharie, M., Raatgever, R., Righart, E. & Zanen, V. (2013) (2e editie). *Handboek Forensische Zorg*. Den Haag: Ministerie van VenJ, Directie Forensische Zorg.
- Blanchette, K. & Brown, S.L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M. & Walburg, J. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? Over de betekenis van de positieve psychologie. *De Psycholoog*, 11, 49-59.
- Boonmann, C., Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E. & Beijersbergen, K.A. (2015). *Recidive na forensische zorg. Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg*. Cahier 2015-3. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botha, U.A., Koen, L., Joska, J.A., Parker, J.S., Horn, N., Hering, L.M. & Oosthuizen, P.P. (2009). The Revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Utrecht: Movisie.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 780-785.
- Bregman, I.M. & Wartna, B.S.J. (2011). *Recidive tbs 1974-2008*. Factsheet 2011-6. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Cahn, W. (2015). Voorwoord. In E. van Meekeren & J. Baars (Red.), *De ziel van het vak. Over contact als kernwaarde in therapie* (p. 9). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Clarkson, R., Murphy, G.H., Goldwell, J.B. & Dawson, D.L. (2009). What characteristics do service users with intellectual disability value in direct support staff within residential forensic services? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(4), 283-289.
- Coffey, M. (2006). Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(1), 73-107.
- Coffey, M. (2011). Resistance and challenge: competing accounts in aftercare monitoring. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 748-760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01321.x>
- Couturier, L., Maue, F. & McVey, C. (2005). Releasing inmates with mental illness and co-occurring disorders into the community. *Corrections Today*, 67(2), 82-85.
- Craik, C., Bryant, W., Ryan, A., Barclay, S., Brooke, N., Mason, A. & Russell, P. (2010). A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 339-344.

- Cusack, K.J., Morrissey, J.P., Cuddeback, G.S., Prins, A. & Williams, D.M. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: A randomized trial. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 356-363. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-010-9299>
- Davis, K., Fallon, J., Vogel, S. & Teachout, A. (2008). Integrating into the mental health system from the criminal justice system: jail aftercare services for persons with a severe mental illness. *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(3-4), 217-231. <http://dx.doi.org/10.1080/10509670802143599>
- Dixon, J. (2012). Mentally disordered offenders' views of 'their' risk assessment and management plans. *Health, Risk & Society*, 14(7-8), 667-680.
- DJI (2017). *Forensische zorg in de praktijk*. Verkregen van: <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensischezorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>
- Doyle, M. & Jones, P. (2013). Hodges' Health Career Model and its role and potential application in forensic mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 631-640.
- Droëjs, J. & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Eklund, M. (2009). Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 18(2), 163-170.
- Engster, D. (2004). Care Ethics and natural law theory: Toward an institutional political theory of caring. *The Journal of Politics*, 66(1), 113-135. <http://dx.doi.org/j.1468-2508.2004.00144.x>
- Engster, D. (2005). Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 20(3), 50-74.
- Farnworth, L., Nikitin, L. & Fossey, E. (2004). Being in a secure forensic psychiatric unit: every day is the same, killing time or making the most of it. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 430-438.
- Fazel, S., Singh, J.P., Doll, H. & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4692>
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208-216.
- Forchuk, C., Martin, M.L., Chan, Y.L. & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556-564.
- Gestel-Timmermans, van, H., Place, C., Van Vugt, M., Van Rooijen, S. & Van Nieuwenhuizen, Ch. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie*. Utrecht: KFZ.
- Gideon, L. (2009). What shall I do now? Released offenders' expectations for supervision upon release. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(1), 43-56.
- Gildberg, F.A. (2012). *Reconstructing normality – Interactional characteristics of forensic mental health nursing*. PhD-thesis. University of Southern Denmark.
- Gildberg, F.A., Elverdam, B. & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff-patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 359-368.
- Gildberg, F.A., Bradley, S.K. & Hounsgaard, L. (2013). Comparing the obvious: interactional characteristics of staff in acute mental health nursing and forensic psychiatric nursing. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 205-214.
- Gillespie, M. & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of Forensic Nursing*, 5, 212-219.

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Godin, P. (2008). Trust built on shared power. *Nursing standard*, 23(12), 62-63.
- Goldsmith, L.P., Lewis, S.W., Dunn, G. & Bentall, R.P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171500032X>
- Goossensen, A. (2011). *Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg*. Inaugurele rede, Universiteit Tilburg.
- Goossensen, A. (2014) (Red.). *Schetsen van Mismatch. Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek*. Utrecht: Movisie.
- Groot, I., De Hoop, T., Houkes, A. & Sikkel, D. (2007). *De kosten van criminaliteit. Een onderzoek naar de kosten van criminaliteit voor tien verschillende delicttypen*. SEO-rapport 971. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Haan, de, E. (2013). *De herstelspecial. De route naar herstelondersteunende zorg, wat werkt wel en wat werkt niet?* Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Hafkenscheid, A. (2015). De therapeutische relatie. In E. van Meekeren & J. Baars (Red.), *De ziel van het vak. Over contact als kernwaarde in therapie* (pp. 75-81). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Hanrath, J.J. (2013). De groepsleider als evenwichtskunstenaar. Ph.D.-thesis. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor criminologie*, 52, 52-72.
- Harte, J.M., Van Kalmthout, W.D. & Knüppe, J.J.M.C. (2010). *Forensisch psychiatrisch toezicht. Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs gestelden*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Heijst, van, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Held, V. (2006). The ethics of care. In D. Copp (Red.), *The Oxford handbook of ethical theory*. New York, NY: Oxford University Press.
- Helm, van der, G.H.P. (2011). *First do no harm*. Ph.D.-thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Helm, van der, G.H.P., Boekee, I., Stams, G.J.J.M. & Van der Laan, P.H. (2011). Fear is the key. Keeping the delicate balance between flexibility and control in a Dutch youth prison. *Journal of Children's services*, 6, 248-263.
- Helm, van der, G.H.P. & Drenth, J.D. (2013). Behandelklimaat in een forensisch psychiatrische setting. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 79-96). Amsterdam: SWP.
- Helm, van der, G.H.P. & Van Velzen, J. (2013). Behandel dilemma's in een forensisch psychiatrische setting. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 97-105). Amsterdam: SWP.
- Helm, van der, G.H.P. & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult? Leefklimaat en straf in de klinisch psychiatrische zorg. *MGV*, 96(6), 28-34.
- Holmes, D., Murray, S.J. & Knack, N. (2015). Experiencing seclusion in a forensic psychiatric setting: A phenomenological study. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 200-213.
- Hooff, van den, S. & Goossensen, A. (2013). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28, 425-434. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12070>
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Hörberg, U., Sjögren, R. & Dahlberg, K. (2012). To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743-751.

- James, C. (2015). *Beyond detention. The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders*. Ph.D.-thesis. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- James, C., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., De Roo, A.K. & Van der Laan, P.H. (2013). Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: a Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 33, 263-274.
- Klaver, K., Van Elst, E. & Baart, A.J. (2014). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article. *Nursing ethics*, 21(7), 755-765. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013500162>
- Kogel, de, C.H. & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC. Meppel: Boom.
- Lachmeijer, R. (2015). Verkregen van: <https://www.decorrespondent.nl/3648/999995-procent-van-alle-tb-sers-op-verlof-ontsnapt-niet-maar-de-rest-krijgt-alle-aandacht/277839369984-03e3f639>
- Lammie, C., Harrison, T.E., Macmahon, K. & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 706-714.
- Livingston, J.D., Nijdam-Jones, A. & Brink, J. (2012). A tale of two cultures: examining patient centered care in a forensic mental health hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 345-360. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2012.668214>
- Lord, K., Priest, H. & McGowan, A. (2016). Therapeutic engagement in medium-care: an interpretative phenomenological analysis of service users' experiences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), 55-76. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1090622>
- Lösel, F. & Farrington, D.P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American journal of preventive medicine*, 43(2 Suppl 1), 8-23.
- Marle, van, H.J.C. (2012). De staging met profielen in de forensisch psychiatrische delictanalyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11), 973-978.
- Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.
- Martin, T. & Street, A.F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 543-551.
- Mason, K. & Adler, J.R. (2012). Group-work therapeutic engagement in a high secure hospital: male service users perspectives. *The British Journal of Forensic Practice*, 14(2), 92-103.
- Mason, T., Lovell, A. & Coyle, D. (2008a). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I. role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 118-130.
- Mason, T., Coyle, D. & Lovell, A. (2008b). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II. clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 131-139.
- Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19-25.
- Mierlo, van, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Moolenaar, D.E.G., Vlemmings, M., Van Tulder, F.P. & De Winter, J. (2017). Kosten van criminaliteit. In: S.N. Kalidien (Red.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2016. Ontwikkelingen en samenhang* (pp. 101-107). Cahier 2017-12. Den Haag: WODC, CBS, Raad voor de Rechtspraak.
- Müller-Isberner, J.R. (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 81-86.
- Murphy, S., Irving, C.B., Adams, C.E. & Driver, R. (2012). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review)*. The Cochrane Collaboration. London, Verenigd Koninkrijk: John Wiley & Sons.

- Nagtegaal, M.H. & Schonberger, H.J.M. (2013). *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Nedopil, N. & Banzer, K. (1996). Outpatient treatment of forensic patients in Germany: current structure and future developments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 75-79.
- Neijmeijer, L. & Kroon, H. (2013). Forensische patiënten in de ggz: een slag apart? *MGV*; 68(3), 128-136.
- Nistelrooy, van, I. (2013, derde ongewijzigde druk). *Basisboek zorgethiek*. Heeswijk: Berne Media.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nowak, M.J. & Nugter, M.A. (2014). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' II. Een replicatieonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5(4), 237-246.
- Otten, A. (2015). *Toon W. is hersteld*. Utrecht: Uitgeverij Comtext.
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2013). Behandelvisie en behandelbaarheid in de forensische psychiatrie. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 210-218). Amsterdam: SWP.
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 275-281.
- Peek, W.H.M. & Nugter, M.A. (2009). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(10), 715-725.
- Petry, D. & Nuy, M. (1997). *De ontmaskering. Terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychiatrische beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- Pietersma, G.S.W. (2012). *Gedeelde zorg. Over de veranderende invloed van de minister van Veiligheid en Justitie op het stelsel van forensische zorg, forensische zorgaanbieders en rechtspositie van justitiabelen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Place, C. (2011). *Een positieve kijk op forensische zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, C., Van Vugt, M., Kroon, H. & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plaisier, J. & Van Ditzhuijzen, J. (2008). *Risicotaxatie bij verlof van gedetineerden. Een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Rask, M. & Brunt, D. (2007). Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. *Nursing Inquiry*, 14(2), 169-176.
- Reclassering (2015). Verkregen van <http://www.reclassering.nl/wat-wij-doen/verdachten-en-veroordeelden/onder-toezicht>
- Reynolds, L.M., Jones, J.C., Davies, J.P., Freeth, D. & Heyman, B. (2014). Playing the game: service users' management of risk status in a UK medium secure forensic mental health service. *Health, Risk & Society*, 16(3), 199-209.
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T. & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 82-88.
- Rijksoverheid (2009). Verantwoordelijkheidskader Nazorg Jeugd 2009. Verkregen van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2009/02/05/verantwoordelijkheidskader-nazorg-jeugd-2007>
- Riordan, S., Wix, S. & Humphreys, M. (2005). Forensic community mental health nurses' perceptions of statutory community aftercare: Implications for practice. *Journal of Forensic Nursing*, 1(4), 172-178.

- RMO (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling) (2006). *Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*. Amsterdam: SWP.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G.J. & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>
- Ruiter, de, C. & Hildebrand, M. (Red.) (2005, 2e herz. dr.). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sainsbury, L., Krishnan, G. & Evans, C. (2004). Motivating factors for male forensic patients with personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 29-38.
- Sander-Staudt, M. (2011). Care Ethics. *Internet Encyclopedia of Philosophy* (IEP). Verkregen van <http://www.iep.utm.edu/care-eth/>
- Schafer, P. & Peternelj-Taylor, C. (2003). Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 605-625.
- Schaftenaar, P. (2013). Een positief leerklimaat. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 167-174). Amsterdam: SWP.
- Schaftenaar, P. (2015a). *De werkzame elementen van forensische sociotherapie. Een literatuurstudie*. Utrecht: KFZ.
- Schaftenaar, P. (2015b). De drie R-en revisited. *TvZ*, 5, 48-51.
- Schaftenaar, P. & Ruiter, M. (2016). 1op1-teams verbeteren de dwangzorg. *Nurse-Academy GGZ*, 1, 18-22.
- Schaftenaar, P. & Van Outheusden, I. (2014). *Verbinding in Vogelvlucht. Verhalen over visievorming*. Amsterdam: Inforsa.
- Schubert, C.A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A. & Losoya, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 71-93.
- Sevenhuijsen, S. (1996). *Oordelen met zorg*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Skipworth, J. & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (s412), 47-53.
- Spruit, A., Van der Put, C., Gubbels, J. & Bindels, A. (2017). Age differences in the severity, impact and relative importance of dynamic risk factors for recidivism. *Journal of Criminal Justice* 50, 69-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.04.006>
- Stams, G.J.J.M. & Van der Helm, P. (2017). What works in residential programs for aggressive and violent youth? Treating youth at risk for aggressive and violent behavior in (secure) residential care. In P. Sturmey (Ed.), *The Wiley Handbook on Violence and Aggression*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Theunissen, J.R., Duurkoop, P., Kikkert, M., Peen, J. & Dekker, J. (2013). Na de extramuralisering. II. Een crosssectionele studie naar psychisch en sociaal functioneren en kwaliteit van leven van een steekproef van chronisch psychiatrische patiënten in de Amsterdamse GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 153-163.
- Timmerman, G. & Baart, A. (2016). Präsentische Praxis und die Theorie der Präsenz. In E. Conradi & F. Vosman (Red.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care Ethik*, (pp. 189-208). Frankfurt, Deutschland: Campus Verlag.
- Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. 'Treat me with respect'. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 1-18. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12410>

- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York, NY: Routledge.
- Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York, NY: New York University Press.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2015). Vergaderjaar 2014-2015. 33 628 Forensische zorg, 29452 Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Nr. 9. Verkregen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33628-9.odt>
- Urban Walker, M. (2007) (2e editie). *Moral Understandings. A feminist study in ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Valk, de, S., Van der Helm, G.H.P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C. & Stams, G.J.J.M. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10(1), 3-16.
- Vanlaere, L. (2006). *Zorg. Een wijsgerig- en theologisch-ethisch grondslagenonderzoek met toepassing op de zorg voor suïcidale ouderen*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor, Leuven: KU.
- Veldhuizen, van, R., Bähler, M., Polhuis, D. & Van Os, J. (Red.) (2016). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vitacco, M.J., Van Rybroek, G.J., Erickson, S.K., Rogstad, J.E., Tripp, A., Harris, L. & Miller, R. (2008). Developing services for insanity acquittees conditionally released into the community: Maximizing success and minimizing recidivism. *Psychological Services*, 5(2), 118-125. <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.5.2.118>
- Vliet, van, J.A. & Oei, K. (2006). Van stoornis naar delict. De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van tbs-gestelden. *Pedagogiek*, 26, 301-316.
- Vliet, van, J.A. (2013). Wat is forensische zorg? In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 18-25). Amsterdam: SWP.
- Vogel, de, V. & De Vries Robbé, M. (2013). Risicotaxatie van geweld in de forensisch klinische praktijk. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 313-327). Amsterdam: SWP.
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). *Aanmemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Vries Robbé, de, M. (2014). *Protective factors. Validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*. Ph.D. thesis. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Vries Robbé, de, M. & De Vogel, V. (2013). Beschermende factoren voor gewelddadig gedrag: de waarde voor risicotaxatie en behandeling. In P. van der Helm, U. Kröger, P. Schaftenaar, & J. van Vliet (Red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 341-355). Amsterdam: SWP.
- Vries Robbé, de, M., De Vogel, V., Douglas, K.S. & Nijman, H.L.I. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law & Human Behavior*, 39(1), 53-61.
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & law*, 10, 243-257.
- Ward, T., Mesler, J. & Yates, P. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.07.001>
- Wartna, B.S.J., Alberda, D.L. & Verweij, S. (2013). *Wat werkt in Nederland en wat niet?* Den Haag/ Meppel: Boom Lemma Uitgevers.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L. & Essers, A.A.M. (2012). *Recidivebericht 2012. Landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009*. Factsheet 2012-6. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. & Essers, A.A.M. (2005). *Door na de gevangenis. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.

- Wartna, B.S.J., Tollenaar, S., Verweij, S., Alberda, D.L. & Essers, A.A.M. (2016). *Recidivebericht 2015. Landelijke cijfers over de terugval van justitiabelen bestraft in de periode 2002-2012*. Factsheet 2016-1. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Weijters, G. & More, P.A. (2010). *De monitor nazorg ex-gedetineerden. Ontwikkeling en eerste resultaten*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Widdershoven, G. (2000, vijfde, ongewijzigde druk 2007). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.
- Wierdsma, A. (2013). *Acute dwang in Rotterdam in perspectief*. Rotterdam: GGD-Rotterdam Rijnmond.
- Wilkinson, C.E. (2008). *An exploration of service users' experiences of a low secure forensic mental health service*. Thesis Doctor of Clinical Psychology: University of Leeds.
- Wolf, J. (2014). *Critical time interventie bij kwetsbare mensen in transitie*. Nijmegen: Impuls, Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St. Radboud.
- Wolf, van der, M.J.F. (2012). *TBS – Veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenten van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven*. Ph.D.-thesis. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers (WLP).
- Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Gregoriou, K. & Waring, J. (2015). From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations*, 19, 367-376. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12361>
- Yang, M., Wong, S.C.P. & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136(5), 740-767. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020473>

Hoofdstuk 3

'Ze zijn zo aardig en geduldig, het zit in hun karakter, of zo'

De klinische praktijk van relationeel zorg verlenen

3.1.	Inleiding	70
3.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	70
3.2.1.	Onderzoeksdoel	70
3.2.2.	Onderzoeksdesign: etnografische onderzoekstraditie	70
3.2.3.	Dataverzamelingsmethoden en inclusie	71
3.2.3.1.	<i>Dataverzameling door middel van participerende observatie</i>	71
3.2.3.2.	<i>Dataverzameling door middel van een focusgroepinterview</i>	74
3.2.4.	Ethische aspecten	74
3.2.5.	Methode van datapresentatie en -analyse	74
3.2.6.	Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek	75
3.2.6.1.	<i>Dataverzameling</i>	75
3.2.6.2.	<i>Data-analyse en verslaglegging</i>	76
3.3.	Een dag op een leefgroep in een Forensisch Psychiatrische Kliniek	76
3.4.	Analyse	88
3.4.1.	Het normale leven	88
3.4.2.	Ondersteuning	91
3.4.3.	Het in beeld krijgen van het perspectief van de cliënt	92
3.4.4.	Luchtigheid	94
3.4.5.	Discipline en grenzen	96
3.4.5.1.	<i>Bernadette</i>	97
3.4.5.2.	<i>Valerie en Nick</i>	99
3.4.5.3.	<i>Overzicht thema discipline en grenzen</i>	102
3.5.	Conclusie en discussie	102
3.5.1.	Subconclusie 1: Een ongewoon leven	103
3.5.2.	Subconclusie 2: Het hanteren van de last van het gedwongen samen leven	103
3.5.3.	Subconclusie 3: De rol van de werkers	104
3.5.4.	Conclusie: Relationale interruptie en compensatie	104
3.5.5.	Discussie	104
3.5.5.1.	<i>Het leefklimaat en relationeel zorg verlenen</i>	105
3.5.5.2.	<i>Relationeel zorg verlenen en de balans tussen 'beveiligen en zorgen'</i>	105
3.5.5.3.	<i>Interactie tussen werkers en cliënten en de rol van de werkers</i>	106
3.6.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	107
3.6.1.	Evaluatie van het observatie- en analyseproces: reflectie op mijn rol als onderzoeker	107
3.6.2.	Beperkingen van deze deelstudie	108
3.6.3.	De geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf	109
3.7.	Tot slot	110
3.8.	Referenties	111

3.1. Inleiding

In dit deelonderzoek staat de onderzoeksvraag hoe de forensische praktijken van relationele zorg eruitzien, centraal. In paragraaf 3.2. worden het design, de dataverzamelmethode en de methoden van data-analyse uitgewerkt. De resultaten worden gepresenteerd in de vorm van 'een dag op de leefgroep in de FPK' (paragraaf 3.3.). Daarnaast is een thematische analyse gemaakt (paragraaf 3.4.) en heb ik een theoretische analyse uitgevoerd om te onderzoeken of de gevonden werkwijze en thema's conform de presentietheorie zijn. Deze presentietheoretische analyse is opgenomen in bijlage 6. Op basis van deze resultaten en analyses kom ik tot conclusies (paragraaf 3.5.), die ik in de discussie ook vanuit andere perspectieven bespreek. Daarna (paragraaf 3.6.) volgen een beschrijving van de sterkte en beperkingen van deze studie en een evaluatie over de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de studie achteraf. In paragraaf 3.7. volgen enkele slotopmerkingen.

3.2. Methodologie van dit deelonderzoek

3.2.1. Onderzoeksdoel

Het deelonderzoek naar de praktijk van relationele zorg heeft tot doel om tot een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving van deze praktijk van zorg verlenen te komen. De onderzoeksvraag luidt: hoe zien deze forensische praktijken van relationele zorg eruit?

Het onderzoek is descriptief en exploratief van aard. Om tot deze beschrijving te komen zijn twee rondes van participerende observatie en een focusgroepinterview uitgevoerd.

3.2.2. Onderzoekdesign: etnografische onderzoekstraditie

Dit deelonderzoek valt in de etnografische onderzoekstraditie. De etnografische onderzoekstraditie komt van oorsprong uit de culturele antropologie en is gericht op het onderzoeken en beschrijven van culturen van groepen. De relevantie van etnografisch onderzoek in gesloten instellingen is onder andere dat het zicht geeft op de groep kwetsbare en vaak gemarginaliseerde mensen die daar verblijft. Door het verkrijgen van persoonlijk en diepte-inzicht vanuit het individuele perspectief van de mensen in deze setting, kan het de perceptie en attitude veranderen (Hubert & Hollins, 2007). Participerende observatie is de primaire manier van dataverzameling (Flick, 2014; Patton, 2015). Deze manier van dataverzameling is in dit deelonderzoek gebruikt. Daarbij zijn culturele kenmerken onderzocht, maar wordt er in dit onderzoek nog een ander specifiek accent gelegd.

De primaire interesse gaat in dit onderzoek namelijk uit naar de interactie tussen werkers en zorgontvangers: hoe gaan zij met elkaar om en hoe komt in die interactie de betekenisgeving tot stand? Daarmee ligt het accent binnen de etnografie op het symbolisch interactionisme. Het symbolisch interactionisme verklaart het sociaal handelen van mensen door de interpretaties en betekenis die zij aan de interacties met anderen geven (Patton, 2015, p. 133).

3.2.3. Dataverzamelmethode en inclusie

3.2.3.1. Dataverzameling door middel van participerende observatie

Participerende observatie, zo stellen DeWalt en DeWalt (2011, p. 2), is een onderzoeksmethode waarbij data verzameld worden in een 'natuurlijke' setting door het observeren van en het deelnemen aan gebruikelijke en ongebruikelijke activiteiten van de mensen die bestudeerd worden. Het is een bruikbare methode om fysieke, sociale en culturele contexten te leren begrijpen en om zicht te krijgen op relaties tussen mensen en hun gedrag en activiteiten (Guest, Namey, & Mitchell, 2012; Mack, Woodson, MacQueen, Guest, & Namey, 2005). Bij participerende observatie is de onderzoeker voor een langere periode in de onderzoekscontext (DeWalt & Dewalt, 2011, p. 5; Guest et al., 2012, p. 77).

Participerende observatie probeert de cultuur, de motieven en de betekenis van een situatie te begrijpen vanuit het perspectief van de observandi. Complexe interacties worden in beeld gebracht, waarbij meerdere perspectieven, de vele factoren die betrokken zijn en een groter plaatje dat ontstaat, meegenomen moeten worden (Creswell, 2013).

De onderzoeksinteresse van dit deelonderzoek maakt dat participerende observatie een geschikte dataverzamelmethode is. Er is in dit deelonderzoek sprake van een speciale interesse in de menselijke betekenis en interactie vanuit het perspectief van de mensen in die specifieke situatie of setting (Jorgensen, in Flick, 2014, p. 312). Dagelijkse, 'gewone' situaties in het 'hier en nu' zijn de basis van het onderzoek, waarin de onderzoeker actief participeert (DeWalt & Dewalt, 2011, p. 5; Jorgensen, in Flick, 2014, p. 312; Guest et al., 2012, p. 76).

Fasering en duur van de dataverzameling

De participerende observatie in dit onderzoek vindt plaats op twee afdelingen, in twee verschillende tijdsperiodes. De eerste periode was in 2015. Drie maanden lang heb ik twee dagen per week, in dezelfde wisseldiensten (vroeg, dag, avond, nacht en weekend) als de begeleiders, geobserveerd op een afdeling. Deze observatieronde I had tot doel tot een beschrijving te komen van de werkzaamheden en was daarmee descriptief van aard: het werk en de omstandigheden zijn op een systematische wijze beschreven (Kumar, 2014). Na observatieronde I is de beschrijving gemaakt en is een start gemaakt met de analyse van het materiaal. Op basis hiervan is in 2016 observatieronde II gestart. De tweede ronde was daarmee meer exploratief. Op basis van de verkende thema's is toen specifiek geobserveerd om meer zicht te krijgen op hoe er in deze specifieke situatie gewerkt werd (Kumar, 2014). Om dit te kunnen doen heeft het proces van observeren en analyseren meer gelijktijdig plaatsgevonden. Na elke observatie is er meteen gecodeerd. Door *constant comparison* (Glaser, 2008) is het nieuwe materiaal naast het eerdere gelegd om te zien waar het aanvult, het tegendeel is, ofwel iets anders weergeeft. De observatie was nog steeds 'open': nieuwe thema's moesten zich kunnen aandienen. Maar er was meer sprake van *collateral conversation* dan bij observatieronde I. Aan de werkers is gevraagd wat ze doen en wat hun afwegingen hierbij zijn. De tweede observatieronde is dus enerzijds meer gericht op specifieke thema's en bestond naast observaties uit *collateral conversation*. Om dit goed te kunnen uitvoeren en diepgang te krijgen, is de tweede observatieronde uitgevoerd door

mee te lopen met één specifieke werker. Zij is geselecteerd op twee gronden. Ten eerste op basis van de scholing die zij heeft gevolgd in de presentietheorie. Ten tweede op grond van reflecties van haar collega's en leidinggevende: ze staat bekend als een professional die relationeel werkt. Haar werk was in de tweede participerende observatie het vertrekpunt, vanuit die positie is gepoogd waar te nemen. Daarmee blijft het hele werk nog steeds zichtbaar: werkers werken altijd samen met anderen en bij hun functie-uitoefening horen alle voorkomende taken.

In totaal is voor dit deelonderzoek 230 uur geobserveerd in twee periodes van drie aaneengesloten maanden, verspreid over twee jaren, op twee verschillende afdelingen. Van de observaties is verslag gedaan in *fieldnotes*, door ter plekke het geobserveerde zo precies en concreet mogelijk te noteren. Dit heeft geresulteerd in 85 pagina's verslagen, variërend van twee tot acht pagina's per verslag. Daarnaast zijn memo's gemaakt, waarin eerste ideeën, aanzetten of opvallende kwesties zijn genoteerd.

Onderzoeksprotocol

Bij het uitvoeren van de participerende observatie zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd.

Rol van de onderzoeker

Bij participerende observatie heeft de onderzoeker een rol als participant. Onderdeel daarvan is dat hij relaties vestigt en onderhoudt met de mensen in die situatie (Jorgensen, in Flick, 2014; Guest et al., 2012, p. 76; Mack et al., 2005). Daarbij observeert en ervaart de onderzoeker de omgeving als een participant, maar is hij met name gericht op het begrijpen, analyseren en verklaren van het geobserveerde (Mack et al., 2012, p. 75). Ik ben met deze twee punten als volgt omgegaan.

Mijn aanwezigheid op de afdelingen heeft voor zorgontvangers introductie nodig. De uitleg over mijn aanwezigheid geef ik zelf door in algemene termen open te zijn over de doelen van het onderzoek. Inforsa onderzoekt of de zorg die zij levert iets toevoegt in het leven van de mensen die deze zorg krijgen. Om dat goed uit te kunnen zoeken, moet er eerst precies bekeken en beschreven worden hoe de zorg gegeven wordt. Hoe doen mensen dat? En hoe reageren anderen daarop? Dat is waar ik antwoorden op wil vinden door een paar maanden aanwezig te zijn en mee te kijken op de afdelingen.

Introductie bij de werkers vond plaats door aanwezig te zijn in een overleg voorafgaand aan de observatie. Daarin heb ik het doel van het onderzoek uitgelegd en mijn rol als onderzoeker benoemd. Ook heb ik aandacht gegeven aan de rolwisseling: enkele jaren eerder was ik de manager van de kliniek. Met het stoppen van die functie ben ik onderzoeker geworden en in die hoedanigheid ben ik aanwezig.

Tijdens mijn observaties op de afdeling praatte en deed ik mee met de dagelijkse dingen en gewone conversaties vanuit een neutrale opstelling. Gewone conversaties betekenen '*small and social talk*', over de zaken die zich voordoen. Ik gaf geen mening over dat wat zich voordeed. Daar waar mogelijk probeerde ik een zinvolle rol te nemen in het afdelingsleven. Deze functie was tweeledig: enerzijds zo 'normaal' mogelijk aanwezig zijn en 'op kunnen gaan in de omgeving'. Anderzijds is stilzitten niet mijn sterkste kant. Ik

nam hierbij geen taken of klussen over van anderen. Als het corvee gedaan moest worden volgens schema, kon ik daarbij helpen, maar ik nam het niet over.

Als er zich gedurende de observatie zaken voordeden waarover ik (enige) verduidelijking nodig had om het te kunnen begrijpen, heb ik zo neutraal en beperkt mogelijk vragen gesteld.

Op de afdeling kunnen complexe situaties ontstaan, waarbij grenzen gesteld moeten worden of ingegrepen wordt. Ik hield me buiten deze situaties: ik doe niet mee aan ingrijpen en stel alleen dan een grens als dit nodig is voor de directe veiligheid van mijzelf of mensen in mijn nabijheid. De reden om hier niet aan mee te doen is dat ik het handelen van anderen niet wil beïnvloeden. Situaties moeten zo veel mogelijk hun beloop hebben en niet door ingrijpen of actie van mij een richting krijgen (die ze anders misschien niet gekregen zouden hebben).

Als ik samen met professionals was (in overleggen of situaties waarin zij onder elkaar waren), heb ik vooral meegelopen en indien nodig verduidelijkende vragen gesteld. De mate van participatie door mij was hier minder, ik heb zo veel mogelijk toegekeken. Ik ken de aard van de werkzaamheden (in principe) goed: ik heb het werk zelf ook jaren uitgevoerd. Door mee te doen in plaats van toe te kijken, verdwijnt de 'verwondering'.

Sensitizing concepts

Met deze participerende observatie wil ik antwoord geven op de vraag hoe de praktijken van relationele zorg er in de forensische psychiatrie uitzien. Daarom zijn op voorhand de volgende observatiepunten (Tabel 1) geformuleerd. Dit overzicht is geen statisch conceptueel perspectief, maar geeft relevante punten betreffende relationele zorg aan en deze fungeren als *sensitizing concepts* (Patton, 2015, p. 358).

<i>Kenmerk</i>	<i>Observatieaspecten</i>
Nabijheid	Hoe krijgt dat vorm? Fysieke nabijheid, emotionele nabijheid, aanrakingen.
Aandacht	Tijd, betrokkenheid, luisteren, inbreken in gesprekken, wie vertelt, verjaardagen, leuke dingen.
Aansluiting	Wat wordt opgelegd, waar mag een cliënt zelf kiezen, wiens mening telt, worden voorstellen gevolgd in bijvoorbeeld behandelaspecten, maar ook dagelijks leven (eten, drinken, bedtijd, keuzes), tempo, taal?
Zorgzaamheid	Wat doen mensen, hoe steunen ze, hoe handelen ze, feitelijke gedragingen (pleisters plakken, situaties oplossen, troosten), wordt er 'afgerond': feedback gevraagd op de geleverde zorg?
Verlangen	Vershil tussen wat iemand zegt en krijgt/geeft ('Laat me met rust' – waarom doet iemand dat dan niet?), wat toont men?
Trouw	Wanneer stopt het? Blijven proberen? Mag het mis gaan, mogen er fouten gemaakt worden? Hoe reageert men daar op?
Benaderbaarheid	Hoe benaderbaar is de werker feitelijk, hoe bereikbaar? Fouten maken, hoe wordt daarover gesproken? Hoe wordt het contact aangegaan? Laagdrempelig of niet? Lichaamshouding.
Toewending kwetsbaren	Vershil tussen cliënten, telt iedereen? Mag iedereen meedoen? Krijgt iedereen dezelfde kans/mogelijkheden?

Tabel 1 Sensitizing concepts ten behoeve van de participerende observatie

3.2.3.2. Dataverzameling door middel van een focusgroepinterview

Na de participerende observaties en het schrijven van de analyse hiervan, zijn onderdelen van de observaties met een groep van vijf medewerkers en een oud-medewerker van de afdelingen waar de participerende observatie is uitgevoerd, besproken in de vorm van een focusgroep (Mack et al., 2012; Patton, 2015, p. 475). De techniek van participerende observatie brengt met zich mee dat de onderzoeker beschrijft en op die manier benoemt wat zich afspeelt. Het focusgroepinterview heeft daarmee de functie gehad van feedback-bijeenkomst. De benoeming door de onderzoeker is besproken door geselecteerde voorbeelden te bespreken. Die zijn door de deelnemers onderschreven. Aanvullend werd in het focusgroepinterview een specifieke duiding gegeven over het *waarom* van het handelen. Die duiding is meegenomen in de analyse.

Het focusgroepinterview is door mij in samenwerking met eerste promotor Andries Baart voorbereid door fragmenten uit de observaties die we wilden bespreken, te selecteren. Het interview is door beide onderzoekers geleid. De promotor had de rol van leider en mijn rol was het notuleren en maken van verbinding tussen de bediscussieerde fragmenten en de overige data. Het interview is opgenomen en door mij verbatim uitgewerkt. De deelnemers aan het interview hebben het verslag toegestuurd gekregen en geaccordeerd.

3.2.4. Ethische aspecten

Voor de participerende observatie is van alle deelnemers *informed consent* verkregen. Een brief met uitleg over het onderzoek en op welke manier de onderzoekster na het onderzoek nog bereikbaar is, is toegelicht en uitgereikt. Deze procedure geldt voor alle observandi, cliënten, medewerkers (zowel uit de 24-uurs zorg als behandelaren, therapeuten en activiteitenbegeleiders) en externe personen (bezoek van cliënten).

Meewerken aan het onderzoek was uiteraard niet verplicht, als observandi aangaven dat niet te willen, zijn zij buiten de verslagen van observaties gehouden. Mijn aantekeningen waren voor de deelnemers aan het onderzoek te allen tijde inzichtelijk. Ook mensen die niet wilden deelnemen, maar wel op het moment van observatie op de afdeling waren, mochten in de gemaakte aantekeningen kijken. De getekende *informed consents* worden, apart van het onderzoeksmateriaal, tot vijf jaar na afloop van het onderzoek bewaard.

Het verbatim verslag van de focusgroep is aan alle deelnemers toegestuurd met het verzoek (in ieder geval) de eigen passages te lezen en deze te accorderen. Eventuele wijzigingsvoorstellen zijn integraal overgenomen.

3.2.5. Methode van datapresentatie en -analyse

De resultaten van het onderzoek en de analyse hiervan worden op drie manieren gepresenteerd. Ten eerste presenteer ik een beschrijving van het werk op basis van een (samen-gestelde) 'dag op de leefgroep'. Deze paragraaf (paragraaf 3.3.) is beschreven vanuit een etnografische insteek. Het doel van deze paragraaf is om de omgeving, de context en de verbanden te schetsen en daardoor het gedrag en het perspectief van de mensen te begrijpen.

Ten tweede is a) een inductieve analyse gemaakt (paragraaf 3.4.). De participerende observatie en het focusgroepinterview zijn thematisch geanalyseerd. Dit is gedaan op ba-

sis van de stappen van thematische analyse, ontwikkeld door Braun en Clarke (2006, in Flick, 2014, p. 421-422). Constante vergelijking (Boeije, 2005) is de hoofdcomponent van de analysemethode. Onderstaand beschrijf ik de stappen die ik gezet heb bij de analyse. Een eerste stap is het zich bekend en vertrouwd voelen met de data. Dit heb ik gedaan door voorafgaand aan de analyse het materiaal te lezen en herlezen. Daarna heb ik eerste, initiële codes gegeven aan de tekst. Dit is op verschillende momenten in de tijd gebeurd. Na de eerste ronde participerende observatie, tijdens de tweede periode en na het focusgroepinterview. Vervolgens is, op zoek naar patronen en betekenis aan het materiaal een tweede code gegeven. Inductief en op basis van de *sensitizing concepts* is gezocht naar overkoepelende thema's. Deze thema's zijn door mij gespecificeerd en gedifferentieerd en van een naam voorzien en in een definitieve ordening beschreven. Het doel van de analyse is de onderliggende thema's te vinden die samenhangen met relationeel werken in deze zorgpraktijk, om zo inzichtelijk te maken hoe de zorg in deze praktijk wordt vormgegeven. Om die reden worden veel illustraties uit de observaties gebruikt. De analyse heeft b) ook een portret van relationeel werken van twee specifieke werkers opgeleverd. Het is een in elkaar gevlochten portret, geanalyseerd op drie thema's van relationeel werken. Het portret is onder de titel 'Het relationeel werken van Sasja en Valerie' opgenomen in bijlage 5.

Ten derde heb ik geanalyseerd wat de werkwijze en thema's betekenen conform de theorie van presentie en of ze daarmee accorderen. De analyse is opgenomen in bijlage 6. Deze presentietheoretische analyse is tot stand gekomen door theoretische thematische analyse. De manier waarop dit is uitgevoerd, wordt in de bijlage nader toegelicht.

3.2.6. Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek

In dit deelonderzoek heb ik vooraf op de volgende manieren de geldigheid en betrouwbaarheid willen verhogen.

3.2.6.1. Dataverzameling

Om de validiteit van de studie te vergroten heb ik herhaaldelijk bij dezelfde activiteiten geparticipeerd en worden er tijdens de observaties inhoudelijke controles (*member checks*) toegepast (Guba & Lincoln, 1989; Migchelbrink, 2014). Daarnaast heb ik op meerdere afdelingen en in verschillende tijdspannen geobserveerd, gedurende drie maanden achtereen. Zo heb ik langer durende betrokkenheid gecreëerd. Ook zijn twee methoden van dataverzameling ingezet (Creswell, 2013; Dewalt & DeWalt, 2011; Guba & Lincoln, 1989).

Er is altijd sprake van subjectiviteit van de onderzoeker, 'je ziet wat je wilt zien'. De onderzoeker brengt altijd zichzelf, zijn waarden en ervaringen mee en dat kleurt de blik van de onderzoeker (DeWalt & DeWalt, 2011). De methode van participerende observatie is daarmee vanuit haar aard subjectief (Mack et al., 2005). De manieren waarop ik deze subjectiviteit heb proberen te verkleinen is ten eerste door onderscheid te maken tussen de beschrijvingen van de observaties (zo feitelijk mogelijk) en de interpretatie (analyse). Ten tweede wil ik transparantie creëren door de werkwijze te verantwoorden en hoort bij deze transparantie op deze plek gesteld te worden dat de observaties niet compleet zijn, ze zijn een uitsnede van de realiteit.

Flick (2014, p. 318) beschrijft als een beperking van observatie dat de te observeren situatie/de observandi hoe dan ook beïnvloed wordt/worden door daaraan een onderzoeker toe te voegen, zeker als dat niet onopvallend kan gebeuren. Dit heeft invloed op de geldigheid van het onderzoek. Door te reflecteren op mijn rol en hierover transparant te zijn (ook in de rapportages) wil ik laten zien hoe mijn aanwezigheid van invloed is geweest tijdens de observaties.

Het is bij het observeren van situaties niet ongebruikelijk dat zeldzame of ongewone gebeurtenissen nauwgezet geobserveerd worden, dat die meer aandacht krijgen dan ‘gewone’ activiteiten of situaties (DeWalt & DeWalt, 2011). Dit heeft invloed op de geldigheid, het beïnvloedt ook mogelijk de analyse en beschrijving in een latere fase van het onderzoek. In dit onderzoek wil ik deze *bias* beperken door zo neutraal mogelijk te kijken en ook van de gebeurtenissen die zich herhalen (zoals bijvoorbeeld) tafelsituaties, elke keer verslag te doen.

Dat de verzamelde informatie op een bepaalde manier uniek toegeschreven kan worden aan de individuele onderzoeker (twee onderzoekers in dezelfde situatie komen terug met andere informatie) (Guest et al., 2012), beïnvloedt ook de betrouwbaarheid van de studie. Dat vraagt van de onderzoeker dat hij het onderzoeksproces inzichtelijk moet maken. Om die reden is voorafgaand aan het onderzoek een onderzoeksprotocol geschreven, waarin de rol van de onderzoeker, de *sensitizing concepts* en de functie van de focusgroep-bijeenkomst zijn toegelicht.

3.2.6.2. Data-analyse en verslaglegging

Voor het beoordelen van de validiteit is ‘zorgvuldige documentatie en verslaglegging van methodologische keuzes, inzicht in de omstandigheden waaronder de observaties zijn gemaakt en de manier waarop ze zijn vastgelegd en geanalyseerd nodig’ (DeWalt & DeWalt, 2011, p. 112). Een kenmerk van validiteit in participerende observatie is dat de ‘beschrijving een accurate representatie is van het bestudeerde fenomeen’ (Dewalt & Dewalt, 2011, p. 122). Het wordt voor de lezer navolgbaar door gebruik te maken van *thick description* (Geertz, 1973). Guba en Lincoln (1989) noemen dit rijke, beschrijvende data. De observatie wordt uitgelegd door de details en de structuren te beschrijven en die betekenis te geven. Dit draagt bij aan de validiteit van het werk.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is de werkwijze verantwoord en is zo nauwkeurig en zorgvuldig mogelijk gewerkt om kans op vertekening te verkleinen. Daarnaast zijn structureel zelfcontroles ingebouwd (reflectie) door het lezen en herlezen van verslagen en memo’s en is herhaling ingebouwd door belangrijke kwesties te bespreken met de observandi (Migchelbrink, 2014, p. 252).

3.3. Een dag op een leefgroep in een Forensisch Psychiatrische Kliniek

De afdelingen waar deze participerende observaties plaatsvinden, liggen op de begane grond en de eerste verdieping van de kliniek, boven en onder elkaar. De afdelingen zijn

qua indeling van het gebouw zo goed als gelijk. Vanaf de buitendeur van de afdeling, die zich bevindt in een trapportaal waar twee afdelingen gebruik van maken, kan men naar rechts om het kantoor van de medewerkers te bereiken. Daar is een toegangspasje voor nodig. Rechtdoor is nog een deur. Daar doorheen is rechts weer een deur naar het kantoor van de medewerkers – ook deze deur is 'op slot'. De afdeling zelf bevindt zich nu rechts en links van je. Links is de woonkamer met open keuken, een gespreks- of spelletjeskamer en een *comfort room*, een door (vroegere) cliënten ingerichte ruimte waar cliënten zich kunnen ontspannen als de spanning hun te veel wordt. In de woonkamer staat een grote bank die bestaat uit een stuk of acht losse elementen, 'zetels', rond een bijzettafel en een tv aan de wand. Daarachter is een open keuken en rechts is het balkon van de afdeling vanwaar men uitkijkt op de omheinde tuin van de kliniek. In de vensterbank staan plantenbakken met jong groen: de gratis moestuintjes van de AH worden ook hier tot volwassen groenten en kruiden opgekweekt. De bijgeleverde informatiekaartjes staan in de potgrond ingestoken. Tussen woongedeelte en keuken staat een grote eettafel met stoelen, alles in een lichte houtkleur. Er kunnen een stuk of twaalf, dertien mensen rond de tafel zitten. In de hoek staat een grote koelkast met vriezer. In de keuken is de vloer beschadigd. Ook het kookgedeelte vertoont ouderdomssporen: vlekken die ingebrand en niet meer te verwijderen zijn, kitrandjes die stuk zijn. Er is een vierpits kookplaat, maar er staat ook een oven om prefab maaltijden op te warmen. De afwasmachine draait permanent.

Terug tegenover het met glas afgeschermd kantoor ('het aquarium') van de medewerkers bevindt zich een open ruimte waar een tafeltennistafel staat. Aan de andere kant is een toilet, waarop een A4'tje hangt met het woord 'personeel'. Ook is er een deur naar een schoonmaakkast. In een klein halletje dat naar de buurafdeling op dezelfde etage leidt, is nog een gesprekskamer. Achter de tafeltennistafel is een lange gang met negen slaapkamers. De deuren hebben bruine tinten. Op de vloer ligt blauw linoleum. In de hoek staat nog een tafel met een computer erop, waar cliënten gebruik van kunnen maken. In het verlengde van de tafeltennistafel, in de versmallende gang naar de slaapvertrekken, staan wat fitnessapparaten: een cross-trainer en een fiets. Het kantoor van het personeel heeft een keukenblokje met een wasbak. Daar tegenaan staat een grote grijze kar, ongeveer tot op middelhoogte: de medicijnkar. Er zitten laden in waar de medicijnvoorraad per persoon in zit. De nachtdienst zorgt elke nacht dat de medicatie uitgezet wordt. Naast de deur staat een koelkast, waar eten en medicatie in bewaard worden. Een hele zijde van het kantoor, zo'n meter of vijf, heeft een desk waarop drie computers staan. Er zit een systeem in dat af en toe geluid maakt: de deurbel, het kameroproepsysteem (cliënten kunnen vanuit hun kamer met een intercom contact leggen met de 'verpleegpost') en het brandalarm komen hierop 'binnen'. Aan het eind, boven twee aan elkaar geschoven tafels, hangt een bord waar met stift alle namen van cliënten, hun juridische titel, hun 'vrijheden' (of ze wel of niet buiten de kliniek mogen zijn en zo ja, hoe dan), de einddatum van hun maatregel en de datum van de eerstkomende behandelplaneluvaluatie. Op de tafels ligt een overdrachtsmap met daarin de bijzonderheden per dag, de namen van de werkende teamleden en de taken die gedaan moeten worden. Op de kast tegen een achterwand staan een draagbare radio en een oud televisietoestel. Tassen en jassen van medewerkers hangen

aan de kast. Een tweede kast zit bomvol met papieren, open laatjes van medewerkers met hun namen erop, mappen (met namen van medewerkers of met iets anders, bijvoorbeeld 'leefgroep') en een verdwaald pakje Cup-a-Soup.

De afdeling is onderdeel van een forensische kliniek die uit acht afdelingen bestaat. De kliniek is ingericht om de mogelijkheid te hebben cliënten indien nodig lang te laten verblijven: de grote binnentuin is daar een onderdeel van. Ook is er een restaurant met een winkeltje. Cliënten die niet naar buiten kunnen voor hun boodschappen, kunnen hier eerste levensbehoeften zoals een tandenborstel en tandpasta kopen. Aan de muur in de binnentuin hangen een sigarettenautomaat en een condoomautomaat. Tegenover de afdelingen is een hele 'vleugel' waar activiteiten plaatsvinden en behandelaars hun kantoor hebben. De kliniek beschikt over een (kleine) houtwerkplaats, een fietsenwerkplaats en een oefenkeuken. De tuin dient ook als werkplaats: het groen en de inventaris moeten immers onderhouden worden. Er is een bibliotheek annex 'huiskamer' en er zijn ruimtes waar creatieve vakken gegeven worden en er is een onderwijs- en trainingsruimte. Er zijn een grote sportzaal en een fitnessruimte. In de binnentuin is een bescheiden trapveldje. Al deze ruimtes zijn op de begane grond. Een verdieping hoger houden behandelaars en therapeuten kantoor. Als cliënten een programmaonderdeel hebben, zoals werk, creatie, onderwijs of een training, doen zij dit in dit deel van het pand. Ze verlaten daarvoor dus de afdeling.

Een werkdag¹⁸ begint gebruikelijk om 7:00 uur, als de nachtdienst wordt afgelost door een medewerker die vroege dienst heeft. Om 7:30 uur komt een tweede collega in dienst en worden bijzonderheden overgedragen.

Vroege dienst. Harm zit in het kantoor achter de computer. Radio aan. Ik vraag hoe het is. Hij vertelt dat twee cliënten gisteren ruzie hadden met elkaar. Vervolgens geeft hij mij een A4'tje, waar een en ander op overgedragen staat. Om iets voor half acht komt Monique ook in dienst. Om 8:10 uur komt Bernadette haar medicatie halen. Ze loopt in haar badjas over de afdeling, zoals elke ochtend. De ochtend komt langzaam op gang. Monique en Harm werken, vooral vanuit het kantoor. Ze zitten allebei achter de computer, stemmen het werk af. Een cliënt moet naar zijn rechtszitting vandaag, de vraag is even hoe: het vervoer hiervoor moest gisteren nog geregeld worden (DV&O of Roads vervoer). Een andere cliënt krijgt nicotinepleisters, de vraag is hoeveel, hoe vaak et cetera, het wordt even uitgezocht. Af en toe komt er dus een cliënt langs op kantoor, vooral voor medicatie. Harm is bezig met de medicatiekar. Er kloppen dingen niet, vooral de voorraad, die de nachtdienst zou moeten bijhouden. (Verslag PO I: 1-4; 14-26¹⁹)

18 Dit verslag is een samengestelde periode van 24 uur op de afdeling. Het is geschreven op basis van observaties op één afdeling. Elke afdeling heeft haar eigen manier van werken en gebruiken. De geschetste dag is qua structuur dus niet zonder meer vergelijkbaar met andere afdelingen. Omdat ook alle momenten verschillend verlopen (geen ontbijt is hetzelfde), gebruik ik diverse fragmenten over eenzelfde activiteit in deze beschrijving.

19 De omschrijvingen aan het eind van elk fragment verwijzen naar de vindplaats in het oorspronkelijke materiaal. In bijlage 4 wordt dit toegelicht.

7:30 uur. Ik kom op de afdeling. Sasja is aan het werk. Michel en Han zijn wakker. Ze krijgen hun medicatie van Sasja. Daarna maakt zij koffie voor ze. Monique komt iets later binnen en begroet de heren met 'goedemorgen harde werkers'. Ze gaan samen werken bij de kwekerij. Om 8:00 uur vertrekken ze. Monique en Sasja zitten in het kantoor. Ze worden vanuit het kantoor uitgezwaaid. (Verslag PO b: 3-7)

Om 9:00 uur is het gezamenlijke ontbijt. Voor cliënten voor wie wil, de medewerkers zijn er altijd bij.

Monique legt uit dat ze niet veel mensen verwacht bij het ontbijt. 'Sommigen hebben zo'n last van negatieve symptomen, dat eruit komen moeilijk is: opstaan is te moeilijk 's ochtends.'

Om 8:55 uur zit Sasja met Theo op de bank. Theo heeft slecht geslapen. Hij zit rechtop en kijkt voor zich uit. Sasja zit op dezelfde bank, naar hem toegewend. Ze bespreekt met hem dat hij misschien vandaag nog wat extra rust kan nemen, omdat hij zo slecht geslapen heeft. Ze zal ook kijken of ze wat meer medicatie voor hem kan organiseren. Het is 9:00 uur, we lopen naar de ontbijttafel. Alle medewerkers en Theo. Even later komt Nadir ook. Hij blijkt een afspraak met een therapeut te hebben om 9:00 uur. Vandaar dat hij er is, wordt door Sasja gezegd. (Verslag PO b: 15-17; 28-35)

Om 8:50 uur gaan Harm en Frits de tafel dekken voor het ontbijt. Dan gaat Frits alle deuren langs om te cliënten uit te nodigen bij het ontbijt te komen. Met een zangerige stem gaat hij alle deuren langs. 'Goedemorgen ..., ontbijt!' (Verslag PO p: 10;13-15)

Het is 9:00 uur geweest. Tijd voor het ontbijt. Michel loopt van de afdeling af: hij heeft onderwijs. Richard heeft bij iedereen aangeklopt. Niemand komt. Richard, Casper en ik ontbijten samen. (Verslag PO q: 57-58; 62)

Het eerstvolgende gezamenlijke moment op de dag is het koffiemoment, om 10:00 uur. Tot die tijd leggen de medewerkers contact met cliënten die ze nog niet uit hun kamer hebben zien komen. Dit doen ze actief – door ze op te zoeken – of eerder passief, als cliënten bijvoorbeeld hun medicatie komen halen in het kantoor.

Om 9:30 uur komt Theo aan de kantoordeur voor zijn medicatie. 'Hoe is het Theo?', vraagt Casper opgewekt. 'Goed', zegt Theo. 'Je ziet er ook beter uit', zegt Casper. 'En het slapen?' 'Nog niet goed', zegt Theo. 'Dat is vervelend'. Om 9:45 uur gaat Richard naar Bernadette om haar op haar medicatie te wijzen. Daarna gaat hij naar Boris om te zeggen dat het zo koffietijd is en hoe laat hij zijn depot wil. Casper gaat naar Nadir, die trekt zich volgens Casper al dagen terug op zijn kamer. Casper had vanmorgen vroeg al gezegd dat hij hoopte dat het zou lukken hem uit de kamer te krijgen. Bernadette komt in badjas naar kantoor voor haar medicatie. 'Dag juffrouw', zegt Casper die ook komt aanlopen. 'Hoe is het ermee?' 'Goed', zegt Bernadette. 'Kan ik u ergens mee helpen?', zegt Casper informeel. 'Ik wil graag medicatie', zegt Bernadette. Casper gaat dit pakken uit de medicatiekar. (Verslag PO q: 77-79; 93-100)

Om 10:00 uur wordt er gezamenlijk koffiegedronken. Soms wordt op dit moment een formeel gesprek gevoerd waarin iedereen vertelt hoe het gaat.

Om 9:50 uur begint het koffiemoment. Theo zit op de groep. Richard maakt koffie. Boris komt er ook bij. Samen zitten zij aan een kant van de bank. Richard en Casper aan de andere kant. 'Wie begint het moment?', vraagt Richard. 'Ik niet', zegt Boris. Theo begint te vertellen. Het gaat goed. Richard vraagt of hij nog wat gaat doen of wat wil, vandaag. 'Nee', zegt Theo, 'eerst naar de dokter'. (Hij heeft om 11:15 uur een afspraak bij de huisarts.) Dan vertelt Boris over zijn slechte nacht, de bijwerkingen van de medicatie waar hij heel veel last van heeft en of het niet beter is dat hij andere medicatie krijgt. Want nu gaat het een tijd goed, 'maar dan gaat het weer... ja... eh... Ik raak weer in crisis.' Boris wil hier graag vandaag met een van zijn persoonlijk begeleiders over spreken. Groepsleiding beaamt dat dit niet fijn is. Casper zegt dat om 13:30 uur de dokter komt, misschien kan Boris het ook met haar bespreken? Dat vindt Boris een goed idee. 'Kan mijn medicatie pas daarna gegeven worden?' Dat vinden Casper en Richard ook een goed plan. (...) Michel vertelt over zijn programma vandaag. Hij heeft om 11:00 uur zijn laatste bijeenkomst psycho-educatie en hij moet om 11:15 uur bij de huisarts zijn. 'Hmmm, dat is niet handig.' Richard en Casper laten het even in de lucht hangen en bespreken hardop dat psycho-educatie belangrijk is, maar de huisarts ook. Even van het een naar het ander? Nee, Richard belt wel even of Michel later op het spreekuur gezet kan worden. (Verslag PO q: 102-107; 108-115; 127-132)

10:00 uur. Koffie. Han en Michel zijn er. We vervolgen het gesprek van vanochtend, over The Passion op tv. Het concept wordt besproken (en vooral aan mij uitgelegd, want ik ken het niet). Groepsleiding was, omdat ze zaten te overleggen, iets te laat bij de koffie. Han maakt daar een grap over. 'Dat kan niet hoor, Monique.' 'Nee', zegt Monique, 'daar heb je helemaal gelijk in. En nu?' 'Geen verlof meer!', zegt Han²⁰. Het koffiemoment zet zich kabbelend, over popconcerten, nog even voort. (Verslag PO l: 69-74)

Tussen 10:00 en 12:00 uur vinden verschillende werkzaamheden plaats. Groepsleiders werken achter de computer in het kantoor en er zijn diverse formele en informele contactmomenten. Cliënten hebben soms een programma buiten de afdeling en op de afdeling zijn ze op hun kamer, zitten ze achter de afdelingscomputer of lopen ze wat heen en weer. Ook in weekenden gaat het zo toe, met als grote verschil dat er dan geen behandelaars zijn en geen therapieën.

Tussen 10:35 en 11:30 uur lopen cliënten wat heen en weer, Michel wandelt wat, Boris zit af en toe achter de computer. Om 11:30 uur nodigt Monique Bernadette en mij uit voor rummikub. Boris doet ook mee, maar die blijkt andere regels te kennen. Tijdens de uitleg bespreekt hij met Monique dat de medicatie anders werkt dan gisteren. Hij voelt zich suf. Monique zegt dat dit wel hoort. Ze adviseert hem te gaan rusten. Dat doet hij. Ondertussen spelen we twee spelletjes rummikub volgens de regels van Bernadette. Zij staat ondertussen twee keer op, moet dingen regelen, zegt 'Blijf maar zitten, ik kom zo' en als gevraagd wordt wat ze gaat doen dan 'iets van mijn kamer pakken'. Monique staat alle wijzigingen van Bernadette toe in het spel. Af en toe maakt ze een opmerking. De rummikub-stenen schuiven als het 'balletje-balletje'-spel

20 Om op verlof te gaan, dat wil zeggen buiten de kliniek activiteiten te ondernemen, is aanwezigheid bij de gezamenlijke momenten (exclusief het ontbijt) een voorwaarde.

over de tafel en daarbij wordt er zo veel geschoven dat er wel eens eentje verdwijnt. (Verslag PO l: 92-93; 95-104)

Bernadette wandelt wat heen en weer op de afdeling. Ze gaat een tijdje op het fitnessapparaat staan dat in de gang staat. (...) Frits en Harm overleggen met elkaar in het kantoor over verpleegdoelen van cliënten. 11:10 uur. Bernadette stapt het kantoor binnen, samen met de schoonmaker. 'Hé, Harm, wat is dit?' 11:00 uur. Sociaal Juridische Dienstverlening', zegt ze. 'O ja', zegt Harm, de Sociaal Juridische Dienstverlening zou komen, hè?' 'Ik bel ze even', zegt Bernadette. 'Nou, we wachten tot 11:15 uur', antwoordt Harm. 'Nee hoor, ik bel wel even.' 'Nee, hoor', zegt Harm, 'ik vind het een heel goed idee van mezelf.' 'Oké, dan wacht ik nog een kwartier', zegt Bernadette. 'Nee, nog vijf minuten', zegt Harm. Daarna gaat hij op de groep zitten. Boris zit op het bankje bij de tafeltennistafel. Bernadette staat weer op het fitnessapparaat. (Verslag PO p: 78-81; 84-90)

11:10 uur. Nadir wil roken op het balkon. Daar is begeleiding bij nodig. Monique komt op het balkon staan. Ze kijken de tuin in en zien diverse stukken van het schaakspel kriskras door te tuin staan. 'Gebruikt voor paaltjesvoetbal?', vraagt Monique. Nadir vertelt dat ze gisteren de tuin op stelten hadden gezet, van alles deden ze. Het gesprek komt op A., een oud-cliënt. Het gaat goed met hem, vertelt Monique. Ook J. komt aan bod. Die is verhuisd naar Hoeve Boschoord. Monique vertelt dat hij het daar veel strenger vindt. Hij mocht ook maar één vuilniszak met spullen meenemen, hier staan er nog tien of elf van hem. Een mobiele telefoon mag hij daar ook niet hebben. Nadir valt in: 'Nee, dat mocht ik in Heerlen op de FPA ook niet, er mocht geen internet op zitten en geen camera.' Monique vertelt dat dit op wel meer plekken zo is, veel strenger. Nadir vraagt waarom. Monique denkt dat dit zo is, omdat ze vrezen wat er allemaal mis kan gaan. Op de vraag van Nadir of dat hier ook gaat gebeuren, is haar antwoord: 'Wat mij betreft niet.' Als de peuk op is, is dat reden om weer naar binnen te gaan. Het is koud buiten zonder jas. Het is rustig op de afdeling. De patiënten zijn de meeste tijd op hun kamer. Soms komt er iemand af, om een sigaretje te roken. Zoals net, toen stond Kris op het balkon. (Verslag PO b: 61-78)

Het is vandaag tweede paasdag. Er zijn om 10:00 uur best veel patiënten wakker. Ieder is bezig met zijn eigen 'dingetje'. Even achter de computer, wat heen en weer lopen, een wifi-inlog regelen, facebooken. Nannie werkt met Casper. Roos komt ook binnen. Met een zak potgrond en een handvol minimoestuintjes van de AH. De vensterbank op de groep staat al vol met minimoestuintjes, die Michel afgelopen week met aandacht water gaf. Sommige moeten verpot worden, dat gaat vandaag gebeuren. Nannie en Casper doen administratief werk, er moeten weekevaluaties geschreven worden. Ondertussen komen diverse cliënten het kantoor binnen omdat er iets gedaan moet worden. Bernadette spreekt over de urinecontrole die afgenomen moet worden, Michel heeft problemen met wifi en krijgt een nieuwe code van een begeleider van een andere afdeling. (Verslag PO m: 1-11)

Om 12:00 uur is er een gezamenlijke broodmaaltijd. De tafel wordt gedekt door dege-
ne die corvee heeft, maar als dat om welke reden dan ook niet lukt, neemt de groepsleiding

het over. Aan tafel zijn de gespreksonderwerpen wisselend. Soms luchtig, over koetjes en kalfjes, maar ook serieuzere thema's komen aan bod, zoals het nieuws of de bijwerkingen van bepaalde medicatie.

12:00 uur, lunch. Er zijn vijf medewerkers en twee cliënten, Theo en Nadir. Het gesprek gaat over diëten: niet iedere medewerker eet mee, want doet aan de lijn middels een of ander dieetprogramma. Daarna hebben we het over sporten en hardlopen. (Verslag PO b: 80-82)

Boris, Han en Michel zitten aan tafel. Han vertrekt als Monique en ik komen, die iets later aanschuiven. Boris heeft het over zijn medicatie en de werking. We praten wat door op de verschillende werking en bijwerking van antipsychotica. Eén van de bijwerkingen is ook dat je impotent raakt, zegt Michel. Dat klopt. Monique spreekt daar over door. De vraag is hoe je merkt dat je hier last van hebt en of het bij alle medicatie hoort. Monique vertelt dat je het snel merkt, je krijgt namelijk geen erectie meer. Dat is een heel vervelende bijwerking. 'Zijn er geen pilletjes tegen?', wordt gevraagd. 'Ja, die zijn er ook, maar die hebben weer andere nadelen: je voelt dat ook in je hart', zegt Monique. Tegen het eind van de maaltijd roept Bernadette dat ze toch nog mee wil eten. Kan dat? Monique kijkt niet om en reageert meteen: 'Nee. Je hebt eerder gekozen dat je er niet bij wilde zijn. Nu zijn we al bijna klaar.' Bernadette accepteert het zonder opmerkingen. Ze loopt weg. Bij het afsluiten van de maaltijd zegt Monique tegen Boris dat ze het fijn vond dat hij bij alle momenten was. En je kon overal over praten, zo bleek net maar weer. (Verslag PO l: 128-141)

Opeens, rond 12:00 uur, is het druk op de groep. Veel mensen lopen rond, de hoofdbehandelaar spreekt op de afdeling nog even met wat mensen. De tafel wordt gedekt door Sasja en Michel. De borden worden hard op tafel gezet. Richard maakt in het kantoor een grap. 'Ik ben terug, het is druk: ik heb ze allemaal aan het werk gezet.' Er lunchen zeven cliënten mee en inclusief mij vier medewerkers. Het is gezellig aan tafel: alleen al omdat hij bijna vol is. (Verslag PO q: 163-169)

Vlak voor de paasbrunch om 11:00 uur komt iemand erachter dat het brood op is. Zou er wel rekening gehouden zijn met paasmaandag? Nannie belt met de receptie, meer afdelingen hadden het erover dat ze tekortkwamen. Ze komt terug met een hele bak met brood. Of dat allemaal de bedoeling was, is de vraag, maar er is eten voor de brunch. Om 11:00 uur gaan we aan tafel. Zes cliënten, drie begeleiders en ik. Niet iedereen eet mee: Boris zit aan tafel om te overleggen met de groep over het avondeten. Hem wordt verzocht iets Turks te maken. Er wordt druk uitgewisseld. Soep? 'Nee, geen soep als maaltijd', zegt Michel. Uiteindelijk wordt het döner met soep. Maar drie cliënten hebben niet gehoord dat de shoarma dan van kip is én zelf gekruid moet worden. De Turkse slager is namelijk niet open. Zegt Roos. Zegt Casper. Zegt Nannie. Iemand oppert nog dat het wel zo moet zijn. Pasen is immers een christelijke feestdag, dus kan een Turkse winkel gewoon open zijn? Nannie legt uit dat met dit soort feestdagen alle winkels dicht zijn. Na de maaltijd ruimt iedereen op. (Verslag PO m: 13-26)

Na de lunch trekken cliënten zich gebruikelijk terug op hun kamer. Het gewone afdelingsleven gaat door, iemand die medicatie komt vragen of een begeleid verlof buiten

de kliniek. Ook vinden gesprekken plaats met behandelaren: de hoofdbehandelaar, de psychiater en de arts-assistent.

12:45 uur. De psychiater en nieuwe arts-assistent komen op de afdeling. Monique praat ze in wat er allemaal moet gebeuren. Samen met groepsleiding gaan ze in gesprek met verschillende cliënten. (Verslag PO l: 143-144)

Han komt naar het kantoor. Hij wil zich wegen. De batterij in de weegschaal is leeg. Frits rommelt wat en mompelt 'er moeten toch genoeg weegschalen zijn'. Het lukt niet met deze. Han schudt zijn hoofd en zegt, terwijl hij zich omdraait om naar zijn kamer te lopen, 'Godverdomme'. Frits regelt vervolgens bij de facilitaire dienst een batterij en gaat met een werkende weegschaal naar de kamer van Han om hem alsnog te wegen. (Verslag PO p: 158-161; 165-166)

Om 13:30 uur komt de hoofdbehandelaar. Samen met Sasja gaat ze met Bernadette in gesprek. Sasja had het al voorbesproken met Bernadette, die vooraf om medicatie kwam vragen, welke niet verstrekt mocht worden. 'Maar kan ik je een alternatief bieden, een gesprekje of zo?' Dat neemt ze aan. Om iets over half twee komt ook de arts-assistent op de afdeling voor haar gesprek met Boris. Dat gaat ze doen samen met Casper. (Verslag PO q: 247-251)

Om 14:00 uur komen de collega's die late dienst hebben het kantoor binnen. Dit is het moment waarop alle medewerkers zich terugtrekken in het kantoor en het werk aan elkaar overdragen. Op sommige dagen van de week wordt er naast de overdracht ook nog een ander overleg gehouden: behandelplanevaluaties, patiëntenbespreking (een wekelijks overleg waarin alle bijzonderheden van cliënten besproken worden), teamvergadering of intervisie. Sommige overlevormen zijn er altijd. Andere vinden, om onduidelijke redenen, niet altijd plaats.

14:00 uur. Ik kom binnen op kantoor. De radio staat aan. Op de tafel liggen allerlei documenten. Langzaam vult de ruimte zich met medewerkers. Ze beginnen met elkaar te praten. Gedurende het gesprek vallen collega's in. (...) Nannie is anderhalve week weg geweest. Alhoewel het dezelfde cliënten zijn, vindt zij de groep veranderd. Cliënten kunnen nauwelijks bij een groepsmoment zijn en het gaat met veel niet goed. Iemand deed tonijn in zijn toetje bijvoorbeeld. Een ander was helemaal niet aanspreekbaar (na acht keer zijn naam noemen). (Verslag PO d: 2-4; 6-10)

De eerste 45 minuten bestaan uit de overdracht. Astrid en Richard dragen over. Het is rustig op de groep. Een andere sfeer hangt er ook in het kantoor dan vorige week. Toen waren de teamleden onrustig, gespannen en ook de cliënten waren onrustig. Dat is helemaal weg. (Verslag PO h: 1-4)

14:15 uur. Behandelplanbespreking van Theo. Hoofdbehandelaar, basispsycholoog, drie groepsbegeleiders, (stagiaire) maatschappelijk werk. De basispsycholoog notuleert. Dat houdt in dat zij achter een computer zit. Het beeld wordt geprojecteerd middels een beamer. Ze hebben een document open: het formulier 'evaluatie behandelplan'. De basispsycholoog typt de afspraken in, het is gelijk op het scherm te zien. Sylvia, groepsleider, is voorzitter. Elke factor uit het behan-

delplan wordt doorgenomen. De voorzitter vraagt de notulist per onderdeel de conclusie (van dit overleg) voor te lezen. Het tweede deel van de vergadering is behandelteambespreking, 'BT'. Daarin worden individuele cliënten besproken. (Verslag PO f: 19-25; 46-47)

Om 14:30 uur zou er intervisie moeten zijn. Vorige week ook trouwens. Toen was het niet en werd er op dat moment niet over gesproken. Dan neemt om 15:00 uur Nannie het initiatief voor de intervisie. (Verslag PO q: 281-282; 310)

Om 16:00 uur gaan de collega's die vroeg begonnen zijn, naar huis. De collega's die late dienst hebben, doen 'kantoorwerk': ze lezen en beantwoorden hun e-mail, ze schrijven stukken en rapporteren over cliënten. Om 16:30 uur is er weer een gezamenlijk moment. Sasja loopt een rondje om iedereen te motiveren voor de koffie. Eerst stapt ze de comfort room binnen, waar Han geheel onder een wollen deken ligt. Ze stapt naar binnen, zegt 'Hallo?' en vervolgens met haar harde hoge, heldere stem: 'Ik vind het wel een beetje eng zo, wie ligt daar?' Han broemt. Sasja vraagt of hij bij de koffie komt. Han antwoordt dat hij ziek is. 'Ach, moet je niet in je bed gaan liggen?', vraagt ze terwijl ze wegloupt. Dan gaat ze alle kamers langs. Iedereen krijgt aan de deur een persoonlijke uitnodiging om bij de koffie te komen. Bij de een zegt ze 'kom, gezellig'. Bij de ander 'ik kan je niet missen, hoor'. Zo komen er zeven cliënten bij de koffie. (Verslag PO k: 30-38)

Han, Michel en Theo komen de woonkamer in voor het koffiemoment. Michel begroet me enthousiast. Han komt met een klein kannetje koffie. Morris schenkt in wie wil. Koffielepeltjes zijn er niet. Er circuleert een vork waarmee geroerd wordt. Han vraagt aan Nannie of het koffiemoment verplicht is. Nannie lacht en geeft aan dat als Han vertrekt uit de kliniek, ze hem zal vragen welke momenten nou verplicht zijn en welke niet. Ze vertelt dat er in het weekend niets verplicht is, maar door de week wel. Tara reageert: 'Tja, verplicht... Dat klinkt zo naar.' Dan komt Kris de groep op. 'Oh, er is koffie', zegt hij. 'Jullie hebben me niet gehaald?' 'Nee, maar fijn dat je er bent', zegt Tara. Kris zegt dat hij aan het douchen was. Zijn haren zijn nat. Hij strijkt over zijn bolle buik. 'En een schoon shirt aangetrokken', lacht Tara, kijkend naar zijn lichtblauwe T-shirt, dat vol met vlekken zit. Kris begint complimenten te maken aan Tara. 'Mooie broek, mooie stevige benen.' Tara dankt Kris, gaat wat bewegen op haar stoel en zegt 'Nou, nou'. Nannie reageert lachend naar Tara: 'Ik zou hem in mijn zak steken.' 'Ja, dat zal ik doen', lacht Tara. Als Nannie opstaat omdat ze iets moet doen, verexcuseert ze zich. 'Ach', zegt Tara, 'het koffiemoment is ook afgelopen.' Reden voor Han om meteen op te staan. (Verslag PO f: 100-115)

Na het koffiemoment zet iemand muziek aan. Sasja vliegt het kantoor uit en staat te dansen bij de tafeltennistafel. Vervolgens ziet ze dat Michel, die tijdens het koffiemoment koffie knoeide, hier niet mee bezig is. 'Michel, zit je potverdikkie koffie te knoeien en nou kan ik het zeker op-ruimen?', roept ze. 'Ja, dat kan Bernadette doen', antwoordt Michel. 'Jaja', roepen Bernadette en Sasja in koor. (Verslag PO k: 61-65)

Rond de klok van zes uur wordt er warm gegeten. Er wordt elke dag vers gekookt, door cliënten, indien nodig of gewenst met hulp van groepsleiding, of door groepsleiding als

het de cliënt die kookbeurt heeft, niet lukt. De boodschappen worden overdag gedaan, bij voorkeur samen. De kok mag het menu samenstellen. Net als bij de andere maaltijden is de aanwezigheid van cliënten wisselend. Als cliënten een kamerprogramma hebben, kunnen ze niet mee eten. Niet iedereen lukt het, met wisselende redenen, om er elke maaltijd te zijn. Er wordt altijd een maaltijd apart gezet of op de kamer gebracht.

De maaltijd is gereed. Groepsleiding heeft gekookt, de cliënt die kookdienst had, kon niet: het ging niet goed genoeg. De tafel is gedekt door een cliënt. Het ziet er van afstand keurig uit. Dichterbij blijkt de tafelschikking consequent verkeerd: een lepel rechts, de vork links en het mes boven het bord. Tijdens de maaltijd is het heel stil. Er wordt alleen gepraat voor het doorgeven van mayonaise, salade et cetera. De kok reageert op de stilte: 'Dat is goed nieuws voor mij, het smaakt.' Dat wordt beaamd. De hoofdmaaltijd duurt niet langer dan een kwartier. Daarna nemen sommigen nog een toetje. (Verslag PO d: 134-140)

17:00 uur. Monique staat in de keuken. Ze maakt nasi voor de groep. De cliënt die kookdienst heeft, is gisteren weggelopen uit begeleiding. Dus kookt zij. Kris staat ook in de keuken, hij helpt haar met divers snijwerk. Eenmaal aan tafel dringt Michel aan op wachten met opscheppen tot Monique er is (die brengt even eten bij een cliënt in een kamerprogramma). Hij denkt dat er niet genoeg eten is, hij wil dat zij het verdeelt. Als Monique terugkomt (ze had gezegd dat er opgeschept mocht worden) zegt ze dat ze het aardig vindt dat er gewacht wordt. Er blijkt meer dan genoeg eten, constateert ook Michel. Ik geef Monique de complimenten voor de heerlijke maaltijd. Ze antwoordt meteen: 'Met dank aan Kris die zo goed geholpen heeft met snijden.' (Verslag PO e: 25-27; 30-36)

17:45 uur. Sasja staat in de keuken met Nadir. Ze koken de maaltijd. Op een gegeven moment roept Sasja naar Michel: 'Zet even een muziekje op!' Dat gebeurt niet. Nadir loopt naar de radio om het volume hard te zetten. Nadir kookt en Sasja roept dat zij 'de ambiance gaat verzorgen'. Ze loopt weg en komt terug met twee witte tafellakens (ze gebruikt beddengoed, blijkt bij nadere beschouwing). Daarna gaat ze de tafel dekken. Als ik zeg dat ik voor het eerst tafelkleden zie hier, roept ze enthousiast: 'Ja, maar dit is ook een speciale avond!' Nadir heft zijn handen (met pollepel in de hand) hoog in de lucht en zegt lachend, terwijl hij zijn ogen wegdraait: 'Jaja'. (Verslag PO h: 69-76)

Nannie is bij Theo geweest die niet bij de maaltijd was. Daar is hij altijd bij. Terug vertelt ze dat Theo niet doorhad dat het een feestdag was vandaag, hij nam het ritme aan van een gewone maandag. Ze biedt hem aan dat hij rustig wat eten kan pakken als hij trek heeft. (Verslag PO m: 31-34)

De avond wordt ingevuld met ontspannende activiteiten, een potje tafeltennis, een film kijken. Op sommige dagen is er een leefgroepbespreking, waarin praktische en andere afdelingszaken (zoals boodschappen, de sfeer, de samenwerking) besproken worden. Om 20:00 uur is er nog een koffiemoment.

19:15 uur. Twee cliënten staan voor de deur van het kantoor. Ze vragen de tondeuse en krijgen deze van Morris. Of ie het wel goed doet, wordt gevraagd. 'Ja hoor', zegt Morris. Han zet een

stoel in de ruimte tussen het kantoor en de slaapgang, bij de tafeltennistafel. Hij gaat zitten en krijgt een wit laken om. De tondeuse wordt aangesloten en de knipbeurt kan beginnen. Morris lacht vanuit het kantoor. 'Als een echte kapper...' 'Was iedereen maar zo lief tegen elkaar', zegt Morris daarna tegen mij. Als we samen naar de kamer van Boris lopen, zien Richard en Morris tegelijk dat het snoer een beetje kort is (het loopt vast achter de computertafel). Beiden springen meteen in om dit probleem te verhelpen, wat lukt. (Verslag PO f: 179-186)

Nadir staat in de deuropening. Hij wil op verlof met Michel. 'Zo, party-animals', zegt Nannie. 'Hoe laat zijn jullie terug?' 'O ja', zegt Nadir, 'even aan Michel vragen.' Hij loopt naar Michel toe. Ze gaan samen naar een park. 'Geen rare dingen doen', roept Nannie. Ze belt naar de portier om door te geven dat de mannen op verlof gaan en dus toestemming hebben om de kliniek te verlaten. Ondertussen loopt Roos het kantoor binnen. 'Nadir loopt in de tuin?', vraagt ze. 'Ja, hij gaat op verlof', zegt Nannie. Maar ze onderbreekt zichzelf en zegt hardop 'Oh, kut, hij heeft begeleid in de binnentuin' (omdat hij verdacht wordt van handelen in drugs, vertelt ze desgevraagd aan mij). 'Dat doet hij elke keer. Nou ja...', zegt ze. (Verslag PO m: 132-138)

19:30 uur: leefgroepbespreking. Twee begeleiders (Nannie en Sylvia), zes cliënten en ik. Het is tijdens het koffiemoment. Voorafgaand aan de bespreking liep Nannie juichend de afdeling op en vroeg aan de cliënten op de gang of zij ook zo'n zin hadden in de bespreking. Ze vroeg de cliënt die corvee heeft de koffie te regelen. Tijdens de bespreking vraagt ze aan iedereen wat hij/zij wil drinken. 'Wie wil voorafgaand aan deze eneroverende bespreking iets drinken?' De koffie moet geregeld worden, 'maar daar lijkt even iets tussen te komen', zegt ze. In de keuken ziet ze dat Han alsnog is aangeschoven. Ze zegt eerst dat het fijn is dat hij er is. Vervolgens zegt ze lachend: 'Die Han is net een verrassingsei, net als je denkt dat er niets in zit, is hij er toch.' Ze blijkt ondertussen de koffie in het kantoor te moeten halen (in plaats van in de nabijgelegen keuken). Ze loopt weer langs en zegt lachend: 'Wacht vooral tot de notulist er is.' Als het tijdens de bespreking gaat over het spaargeld van de groep, bespreekt Sylvia dat er niet zoveel meer is, omdat er nieuwe fietsen gekocht moesten worden. Nannie roept lachend: 'Zullen we afspreken dat we niet meer weglopen en als je dan toch wilt weglopen, je de fiets niet meeneemt? Als je die fiets hier laat, kun je doen wat je wilt.'

De leefgroepbespreking is binnen een kwartier afgelopen. De enige inbreng was van de begeleiding: het verzoek of iedereen wilde helpen opruimen en een doekje over de tafel halen. Sylvia zei dat het vies is op de groep: vorken worden gebruikt als koffielepeltjes en zo op de tafel gelegd, de suiker plakt aan de tafel vast. Nannie verzocht de groep om echt te proberen bij de afdelingsmomenten te zijn. Ze snapt dat het niet lukt als je niet lekker in je vel zit, maar het viel haar op dat er veel mensen of niet komen, of de momenten niet afmaken. Er wordt tot slot gesproken over de wensen voor de weekendboodschappen. Groepsleden geven aan wat ze willen, de een wil salades voor op brood, de ander speciale chips. De boodschappen worden op een lijst gezet en zaterdag gekocht. Begeleiding geeft ook aan dat het geld daarvoor beschikbaar is. (Verslag PO d: 145-170)

De bespreking tot nu toe is vooral eenzijdig. Iemand zegt wat, volgende onderwerp. Er is weinig interactie. Dan is Michel aan de beurt. Hij zegt dat hij met rust gelaten wil worden. Hij is duidelijk boos en gespannen. Hij praat maar door, stopt niet meer. 'Ik zit hier voor mezelf', zegt hij. 'Laat me met rust, ik wil hier geen vrienden maken, blijf niet alles aan me vragen, blijf niet plakken, zeg niet drie keer "Michel, Michel, Michel", je hoeft helemaal niets tegen me te zeggen. Ik heb een artikel, ik zit hier voor mezelf. Als dit soort dingen in de gevangenis gebeuren, word je in elkaar geslagen. En de muziek in de woonkamer staat door de week veel te hard. Ik wil rust.' Han beaamt dat de muziek vaak te hard staat. Frits vat samen: 'Je wilt met rust gelaten worden.' 'Ja', zegt Michel. 'En de muziek staat te hard', zegt Frits. Dan vraagt Frits aan Bernadette: 'Wil je opschrijven dat de muziek zachter moet en er meer rust nodig is?' 'Nee', zegt Bernadette, 'dat wil ik niet.' 'Want jij, meneertje, jij mag wel zelf achter de computer zitten en in je kamer keihard de muziek aan hebben staan. Wie denk je wel dat je bent? De koning?' Michel roept uit: 'Maar dat is van mijn telefoon!' Bernadette vraagt: 'Waarom mag jij dat wel en mag ik het niet?' Ze praat en praat maar door. Frits grijpt in. 'Bernadette', zegt hij, 'even rustig. Rustig. Rustig.' Bernadette wil graag uitpraten. 'Nee', zegt Frits, 'nu eerst even rust.' Als ze stil is, geeft hij haar meteen complimenten. Michel mag nog even uitpraten. Dan Bernadette. De gezamenlijke conclusie is dat de muziek in de woonkamer zachter moet en dat als mensen op hun kamer muziek willen luisteren, de deur dicht moet. (Verslag PO o: 202-221)

20:35 uur. Medewerkers Richard en Morris spelen een pot tafeltennis. De cliënten zijn op hun kamer. Dan komt Kris naast mij op het bankje bij de tafeltennistafel zitten. Om 20:55 uur is het spel afgelopen en nodigt Morris Kris uit op het balkon. 'Heb je iets te roken dan?', vraagt Kris, die de hele middag al aan iedereen vraagt of hij of zij wat te roken heeft voor hem. 'Misschien wel', zegt Morris. We lopen met zijn vieren naar het balkon, waar Morris Kris een sigaret geeft en er zelf ook een opsteekt. Kris is verbaasd. Kennelijk heeft hij Morris niet eerder zien roken. Na het sigaretje, Kris en Morris hebben over insecten gepraat en Morris vertelt ons dat Kris zegt dat wij (Richard en ik) Joods zijn, gaan Richard en Morris rapporteren. Michel zit inmiddels op de groep achter de computer. De rest van de cliënten is nog steeds op de eigen kamer. Kris ligt even later languit op de bank. Richard geeft een cd met muziek aan hem die Boris net afgaf. In het kantoor zegt Morris dat Kris hem gewaarschuwd had dat als hij woensdag weggaat, hij moet opletten dat hij niet de dvd-speler van de afdeling meeneemt. Vanuit het kantoor zien Richard en Morris Kris langslipen naar zijn kamer. Met de cd die hij zojuist kreeg.

Om 22:00 uur doen Richard en Morris een laatste spel tafeltennis. Ik neem plaats op het bankje. Kris komt er naast zitten. Hij praat in zichzelf. Richard en Morris tafeltennissen door. Tijdens de tweede pot staat Kris ineens luid pratend op. Hij loopt naar de woonkamer en zet de muziek vier slagen harder. Je hoort hem af en toe praten, ook danst hij in de kamer. De mannen tafeltennissen door. Ze kijken af en toe. Als Kris naar zijn kamer loopt (en de muziek op hetzelfde volume laat staan) gaan ze door met tafeltennissen. (Verslag PO f: 239-248; 257-267)

De avond loopt af. Sasja loopt alle kamers langs, controleert de slaapkamerdeuren (die zijn niet op slot, maar er moet een bepaald schuifje geactiveerd zijn, zodat er een melding afgaat als cliënten 's nachts uit hun kamer komen) en wenst iedereen welterusten. Bijna iedereen reageert, sommige mensen slapen al. (Verslag PO h: 159-162)

Na de late dienst komt de nachtdienst werken. De zorg 's nachts is erop gericht dat cliënten goed kunnen slapen. Ook als het minder goed met mensen gaat, of ze gewoon niet kunnen slapen, wordt in de nacht geprobeerd dit te ondersteunen of te verhelpen. Het eventueel (indien aan de orde) bespreken van die problemen, daar is de dag voor.

Om 00:30 uur belt Han. Hij vraagt om zijn temazepam en komt zijn kamer uitlopen. Morris geeft zijn medicatie en maakt een praatje in de deuropening van het kantoor. Han vraagt hoe laat het is. 'Half een', zegt Morris. Han vraagt om een shaggie, dat in het kantoor ligt omdat dit hem helpt met minderen. Hij draait er een. Morris en ik wensen hem welterusten en Han gaat weer naar zijn kamer. Even later controleren we of de deur op de goede stand zit.

03:50 uur. Michel belt, of hij een kopje koffie mag pakken. 'Dat mag altijd', zegt Morris door de intercom. 'Maar je bent wel vroeg, man!' 'Ja', zegt Michel, 'ik kan niet slapen.' 'Nou', zegt Morris, 'is koffie dan wel goed? Maar pak maar, hoor.' Even later komt Michel de afdeling oplopen, pakt een (kartonnen) bekertje koffie en loopt weer naar zijn kamer. (Verslag PO i: 25-30; 66-69)

Om 7:00 uur 's ochtends wordt de nachtdienst afgelost door de vroege dienst en begint een nieuwe dag.

3.4. Analyse

In de volgende paragrafen presenteer ik de thema's die het resultaat zijn van de analyse. Deze paragrafen zijn tot stand gekomen op basis van de participerende observaties op twee forensische afdelingen en de analyse van het focusgroepinterview. De toelichting op de stappen die gezet zijn in de data-analyse is gegeven in paragraaf 3.2.5.

3.4.1. Het normale leven

Het opgenomen zijn in een forensische kliniek heeft impact. Alleen al de uiterlijke verschijning van een kliniek. Hoewel uiteraard met zorg ontworpen, is het duidelijk een instelling. Er zijn meerdere afdelingen die om een grote binnentuin liggen. Een verdwaald blikje cola op de grond in het gras verraad dat hier veel mensen met elkaar samenzijn. Dat het daar ligt, past eerder bij een park of een andere openbare ruimte dan 'je eigen achtertuin'. Ook op afdelingsniveau is huiselijkheid moeilijk aan te brengen. Alle afdelingen zijn hetzelfde gebouwd, er bevindt zich een kantoor op de afdeling en veel activiteiten worden in een ongewone nabijheid van elkaar georganiseerd (wie heeft er nou, zoals hier gebruikelijk, een pingpongtafel in zijn woonkamer staan?). Daarbij hebben cliënten geen keuze als ze opgenomen worden in een forensisch psychiatrische kliniek. Zoals in hoofdstuk 2 geschetst, wordt er op basis van de opgelegde forensische maatregel en het dossier een indicatie gesteld en wordt iemand toegeleid naar de 'juiste' kliniek. Juist is in dit geval

de kliniek waar plek is (bij voorkeur in de regio van herkomst) en met het benodigde beveiligingsniveau. Ook in de kliniek kan de cliënt niet kiezen. Niet voor de afdeling, niet voor de werkers, niet voor de omgeving, niet voor de mensen met wie hij wil zijn. De cliënt moet zien om te gaan met wat hij om zich heen aantreft. Of dat nu past bij zijn levensstijl, gewoontes, gebruiken en voorkeuren, of niet. De impact daarvan is groot. Dat het moeilijk is om 24 uur per dag samen te leven met anderen die ook weer specifieke eigenschappen, normen, gewoontes, problemen en copingstrategieën tentoonspreiden, is een last voor cliënten die soms heel zichtbaar is. Het samenleven kan een last zijn, waaruit je geen uitweg ziet.

De uiterlijke kenmerken van de kliniek, het onvrijwillige karakter zonder keuze en de structuur van de afdeling (met veel gestructureerde, geregelde, bepalende momenten van samenkomen) duiden op een bijzondere situatie. Toch wordt er op de afdeling veel aan gedaan om het 'normale leven', de dingen die gewoon zijn, het alledaagse, er ook te laten zijn. En dus is het geen probleem om lekker op de bank onder een deken te liggen:

Het is weekend. Na de brunch komt zowel Han als Theo in het kantoor langs voor hun medicatie. Harm verstrekt e.e.a. en de mannen vertrekken weer. Theo naar zijn kamer en Han naar de comfort room, een ruimte naast de woonkamer waar hij vaak te vinden is. Hij ligt dan op de bank in die kamer onder een deken dat eruitziet als een combinatie tussen fleecedeck en schapenvel. Het ziet er lekker zacht en comfortabel uit. (Verslag PO j: 41-45)

Om 11:00 uur is de weekendbrunch. De brunch, die niet verplicht is, wordt bijgewoond door Michel en Theo. De rest van de groep wil niet, is nog niet wakker, of staat onder de douche. Harm bakt voor iedereen een ei naar wens. Na een momentje stilte wordt de tafel door iedereen afgeruimd. Als we daarmee bezig zijn, komen twee andere cliënten de keuken in om koffie en brood te pakken. (Verslag PO j: 18; 24-26; 36-38)

Ook wordt er niet gecorrigeerd, ingegrepen of iets van gevonden als de cliënt met 'al zijn eigenaardigheden' zichzelf is. Het 'normale leven' heeft hier dus niet de betekenis van 'aan de norm voldoen', maar juist jezelf kunnen zijn. Zoals in onderstaand fragment dat laat zien hoe de begeleiders omgaan met de eigenaardigheden van Kris.

16:30 uur. Groepsmoment, koffie. Kris, spijkerbroek, jasje, overgewicht, slordig gekleed, krullende haren tot kaakhoogte, ongeschoren, baard van ongeveer vier dagen, zit klaar in een fauteuil in kleermakerszit. Hij krijgt koffie van Sylvia. Hij maakt er 'koffie-thee' van: hij hangt er een theezakje in en voegt suiker en melk toe. Hij murmelt veel. Halfhardop zegt hij van alles, maar het is onverstaanbaar. Af en toe zegt hij iets op luidere toon. Dan reageert groepsleiding op hem. Sylvia, die zijn koffie verzorgt, zit naast hem. Ze raakt hem een paar keer aan. Hij ziet er slonzig uit, maar zijn jasje glimt. Ze voelt de stof, trekt aan een draadje van het jasje en legt uiteindelijk haar hand op zijn schouder: daar staan vieze strepen op. 'Van het wassen', zegt Kris. Kris mompelt het hele koffiemoment door. (...) Kris loopt naar de keuken toe en murmelt door, hij staat even stil bij het koffiezetapparaat. Dan roept hij iets op luidere toon. Ik kan het niet verstaan, maar Monique zegt: 'Ja, nasi, dat eten we vanavond. Wil je me helpen koken?' Dat wil Kris wel. (Verslag PO e: 1-9; 20-23)

In de manier waarop het team aan het werk is, is zichtbaar dat wordt nagedacht of gehandeld naar ‘wat normaal is’, namelijk hoe ieder mens buiten het instituut behandeld zou willen worden:

Het team praat over een kwestie rondom Bernadette. Die zou gisteren buiten de shag van een medepatiënt van een andere afdeling hebben gestolen. Bernadette ontkent dit. Het team gaat ervan uit dat ze Bernadette niet kunnen vertrouwen, maar het blijft een vaag verhaal. Nu zijn wel haar vrijheden ingenomen en zij is gisteren zelf gecontroleerd en haar kamer ook. Nannie brengt in: ‘Hoor eens, als ik buiten een tasje jat en niemand doet daar aangifte van, dan zijn daar voor mij ook geen consequenties van.’ Het team vindt dat ze haar vrijheden terug moet krijgen. Ze werkt overal aan mee, er is ook geen bewijs. ‘Het zou toch erg zijn als je alleen maar op verdenking ingeperkt wordt’, zegt Tara. (Verslag PO q: 256-263)

‘Gewoon’ is ook dat niet alle ruimte in het dagritme gevuld moet worden met acties, sturing of ingrepen van professionals. Er zijn veel gezamenlijke momenten, maar de dynamiek daarvan verschilt. Soms is het druk. Soms is er veel uitwisseling of communicatie, maar zeker zo vaak verlopen de momenten in rust, zelfs in stilte:

Groepsmoment. Vijf cliënten sluiten aan. Tara zit op de groep met een streng wol. Iedereen kijkt. Ze rolt langzaam de streng op tot bol. Dat gaat niet makkelijk, het gesprek gaat er meerdere keren over. Sylvia vertelt dat er om 19:30 uur twee ervaringsdeskundigen komen om te vertellen over wonen bij een RIBW. Ze nodigt iedereen uit. Ze zegt erbij dat ze hoopt dat iedereen komt, maar meldt ook dat om 19:30 uur het verplichte moment is. Er vallen tussendoor stiltes. Niemand vult ze. Ze voelen niet ongemakkelijk. (Verslag PO c: 19-24)

Het effect van ‘normaal houden wat normaal is’, is dat er veel acceptatie is. Je mag er zijn zoals je bent. Niet alles wordt tot een probleem gemaakt, je wordt niet voortdurend ‘op de huid’ gezeten. De betekenis daarvan voor cliënten wordt door hen niet vaak verwoord. Maar soms wordt dat wel zichtbaar, zoals op de laatste werkdag van Sylvia:

Tijdens de koffie met taart, waarbij alle cliënten van Sylvia een kaart met een persoonlijke tekst hebben gekregen, zegt een van de cliënten: ‘Weet je, ik dacht dat het niet echt was, maar ze zijn echt allemaal geduldig hier. En aardig. Het zit in hun karakter of zo.’ ‘Ja’, beaamt Han, ‘dat is zo.’ Hij meent het. ‘Ze zijn echt goed voor je.’ (Verslag PO r: 222-226)

Het thema ‘het normale leven’ komt in de analyse in drie vormen naar voren. In onderstaand overzicht staan ze samengevat, waarbij ik ook het doel of de functie per vorm benoem.

Vorm van ‘het normale leven’	Betreft	Doel/functie
Alledaagsheid	(Samen) wonen	Institutionele druk wegnemen
Jezelf (mogen) zijn	Individu	De persoon niet afwijzen. Niet (te snel) oordelen
Ruimte oningevuld laten	Groepsdynamiek	Logica van disciplineren ‘onderdrukken’

Tabel 2 Vormen en functies van het thema ‘het normale leven’

3.4.2. Ondersteuning

Naast dat ze zicht hebben op de impact van een opname, is te merken dat de medewerkers nadenken over de mate waarin ze de cliënten ondersteunen in hun dagelijkse behoeften of wensen. Daarin is het uitgangspunt niet dat cliënten 'autonome en zelfstandige wezens' zijn die alles zelf kunnen beslissen en regelen en daarop aangesproken worden. Eerder wordt door werkers gezien dat iets niet lukt en daarop wordt door hen ondersteuning geboden. Dat is zichtbaar in onderstaand voorbeeld:

Tara gaat met Michel naar het winkelcentrum om slippers te kopen. Dat moet al lang. Michel wil met de auto, de teamleden hebben liever dat hij gaat fietsen. Gisteren bezeerde hij zich door in glas te stappen. Tara heeft hem aangeboden de slippers met hem te gaan regelen. Die slippers zijn belangrijk, het lukt niet op een andere manier. Hij mag gewoon alleen naar buiten en is vanochtend op de fiets boodschappen gaan doen. Tara zegt hier later over dat ze de ondersteuning wil geven die nodig is. Het lukt hem kennelijk niet zelf, dus helpt ze hem. (Verslag PO c: 1-7)

Er is bij het bieden van deze ondersteuning geen hoger doel of tweede plan (bijvoorbeeld aan de cliënt willen leren of voordoen hoe slippers kopen in zijn werk gaat), er is ook hier acceptatie. Als een cliënt het niet zelf kan, wordt het samen met hem gedaan. De steun is een handreiking om iets makkelijker te maken. Ondersteunend zijn vraagt van de werkers dat zij begrip hebben voor wat iemand nodig heeft en daarnaar kunnen handelen. *16:45 uur. Er moeten nog boodschappen gedaan. Een cliënt heeft begeleiding erop gewezen dat er alleen maar varkensvlees is. Een andere cliënt verzoekt een begeleider baby-olie voor hem te kopen. De begeleider overlegt met collega's. Eigenlijk is de afspraak dat de boodschappen (voor cliënten) maar twee keer per week worden gedaan. Vandaag is niet de boodschappendag. Echter, cliënt heeft pas sinds vandaag geen vrijheden meer en kon niet weten dat hij zonder baby-olie zou komen te zitten. Dus wordt gezegd: meenemen. (Verslag PO d: 108-113)*

De altijd rijk gevulde fruitschaal van de afdeling wordt soms op een ludieke manier ter hand genomen om gezond te blijven doen:

Nadine komt de groep oplopen met een fruitmand in haar hand, schilmesje, bordjes en een papieren afvalbakje. Bernadette begint te zingen: 'Zeg Roodkapje, waar ga je hene...' en Nadine huppelt met de mand door de kamer. Ze vraagt aan iedereen of hij of zij fruit wil, en hoe dan. Ook Theo, die aanvankelijk niet hoeft, kiest toch voor appel. Hij eet de hele die hij krijgt op, terwijl hij met een stukje genoeg wilde nemen. Iedereen eet zo fruit en degene die niet neemt, vertelt welk fruit hij vandaag al gegeten heeft. (Verslag PO m: 173-179)

Ondersteuning wordt ook op een andere manier geboden in het dagelijks leven. Dat er op de afdeling elke dag vers gekookt wordt, is iets wat het team erg belangrijk vindt. Dit samen doen met de cliënten is het uitgangspunt, maar dat lukt geregeld niet. Het gevolg daarvan is even simpel als duidelijk: dan kookt de begeleiding. Het maken van een gezonde maaltijd is belangrijker dan de druk die het kan geven (op ander werk van het team, dat daardoor uitgesteld of niet gedaan kan worden). Er worden dus geen pizza's gehaald of andere gemaksmaltijden gemaakt als de koks onverhoopt uitvallen. De begeleiding neemt het over.

Monique staat in de keuken. Ze maakt nasi voor de groep. De cliënt die kookdienst heeft, is gisteren weggelopen uit begeleiding. Dus kookt zij. Kris staat ook in de keuken, hij helpt haar met divers snijwerk. (Verslag PO e: 25-27)

Sasja staat opeens op en rent uit het kantoor. Ze sprint naar de kamer van Nadir, doet de deur open en zegt stralend en lachend: 'Nadir, vandaag is de dag dat ik jou uit bed ga trekken. Het heeft lang genoeg geduurd, kom je bed uit en stap onder de douche.' In het kantoor zegt ze tegen haar collega's: 'Ik ga met Nadir koken, want Han wil dat toch niet.' Twee minuten later staat Michel in het kantoor. 'Wat kookt Han vanavond?', vraagt hij. Er wordt gelachen. Astrid zegt dat Sasja samen met Nadir kookt. Michel was met aubergines van zijn werk teruggekomen, waarbij blijkt dat juist Nadir daar iets heel lekkers mee kan maken. Sasja doet een dansje in het kantoor en roept: 'I love it when a plan comes together!' (Verslag PO b: 17-24)

In de focusgroep legt Louis over het bieden van ondersteuning uit waarom acceptatie en overnemen belangrijk zijn. *'We hebben gaandeweg leren accepteren dat sommige dingen zijn zoals ze zijn en sommige dingen voor iedere cliënt toch een klein beetje hetzelfde zijn. Soms hoort puinruimen er voor ons gewoon bij, omdat mensen gedesorganiseerd zijn of in de war zijn of wat dan ook. We willen zo veel mogelijk dat ze doen of alles normaal is. Doekje, afwasser inruimen, soms zelf koken. En alles wat van de kar valt, dat ruimen wij op. Zo moet je dat zien.'* (FGPO: 349-353)

Ondersteuning komt in de analyse naar voren in verschillende vormen. In onderstaande tabel (Tabel 3) wordt dit thema uitgewerkt.

<i>Vorm van ondersteuning</i>	<i>Betreft</i>	<i>Doel/functie</i>
Samen doen	Individu	Helpen bij wat iemand zelf niet lukt/kan (badslippers)
Aanreiken	Individu & groep	Leuk en makkelijk maken wat niet gewoon is (fruit eten)
Overnemen	Individu & groep	Achterliggende waarde blijven uitdragen (koken)

Tabel 3 Vormen en functies van het thema ondersteuning

3.4.3. Het in beeld krijgen van het perspectief van de cliënt

Om het normale leven ruimte te kunnen geven en ondersteuning te kunnen bieden, is het nodig om het perspectief van degene die ondersteund wordt, te begrijpen. Het kijken vanuit een ander perspectief (dan het eigen perspectief van de professional) draagt ook bij aan de zorgrelatie: er ontstaat daardoor meer begrip of minstens meer voorzichtigheid.

De teamleden bereiden met elkaar de patiëntenbespreking van morgen voor. Ze bekijken de actiepunten van vorige week, bespreken hoe de afgelopen week is gegaan en wat ze nog moeten doen of morgen moeten bespreken met het behandelteam. Zo bespreken ze nu met elkaar dat er afgelopen week een intervisie is geweest waarin het ging over Han. De conclusie daarvan was dat ze hem meer moeten ondersteunen, vooral omdat hij veel lichamelijke klachten heeft. Zijn

gedrag roept op dat het team hem als 'lui' bestempelt, terwijl hij wellicht dingen gewoon niet kan. Han zegt dat hij zich slecht voelt en het team blijft hem een zeurpiet vinden. Casper zegt dan: 'Laten we eerst eens kijken wat er gebeurt als wij onze bejegening aanpassen, misschien gaat het dan gewoon wel beter. Ik snap wel dat hij ons zat is en het gevoel heeft dat wij het expres doen. Laten wij eerst maar eens wat anders doen.' (Verslag PO k: 11-22)

Een ander voorbeeld waarin het team de perspectiefwissel maakt, betreft ook een situatie met Han. Het team verplaatst zich in Han, die op verlof wilde naar zijn zus, maar daar niet welkom blijkt.

Casper drong bij Han aan om even te bellen: was hij wel welkom? Als Han, tegen zijn zin in, zijn zus belt, blijkt hij inderdaad niet welkom te zijn. Zus voelt zich niet goed. Casper vertelt aan zijn collega's: 'Zus voelt zich nu niet goed, morgen niet en over een maand waarschijnlijk ook niet.' 'Wat ontzettend pijnlijk', zeggen Nannie, Tara en Nadine. (Verslag PO s: 7-12)

Ook de manier waarop het werk georganiseerd wordt, is onderwerp van perspectiefwissel door het team en daarmee wordt de betekenis ervan inzichtelijk.

Het is 9:00 uur geweest. Tijd voor het ontbijt. Michel loopt van de afdeling af: hij heeft onderwijst. Richard heeft bij iedereen aangeklopt. Niemand komt ontbijten. Richard ruimt een deel van de tafel weer af. Collega Casper komt er aan tafel bij zitten. Gedrieën praten we zo'n twintig minuten over hoe het gaat. Morgen (23/4!) wordt Koningsdag gevierd. De werkers hebben het daar moeilijk mee: je draagt uit (als organisator) dat je hier niet wilt zijn op Koningsdag zelf, een officiële vrije dag. Richard vult aan dat dit ook zo is voor de avonden en de weekenden. Dan is hier niks. Mensen vervelen zich. Hij zegt: 'Voor mij is zo'n weekenddag al lang. En hoe minder je doet, hoe moeilijker het wordt om iets te gaan doen. Ik ben ook altijd blij als ik even op verlof kan gaan met mensen.' (Verslag PO q: 57-68)

Het is niet eenvoudig om telkens het perspectief en de positie van de cliënt in beeld te houden. Het gaat ook wel eens mis. In onderstaand voorbeeld missen de werkers de impact (van een nachtelijke brand op een andere afdeling) omdat cliënten er niets over gezegd hadden.

Om 20:00 uur, na de leefgroepbespreking, geeft een cliënt aan dat hij slecht geslapen heeft door de brand vannacht op een andere afdeling. Nannie komt het kantoor binnen en zegt tegen haar collega's dat dit toch een gemiste kans is. Omdat ze er verder niemand over gehoord hebben, namen ze aan dat het wel meeviel vannacht, maar ze hadden het eigenlijk moeten bespreken. Brandweer en politie waren in huis, cliënten van die afdeling moesten geëvacueerd worden. Daar hadden ze aandacht aan moeten besteden. (Verslag PO d: 172-177)

Teamleden blijven ook naar elkaar aangeven wat belangrijk is en wat goed is om te doen.

Na de maaltijd loopt Richard met wasmanden te slepen. Hij vraagt aan Morris of hij weet hoe de wasmachine werkt. Ze maken grappen over de aanwezigheid van onderzoekster en suggereren dat zij de was kan doen. Lachend gaat Richard vervolgens met de was aan de slag. Om 19:15 uur zullen ze naar Boris gaan, die na een incident op zijn kamer moet blijven. Morris vraagt aan Richard of ze via de intercom aan Boris zullen vragen of hij wat wil eten. Richard zegt dat dit kan, maar zegt gelijk daarna: 'We kunnen het hem ook zo vragen als we bij hem zijn.' 'Ja, doen we dat', antwoordt Morris. (Verslag PO f: 172-177)

In Tabel 4 worden de verschillende vormen van perspectiefwissel en de functies ervan onder elkaar gezet.

<i>Vormen van perspectiefwissel</i>	<i>Betreft</i>	<i>Doel/functie</i>
Perspectiefwissel als kritische reflectie op de eigen rol	Rol/houding professional	Kritisch naar eigen functioneren kijken
Perspectiefwissel als kritische reflectie op organisatie	Organisatie van institutie	Nadenken over institutionele druk – en hoe deze te verminderen
Perspectiefwissel om positie cliënt beter te begrijpen	Individu	Zorgverlening verbeteren en zorgrelatie bestendigen: meer begrip

Tabel 4 Vormen en functies van het thema perspectiefwissel

3.4.4. Luchtigheid

Het contact tussen werkers en cliënten wordt met regelmaat voorzien van uitingen die de communicatie luchtiger maken. Soms worden er grappen gemaakt, maar vaak heeft het luchtige contact een andere functie, zoals het geven van aandacht aan iemand.

Twee cliënten gaan samen op verlof om een tv op te halen die zij bij het vuil gevonden hadden. Een van de twee cliënten is als eerste terug. *Zonder tv. Ze hebben de tv in de metro meegenomen. Toen de deuren sloten, bleek het snoer ertussen te zitten. Bij het juiste station gingen de tegenovergestelde deuren open. Dus toen moesten ze de tv in de metro laten staan. Ian baalt als een stekker’, zegt Maarten. ‘Nou, als een televisiestekker’, zegt Valerie lachend. (Verslag PO Ae, 182-186)* Tien minuten later is Ian bij de receptie angekommen. Hij mag niet zonder begeleiding door de tuin, dus hij wordt opgehaald. *Valerie loopt met plezier naar voren. ‘Is dit de tv-bezorgservice van I.?’ vraagt ze, terwijl ze de deur op een kier houdt. Ondertussen lacht ze naar hem. Ian vertelt haar het hele verhaal. Als hij uit verteld is, zegt ze dat ze het al gehoord had, maar het van hemzelf nog eens wilde horen. ‘Dat kan alleen maar jou overkomen, Ietje’, zegt ze lachend. (Verslag PO Ae, 193-198)*

Luchtig contact, het leuk hebben met elkaar om op die manier enigszins te sturen, wat invloed uit te oefenen, is een veel geziene en prettige manier van doen.

Valerie: ‘Goedemorgen, Nick, je snor is kwijt. Ligt die nog op je kussen?’ ‘Nee, nee, ik heb ‘m afgeschoren.’ ‘Oké, oké, nou, pak even koffie. Maar je mag nog niet praten, hoor, dat mag pas vanaf half acht’ (Verslag PO Ah, 16-18), zegt ze tegen Nick die altijd als een spraakwaterval de afdeling op komt.

De sfeer is gezellig. Joeri gaat met Rafaël de deur uit met een zak oud brood: die wordt buiten aan de eenden gevoerd. Een verlofmoment. ‘Ga je mee de eendjes voeren, Valerie?’, vroeg Joeri eerder. ‘Alweer de deur uit?’, vroeg zij. ‘Ja, ik ga tien keer op een dag op verlof’, antwoordde Joeri. ‘Tien keer? Wie heeft dat bedacht? Oh, ik... ik ben je persoonlijk begeleider’, zegt Valerie. ‘Nou, ga dan nu maar een keer met Rafaël, hoor, ik moet even koffiezetten en roken.’ Als Valerie koffiezet en de scheppen staat te tellen, komen Joeri en Rafaël het kantoor binnen. Iedereen begint te praten, waardoor zij hardop gaat tellen. ‘Ik raak afgeleid als jullie praten!’, roept ze,

waarna het volume in het kantoor toeneemt en Rafaël zegt: 'Zal ik je redden?' Hij pakt Joeri bij zijn oor, doet alsof hij dat omdraait en loopt zo met hem het kantoor uit. (Verslag PO Ae, 205-215)

Niet alles hoeft 'hard' gezegd te worden. Via de band, met een omweg, kan het genoeg zijn.

Kris komt het kantoor in lopen. Hij maakt contact met de andere groepsleider, en wandelt zo het hele kantoor door. Richard vraagt Kris wat hij aan het doen is. Het kantoor is op deze afdeling geen gebruikelijke plek voor cliënten. Kris reageert niet. Richard zegt lachend tegen de andere groepsleider dat hij hier net zoveel invloed heeft als thuis: niets dus. (Verslag PO f, 222-227)

Soms wordt door niet directief te zijn wellicht meer bereikt.

Valerie zit in de tuin naast Nick. Het gesprek komt op de cliënt die weggelopen is. Dan zegt Valerie tegen Nick: 'Ja, jij ook nog bedankt, hè. Je hebt hem geld gegeven en nu is hij weggelopen.' Nick antwoordt: 'Ja, hij wilde drinken kopen.' 'Ja, tuurlijk', zegt Valerie met stemverheffing. 'Jij dacht dat hij kleding ging kopen. Je moet dat niet doen, man.' Nick brengt het gesprek op een ander onderwerp. Na enige tijd komen ze er weer op terug en vertelt Nick dat hij het geld (vijftig euro, waar, denkt iedereen, gegarandeerd drugs voor gekocht zijn) in etappes heeft gegeven. Maar hij vertelt ook dat de cliënt had gezegd dat hij wilde weglopen. Valerie suggereert voor de tweede keer: 'Maar je wist wat hij met dat geld zou doen.' Daar komt geen 'nee' op. (Verslag PO Ab, 56-64)

De luchtigheid 'Jij ook nog bedankt, hè' waarmee in dit voorbeeld geopend wordt, is een laagdrempelige manier, waardoor Nick kan toegeven dat hij het geld gegeven heeft. Hij hoeft geen 'ja' te zeggen of het op te biechten, niet ontkennen is voldoende. Het fijne, de details, komt men op deze manier niet te weten, maar dat was bij een harde confrontatie naar alle waarschijnlijkheid ook niet gebeurd. Dit fragment raakt wat in de presentietheorie 'verdunde ernst' wordt genoemd. Verdunde ernst is 'de kunst om serieuze zaken tussen neus en lippen, tussen washand en papelel te bespreken' (Baart & Grypdonck, 2008, p. 142). Dat levert op dat iets van de zwaarte van een onderwerp wegvalt, waardoor het dragelijker wordt en er soepel overgegaan kan worden op een ander onderwerp. Deze verdunde ernst is een belangrijke en veelgebruikte manier van doen in het werk.

Als voorbeeld van verdunde ernst een tafelsituatie en de nasleep hiervan:

Nick en Valerie roken buiten een sigaret. Ze spreken over het verschil tussen Nederland en Turkije. 'Nederland is goed, in Nederland mogen dingen, niets moet, in Turkije moet alles. Bidden en zo', zegt Nick. 'Had je daar ook al dat soort platen aan de muur hangen?', vraagt Valerie. 'Nee, dat niet', zegt Nick. Als hij zijn sigaret op heeft, roept hij 'Kom Valerie, we gaan eten'. 'Ja hoor', zegt ze. Nick gaat aan tafel zitten. Joeri zit er ook al. Maarten komt erbij zitten. Een andere cliënt blijft in het zitje bij de tv zitten. Het geluid wordt niet zachter gezet. Valerie serveert de prefab maaltijden. Iedereen kan uit een keuzemenu bestellen, dat vooraf opgegeven wordt. Er zijn drie of vier keuzes. Zo eet Nick groente met gebakken aardappelen, eet Joeri een Indonesische schotel en heeft onderzoekster bietjes met puree en kipschnitzel. Joeri vertelt tijdens het eten dat hij eens een boerenjongen kende, die 'de ggz binnengereden was'. 'Met een auto?', vraagt Valerie. 'Nee, met een tractor', zegt Joeri. 'Dan was die zeker de weg kwijt', zegt Valerie.

We lachen allemaal. Als Maarten klaar is, staat hij op van tafel. Ook Nick staat op als hij klaar is. Joeri, Valerie en ik spreken over eten, de vreemde smaakvoorkeuren van zwangere vrouwen en zo komen we over emoties te spreken. Joeri vertelt dat hij een keer in de isoleer zat en daar moest huilen. Vanaf de bank wordt commentaar gegeven. 'Huilen? In de iso? Zwak man. Nee, al zetten ze me er heel lang in, mij breken ze niet.' 'Ik brak ook niet', zegt Joeri. 'Nou, ik zou zeker wel huilen', zegt Valerie. Het commentaar vanaf de bank gaat door. 'Belachelijk, je gaat toch niet huilen...' Valerie is ondertussen weggelopen. Joeri wordt boos, praat met stemverheffing en zegt tegen mij dat hij vertrekt, hij kan niet tegen dit soort onzingepraat. Hij staat op om zijn spullen in de keuken te brengen.

Vervolgens zet Valerie filterkoffie in het kantoor. Dan loopt ze met de kan de afdeling op. 'Koffie, jongens.' Ze gaat zelf met Joeri in de tuin zitten. 'Laat 'm nou lullen, trek het je niet aan', zegt ze tegen Joeri, die nog steeds geïrriteerd is. 'Hij wordt toch niet anders, dus irriteer je vooral niet', zegt ze tegen hem. 'Nee, dat is waar, ik irriteer me ook aan mijn eigen reactie', zegt Joeri. Daarna gaat het gesprek over op ditjes en datjes. (Verslag PO Ad, 86-115)

Een relationeel aspect dat ook tussen 'neus en lippen door' aan de orde komt in de beschrijving van Valerie en Nick (paragraaf 3.5.1.2.) is dat Valerie op deze manier aan Nick laat weten dat ze snapt wat er gaande is. 'Ik ben niet gek, dus hou me ook niet voor de gek', zei ze daar zelf over.

In Tabel 5 zet ik de verschillende vormen van luchtigheid, met hun doel of functie, op een rij.

Vormen	Betreft	Doel/functie
Luchtigheid	Individu	Indirect invloed uitoefenen
Verdunde ernst	Individu	Serieuze zaken terloops, als onderdeel van dagelijks leven ('tijdens de afwas') bespreken
Humor	Individu & groep	Informeel interactie

Tabel 5 Vormen en functies van het thema luchtigheid

3.4.5. Discipline en grenzen

Samenleven en samenwerken in een behandelomgeving betekent het samengaan van vele culturen, gewoontes, aangeleerd gedrag en opvattingen over wat 'normaal' en wat 'niet normaal' is. Zoals eerder is beschreven, pogen de werkers voorkomende zaken zo normaal (in de zin van alledaags) mogelijk te laten zijn, vanuit een ondersteunend klimaat.

Soms moeten er daarbij grenzen gesteld worden. Het gedrag of de handelingen van een cliënt vragen om actief sturen of ingrijpen. Vaak is het voldoende om te zeggen dat iets niet kan, om het gedrag te laten stoppen. Niet altijd is dat zo. Als werkers dan vinden dat er sprake is van een onveilige situatie (door bijvoorbeeld conflicten, oplopende spanningen, alcohol- en/of drugsgebruik), wordt een cliënt naar zijn kamer gestuurd. Indien nodig kan dan de deur van de kamer op slot gedraaid worden.

De 'extremere' grensoverschrijdingen, die leiden tot een kamerprogramma, zijn op deze plaats het minst interessant. Ze zijn meestal vrij duidelijk (een cliënt is zo ontreg-

lend, door bijvoorbeeld toestandsbeeld of middelengebruik) dat samenzijn volgens de professionals op dat moment niet meer gaat. Er gelden dan wettelijke kaders waarbinnen ingrijpen geëigend is.

Dat ondersteuning bieden en het alledaagse leven leiden ook gepaard gaat met op een bepaalde manier grenzen stellen, is in het licht van dit onderzoek relevanter. Om zicht te geven op de manieren waarop dat verloopt in de praktijk heb ik het thema 'discipline en grenzen' uitgewerkt in twee vormen. Ten eerste aan de hand van een casus (Bernadette) en daarna aan de hand van de werkwijze van hoe groepsleider Valerie werkt met Nick, van wie zij persoonlijk begeleider is (dat wil zeggen dat zij in zijn behandeling een actieve rol speelt door voorstellen te doen, stukken te schrijven en hem te begeleiden).

3.4.5.1. Bernadette

Bernadette is een vrouw van eind twintig, begin dertig, die al ongeveer een jaar in de kliniek is opgenomen als ze op deze afdeling komt wonen. Bernadette heeft een Brabantse tongval en ze praat net zo vlug als ze is. 'Alle dagen heel druk', zegt ze zelf. Als ze voor het eerst op de afdeling komt, oogt ze onzeker. Dat uit ze door na de rondleiding over de afdeling vragen te stellen. Over haar geld, over de (behandel)afspraken en verworvenheden die ze al heeft. Groepsleiding stelt haar gerust door haar te vertellen dat alles hetzelfde zal blijven. De dynamiek die Bernadette met zich meebrengt blijkt al snel als ze op de afdeling is. Daar waar andere cliënten lang op hun kamer kunnen zijn, houdt Bernadette dat geen kwartier uit. Dan komt ze naar het team. Om te vragen om medicatie, om een spelletje te doen, of ze gaat fitnesssen op een van de apparaten op de afdeling. Het ene moment staat ze keurig gekleed in de deur van het kantoor, het volgende moment heeft ze een stijlvolle kamerjas met luipaardprint aan, zonder dat er sprake is van een wisseling in activiteiten die de kledingkeuze begrijpelijk maakt.

Bernadette loopt sinds ze terug is van het verlof, voortdurend heen en weer. Dan weer met een te kleine plakstrip voor haar broekzak die kapot is, dan omdat ze sigaretten moet draaien (met zo'n zelfmaakapparaat) en daar geen zin in heeft, dan om te vragen of ze nog een keer moet douchen vandaag – ze heeft al twee keer gedoucht vandaag, zegt ze en het kost zoveel doucheschuim: 'Ik betaal me blauw.' Dan weer, uit het niets en zonder aanleiding, stapt ze het kantoor binnen om tegen Sasja te zeggen dat ze geweldig leuke schoenen heeft, 'Björn Borgs, hè?', maar dat ze die zelf nooit zou kopen... Vier minuten later komt ze weer aanlopen. 'Wie wil er een stukje chocola?' 'Wat voor?', vraagt Sasja. 'Puur', is het antwoord. 'Ja, ik wil wel een klein stukje', zegt Sasja. Waarna Bernadette zegt dat ze daar vast weer spijt van krijgt. Sasja staat op, draait om, zegt 'Dan niet' en biedt haar een leeg theezakje aan, onder het noemen van 'Weet je wat je dan van mij krijgt?' Sasja loopt het kantoor uit en Bernadette loopt achter haar aan. Ze lopen de gang op, naar de slaapkamers en gaan samen op de fitnessapparatuur in de gang zitten. (Verslag PO k: 194-206)

Het team probeert de begeleiding van Bernadette en haar leerproces hand in hand te laten gaan met begrip voor haar situatie en die van haar groepsgenoten.

Harm vertelt in de overdracht aan zijn collega's dat Michel 'zich irriteert' aan de drukte van Bernadette. Michel heeft dit vandaag besproken met begeleiding, hij kwam stotterend binnen.

Iedereen is het ermee eens dat Bernadette heel druk is. Daar is ze ook over in gesprek geweest met Nadine en Harm, haar persoonlijk begeleiders. Ze proberen haar te laten inzien dat ze meer rust zou moeten nemen (op haar kamer), maar het lukt haar niet dat zelf te bedenken. Later realiseren ze zich dat dit begrijpelijk is. In een eerder gesprek over weekendverlof bleek dat ze niemand heeft om naartoe te gaan. Ze is eigenlijk heel erg alleen. Dan hou je het ook niet lang uit op je kamer, en dat samen met ADHD. (Verslag PO o: 2-9)

Het geheel wordt met zorg gedaan en bij deze zorg en ondersteuning 'hoort' in de samenwerking met Bernadette dat de grenzen duidelijk zijn. Duidelijk, maar neutraal, zonder afwijzing.

Om 12:00 uur word ik door Bernadette geroepen dat het eten klaar is. Ze staat in de keuken te praten met Harm en Frits (die ondertussen roerei maakt). Ze wil op verlof. Dat mag, maar niet nu. Na het eten mag het. 'Ik wil nu', zegt Bernadette. 'Nee', zegt Harm. 'Je kan kiezen, of aan tafel komen zitten, of naar je kamer gaan, maar na de maaltijd kan er pas weer iets.' Ze besluit aan tafel te komen zitten. Er wordt een momentje stilte gehouden. Bernadette begint na het momentje te praten tegen een medecliënt en stopt niet meer. Hij zegt vervolgens tegen begeleiding: 'Zeg dat ze niet tegen mij moet praten!' Harm reageert: 'Dat kun je ook zelf zeggen, toch?' Zo geschiedt. 'Niet zo praten, Bernadette', zegt hij. Waarop Harm gelijk tegen Bernadette zegt: 'Ik geloof dat mensen je een beetje druk vinden.' 'Mag ik wel tegen jou praten dan?', vraagt ze. 'Ja hoor', zegt Harm. Dat doet ze vervolgens, aan één stuk door. Michel (een grote stevige man met fors overgewicht) zit ondertussen ineengedoken aan de andere kant van de tafel. Tegen het eind van de maaltijd gooit Bernadette opeens een propje papier tegen mij aan, ik zit tegenover haar. Het valt op de stoel naast me, ik kijk mee terwijl het valt, maar zeg niets. 'Hé, guppie, waarom doe je dat nou? Denk je dat dat kan?', reageert Frits, even rustig en ingetogen als altijd. Bernadette reageert niet. 'Nou ja', zegt Harm nog, 'met propjes gooien.' (Verslag PO p: 108; 112-116; 126-133; 136-140)

Rond 19:30 uur verschijnt iedereen weer op de groep. Koffiemoment, maar met 'leefgroepbespreking'. Bernadette staat met Frits iets te regelen over medicatie. Dat lukt niet. Frits haalt iedereen voor de leefgroepbespreking. Bernadette staat inmiddels op het balkon te roken. Frits spreekt haar met zachte stem aan. 'Of meedoen met de leefgroep, of op je kamer roken. Wij hebben hier nu een moment, je kunt hier niet blijven.' Bernadette ageert. 'Ik blijf hier lekker roken, vriend. Als jij ff blijft zeiken, dan heb ik mijn peuk op.' Frits houdt vast. 'Nee, nu naar binnen, of op je kamer roken.' Dat doet ze dan ook. Frits pakt de map van de notulen. Hij geeft het voorzittersformulier aan Nadir en vraagt Bernadette om te notuleren. Hij houdt haar de map voor en zegt dat ze dat vast heel goed kan. Bernadette weet niets: 'Waar zijn de papieren, wat moet ik doen?' Onder begeleiding van een spraakwerval bladert ze door de map heen, weet ze niks te vinden. De andere patiënten kijken toe. Gelaten, lijkt het. Bernadette begint met het invullen van de namen van deelnemers. Nadat ze dat gedaan heeft, blijkt het fout. Er is een kopje 'cliënten' en een kopje 'begeleiders'. Ze scheurt het formulier uit de map. Alle andere cliënten zuchten. Als ze het voor elkaar heeft, kan de bespreking beginnen. (Verslag PO o: 183-198)

3.4.5.2. Valerie en Nick

Valerie, een groepsbegeleider die ten tijde van het onderzoek een jaar of zes in de kliniek werkt, hoor je altijd van verre aankomen. 'Goedemiddag!', komt ze met haar luide en enthousiaste stem binnenzetten. Het volume van haar stem komt niet overeen met haar postuur: Valerie is een kleine vrouw, op gypies en in jeans, met daarop een meestal onopvallend T-shirt of een vestje. Haar tas slingert ze ergens in het kantoor nadat ze daar eerst een pakje sigaretten uit gehaald heeft. Valerie begroet iedereen in de volgorde waarin ze tegen de ander 'aanloopt' en ze doet geen enkel contact snel of gemakkelijk af. Met iedereen maakt ze een praatje, ze stelt een vraag of maakt een grap.

Nick is een van de negen cliënten op de afdeling van Valerie. Valerie is zijn persoonlijk begeleider. Nick is een man van gemiddeld postuur, die vanwege zijn overgewicht extra breed lijkt. Hij is een opvallende verschijning: je hoort hem altijd (omdat hij hard praat en omdat hij heel veel contact maakt) en hij draagt een 'ouderwetse' mobiele telefoon bij zich waar muziek met een blikkerig geluid uit schalt. Zijn jeans zijn prachtig, op zijn hoofd draagt hij een reggaemuts waaraan nep dreads zijn geknoopt. Als hij het mutsje afzet, blijkt hij grijzend, kort haar te hebben en zie je zijn pretoogjes oplichten. Zijn kamerdeur, tegenover het kantoor van het team, staat bijna altijd open.

Die hangt vol met printjes en afbeeldingen op A4-formaat van pin-ups. De vrouwen zijn allemaal bloot. Er hangen, verspreid over de kamer, zo'n vijftig foto's. Op elke beschikbare muur of deur. De gordijnen zijn halfopen. Ondanks dat er gerookt wordt in de kamer, ruikt deze niet onfris of bedompt. Op het opgemaakte bed ligt tegen het hoofdkussen aan een zachte spiderman-pop. (Verslag PO Ad, 30-34)

Ondertussen komt Nick naar buiten. Met nieuwe sieraden om. Valerie begint te lachen en roept uit: 'Wat zie je er slick uit, zeg! Met welk doel? Vrouwen versieren? Dan kom ik vandaag de hele dag naast je zitten!' Nick gaat tegenover de afdeling in het tuinzitje zitten. Valerie blijft met Joeri praten. Als de koffie en de sigaret op zijn, zegt ze: 'Zo, nu nog even bij Nick zitten om hem tevreden te stellen.' Ze staat op en schuift bij hem aan. (Verslag PO Ab, 51-56)

Dan ziet Valerie een bordje op het raam hangen. Er zijn veel duiven, die gevoerd worden. Ze poepen de hele boel onder. Medewerkers hebben printjes opgehangen dat er niet gevoerd mag worden. Op het ene papier staat 'aub'. Op het andere, ziet Valerie tot haar schrik, staat 'gvd'. 'Kijk nou!', roept ze, met verbazing in haar stem. 'Dat kan toch niet, dat kan toch niet? Dat moet ik veranderen hoor.' (...) In plaats van 'gvd' wil ze de naam van Nick opschrijven, die de stoep en de trap vaker heeft schoongemaakt. Even later ziet ze Mitali naar het balkon lopen. Hij gaat de duivenpoep opruimen. Valerie snelt op hem af. 'Mitali, je gaat het toch niet allemaal zelf doen?' Als Valerie aan Nick vraagt waarom hij een ander inzet, zegt hij: 'Hij is me nog vijftien euro verschuldigd. Als hij het nu doet, hoeft hij nog maar een tientje te betalen.' Valerie moet er om lachen. 'Hahaha, 3.0-life. Ik vind het lachwekkend.' Dan stapt ze er weer op af. Dit schoonmaakwerk is een tientje waard, zegt ze tegen Nick. Hij is zo hard aan het werk. (Verslag PO Aa, 29-33, 38-46)

Valerie zit aan de ontbijttafel. Louis komt er ook bij zitten. Na enige tijd komt Nick uit zijn kamer lopen. Hij gaat achter de computer zitten. Vanaf de eettafel is deze zo'n 20 meter weg. Op een gegeven moment gilt Valerie over de afdeling: 'Godver, Nick, ik zit te ontbijten.' Nick klikt het scherm meteen weg. 'Ik heb gelijk geen zin meer om te eten', roept Valerie erachteraan. 'Ja maar', zegt Nick, 'dit was geen porno. Porno kijk ik op mijn kamer. Dit waren mijn vriendinnen. Die mag jij niet zien.' 'Nou', zegt Valerie, 'als dat je vriendinnen zijn... zulke foto's krijg ik nooit opgestuurd van mijn vriendinnen.' Nick stapt achter de pc vandaan en komt aan tafel zitten. Hij wil niet mee-eten. Hij vertelt over zijn vriendin en over andere vrouwen. Ook zegt hij dat als we geen ruzie op de wereld willen, vrouwen aan de macht moeten komen. Op een gegeven moment staat hij op en zegt hij dat hij wil roken. Dan roept hij: 'Jullie moeten mijn vrijheden teruggeven.' Louis en Valerie reageren onmiddellijk, Nick krijgt geen kans om uit te praten. 'Je weet wat de afspraken zijn!' Zijn vrijheden zijn ingetrokken omdat er gedoe was met geld: uitlenen, niet inzichtelijk, ruis. Louis vult aan: 'Je hebt me dat vanochtend beloofd, Nick.' (Verslag PO Ab, 79-93)

We zitten in de tuin. Nick heeft het hoogste woord. Hij praat hard. Valerie lacht: 'Volgens mij zet jij je muziek op je telefoon expres hard aan, dan kan je lekker hard blijven praten.' 'Ik heb gewoon een harde stem', zegt Nick. Dan commandeert hij Valerie dat ze moet regelen dat hij € 800 krijgt van de SJD, waar hij een telefoon van wil kopen. 'Nou', zegt Valerie, 'zeker niet als je het zo regelt.' Even later zit ze in het kantoor en roept ze Nick. 'Ik wil met je praten over wat je net allemaal vroeg.'

Dan loopt ze met hem naar zijn kamer. Nick zit op het bed, Valerie gaat op een stoel tegenover hem zitten. 'Ze doen niets, hoor', zegt ze tegen onderzoekster, ondertussen de kamer met pin-ups rondkijkend. 'Zet je zonnebril even af', zegt ze. 'Hoezo?', vraagt Nick. Om te vervolgen met: 'Je wil me in de ogen kijken, hè?' 'Een gesprek voer je zonder bril', zegt Valerie. 'Oké', zegt ze dan. 'Wat is dat allemaal met dat geld?' Nick vertelt dat hij een telefoon wil kopen, hij heeft al geld aangevraagd maar wil niet tekortkomen. Hij wil een goede telefoon, zodat begeleiding geen last meer heeft van de foto's die hij binnenkrijgt. Hij wil begeleiding meenemen. 'En ik wil geen drugs meer gebruiken', zegt Nick. 'Heb je nog genoeg geld op je rekening staan?', vraagt Valerie. 'Ja, hoor, zo'n vier- of vijfduizend euro.' 'Ja, hoeveel?', vraagt Valerie, 'vier of vijf is nog wel een verschil.' 'Ja, dat is een verschil', beaamt Nick. 'Maar genoeg', zegt hij. 'En dan nu het tweede probleem', zegt Valerie. 'Vertel maar.' 'Ja, ik heb drugs gebruikt', bekent Nick meteen. 'Gisteravond.' 'Ja. Ik zie het aan je', zegt Valerie. 'Je bent veel te druk. Je hebt vandaag ook gebruikt.' 'Nee, alleen gisteren, echt alleen gisteren. Eén gram coke. Heb ik gerookt. Ik kan het beter eerlijk zeggen. Ik heb ook meegewerkt aan urinecontrole. Ik heb ook hasj gerookt. Eén gram. Ik heb meegewerkt aan de urinecontrole, dus jullie gaan het ook zien. We moeten praten', zegt hij tegen Valerie. 'Nee', zegt zij, 'nu kan ik even niet meer praten. Nu moet ik bellen. Je weet dat ik nu moet bellen voor een time-out. Dat is de afspraak.' 'Ja, maar doe dan dinsdag. Ik moet geld meenemen want dan heb ik sigaretten en kan ik naar het winkeltje in de bajes. Anders heb ik niets.' 'Nee', zegt Valerie. 'Dat kan ik niet. Dat weet je toch. Ik moet nu bellen en dat ga ik ook doen.' Ondertussen is ze opgestaan. 'Ik wil eerlijk zijn', zegt Nick. 'Ik wil eerlijk zijn tegen mijn pb'er. Ik kan niet tegen je liegen.' 'Ik vind het goed dat je het zegt', antwoordt

Valerie. In de loop uit zijn kamer laat hij het colablikje zien, waarmee hij de coke geroookt heeft. Hij gooit het blikje in zijn prullenbak. In het kantoor gaat Valerie bellen. Ze informeert de dienstdoende psychiater in opleiding. Daarna mailt ze een en ander met collega's: morgen zullen zij een en ander in gang moeten zetten om de time-out te regelen: dat lukt niet op zondag. Daarna spreekt ze Nick nog aan. Hij mag niet meer zonder begeleiding in de binnentuin en moet zich op de afdeling gedeisd houden. Anders zal ze hem aanspreken en dan verwacht ze ook van hem dat hij naar zijn kamer zal lopen. (Verslag PO Ad, 22-62)

Een groot deel van het contact met Nick lijkt te bestaan uit het manoeuvreren op de grenzen. Wat is toelaatbaar? Wat niet? En hoe gaat men hier vervolgens mee om? Valerie reflecteert hierop door te bespreken dat acceptatie en confrontatie hand in hand gaan.

We accepteren elkaar, maar confronteren daar ook bij. In geval van de situatie aan de ontbijt-tafel: 'Ga je ons nou zitten bevragen op je vrijheden terwijl jij zelf hebt lopen rotzooien? Nee toch? Dit wordt geaccepteerd omdat er respect is, omdat we een relatie met elkaar hebben: hij weet dat wij hem kennen zoals hij is, en niet zoals hij zich presenteert, en we dat accepteren en respecteren.' (Verslag PO Ab, 107-111)

Over de manier waarop ze met Nick omgaat als hij de sekssites op de afdelingscomputer aan het bekijken is, zegt ze dat het ook gaat om acceptatie en om meebewegen.

'Porno op afdeling kijken is niet toegestaan. Het is ook een taboe, maar dat verschuift wel wat. Maar in ons werken met Nick is de vraag wat ons plan is. De man is buiten uitgekotst, heeft gebiedsverboden, is berucht, door dit gedrag. We kunnen alles gewoon begrenzen. Overal nee op zeggen. Of willen we hem leren kennen? Maar dan moeten we ook meebewegen. Als we dat niet zouden doen, dan was ik naar hem toe gelopen en had ik de computer uitgedrukt. Nu zoek ik het contact, dit is wat bij hem hoort, hij kijkt altijd en overal. Doordat ik level en meebeweeg, geeft het me de kans om als het wel nodig is, ik hem erop aan kan spreken. Ik kan dus vanaf de tafel schreeuwen dat hij dit niet moet doen. Ik geef ruimte, ik probeer hem te begrijpen en aan de hand daarvan kan ik gaan bijschaven. En dat is niet veranderen, dat gaat echt niet meer lukken. Het is een scherp hoekje wegwerken in de hoop dat het anderen buiten niet meer zo scherp prikt.' (Verslag PO Ab, 155-164)

De vrijheid die Valerie in de relatie met Nick heeft ontwikkeld om kwesties te bespreken, aan de orde te stellen, op te werpen, heeft ze bereikt door aan te sluiten bij (de wereld van) Nick. Het kennen en de acceptatie leveren haar ook op dat ze niet in de maling te nemen is. Maar er gebeuren ook dingen waar de professional het niet mee eens is, zoals het gebruik van drugs. De onmacht en irritatie moeten dan in perspectief geplaatst worden.

'Soms is er wel irritatie als werker, vooral over drugs. Dan is mijn irritatie (dat er weer heel veel drugs is, ik het niet gezien heb) vooral onmacht. Het gaat over het feit dat werkers controle willen houden en dat niet hebben. Dan is er irritatie en onmacht. Als je in de basis beseft dat je er geen controle over gaat krijgen, als je een realistisch beeld hebt, als je weet wat iemand gewend is, als je weet hoe iemand overleefd heeft, als je weet hoe zwaar iemand het heeft gehad, dan hoef je er ook niet geïrriteerd door te raken. Dan moet je samen doelen stellen, want de vraag is of jouw doelen wel realistisch zijn.' (Verslag PO Ab 124-131)

3.4.5.3. Overzicht thema discipline en grenzen

In deze paragrafen heb ik willen laten zien dat sturing en grenstelling op verschillende manieren kunnen plaatsvinden. De werkers pogen bij het stellen van grenzen of het sturen van situaties telkens aan te sluiten bij de cliënt en de situatie. Dat is belangrijk, omdat een grenstelling door de werkers in feite pas effectief is, als deze ook door de cliënt geaccepteerd wordt. Anders is er sprake van escalatie en daarmee wordt bepaald gedrag niet bijgestuurd (maar verergerd).

In Tabel 6 geef ik een overzicht van de vormen van grenstellingen in het dagelijks leven, als onderdeel van het bieden van ondersteuning. Daarbij beschrijf ik ook het doel of de functie van deze vorm van grenstelling.

<i>Vormen van discipline en grenstelling</i>	<i>Betreft</i>	<i>Doel/functie</i>
Neutrale correctie	Individu & groep	Grens kenbaar maken zonder de perso(o)n(en) af te wijzen, alternatief aanbieden
Meebewegen en 'afleiden'	Individu	Het patroon stoppen door met het individu mee te bewegen en zo ander gedrag op te wekken
Vriendelijk volhouden	Individu	De-escalerend hanteren van de grens
Confrontatie	Individu	De ander en jezelf serieus nemen

Tabel 6 Vormen en functies van het thema discipline en grenstellingen

3.5. Conclusie en discussie

Om te toetsen wat deze werkwijze en de gevonden thema's betekenen conform de theorie van presentie (Baart, 2001) en of ze daarmee accorderen, is een presentietheoretische analyse uitgevoerd. Deze is in zijn geheel opgenomen in bijlage 6. De conclusie van die analyse is dat er in deze praktijk inderdaad relationeel gewerkt wordt.

Wat leren deze analyses ons? Onderstaand trek ik conclusies uit de analyses in drie stappen. In de discussie daarna bespreek ik de bevindingen uit dit onderzoek in het licht van ander onderzoek naar werkers en op afdelingen. Wat we hebben gezien in dit onderzoek kan uitgelegd worden met behulp van de presentietheorie, maar ook vanuit andere (theoretische) perspectieven, die ook in het theoretisch kader (hoofdstuk 2) aan de orde zijn gekomen, kunnen de conclusies onderschreven worden.

3.5.1. Subconclusie 1: Een ongewoon leven

Er is in instituties sprake van een 'ongewoon' leven: een opname in een kliniek is, vanwege zijn aard en organisatie, niet 'normaal'. We zagen dat het ongewone wordt benadrukt (of versterkt) door organisatorische aspecten, bijvoorbeeld een dagritme waarin een structuur van gezamenlijke momenten een belangrijke vormende factor is, ook als het cliënten niet lukt om daarbij aanwezig te zijn. Binnen deze (ongewone) structuur is echter ook zichtbaar dat de professionals zo gewoon mogelijk proberen te doen, het alledaagse aanwezig laten zijn (paragraaf 3.4.1.). We zagen een hoge mate van acceptatie. Er is veel onvoorwaardelijke ondersteuning en men wil niet alles 'maken' en verbeteren (aan de cliënten). Er zijn niet alleen maar problemen, je mag er zijn met al je (eigen)aardigheden (paragraaf 3.4.2.). Om dat te kunnen doen moeten de professionals met regelmaat nadenken over de betekenis van de opname en elkaar kritisch houden op de manier waarop ze werken, zo zagen we in paragraaf 3.4.3. Geen gemakkeuzes (niet via de intercom iets vragen of een maaltijdservice inschakelen), maar uitdragen en uitvoeren waar het om draait: erbij zijn en ondersteuning bieden. Daarbij wordt zichtbaar dat de werkers zich bedienen van verschillende houdingen die 'helpen' bij de relatievorming en -instandhouding met de cliënt (bijlage 6). Het is precisiewerk, waarbij aansluiten bij de ander en op hem/haar afstemmen, voortdurend aan de orde is. Zeker in de dagelijkse begeleiding is het allemaal niet zo vooropgezet. Het gaat om gewoon zijn, er gewoon zijn. Erbij blijven. Samen zijn. Meedoen. Voordoen soms. Daarin maakt de cliënt, samen met de werker, kleine stapjes. Veranderingen zijn geen *quick wins*. Eigenlijk is er misschien wel niet zoveel te veranderen. Is de behandeling dan oneindig? Nee, dat is ze niet. Niet alleen omdat er regelgeving is die bepaalt hoe lang een cliënt in de kliniek aanwezig is. Soms ook omdat behaald is wat haalbaar was.

3.5.2. Subconclusie 2: Het hanteren van de last van het gedwongen samen leven

De kliniek is een tussenstation, een passage in iemands leven. Een tussenstation waar iemand niet voor gekozen heeft, vol ingewikkeld appèl dat op de cliënten afkomt. De last van het gedwongen samen leven voor cliënten is groot (paragraaf 3.4.1.). De omgeving waarin de cliënt 'beter' moet worden, bestaat voor een groot deel uit mensen die (ook) ziek zijn. Dat is moeilijk en vraagt veel van de vaardigheden van cliënten. Het onderlinge samen leven van cliënten is voor hen een opgave. Die opgave wordt draaglijk gemaakt door de onderlinge relaties (tussen cliënten) niet te ingewikkeld te maken.

Er zijn ook fijne momenten. Een zomers potje voetbal met limonade in de tuin bijvoorbeeld. Verse muntthee. Een goede grap. Maar die momenten zijn vooral fijn omdat werkers hun best doen een *rent-a-friend* te zijn. Het met elkaar uithouden wordt meer mogelijk gemaakt als er een 'cultuur' is van luchtigheid, humor, 'losheid' (paragraaf 3.4.4.). Dat is wel een delicate balans: medewerkers die permanent de grapjas uithangen, nemen cliënten op die manier niet serieus. In de balans tussen humor en luchtigheid enerzijds (om het voor de ander makkelijk/begaanbaar te maken) en serieuze nabijheid en confrontatie, toont zich de 'goede werker'.

3.5.3. Subconclusie 3: De rol van de werkers

Werkers kunnen een (tijdelijk) baken van hoop en ondersteuning zijn in een woelig leven. Aan niet alles bij cliënten hoeft gesleuteld te worden. Door het relationele zorg verlenen kan er misschien ontwikkeling ontstaan. Daarvoor is het nodig dat de werkers pogen het ongewone leven en de druk die dat met zich meebrengt voor cliënten, te 'beheren'. Dat doen ze door in het afdelingsmilieu alledaagsheid toe te laten en te creëren en bij te dragen aan soepele onderlinge relaties tussen cliënten om de last van het gedwongen samen leven te verminderen. In de relatie tussen de werker en de zorgontvanger is er een hoge mate van acceptatie en onvoorwaardelijke ondersteuning. Daarbij willen werkers niets alles verbeteren aan cliënten. Ook moeten werkers de machtsbalans zorgvuldig beheren door benaderbaar, aanspreekbaar en nabij te zijn. Werken vanuit een afstandelijke, dominerende, beheersende opstelling leidt niet tot het verkleinen of opheffen van de machtsbalans. Relationele werkers combineren luchtigheid, serieuze nabijheid en begrenzing. Een laatste gevonden punt in de rol van de werkers is dat zij, om relationeel te kunnen werken, moeten reflecteren op de betekenis van de opname en op het eigen handelen van werkers en organisatie.

3.5.4. Conclusie: Relationele interruptie en compensatie

Het hanteren van het ongewone leven wordt gedaan door het voorstellen, herstellen en handhaven van 'alledaagsheid'. Erbij zijn en erbij blijven en samen doen, steeds opnieuw. Met als doel 'er te zijn'. Deze relationele manier van werken kan het patroon waar cliënten vaak mee te maken hebben (meerdere opnames, falen, dientengevolge niet meer willen) onderbreken. Het helpt daarbij als er een 'cultuur' is van luchtigheid en een bepaalde losheid. Dan kunnen cliënten zichzelf tonen en hoeven ze niet voortdurend 'op eieren te lopen' met angst om het verkeerd te doen en 'op de kop te krijgen'. De werkers die luchtigheid met serieuze nabijheid en confrontatie combineren, lijken in staat om het spanningsveld dat de opname²¹ met zich meebrengt te hanteren en hier iets aan toe te voegen. Door het voortdurend relationeel werken compenseren zij namelijk deze druk. Van daaruit sluiten ze aan bij de ander, bij zijn leven. Cliënten mogen 'tonen wie ze zijn' en kunnen zelfgekozen, (kleine) ontwikkelstapjes maken. Of ermee oefenen. Pas dan kunnen de werkers 'doen wat nodig is', het in gesprek brengen en behandelen van de aspecten die van belang zijn.

3.5.5. Discussie

Onderstaand bespreek ik de bevindingen uit deze deelstudie in het licht van eerder onderzoek naar werkers en op afdelingen in de forensische psychiatrie. Het doel hiervan is niet alleen de presentietheorie als interpretatiekader te gebruiken, maar ook te beschouwen

21 Het gaat hier (dus) om de forensische, psychiatrische en institutionele spanning van gedwongen opname/behandeling (zie bijlage 6), die gemakkelijk geïnterpreteerd kan worden als een disciplineeringsopdracht (leren je aan de normen en regels in de samenleving te houden).

bij welke theoretische perspectieven de resultaten van deze deelstudie aansluiting kunnen vinden.

3.5.5.1. Het leefklimaat en relationeel zorg verlenen

Het begrip leefklimaat of social climate (Boone, Althoff, & Koenraadt, 2016; Doyle, Qu-ayle, & Newman, 2017; Van der Helm, 2011) is in de klinische forensische zorg een gangbaar begrip geworden. Stams en Van der Helm (2017) beschrijven het leefklimaat als de kwaliteit van de sociale en fysieke omgeving in termen van voldoende en noodzakelijke voorwaarden voor lichamelijke en geestelijke gezondheid, welzijn, contact en persoonlijke groei van de bewoners. Daarbij moeten menselijke waardigheid en mensenrechten, evenals (indien niet beperkt door gerechtelijke maatregelen) hun persoonlijke autonomie in acht genomen worden. Het leefklimaat moet gericht zijn op herstel en succesvolle deelname aan de samenleving. Dit kan een bijdrage leveren aan vermindering van recidive: behandelingen gericht op resocialisatie en re-integratie leiden tot minder recidive (Andrews & Bonta, 2010; Wartna, Alberda, & Verweij, 2013). Van der Helm (2011) vond vier factoren die bijdragen aan een open leefklimaat: veel ondersteuning, duidelijke kansen voor groei, minimale repressie en een prettige sfeer. Zijn onderzoek liet zien dat dit klimaat kan bijdragen aan een hogere behandelmotivatie, meer empathie, een afname van agressie en een interne locus of control (meer eigen verantwoordelijkheid, meer bereid van fouten te leren en minder laten beïnvloeden door anderen).

Het theoretische concept van het leefklimaat sluit aan bij een aantal thema's die in dit deelonderzoek zijn gevonden. Het belang van het bieden van (verschillende vormen van) ondersteuning door werkers aan cliënten is naar voren gekomen (paragraaf 3.4.2.). De manier waarop met discipline en grenzen wordt omgegaan (paragraaf 3.4.5.) en de luchtigheid die werkers proberen te creëren (paragraaf 3.4.4.) past in het concept van leefklimaat (minimale repressie en goede sfeer).

3.5.5.2. Relationeel zorg verlenen en de balans tussen 'beveiligen en zorgen'

We zagen in hoofdstuk 2 dat in de theorieën over forensisch werken de balans tussen de controlerende en bewakende functie enerzijds en de zorgende functie anderzijds expliciet benoemd en als precair beschouwd wordt. Te veel nadruk op de controlerende, beveiligende kant van het werk schaadt de kwaliteit van zorg (Boone et al., 2016; Bowring-Lossock, 2006; Doyle & Jones, 2013; Gillespie & Flowers, 2009; Van der Helm, 2011).

We zagen in deze deelstudie hoe relationeel werken een bijdrage levert aan de precare balans tussen controleren en zorgen door de *druk te compenseren*. Op die manier kan relationeel zorg verlenen de nadruk leggen op de zorgende en ondersteunende component. Door deze manier van zorg verlenen lukt het (de werkers) om betrekkelijk 'conflictloos' bij te sturen, gedrag te beïnvloeden en de grenzen die zij aangeven, geaccepteerd te krijgen. Relationeel werken brengt dus vanuit zijn aard een balans aan tussen deze twee conflicterende functies. Aansluiten bij de persoon, dat als vertrekpunt te nemen voor de zorg, impliceert ook aansluiten als er bijgestuurd of grenzen gesteld moeten worden. Dat op een aangesloten en afgestemde manier doen, maakt dat de grenzen (makkelijker) geaccepteerd

worden. Dan hoeft er geen controlerende, beheersmatige manier van werken toegepast te worden.

3.5.5.3. Interactie tussen werkers en cliënten en de rol van de werkers

Niebieszczanki, Dent en McGowan (2016) vonden dat de persoonlijke eigenschappen en het gedrag van werkers werden gezien als hét instrument om hoop te ondersteunen of te creëren. Wat werkers bieden of doen en waarom ze dat doen is dus wezenlijk en draagt bij (of niet) aan de ondersteuning van de cliënt.

In deze deelstudie is de interactie tussen werkers en cliënten en wat deze interactie tot relationeel zorg verlenen maakt, onder de loep genomen. We hebben gezien dat acceptatie (paragraaf 3.4.1.) en voortdurend aansluiten bij en afstemmen op de cliënt (bijlage 5, de twee werkers) noodzakelijk zijn om de cliënt de gelegenheid te geven zich te ontwikkelen.

Ook Gildberg (2012) deed onderzoek naar de interactie tussen werkers en cliënten in de Deense forensische psychiatrie. Hij vond twee vormen van zorg in de interactie tussen werkers en forensische cliënten. De eerste is *Trust and Relationship Enabling Care*, zorg die vertrouwen en relatie mogelijk maakt. Dit bestaat uit het aangaan en onderhouden van een vertrouwensrelatie door een bij herhaling gereconstrueerd normaal leven door het samen doen van dagelijkse gedeelde activiteiten, zonder aan de ziekte te refereren. Het doel hiervan is door de vertrouwensrelatie inzicht te krijgen in de ervaringen en problemen van de patiënt. Vanuit daar kan de tweede vorm van zorg worden toegepast: *Behaviour and Perception Corrective Care*, waarin medewerkers het gedrag of de perceptie van patiënten proberen te stoppen, vormen en veranderen in de richting van de normen van de medewerkers en hun perceptie van wat normaal is. De intentie is door deze twee vormen van interactie patiënten te ondersteunen en normaal gedrag te leren. Die manier heeft tot doel dat patiënten minder in verlegenheid worden gebracht als ze gecorrigeerd worden op hun gedrag, en tegelijkertijd hebben de werkers controle en houden ze het veilig door op de hoogte te zijn van potentiële spanningen en conflicten (Gildberg, 2012, p. 152).

In deze deelstudie naar de waarde en betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie kom ik tot een aanvulling op bovenstaande, waar Gildberg, blijkens zijn kritische perspectief, ook naar op zoek was. Hij beschrijft dat, hoewel er altijd een element van dwang blijft in de forensische psychiatrie (vanwege de gedwongen opname), werkers zich de vraag moeten stellen wat ons doel is met de forensische zorg. Als werkers patiënten willen ondersteunen bij hun resocialisatie met zo weinig mogelijk uitgeoefende druk en vijandigheid, dan zal het ongebruikte therapeutische potentieel van de interactie verder ontwikkeld moeten worden, waarbij een *shift* nodig is naar mogelijkheden in plaats van werken vanuit beperkingen (Gildberg, 2012, p. 153). Mijn onderzoek laat (op basis van eenzelfde methode van dataverzameling, namelijk participerende observatie) zien dat werkers een (tijdelijk) baken van hoop en ondersteuning kunnen zijn in een woelig leven. Dat niet aan alles gesleuteld hoeft te worden. Maar, en dat is in aansluiting bij en voortbordurend op het werk van Gildberg, vanuit het relationele zorg verlenen kan er misschien ontwikkeling ontstaan (subconclusie 3).

3.6. Sterkte en beperkingen van deze deelstudie

Om de sterke punten en beperkingen van deze deelstudie inzichtelijk te maken, heb ik na de observatierondes een kritische procesevaluatie geschreven. Uit deze procesevaluatie komen de volgende reflecties. Deze presenteer ik hier zodat de lezer inzicht krijgt in mijn rol en manier waarop ik op de afdeling aanwezig was.

3.6.1. Evaluatie van het observatie- en analyseproces: reflectie op mijn rol als onderzoeker

Ik ben in de eerste observatieperiode aanwezig geweest op de afdeling op eenzelfde manier als werkers dat zijn: hele diensten, gelijk oplopend met die van het team, zowel overdag, 's avonds en 's nachts, op weekdays en in het weekend. In de tweede periode was de duur van mijn observatie op een afdeling soms korter. Als 's avonds om 21:00 uur iedereen op zijn kamer was en de begeleiding zat te rapporteren, ging ik naar huis.

Aan alle teamleden en cliënten is *informed consent* gevraagd. Iedereen is persoonlijk mondeling uitgebreid geïnformeerd over het doel van het onderzoek, mijn aanwezigheid en de betekenis daarvan en daarna kon men kiezen om deel te nemen. Alle medewerkers gingen akkoord. Niet alle cliënten gingen akkoord. Over hen is zo weinig mogelijk genoteerd in *field notes* en zij komen niet voor in de beschrijving en analyse.

In paragraaf 3.2.6.1. beschreef ik dat bij participerende observatie altijd sprake is van beïnvloeding door aan de situatie een onderzoeker toe te voegen. In de onderzoekspraktijk kwam dit als volgt naar voren. Tijdens het observeren was ik stil aanwezig. Gesprekken vonden plaats op initiatief van anderen. Na elk moment op de afdeling waarin medewerkers en cliënten interactie met elkaar hadden (groepsmomenten, maaltijden, activiteiten) trok ik me terug in het kantoor (vaste stoel aan vaste tafel) waarop ik mijn aantekeningen van dat moment uitschreef in mijn computer. Daarnaast zijn er naast de verslagen memo's, waarin ik mijn indrukken en inhoudelijke en methodologische bijzonderheden vastlegde. Ik wilde, terwijl mijn aanwezigheid al opvallend en ongebruikelijk was, zo onopvallend mogelijk aanwezig zijn. Om die reden heb ik geen aantekeningen gemaakt waar cliënten bij waren. Op medewerkers had het verwerken in het kantoor soms het effect dat ze graag wilden weten wat ik opschreef. Ik gaf dan inzicht in het materiaal, door het voor te lezen of door anderen het te laten lezen. Om minder op te vallen heb ik op een gegeven moment gymshoenen gekocht: ik liep veel en wilde geen geluid maken. De schoenen bleken vervolgens zelf op te vallen, van veel cliënten kreeg ik complimenten over de zwarte gympies.

Als onderzoeker wilde ik als het ging om collegiale samenwerking, vooral observeren. Af en toe vroegen medewerkers mijn mening over een bepaalde situatie. Mijn indruk was dat hierbij mijn ervaring in het veld werd aangegrepen. Ik heb me niet bemoeid met of uitgesproken over situaties die actueel waren/nog moesten plaatsvinden. Vragen als 'wat moeten we doen?' heb ik niet concreet beantwoord. Een keer heb ik per ongeluk actief 'ingegrepen' in een situatie op de afdeling. Een collega wilde een cliënt uitnodigen voor de thee, terwijl hij onder invloed was en op zijn kamer moest blijven, zo had het team een uur eerder afgesproken. Ik volgde deze medewerker. Bij de deur, toen reeds eenmaal

geklopt was, schoot mij te binnen wat de afspraak was en zonder nadenken meldde ik het teamlid 'hij moest op zijn kamer blijven'. De collega was dankbaar voor de ingreep, maar ik stuurde hierbij wel onbedoeld en ongewild het proces.

Mijn perspectief en keuzes hebben invloed gehad bij de dataverzameling. Praktisch gezien: ik was de enige onderzoeker. Doordat ik langere tijd achtereen (acht uren) aanwezig was en aantekeningen maakte, is niet alles wat plaatsvond in het materiaal beschreven/opgenomen. Terwijl ik schreef, ging de interactie door. Ik heb hierbij zelf afwegingen gemaakt wat wel en niet op te nemen. Keuzes waren er op het gebied van belangrijkheid (was er sprake van bijvoorbeeld een conflict, iets bijzonders, of was het een situatie zoals gebruikelijk?) en mate van voorkomen: als een soortgelijke situatie al beschreven was (bijv. medicatie delen) is de situatie niet opnieuw opgenomen. Gezamenlijke momenten daarentegen heb ik elke keer opnieuw vastgelegd.

De analyse van het materiaal heeft plaatsgevonden in meerdere rondes en de analyse heeft daarmee een lange periode in beslag genomen. Codering van het materiaal van de eerste participerende observatie is gedaan na de eerste ronde. Na deze codering heb ik ook de beschrijving van een 'dag op de leefgroep' gemaakt en heb ik een eerste aanzet gegeven tot verdere analyse door thema's te verkennen. Tijdens de tweede ronde participerende observatie heb ik het materiaal zo veel mogelijk gelijktijdig gecodeerd. Dat was niet altijd eenvoudig: ik had enige afstand tot het materiaal nodig om te kunnen coderen en als ik net 'uit de situatie kwam' was die afstand er nog niet voldoende. Na de codering van de tweede ronde ben ik de aanzet tot de analyse verder gaan uitwerken in de thema's en ben ik aan het schrijven begonnen. Als derde heb ik de presentietheoretische analyse geschreven, door met theoriegestuurde concepten ('de kaart van relationeel werken') naar het materiaal te kijken. De codering van de focusgroep vond als laatste plaats en de resultaten daarvan zijn, daar waar het aanvullend was, toegevoegd in zowel de analyse als de presentietheoretische analyse.

De lange looptijd (van de dataverzameling) van dit deelonderzoek bracht met zich mee dat het 'bekend worden en blijven met de data' een aandachtspunt was. Om goed te kunnen coderen en analyseren zijn fragmenten tekst na een lange periode niet voldoende: de context kan daaruit wegvallen. Telkens heb ik dus grotere stukken tekst rondom de fragmenten gelezen, of de *field notes* van de betreffende dag opnieuw bestudeerd, om 'er weer in te komen'.

3.6.2. Beperkingen van deze deelstudie

Een beperking van deze participerende observatie is mijn beroepsachtergrond: ik ben zelf ook sociotherapeut. Ik heb daarmee ook vanuit dat referentiekader (zoals ik denk dat het werk eruitziet en wat ik belangrijk vind) gekeken. Deze beperking heb ik in dit onderzoek geprobeerd te verminderen door vooraf observatiepunten vast te stellen en door mijn rol kritisch te definiëren (resultierend in meer observatie dan participatie).

Een beperking bij de dataverzameling was dat de voorgenomen manier van rapporteren, namelijk kernachtige aantekeningen maken in een notitieboekje en die vervolgens uitwerken, niet bleek te werken in de praktijk. Dat was een opvallende en ongewone

handeling, die bij cliënten alleen maar vragen opriep ('Wat doe je? Waarom schrijf je dat op? Wat is er bijzonder aan?'). Daarom heb ik ervoor gekozen om het geobserveerde zo snel mogelijk uit te werken: na elke activiteit, gebeurtenis of groepsmoment, maakte ik mijn verslag. De herinnering en manier van onthouden zijn dan belangrijk en mijn ervaring was dat het heel moeilijk is (zo niet onmogelijk) om lange gesprekken met meerdere mensen precies te verslaan.

Een laatste beperking vind ik, terugkijkend, de duur van de observaties in de eerste observatieronde. Ik werkte mee in dezelfde diensten als de groepsleiding. Dat was het minst verstorend in het ritme, zij had dan 'gewoon ook dienst'. Dat werkte prima en sloot ook aan bij het doel van de observatie (een beeld geven/krijgen van deze praktijk), maar acht uur of langer observeren en rapporteren, is, zo bleek in de praktijk, erg lang en intensief om het op deze manier te doen. In de tweede observatieperiode heb ik de duur daarom ingekort tot gemiddeld zes uur per 'dienst'.

3.6.3. De geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf

Gedurende dit onderzoek heb ik de volgende technieken toegepast om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten.

Ik heb een reflectieve evaluatie (Creswell, 2013; DeWalt & Dewalt, 2011; Guba & Lincoln, 1989) geschreven waarmee ik inzicht heb willen geven in mijn rol als onderzoeker, zodat voor de lezer navolgbaar is hoe mijn voornemens in de praktijk tot uitdrukking kwamen.

Ik heb langer durende betrokkenheid met het te onderzoeken fenomeen gehad (Guba & Lincoln, 1989). De observatieperiode nam twee keer drie maanden in beslag, twee dagen per week, tussen de vijf en acht uur per dag. In die periode heb ik een realistisch, rijk en genuanceerd beeld kunnen krijgen van het dagelijks leven in deze context: met deze specifieke medewerkers en patiënten.

In dit onderzoek is vooral open geobserveerd met als doel om een beschrijving te kunnen maken van het werk. Ik was om dit te kunnen doen, bij alle vaste momenten aanwezig (maaltijden, groepsmomenten, koffie- en theedrinken, overleggen) die plaatsvonden. De herhaling daarvan (DeWalt & DeWalt, 2011; Guba & Lincoln, 1989) draagt bij aan het vergroten van de geloofwaardigheid. Sommige bijzondere gebeurtenissen (bijvoorbeeld een begeleide overplaatsing van een cliënt naar een andere instelling of het bezoek aan familie) vonden in de onderzoeksperiode echter maar één keer plaats. Om die reden konden ze niet verder uitgediept worden door het meerdere keren te beleven.

Triangulatie van data door verschillende bronnen, methoden en onderzoekers in te zetten (Creswell, 2013; DeWalt & DeWalt, 2011; Guba & Lincoln, 1989). Dit onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker. Tijdens de participerende observatie zijn meerdere 'bronnen' gebruikt doordat meerdere medewerkers en cliënten geobserveerd zijn en dit een zekere variatie heeft opgebracht: verschillen in manieren van werken. Er zijn ook meerdere onderzoeksmethoden ingezet: tijdens een focusgroepinterview met geobserveerde medewerkers zijn de observaties besproken en ter discussie gesteld.

Peer debriefing (Guba & Lincoln, 1989). Gedurende dit onderzoek heb ik met enige regelmaat informeel gereflecteerd op mijn ervaringen met een naaste collega. Kritische bevraging van de eigen rol is gebeurd door het schrijven van de procesverslagen van de participerende observatie, die met de promotor zijn besproken.

Negative case analysis, het actief zoeken naar uitzonderingen, gerelateerd aan het inzicht dat in ontwikkeling is. In deze onderzoeksperiode heeft dit niet plaatsgevonden, ik heb me voornamelijk beziggehouden met het beschrijven. Wel is daarbij vooral de variatie genoteerd. Het uitdelen van medicijnen dat ‘zonder bijzonderheden’ verliep (er wordt om de medicatie gevraagd, die wordt gegeven) is als handeling niet altijd genoteerd in de *field notes*. Daar waar dit soort momenten in mijn aanwezigheid variatie opleverden (langere contactname, bespreken van andere onderwerpen, ‘gedoe’) is hier wel een beschrijving van gemaakt.

Member checks (Creswell, 2013; DeWalt & DeWalt, 2011; Guba & Lincoln, 1989; Migchelbrink, 2014) zijn in de eerste onderzoeksperiode deels gedaan, als ik twijfelde over de interpretatie van hetgeen ik observeerde. In de tweede onderzoeksperiode is meer gebruikgemaakt van *collateral conversation*, waarin werkers zelf reflecteren op situaties die zich hebben voorgedaan. Daarnaast zijn delen van het materiaal besproken en bediscussieerd in de focusgroepbijeenkomst.

De generaliseerbaarheid van de studie wordt volgens Guba en Lincoln (1989) vergroot door rijke, beschrijvende data, zodat het oordeel over de passendheid of overeenkomst door anderen gemaakt kan worden die de bevindingen elders willen gebruiken. Hoewel deze observatie niet verricht is met het doel te generaliseren, heb ik met uitgebreide en diverse voorbeelden en illustraties rijke beschrijvende data willen presenteren, zodat de lezer op basis hiervan kan oordelen of deze bruikbaar zijn in een andere situatie.

Guba en Lincoln (1989) stellen dat het werk van de onderzoeker gecheckt moet worden door een externe, niet-geïnteresseerde auditor om een oordeel te geven over de deugdelijkheid van het werkproces (*dependability*) en de inhoud. De rol van kritische meelezer is in dit onderzoek ingenomen door de promotor.

3.7. Tot slot

Al met al heeft deze deelstudie een rijk, genuanceerd beeld van deze forensische praktijk opgebracht. Dat draagt bij aan het verkrijgen van inzicht in hoe relationeel zorg verlenen vorm krijgt in een complexe zorgpraktijk.

Door uitgebreid te reflecteren op de dataverzamelmethode, mijn rol als onderzoeker kritisch te beschrijven en beschouwen en de manier waarop de dataverzameling en -analyse heeft plaatsgevonden goed te beschrijven, heb ik de totstandkoming van dit beeld en de analyse daarvan navolgbaar willen laten zijn.

Nu zicht is verkregen op de klinische praktijk van relationeel zorg verlenen, zijn de vragen hoe ex-zorgontvangers terugkijken op deze ontvangen relationele zorg en hoe zij

de relationele zorg in de vorm van contact na behandeling (hebben) ervaren, relevant. Daarover gaat hoofdstuk 4.

3.8. Referenties

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010) (5th edition). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Anderson Publishing.
- Baart, A. (2001, derde vermeerderde druk 2011). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H. (2005). *Analysen in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boone, M., Althoff, M. & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom Juridisch.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 780-785.
- Creswell, J.W. (2013) (3rd edition). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DeWalt, K.M. & DeWalt, B.R. (2011) (2nd edition). *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Plymouth, MA: Altamira Press.
- Doyle, M. & Jones, P. (2013). Hodges' Health Career Model and its role and potential application in forensic mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 631-640.
- Doyle, P., Quayle, E. & Newman, E. (2017). Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies, *Aggression and Violent Behavior*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.06.008>
- Flick, U. (2014) (5th edition). *An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Geertz, C. (1973). Verkregen van <http://www/culturalstudiesnow.blogspot.nl/2012/05/clifford-geertz-thick-description.html>
- Gildberg, F.A. (2012). *Reconstructing normality – interactional characteristics of forensic mental health nursing*. University of Southern Denmark. PhD-thesis.
- Gillespie, M. & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of Forensic Nursing*, 5, 212-219.
- Glaser, B.G. (2008). The constant comparative method of qualitative analysis. *Grounded Theory Review*, 3(7).
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guest, G., Namey, E.E. & Mitchell, M.M. (2012). *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Helm, van der, G.H.P. (2011). *First do no harm*. Ph.D.-thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hubert, J. & Hollins, S. (2007). Ethnographic research in closed institutions: ethical issues. *Research Ethics Review*, 3(4), 122-126.
- Kumar, R. (2014) (4th edition). *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mack, N., Woodsong, S., MacQueen, K.M., Guest, G. & Namey, E.E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: SWP.

- Niebieszczanski, R.J., Dent, H. & McGowan, A. (2016). 'Your personality is the intervention': a grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 419-442. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1134626>
- Patton, M.Q. (2015) (4rd edition). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G.J. & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>
- Stams, G.J.J.M. & Van der Helm, P. (2017). What works in residential programs for aggressive and violent youth? Treating youth at risk for aggressive and violent behavior in (secure) residential care. In P. Sturmey (Ed.), *The Wiley Handbook on Violence and Aggression*. Wiley-Blackwell.
- Wartna, B.S.J., Alberda, D.L. & Verweij, S. (2013). *Wat werkt in Nederland en wat niet?* Den Haag/Meppel: Boom Lemma Uitgevers.

Hoofdstuk 4

‘Ik weet zeker dat ze trots op me zijn...’

De waarde en betekenis van relationele zorg voor ex-zorgontvangers

4.1.	Inleiding	114
4.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	114
4.2.1.	Onderzoeksdoel	114
4.2.2.	Onderzoeksdesign: narratief onderzoek	115
4.2.3.	Dataverzamelingsmethode en inclusie	116
4.2.3.1.	<i>Dataverzameling</i>	116
4.2.3.2.	<i>Topics dataverzameling</i>	116
4.2.3.3.	<i>Inclusie</i>	117
4.2.4.	Ethische aspecten	118
4.2.5.	Methode van data-analyse	119
4.2.5.1.	<i>De totstandkoming van de narratieven</i>	119
4.2.5.2.	<i>Thematische analyse</i>	120
4.2.6.	Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek	120
4.3.	De narratieven	121
4.4.	Analyse	146
4.4.1.	Introductie	146
4.4.2.	Eerdere zorgervaringen, voorafgaande aan de FPK	147
4.4.2.1.	<i>Fragmentatie</i>	147
4.4.2.2.	<i>Eer, teleurstelling en onrecht</i>	148
4.4.2.3.	<i>Overzicht en boomstructuur ‘ervaringen met zorgtrajecten’, voorafgaand aan de FPK</i>	150
4.4.3.	Terugblik op de behandeling en begeleiding in de FPK	154
4.4.3.1.	<i>Het ongewone leven wordt gewoon gemaakt</i>	154
4.4.3.2.	<i>Amsterdam</i>	156
4.4.3.3.	<i>Grenzen: meebewegen, ruimte en de-escaleren</i>	156
4.4.3.4.	<i>Het effect van de fysieke omgeving</i>	158
4.4.3.5.	<i>Overzicht en boomstructuur ‘ervaringen bij FPK Inforsa’</i>	159
4.4.4.	Persoonlijke en sociale ontwikkeling: wat brengt je verder in het leven?	163
4.4.4.1.	<i>Herstel</i>	163
4.4.4.2.	<i>Kijk op ziekte en medicatie</i>	165
4.4.4.3.	<i>Toekomstperspectief: een eigen plek, samen met iemand en iets omhanden</i>	168
4.4.4.4.	<i>Overzicht en boomstructuur ‘persoonlijke en sociale ontwikkeling’</i>	169
4.4.5.	Contact na behandeling	173
4.4.5.1.	<i>Bezoekjes en telefoontjes</i>	173
4.4.5.2.	<i>Initiatief</i>	174
4.4.5.3.	<i>Inhoud en ervaring</i>	175
4.4.5.4.	<i>Op bezoek in de kliniek</i>	176

4.4.5.5. <i>Betekenis van het houden van contact</i>	177
4.4.5.6. <i>Overzicht en boomstructuur 'betekenis contact na behandeling'</i>	177
4.5. Conclusie en discussie	179
4.6. Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	182
4.6.1. Evaluatie van het onderzoeksproces: reflectie op mijn rol als onderzoeker	182
4.6.2. Op pad – de ervaringen van de onderzoeker	183
4.6.3. Beperkingen	184
4.6.4. Geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf	185
4.7. Tot slot	187
4.8. Referenties	187

4.1. Inleiding

In dit deelonderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal: wat betekent relationele zorg tijdens de opname en bij het houden van contact na behandeling voor (ex-)cliënten (wat is de waarde/opbrengst voor hen)?

Het onderzoeksdesign en de methodologie van de dataverzameling en data-analyse worden in paragraaf 4.2. toegelicht. Daarna volgen de resultaten van het onderzoek en een analyse hiervan. De presentatie van de resultaten vindt plaats in de vorm van negen 'portretten', de narratieven die ik heb samengesteld op basis van de interviews (paragraaf 4.3.). Dit is een vorm van narratieve analyse. Daarnaast is op basis van het ruwe materiaal een thematische analyse gemaakt. Die is opgenomen in paragraaf 4.4. Na de conclusies van deze deelstudie en de discussie (paragraaf 4.5.), volgt een uitgebreide terugblik op dit deelonderzoek, met een reflectie op mijn rol als onderzoeker, mijn ervaringen en de beperkingen van deze studie.

4.2. Methodologie van dit deelonderzoek

4.2.1. Onderzoeksdoel

In deze multiple-casestudy (Verschuren & Doorewaard, 2007) zal een deel van het levensverhaal en de zorggeschiedenis van de zorgontvanger centraal staan. Het draait dus om de ervaring: het is de ervaring die geleefd is en in deze studie verteld en herverteld zal worden. Deze ervaringen zijn persoonlijk en gevormd door tijd, persoonlijke en sociale omstandigheden en spelen zich af op verschillende plekken. Om de waarde en betekenis van relationele zorg te begrijpen, moet deze zorg geplaatst worden in de biografie en de eerdere zorgervaringen van de zorgontvanger. Daarmee hoop ik meer zicht te geven op de betekenis van het geleefde leven en meer specifiek de betekenis van de zorg(geschiedenis) voor de zorgontvanger. Dat werpt licht op de waardering van relationele zorg.

In dit deelonderzoek wil ik antwoord geven op de vraag wat de relationele manier van werken tijdens de opname en bij het houden van contact na behandeling voor zorgont-

vangers betekent en dan met name in de context van het leven en de eerdere hulpverleningsgeschiedenis van betrokkene. Het deelonderzoek kent twee doelen. Het eerste doel is het leveren van een bijdrage aan inzichten in de praktijk, omdat de studie poogt een gedetailleerd beeld te geven van de ervaring met de zorg en de betekenis van zorg vanuit de biografieën van de zorgontvangers. Het tweede, bijkomende, doel is het geven van een 'stem' aan de zorgontvanger om in zijn woorden en taal zijn verhaal te vertellen. Dit perspectief is tot op heden onderbelicht in de forensische zorg. Er is betrekkelijk weinig onderzoek naar gedaan. Ook het beïnvloeden van beleid door het geven van een stem aan en in beeld brengen van de zorgontvanger, is in de forensische zorg nog geen gemeengoed. Vanuit de ggz en kennisinstituten worden op dit gebied wel vernieuwende onderzoeken gedaan en (beleids)publicaties geschreven (bijvoorbeeld Boertien & Van Rooijen, 2011; Boevink, 2009; Boevink, 2017; Boumans, 2012; Weerman, 2016).

4.2.2. Onderzoeksdesign: narratief onderzoek

Bij narratief onderzoek zijn de kernvragen: hoe kan dit narratief (verhaal) geïnterpreteerd worden om het leven en de cultuur waarin het ontstaan is, te belichten en begrijpen? Wat onthult dit narratief of verhaal over de persoon en de wereld waar hij vandaan komt? (Patton, 2015, p. 128). Narratief onderzoek richt zich op het begrijpen van de geleefde ervaring via verhalen (Clandinin & Huber, 2010). Connelly en Clandinin (2006 in Clandinin & Huber, 2010, p. 2) geven de volgende omschrijving:

People shape their daily lives by stories of who they and others are and as they interpret their past in terms of these stories. Story, in the current idiom, is a portal through which a person enters the world and by which their experience of the world is interpreted and made personally meaningful. Narrative inquiry, the study of experience as a story, then, is first and foremost a way of thinking about experience. Narrative inquiry as a methodology entails a view of the phenomenon. To use narrative inquiry methodology is to adopt a particular view of experience as phenomenon under study.

Narratief onderzoek, een vorm van kwalitatief onderzoek, kent een aantal unieke eigenschappen, die in samenhang gezien en verkend moeten worden (Clandinin, Pushor, & Murray Orr, 2007). Ten eerste hebben narratief onderzoekers het verhaal als focus. De ervaringen worden chronologisch herordend rondom reeksen van gebeurtenissen (Elliott, 2005; Visse, 2014). Vervolgens draait het bij narratief onderzoek vooral om specifieke of particuliere kennis: tijd-, plaats- en contextgebonden (Clandinin et al., 2007; Clandinin & Huber, 2010; Visse, 2014). De verhalen zijn betekenisvol voor de vertellers en voor de ontvangers (Elliott, 2005). Een derde kenmerk is dat narratief onderzoekers specifieke opvattingen hebben over de relatie tussen de onderzoeker en degene die deelneemt aan het onderzoek (Visse, 2014, p. 18). Narratieven zijn sociaal, in de zin dat ze geproduceerd worden voor een specifiek publiek (Elliott, 2005; Loh, 2013) en de ervaring wordt onderzocht in een samenwerking tussen onderzoeker en participanten (Clandinin & Connelly, 2000).

Narratief onderzoek is zelden verklarend van aard. Naast veel beschrijvend onderzoek heeft narratief onderzoek wel vaak een emancipatoire doelstelling, gericht op een stem geven aan ontbrekende of gemarginaliseerde verhalen of op het genereren van nieuwe of alternatieve verhalen. Verhalen worden dan ingezet als vehikel voor sociale of persoonlijke verandering (Sools, 2012, p. 27).

In dit onderzoek zal ik de nadruk van Clandinin en Huber (2010) gebruiken: het begrijpen van de geleefde ervaring via verhalen. Uit de verbanden die iemand (zelf) legt, wordt de betekenis gereconstrueerd door de onderzoeker. Ik doe dat door narratief biografisch onderzoek (Creswell, 2013). Om de waarde en betekenis van relationele zorg te begrijpen, plaats ik deze zorg in de biografie van de zorgontvanger. Daarmee hoop ik meer zicht te geven op de betekenis van het geleefde leven en op de zorggeschiedenis en waardering van relationele zorg. In dit deelonderzoek worden de verhalen gepresenteerd in de vorm van narratieven en maak ik een analyse op specifieke thema's.

4.2.3. Dataverzamelmethode en inclusie

4.2.3.1. Dataverzameling

Dataverzameling vindt in deze studie plaats door het houden van interviews met participanten. De interviews zullen worden opgenomen en verbatim uitgewerkt.

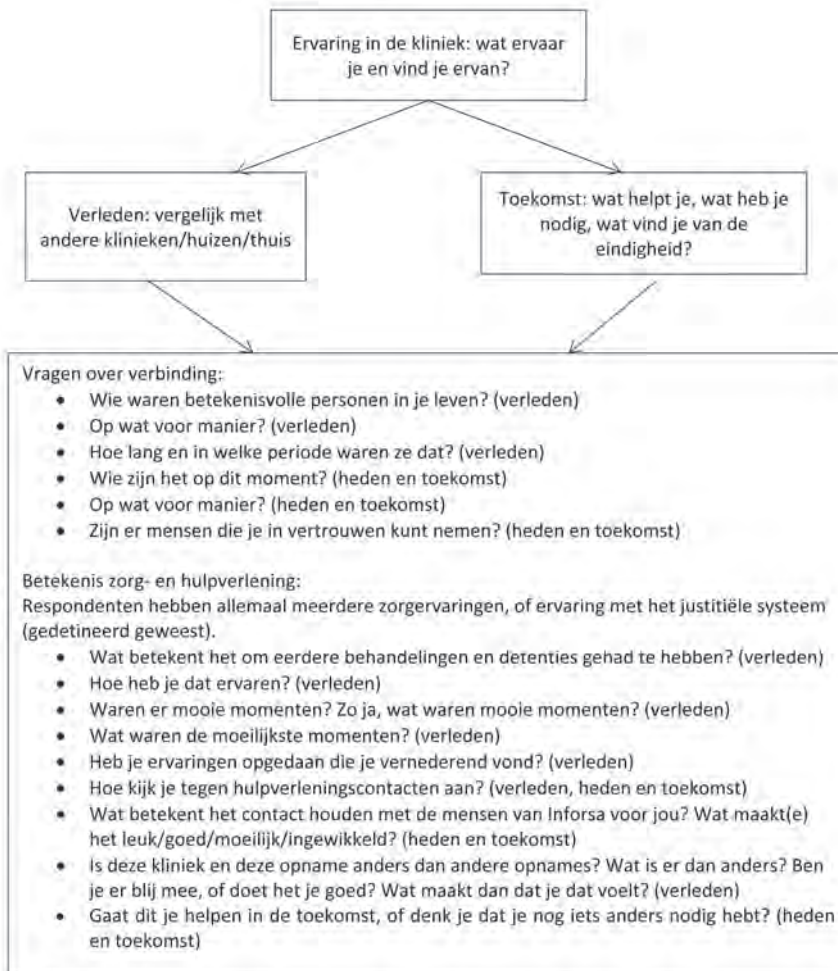
Een belangrijk aspect bij de dataverzameling is de draagkracht van de participanten. Zij hebben te kampen (gehad) met (chronische) psychiatrische problematiek die het dagelijks functioneren niet altijd makkelijk maakt. Medicatiegebruik (metwerkingen en bijwerkingen die invloed hebben op het functioneren – minder stemmen horen, maar ook minder energie hebben bijvoorbeeld) is eerder regel dan uitzondering. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de duur van de interviews. Dit betekent dat de vraagstelling in de interviews enigszins gericht moet zijn. Hollway en Jefferson (2000) beschrijven de volgende in dit onderzoek bruikbare elementen bij de dataverzameling.

- Allereerst moet het gesprek plaatsvinden in alledaagse taal. De vragen moeten simpel zijn en aansluiten bij de ervaringen van de participant;
- Breed genoeg om de participant de mogelijkheid te geven om een/het verhaal te vertellen;
- Naar specifieke tijden of situaties vragen kan helpen, zonder gefocust te zijn op de interesse van de onderzoeker.

4.2.3.2. Topics dataverzameling

Het frame van waaruit deze narratieve studie gedaan wordt, is wat relationeel werken kan betekenen gelet op de komaf, de persoonlijkheid en het verleden van hulp en opnames van de zorgontvanger. De topics die aan de orde komen, zijn door mij geordend in een boomstructuur, die ik hieronder zal weergeven (Figuur 1). Er wordt begonnen met de ervaring in de kliniek. Daaronder liggen twee sporen. Enerzijds naar het verleden: het vergelijk met andere opnames. Anderzijds naar de toekomst: wat heb je nodig en wat is je zorgbehoefte? Onder deze twee sporen ligt een groot aantal vragen. Waar, wanneer en de manier waarop deze vragen in de interviews gebruikt worden, is afhankelijk van het verloop van het in-

terview. De vragen zijn daarmee ook een soort *sensitizing concepts*, ze helpen de focus van de onderzoeker en worden daar waar passend in de lijn van het interview ingezet. Ze zijn dus in de interviews losjes gehanteerd en niet als gestructureerde vragenlijst gebruikt. Het interview moet zo veel mogelijk de vorm krijgen van een gesprek, waarin ik 'het spoor' van de geïnterviewde volg zonder een mening te hebben over de inhoud die aangereikt wordt.



Figuur 1. Boomstructuur topics dataverzameling

4.2.3.3. Inclusie

Voor dit onderzoek zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd.

- Een korte juridische titel (twee jaar of minder) is het eerste inclusie criterium. Het onderzoek gaat om het zicht krijgen op de betekenis van deze manier van werken binnen

het leven en de vele eerdere hulpverleningsgeschiedenissen en de mogelijke fragmentatie (zie hoofdstuk 2).

- Een volgend criterium is dat deelnemende ex-cliënten op de leefgroepen waar de participerende observatie heeft plaatsgevonden ook op soortgelijke afdelingen hebben verbleven.
- Na een eerste groep van vier zorgontvangers zijn op basis van de eerste analyse nog vier zorgontvangers toegevoegd aan de deelstudie, zodat er een brede multiple-casestudy is van acht zorgontvangers met verschillende achtergronden en ervaringen.

De participanten in deze deelstudie zijn eerst benaderd door een bekende, oud-(persoonlijk) begeleider van de FPK. Deze heeft gevraagd of betrokkene bereid was mee te werken aan dit onderzoek. Bij bevestiging kreeg ik het telefoonnummer en belde ik met betrokkene om uitleg te geven en een afspraak te maken. De participant bepaalde de locatie van het interview. In alle gevallen spraken we thuis bij betrokkene of op de plek waar iemand op dat moment verbleef af. Na het telefonisch contact kregen participanten nog een brief toegestuurd met daarin de datum van de afspraak, schriftelijke toelichting op het onderzoek en mijn contactgegevens. Deelnemers hebben na afloop van het interview een cadeaubon ontvangen van € 20 als blijk van dank voor hun deelname. Dit was op voorhand niet bij de participanten (of oud-begeleiders die hen belden) bekend.

Naar aanleiding van één interview ontstond de mogelijkheid om ook naastbetrokkenen (de ouders) van een van de participanten te interviewen. Omdat hun verhaal ook interessant kan zijn in het licht van het bezien van ervaringen van zorgontvangers, heb ik deze mogelijkheid benut. Het onderzoek kent daarmee tien participanten, die gerepresenteerd worden in negen narratieven (het perspectief van het ouderpaar is opgetekend in een narratief).

4.2.4. Ethische aspecten

Alle participanten hebben mondelinge en schriftelijke informatie gekregen over het onderzoek (zie bijlage 2) en het bewaren van de data (vijf jaar na afloop van de promotie-datum wordt alles vernietigd). Tot deze interviews en transcripties hebben derden zonder zwaarwegende reden geen toegang.

Medewerking aan het onderzoek is vrijwillig en deelnemers hebben de mogelijkheid om zich op elk moment, ook na afloop van het onderzoek, zonder opgaaf van reden terug te trekken. Voorafgaand aan het interview tekenden respondenten een *informed consent*. De narratieven zijn opgestuurd (per e-mail of post) aan elke betrokkene. Daarna heeft telefonische afstemming plaatsgevonden over de inhoud, waarbij deelnemers wijzigingen konden aanbrengen. Ook is op dat moment gevraagd of respondent akkoord was met integrale plaatsing van dit narratief.

4.2.5. Methode van data-analyse

4.2.5.1. De totstandkoming van de narratieven

Analyse en interpretatie van de data gebeurden aan de hand van de door Visse (2014) beschreven stappen van het hermeneutisch narratief analyseren. De narratieve hermeneutiek ziet gebeurtenissen niet met op zichzelf staande betekenis, maar ze krijgen betekenis in de context van een mensenleven, doordat je in bepaalde situaties of met bepaalde mensen bent (Visse, 2014, p. 19). Nieuwe ervaringen maken ook dat interpretaties vervormen en veranderen en ook dat betekenisgeving verandert. Dit doet recht aan de tijdelijkheid en subjectiviteit van het narratief, maar door het betrekken van de context kan mogelijk meer geleerd worden dan de singuliere ervaring. Visse (2014) beschrijft vijf fasen van analyseren, die een samenvoeging zijn van het werk van Riessman en McCormack. Ik vermeld onderstaand alleen de stappen die ik heb gezet in het narratief analyseren.

Fase 1. Actief luisteren

De eerste analysefase kenmerkt zich door 'actief luisteren' naar de tekst van het interview (het transcript of een andere databron). Actief luisteren naar de tekst betekent dat de onderzoeker via verschillende blikrichtingen een relatie aangaat met de tekst. Gekeken is met de volgende blikrichtingen:

- *Blik op karakters* (wie zijn bij de ervaringen van de verteller betrokken?);
- *Blik op narratief proces* (wat volgens haar of hem wordt gezegd (inhoud), hoe dit wordt gezegd (discours));
- *Blik op context, plaats en tijd* (wanneer en waar);
Aard en verloop van gesprek en transcript (hoe komt het gesprek en transcript als geheel over en geeft dit nog een indicatie van belangrijke momenten?).

Fase 2. Gedetailleerde analyse

Na het lezen van een transcript via bovenstaande blikrichtingen heb ik gelet op:

- Begin, midden en eind van verhalen in het transcript;
- Groepen van woorden of zinnen die iets zeggen over de relatie tussen identiteit en maatschappij (let bijvoorbeeld op woorden als 'natuurlijk' of 'normaal');
- Tegenstellingen;
- Verschillen tussen handelen/beleven/vinden/waarnemen;
- Woorden die vaak worden herhaald;
- Woorden die onbetwiste kennis representeren (bijvoorbeeld 'je weet wel');
- Stiltes, valse starten;
- Het volume.

Fase 3. Selectie van fragmenten

De selectie en ordening van fragmenten vindt plaats volgens datgene wat uit de eerste analysefasen naar voren kwam: belangrijke momenten, plekken en tijd, inhoudelijke thema's, het perspectief of de aard van het verloop van het vertelde. De fragmenten zijn chronologisch geordend.

Fase 4. Optekenen

In deze fase tekent de onderzoeker het verhaal op. In deze fase komen alle voorgaande fasen samen. In deze fase wordt het verhaal voorgelegd aan de respondent, met de vraag of hij/zij zich erin herkent. De respondent wordt uitgenodigd aan te vullen en/of te wijzigen, zodat het verhaal zo goed mogelijk aansluit bij zijn/haar ervaringen. Dit kan in de vorm van een tweede interview of schriftelijk.

Fase 5. Check met origineel, kwaliteit, afstemmen en afronden

In de laatste fase wordt het originele materiaal (het transcript en de bandopname) nogmaals gelezen en beluisterd, vergeleken met het gereconstrueerde verhaal en indien nodig wordt het verhaal aangescherpt.

4.2.5.2. Thematische analyse

Naast het ontwikkelen van de narratieven is het materiaal geanalyseerd op de ruwe data om de deelvraag van dit onderzoek, de waarde en betekenis van relationele zorg voor de zorgontvanger, thematisch te beantwoorden. Deze thematische analyse is zowel theoriegestuurd als inductief (Braun & Clarke, 2008). Theoriegestuurde thematische analyse vindt plaats op onderwerpen als ‘contact na behandeling’ en ‘relationele zorg’, waar op basis van theorie en eerder werk in dit onderzoek kennis over is opgedaan. Inductieve analyse betekent dat onderwerpen uit de data zelf naar voren komen. Deze thematische analyse is gedaan met behulp van het programma Microsoft Excel. Eerst is open gecodeerd (Boeije, 2005, p. 85), waarna in een tweede en derde ronde specifieke codes zijn toegekend om de betekenis te achterhalen (axiaal coderen, Boeije, 2005, p. 98).

Samenvattend zijn de volgende analysestappen in dit deelonderzoek gezet:

1. Verbatim transcriberen van interviews (en check door tweede onderzoeker);
2. Narratief samenstellen op basis van vijf fases Visse (resultaat: negen narratieven);
3. Verbatims coderen en thematisch analyseren (resultaat: thematische analyse).

4.2.6. Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek

De interne validiteit (accuraatheid en daarmee geloofwaardigheid van de resultaten) bij narratief onderzoek draait om de vraag: ‘Komen de stem van de respondent en die van de onderzoeker op een vergelijkbare wijze terug in het verhaal als tijdens het interview het geval was?’ (Visse, 2014, p. 24). Onder narratieve onderzoekers zijn twee perspectieven op de relatie tussen het gebruik van narratieve interviews en de interne validiteit van de verkregen informatie. 1) Sommige onderzoekers gebruiken narratieve interviews omdat die de participant een stem geven en diens ervaring niet gefragmenteerd naar voren komt. Dit impliceert dat nadruk leggen op het individuele verhaal meer accuraat en geloofwaardig is dan gestructureerde interviews met een gestandaardiseerde set vragen (Elliott, 2005). 2) Andere narratieve onderzoekers benadrukken echter dat verhalen nooit simpele feitenweergaven zijn. Ze geven betekenis en vervormen daarmee ook de ervaringen.

De scope, het specifieke van de beschrijvingen en de vraag of de verhalen generaliserend gebruikt kunnen worden, betreft de externe validiteit (Elliott, 2005). De kracht van

kwalitatief onderzoek is dat het de onderzoeker de mogelijkheid geeft een dieper en rijker beeld te krijgen van wat zich afspeelt in een specifieke setting. Daarmee is kwalitatief onderzoek echter niet geheel ongeneraliseerbaar. Naast inzicht in individuele ervaringen kan er ook zicht ontstaan op het culturele kader waarin mensen betekenis aan hun leven geven. Op die manier kan het onderzoek begrip ontwikkelen over betekenis in een gemeenschap (Elliott, 2005, p. 28).

Het doen van *member checks* (Lincoln & Guba, 1985) is belangrijk voor vertrouwenwekkend onderzoek. De kijk van de mensen in het veld, de deelnemers en andere onderzoekers levert een breder begrip op van dat wat in het onderzoeksveld gebeurt. Het draagt bij aan het verminderen van interpretatiebiases door de onderzoeker. *Member checking* levert ook een bijdrage aan twee andere aspecten van vertrouwenswaardigheid, namelijk de waarschijnlijk en de bruikbaarheid van het onderzoek. De waarschijnlijkheid (*verisimilitude*) is een kwaliteitscriterium dat gaat over de aannemelijkheid. Het moet geloofwaardig zijn en overtuigingskracht hebben (Loh, 2013; Visse, 2014). Goede narratieven geven inzicht, roepen empathie en sympathie op en helpen in het begrijpen van de subjectieve wereld van anderen, zegt Loh (2013). Het resultaat moet plausibel zijn voor de gebruikers van de studie en daar wordt de techniek van member check ook voor gebruikt.

De vraag naar de bruikbaarheid van de studie is een volgend punt bij narratieve studies. Is de studie relevant in het veld waarin ze plaatsvindt? Eisner (1998 in: Loh, 2013) formuleerde drie criteria om de bruikbaarheid van een studie te testen. 1) Helpt de studie een situatie te begrijpen die anders verwarrend of moeilijk te begrijpen was? 2) Geeft de studie beschrijvingen en interpretaties die verder gaan dan feitelijke informatieverstrekking? En 3) fungeert de studie als een 'gids': legt de studie uit en geeft ze een richting, die het inzicht van de lezer verdiept, verbreedt en helpt begrijpen? De bruikbaarheid van een studie wordt ook vergroot door de coherentie: de verschillende onderdelen van interpretatie moeten een betekenisvol geheel vormen (Lieblich et al., in: Visse, 2014).

4.3. De narratieven

Thijs

(40 jaar)

Na mijn middelbare school heb ik een jaar op Hawaï gewoond. Dat was het mooiste jaar uit mijn leven. Ik was zestien, toen was ik klaar met de havo. En ik wist helemaal niet wat ik wilde worden, dus ik had me opgegeven voor een jaar Amerika. Dat had mijn moeder 23 jaar daarvoor ook gedaan en dat was goed bevallen, dus ik kreeg die mogelijkheid. En toen werd ik uitgekozen om als eerste Nederlandse uitwisselingsstudent naar Hawaï te gaan. Er waren twee gezinnen daar die mij hadden gekozen. Eén daarvan is het geworden. Ik deed het laatste senior-year highschool. Ik praatte Pidgin, dat Hawaïaanse slang. Dat was een heel leuk jaar. Ik heb heel veel gesport. Ik kwam in een American football team, als kicker, degene die de ballen moet schoppen tussen die palen. Ik was veel keeper geweest in Nederland. Dus ik kon wel een bal schieten. Maar dan kom je dat veld oplopen met zo'n helm en van die schouder-

bescherming en overall bescherming. En die gasten die willen jou echt pakken, die willen jou keihard onderuithalen en dan voel je wel die spanning en dan moet je, dan is die bal tussen die palen schoppen een stuk moeilijker. Maar het ging wel goed. En toen kwam ik in de krant en toen was ik populair. Kwam ik in de krant, ik heb dat stukje nog ergens, ik weet niet waar. [Achternaam] kicks off far away from home, stond er.

Terug in Nederland heb ik allerlei studies gedaan. En me beziggehouden met internet-marketing. Dat was toen net in opkomst. Daar heb ik in geïnvesteerd, maar dat kwam negatief in het nieuws. Ik heb daar veel geld mee verloren. Toen zijn er nog wel een aantal dingen gebeurd. Mijn ouders gingen scheiden, een goede vriend had zelfmoord gepleegd en mijn moeder kreeg later nog borstkanker, dus dat was best wel veel. Toen werd ik depressief. Ik zag het niet meer zitten. Ik had er geen zin meer in. Ik vond het allemaal niet meer waard. Toen heb ik twee jaar op een zolderkamer gezeten. Heb ik helemaal niemand gezien. Ik was wel eenzaam, ja. Maar goed, ik wou niet meer leven, joh. Ik zag het niet meer zitten. Had ik ook tegen de dokter gezegd... In 2002 ging ik hulp zoeken. Want mijn familie had gezegd: 'Je hebt professionele hulp nodig.' Dan ga je in goed vertrouwen daar naartoe, niet wetende dat het zo tegenvalt. En dat je ermee in aanraking blijft. Gedwongen. Dat is nog wel het vervelendste. En het is nu 2016, dus ik zit al veertien jaar aan de psychiatrie vast. En het is pas van de laatste twee jaar dat ik het een beetje naar me zin heb. Nou ja, laatste twee jaar, het laatste jaar. 2015 zat ik vast, dus dat was niet zo eh... dat het goed gaat.

Ik kwam in 2002 in de psychiatrie terecht en toen kwam ik er niet meer uit. Dat was het rare. En het meest vreemde was dat ik daar twee dagen zat, en ik was zo depressief al een aantal jaar, dat ik helemaal apathisch was geworden, en toen had ik nog geen gesprek gevoerd met een psychiater en bij het eerste gesprek met een psychiater zaten twee mensen en mijn moeder en een begeleider. En toen zegt dat mens, die had ik nog nooit gezien, zegt 'ik heb het vermoeden dat je schizofreen bent'. Nou! En toen kwam ik uit die apathie want daar schrok ik van, ik zeg 'nou mevrouw, met zo'n gestigmatiseerde diagnose ga ik niet leven'. En ik zei het ook best wel een beetje boos. En ik keek haar boos aan. En toen zegt ze, toen kapte ze het gesprek af, was ze gepikeerd dat ik boos werd om die term en ze, toen kwam er in het dossier te staan 'schizofreen' en toen was ik ook nog paranoïde schizofreen en werd ik voor me hele leven afgekeurd.

En ik heb daar [in de psychiatrie] onrecht gezien. Ja, daar word je boos van, want ik kan niet tegen onrecht. Ik word zo gauw boos, joh. Maar als ik boos word, ik mag niet boos worden, maar als ik onrecht zie, word ik boos. Maar als ik boos word, worden mensen bang. En als mensen bang zijn, is angst de raadgever en dan doen ze altijd foute dingen. En daar ben ik de dupe van. Als ik boos word, dan worden mensen bang. En dat is niet de bedoeling en dat vind ik ook helemaal niet leuk, maar dat gebeurt. En sommige mensen doen er iets wijs mee, maar de meeste mensen die bang worden, die laten zich door angst regeren. En angst is een slechte raadgever. Dat is wel een feit.

Net als die psychiater bij dat eerste gesprek dat ik boos word en haar boos aankijk, dat ze zegt van 'ik rond het gesprek af' en ze schrijft het klakkeloos in het dossier en je hebt een stempel voor het leven van dat FACT-team dat je helpt, die wil graag dat je bij hun blijft want dan krijgen ze betaald van de verzekering en ondertussen houden ze hun diagnose in stand. En je kan er maar niet onderuit. En er komt elke keer een nieuwe psychiater. Deze heb ik dan al een

tijdje en het is best een sympathieke vent, maar ga nou niet beginnen bij hem dat je niet die diagnose hebt, want het staat in het dossier. En het staat erbij wat ervoor is geschreven omdat je het er niet mee eens was: 'geen ziektebeeld-inzicht'. Zeg ik: 'Ja serieus? Omdat ik niet met jullie mee wil gaan in die gekkigheid heb ik geen ziektebeeld-inzicht?' Wie kent mij beter dan mijzelf, ik toch?

Nou, ik ben wel vaker gesepareerd. Maar ik ben voor één biertje vijf dagen gesepareerd. Nou, dat vind ik vernederend. En ik ben ook wel, daarvoor ben ik, was ik niet vaak, heb ik, ik heb een keer de deur ingetrapt van die afdeling, was ik het zo zat, liep de spanning zo op en de begeleiding die liep mee te doen en die zaten lekker veilig in hun hokkie en wij moesten het met elkaar zien te rooien, toen heb ik de deur ingetrapt van die afdeling want dat was een oude houten deur en toen ben ik naar buiten gegaan. Toen ben ik naar mijn opa gegaan en toen stond ik op de telex, maar ze durfden niet bij m'n opa naar binnen, dus toen heb ik een nachtje bij m'n opa geslapen en de volgende dag moest ik de separeercel in...

Want omdat hun in een machtspositie zitten omdat ze iets tegen mij kunnen doen, ja, ben ik daar elke keer de dupe van. Terwijl je een heel liefdevol persoon bent. En eigenlijk geen vlieg kwaad doet. Maar omdat je pech hebt gehad, heel veel pech hebt gehad, en bestempeld bent, word je eigenlijk dag in dag uit vernederd. En klein gehouden. En je wordt er murw van, van het onrecht. Dus dan heb je op een gegeven moment ook geen zin meer om wat te betekenen voor een ander. Behalve dan in je eigen kring.

Ja... het [de periode bij Inforsa] was geen fijne tijd ... maar goed... ik heb eh... ze waren altijd in voor een potje tafeltennis bijvoorbeeld. Ook al was ik daar niet altijd voor in, maar de meesten waren wel in voor een potje tafeltennis, vond ik leuk. Ze waren altijd aanspreekbaar, vond ik prettig. Als ik bij dat hok van ze kwam, als dat open was werd je altijd heel snel geholpen. Je hoefde tenminste niet te wachten en beetje voor gek staan. Dat gebeurde bij [die andere instelling] ook vaak. Sta je daar te wachten bij dat hok en dan hadden ze de grootste lol en dan stond jij daar maar te wachten op je medicatie. Maar dat gebeurde bij Inforsa niet. Dat was wel beter. En ik vond het sowieso, dat moet ik ook eerlijk zeggen, dat zullen Feyenoorders niet leuk vinden om te horen, maar ik vond de Amsterdamse sfeer die er heerste, die vond ik prettiger als wat ik hier gewend was. Mensen waren opener, en eh... in voor een geintje. Makkelijk aanspreekbaar. En opener. Ik heb maar weinig dat mensen naar mij openen. Dus dat ze uit zichzelf wat spontaan zeggen of zo. Bij Inforsa, ook omdat ik opgesloten zit, maar kwamen zowel begeleiding als cliënten regelmatig op mij af en openden ze en dan, als iemand naar mij opent, open ik ook... En dat vond ik, dat vond ik leuk.

Nou, sommigen zaten wel eens op het balkon te roken en dat is toch een goeie manier om een beetje contact te krijgen. En dan zaten, sommigen rookten ook niet maar die zaten ook op het balkon omdat het een mooie zomer was en dan kon je ook vragen voor een gesprek. Dan ging je even naar een kamertje en dan kon je privé een gesprek houden, ja, dat was ook wel serieus, waar het over ging. En dat kon met iedereen. Want ook die meid die zoveel aandacht eiste, die kreeg veel aandacht. Viel mij op. En dan allemaal best wel, nou, dat mag ik best wel zeggen, best wel liefdevolle aandacht. En ik zeg ook, daarbij weer, [die andere instelling] daar was geen liefdevolle aandacht.

Zowel de gevangenisstraf als Inforsa, als [de instelling waar ik daarna naartoe ging] hebben allemaal wel hun best gedaan, maar ik ben er nou niet door geholpen. Ik heb dat eigenlijk meer zelf moeten doen, zelf gedaan. Ik heb het allemaal zelf moeten doen.

Ik vind dat gezellig hoor, als ze [Inforsa] langskomen. Ik ga niet naar ze toe. Daar is de band niet sterk genoeg voor, denk ik. Maar goed, op een gegeven moment houdt het denk ik ook op. Ja... Ik weet het niet. Als ze bellen, ik bel zelf niet, ze zeggen wel elke keer 'je kan bellen als er wat is', dat is ook wel vriendelijk, maar ja, ik zou niet weten waar ik ze voor moet bellen, joh. Want als ik een praatje wil, ga ik wel naar de Schakel, of ik zoek een van m'n vrienden op, via de telefoon, dus ik zou niet weten waar ik ze voor moet bellen. Maar meestal is het Dieuwertje die belt. En dat vind ik hartstikke leuk. Ze zijn altijd welkom in ieder geval.

Ik heb er heel lang moeite mee gehad dat ik niet kon werken, omdat ik ook een Westlandse achtergrond heb en daar is werken zo'n beetje heilig, maar vandaag de dag, omdat ik het gewoon naar me zin heb en niet eens echt ongelukkig ben, vermaak ik me wel. Ik ga ook niet meer werken. Dat ben ik niet van plan. Ze hebben mij zoveel onrecht aangedaan. Ik ga voor deze maatschappij helemaal niks meer betekenen, behalve dan mezelf zijn...

Tsjongejonge, zo is het gegaan. Maar gelukkig, de tijd heelt alle wonden... Ik voel me gewoon normaal. En dan ben ik niet schizofreen, ik heb alleen een aantal psychoses gehad. En daar ben ik gevoelig voor. Dat mag niet meer gebeuren. Ik ben altijd wel positief gebleven. Dat moest ook wel. Ja. En ik ben veertig. Nou, de meeste schatten me jonger, dus dat doe ik ook wel goed. Nou nog een leuke vriendin, dan vind ik het wel best. Maar ik weet ook niet wat ik mis, hoor. Want ik heb pas sinds, ik heb nooit samengewoond en ik heb al sinds mijn twintigste geen vriendin, dus mijn halve leven al, dus ik weet ook niet wat ik mis. Het lijkt me wel leuk.

Chantal

(31 jaar)

Ik kom uit een gezin met nog twee zusjes en een broertje. Mijn vader zie ik niet meer. Mijn moeder woont samen met mijn stiefvader, die ik mijn vader noem.

Ik ben al vanaf mijn veertiende uit huis. Ik zal heel eerlijk tegen je zijn. Toen ik veertien was heb ik mijn moeder beschuldigd van mishandeling, dat ze me allemaal met messen stak en zo. Dat is helemaal niet waar geweest. En ik geloofde hele andere dingen dan normale mensen. Ik dacht dat prinses Diana mijn moeder was. Was ik helemaal van in de ban. En nu heb ik zo'n spijt tegen mijn moeder dat ik haar zoveel pijn heb gedaan. Maar zij zegt: 'Chantal, je was ziek, daar kun je niks aan doen.'

Daarom ben ik nu tegenwoordig juist heel eerlijk, anders gaat mijn geweten aan me vreten... Mijn moeder heeft heel wat meegemaakt met ons. N. was verslaafd. Mijn broertje heeft een maand geleden zijn spullen gepakt en is weggegaan. J. en haar kindje ziet ze niet meer. En als mijn moeder nu dood zou gaan, dan zou ik vragen, mezelf afvragen, wat voor leven heeft ze nou gehad, weet je? Daarom doe ik alles voor haar. Om het beter te maken. Dat ik het goed kan maken. Want ik hou zielsveel, er is niemand die zoveel van mijn moeder houdt als ik. Ik bedoel, het liefst wil ik haar beschermen.

Ik zat vroeger in de kinder- en jeugdpsychiatrie, ik ging daar ook naar de middelbare school. Toen was ik ook heel erg psychotisch, had ik last van stemmen. Ik heb daarna steeds

andere opnames gehad. In een FPA bijvoorbeeld. Toen ben ik heel vaak gesepareerd en ook gefixeerd. Ze bonden me dan vast. Medicatie toedienen. Ja, dan klom ik gewoon over het dak en dan was ik weg. Zeker als ik gebruikt had, dan was ik helemaal in de war.

Ik heb ook nog een periode op mezelf gewoond. Toen was ik verslaafd en prostitueerde ik mezelf. Ik ben bijna dood geweest door de drugs. En mensen maakten heel veel misbruik van me. Dus dat is helemaal uit de hand gelopen.

Ik ben twee jaar bij Inforsa geweest. Wat mij geholpen heeft is stoppen met drugs. In het begin was ik erg psychotisch en in de war. Toen kwam de dokter met goede medicijnen en ik heb 1op1-begeleiding gekregen. Ik kreeg heel vaak injecties. Ik was heel erg in de war. Overdag zat ik meestal op mijn kamer met de begeleiding. Af en toe gingen we een stukje wandelen. Ik heb bijna een half jaar in de isoleercel moeten slapen. Ik was echt ziek toen. Ik kan me die periode niet goed herinneren. De mensen zijn wel heel lief voor me geweest. En toen kwam het langzaamaan goed. En toen dacht ik, dat delict wat ik heb gedaan, dat kan zo niet. Dus ik dacht, ik moet beter worden en werken aan mezelf. Dus toen ben ik therapie bij jullie gaan doen. Goede medicijnen, goede begeleiding. Therapieën, werk. Behandeling. Ik met de leiding mee met de trein en de metro naar de bioscoop. Of winkelen. Of naar de markt. Ze gingen overal met mij naartoe. Ze hadden vertrouwen in mij. De meiden deden vaak mijn haren vlechten en mijn nagels lakken. Want ik was de enige vrouw op de afdeling.

Amsterdammers zeggen het recht voor de raap. Dan weet je waar je aan toe bent. Ze zeiden gewoon van 'dit kan niet of dat kan wel' heel duidelijk. Hun [ander psychiatrisch ziekenhuis] maken het mooier dan dat het is... met slappe handjes vastpakken, zeg maar, of hoe noem je dat eh... ja... hoe moet ik dat nou uitleggen... Dan heb je een gesprek en dan doen ze net of alles goed is en dan lees je de rapportage en dan staat daar alles negatief. En dan zitten ze je in je gezicht mooi voor te doen, maar achter je rug om schrijven ze negatieve verslagen. Ik voelde me helemaal niet fijn daar gewoon. De mensen, ze waren zoveel bezig met mensen die aandacht vragen, dat soms andere mensen die hun best doen, die werden over het hoofd gezien.

Tara, Nannie en Fatima komen nog op bezoek. Een keer per half jaar ongeveer. Soms gaan we bij mijn moeder wat eten. Of ze komen hier. Een beetje praten en gezellig doen. Dat vind ik leuk, omdat ze om me geven en interesse in me tonen. Gewoon gezellig. Herinneringen ophalen, waar we om gelachen hebben of om gehuild hebben.

Weet je wat ik geleerd heb, veel mensen doen dingen ook om aandacht te vragen, of eigenlijk willen ze zeggen van 'help me alsjeblieft'. Vroeger had ik dat ook. Moesten ze me elke keer vastpakken, separeren, ik vechten, het was iedere dag wel raak, met mij. Zeker als ik gebruikt had, dan was ik helemaal in de war. En ik zeg eerlijk, soms deed ik ook dingen voor de aandacht. Maar nu ben ik veranderd en zie ik in dat ik op een positieve manier aandacht kan vragen. Ik ben beter naar mezelf gaan kijken. Ik vind mezelf niet echt een slecht persoon meer. Stoppen met drugs was het belangrijkste. Waar ik achter ben gekomen is dat, waar een wil is, is een weg. Ik ben nu zes jaar schoon van drugs.

Ik zal ook nooit meer opgenomen willen worden nou. Mijn vrijheid. Mijn dieren... Ik kan niet meer zonder mijn dieren... En mijn moeder is geweldig. Da's mijn steun en toeverlaat. Die gelooft in mij. Die heeft vertrouwen in mij.

Had ik het maar eerder gedaan. Dat ik eh... eerder therapieën en zo was gaan volgen. En naar mensen had geluisterd. En proberen te praten over mijn gevoelens, want ik ben een hele erge opkropper.

Ik sta 's ochtends op. Drink koffie, neem mijn medicijnen in en dan ga ik om 8 uur naar mijn werk. Laat ik me hond uit. Doe ik thuis een beetje poetsen. Maar ik heb, zeg maar, begeleiding ook eh... van het FACT en BZW. Dan komt er drie keer in de week iemand. En die komt helpen. Drie ochtenden in de week doe ik vrijwilligerswerk. Ik werk bij het Leger des Heils. Ik rij daar op mijn scooter naartoe. Meestal ga ik bij mijn moeder eten. Zij is ook alleen, want mijn vader zit op de vrachtwagen. Naar het buitenland. Dus die is alleen 's weekends thuis. Ik ben een beetje aan het sparen, dus kan ik ook wat mooiere meubeltjes kopen. Ik heb toch best een mooi huisje? Ik ben blij met wat ik heb.

Michel

(39 jaar)

Mijn jeugd heb ik op de Antillen doorgebracht. Ik heb de lts gedaan, ik ben lasser. Ik heb daar ook gewerkt in de beveiliging, van hotels en zo. Mijn ouders wonen nog op de Antillen, Toen ik ongeveer 28 was, ben ik naar Nederland gekomen. Dat is nu elf jaar geleden. Mijn broer en zus waren toen al in Nederland. De eerste vijf jaar in Nederland ging het goed met mij. Ik had mijn eigen glazenwasbedrijf.

Ik kwam na een periode van een jaar in de gevangenis, in een forensische kliniek met een artikel 37. Daar ben ik negen maanden opgenomen geweest. Ik heb daar eigenlijk niets geleerd. Het gebouw voelde als een gevangenis. De indeling, maar je kon ook niet naar buiten als je dat wilde. Je moest altijd naar buiten met begeleiding. Ik ken twee jongens die ervoor gekozen hebben om terug te gaan naar de gevangenis, omdat het in die kliniek hetzelfde voelde als in de gevangenis. In die kliniek, ik heb het zelf niet meegemaakt maar wel gezien, waren medewerkers niet tolerant. Ze reageerden met geweld of medicatie als patiënten zich niet goed gedroegen. Met zeven, zes man op één persoon, met handboeien, weet je. Je hoort geschreeuw... Daar kreeg ik een eng gevoel van. Ik kreeg daar medicatie waar ik angstig van werd en die zeer deed. Ik ben ermee gestopt, maar er was niemand om te overleggen. Alleen een psychiater die vond dat ik het moest nemen. Toen de tijd om was, wilden ze dat ik vrijwillig contact hield met de poli, maar daar wilde ik niks mee te maken hebben.

Na die periode ben ik ongeveer een jaar buiten geweest. Toen ging het weer mis. Ik kreeg een tbs met voorwaarden. Na anderhalf jaar in de gevangenis ben ik dertien maanden bij Inforsa opgenomen geweest. In het begin had ik andere ideeën en wilde ik niet meedoen met dingen, zoals koffiedrinken. Maar toen was er een Antilliaanse begeleider en die heeft met me gepraat en me uitgelegd waarom dat belangrijk was. Ze hebben me daar goed geholpen. De therapieën gingen goed en snel. En ik heb goede ervaring met verlof en zo. Daarom heeft het niet zo lang geduurd. Het is me bij Inforsa gelukt om dingen te leren omdat het personeel daar anders is, meer sociaal. We deden veel dingen samen. Televisiekijken, boodschappen doen, op verlof. We praatten tussendoor. Over het nieuws, maar ook over de normale dingen. Over de vakantie van begeleiders bijvoorbeeld. Op een dag had Noortje ons meegenomen naar een kerstmarkt. Dan voel je niet dat je vast zit, dan blijf je in de realiteit van het buitenleven. Ik had werk bij de

kwekerij, ik kon 's avonds naar de stad gaan, op verlof. Je kon zelf in de binnentuin van de kliniek. Door al die dingen had ik niet het gevoel dat ik vast zat. Dat heeft me erg geholpen. Ik was bij Inforsa in de periode dat het WK was. We hebben de hele afdeling versierd. En de begeleiding was flexibel als wedstrijden tot laat waren. Dat betekende voor mij en voor die anderen ook een beloning, weet je, dat we tot 23 uur of tot 24 uur op de afdeling samen toch tv mogen kijken.

Begeleiders waren ook altijd bereikbaar. En dat is voor mij belangrijk, want soms heb je duidelijkheid nodig. Als je moet wachten, weet je, je moet blijven wachten, wachten, dan blijf je met je twijfel zitten, dat kan stress opleveren. Soms denk ik nog wel eens aan de gesprekken, ik heb geleerd rustig te blijven. Ik heb meer te verliezen dan te winnen, dat bedenk ik me dan. Bijvoorbeeld toen iemand mij op mijn werk uitschold, dan denk ik terug aan wat ik geleerd heb. Ik vond de begeleiding toleranter dan in de andere kliniek waar ik geweest ben. Ik heb zelf nooit een conflict gehad, maar er was een jongen die was harde muziek aan het draaien, en soms zegt de begeleiding 'ja, ga eerst bij hem de muziek zachter zetten, als de muziek niet zachter wordt gezet, dan gaan we naar hem toe', weet je, en soms luisterden ze wel. Ze praten en geven kansen. Mijn familie vond het ook heel anders dan in de andere kliniek. Mijn moeder is op bezoek geweest toen ze hier op vakantie was. Mijn zus en broer zijn gekomen voor gesprekken met de maatschappelijk werker. Heel anders vonden zij het.

Ik heb veel aan de gesprekken met de psycholoog gehad. De medicatie slik ik nu al heel lang. Daar is niks aan gewijzigd. Ik heb nu geen klachten. Het is goed dat er niet één iemand verantwoordelijk is, maar meerdere mensen. Psychiater en psycholoog. Dan kunnen ze met elkaar onderhandelen over wat het beste is om te doen.

Ik heb nog contact met drie begeleiders van Inforsa. Ze bellen me en ze komen langs. Ook nodigen ze me uit om in de kliniek te komen. We praten over van alles hoe het gaat. Hoe gaat het met jou, hoe gaat het met de liefde? Ik heb ze ook meegenomen naar mijn werk. Ook als mijn maatregel is afgelopen, wil ik dat ze blijven komen. Ik heb goeie herinneringen aan hun, weet je, en ze hebben me goed geholpen. Ook als de Reclassering moeilijk doet of ik moeilijke gesprekken heb, wat ik niet snap. Bijvoorbeeld over BOPZ of vrijwillig doorgaan. Daar heb ik over gebeld en dan helpen ze me. Ik zie je als vriendschappelijk, leuke steun, waar ik ook met vragen terechtkan of om advies kan vragen.

Ik wil ook nog bij iemand op bezoek komen die opgenomen is. Als hij een beetje doorzet, kan hij wel daaruit komen. Buiten is meer te genieten maar heb je ook meer verantwoordelijkheden. Dat is de realiteit van het leven, daar moet je ook de leuke kanten van zien.

Na Inforsa heb ik een jaar begeleid gewoond. In een soort villahuis, met veertien kamers. Je hebt daar je vrijheden en dingen. Ik was veel op mijn kamer. Het was spannend om over te gaan, maar wel goed, naar meer vrijheden. Ze hebben me ook goed geholpen met uitkering en zo.

Ik woon nu een halfjaar op mezelf. Ik heb nu een leuk leven. Een eigen huis, dat soort dingen. Ik ga naar de stad, naar een terrasje, naar de markt. Ik krijg nog hulp met administratieve zaken, maar nu is alles geregeld, is er rust. Ook ga ik naar mijn behandelaar. Mijn medicatie blijven gebruiken, sociale dingen doen en blijven werken zijn belangrijk voor mij. Ik wil weer naar de fitness gaan. Ik wil weer een cursus volgen, want ik wil een gewone baan vinden en uit

de uitkering komen. Dan kan ik een beetje sparen. En als mijn maatregel is afgelopen, waar komend jaar een advies over komt, ik hoop dat ik dezelfde psychiater voor het advies krijg als de vorige keer, wil ik op vakantie naar mijn ouders op de Antillen.

Straks komen mijn broer en zus op bezoek, ik denk dat we gaan uit eten, voor mijn 39e verjaardag vandaag.

Remy

(35 jaar)

Ik woon vanaf mijn zestiende, achttiende hier in deze instelling, op dit terrein. Ik heb op veel verschillende afdelingen gewoond. Daarvoor woonde ik bij mijn ouders. Dat ging niet goed meer. Ik was een slimme jongen, ik kon goed leren. Ik was alleen de hele dag aan het blowen. Dan kwam ik 's nachts thuis en moest ik nog leren. Ik dealde ook in drugs. Ik was een grote drugsdealer. Ik kreeg toen echt grote wanen. Ik zei 'we gaan die hele maffia pakken, ik word de baas van de hele maffiapraktijk van hier van overal', weet je. Ik was in de war, daardoor kwam ik hier.

Ik woon hier nu zo'n zestien jaar. Ik ben nog wel eens terug naar mijn ouders gegaan, maar dat ging niet goed. Ik kreeg steeds ruzie en zij stuurden me terug naar hier. Ze hebben me hier opgevoed. Ze hebben me hier begeleid met naar school gaan. Ik heb geleerd dat ik niet moet blowen. Elke dag opstaan, tanden poetsen, wassen, medicatie volgen en je programma volgen. Ze hebben me in ieder geval goede zorg geboden. Ze hebben gezorgd dat ik altijd kon eten, altijd kon slapen, altijd kon drinken. Altijd met mensen in contact was. Goeie programma's. Maar wat ik wel minder vond, was dat ze niet goed keken naar de diagnose van mijn medicatie. Dat vond ik minder. Ze kwamen altijd met gevaarlijke spuiten, weet je. Maar ze hebben me ook opgevoed qua medicatie. Ze kennen me hier zo, ze hebben zoveel spuiten gegeven. Ze gingen kijken van wat is nou de beste spuit of diagnose die we kunnen stellen van hoe hij is.

Ik heb in deze instelling in totaal wel vier of vijf jaar in de separeer gezeten. Lang. Ik was zo klein (geeft smalle ruimte aan tussen duim en wijsvinger). Ik dacht dat ik doodging. Ik voelde me net een wietplantje, weet je wel. Zat ik in de separeer, leek net of ik in een apenkooi zat of zoiets. Duizend separeers. Separeers maken je helemaal gek. Je sliep met dood onder je kussen, onder je bed. Skeletten. Met het dodenrijk ben ik opgevoed. Ja, ik was niet bang. Maar ik heb deze dingen (wijst naar de binnenkant van zijn onderarm, waar het woord fearless getatoeëerd is), met 'fearless', laten zetten in die tijd. Ze gingen mij behandelen, met respect uiteindelijk omdat ze mij kennen: 'hij is niet ziek maar het is iets wat altijd bij je blijft', weet je.

Ik werd hier geslagen door een oudere man. Ik sloeg hem niet zomaar, hij begon zelf eerst raar te doen. Maar ik wil helemaal niet slaan. Dan ben je zo oud en dan ga ik slaan. Maar hij zei 'ja sla me dan, sla me dan', dus toen dacht ik bij mezelf 'ja, what the fock'. Ik sla hem dan. Hij ging gelijk knock-out! Hij had gelijk een hele bult, zijn oogkas was open. Toen dacht ik bij mezelf 'ja, wat heb ik nou gedaan?' Toen werd ik opgepakt. Eerst werd ik vastgehouden op het politiebureau. Toen ging ik twee dagen naar cellencomplex Houten. Dat was heel erg. Je mocht 's ochtends roken en verder zat je de hele dag in een cel. Daarna naar de Bijlmerbajes. Daar vond ik het leuk, heel leuk. Het justitieleven is ook goed, weet je. Bij Inforsa ben ik op de KIB en op de FPK geweest.

Op de FPK was ik ongeveer een jaar. Ik vond het daar veel te veel beveiligd. Je had een pas nodig om naar binnen te gaan. En je werd gecontroleerd aan de poort. Of je spullen mee naar binnen nam. Je moest je helemaal uitkleden, dit, dat, zus, zo. En als je wiet mee had gebracht of wat dan ook, kreeg je straf, moest je een week binnen zitten of zo. Mij hadden ze één keer gefouilleerd en ik had niks bij me. Je hele lichaam wordt gestreamd. Al je kleren uit, onderbroek uit, dan moest je zo bukken en als je dat had gedaan was je klaar. Maar ik vind het inbreuk op mijn privacy, weet je. Ik dacht bij mezelf, dit ga ik nooit meer doen, weet je. Toen heb ik, kwam ik met het idee van als je me nog één keer gaat fouilleren, dan blijf ik gewoon binnen zitten. Ik heb zeker één à twee weken binnen gezeten. Dat ze zeiden: 'Remy, waarom ga je niet meer naar buiten?' Ja, ik ga niet meer naar buiten omdat ik niet meer gefouilleerd wil worden.' En toen zeiden ze: 'Kunnen we dan niet een regeling met jou treffen? Dat wij jou niet fouilleren. We fouilleren om het half jaar, of helemaal niet meer.' Toen zei ik: 'Als jullie dat doen, dan ga ik misschien weer naar buiten.' Toen zeiden ze: 'Oké, dan hebben we een deal. Houden wij ons aan, niet meer fouilleren en je mag gewoon naar buiten.' Ik vond die onderzoeken vernederend. Maar ik vond het wel goed dat ze met mij die deal gesloten hadden. Ze gaven mij het vertrouwen, ze respecteerden mij. Ze zeiden dat we elkaar niet moesten vernederen met een behandeling of wat dan ook. Maar dat we er gewoon voor moeten zorgen dat we kunnen samenwerken dat ik niet gebruik, of dat ik niet dingen naar binnen haal. En dat ging goed! En ze zeiden dat ze dat zagen, dat ze ook bij zichzelf dachten, 'eigenlijk doet hij niks'.

Dat ik dat vertrouwen kreeg, voelde goed. Ik ging vaker naar buiten, ik kreeg meer vrijheden. Ik zag meer vrienden van, ja mensen buiten waar ik gewoon mee omging. Ik ging gewoon elke dag naar de PLUS. Met een mattie van me, ja dat was leuk, weet je, (hard lachend) meisjes versieren. Ik heb echt goede tijd daar gehad, weet je. Ja. Ik ging ook naar de stad, naar Amstel, naar de Albert Cuyp, naar de bioscoop. En ze zeiden en ze zagen van 'ja, hij neemt niet mee'. Om de zoveel tijd gingen ze daar naar vragen, want ik heb behandelplanbespreking. 'Ik vind het wel perfect van de behandeling', zei ik dan. Jullie hebben fitness, jullie hebben muziek, beeldende therapie. Eigenlijk vond ik het allemaal leuk, weet je. Ik kon m'n ei erin kwijt en ik dacht bij mezelf, het is wel iets voor mij, ja, die beeldende therapie. Ik kon ook weer tekenen, weet je. En die collega's waren ook heel goed. Als je positieve energie kan bieden, hebben ze ook positieve energie voor jou, weet je. Ik geef positieve energie en ik ervaar positieve energie terug.

In elke, elke behandelafdeling zit wel een ritme. Hebben ze aparte ritme, weet je. Je staat om die tijd op en die en die en hier [huidige instelling] sta je om half negen op. En kwart over negen moet je bij de dagbespreking zijn. In de KIB mag je elke dag uitslapen. En op de FPK mocht je ook elke dag uitslapen. En ik vond het goed. Ik vond perfect dat ik, dat ik, in Amsterdam was dat was mijn beste, mijn beste, eigenlijk heb ik de beste zorg meegemaakt. Je kan op je kamer roken, je mag alles. Je mag veel meer dan hier, eigenlijk.

Zal ik je één ding eerlijk zeggen? Op de FPK hebben ze mij goed behandeld! Ja, echt waar, ja. Dokter Lara, zó (steekt duim omhoog). Echt waar. Perfecte vrouw. Met een andere dokter d'r bij, die liep stage, maar ik weet niet meer hoe ze heet, ik ben d'r naam kwijt. Ze ging steeds weer kijken van 'oké, het gaat goed, is je bloedspiegel goed', dus ik werd elke week geprikt of mijn bloedspiegel goed was en toen zeiden ze van 'ja, we kunnen hoger gaan'. Hier [huidige instelling] wilden ze mij dwingen, op de FPK gingen ze het per week doen. Gingen ze kijken

of ik bijwerkingen had. Ze nam me echt serieus, want zij zei ook van: 'Ja, als je doorgaat met die, met die met die Akineton, dan ga jij Parkinson krijgen.' En eigenlijk zit ik in de, heb ik goede medicatie, heb ik gewoon nu. Geen problemen.

Ik spreek de mensen van Inforsa soms aan de telefoon. Ze zijn nog niet langs geweest. Jij (onderzoekster) bent de eerste die er is. Ik zeg tegen hun 'ik ga weg en ik kom niet meer terug, maar ik heb wel een cadeautje voor jullie, een wensdraak' [die heeft Remy zelf getekend en hangt op de afdeling – PS]. Ze bellen mij. Maar ik neem nooit contact met hun op. Als ik ze spreek, is het heel leuk. De gesprekken gaan van 'hoe gaat het met mij, hoe gaat het met jullie?' Over die tekeningen die ik gemaakt heb, die wensdraak, blablabla, en even kijken, 'hoe vond je het hier?' 'Ja, ik heb het toch wel leuk gehad, ja, blablabla. Dank voor Lara, is een uitstekende dokter, ze is echt een perfecte dokter.' Eh... wat nog meer? Ja, hoe ik het vond, eigenlijk hoe ik het vond daar, weet je, maar ik vond het wel goed. Ik heb me, ik voelde me wel thuis op die plek. Hier zijn ze welkom. Maar ik ga niet daar naartoe. Ze mogen bellen! Maar ik denk niet dat, het heeft niet veel zin, maar ik wil ze wel graag zien, maar ik ga niet bellen van 'hé, kom effe hier langs', weet je. Dat denk ik niet. Maar als zij mij bellen van 'hé, kom hier langs, kom maar hier langs', weet je, maar ik ga niet bellen. Ik heb ook afgesproken van 'ik ga jullie niet bellen' naar FPK, weet je. Ik ga niet bellen maar ik zie, ik hoor wel van jullie, weet je. Ik hoor wel van jullie.

Hier wilden ze me eigenlijk niet meer terug hebben, hoorde ik. Hoorde ik effetjes, weet je. Ik weet niet of het zo is, weet je. Ze zijn ook niet bij mij geweest toen ik weg was. Mijn moeder zei tegen iemand van deze instelling: 'Willen ze hem nog op [naam instelling]?' Hij zei: 'Ik denk van niet, wat hij gedaan heeft kan niet door de beugel.' Ik hoorde zulke praatjes. Maar op een gegeven moment ging Inforsa, Inforsa heeft er echt achteraan gezeten dat ik hier terugkwam, man. Ik weet niet waarom ze dat hebben gedaan, maar ze hebben het goed gedaan (lacht een beetje), ik weet het niet, ja. Maar ze waren blij dat ik terugkwam. Ze vonden het een gemis dat ik weg was. Ze zeiden: 'We zijn blij dat je terug bent, Remy.' Ik zeg tegen ze dat ik hem niet expres geslagen had. 'Ja, weet ik wel', zeiden ze, 'als je het expres had gedaan, was het nog erger.' Het was een ongelukje.

Nick

(39 jaar)

Ik wil graag vertellen over mijn leven om andere mensen te laten zien wat goed en kwaad is en wat er bij mij is gebeurd. Dat anderen over mij kunnen lezen en niet dezelfde fouten maken. Ik wil de waarheid vertellen van wat ik heb meegemaakt en eigenlijk andere mensen helpen, daar gaat het mij eigenlijk om.

Ik was dertien toen ik naar Nederland kwam. Ik ben met twee culturen opgegroeid, maar ik voel me Nederlander. Ik was nog jong toen ik begon met drugs gebruiken. Ik was ongeveer vijftien jaar, toen. Ik ben nu bijna veertig, ik ben al 25 jaar verslaafd. Vroeger namen de drugs niet zo'n belangrijke plaats in in mijn leven. Het ging toen goed met mij, ik had een gezin, ik ging trouwen toen ik jong was. Dat is ook heel belangrijk. Ik ging toen ik zeventien jaar oud was verloven. Toen ik achttien jaar was, ik was getrouwd. Mijn vrouw was ook mijn nichtje. Ik wilde trouwen, ik wil graag kinderen krijgen. En dat heb ik gedaan. Er zijn voordelen en nadelen van jong kinderen krijgen. Een kind is het bijzonderst wat je in je leven kan krijgen,

als mens, als vader, als een partner. Je bent getrouwd met een vrouw en je krijgt een kind. Dat is gewoon, ik kan dat niet met woorden vertellen. Ik was heel gelukkig. In je eentje werken voor een heel gezin, iedereen die afhankelijk is van jou, is een nadeel. Je moet geld verdienen voor huur, voor eten, voor drinken. Ik heb alle soorten werkzaamheden heb ik gedaan, om geld te verdienen, om mijn vaste lasten te betalen en ook gewoon normaal te leven. En op een gegeven moment heb ik besloten opleiding te gaan doen. Ik heb een beveiligingsopleiding gedaan en ik heb daar geleerd hoe moet ik werken. Ik krijg een uniform als ik aan het werk ben. Ik vind dat heel bijzonder, mijn familie vindt dat ook heel bijzonder. Ik wilde altijd agent worden toen ik jong was. Ik hou van uniformen. Mensen die brandweer zijn, of op de ambulance werken, dat zijn mensen die andere mensen helpen. Dat is het mooiste wat er is in het leven. Andere mensen helpen. Levens redden. Toen ik gediplomeerde beveiliging was, was ik ook gelukkig. Ik was blij.

Ik begon met de beveiligingsopleiding in 2001. Mijn kinderen waren toen al geboren. En ook mijn verslaving was er al. Dat was taboe in mijn omgeving. Niemand wist het, ik gebruikte stiekem, eens in de zoveel tijd. Dat jaar is ook de eerste keer dat ik bij een psychiater geweest ben. Samen met mijn ouders, in mijn geboorteland. Mijn ouders vonden dat ik te veel praatte, ik was te druk. Ik sliep slecht. Er was iets met me aan de hand. Ik ben naar een psychiater gegaan en ik heb gewoon de waarheid verteld. Ik heb gezegd gewoon, dat ik, een gave heb, dat ik ook contact met God, contact met geesten, engelen heb. Ik kan goed en kwaad zien en helder zien. Toen heb ik medicatie gekregen. Dat heet Zyprexa. Door de medicatie ben ik stabiel. Dat zorgt dat ik rust in mijn hoofd heb. Ook met medicatiegebruik heb ik mijn gave, maar ik krijg minder boodschappen en ik voel me gelukkig. De cocaïne was voor mij ook een soort zelfmedicatie. Als ik aan de coke ben, of drank of softdrugs, is het een soort medicatie om rust te vinden en me gelukkig voelen.

Met mijn relatie ging het toen al niet goed. Het was eigenlijk aan en uit sinds die tijd en het ging ook echt niet goed. Het was een ramp als het uit was met mijn ex-vrouw. Ik ging naar haar toe, mocht mijn kinderen niet zien en kon eigenlijk niet normaal vragen dat ik ze wilde zien. Ik gaf alle schuld aan haar. Zij heeft toen ook aangifte gedaan voor stalking en daar heb ik voor in de gevangenis gezeten. Ik was jong, ik wist niet beter. Maar nu wel, ik heb nagedacht. Mijn ex was een goede vrouw. Het feit ligt bij mij. En mijn ex was goed voor de kinderen, een goede moeder en ze is ook goed voor mij geweest. Dus eigenlijk was ik fout bezig. Sinds 2007 zijn we definitief uit elkaar. Sindsdien heb ik mijn dochter niet meer gezien. Mijn zoon nog wel. Ik hoor dat het goed met ze gaat. Dat het slimme en mooie kinderen zijn. En ik ben ook nog steeds trots met mijn kinderen. Ik hou van mijn kinderen. Ik mis ze heel erg.

In 2006 ben ik voor het eerst opgenomen geweest. Gedwongen. Ik wist helemaal niks van de psychiatrie. Enige wat ik wel wist was dat ik vast zat, ik was afhankelijk, ik kon niet naar buiten wanneer ik wilde. Dat maakte me kwaad. Dus ik was zo kwaad dat het personeel, voor de eigen veiligheid, ik ben ook sterk, me onschuldig in de separeer heeft gezet. Het was heel erg om dat mee te maken. En weet je toen ik eerst opgenomen ben geweest, heeft de psychiater de diagnose gesteld dat ik manisch-depressief ben. En toen ik dat hoorde, heb ik dat niet geaccepteerd. Ik wist niets over manische depressie. Dus ik dacht bij mezelf, een psychiater is voor gekke mensen, ik ben niet gek. Ik weet 100% dat ik niet gek ben.

Sinds die tijd heb ik af en aan hulpverlening gehad. In allerlei klinieken. Vanaf 2008 of 2009, ik weet het niet meer precies, tot 2010 ben ik ook bij de FPK geweest. Het eerste wat ik toen deed als ik verlof kreeg, was weglopen. Toen ik met ontslag ging, had ik nog steeds mijn verslaving aan cocaïne. Ik heb nog een keer in de gevangenis gezeten. In 2011 ben ik mijn woning kwijtgeraakt. De laatste acht, negen, tien jaar heb ik niet alleen het straatleven gekend, maar ben ik ook gevangenis en kliniek in en uit gegaan. Ik heb niet alleen maar schuldig vastgezeten, maar ook onschuldig. Ik werd onterecht opgenomen in 'Beilen'. Ze lieten me gaan, ik werd weer aangehouden en toen kwam ik in een tbs-kliniek. Ik was heel bang. Ik had een RM en zat vast in een tbs-kliniek. De sfeer was slecht, geweld en agressie. Maar met de begeleiding had ik geen conflict.

Ik heb nu een ISD-maatregel. Sinds 2015 zit ik vast. Ik heb een medische indicatie, ik hoor niet in de gevangenis te zitten. Dus ik mocht naar Inforsa.

Inforsa is voor mij een soort vader en moeder geworden. Die luisteren. Inforsa weet, als meneer A niet goed gaat dan gaan ze gewoon... want wat ik heb meegemaakt, ik was gewoon de kluts kwijt. Ik was dag en nacht aan het gebruiken. Op een gegeven moment gewoon had ik hulp nodig, zorg nodig. Eten had ik nodig, slaap. En dat biedt Inforsa. En als ik, als ik dan Inforsa niet had en ik heb ook geen geld, ik zit gewoon buiten, zonder eten en zonder drinken en zonder plek. Dus Inforsa is, hoe kan ik dat vergeten, Inforsa heeft me geholpen. Ik ben een dankbaar persoon. Dankzij Inforsa gaat het met mij goed nu. Op een gegeven moment ging ik vragen stellen aan de begeleiding en aan de psychiater wat een manische depressie inhoudt. En daarna heb ik besloten op een gegeven moment dat ik gewoon accepteer dat ik ziek ben. Dat ik gewoon afhankelijk ben van medicatie. En als ik mijn medicatie neem, mijn juiste medicatie, dat maakt me gewoon stabiel. En ik weet ook dat ik, eh, ik weet momenten dat ik ziek was. En ik weet ook hoe ik nu ben. Ik ben nu heel veel veranderd dankzij medicatie. Dankzij wat ik heb meegemaakt in mijn leven. Ik ben nu, ja eh, ervaringsdeskundig, zeg maar.

Ik ben een tevreden klant. Ik werk mee, ik probeer met iedereen normaal om te gaan. Ik hou van mensen en ik hou van communiceren. Ik heb respect voor mijn begeleiders en zij hebben dat voor mij. Vroeger liep ik altijd weg uit begeleiding. Nu doe ik dat niet meer. Ik krijg een kamer, eten, alle medicatie die ik nodig heb. Er is een computer, wifi, een leen-tv en als je geen geld hebt, kan je een voorschot krijgen. Heb je problemen met financiën, dan helpt maatschappelijk werk, heb ik een gebitsprobleem, dan kunnen ze ook helpen. Ze helpen bij allerlei problemen. Ik ben een tevreden klant. Als ik een cijfer zou moeten geven van 0 tot 10, geef ik een 9.

Voordat ik deze keer naar Inforsa ging, moest ik een papier tekenen van de trajectbegeleider van ISD. Als ik harddrugs gebruik, ze kunnen mij time-out in de gevangenis geven. En ik was het er niet eens omdat ik vind dat ik ISD heb en dat is een maatregel. Ik heb geen gevangenisstraf. Als ik drugs heb gebruikt, als ik een terugval heb meegemaakt, vind ik het niet leuk dat ik gewoon als een kameel in de PI wordt opgesloten. Je wordt gewoon gestraft. In de kliniek krijg je gewoon behandeling, krijg je zorg en begeleiding, alles. Maar hier, in de PI, zijn bewaarders. Ze kunnen de deur open maken en ze kunnen de deur dicht doen. Dat is het. Ik heb nu mijn zesde time-out in de gevangenis. Deze duurt al een paar maanden. Maar volgende week mag ik terug naar Inforsa. Ze waren tevreden met mij en ik was tevreden met hun. Anders mag ik toch niet zes keer terugkomen? We waren beide tevreden. Ik was de klant en de klant is de koning. En ik ben welkom. Ik houd me aan de regels. Ik werk mee met de behandeling.

Ik zit nu drie maanden in de PI, maar ik bel elke week naar de afdeling. Soms om de paar dagen. Ik weet het nummer uit mijn hoofd. Ik vraag hoe het gaat op de afdeling en de begeleiding geeft mij advies. Ze zijn helpers. Ze weten veel en ze kunnen luisteren. Wat wil je nog meer? Als ik bel, betekent het een soort dankbaarheid. Ik kan ook naar mijn vriendin bellen, ik moet de belkosten betalen. Maar ik vraag ook hoe het met de begeleiding gaat. Zij zijn ook mensen. Ik weet dat ik terug ga naar Inforsa en ik wil het contact tussen mijn begeleider en mijn behandelaar onderhouden en gewoon in contact blijven. Mijn sp'èr van Inforsa is hier wel op bezoek gekomen. Maar mijn persoonlijk begeleiders van de FPK niet. Dat vind ik wel jammer. Ik had het leuk gevonden.

Ik wil bij de FPK een tijdje verblijven. Maar de belangrijkste reden, ik wil graag zo snel mogelijk gewoon verder gaan met mijn leven, beschermd begeleid wonen. Dat is eigenlijk mijn doel. Ik heb twee doelen op het moment. Ik wil voor langere tijd beschermd begeleid wonen en mijn tweede doel, het belangrijkste doel, niet meer in aanraking komen met politie en justitie. Ik zit nu bijna twee jaar. Ik heb geen strafbare feiten gepleegd. Als ik nu twee jaar, drie jaar volhoud, dan kan ik weer gewoon mijn functie, beveiliging, kan ik weer proberen.

Als mijn ISD afgelopen is, ga ik beschermd begeleid wonen. Inforsa blijft mij dan begeleiden, ik heb een sp'èr van het FACT-team. Zij kan mij mijn depot geven elke twee weken. Ik wil gewoon verder gaan met mijn leven, maar ik, het enige wat ik wel weet is Inforsa is wel belangrijk, ja. Dus ik kan niet, wij moeten met elkaar samenwerken, met Inforsa en we moeten gewoon met elkaar, wat er ook gebeurt, we moeten blijven samenwerken. Ik heb die medicatie nodig en wie kan mijn depot geven ik heb ook geen huisarts. Het enige wat ik weet, Inforsa kan me gewoon depot geven en mijn sp'èr kent mij. En als het me goed gaat, is er niks aan de hand. Als het niet goed met me gaat, dan kan ik opgenomen worden. Dan kan ik gewoon een soort behandeling, dus ik bedoel, ik bedoel, ja, ja. Ik wil dat het met me goed gaat. Ik wil niet dat het met me slecht gaat, dus dat, dat is ook reden waarom ik Inforsa nodig heb.

Ik heb al een intake gehad, voor die woonplek is voor een bepaalde tijd. Je kan daar niet je hele leven blijven. Ik vind eigenlijk, ik wil ergens naartoe waar ik voor langere tijd kan blijven. Ik kan heel goed omgaan met mijn verslaving. Ik heb besloten, eh, ook tijdens mijn ISD en ook na mijn ISD, mijn doel is om niet meer in aanraking met politie en justitie te komen. Daar ben ik klaar mee. Ik doe geen strafbare feiten. Ik doe niet meer aan hosselen. Ik heb ook een leven, ik moet overleven. Ik heb gebedeld. Ik ben dealer geweest. Ik ben dealer geweest voor mijn verslaving. Ik heb dingen, strafbare feiten gepleegd. Ik heb daarvoor ook gezeten. Ik heb maatregel gekregen enzovoort. Maar ik bedoel, weet je wel, ik zie geen toekomst met drugs. Weet je wat, ik doe alles om te stoppen met gebruiken. Je kan in Nederland dingen meemaken, bijvoorbeeld vast komen te zitten, of in de psychiatrie dingen meemaken, ook als je gelijk hebt, die onterecht zijn. Maar ik heb wat geleerd, wat er ook gebeurt in je leven, je moet gewoon sterk blijven. Denk effe na, probeer te vergeten. En geduld hebben, hoop en liefde en tijd, de rest komt vanzelf weer goed. En weet je wat? Denk positief.

Ik heb nu 15 jaar een relatie met C. Zij woont beschermd. Wij hebben beiden een gave. Zij gebruikt ook medicatie. Ik heb haar ontmoet en ik ben verliefd geworden. Toen had ik ook meerdere relaties, maar nu, ik heb nu één partner en dat is C. Zij betekent alles voor mij. Zij

is een bijzondere vrouw. Ze luistert altijd. Ik mag haar altijd bellen. Ze staat altijd klaar voor me. Nee, zij heeft me geaccepteerd zoals ik ben. En ik heb haar geaccepteerd zoals zij is.

Serge

(32 jaar)

Ik heb na de middelbare school meer dan tien jaar gewerkt. Het begon allemaal met een woonprobleem. Ik kreeg geen woning, terwijl ik wel nummer 1 stond op de woninglijst, maar dat was allemaal moeilijk, moeilijk, moeilijk. Dus toen heb ik een bewindvoering genomen. Op een gegeven moment ben ik gestopt met werken. Ik had zeven maanden geen inkomen. Je komt eigenlijk bij het UWV voor een uitkering, hun moeten ook weten op wat voor uitkering je recht hebt, om het zo maar te zeggen. Nou, dat wordt dus gewoon van de tafel afgeveegd en wordt er doorverwezen naar de gemeente en nou ja, zo is het gaan escaleren. Maar dan ben ik wel weer zo'n persoon die gaat kijken waar het probleem ligt. Dus ik heb alle handboeken van het UWV en de Belastingdienst, alles doorgelezen. Van dit heb ik op papier, wat hoort daarbij, waar heb ik recht op, wat zijn de regels, wat zijn de regels daar weer op van toepassing en wat zijn je plichten en je rechten. Heb ik allemaal uitgezocht, allemaal uitgewerkt. Uiteindelijk heb ik een bijstandsuitkering geaccepteerd. Ik heb mijn best gedaan om het allemaal uit te zoeken en om hulp te vragen, maar ja, uiteindelijk is er niks van geworden en dan denk ik, ja, 'ik leg me erbij neer en ik ga gewoon weer verder'. Maar ja, dat was zo'n groot gat in mijn inkomsten, nou ja, de vaste lasten kon ik dan gewoon niet meer betalen. Ja, toen hebben ze me de woning uitgezet en toen wist ik ook eh, me geen raad meer om ergens heen te gaan. Ik had geen inkomsten, geen woning meer, mijn inboedel was ik kwijt, ik had 12 jaar werk heb ik weggegooid, ik had, uiteindelijk heb ik een paar ramen ingegooid bij het gemeentehuis want het was midden in de winter en ik kon niet buiten slapen, dus ik dacht van, ja, ik laat me oppakken.

Toen ik werd opgepakt heb ik een half jaar in detentie gezeten. Daarna ging ik naar de kliniek van Inforsa. Ik kreeg een artikel 37. Dat was een idee van mijn advocaat, om me ontoerekeningsvatbaar te laten verklaren. Ik was eerder nog niet in aanraking gekomen met de psychiatrie.

Ik ben ongeveer een jaar bij de FPK van Inforsa geweest. Daarna werd overgeplaatst naar een FPA uit mijn regio, ik ben daar twee maanden geweest. Maar daar waren de regels anders. En Amsterdam, ja, dat vond ik beter. Dus toen heb ik overplaatsing terug gevraagd en toen hebben ze me weer op dezelfde afdeling kunnen plaatsen. Toen ben ik weer voor eh, acht maanden in Amsterdam geweest. En daarna toch nog vijf maanden bij de FPA in mijn regio, op de resocialisatie-afdeling.

Ik vond het niks bij de FPA hier, want dat was echt een heel ander regime, met andere regels en niets mocht. Daar was Amsterdam, ja, daar mocht je ook niet veel, maar daar had je in ieder geval meer vrijheden dan dat je bij de FPA had. Inforsa was heel meegaand met ook, met eh, drugsgebruik en dat soort dingen. En daar heb ik gewoon duidelijke afspraken mee kunnen maken en dat is gewoon goed geregeld. In de FPA daar hebben ze hele andere regels en daar was dus geen afspraken gemaakt, dus dat liep allemaal een beetje fout. En hun zouden de regels overnemen van Inforsa maar dat konden ze niet doen want dat was weer tegen hun beleid. Dus ik zeg ja, ik heb het op papier staan, dit is wat we afgesproken hebben, dus dat nemen jullie

dan gewoon over'. Na lang lopen zeuren hebben ze dat ook wel weer gedaan. Dan wordt het overgeschoven naar een ander en die moet het allemaal weer gaan oplossen en die wil dan ook weer zijn eigen regels toepassen en dan wordt het, ja, een beetje chaos.

De rechter had gezegd 'nou, in de kliniek gaan ze dit en dit regelen, dan krijg je ook juridische steun' en eh, weet ik veel allemaal. Nou ja, dat was dus het eerste jaar allemaal niet geregeld, en toen zat ik dus ook met die artikel 37. Het jaar daarop heeft Inforsa me naar de ggz geplaatst. Mijn artikel was afgelopen maar ik had wel een rechterlijke machtiging. Maar toen wou ik dus weer terug naar Amsterdam want het zou in Amsterdam geregeld worden. Dus toen hebben ze het na uiteindelijk lang lopen zeuren hebben ze dat in Amsterdam na een jaar nog niet een keer voor elkaar gekregen. Toen ging ik weer terug naar het ggz en die hebben toen ook juridische hulp bij geroepen en dus uiteindelijk is het, die huurdersverklaring van de baan afgeveegd want er moest iemand met de woningbouw om de tafel gaan zitten om te zeggen 'ja, die jongen heb geen huurdersverklaring en hij heb wel recht op een woning, blablabla en alles is geregeld'. Dus uiteindelijk is het eh, ja, is het nou wel geregeld. En toen heb ik gereageerd op deze woning en toen heb ik deze woning gekregen.

Het heb effe drie jaar geduurd, met allerlei heen en weer gestuur en, eh, gedoe, maar eh, ja. Nou, ja, uiteindelijk heb ik het zelf opgelost omdat ik bij de juridische dienst net zo lang bleef zeuren dat ik iemand moet hebben die er verstand van heb. Ik zeg, ik kom er niet uit.

En dan moeten ze het niet gaan verdraaien naar een psychisch probleem of wat dan ook want een financieel heb ik dus nog steeds, maar dat heb dus bij Inforsa, de psychiater, die heb gewoon gezegd, ja, maar dat is een psychisch probleem. Kijk, ik weet wat het probleem is met mij, om het zomaar te zeggen. Dat kunnen hun niet aan je zien, dat kunnen ze niet aan je ruiken, dat kunnen ze pas na zoveel onderzoeken hier en daar een beetje globaal vaststellen. Kijk en als ik dus op een presenteerblaadje zeg 'dit is dus het probleem', dan moeten ze in mij dus ook de vertrouwen hebben dat eh, dat is het probleem, daar loopt die jongen tegenop in het leven, laten we hem daarmee helpen. En niet afschuiven met dwangmedicatie en eh, en dat soort dingen van probeer het maar te vergeten want het probleem blijft bestaan. Dus beter om het probleem op te lossen dan het weg te schuiven, zal ik maar zeggen. Als de psychiater zegt 'die jongen die mankeert wat en geef hem maar deze medicatie' en je gaat er wel tegen in beroep maar uiteindelijk zeggen ze toch ja dat win je niet want de psychiater zegt dat je het nodig hebt dus je krijgt gewoon dwangmedicatie opgelegd.

Verder vond ik het in principe wel goed gaan allemaal daar bij de FPK. Het was wel een leuke groep mensen om het zo maar te zeggen. Die verpleging was wel altijd meegaand. Ja, spelletjes doen, je moet toch je tijd doorkomen. Ze zijn wel meegaand. Ja, ook wel eens streng natuurlijk, want je moest je aan de regels houden van de kliniek, maar ja, daar viel in ieder geval over te praten. Kijk, bij Inforsa had ik een beetje leeftijdsgenoten. Melanie, zij is ook dertig. Dan heb je tenminste een beetje een leeftijdsgenootje waarmee je een beetje op dezelfde lijn zit wat je leuk vindt qua spelletje, tv-kijken, dat soort dingen. Daar kan je veel beter mee opschieten dan iemand uit een oudere generatie, eh, die heeft natuurlijk een hele andere beleving en die weet niet wat, dus ja.

In Amsterdam was het ook gezelliger buiten. Je zit in de stad. Ik ging vaak met begeleiding naar buiten. Dus zodoende dat je toch wel een beetje, ja, met je begeleiding eigenlijk op een

lijn zit van de leuke dingen te gaan doen. Ik vond het gewoon gezelliger daar, de hele sfeer was eh, was wel streng, maar ze waren wel meegaand. En bij de FPA was het gewoon streng en niet meegaand. Dus dan loop je tegen allerlei dingen op en dan word je niet mee geholpen en dan loop je jezelf alleen maar op te vreten en te irriteren en je ken er niks mee. Kijk en Inforsa zegt we gaan het oplossen en we gaan het uitzoeken bijvoorbeeld. Qua gevoel word je gewoon vrolijker, je wordt er beter van, om het zo maar te zeggen. Je voelt je beter, het is beter. Kijk, dan had je weer geen shag of wat dan ook, dan kon je altijd wel weer een sigaretje van hun krijgen of wat dan ook en het was niet echt van... Ja, dat was ook in de FPA, daar mocht je niet in het kantoor komen, dat ik denk van, ja, er lopen gerust wel gevaarlijke mensen tussen die niet in het kantoor mogen komen, oké, dat snap ik, maar ik ben niet gevaarlijk. Dus bij Inforsa ook, kom maar gezellig even in het kantoor zitten om een bakkie koffie te doen en dat soort dingen. En dan word je gewoon behandeld als, als een mens. En niet als een nummer en in een hokje gedouwd.

Ik weet ook niet of ik positief of negatief moet doen over Inforsa. Ze hebben hun best gedaan om me te kunnen helpen. Dus ja. Kijk, dat dwangmedicatie dat had allemaal niet hoeven, dat vond ik dan weer een nadeel maar ja, het heb zo zijn positieve kanten en zijn negatieve kanten. Ik kon ook een beetje mijn creativiteit uiten. Ik deed mee aan de graffiti-workshop. En beeldhouwen, dat vond ik ook wel leuk (staat op en laat twee beeldhouwde werken zien). Ik heb ware kunst gemaakt daar bij Inforsa.

Ik heb nog contact met Melanie van de FPK. We bellen af en toe en we mailen. Toen ik op de FPA zat, is ze langs geweest. Dat was op haar route naar huis. Het zijn toch mensen waar je een beetje twee jaar mee bent omgegaan, om het zo maar te zeggen en dat is eh, wil je ook niet te grabbel gooien om het zo maar te zeggen. Ja, dat ken wel, maar, mij maakt het niet zoveel uit, maar ik denk van ja het is toch leuk om contact te onderhouden met de mensen. We hebben meestal over het dagelijks leven. Wat eh, van wat doe je? Wat was er gisteren op tv (lacht)? Hoe is het weer? Het is toch een beetje, toch een beetje, ja, aandacht. Ja, ik zoek aandacht. Ik heb geen vriendin, ja, ik heb een kat (lacht), maar ja, een kat...

Het weinig geld hebben is moeilijk. Je wordt wel beperkt op allerlei dingen dat eh, ik ben gewoon gewend om te kunnen leven en doen wat je wil doen en kopen wat je wil kopen en zo. Maar nou moet je echt op een bonnetje en op de acties gaan letten wat je in de winkel gaat kopen en dat eh, ja, dat is voor mij echt een stap terug. Om het zo maar te zeggen. Maar als ik weer aan het werk ben, komt het wel weer goed.

Ik heb nu nog elke week bezoek van het ACT-team. Ze komen een bakkie koffie doen en bespreken 'hoe was je week?', en eh, nou ja, ik heb elke week hetzelfde probleem. Ik zit nog steeds financieel kort en de stap is ik moet weer aan het werk. Ik vind het eigenlijk een beetje overdreven. Kijk als ik een probleem heb, dan bel ik wel, om het zo maar te zeggen. Of ik stuur het op de mail. Ik leg mijn probleem wel voor. Maar ik moet weten bij wie ik mijn probleem kan voorleggen.

Mijn ouders zie ik af en toe. Ik probeerde vroeger elke week bij ze te eten, zo een keer in de week, zodat je toch elke week een keer bij ze over de vloer komt, maar ja, dat schiet er de laatste tijd een beetje bij in, weet je wel. Het is, ik zit ook zonder vervoer, het is 13 kilometer. Een buskaartje is ook alweer 4 euro. En dan heen en nog een keer terug, dan ben je acht euro

kwijt, voor die acht euro kan ik prima een maaltijd halen hier bij de winkel, om het zo maar te zeggen. Mijn sociale contacten verwateren dus. Ik heb nog wel wat kennissen en vrienden, die spreek ik af en toe.

Ik wil gewoon huisje, boompje, beestje. Dat heb ik nou, maar nou nog houden. Ik wil ook graag weer een relatie want alleen red ik het gewoon niet. Dat is niet financieel maar ook gewoon het alleen zijn, eh, is ook niet leuk. Ik heb wel een huisdier, maar ja, die zegt ook niets terug. Die zegt alleen maar 'miauw' als de koelkast opengaat (lacht).

Joeri

(38 jaar)

Ik voel me eigenlijk tekortgeschoten, want ik ben 38, ik heb geen vrouw, geen kinderen. Mijn broer en mijn neef, zij hebben leuke gezinnen. Ze moeten werken. En als ik er nou nog aan wil beginnen, ik wil er niet meer aan beginnen, ik ben, ik voel me eigenlijk te oud. Snap je? Ze zijn te laat. Heel deze maatschappij is gewoon verrot, helemaal naar de klote, helemaal om zeep geholpen. Mijn moeder heeft altijd tegen mij gezegd 'je hebt zoveel kansen, eh, kansen', weet je wel. 'Je hebt er geen eentje gepakt', ik zeg, 'ja, welke kansen?' Ik zie ze toch niet, waar zijn ze dan, ik heb ze ook niet. Iets waar je niet, niet duidelijk kunt voelen, iets waar je niet duidelijk mee bezig kunt zijn, heb je ook niet.

Ik ben naar school geweest, heb alles netjes gedaan. Sinds 1995 of 1996 ben ik in aanraking gekomen met de verslavingszorg. Rond die tijd sliep ik ook regelmatig op straat. Mijn ouders zetten mij de deur uit. Ik weet niet waarom. Ja, vanwege mijn humeur misschien of zo (lacht)? Ik weet het niet. Ik ben, ik vind het, eh, ik vind het niet leuk. Mijn ouders vonden dat ook niet leuk... ja. Het is niet anders. Het is niet meer terug te draaien. Ook wel misschien vanwege de omgang met eh, de groeperingen waar ik mee omging. Midden jaren '90 is het eigenlijk een beetje begonnen bij mij, zeg maar. Vanaf de jaren 2000 is het bij mij begonnen met eh, Justitie, sinds ik bewindvoering heb, zeg maar. Het is een paar keer fout gelopen met een bewindvoering. Dat ik het zelf allemaal niet meer kon bolwerken en eh, toen ik meer vrije tijd kreeg werd het voor mij, eh lastiger om rustig te blijven. Ik kreeg dit. Sneller boos, sneller dit. In 2005 heb ik een paar weken gezeten. In 2010 kreeg ik een artikel 37. Toen ben ik in de FPK behandeld waar ik nu ook verblijf.

Ik ben altijd in gevecht met mezelf. Mijn vader was vroeger ook zo. Dat weet ik zeker. Ik ben constant in gevecht met mezelf. Maar dat is, dat is voor mij, het zet geen, ook omdat ik, eh, als hier een zakje wit poeder zou liggen, dan zou ik eerst proeven. 'Oh, hé, hij verdooft', en dan zou ik 'm nemen. Nee, ik heb juist dat gevecht, ik ben gaan vechten, omdat ik juist dat wil laten liggen omdat ik dat niet wil. Snap je. Ik zie het gevaar er niet van in, snap je? Dat is het gevaarlijke met me, ik zie het gevaar d'r niet van in. Dus de volgende keer vinden ze me een keer dood. Dus dat zijn allemaal van die dingen. Ik krijg pijn in mijn oren, dus ik denk: hé als ik dadelijk maar niet ga bloeden uit mijn oren. Snap je? Druk op mijn oren, eh, droge oren, als het maar niet gaat bloeden. Daar ben ik allemaal bang voor. Allemaal angstig.

Ik geloof niet in vriendschappen. Vriendschappen zijn kennissen, daar heb je niks aan eigenlijk, want die maken, snap je, in de meeste gevallen ben je mekaar alleen maar tot last, denk ik dan. Weet je wel. Ze kunnen je helemaal onderuit halen. Daar heb ik al meer dan twintig

jaar last van dat dat met mij gebeurt, dus eh, kijk ja, het is niet echt meer een vriend te noemen, snap je. Dus dat is waar mijn achterdocht vandaan komt. Ik heb nu alleen contact met mijn ouders en mijn broer. Verder heb ik geen vrienden. Via de computer heb ik nog wel wat contact met andere familie. Ik wil niet met achterdocht rond gaan lopen, want ik heb schade door medicatie en ik heb schade door, ik heb wel degelijk middeltjes tot me genomen, daar heb ik ook wel degelijk achterdocht van gekregen en ik eh... Ik vind dat moeilijk. ISD duurt voor mij veels te lang. Je kunt mij niet als ISD'er eh, m'n leven lang iedere keer voor elk wissewasje opsluiten en dit en dat is voor mij geen normaal bestaan. Dat is niet gewoon. Kijk, ik ben geen slechte jongen, hè, ik ben echt geen slechte jongen.

Ik vond het eh, hartstikke fijn eh in Amsterdam. Nou ja fijn, fijn... Ik kan niet zeggen in de zin van fijn, want ik zit toch eventueel opgesloten, maar ik vond, ik heb eh, ja met bepaalde mensen die daar van jullie clubje kon ik toch redelijk wel eh, vond ik dat ik het wel goed mee kon vinden. Er werden dingen met je gedaan. Eh, Rafaël, die ken je nog wel. Ik ben een paar keer met die man naar buiten gegaan, ja het is gewoon, gewoon eh, ja ik had het gewoon naar mijn zin. Ik, ik telde mee, ik telde mee. Ik telde mee. Snap je. Die Melanie, die Melanie deed dat ook. Ik telde mee. Die riep mij dan gewoon van 'kom we gaan een sigaretje roken'. Ik telde mee. En, en, en dat gevoel, dat, dat ben ik niet gewend, weet je. Omdat ik, ik ben altijd afgewezen, ook door eigen familieleden. Dat is waar ik op dat moment eigenlijk naar, ik zocht eigenlijk naar erkenning.

Ik had daar het gevoel dat het natuurlijker ging dan hier op de FPK waar ik nu verblijf. Want ze namen me mee naar buiten, ze deden dingen met me. Dat is voor mij belangrijk, snap je, dat ik samen ben. Kijk, dat ik op een gezonde manier naar me eigen leer kijken, zeg maar. Dat is voor mij belangrijk. Een gezonde manier. Want ik heb altijd op een ongezonde manier naar mij gekeken. Altijd (maakt snuifgebaar). En kijk dan maar naar jezelf. Dat gaat dan niet, hè?

Maar weet je waar ik hier tegenaan loop? Hier moet ik, hier word ik verplicht om om half elf, gaat de deur dicht, snap je, dat is in Inforsa eigenlijk hetzelfde, die regel is daar ook, denk ik, weet ik niet. Maar bij Inforsa kon ik op het belletje drukken, een afspraak maken, kon ik eruit. Kon ik gewoon naar de huiskamer lopen. Ik kon gewoon, eh, je kon, je kon, hier moet je zelf koffiezetten en daar kon je gewoon, snap je. En dat is waar ik tegenaan loop. Als ik thuis ben, en ik kan niet slapen, of ik wil niet slapen, kan ik naar de huiskamer en kan ik op de bank gaan zitten en kan ik lekker rustig voor de tv, mijn voetjes omhoog en val ik alsnog in slaap. Dan word ik weer wakker en kruip ik naar mijn bed. Dat ben ik gewend. En dat kan hier niet. Hier word je, hier word je zo geleefd van 'jongens half elf! Kinderbedtijd, iedereen naar bed'. Snap je? ik vind dat niet, eh, nee niet, eh, niet correct. Het maakt mij stuk. Het maakt mij stuk, het doet mij zeer.

Wessel en Ellis hebben me hier naartoe verhuisd. Daarna zijn Wessel en Valerie nog een keer op bezoek geweest. Ik bel afen toe, tenminste, ik belde. Ik heb in het begin wel heel veel gebeld. Vooral met Josee. Melanie had ik ook nog wel willen spreken. Ik belde gewoon voor de gezelligheid eigenlijk, gewoon om een stemmetje te horen. Ik wil gewoon een vriendschappelijke band.

Ik vond het gezellig dat ze op bezoek kwamen. En belangrijk. Ik heb gewoon mensen om me heen nodig, dat is het gewoon. Het geeft me een bepaalde gemakrust. Het geeft een bepaalde gemakrust. Kijk als mensen jou naderhand nog zeggen, kijk, we gaan even kijken hoe het met hem is, dat wil zeggen dat ze jou toch als, als eh, een goed mens hebben ervaren. Toch? Wessel had een buil shag voor me meegebracht. Maar ik heb mijn buil shag niet gekregen (lacht), want die mag hier niet naar binnen. Dat mag niet, je mag van buiten geen shag meenemen.

Nee, ik ben 38 jaar, ik heb een normaal leven nodig. Eigenlijk het liefst wil ik een hele goede toekomst. Genoeg geld, mooi huisje, mooie eh, ik hoef geen auto voor de deur, als m'n vrouwtje maar wel een auto heb, als ik een vriendinnetje heb, want dat wil ik dan weer wel, weet je wel. Dan heb ik ook gewoon het liefst een normaal leven.

Erwin

(38 jaar)

Ik heb na de havo, nog met kinderbijslag, mijn hbo civiele techniek gehaald. Daarna ben ik gestopt. Ik had zoiets van het is allemaal doorgestoken kaart gewoon. De wereld is een ratrace. Ik ben best wel communistisch, zeg maar. Dan denk ik 'ja, ze zitten daar van tevoren flessen wijn en pepernoten onder tafel te verdelen en daarna gaan ze, gaan ze die eh, die opdracht binnenhalen'. Zo werkt dat gewoon, aan één stuk door.

Ik ben geen slecht mens. Het spijt me dat ik in de forensische psychiatrie ben terechtgekomen. Met achttien jaar beloven van 'dit is de crisisdeur', achttien jaar lang, 'als je naar die deur gaat helpen we je'. Ik ben van bosje naar bosje daar heen gevlucht. Een half uur lopen, minstens. En helemaal paranoia, in de zomer, achterna gezeten door mensen met mobiele telefoons, luxe auto's en zonnebrillen en toen werd ik naar huis gestuurd omdat ze dachten dat ik dronken was. Ik ben naar huis gestuurd. Ze hadden geen bedden. Het was vol. Dus ja de volgende dag, ik trok het al niet meer. Ik bedoel, ik ga niet voor niets naar de crisisdienst. Dat was mijn laatste, mijn laatste ding wat ik kon doen en eh, nou ja. Ik ben naar huis gestuurd. En het is vreselijk misgelopen. Ik heb de hele boel in de fik gestoken. Het spijt me, weet je. Ik ben ontoerekeningsvatbaar verklaard en ik kan er niks aan doen. Wat moet ik zeggen. Ik liep te toveren met mijn spullen, ik dacht dat ze heilig waren, eh, Rusland was aan het kloten met de Oekraïne en weet ik veel wat er allemaal gebeurde in de wereld. En dat trek ik me af en toe gewoon heel erg aan. Het was niet netjes. Ja. Hoe maak je het goed, weet je? Wat kan je eraan doen? Ik bedoel, ik kan redelijk wat hebben, maar als het zo lang achter elkaar door gaat, dan wordt het toch, eh, je weet toch hoe dat is, mensen die knal psychotisch zijn. En daarna een half jaar manisch. Ik was medicatie aan het afbouwen. Een half jaar later las ik in het farmaceutisch kompas dat als je afbouwt en je psychosegevoelig bent, je in een manie terecht kan komen. Ik weet niet of de arts hetzelfde boekje leest als ik, maar ik geloof, 'Het farmaceutisch kompas' is gewoon het handboek en daarin staat hoe het zit.

Ik heb twee of drie maanden in de gevangenis gezeten. Ik was te gek. Ik was niet te houden. Ik liep alles schoon te maken. Ik heb de hele afdeling schoongemaakt. Met een sponsje uit de prullenbak. De rest kreeg één maaltijd, ik kreeg er twee. Ik verbrandde zoveel energie. Ik liep op de buitenplaats te zingen van 'we gaan nog niet naar huis, nog lang niet, nog lang niet...'

Ja, sommigen zaten er al zestien jaar, die vonden het wat minder leuk, maar ik had echt schijt aan alles (lacht).

Daarna kwam ik bij Inforsa. En ik weet nog, ik, mocht mijn kamer in, ik werd vriendelijk geholpen en zo. Toen kwam ik in die douche, ik mocht die kamer in. En ik weet nog hoe mooi die tegeltjes wit waren. Helemaal nieuw. In plaats van een of ander smerig hok waar het niet schoon te krijgen was. En het was alsof ik in de hemel kwam. Lieve mensen en ik moet je eerlijk zeggen, ja, ik heb gewoon goede herinneringen aan Inforsa.

De psychiater, eerlijk gezegd, vond ik, eh, vond ik wat zuur. Ik weet haar naam niet meer, maar, ik bedoel, daar viel niet mee te onderhandelen. Het ging om het toekomstbeeld wat ze voor me schetste. Ik heb een gesprek gehad met iedereen om me heen, m'n familie, m'n behandelaren, m'n psychiater en ja, ik weet effe exact de naam van het gesprek niet meer maar, maar dat gaf mij een klap in mijn gezicht. Er werd me verteld, 'ja, op deze manier medicatie blijven zitten, weet ik veel, begeleid wonen' et cetera en toen stortte mijn wereld een beetje in, zeg maar. Dat ik dacht van ja, maar ik twijfel nog wel eens of dat dat misschien beter geweest zou zijn, of niet.

Ik vond de verpleging heel leuk. En ik vond het leuke mensen en eh, ze weten je vertrouwen te winnen en zo en ik heb het idee dat het daar een stuk professioneler als bij de FPA waar ik daarna terecht ben gekomen. Op de FPA was niet voldoende eten, er was niet gezond eten, mensen liepen met een koortslip. Je werd behandeld als een beest en eh, en een gestoorde en eh... dat was heel moeilijk daar gewoon om daar vooruit te komen op een of andere manier.

Het regime was anders bij de FPA. De algemene toon van de verpleging was anders dan bij Inforsa. Het was wat warmer bij Inforsa. Ook omdat het wat losser was. Het was niet zo, het was dan wel FPK en forensisch en zo, maar je kon ook een beetje gek doen, weet je. Er werden wat meer grapjes gemaakt en het was wat minder afstandelijk allemaal. Ik bedoel, en als je een dag op je kamer zat, dan kwam er even iemand een kopje koffie drinken en zo, eh, zo besteden ze toch meer persoonlijke aandacht aan je. Het is vooral die persoonlijke zorg. Even als dat je als individu een beetje verwend wordt met een leuk gesprekje. Ik weet nog dat ik mijn verjaardag daar gevierd had en dat ze vroegen 'wat wil je?' Ik zei 'ik wil een versierde stoel'. En dat ze met medicinale handschoentjes ballonnen hadden geblazen en de stoel versierd. En ik mocht patat halen, weet je wel. Nou dat was gewoon geweldig. Hoe losser je het maakt, hoe beter het gaat. Dan zie je wat er verkeerd is aan mensen. Laat ze los, je moet ze ruimte geven om te laten zien wie ze zijn. Want, afknijpen en streng zijn geeft stress. Onder stress is niemand zichzelf. Dan komt er onvrede en daaruit volgt spanning en agressie. Ik had bij Inforsa een bepaald gevoel van comfort en 'hier kan wat'. Het gaf niet als de kaas op was: morgen zou er weer nieuwe komen. Ze doen niet te moeilijk en dat maakt het ontspannen.

Na Inforsa ging ik naar de FPA. De overgang tussen de FPA en mijn eigen huis was groot. Ja, ik kon het wel aan, maar het is wel heel bizar, maar, weet je wel. Het ene moment sta je nog 24 uur elke dag onder controle en het andere moment heb je je sleutel en 'ik komt over twee weken langs een half uurtje'. En dat is het. En dan bel je de crisisdienst of dan bel je de FPA op, 'ja ik ben zo gestrest ik kan niet naar buiten ik geloof dat ik even gek word'. En dan krijg je zo'n advies aan de telefoon van 'ja, nou moet je even een kopje koffie drinken en ga even televisiekijken' op zondagochtend 11 uur 's ochtends. Ja maar dat, dat, dat werkt toch niet. Ze

doen geen anamnese, helemaal niks. Er wordt niet gevraagd 'heb je iets gebruikt, wat heb je gegeten, heb je geslapen?' Nee, ze komen gewoon met een kutadvies en ze wimpelen je af. En daar heb je helemaal niks aan gewoon.

Ik heb de mensen van Inforsa nog wel eens gebeld en ze zijn twee keer hier langs gekomen. Dat vond ik hartstikke leuk. Ik bedoel, eh, ik had twee zwangere vrouwen op visite. Dat was, eh, fantastisch. En leuk om te zien, allebei helemaal trots. Leuke meiden ook en ik heb goede herinneringen aan eh, aan de verpleging daar. Ik vond het leuke mensen, ik heb altijd een goede band met ze gehad. Als je de keuze hebt om thee te drinken bij de burens of in je eentje te blowen, dan kies je voor samen thee drinken. Het gaat om de sociale, menselijke behoeftes. Dat deed Inforsa goed, zij zochten mij op, maakten contact met me en dat voelde als 'familie' of 'vriend'. Kwam ik mijn kamer niet af, dan bleven ze contact zoeken op het niveau waar ik zat en dat voelde gelijkwaardig. Mijn ervaring met Inforsa is dat ze je niet aan je lot overlaten. Ook al ben je gevaarlijk of in de war. Ze komen naast je zitten als een 'broeder', iemand die je helemaal begrijpt. Daarmee winnen ze het vertrouwen. Dat is de basis, zeker voor iemand die in de war is.

Ik heb geprobeerd zelf ondersteuning te regelen maar dat heeft me alleen maar geld gekost. Bij burens en vrienden of zo. Ik heb het af en toe echt moeilijk gehad en het gewoon alleen niet zelf trok. En dan ja, nou ja, weet je, daar is misbruik van gemaakt naar mijn idee, zeg maar... Ik ben een stoere bink van 38, ik heb spierballen maar ik ben helemaal niks. Een gevoelig mannetje, weet je wel.

Ik heb last van leegte, zeg maar. Ik heb ruzie met mijn ouders omdat ik drink. Maar ik kan niet tegen de leegte. Weet je, het is, voor mij overal leeg. Overal waar ik kom ook. Ik denk dat een eh, weet je, als ze perspectief bieden en hoop, dan eh, dat doet een hoop, weet je wel. Dat is gewoon, eh, ja, en iets om je bezig te houden dat is, dat is... Af en toe moet er ook een lichtpuntje zijn, dat je denk van 'joh', weet je wel. En ik vind met alle regelgeving in deze maatschappij, lijkt het eigenlijk wel van bijna dat je zegt, ja eh, zeg ik dat goed, een voorbeelde kaart. Als je slim genoeg bent om alles uit te zoeken red je het en anders kom je door het bos niet heen.

Hoop en perspectief zijn belangrijk. Je moet ervoor zorgen om die situatie te gaan veranderen om de recidive te voorkomen, zogezegd. Nou ik zit weer precies in dezelfde situatie als waar ik in zat. Het is eigenlijk aftellen tot die recidive komt gewoon, of gewoon hopen dat het nu beter gaat. Ik heb het vorige keer twintig jaar vol kunnen houden, maar...

De ouders van Erwin

Moeder: In 1998 had onze zoon zijn eerste psychose.

Vader: Het klinkt heel raar als ik zeg 'Erwin is niet gek'. Ja, hij is af en toe in de war. Maar hij weet zich heel goed te gedragen, dat is een van z'n capaciteiten, dat als het slecht met hem gaat, dan kan hij heel goed een telefoongesprek voeren.

Vader: Hij kreeg zijn eerste psychose toen hij terugkwam van een verre reis en toen zat hij in zijn laatste examen. En dat ging helemaal mis. Goddank had hij een hele goede begeleider, die heeft hem in zijn kraag gepakt en gezegd 'ga jij eens even wat anders doen'. Daar hebben we ook contact mee gehad. Hij bleek een nicht met problemen gehad te hebben, dus dat herkende

hij. Hij heeft Erwin gewoon op een rangeerterrein gezet, iets met opnames. Toen het weer goed ging met Erwin, heeft hij weer contact met hem gezocht en...

Moeder: Dat was zijn tweede, derde psychose geloof ik al...

Vader: En toen uiteindelijk is hij bij hem afgestudeerd.

Moeder: Wij hadden het idee dat ze hem wilden helpen, zo van als je dat hebt, misschien red je het dan.

Vader: Tijdens zijn hele psychotische periode hebben we eigenlijk een taakverdeling afgesproken. Arlette was echt de moeder, naar buiten toe en onderling leek dat af en toe een soort situatie waar we het volstrekt met elkaar oneens waren, want ik heb me daar iets van teruggetrokken en ik ben kaderlid geworden bij Ypsilon, na een heleboel toestanden. Om, laat ik zeggen, de invloed en het contact van ouders met de zorgverleners proberen te structureren en open te breken en aan de gang te houden.

Moeder: Ik denk dat met name die laatste psychose in 2014, daar heeft hij een ontzettend grote klap van gekregen. Hij heeft toen lang in de psychose gezeten en dat is ook merkbaar aan hem.

Vader: Op een zeker moment, het ging echt slecht met Erwin, hij ging dwalen, dolen, wij hadden dat ook wel in de gaten, wij zijn een paar keer bij hem geweest, echte crisismomenten in zijn kamer, waarbij hij eigenlijk heel – hij woonde 4-hoog op een flat – demonstratief op de vensterbank ging staan voor het open raam, dat wij dachten van ‘oh my God, hij is verward, dit is het moment, dat kan niet missen’. Want hij was zo ver weg. Wij paniek gemaakt bij het FACT. Ja, toen is er iemand geweest. Nou, niks aan de hand. Wij gevraagd ‘hoelang ben je geweest?’, enzovoorts, dat verhaal hebben we gehad. Maar het ging helemaal slecht, het ging helemaal slecht, steeds contact, dat was ook een onderdeel van ... Hij is ’s avonds vanaf zijn flat in [zijn woonplaats] [meer dan twintig kilometer gaan] lopen met de vraag ‘neem mij op, want het gaat slecht met me’. Dat kon niet. En er is toen besloten, ‘nee, het gebeurt niet’.

Moeder: Daarvoor heeft hij drie keer de crisisdienst gebeld. Iedere keer van ‘het gaat niet goed, ik wil opgenomen worden’. Afgewezen. Wij hebben dagen daarvoor iedere keer gesignaleerd van ‘het gaat niet goed, ga naar hem toe’. Ja, ja, ja. Ook niet gebeurd. Dus die avond is Erwin vertrokken, is inderdaad door de bewaker de deur daar uitgezet, terwijl hij nog een keer vroeg van ‘ik wil opgenomen worden’. Ze dachten dat hij onder invloed was. De volgende dag heeft hij zijn delict gepleegd. We werden gebeld door zijn huisarts: ‘Moet je luisteren, ik krijg net een telefoontje van de politie van de stad, de flat van Erwin staat in brand en Erwin is nergens te vinden, dus waarschijnlijk is hij verbrand. Maar ik ga verder zoeken, ik ga verder informeren.’ Nou een half uur later belde hij weer, hij zei: ‘Ik heb nu een telefoontje van de spoedeisende hulp, daar is hij binnengebracht. Het is wel zaak dat jullie komen.’ Nou, wij kwamen daar in paniek en we troffen hem daar aan met handen en voeten geboeid, twee agenten naast z’n bed, volledig verward en ze hebben hem dus moeten overmeesteren, want hij was helemaal psychotisch. Na metingen bleek er niets van onder invloed zijn. Op een gegeven moment was hij zo stabiel dat hij naar een politiecel kon. Daar heeft hij drie dagen vastgezeten in z’n een-tje. Natuurlijk drama voor ons. Toen moest hij naar de Bijlmerbajes. Nou ja, dat heeft al een hele negatieve, nou ja, alles is negatief natuurlijk. Nou, daar is hij opgenomen, dat was ook vreselijk, maar goed. Wat wij fijn vonden [is] dat ze denk ik toch aangevoeld hebben ‘dit is niet zomaar een crimineel of verwarde persoon’. Dus ook de psycholoog en de maatschappelijk werk

die vonden het toch wel raadzaam [dat] hij binnen een bepaalde termijn over moest gaan naar Inforsa. Wij hadden helemaal geen vertrouwen meer in psychiatrische inrichtingen van 'wat komt er nu weer terecht'. Maar goed. Hij naar Inforsa en wat ons, tenminste mij heel erg en jou ook bijgebleven is, is dat bij Inforsa...

Vader: Marieke Krans [maatschappelijk werker – PS]...

Moeder: We werden, voor de eerste keer dat wij Erwin opzochten hadden wij eerst al, was door daar gepland, een afspraak bij het maatschappelijk werk. Daar konden wij ons verhaal kwijt. Dat was voor ons fantastisch. Voorts hebben wij, tenminste die indruk had ik, ik vond het zeer professioneel personeel. Ze stonden altijd klaar voor ons, als we vragen hadden, als ze ook zagen dat we er waren, kwam er altijd wel iemand even langs. Ook voor Erwin vond ik, waren ze goed. Ja, ik vond zijn verblijf daar, ja, 't is natuurlijk allemaal verschrikkelijk maar... eh, goed. Heel goed.

Vader: De behandeling kwam er eigenlijk op neer dat het gewoon inhield dat hij behandeld werd of gevolgd werd in die zin, om recidive te voorkomen. Begrijp ik ook wel, maar ik denk, ja, er zit een heel groot gat tussen. Van een recidive voorkomen of dat hele lange traject van ja, krijg het voor jezelf allemaal weer een beetje op de rails en noem maar op. Dat vond ik een teleurstelling. Ja, dat vond ik jammer.

Moeder: Uiteraard hebben we gesprekken aangevraagd met de directie van [de ggz-instelling die hem niet wilde opnemen] van 'vertel ons, wat is er allemaal precies gebeurd?' en 'hoe heeft, is dit kunnen gebeuren?' We hebben ook de directie daarvoor verantwoordelijk gesteld. De directeur heeft gezegd 'er is een inschattingfout gemaakt'. Dat gaf ze aan. We hebben het medisch dossier van Erwin opgevraagd. Er stond over die periode niets in. Het miste allemaal uit het medisch dossier. Het was niet meer terug te vinden. [Er zijn] nog een paar gesprekken geweest met de directie. Toen lag het een tijdje stil, want de directeur die was even afwezig en we zouden een eindgesprek hebben en dat is iets, dat zit me gewoon tot hier. We werden uitgenodigd, ondertussen was z'n flat helemaal leeggehaald, een schuld van 9000 euro door het spul wat eruit gehaald moest worden en andere kosten die er gemaakt waren. Dat wilden wij verhalen op, op, op, op de instelling. En toen dat gesprek gaande was, toen haalden wij nog een keer haar woorden aan van 'ja, u heeft zelf toegegeven dat er een inschattingfout gemaakt is'. En vervolgens zei ze: 'Een inschattingfout gemaakt? Kan me niet meer herinneren dat ik dat gezegd heb.' Ze hebben zich eruit gedraaid en dat vond ik het allerergste. Ik kan nog wel emotioneel worden. Verschrikkelijk. Dat is ook wat die advocaat zei: 'Ja, Erwin is in feite slachtoffer en dader, dat maakt het ontzettend moeilijk.' En dat vond ik wel, wat jij ook zei, in feite betaalt Erwin, want hij betaalt elke maand 75 euro, krijgt hij wel een beetje terug. Maar goed, hij moet dat wel zelf aflossen. In feite betaalt Erwin voor zijn eigen ziekte nu. Daar komt het wel op neer. En, ja, de, de inrichting is ervoor weggedraaid. Het is zo bitter dat zij hun verantwoordelijkheid niet hebben genomen.

Vader: Ja, dat is helemaal ziek. Maar gelukkig kwamen we dus eh, ja, het klinkt raar, bij Inforsa. Na de Bijlmerbajes, want dat is ook geen pretje. Sjongejongejonge. Wie is de boef hier?

Moeder: En wat een impact dat heeft!

Vader: Wij komen alleen op visite.

Moeder: Oh, wat erg.

Vader: Mijn hemel.

Moeder: Oh, wat erg was dat. Verschrikkelijk was dat.

Vader: Ja. Kijk, op een gegeven moment, het went wel, maar...

Moeder: Nee, het went nooit.

Vader: Nou goed, ik houd er op voorhand rekening mee en noem het maar op. Jij maakte ook zo'n opmerking tegen een van die mannetjes bij dat toegangspoortje.

Moeder: 'Bent u er klaar voor?', zei die tegen mij. Ik had mijn jas uitgedaan of zo. 'Bent u er klaar voor?' Ik zei: 'Hier ben ik nooit klaar voor.' Hij schrok daar wel een beetje van.

Vader: Toen liet hij ook zoiets vallen van dat hij dat wel kon begrijpen, eigenlijk.

Moeder: Maar het feit gewoon, dat je, dat je eigen zoon in de gevangenis zit... dat, dat nou ja, dat is gewoon verschrikkelijk. Dat is echt diep, diep ingeslagen. En ook in ons gezin. Dat is drama.

Moeder: Vier kinderen hebben we. De oudste een dochter, en dan komt Erwin, dan komt Marius en dan komt Jochem. En deze situatie, wat allemaal achter ons ligt, in 2014, heeft ook op ons gezin een enorm impact gehad. Onze dochter, die, eh, het past niet helemaal in haar milieu. Dat ze een broer heeft die in de gevangenis zat. Dus die heeft zich er volledig vanaf gekeerd. Wilde er niets van weten. Heeft het daar ontzettend moeilijk [mee], dat ontdooit weer een beetje nu. De relatie tussen ons en haar wordt ook weer wat beter, maar dat heeft verschrikkelijke impact gehad. Marius, de derde, heeft in de tijd dat Erwin zijn eerste psychose doormaakte, was hij puber. 1998, toen was hij zestien. Hij heeft zich toen erg teruggetrokken. 'Ik moet vooral niet lastig zijn voor mijn ouders, voor mijn moeder, dus laat ik me maar een beetje terugtrekken, want ze hebben al genoeg.' Daar heeft hij ook tot de dag van vandaag nog last van.

Vader: Hij is ook bedreigd geweest door Erwin.

Moeder: Ja. Dat, dat is ook heel diep ingeslagen. Jochem was toen veertien. Dus Jochem, ja, het is sowieso een heel ander kind, maar het is denk ik een beetje langs Jochem heen gegaan. Marius heeft het heel erg bewust meegemaakt. Ja. Dat is ook... Het is nog onzeker.

Vader: Ja, dat is ook een beetje dat verhaal geweest van het spanningsveld tussen ons. Arlette concentreerde zich heel erg op Erwin en erbij, eh, bemoeide zich ook heel erg met Erwin als moeder. Het moederverhaal. Toen hebben we ook gezegd, wat er ook gebeurt, ik doe dat minder, want ik wil ook overeind blijven staan voor de drie anderen.

Moeder: Jij was ook vaak boos op hem. Je was heel vaak boos.

Vader: En ik was vaak boos op hem. En dat was ook, dat was niet scherp, maar aan en af behoorlijk spanningsveld tussen ons.

Moeder: Ja.

Vader: En ook...

Moeder: En onze relatie.

Vader: En behoorlijk gespannen gesprekken, dat wel.

Moeder: Zo!

Vader: Maar dat houdt je toch wel scherp, hoor. Ik zag ook heel veel bij die Ypsylonclubjes, de kerels die trekken aan hun stutten, die zijn weg. Het is altijd moeder die blijft zitten met zoonlief.

Moeder: Zes psychoses heeft hij gehad, met alle narigheid van dien. Het is niet zo dat we dachten: o God, het gaat niet goed met hem, het wordt weer tijd dat hij weer opgenomen wordt. Maar de manier waarop het zich uitte, dat hij een keer van alles naar beneden gooide en door de politie uit de flat werd gehaald, of de keer dat hij bij ons bloot voor het, voor de deur stond...

Vader: En toen deed ik de deur open en dat heb ik later ook nog wel moeten uitleggen. 'Jij erin hier? Nee, hoe kom jij hier?' 'Ja, ik ben hem gesmeerd.' 'En nu in de auto zitten' en we zijn gelijk teruggedaan. Ik denk, daar gaan we ook niet over praten. Geen gewellis en genietes. Je bent er tussenuit genaaid, vriend, huppatee. Ik breng je terug. Je kunt ook zeggen van 'ik heb hem afgewezen'. Ja, misschien wel.

Moeder: Je kunt er op dat moment niks mee.

Moeder: Hij zit nu in een buurt waarvan je zegt, wat hij zelf ook zegt, dit is het afvalputje van [de woonplaats]. Het is verschrikkelijk daar. Er is een wijkteam. Maar ja, hij wordt gewoon een beetje in de gaten gehouden van ja, is hij niet psychotisch, gaat hij geen rare dingen uithalen. Ik heb zelf het gevoel dat Erwin nu in een, in een, in een groep zit, daarzo, van, de, de, dan moet ik het even goed zeggen, de hopeloze gevallen. Wat doen we hier nog mee. Dat hij gewoon uitbehandeld is. Ik vrees dat de hulpverleners zo naar hem kijken. Hij wil ook dingen niet, dat weet ik. Dat zegt hij zelf ook. Ze stellen dingen voor en die wil hij niet. En dat vind ik in de ggz in zijn algemeenheid, merkten we in [de vorige instelling], merken we nu in [deze woonplaats] weer. Ik vind gewoon dat ze te vrijblijvend zijn. Op een gegeven moment zou je denken 'pak 'm bij zijn kleren, wil je niet, je zal even mee moeten'. Bepaalde systemen daar heb je je aan te houden, maar nu is het vaak van 'geen zin, oké, dan maar geen zin, dan gaan we het volgende week weer proberen'. En Erwin is wat dat betreft ook wel slim, denk ik, hoor. En leep. Die zal er ook wel misbruik van maken. Maar wat bij hem het grote probleem is, is zijn leegheid. En dan gaat hij aan de drank. Hij, hij, hij, hij koopt daar de burens met koffie en drank, weet ik het allemaal wat. Ze eten hem leeg, hij heeft geen geld meer. Zijn leegheid, zijn leegheid. En dan gaat hij weer, joh, er is toch een instantie binnen die [ggz-instelling], er zijn vast wel mensen die jou kunnen helpen aan werk of zo. Nou en dan gaat hij er weer eens naartoe. En altijd loopt het weer op nul uit. En dan vraag ik 'heb je al eens gekeken, is er al iets van werk?' Nou en dan gaat hij zelf weer achter de computer zitten en dan heeft hij weer helemaal, is hij weer enthousiast van 'ik heb nu iets gevonden' en het loopt altijd weer op nul uit. En dan denk ik: is er nou nergens binnen zo'n inrichting een mogelijkheid om hem gewoon een beetje, ja, in die zin te ondersteunen?

Vader: Hij heeft toen ook een keer met dat rondvaartbedrijf, is hij bezig geweest. Boten opknappen, waar ze mee rondvaarten doen. Dan maakt hij daar een opmerking over van 'moet je luisteren, ik kan eigenlijk veel meer doen, maar ik ben wel zes euro nog wat per week kwijt aan de tram, kun je m'n abonnement niet betalen?' En wat krijgt hij dan als antwoord? 'Ja, je denkt toch niet dat we jouw verslaving gaan financieren?' Nou, goedemorgen, dat was einde oefening dan. En dan heeft hij dus weer de leegte. En dan komt er toevallig een flesje bier. Of drie. Of wat dan ook.

Erwin wordt eigenlijk steeds zorgafhankelijker, merken wij. We hadden het liever de andere kant uit zien gaan, laat ik het zo zeggen.

Moeder: Ja. En dat er geen oplossingen zijn, snap ik ook wel en dat is ook lastig, maar dat zulk soort dingen kunnen gebeuren ten aanzien van de behandeling van Erwin, en er zo uitdraaien, je verantwoordelijkheid ontlopen...

Moeder: We hebben een keer bij Erwin gemerkt dat hij nog contact met jullie heeft gehad. Hij heeft het een paar keer genoemd, toen dacht ik 'goh, wat bijzonder'. En tijdens zijn opname kwam het geloof ik ook een keer ter sprake, met een van die sp'ers of zo. Die noemde het. Want Erwin zou weer overgeplaatst worden naar [zijn woonplaats]. 'Ja, want wij bezoeken nog wel cliënten.' Er was er eentje in Assen terechtgekomen en dat was allemaal niet geweldig. Zo noemde die dat en toen dacht ik 'goh, wat bijzonder dat ze dat doen', maar dat heb ik toen aangehoord, maar nu je het zegt, nou realiseer ik me dat. En Erwin noemde het een paar keer dat hij...

Vader: Ja, hij had een paar keer genoemd en toen dachten we van: 'Hè? Hoe kan dat nou? Was dat een cliënt of zo die ook bij Inforsa zat?' Nee, nee, dat dachten wij eerst. Van leuk, maar nee. Hij vertelde, nee, het was iemand van Inforsa zelf. O, nou jee.

Moeder: En toen dacht ik nog...

Vader: Verbazing alom. Leuk.

Moeder: En toen dacht ik nog: dan heeft hij zeker een goede indruk daar gemaakt, of zo, dat ze in de buurt kwam of langs kwam of zo.

Vader: Wij hebben ons niet gerealiseerd, maar misschien is dat wel tegen ons gezegd, hoor, dat er een structurele mogelijkheid was.

Vader: [een ziek kind hebben] Is levenslang, hè?

Moeder: Ja. Ja. Dat is ook zo. Ik laat hem nooit los en ik zal hem nooit loslaten. Maar ik merk wel nu, het laatste jaar, dat ik toch een beetje minder geraakt word. Nou, althans, zo voelt het. Ik denk dat met name die laatste psychose in 2014, daar heeft hij een ontzettend grote klap van gekregen. Hij heeft toen lang in de psychose gezeten en dat is ook merkbaar aan hem.

Vader: Hij is ook veel kwijt.

Moeder: Ja.

Vader: Ja.

Moeder: En wat ik nu merk, dat ie gewoon meer, ja, meer in zijn schulp trekt. Dat 'ie gewoon meer...

Vader: Hij heeft er nu ook last van, hè?

Moeder: Eigen leven, eigen leven leidt.

4.4. Analyse

4.4.1. Introductie

Ik ontmoet Chantal (31), Thijs (40), Michel (39), Serge (32) en Erwin (38) bij hen thuis, op de plekken waar ze nu wonen. Ze hebben allemaal een zelfstandig huurhuis. Hemelsbreed woont Serge het dichtst bij Amsterdam, op ruim 30 kilometer afstand. Chantal woont het verst weg: haar geboortegrond en huidige woonplaats is hemelsbreed ruim 100 kilometer van Amsterdam verwijderd. Alleen zij woont in een dorp. De anderen wonen

in middelgrote tot grote steden. Alle woningen waar ik kwam, waren gelijkvloers en niet groot (twee/driekamerappartementen): bijvoorbeeld als onderdeel van een portiekflat.

Remy (35) woont weer op een van de afdelingen van de instelling waar hij zestien jaar voorafgaand aan zijn opname in de FPK ook woonde. Joeri (38) verblijft in een andere forensische kliniek en Nick (39) spreek ik in een Penitentiaire Inrichting. Hij is daar nu een paar maanden als 'time-out' vanwege terugkerend drugsgebruik. Tijdens het interview vertelt hij dat hij een week later weer terug mag naar de FPK. Tot zijn tevredenheid:

'Kijk, ik heb een maatregel. Ik heb geen gevangenisstraf. Als ik heb drugs gebruikt, als ik terugval heb meegemaakt, ik vind niet leuk dat ik gewoon als een kameel in PI [...] opgesloten, je wordt gewoon gestraft. In de kliniek krijg je gewoon behandeling, krijg je zorg. Krijg je gewoon, gewoon, ja gewoon zorg, begeleiding, alles. Maar hier, PI [...], is bewaarders. Ze kunnen de deur open maken en ze kunnen de deur dicht doen.' (5:388-392)

In de instellingen werd de locatie van het interview indien mogelijk bepaald door de respondent. Het interview met Joeri vond plaats in een sociaal café op het terrein van de instelling. Remy en Nick hadden geen keuze waar het interview plaats had. Medewerkers bepaalden dat deze moesten plaatsvinden in respectievelijk een vergaderruimte en in (de bezoekkamer van) de gevangenis waar Nick op dat moment gedetineerd was.

Ik ken Michel, Nick, Joeri en Remy uit de twee observatieperiodes. Michel, Joeri en Nick kennen mij ook nog. Remy kan zich mij niet meer herinneren. Chantal, Thijs, Serge en Erwin ontmoet ik voor het eerst. Na het interview met Erwin werd ik door hem gebeld. Hij deed het aanbod dat ik ook zijn ouders mag interviewen. Van dat aanbod heb ik gebruikgemaakt om ook het perspectief van naasten in beeld te krijgen. Het interview met de ouders is verwerkt tot narratief, maar niet in onderstaande analyse meegenomen. Het narratief van de ouders heeft de functie het beeld van de zorgontvangers en hun (naaste) omgeving te verdiepen.

De nu volgende analyse is zoveel als mogelijk chronologisch opgebouwd, net als de narratieven van de geïnterviewden. De thema's die naar voren komen zijn te onderscheiden in de hoofdgroepen eerdere zorgervaringen, een terugblik op de behandeling bij de FPK, persoonlijke en sociale ontwikkeling en de ervaringen met betrekking tot het houden van contact na de behandeling.

4.4.2. Eerdere zorgervaringen, voorafgaande aan de FPK

4.4.2.1. Fragmentatie

Behalve Serge heeft iedereen die ik interview, voorafgaand aan de opname in de FPK, eerdere zorgervaringen. Voor Michel geldt dat er 'maar' één eerdere opname was. Die was strafrechtelijk en in een forensische kliniek. Alle anderen vertellen mij over zorggeschiedenissen die één tot twee decennia in beslag nemen. Ze behelsden tochten langs verschillende instellingen, soms van jongs af aan (zoals het verhaal van Chantal) of vonden binnen één instelling plaats. In dat geval waren het omzwervingen over verschillende afdelingen. Remy zegt: *'Ik loop hier zestien jaar al op het terrein.'* Hij vertelt over afdelingen voor langdurige zorg, intensieve zorg, high care. Helemaal helder wordt het, betreffende die instelling waar hij al lang woont, niet:

'Dan wordt het verder vervolgd. Het is TBS ...behandel, tbs. Nou ja. Er is een tbs-plaats hier. Afdeling. Volgens mij is die van tbs komen. Je hebt mensen die van acuut komen. Die van hier naar de, naar de naar de separeer gaan. Die helemaal nog in de beginfase zitten, die helemaal gek zijn. En op de F is het zeg maar van. Zo acuut, jullie noemen ze UC. Unitcare. Unitcare. Zeg maar de separeer. En F intensieve behandeling. En waar ik zit is open behandeling. AB is open. I is open behandeling. Wij werken toe naar huis.' (4:393-397)

4.4.2.2. Eer, teleurstelling en onrecht

Een thema dat in een aantal gesprekken naar voren komt als het gaat om de zorg die mensen in hun leven ontvangen hebben, is 'eer'. Hun eergevoel lijkt aangetast, er wordt gesproken over teleurstelling, vernedering en onrecht.

Institutionele en systemische uitsluiting

Op het niveau van instituties en systemen ervaren geïnterviewden uitsluiting en niet meer 'meetellen'. Zoals Nick, die vertelt: *'Ik heb ook, Petra, dat is ook heel belangrijk, ik heb ook onschuldig vastgezet. Dat weet mijn advocaat ook. Ik heb vrijspraak gekregen. Eh, wat ik wil daarmee zeggen, je kan in Nederland dingen meemaken, bijvoorbeeld vastzitten, gewoon ook psychiatrie meemaken, ook als je gelijk hebt, gewoon onterecht, kan je meemaken.'* (5:305-308)

Thijs en Serge 'besluiten' door hun ervaringen hun bijdrage aan de samenleving beperkt te houden. Thijs, die vertelde hoe moeilijk hij het ermee had dat hij niet meer kan werken omdat werken belangrijk is als sociale norm in de streek waar hij vandaan komt, zegt: *'Alleen ik hoeft niet te werken. Ik ga ook niet meer werken. Dat ben ik niet van plan. Ze hebben mij zoveel onrecht aangedaan. Ik ga voor deze maatschappij helemaal niks meer betekenen, behalve dan mezelf zijn...'* (1:898-890)

Serge, die moeilijk aan werk komt, uit zich, gevraagd naar zijn huidige dagbesteding, kritisch omdat hij zich benadeeld voelt:

Petra: 'En doe je iets van vrijwilligerswerk of andere dagbesteding?'

Serge: 'Eh, nee. Nee, in principe ben ik ook gigantisch tegen. Nou ja, alleen maar omdat de feit ik heb jarenlang uitkering opbouw gedaan en ze hebben me nooit de uitkering gegeven waar ik recht op heb. En dat is gewoon, nou ja, puntje bij paaltje teruggerekend van die 2,5 jaar waar ik recht op een uitkering had, 60.000 euro geweest. Dus ja, dan is, dan ben je ook niet meer gemotiveerd om weer aan het werk te gaan of zo (onverstaanbaar) om het zo maar te zeggen. Laat ze nou maar eerst even een tijdje uitzoeken en nou ga ik gewoon mijn eigen gang of hoe ik het wil, want het heb me nou al gewoon genoeg geld gekost.' (6:966-972)

Erwin is er op een andere manier duidelijk over. Het niveau van werk bevat hem allerminst: *'Ik vind eerlijk gezegd, ja, wat denk je wel, dat ik altijd die kloteklusjes moet doen voor iedereen. Daar ben ik wel klaar mee gewoon, weet je wel. Ik had vroeger de beste banen. Dus ja, het wordt moeilijk, weet je wel.'* (8:156-158)

Eer en teleurstelling in concrete zorgsituaties

Het thema 'eer' komt ook naar voren in zeer concrete zorgsituaties. Een voorbeeld hiervan is de manier waarop door werkers omgegaan wordt met hun kantoor op de afdeling en

het effect op de cliënt. Thijs vermeldt vormen van vernedering: *'Die [regionale ggz] waren ook moeilijk aanspreekbaar, hoor! Die zaten de hele dag achter hun computer in hun hok. En als je dan wat kwam vragen moest je eerst effe wachten en dat soort dingen... alsof ze iets heel belangrijks constant aan het doen waren. Ja, als je lang moet staan terwijl hun de grootste lol hebben en koffie aan het drinken zijn en taart aan het eten, ja... En jij bent dan verplicht je medicijnen te halen, ja dan, dan voel je je, dan willen ze je klein laten voelen of, dan voel je je kleiner als dat je bent en dat is niet tof. Omdat je van hun medicatie moet en je moet erop wachten...'* (1:794-804)

Serge vergelijkt met betrekking tot 'het kantoor' zijn ervaringen in twee instellingen. Hij laat zien dat het voor hem belangrijk is dat het afgestemd is op zijn persoon, in plaats van dat alles over één kam geschoren wordt: *'Nou ja, kijk, dan had je weer geen shag of wat dan ook, dan kon je [bij Inforsa] altijd wel weer een sigaretje van hun krijgen of wat dan ook en het was niet echt van. Ja, dat was ook in [die andere instelling], daar mocht je niet in het kantoor komen. Dan ik denk van, ja er lopen gerust wel gevaarlijke mensen tussen die niet in het kantoor mogen komen, okay, dat snap ik, maar ik ben niet gevaarlijk. Dus bij Inforsa ook, kom maar gezellig even in het kantoor zitten om een bakkie koffie te doen en dat soort dingen. En dan word je gewoon behandeld als, als een mens. En niet als een nummer en in een hokje gedouwd.'* (6:603-608)

Erwin is, na jaren zorg, erg teleurgesteld in de ggz. Hij heeft voorafgaand aan zijn delict geprobeerd hulp te krijgen. Dat is niet gelukt. *'Ik heb het echt gezocht. Ik heb met een watervergiftiging gelegen, psychotisch, alles door mekaar, ik heb het zelf op moeten lossen. Ik stel nu zelf mijn pillen in, gewoon omdat ik niet meer op de psychiater ga wachten. Ik, ik, ik ben nu zover dat ik zoiets heb van "ik word mijn eigen dokter", want de reguliere zorg, nou, vergeet het maar gewoon. Ze spuiten je plat en als je als een dood vogeltje elke dag gewoon op je bank zit, dan vinden ze het goed. Maar voor de rest doen ze geen, nee, ik ben er niet over te spreken, het spijt me. Ik krijg niet de hulp die ik nodig heb, vind ik.'* (8:256-265) Ook de afschaling van zorg gedurende zijn forensische traject ervoer hij als niet op maat.

'Erwin: Want ik bedoel, ik kwam uit de FPA en ik een keer had ik pas een keer in de twee weken een afspraak. En ik had wat geld op mijn rekening, voor hetzelfde geld was ik een gek geweest, had ik een ons speed gekocht voor weet ik veel wat.'

Petra: Dus je zegt "die overgang was groot, van helemaal FPA naar één keer in de twee weken een afspraak"?

Erwin: ... Ja, ik kon het wel aan, maar het is wel heel bizar, maar, weet je wel. Het ene moment sta je nog 24 uur elke dag onder controle en het andere moment heb je je sleutel en "Ik komt over twee weken langs een half uurtje". En dat is het. En dan bel je de crisisdienst of dan bel je de FPA op: "Ja, ik ben zo gestrest, ik kan niet naar buiten, ik geloof dat ik even gek word." En dan krijg je zo'n advies aan de telefoon van "Ja, nou moet je even een kopje koffie drinken en ga even televisiekijken" op zondagochtend 11 uur 's ochtends. Ja maar dat, dat, dat werkt toch niet. Ze doen geen anamnese, helemaal niks. Er wordt niet gevraagd "Heb je iets gebruikt, wat heb je gegeten, heb je geslapen?" Nee, ze komen gewoon met een kutadvies en ze wimpelen je af. En daar heb je helemaal niks aan gewoon.' (8:244-254)

4.4.2.3. Overzicht en boomstructuur ‘ervaringen met zorgtrajecten’, voorafgaand aan de FPK

In onderstaande tabel werk ik per zorgontvanger de thema's van deze paragraaf uit in labels en voorbeelden (citaten).²²

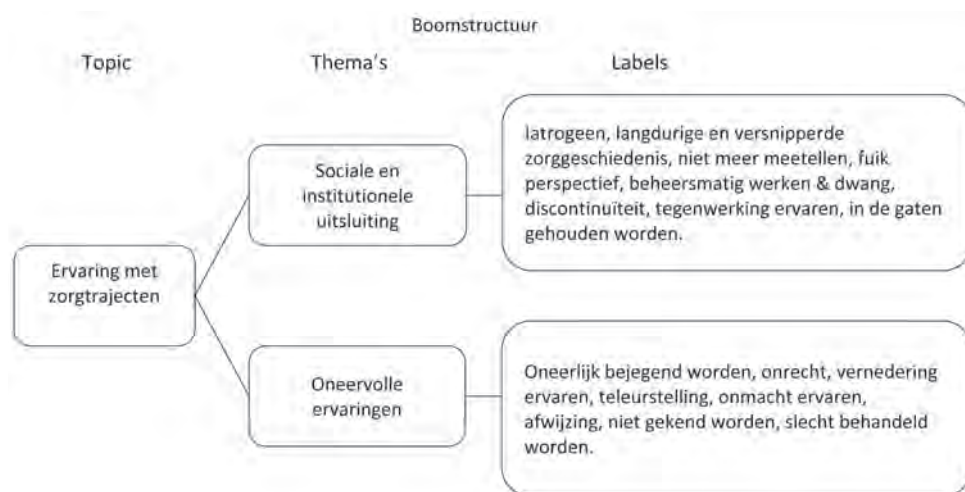
Topic: Ervaringen met zorg(trajecten)				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (behorend bij het vetgedrukt label) ²²	
Sociale en institutionele uitsluiting	Chantal	Zorg is iatrogeen, je wordt er niet altijd beter van.	<p><i>P: Ik heb de indruk dat je op heel veel verschillende plekken bent geweest? C: Ja. P: Hoe was dat? C: Ja, ook wel moeilijk. P: Wat vond je daar moeilijk aan? C: ... Die verplichtingen die ze je allemaal opleggen. De hele dag eh... bezig zijn... P: Verschilt dat dan, de verplichtingen? C: Ja. Ja... Ik ben soms ook heel bang voor andere mensen, zeg maar, om onder de mensen te komen. (2:853-857)</i></p>	
		Langdurige versnipperde zorggeschiedenis		
	Thijs	Door ziekte niet meer meedoen en meetellen in samenleving		<p><i>Ik ga voor deze maatschappij helemaal niks meer betekenen, behalve dan mezelf zijn. (1:899-900)</i></p>
		Geen overeenstemming over problemen met zorginstellingen: fuik medisch perspectief		
	Michel	Effect van beheersmatige manier van bejegening		<p><i>Die vorige keer het psychiatrische rapport gemaakt heeft, maar die mensen zeggen dat ze weten niet zeker dat hij komt, maar ze geven een beetje mijn telefoonnummer, dus ik hoop dat niet iemand komt die mij niet kent, weet je, en zegt, ja, hij gaat hij kan niet een jaar zeggen. Maar weet je, maar eh, ik wil wel dat eh, goeie advies geven zo. P: En waarom heb je dan liever iemand die je kent? M: Ja, omdat hij vorige keer is bij mij gekomen en ja, hij is, eh... hij wou me met zes maanden verlengen maar dat kijken hoe het zelf gaat, hoe eh ontwikkelen, hoe ik me zelf voel, hoe het gaat zo, dus ik wil niet dat iemand opnieuw, weet je, misschien met andere, ja... (3:692-698)</i></p>
		Gevolgen van discontinuïteit van zorgverleners		

²² *Schuingedrukte teksten* zijn citaten uit de interviews. Een citaat is een illustratie van het **vet afgedrukte** label en kolom eerder.

Topic: Ervaringen met zorg(trajecten)				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (behorend bij het vetgedrukt label) ²²	
Sociale en institutionele uitsluiting	Remy	Langdurige versnipperde zorggeschiedenis	<i>Ik heb ongeveer hierzo in totaal vier of vijf jaar in de separeer gezeten in totaal. P: Vier of vijf jaar van die zestien jaar? R: Ja, heb ik in de separeer gezeten. Da's lang. Ik was zo klein (maakt gebaar tussen duim en wijsvinger). En ze gingen mij, gingen mij behandelen, met respect uiteindelijk omdat ze kennen mij, ze kennen mij allemaal, spuiten geprobeerd te... (onverstaanbaar), hij is niet ziek maar hij is iets wat altijd bij hem blijft, weet je. (4:595-598)</i>	
		Effect dwanginsluiting		
	Nick	Effect dwanginsluiting	<i>Ik was heel erg kwaad. Ik mag niet naar buiten. Dat bepalen andere mensen. Ik moet gewoon op mijn kamer blijven. Ze zeggen RM. Terwijl ik weet niets van RM. Ik krijg eerst IBS twee weken, daarna krijg je RM. Ik weet helemaal niets over psychiatrie. Enige wat ik wel weet, ik zit vast, ik ben afhankelijk, ik kan niet naar buiten wanneer ik wil, dus dat maakt me kwaad. Dus ik was zo kwaad dat het personeel, voor de eigen veiligheid, ik ben ook sterk, sterke uit, sterk persoon ben ik. (...) Zij zijn bang wat er gaat gebeuren. Dus ik heb onschuldig separeer en isolatie meegemaakt. Het is heel erg om mee te maken, maar ik heb dat meegemaakt. En ik heb best een hoop ervaring met psychiatrie. (5:30-37)</i>	
		Langdurige versnipperde zorggeschiedenis		
	Serge	Effect ervaren tegenwerking	<i>Nee, in principe ben ik ook gigantisch tegen. (...) Ze hebben me nooit de uitkering gegeven waar ik recht op heb. (...) Dus ja, dan is, dan ben je ook niet meer gemotiveerd (...). (6:966-970)</i>	
		Fuik medisch perspectief en eigen kennis		
	Joeri	Langdurige versnipperde zorggeschiedenis	Ervaring dat je voortdurend in de gaten gehouden wordt	<i>Ik pas daar ook niet, ik pas daar niet helemaal daar in de cultuurtje thuis. Nee, ik heb eh, ben 38 jaar, ik heb een normaal leven nodig. ISD duurt voor mij veels te lang. Je kunt mij niet als ISD'er eh eh m'n leven lang iedere keer voor elk wissewasje opsluiten en dit en dat is voor mij geen normaal bestaan. Dat is niet gewoon. Hoort niet in m'n leven thuis. Ze kwamen mij specifiek iedere keer opzoeken als ik in een bepaalde wijk liep, terwijl dat ik daar woonde eh, dan moest ik het zijn geweest. (7:81-88)</i>

Topic: Ervaringen met zorg(trajecten)			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (behorend bij het vetgedrukt label) ²²
Sociale en institutionele uitsluiting	Erwin	Door ziekte niet meer meedoen en meetellen in de samenleving	<i>Ik vind eerlijk gezegd, ja, wat denk je wel, dat ik altijd die kloteklusjes moet doen voor iedereen. Daar ben ik wel klaar mee gewoon, weet je wel. (8:156-157)</i>
		Langdurige zorggeschiedenis	
		Fuik medisch perspectief en eigen kennis	
Oneervolle ervaringen	Chantal	Oneerlijk bejegend worden	<i>Net als in [naam instelling], maar dan heb je een gesprek en dan doen ze net of alles goed is en dan lees je de rapportage en dan staat daar alles negatief... Ja. En dan zitten ze je in je gezicht mooi voor te doen, maar achter je rug op schrijven ze negatieve verslagen. (2:696-699)</i>
	Thijs	Onrecht ervaren	<i>Ze hebben alleen maar de spanningen hoog op laten lopen zodat ze dachten dat ik doodging. Toen moest ik de separeercel in. Met al die spanningen. Ja, dat was echt triest. Dat was echt triest. Omdat ik een biertje had gedronken moest ik de separeercel in. Echt een einde-van-de-wereld-celletje. Met alleen een krijtje en dan moet je eh in een eh in een kartonnen hoedje moet je je behoefte doen, nou, dat is echt vernederend, man. (1:75-80)</i>
		Oneer, vernedering ervaren	
		Teleurgesteld zijn in professionals	
		Ongelijkwaardige verhouding (onmacht ervaren)	
Michel	Oneerlijk	<i>Zoals in [die andere kliniek]. Daar is meteen dat geweld wordt gebruikt tegen de patiënten en zo. Of meteen medicatie en dingen. (3:54-55)</i>	
Remy	Vernedering	Oneer	<i>Maar als de verpleging jou ging fouilleren met de beveiliging erbij, dat was heel erg, dan moest je helemaal uitkleden, weet je. (P: Ja.) P: En waarom, waarom vond je dat nou zo erg, zei je? R: Omdat ik me, ik moet allemaal me kleren uittrekken. Dit, dit, dit, onderbroek. Eh, trui, overall aan en dan bukken en dan opstaan en eh, en ze dachten dat je iets in je anaal had gestopt, weet je. Dus dat deden ze allemaal! En ik was het daar niet mee eens. Ik dacht bij mezelf: 'ja, dag, dat ga ik niet doen', weet je. ik vond het niet normaal hoor. P: Nee. Je zei, je vond het vernederend. R: Ja, ik vond het vernederend. (4:64-70)</i>

Topic: Ervaringen met zorg(trajecten)			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (behorend bij het vetgedrukt label) ²²
Oneervolle ervaringen	Nick	Onrecht	<i>Het enige wat ik aan rechter wilde zeggen, kijk, ik heb een maatregel. Ik heb geen gevangenisstraf. Als ik heb drugs gebruikt, als ik terugval heb meegemaakt, ik vind niet leuk dat ik gewoon als een kameel in PI Almere opgesloten, je wordt gewoon gestraft. In de kliniek krijg je gewoon behandeling, krijg je zorg. Krijg je gewoon, gewoon, ja gewoon zorg, begeleiding, alles. Maar hier, PI Almere, is bewaarders. Ze kunnen de deur open maken en ze kunnen de deur dicht doen. (5:388-392)</i>
	Serge	Afwijzing	<i>Ja, dat was ook in [die andere instelling], daar mocht je niet in het kantoor komen. Dan ik denk van, ja, er lopen gerust wel gevaarlijke mensen tussen die niet in het kantoor mogen komen, okay, dat snap ik, maar ik ben niet gevaarlijk. (6:604-606)</i>
		Onrecht	
	Joeri	Oneerlijkheid	<i>Hier, mag je niet meer op de computer. Snap je. En dat zie je ze, dan zag je ze met iemand anders wel eens op de computer zitten en dan krijg ik het idee dat is oneerlijk. Weet je wel, tegen ons wordt verteld, je mag niet meer op de computer en omdat een ander hier zeg maar er problemen mee heeft of delicten met de computer heeft gepleegd, mogen wij in een keer niet meer met de computer. (7:708-717)</i>
		Onrecht	
	Erwin	Niet gekend worden	<i>En eerlijk gezegd, ja, vind ik sommige psychiaters, dat zijn slaggers die hun eigen vlees keuren, eerlijk gezegd. Om het maar effe heel, heel, heel cru te zeggen. Ja. Maar zo denk ik er wel over, weet je. Hoe kunnen zij na een half uur een beeld krijgen van iemand? Dat snap ik niet. (...) Ik heb een psychiater gehad, ik was vijf minuten binnen en het recept lag alweer klaar. Mocht ik weer gaan. Nou, en bedankt. Het spijt me de koekoek, maar ik geloof daar niet in. (8:327-334)</i>
		Slecht behandeld worden	



4.4.3. Terugblik op de behandeling en begeleiding in de FPK

4.4.3.1. Het ongewone leven wordt gewoon gemaakt

Het beeld dat ontstaat na observaties van de klinische praktijk van relationeel zorg verlenen (hoofdstuk 3), is dat de werkers het ongewone leven 'gewoon' proberen te maken en de last van het gedwongen samen leven hanteren op een manier die bestaat uit een soort van losheid en nabijheid. Dit beeld spreekt ook uit de terugblikken van de geïnterviewden op hun behandeling. Dat werkers allerhande dagelijkse activiteiten met cliënten 'samen doen' maakt het dagelijks leven gewoner en draaglijker. Begeleiders die altijd in zijn voor een potje tafeltennis, samen koken, leuke activiteiten ondernemen (zoals naar de bioscoop gaan). Serge herinnert zich het naar Artis gaan. *'Ja, ik vond het daar altijd wel gezellig en doen. Dus ja, dan denk ik van, ja. Kijk, het zijn toch mensen waarmee je een leuke tijd hebt gehad. Kijk, het is niet de situatie waar je ze eigenlijk in wil ontmoeten, maar ja. Maar ja, toch, het is een leuke tijd en eh, ja. Leuke dingen, naar Artis geweest, dat soort dingen, ja. We, we, we hebben van alles en nog wat gedaan. En dat mis ik dan wel weer een beetje want, ja...'* (6:797-800). Chantal bewaart goede herinneringen aan het haren vlechten en nagels lakken dat ze deed met de vrouwelijke werkers. Maar ook zoiets als samen televisiekijken en praten over de dingen die zich voordoen maakt dat het bijzondere leven gewoner wordt. Uit het interview met Michel:

'Petra: Dus is het het samen wat je leuk vindt, of is het het normale wat je leuk vindt, of is het iets anders, wat heeft jou daar nou in geholpen?

Michel: Ik denk het samen, weet je, dus televisie, we praten tussendoor, of geef me mening wat we zien op televisie zo, weet je.

Petra: En hoe deden ze dan, die begeleiders? Of wat deden ze? Als je samen tv-kijkt?

Michel: Ja, we kijken en soms komt nieuws, laten we zeggen over die Arabische landen, wat gebeurt over die oorlog en dat zo, weet je, dan zeggen we, weet je, misschien eh, alweer daar, of daar dat. En dat was de tijd ook van eh WK Voetbal ook. Ja. Dus eh... we hebben de hele

afdeling versierd met WK. En eh... soms dat houdt rekening dat wedstrijd tot 23 uur eh, einde, of half twaalf, dan vraagt, of bel andere personeel en vraagt of kan iets overwerken of eh, weet je, daar waren ze heel flexibel in.

Petra: En wat betekende dat voor jou?

Michel: Dat betekent voor mij en voor die anderen ook een beloning, weet je, dat we mogen tot 23 uur of tot 24 uur op die afdeling toch tv samen kijken, voetbal kijken dat soort dingen. En ook als gewone normale dingen, ja, je was op vakantie, daar-en-daar, of weet je.

Petra: Ja. En daar praatte je met begeleiders over, hoe hun vakantie was?

Michel: Ja. Jajaja. (...) Op een dag had, was, ook op een december zo, heeft Nadine met ons naar een kerstmarkt gegaan, ergens, ben nooit daar geweest. Heeft ons, ons vieren, vijven in de auto meegenomen naar een kerstmarkt, weet je. Dus eh... ergens in Amsterdam, zo'n boerderij, daar in de buurt, maar het was eh, het was leuk.' (3:428-443)

Naast het samen doen worden de werkers overwegend beschouwd als benaderbaar en makkelijk aanspreekbaar. Dat leidt tot het gevoel van cliënten dat ze bij hen terecht kunnen. Thijs verwoordt het als volgt: *'Nou, sommigen hadden bijvoorbeeld, die zaten wel eens op het balkon te roken en dat is toch een goeie manier om een beetje contact te krijgen. Sommigen rookten ook niet maar die zaten toch op het balkon, we hadden een mooie zomer toen en dan kon je een praatje maken, maar als je wat had, dan kon je ook vragen voor een gesprek en dan ging je even naar een kamertje en dan kon je privé een gesprek houden, ja, dat namen ze dan wel serieus, waar het ook over ging. En dat kon met iedereen...'* (1:487-494) Erwin geeft aan dat ook als hij zelf geen initiatief kon nemen, de werkers dit niet over het hoofd zien. *'Ja, d'r werden wat meer grapjes gemaakt en het was wat minder afstandelijk allemaal. Ik bedoel, en als je een dag op je kamer zat, dan kwam er even iemand een kopje koffie drinken en zo, eh, zo besteden ze toch meer persoonlijke aandacht aan je. Het is vooral die persoonlijke zorg, weet je. Evenals dat je als individu een beetje verwend wordt met een leuk gesprekje. Ik weet nog dat ik mijn verjaardag daar gevierd had en dat ze vroegen: "Wat wil je?" Ik zei: "Ik wil een versierde stoel." En dat ze met medicinale handschoentjes ballonnen hadden geblazen en de stoel versierd. En ik mocht patat halen, weet je wel. Nou, dat was gewoon geweldig, weet je wel. Die mensen doen, het zijn eigenlijk meer gekken, gewoon. Ze passen beter bij het clubje daar bij Inforsa. Die zijn ook gek (lachend).'*' (8:395-402)

Aanwezig zijn op de groep en ook beschikbaar zijn, is belangrijk. Maar de benaderbaarheid en bereikbaarheid van de werkers komt ook tot uitdrukking in de manier waarop ze omgaan met vragen en verzoeken: *'Dus altijd was er iemand bereikbaar voor mij te helpen met dingen van therapie of als ik vragen had. Dus ze hebben me erg goed geholpen.'* (3:14-19), zegt Michel, om te vervolgen met: *'Dus op de afdeling, of als ik vragen had over iets dat niet zo duidelijk voor mij was, van, met ehm, Reclassering en dingen zo, dus was altijd dat mij kunnen uitleggen.'* (3:23-24) Thijs geeft aan welk effect het op hem heeft. De benaderbaarheid van werkers is voor je eigenwaarde en eergevoel, in een situatie waarin je per definitie afhankelijk bent van anderen, erg belangrijk. *'Ze waren altijd aanspreekbaar, vond ik prettig. Eh... als ik bij dat hok van ze kwam, als dat, eh, open was, werd je altijd heel snel geholpen. Je hoefde tenminste niet te wachten en beetje voor gek staan.'* (1:451-454) Het effect op Joeri is dat hij gezien wordt en meetelt: *'En ik ben een paar keer met [Wessel] naar buiten*

gegaan, ja, het is gewoon, gewoon eh, ja, ik had het gewoon naar mijn zin. Ik, ik telde mee, ik telde mee. Ik telde mee. Snap je. Die Melanie deed dat ook. Ik telde mee. Die riep mij dan gewoon van 'Kom we gaan een sigaretje roken', hè. Ik telde mee. En, en, en dat gevoel, dat, dat ben ik niet gewend, weet je. Omdat ik, ik ben altijd afgewezen, ook door eigen familieleden. Dat is waar ik op dat moment eigenlijk naar, ik zocht eigenlijk naar erkenning.' (7:354-364)

4.4.3.2. Amsterdam

Zes van de acht geïnterviewden benoemen ongevraagd iets 'Amsterdams' als specifieke eigenschap. Voor Remy (niet-Amsterdammer) en Nick gaat dat over 'zich thuis voelen' in Amsterdam. Thijs, Erwin en Chantal benoemen 'Amsterdams' als eigenschap of houding van de werkers. Ze vinden dat de werkers open, direct en eerlijk zijn. Thijs zegt: *'En ik vond het sowieso, dat moet ik ook eerlijk zeggen, dat zullen Feyenoorders niet leuk vinden om te horen, maar ik vond de Amsterdamse sfeer die er in heerste, die vond ik prettiger als wat ik hier [ggz-instelling in Zuid-Holland] gewend was. (...) Mensen waren opener, en eh... in voor een geintje. Makkelijk aanspreekbaar. En qua, opener, ook zelf. Ik heb maar weinig dat mensen naar mij openen. Dus dat ze uit zichzelf wat spontaan zeggen of zo. Meiden doen dat helemaal niet bij mij. En gasten doen het maar sporadisch. Maar bij Inforsa, ook omdat je, omdat je opgesloten zit, maar kwamen zowel begeleiding als cliënten regelmatig op mij af en openden ze en dan, als iemand naar mij opent, open ik ook terug... En dat vond ik, dat vond ik leuk.'* (1:456-467) Chantal benoemt de duidelijkheid: *'Amsterdammers zeggen het recht voor ze raap. Dan weet je waar je aan toe bent. Hun [ggz-instelling in Noord-Brabant] die maken het mooier dan dat het is...'* (2:578-579) Erwin valt een zekere losheid op. *'[Mijn woonplaats] is kil en is kan niks. In Amsterdam doet iedereen een beetje wat hij wil.'* (8:407-408)

4.4.3.3. Grenzen: meebewegen, ruimte en de-escaleren

Chantal raakt met de 'Amsterdamse duidelijkheid' het thema van grenzen stellen en hoe hiermee omgegaan wordt. Eerlijkheid is voor haar belangrijk:

'Chantal: Ja, ze zeiden gewoon van "dit kan niet of dat kan wel" heel duidelijk.

Petra: O ja. Duidelijk zijn.

Chantal: Ja.

Petra: En dan? Hoe doen ze dat dan?

Chantal: Recht in mijn gezicht zeggen wat er aan de hand is.' (2:693-696)

De manier waarop in de FPK met het thema 'regels en grenzen' om wordt gedaan is anders dan de geïnterviewden tot dan toe in instellingen hebben ervaren. Dat gaat ontspannener, vertelt Thijs: *'Als je een keer, ik heb meegemaakt, bij sommige, je moest natuurlijk op tijd je bed uit als je de tafel moest dekken. nou, mij lukte dat wel. Maar er waren ook sommigen die lukte dat niet. En dan werd de tafel voor ze gedekt. Dan werd er wel wat van gezegd, maar dan gingen ze niet je dwingen de tafel te dekken. Dan werd de tafel voor je gedekt en dan werd er wat van gezegd en dan de volgende keer moest je het misschien wel doen maar het was ontspannener als bij [andere forensische ggz-instelling]. Bij [die instelling] was het gelijk boos, gelijk maatregelen en gelijk dreigen...'* (1:783-791) Michel heeft ervaren dat de werkers van de FPK toleranter zijn: *'Ze zijn veel, toleranter... dan andere in vergelijking met andere kli-*

nieken zoals eh, [andere forensische instelling]. Daar is meteen dat geweld wordt gebruikt tegen de patiënten en zo. Of meteen medicatie en dingen.' (3:53-55) De tolerantie licht hij vervolgens toe door aan te geven dat de werkers in gesprek gaan en blijven en kansen geven: *Petra: Maar nou zou ik je toch nog willen vragen, kun je dat tolerant nog wat meer uitwerken voor mij? Kan je dat nog wat meer uitleggen, misschien met voorbeelden? Heb jij zelf dingen ervaren, waarvan je dacht, nu zijn ze tolerant naar mij?*

Michel: ... Nee, ik had nooit, eh, conflict met hun. Maar ehm, zal maar zeggen er was een jongen was dat even eh, die jongen was harde muziek aan het draaien, en soms zegt de begeleiding, ja, "ga eerst bij hem de muziek zachter zetten, als de muziek niet zachter wordt gezet, dan gaan we naar hem toe", weet je, en soms luisterden ze wel, weet je. Ja. (...)

Petra: En je zegt, ze waren tolerant, omdat als er met anderen wat was, hoe deden ze dan?

Michel: Dat ze met diegene gaan praten, en dat soort dingen, weet je...

Petra: Praten en? Dat soort dingen, zeg je, wat zijn dat soort dingen?

Michel: Praten en eh, kansen geven. Ja dus eh, er was een jongen daar, Kris, die was echt erg, helemaal de weg kwijt, weet je, maar ze waren erg tolerant naar hem. Dat voor het laatst, dat ik voordat ik daar wegging, ik wist, volgens mij is vandaar weggegaan of, en dingen zo, maar soms, moest ja wel een beetje die Kris, die is wel weggegaan en ik vind hem niet dat hij voor zichzelf goed kan zorgen en dat was terug, hij was al een tijdje daar terug. En dingen zo. Weet je. Maar ja, zo moet je die mensen ook de kans geven.' (3: 815-820, 844-851)

In veel van de gesprekken die ik had, werd het thema softdrugsgebruik en regels hieromtrent ter sprake gebracht door de geïnterviewden. De ervaringen komen overeen, Erwin drukt het als volgt uit en zegt: *'En ook dingen als het gedooggedrag, zo van Inforsa (...). Ze bannen het niet uit, maar ze kijken gewoon de kat uit de boom. Hoe je er op reageert, weet je wel. En dat vind ik meer samengaan met het normale leven dan dat je nergens aan mag komen of zware straffen krijgt als je een keer een joint rookt. Dan kan je beter iemand een keer een joint laten roken om te kijken wat het met hem doet, weet je wel. Dus zogezegd, misschien, zeg maar volgens de forensische mensen of zo denken zij van "goh er wordt een blow gerookt door die mensen dat zat in zijn urine" maar ze kijken wel goed naar je hoe je erop reageert, of je er niet gek van wordt, of je twee drie dagen daarna niet psychotisch wordt, weet ik veel wat, en dat vind ik een stuk meer waard dan dat ze, dan dat ze het verbannen.'* (8:235-244)

De werkers proberen eerder iets te bereiken door mee te bewegen en de-escalerend te werken, dan door 'de poot stijf te houden'. Dat heeft ook Remy, die de FPK er als een gevangenis vond uitzien en het erg beveiligd vond, ervaren. Hij vertelt dat hij grote moeite had met het fouilleerbeleid als hij op verlof was geweest: *'Toen heb ik, kwam ik met het idee, kwam ik met het idee van, ja, als je me nog één keer gaat fouilleren, dan blijf ik gewoon binnen zitten. Ik heb zeker een week, één week à twee weken binnen gezeten, dat, dat ze zeiden: "Remy, waarom ga je niet meer naar buiten?" "Ja, ik ga niet meer naar buiten omdat ik niet meer gefouilleerd wil worden. Ik heb daar geen zin in." Ik ben niet zo'n grote, zo'n grote, zo'n grote onderzoek dat je gefouilleerd wordt, vond ik maar niks. En toen zeiden ze van: "Ja, kunnen we dan niet een regeling met jou treffen? Dat wij jou niet fouilleren. We fouilleren om het half jaar, of helemaal niet meer." Zeg ik: "Ja, als jullie dat doen, dan ga ik misschien weer naar buiten." Zeggen ze van: "Oké, dan hebben we een deal. Houden wij aan niet meer fouilleren en je mag gewoon naar buiten."' (4:48-55)*

Het vertrouwen dat hij hiermee kreeg, deed hem goed:

‘Petra: Maar wat vond je er dan van dat ze die deal met je sloten, “we controleren je niet meer”?’

Remy: Dat vond ik goed.

Petra: En waarom deden ze dat, weet je dat?

Remy: Ja, omdat ze mij het vertrouwen hadden gegeven van: “Ja, hij neemt toch niks mee.”

Ik zei tegen hen: “Ik neem niets mee, ik zit hier om, om, om naar snel weer terug naar, naar [woonplaats] te gaan, naar [de ggz-instelling waar ik woon]. En, ik ga niet, ik ga geen dingen meenemen wat mij belemmert dat mijn behandeling daar langer gaat duren dan normaal.” Had ik geen zin in. Ik vond het maar niks. Ik zei echt zo van, ik ga, ik ga, ik zeg tegen jou, ik tref met jou een deal, en dan, en dan, komen we samen, tot een overeenkomst, dat we elkaar respecteren en dat we elkaar niet vernederen met eh, met een behandeling of wat dan ook. Maar dat we gewoon zorgen dat we met jou kunnen samenwerken dat je niet gebruikt, of dat je niet, dat je niet, dingen naar binnen haalt. En dat ging goed! En toen ze dat zeiden, dat ze dat zagen, ze dachten ook bij zichzelf, eigenlijk doet hij niks, hoe kan dat?’ (4:72-81)

Serge vertelt over de de-escalerende reactie van werkers als hij boos was: *‘Dan gaan ze effe met je praten van waarom je boos bent, effe een bakkie thee drinken, effe een peukie roken en dat werd dan allemaal een beetje gesust, om het zo maar te zeggen. Dat hielp. Kijk, je kan wel iemand negeren en in zijn kamer opsluiten maar ja, dat, dan loopt die persoon zich alleen maar verder op te vreten en die boosheid blijft bestaan. Kijk en dat zakt ook wel na een dag, maar dat is niet de, de beste aanpak om het zo maar te zeggen.’ (6:750-755).* Ook benoemt hij hoe dit hem helpt: *‘Nou, dan kan je er in ieder geval voor uitkomen wat het probleem is. Je wordt niet genegeerd en afgeschoven. Een luisterend oor doet meer wonderen, dan eh, om het zomaar te zeggen dan eh, dan dat je er tegenin gaat.’ (6:767-768)*

4.4.3.4. Het effect van de fysieke omgeving

Het hebben van ruimte, de gebouwde context en mogelijkheden, lijkt belangrijk voor de zorgontvangers. Alleen Remy vindt het gebouw ‘net een gevangenis’ en ‘sterk beveiligd’. Alle andere geïnterviewden ervaren dat anders, mede doordat zij de ruimte van het pand ook konden benutten en er niet te veel regels waren. Het geeft een gevoel van vrijheid. Thijs zegt: *‘Dat je een binnenplaats had waar je gewoon continu kon zijn. Zo lang als je wou. In de gevangenis mocht je een half uurtje luchten en toen kwam ik [in de FPK] op een binnenplaats waar je gewoon heel de dag kon zijn. (...) Ik had op een gegeven moment wel een beter humeur als dat ik eh, als dat ik helemaal vast zit.’ (1:592-598)* Ook anderen hebben dat ervaren. Michel zegt bijvoorbeeld: *‘Bij Inforsa kun je ook met anderen gewoon op de luchtplaats zitten praten of boven zitten praten, weet je dus, dat was meer een... meer vrijheid. Meer op je gemak voelen.’ (3:173-176)*

Erwin vergelijkt zijn ontvangst en de staat van het gebouw met eerdere ervaringen: *‘En ik weet nog, ik, mocht mijn kamer in, ik werd vriendelijk geholpen, toen kwam ik in die douche, ik mocht die kamer in en zo. En ik weet nog hoe mooi die tegeltjes wit waren. Helemaal nieuw en zo. In plaats van een of ander smerig hok waar het niet schoon te krijgen was. En het was alsof ik in de hemel kwam.’ (8:164-166)*

Michel beschrijft dat de vormgeving van het gebouw en de keuzes die gemaakt zijn, opleveren dat hij meer vrijheid ervaart, in tegenstelling tot een andere FPK waar hij eerder opgenomen is geweest.

Michel: Er ook is een kantine.

Petra: Ja? Het restaurant?

Michel: Ja, het restaurant. Dus, weet je, ik denk, die is goed bedacht dat ze die gebouw heeft gebouwd, weet je van alles, van weet je van de mensen die...

Petra: Want? De vorm van het gebouw levert op dat...?

Michel: ...dat ik meer vrijheid voel. Ja.' (3:786-790)

4.4.3.5. Overzicht en boomstructuur 'ervaringen bij FPK Inforsa'

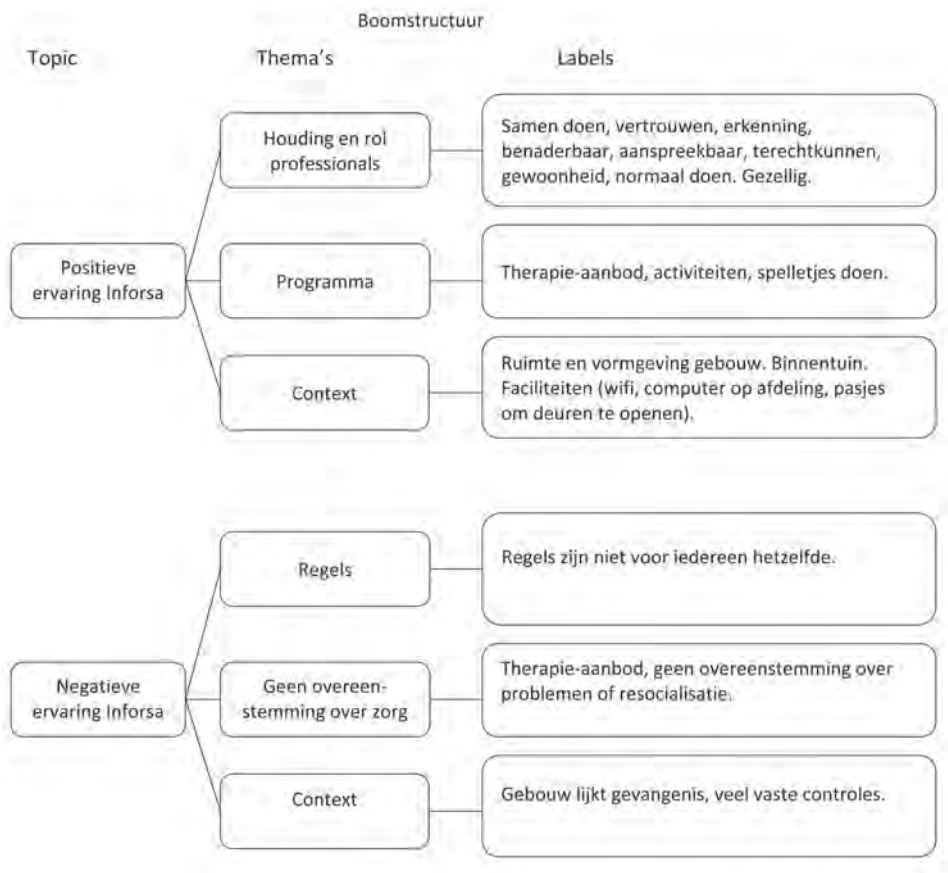
In onderstaande tabel werk ik per zorgontvanger de thema's van deze paragraaf uit in labels en voorbeelden (citaten).

Topic: Positieve ervaringen zorg FPK Inforsa				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Houding en rol begeleiders; Programma; Context	Chantal	Individuele zorg, aandacht en ondersteuning	<i>Op het laatst kon ik gewoon zelfstandig naar de winkel, voor heel de afdeling boodschappen doen en dan ging ik met de leiding mee met de trein en de metro naar eh, bioscoop, of winkelen, of naar de markt. Ze gingen overal met mij naartoe. Ik heb nog nooit zulke goeie begeleiding meegemaakt als daar. Ze zijn heel lief voor mij. Ze hadden vertrouwen in mij, zeg maar. Ja. Ze gaven mij soms gewoon de sleutel en dan zeiden ze: 'Doe de deur maar open.' Petra: En wat deed dat met jou, dat je dat vertrouwen kreeg? C: Ja. Ik ben ook beter naar mezelf gaan kijken. Van ik ben niet echt een slecht persoon meer. Ja... (2:177-193)</i>	
		Erkenning		
		Samen doen		
		Vertrouwen		
		Goede dokter en therapieën		
	Thijs	Aanspreekbare, ontspannen begeleiders bij wie je terecht kunt		<i>Nou, sommigen zaten wel eens op het balkon te roken en dat is toch een goeie, manier om een beetje contact te krijgen. En dan zaten, sommigen rookten ook niet maar die zaten ook op het balkon omdat het een mooie zomer was en dan kon je ook vragen voor een gesprek. Dan ging je even naar een kamertje en dan kon je privé een gesprek houden, ja dat was ook wel serieus, waar het over ging. En dat kon met iedereen. Want ook die meid die zoveel aandacht eiste, die kreeg veel aandacht. Viel mij op. En dan allemaal best wel, nou, dat mag ik best wel zeggen, best wel liefdevolle aandacht. (1:487-496)</i>
		'Liefdevolle zorg'		
		Samen doen		
		Therapieën		
		Ruimte gebouw, binnentuin		

Topic: Positieve ervaringen zorg FPK Inforsa			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Houding en rol begeleiders; Programma; Context	Michel	Samen doen	<i>Petra: Dus is het het samen wat je leuk vindt, of is het het normale wat je leuk vindt, of is het iets anders, wat heeft jou daar nou in geholpen? M: Ik denk het samen. (...) Weet je, dus die momenten dat je toch, je voel niet dat je, weet je, of je vast zit, weet je. En zoals in die gevangenis, je ziet dingen op televisie of zit te fantaseren hoe zal het buiten zijn en die dingen weet, dus dan blijf je in de realiteit van de, van de buitenleven leven, weet je. (3:432-449)</i>
		Ervaren vrijheid in het gebouw, de tuin	
		Terechtkunnen	
		Therapieën	
	Remy	Goede dokter, serieus genomen met medicatie, therapieën.	<i>In elke, elke behandelafdeling zit wel een ritme. Hebben ze aparte ritme, weet je. Je staat om die tijd op en die en die en hier sta je om kwart over negen op. Na, na half negen. En kwart over negen moet je bij de dagbespreking zijn. In de dingetjes mag je uitslapen. KIB mag je elke dag uitslapen. (Licht), eh ja. Ik stond ook niet daar op, hoor. En FPK mocht je ook elke dag uitslapen. En ik vond het goed. Ik vond perfect dat ik, dat ik, in Amsterdam was dat was mijn beste, mijn beste beste afde(...) eigenlijk heb ik de beste zorg meegemaakt. Je kan op je kamer roken, je mag alles. Je mag veel meer dan hier, eigenlijk. (4:1026-1031)</i>
		Vertrouwen	
		Meebewegen	
		Benaderbaar	
		Ruimte	
	Nick	Therapie	<i>En weet je wat, kijk, ik vind ik vind, kijk eh, niet iedereen is geschikt om jou te luisteren, om jou advies te geven. Als je bij Inforsa bent, op de afdeling, ik kan met alle vragen naar de begeleiding kan ik gaan, met mijn computer, met dit, met dat, met wat dan ook. Ze doen echt om jou te helpen. Ze doen alles om jou te helpen. Ze maken tijd voor jou, ze luisteren jouw vraag, en, en, ze doen echt, eh, ik vind Inforsa echt professioneel. (...) Ik voel me daar veilig en ik voel me daar gezond. (5:663-667)</i>
		Terechtkunnen	
		Praktische faciliteiten	

Topic: Positieve ervaringen zorg FPK Inforsa				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Houding en rol begeleiders; Programma; Context	Serge	Meegaande verpleging, 'streng maar meegaand'	<i>Dan gaan ze effe met je praten van waarom je boos bent, effe een bakkie thee drinken, effe een peukie roken en dat werd dan allemaal een beetje gesust, om het zo maar te zeggen. Dat hielp. Kijk, je kan wel iemand negeren en in zijn kamer opsluiten maar ja, dat, dan loopt die persoon zich alleen maar verder op te vreten en die boosheid blijft bestaan. Kijk en dat zakt ook wel na een dag, maar dat is niet de, de beste aanpak om het zo maar te zeggen. (...) Dan kan je er in ieder geval voor uitkomen wat het probleem is. Je wordt niet genegeerd en afgeschoven. Een luisterend oor doet meer wonderen, dan eh, om het zomaar te zeggen dan eh, dan dat je er tegenin gaat. (6:751-768)</i>	
		Gezellig, spelletjes doen		
		Therapieën		
		Geheard worden		
	Joeri	Normaal doen door begeleiders		<i>Ik vond het er alleen prettig dat ik mijn pasje had, zelf naar buiten kon lopen, naar de binnentuin en naar voren naar het personeel. (7:796-797)</i>
		Samen doen		
		Meetellen		
		Ruimte gebouw (verlof, tuin)		
	Erwin	Benaderbaarheid en gewooneheid van de werkers		<i>Ja, d'r werden wat meer grapjes gemaakt en het was wat minder afstandelijk allemaal. Ik bedoel, en als je een dag op je kamer zat, dan kwam er even iemand een kopje koffie drinken en zo, eh, zo besteden ze toch meer persoonlijke aan je. Het is vooral die persoonlijke zorg, weet je. Even als dat je als individu een beetje verwend wordt met een leuk gesprekje. (8:395-398)</i>
		Gebouw		
		Vertrouwen		
		Gezien worden		
Topic: Negatieve ervaringen zorg FPK Inforsa				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Regels; Geen overeenstemming over zorg; Context	Chantal	-		
	Thijs	Geen overeenstemming met arts	<i>Waar zijn, ik zei tegen die arts: 'Waar zijn nu die rustgevers voor? Als jij denkt dat je me verslaafd maakt, voor wie zijn dan die rustgevers?' Daar had ze geen antwoord op. Dus ik, dus ik had een punt. (...) Rondt ze het gesprek af, krijg ik geen eh, en toen stond ik weer voor gek. Ik kom met een goed argument waar ze geen antwoord op heeft, rondt ze het gesprek af en gaat ze weg. Dus ik sla tegen die ruit, sla zo een barst in die ruit. (1:416-422)</i>	

Topic: Negatieve ervaringen zorg FPK Inforsa			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Regels; Geen overeenstemming over zorg; Context	Michel	-	
	Remy	Te veel standaard beveiliging en controle	<i>Te veel beveiligd. Je moest met een pas, je had een pas nodig om naar buiten te gaan en... je werd gecontroleerd aan de, aan de poort, of je, of je spullen bij je had. (4:38-40)</i>
	Nick	Regels zijn voor mensen verschillend	<i>Kliniek gaat als jij tbs hebt, gaat hij heel anders met je om, als je artikel 37 hebt, gaat hij heel anders met je om. Als jij ISD hebt, gaan ze met heel anders om. Wat ik wil zeggen als je tbs hebt of artikel 37, als je drugs gebruikt, je blijft gewoon in de kliniek. Alleen je vrijheden worden ingenomen. (5:366-368)</i>
	Serge	Geen overeenstemming over problemen	<i>Want, als net zoals ik zei, ik heb problemen en problemen voor los het op en ga niet met een omweg 'nou het zal wel psychisch zijn, we geven hem medicatie', dan zit je op een hele andere lijn, dat ik denk van nou... Dan probeer ik er ook wel het beste van te maken maar dan denk ik van, het gaat nergens over, in principe. Het is gewoon zonde van je tijd. Maar ja, dat eh, dat heb de rechter opgelost, dat jaar. Dus het zou ook binnen dat jaar wel opgelost moeten zijn, maar ondertussen ben je alweer drie jaar verder omdat je al die trajecten moet doorlopen en dat soort dingen. (6:343-348)</i>
	Joeri	Regels zijn voor verschillende mensen verschillend	<i>Hoe kan je nou iemand die verslaafd is wel zijn hele uitkering geven en iemand die echt probeert ervan af te blijven, niet impulsief, eh, meegesleurd te worden, die geef je, die geef je maar iedere, iedere week, eh, een vast bedrag en die mag je niet, eh aan zijn eigen geld laten komen. (7:855-857)</i>
	Erwin	Niet eens met door behandelaar geschetste traject Beperkt behandelaanbod	



4.4.4. Persoonlijke en sociale ontwikkeling: wat brengt je verder in het leven?

In de interviews hebben de respondenten gevraagd en ook ongevraagd zicht gegeven op wat hen geholpen heeft, hen verder heeft gebracht of wat (nog) nodig is.

4.4.4.1. Herstel²³

Het benutten van de mogelijkheden van een opname, ook al is deze gedwongen, vraagt iets van de persoon zelf. Chantal, Thijs, Erwin en Nick geven aan dat de motor om te herstellen, of om verder te komen in je leven, echt bij henzelf zit. 'Je moet zelf wat doen', zegt Chantal, voor wie het stoppen met het gebruiken van drugs een belangrijk beginpunt was. Thijs zegt

²³ Onder herstel versta ik hier in aansluiting bij de gangbare literatuur het persoonlijke en subjectieve proces van het zelf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven, in verleden, heden en toekomst (Slade, 2009; Van der Stel, 2015).

dat hij het zelf heeft moeten doen en zich daarbij vooral op de toekomst heeft gericht: *'Ja, je moet niet in het verleden blijven hangen. Wat gebeurd is, is gebeurd, maar ook een mens kan genezen. Als een mens geestelijk in de war is, dan nemen zijn hersenen een loopje met hem af en toe. Ja, en dat, die hersenen, dat is gewoon een orgaan dat kan genezen, dat kan beter worden en soms met hulp van medicijnen en soms door andere methodes. Nou, bij mij in dit geval medicijnen en rust.'* (1:1185-1189) *'Nou, ik denk niet dat ik echt... ik denk dat ik zowel door die gevangenisstraf als doordat Inforsa als door [andere forensische ggz-instelling na de FPK] hebben allemaal wel de best gedaan, maar ik ben, ik ben er nou niet door geholpen. Ik heb dat eigenlijk meer zelf moeten doen, zelf gedaan. Ik heb het allemaal zelf moeten doen.'* (1:649-652)

Als Chantal terugblijkt, zegt ze dat ze moest accepteren dat ze een vreselijk delict heeft gepleegd: *'Je moet inzien wat je gedaan hebt, is niet goed en om dat te voorkomen moet je aan jezelf werken... Want ik heb echt in een zwart, diep gat gezeten.'* (2:303-305) *'Had ik het maar eerder gedaan. Dat ik eh... eerder therapieën en zo was gaan volgen. En naar mensen had geluisterd. En proberen te praten over mijn gevoelens, want ik ben een hele erge opkropper. Maar hulp durven vragen, dat durf ik nou nog steeds niet goed.'* (2:335-339) In de gevangenis realiseerde ze zich hoe belangrijk haar moeder voor haar is: *'Ik heb in de gevangenis gezeten. En daar ben ik ergens achter gekomen, dat je iets pas mist als je het kwijt bent. Da's echt waar. Ik waardeer de dingen nu veel meer... (...) Ik heb heel erg altijd negatief naar mijn moeder gekeken. En toen ik in de gevangenis zat, is het besef gekomen, ze is m'n moeder en ze staat altijd voor me klaar, ze is er altijd voor mij. Ik hoef niet jaloers te zijn op anderen, mijn moeder is ook fantastisch. Ja. Ik hou zielsveel van mijn moeder. Ze is me altijd blijven steunen en ze heeft altijd in me geloofd. En dankzij haar zit ik toch hier.* (2:103-113) Nu het goed met haar gaat, haalt zij motivatie uit haar huidige situatie: *'Ik zal ook nooit meer opgenomen willen worden, nou. Mijn vrijheid. Mijn dieren... Ik kan niet meer zonder mijn dieren...'* (2:210-211)

Voor Nick is het hebben van hoop heel belangrijk. *'En je vergeet problemen door hoop, omdat als je wat dingen meemaakt in je leven, slechte dingen, je weet op een dag, komt weer goed, gaat goed met jou, je gaat weer bereiken alles in je leven, dus is heel belangrijk, ja. Hoop, geduld, tijd zijn heel belangrijk, in ons leven als mens. Tijd, hoop, liefde. Liefde is ook heel belangrijk.'* (5:68-71) *'Maar ik heb wat geleerd, wat er gebeurt in je leven, je moet gewoon sterk blijven. Denk effe na, probeer, eh, probeer te vergeten. En geduld hebben, hoop en liefde en tijd, de rest komt vanzelf weer goed. En weet je wat, denk eh, positief. Denk, eh, denk, ja, als hij iets doet, doe het met liefde.'* (5:308-311)

Ook Erwin geeft aan dat hoop en het hebben van perspectief belangrijk is: *'Ik denk dat, eh, weet je, als ze perspectief bieden en hoop, dan eh, dat doet een hoop, weet je wel. Dat is gewoon, eh, ja, ik, ik, en iets om je bezig te houden dat is, dat is... Dat heb ik een keer op tv gezien, dat ging om, eh, misschien iets, heel anders en tien keer heftigers, maar ook daar in concentratiekampen, degenen die zich met vlooiendans of met vlooiën bezig gingen houden om daar een circus van te maken of muziek maakten of de hoop in ieder geval, de hoop hielden die, die reddden het wel. En ze moeten gewoon af en toe, af en toe moet er ook een lichtpuntje zijn, dat je denkt van "joh", weet je wel. En eh, ik vind met alle regelgeving in deze maatschappij,*

eh, lijkt het eigenlijk wel van bijna dat je zegt, ja eh, zeg ik dat goed, een voorbedeelde kaart. Als je slim genoeg bent om alles uit te zoeken en zo...

Petra: ... dan red je het...

Erwin: ... en anders kom je gewoon door het bos niet heen.' (8:107-115)

De hoop ontbreekt hem op het moment van het interview. Hij ervaart zijn situatie als zeer ellendig: *'Nou, ik zit weer precies in dezelfde situatie als waar ik in zat. (...) Het is eigenlijk aftellen tot die recidive komt gewoon, of gewoon hopen dat het nu beter gaat. Ik heb het vorige keer twintig jaar vol kunnen houden, maar...'* (8:367-369)

Joeri en Serge ervaren eerder belemmeringen of tekortkomingen in of van de samenleving of van anderen, waardoor ze niet verder komen in hun leven. Terwijl zijn omgeving aan Joeri uitlegt dat hij vele kansen had kunnen pakken, beleeft hij zelf geen kansen gehad te hebben. Ook Serge ervaart eerder tegenwerking, bijvoorbeeld op het gebied van financiële ondersteuning om aan werk te komen, waardoor hij belemmerd wordt: *'Nou ja, dat is ook bijvoorbeeld met gereedschap en zo. Kijk, een echte doe-het-zelver, ja, je hebt honderden euro's aan gereedschap nodig. Een paar tolletjes, schroeven, zaagtafel, alles heb je nodig. En wat is een timmerman zonder hamer? (...) Dan vraag ik als het ware aan de gemeente een hamer, dan kan ik in ieder geval wat doen. Maar ja, als ze dat nog steeds niet rond hebben en mij dat niet eens gunnen, dan denk ik van ja, dan schiet het gewoon niet op.'* (6:1060-1064)

4.4.4.2. Kijk op ziekte en medicatie

Kijk op ziekte

De geïnterviewden geven zicht op hoe ze tegen hun problemen of ziekte aankijken, door de woorden die ze er (wel of niet) aan geven. Erwin spreekt open over de problemen die hij heeft ervaren en de zorg (en het gebrek hieraan op sommige momenten) die hij, tijdens het interview al achttien jaar, krijgt. Zijn periode in detentie, waarin hij naar eigen zeggen manisch was, beschrijft hij als volgt: *'Ik was te gek. Ik was niet te houden op de... Ik liep alles schoon te maken. Ik heb de hele afdeling schoongemaakt. Met een sponsje uit de prullenbak. De rest kreeg één maaltijd, ik kreeg er twee. Ik verbrandde zoveel energie. Ik liep op de buitenplaats te zingen van "We gaan nog niet naar huis, nog lang niet, nog lang niet..."'* (8:89-92) Hij weet niet goed hoe hij goed kan maken wat hij gedaan heeft, alhoewel hij dat graag wil: *'Hoe maak je het goed, weet je? Wat kan je eraan doen? Ik bedoel, ik kan redelijk wat hebben, maar als het zo lang achter elkaar door gaat, dan wordt het toch, eh, je weet toch hoe dat is, mensen die knal psychotisch zijn. En daarna een half jaar manisch.'* (8:82-84)

Remy heeft het over zijn stemmen en dat hij medicatie gebruikt 'voor psychotisch en zo'. Hij vertelt hoe hij op zijn zestiende in drugs dealde: *'Ik was in de war. Ik had, ik zei, ik ga de maffia aanklagen, ik ga de maffia helemaal kapot maken, weet je. Ik had grootheidswaanzin (lacht). (...) Ik had echt grote wanen. Ik smookte die sigaret, ik zei we gaan die hele maffia pakken, ik word de baas van de hele maffiapraktijk van hier van overal, weet je. Was groots, en me BMW, mijn BMW stond al klaar voor mij, weet je.'* (4:662-667)

Voorals Thijs heeft last van het beeld dat anderen van hem hebben: *'(...) Ik weet zeker dat ik niet schizofreen ben, hoor. Echt niet! Dus eh... dan moet je ook niet denken dat er een schizofreen tegenover je zit, want dat, daar hebben mensen zo'n raar beeld van. En ik heb er*

zelf ook een raar beeld van, ik voldoe daar helemaal niet aan.’ (1:277-280) Hij komt ook niet uit die fuik en stelt daarom voor dat dossiers beter verbrand kunnen worden: ‘Ga nou niet beginnen bij hem [de psychiater] dat je niet die diagnose hebt, want het staat in het dossier en het staat erbij wat [hij] ervoor heb geschreven, omdat je het er niet mee eens was: “geen ziektebeeld-inzicht”. Zeg ik: Ja serieus. Omdat ik niet met jullie mee wil gaan in die gekkigheid heb ik geen ziektebeeld-inzicht. Wie kent mij beter dan mijzelf, ik toch?’ (1:360-364) ‘Wat voor beeld hebben die [hulpverleners] dan van mij, hè? Dat staat allemaal in die dossiers. Ze zouden eens, nationale dossierverbrandingsdag moeten organiseren, dat elk jaar de dossiers verbrand worden, elk jaar een nieuwe kans. Dat zou wel uitmaken. Dan zou ik wel beter uit de bus komen...’ (1:1178-1181)

Serge, Joeri en Michel spreken helemaal niet over hun ziekte. Michel geeft aan dat hij medicatie moet blijven gebruiken. Chantal zegt het allemaal met minder woorden: *‘Want mijn delict dat ik heb gedaan, dat wil ik niet meer. En zelf wil ik ook niet meer dood. Dus eh... ja... moest er wat veranderen bij mezelf... (...) Ik ben blij met mijn eigen huisje. Het is niet veel of niet supermooi wat ik heb, maar het is van mij. Ik heb er zelf voor gewerkt, ik heb er zelf voor gevochten, ik heb bereikt.’ (2:65-70)*

Nick heeft het consequent over zijn gave: *‘Er was iets met me aan de hand. En ik ben naar een psychiater gegaan en ik heb gewoon de waarheid verteld. Ik heb gezegd gewoon, dat ik, dat ik een gave heb, dat, dat ik ook contact, contact met God, contact met geesten, engelen, en eh, en eh, toen heb ik medicatie gekregen.’ (5:179-182)*

Medicatie

Bijna alle respondenten vertellen in de interviews iets over het gebruik van medicatie. Dat het belangrijk is, zoals Chantal aangeeft, of dat er geen overeenstemming over is, zoals in de ervaring van Serge. In de meeste gevallen is het op zijn minst een zoektocht geweest om tot de bevredigende medicatie te komen. Alleen Nick gebruikt al jarenlang hetzelfde middel naar tevredenheid: *‘Ik vind, medicatie is gemaakt om te zorgen dat ik gewoon stabiel ben. Dat zorgt dat ik rust in mijn hoofd heb. Ook met medicatiegebruik ben ik ook mijn gave, maar ik krijg minder boodschap en ik voel me gelukkig. Ik heb geen last van.’ (4:207-210)* Vaker beleven de respondenten dat het vinden van medicatie die goed doet, een moeilijk proces is. In dat proces willen zij vooral serieus genomen worden in hun ervaringen over de werking en (vaak heel vervelende) bijwerkingen. Michel en Thijs kregen de voor hen juiste medicatie al in detentie. Tijdens hun behandeling bij Inforsa is daar niets in gewijzigd. Thijs vertelt hoe belangrijk de medicatie voor hem is: *‘Nou, wat wel geholpen heb, zijn die medicijnen, denk ik. Want ik kreeg gelijk in Scheveningen die medicijnen. Die heb ik al de tijd gehad. Ook bij Inforsa. Kwamen ze om de twee weken effe een prikkie geven. Met Cisordinol erin. Dat is mijn medicijn. Dat heeft het meest geholpen eigenlijk. (...) En dan word ik als ik hem gekregen heb, word ik soms, de laatste keer niet, maar meestal word ik dan twee dagen een beetje suf en lamlendig. Maar goed, dat, dat moet maar. Maar die andere overige dagen voel ik me wel goed. En ik ben niet psychotisch en dat vind ik ook wel fijn. Een psychose, dat, dat wil ik echt niet meer meemaken.’ (1:670-687)*

Voor Chantal en Remy kwam de uitkomst van de juiste medicatie pas bij de FPK. Voor Chantal is het simpel, de psychiater heeft goede medicatie gegeven, die gebruikt ze nog steeds en daar blijft ze stabiel door. Remy heeft al allerlei soorten medicatie gebruikt, voordat hij bij de FPK kwam. Daar is hij negatief over, hij drukt zich uit in termen van 'platgespoten worden'. Tijdens zijn opname in de FPK wordt opnieuw naar zijn medicatie gekeken. Daarover vertelt hij dat hij goed is behandeld en zo het juiste middel werd gevonden:

Remy: Nee, zal ik je eerlijk zeggen? (lacht) Zal ik je één ding eerlijk zeggen? Op de FPK hebben ze mij goed behandeld! Ja, echt waar, ja. Lara [psychiater, PS], zó (steekt duim omhoog). Echt waar. Lara, zó, perfecte vrouw!

Petra: En wat deed zij dan goed?

Remy: Ja, ook die, ook die, ook die andere onder die onder haar stond (onverstaanbaar). Je mag beginnen met 25 milligram, eh, 25 milligram, hoe noem je dat? Eh liet, nee geen lithium maar Leponex, Clozapine, nu krijg ik Clozapine 25. En elke week gingen wij verhogen, gingen zij het verhogen, met een, met een, met een andere dokter d'r bij, die, die, die liep stage, maar ik weet niet meer hoe ze heet, ik ben d'r naam kwijt. Ze ging steeds weer kijken van okay, het gaat goed, is je bloedspiegel goed, dus ik werd elke week geprikt of mijn bloedspiegel goed was en toen zeiden ze van: "Ja, we kunnen hoger gaan." Ze gingen steeds hoger, hoger, hoger, hoger. Tot ik op 325 milligram zat. Maar [in de instelling waar ik nu verblijf] wilden ze mij in één keer 350 geven. Daar ging ik kapot, weet je. Dus ik kreeg het [in deze instelling] ook aangeboden, maar ik nam het niet aan, maar hier wilden ze mij dwang, wilden ze mij dwingen, op, op, op de FPK gingen ze het per week doen. Gingen ze kijken of ik bijwerkingen had. Ik had last van bijwerkingen, ja, maar niet zulke erge bijwerkingen. Ik kreeg een pleister hierzo (wijst achter zijn oor), maar toen bleek dat ik ook last van bijwerkingen kreeg van die pleister. Dat ik uitslag kreeg. Dat is tegen de speeksel. Maar na die, na die paar weken en ik, ik zag dat het goed ging, toen dacht ik bij mezelf van: ja, Clozapine is toch wel wat voor mij.' (4:487-503)

Serge heeft als enige van de mensen die ik interview, een tegengestelde ervaring. Hij vindt dat hij onvoldoende is geholpen bij zijn probleem en dat hij in plaats daarvan medicatie moest gebruiken. *'Kijk, en als ik dus op een presenteerblaadje zeg "dit is dus het probleem" (pakt blaadje dat op tafel ligt), dan moeten ze in mij dus ook de vertrouwen hebben dat eh, dat is het probleem, daar loopt die jongen tegenop in het leven, laten we hem daarmee helpen. En niet afschuiven met dwangmedicatie en eh, en dat soort dingen, van probeer het maar te vergeten, want het probleem blijft bestaan. Dus beter om het probleem op te lossen dan het weg te schuiven, zal ik maar zeggen.'* (6:205-209) Desgevraagd vertelt hij inmiddels geen medicatie meer te gebruiken: *'Nee, ik eh, dat eh, heb ik dus ook aangekaart in het [regionale] ggz, van ik wil een second opinion, want daar heb je recht op, het is een nieuwe kliniek dus, ik wil ook een nieuwe psychiater die over mij gaat oordelen. En die zegt ook van ja, dit, waarom, waarom, waarom ze je dat gegeven hebben, slaat nergens op. Dat eh, je mankeert niks. Je hoort geen rare stemmetjes, je ziet geen rare dingen en eh, de feiten heb je allemaal op papier staan. Ja.'* (6:216-220)

4.4.4.3. Toekomstperspectief: een eigen plek, samen met iemand en iets omhanden

Het beeld dat ontstaat is dat eigen kracht en herstel belangrijk zijn voor de geïnterviewden, maar dat de situatie ook mee moet zitten. De wensen zijn bescheiden, doch uiterst moeilijk om te realiseren: een partner, een huisje, werk of zinvolle dagbesteding. Het gevolg is dat de meeste respondenten zich staande (proberen te) houden, maar ook alleen zijn of eenzaamheid ervaren. En dat is moeilijk. Erwin zegt: *'Ik heb last van leegte, zeg maar. Ik heb ruzie met mijn ouders omdat ik drink. Maar ik kan niet tegen de leegte. Weet je, het is, voor mij overal leeg. Overal waar ik kom ook. Ik heb het geprobeerd, weer eens naar een feestje gaan, een houseparty, weet ik veel wat. Het is allemaal maar, eh, op zich valt het wel mee, maar, ik denk. Ik denk dat een eh, weet je, als ze perspectief bieden en hoop, dan eh, dat doet een hoop, weet je wel. Dat is gewoon, eh, ja, ik, ik, en iets om je bezig te houden dat is, dat is...'* (8:104-108)

Michel zoekt actief gelegenheden op, op zoek naar afleiding, maar ook hij lijkt dat veel alleen te ondernemen. *'Omdat ik in de stad woon ook, heb ik meer eh, weet je, afleiding, weet je soms, iets eh, daar een band, daar spelen, of daar ga je, weet je. ik ga een terrasje, of door de stad lopen, of eh... er is een markt zondag. Soms dan ga ik daar even langs. Met een muziekje en zo.'* (3:665-673)

Thijs heeft ook niet veel omhanden, maar is tevreden met de vorm die hij daarvoor gevonden heeft:

'Ik heb ook heel veel familie, alleen die zie ik maar een paar keer per jaar. Vrienden met name. En ik heb de hele tijd, heel lang heb ik er moeite mee gehad dat ik niet kon werken (...) eh... maar goed, maar vandaag de dag, omdat ik het gewoon naar me zin heb en niet eens echt ongelukkig ben, ja dan eh... ik vermaak me wel.

Petra: Door te gamen, en...

Thijs: Ja en vrienden en eh... De Schakel. Ik eet bij het sociaal restaurant vijf dagen in de week. Dat is ideaal, want daar maken ze lekker eten, vers. Nou, ze maken het met liefde en het is eh gezellig. Ik zit elke dag met mensen aan tafel. Je hoeft niet te koken, je hebt geen afwas, je hoeft geen boodschappen te doen. Ja, dat is ideaal. Ik hoop dat dat voorlopig blijft bestaan.' (1:704-717)

Met uitzondering van Nick zijn alle geïnterviewden alleenstaand. Chantal en Remy hebben het tijdens het interview niet over een partnerwens. Alle anderen spreken hier, direct of indirect, wel over. Joeri wil graag een normaal leven met vriendin: *'Ja, ook om eigenlijk, eigenlijk het liefst wil ik een hele goede toekomst. Genoeg geld, mooi huisje, mooie eh, ik hoef geen auto voor de deur, als me vrouwke maar wel een auto heb, als ik een vriendinnetje heb, want dat wil ik dan weer wel, weet je wel. Dan heb ik ook gewoon het liefst een normaal leven. Maar dan wil ik wel, ik wil niet met achterdocht rond gaan lopen, want ik heb schade door medicatie en ik heb schade door, ik heb wel degelijk middeljes tot me genomen, daar heb ik ook wel degelijk achterdocht van gekregen en ik eh... Ik vind dat moeilijk.'* (7:94-99).

Serge maakt er in ons gesprek grappen over, maar de ondertoon is serieus:

'Serge: Ik wil dolgraag mijn rijbewijs halen. Kijk, ik ben twee keer gezakt, en toen was het geld op, nou ja. Nu moet ik weer opnieuw starten en dat is gewoon prioriteit één voor nu. Dat ik in ieder geval weer genoeg geld heb om mijn rijbewijs te gaan halen. Want dat is weer een doorgroeimogelijkheid voor mij en dat is, ja, zo kom je steeds verder. Ja...

Petra: Duur hè, is dat?

Serge: Ja. Daarom wil, hoop ik ook een rijke vriendin tegen te komen, maar ja (lacht).

Petra: Dat zou handig zijn, ja.

Serge: Dan is mijn probleem in één keer opgelost (lacht).

Petra: Dan kan je zeker je rijbewijs halen, ja.

Serge: Nou, voor de rest ook, hoor, denk ik.

Petra: (lacht) Ja? Rijke vriendinnen helpen voor alles?

Serge: Ja, helpen voor alles.

Petra: Ja? Nou, dan moet je nog even zoeken. Ja toch?

Serge: (lacht) Ja.

Petra: Ben je actief op zoek naar een relatie, of eh?

Serge: Ja, dat wel ja, want alleen red ik het gewoon niet. Dat is niet financieel, maar ook gewoon het alleen zijn, eh, is ook niet leuk. Ik heb wel een huisdier, maar ja, die zegt ook niets terug. Die zegt alleen maar "miauw" als de koelkast opengaat (lacht).' (6:1102-1111)

Erwin ziet, zijn situatie overziend, als enige van de mensen die ik interview, de toekomst somber tegemoet:

'Erwin: (...) Maar je moet ervoor zorgen om die situatie te gaan veranderen om de recidive te voorkomen, zogezegd.

Petra: Klopt

Erwin: Heel simpel gezegd.

Petra: Dat is precies wat het is.

Erwin: Nou, ik zit weer precies in dezelfde situatie als waar ik in zat. Nou ja, leuk verhaal, maar...

Petra: Het is waardeloos.

Erwin: Het is eigenlijk aftellen tot die recidive komt gewoon, of gewoon hopen dat het nu beter gaat. Ik heb het vorige keer 20 jaar vol kunnen houden, maar...' (8:366-369)

4.4.4.4. Overzicht en boomstructuur 'persoonlijke en sociale ontwikkeling'

In onderstaande tabel werk ik per zorgontvanger de thema's van deze paragraaf uit in labels en voorbeelden (citaten).

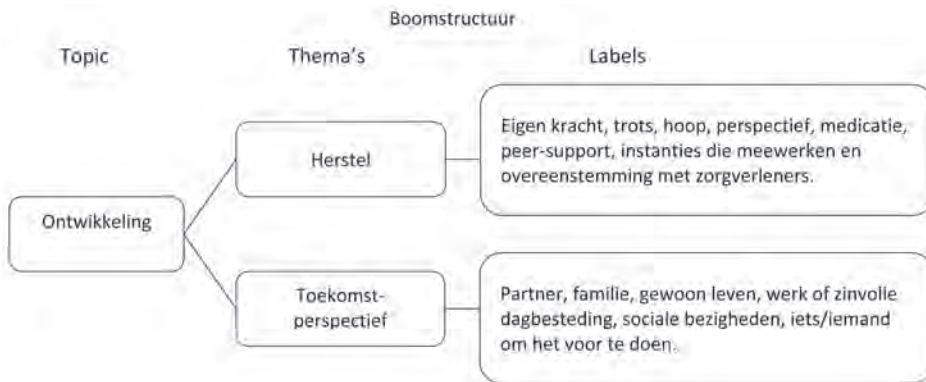
Topic: persoonlijke en sociale ontwikkeling			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Toekomst-perspectief	Chantal	Tevreden zijn met wat je hebt	<i>Ik zal ook nooit meer opgenomen willen worden, nou. (...) Mijn vrijheid. Mijn dieren... Ik kan niet meer zonder mijn dieren... (2:209-217)</i>
		Familie	
		Een doel of reden om het voor te doen	

Topic: persoonlijke en sociale ontwikkeling			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Toekomst-perspectief	Thijs	Partner	<i>Ik zou wel een leuke vriendin willen, maar dat gaat moeilijk. Ik heb... Ja. Ik kom ze niet tegen. Ik kom ook nergens bijna waar meiden zijn. Ja, als je geen geld hebt, kom je niet in uitgaansgelegenheden of zo. Ik heb niet zoveel geld. (1:895-897)</i>
		Gewoon leven	
		Sociale bezigheden om niet eenzaam te zijn	
	Michel	Sociale bezigheden	<i>P: Ehm, zijn er nog andere dingen die voor jou belangrijk zijn om het zo te houden als het nu gaat? M: Ja, dus gewoon, eh, medicatie blijven gebruiken, enne... sociale dingen blijven doen, werken, dat soort dingen, weekenden gewoon beetje, ja genieten en zo enne... ja enne, ik kijk er naar uit dat ik volgend jaar ook (onverstaanbaar) dingen ga veranderen en wat er ook verandert, dat ik wel, dat ik naar Curaçao kan gaan, dat wel, want ik heb die psychiater gebeld. (3:686-690)</i>
		Partner	
		Familie	
		Werk en inkomen	
	Remy	Ouder en beter worden	<i>Ik wil niet zo jong meer blijven, hoor. Ik wil oud worden en dan snel en dan weg kunnen gaan. (4:440)</i>
	Nick	Perspectief op werk	<i>Maar de reden, ik wil graag zo snel mogelijk gewoon verder gaan met mijn leven, beschermd begeleid wonen. Dat is eigenlijk mijn doel. Ik heb twee doelen op het moment. Ik wil voor langere tijd beschermd begeleid wonen en mijn tweede doel, de belangrijkste doel, geen in aanraking met politie en justitie. Ik zit nu bijna twee jaar. Ik heb geen strafbare feiten gepleegd. Als ik nu twee jaar, drie jaar volhoud, dan kan ik weer gewoon mijn functie, beveiliging, kan ik weer proberen. (5:539-543)</i>
	Serge	Iets omhanden hebben	<i>(...) Mijn computers zijn zo oud, en dat software wat ik erop heb, dat is nog ouder, dus dan probeer je dat op te daten, maar ja, je, je systeem van je computer ken dat niet aan, dus je heb eigenlijk helemaal niks meer aan die dingen. Dus ik heb nou drie computers staan in mijn kamer, maar ik denk van, ja, ik heb er niks aan. Dus die kennen allemaal weg. Dus ja. Dus dat is dan ook weer een hobby wat stopt. Ja dan heb ik hier een spelcomputer waar ik een beetje spelletjes mee speel, en eh, ja. Een beetje muziek luisteren. Maar ik ben ook niet zo'n persoon die houdt van lezen, dus ja. (6:945-950)</i>
Werk			
Partner			

Topic: persoonlijke en sociale ontwikkeling				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Toekomst-perspectief	Joeri	Partner	<i>Ik heb dat gewoon niet genoeg meegekregen. Niet genoeg geleerd. Ja, als je alles rustig doet, oké, morgen ga ik dat doen, morgen ga ik dat doen, morgen ga ik dat doen, dan kom je, dan ken je dat ook wel. Want daar juist, want daarom, ik heb mijn hoop gevestigd op vind ik een goede part, partner, of, die bij mij past, ehm, als ik daar een vraag aan stel, ehm, bijvoorbeeld heb je morgen tijd om effe met mij mee te regelen, dat we dat ook daadwerkelijk gaan doen, weet je wel. Gewoon alleen dat soort dingen. Dat we veel buitenshuis zijn, weet je wel. Dat is voor mijn belangrijk. Veel buitenshuis. Niet opsluiten want opsluiten, heb ik al tien, tien, twintig jaren lang al. (7:170-176)</i>	
		Gewoon leven		
	Erwin	Zinnvolle bezigheden		<i>Ik vind eerlijk gezegd, ja, wat denk je wel, dat ik altijd die kloteklusjes moet doen voor iedereen. Daar ben ik wel klaar mee gewoon, weet je wel. Ik had vroeger de beste banen. Dus ja, het wordt moeilijk, weet je wel. (8:156-158)</i>
		Partner		
Herstel	Chantal	Eigen kracht	<i>Want mijn delict dat ik heb gedaan, dat wil ik niet meer. En zelf wil ik ook niet meer dood. Dus eh... ja... moest er wat veranderen bij mezelf... En ik heb nu al drie jaar niet meer in de separeer gezeten. Daar ben ik blij om. Ik ben blij met mijn eigen huisje. Het is niet veel of niet supermooi wat ik heb, maar het is van mij. Ik heb er zelf voor gewerkt, ik heb er zelf voor gevochten, ik heb bereikt. (2:65-70)</i>	
		Trots		
		Medicatie		
	Thijs	Eigen kracht		<i>Nou, ik denk niet dat ik echt... ik denk dat ik zowel door die gevangenisstraf als doordat Inforsa als door Palier hebben allemaal wel de best gedaan, maar ik ben, ik ben er nou niet door geholpen. Ik heb dat eigenlijk meer zelf moeten doen, zelf gedaan. Ik heb het allemaal zelf moeten doen. (1:649-652)</i>
		Geloof in genezing		
		Medicatie		
Michel	Peer-support	<i>Maar ik heb wel eh, een paar kennissen en zo en ik wil weten hoe het met hun gaat en ook met hun praten. (...) En een keer ik had telefoon met hem gesprek. Ik zeg, ja maar je moet je best doen, dat je, weet je, dat je vooruitgaat, want daar is een beetje relaxed en dus als je niet eh beetje inzet van jezelf, dan, weet je, vergeet je de tijd blijft gaan, je blijft daar zitten zo, weet je, tenminste, buiten is nog meer, je hebt meer vrijheid en dat soort dingen. (3:279-286)</i>		
	Medicatie			

Topic: persoonlijke en sociale ontwikkeling				
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Herstel	Remy	Medicatie	<i>Op de FPK hebben ze mij goed behandeld! Ja, echt waar, ja. Lara, zó (steekt duim omhoog). Echt waar. Lara, zó, perfecte vrouw! Ze ging steeds weer kijken van oké, het gaat goed, is je bloedspiegel goed, dus ik werd elke week geprikt of mijn bloedspiegel goed was en toen zeiden ze van: 'ja, we kunnen hoger gaan'. Ze gingen steeds hoger, hoger, hoger, hoger. Tot ik op 325 milligram zat. Maar hier [waar ik nu ben] wilden ze mij in één keer 350 geven. Daar ging ik kapot, weet je. Dus ik kreeg het hier ook aangeboden, maar ik nam het niet aan, maar hier wilden ze mij dwang, wilden ze mij dwingen, op, op, op de FPK gingen ze het per week doen. Gingen ze kijken of ik bijwerkingen had. (4:487-498)</i>	
	Nick	Hoop	<i>Ik moet echt stoppen met drugsgebruik. Ik moet, ik moet, ik moet. En ik heb behandeling nodig. (5:547-548)</i>	
		Medicatie		
		Zelf willen		
	Serge	Medewerking van instanties	Rol zorgverleners	<i>Ja, ik weet niet wat ze, ze me bij helpen. Kijk, financieel betalen ze niet (lacht) om het zo maar te zeggen, boodschappen doen ze ook niet voor je, eh, ja. Je hebt er niks aan. Schoonmaken ook niet. Ja. Als ze nou elke week effe langs komen en gelijk even een stofzuiger door me woning heen gooien, als ze er toch zijn, ja perfect toch? Maar ja, dat dus niet. P: Maar wat vinden zij dan dat ze komen doen? S: Nou ja, kijken of je psychisch stabiel bent genoeg en of je geen problemen veroorzaakt in de buurt en dat soort dingen. Maar ja, dat is ook helemaal niet voor mij van toepassing. Dus. Dan denk ik van ja. Hè?(6:937-942)</i>
		Joeri		
		Rol zorgverleners		

Topic: persoonlijke en sociale ontwikkeling			
Overkoepelende thema's	Naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Herstel	Erwin	Hoop	<i>Dat mis ik zelf namelijk ook enorm. Je moet iets in de horizon hebben waar je naartoe kan werken. Als je dat niet hebt, en dat heb ik nu ook, ja dan ben je, dan ben je pluisje. Je waait maar alle kanten op en je doet maar wat en, eh, elke dag is maar effe kijken hoe je erdoorheen komt. En ik denk dat dat ook heel erg bij recidive kan uitmaken (...)</i> (8:293-296)
		Perspectief	
		Peer-support	



4.4.5. Contact na behandeling

Chantal is als ik haar interview het langst weg uit de FPK: ruim tweeënhalft jaar. Michel, Thijs, Serge en Erwin zijn tussen een jaar en anderhalf jaar weg. Remy en Joeri zijn als ik hen interview ruim een half jaar weg uit de kliniek. Nick is tijdelijk een paar maanden weg uit de kliniek: hij heeft een *time-out* in de gevangenis. De vijf respondenten die zelfstandig wonen (Chantal, Thijs, Michel, Serge en Erwin) zijn allemaal na hun verblijf in de FPK doorverwezen naar een andere instelling (Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) of Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW)), waar ze intramuraal behandeld zijn of gewoond hebben. Daarna vond de stap naar het hebben van zelfstandige huisvesting plaats.

4.4.5.1. Bezoekjes en telefoontjes

Alle acht hebben ze na hun vertrek nog contact (gehad) met medewerkers van de FPK. Chantal krijgt haar oud-begeleiders met enige regelmaat nog op bezoek, net als Michel. 'Ongeveer eens per half jaar', zegt Chantal. En Michel schat dat zijn oud-persoonlijk-begeleiders ongeveer eens per drie à vier maanden komen. Hij woont nu ruim een half jaar zelfstandig en in die periode zijn ze twee keer op bezoek geweest, vertelt hij ter illustratie. Chantal heeft ook nog contact met een van haar behandelaars, maar die komt minder frequent. Ook Thijs heeft bezoek gehad, twee keer in totaal. De tweede keer tot zijn verassing, hij dacht dat zijn oud-persoonlijk-begeleider niet meer zou bellen: 'En toen dacht

ik van eh... nou belt ze niet meer. En toen ineens belde ze weer van: "Nou, we komen nog wel een keer langs." Ik zeg: "Nou, dat is goed." En toen kwam ze samen met Tara langs. Dat vond ik ook gezellig. Toen was ik ook op mijn praatstoel gaan zitten. Vind ik gezellig.' (1:820-823)

Iedereen die nu zelfstandig woont, heeft daar bezoek gehad behalve Serge. Hij heeft wel bezoek gehad van zijn oud-persoonlijk-begeleider, maar dat was niet in zijn huidige huis, maar toen hij nog opgenomen was op de FPA. *'Maar ik heb al een paar keer gevraagd of ze wil langskomen maar daar heb ze, dat wil ze ook niet, want het ligt een beetje uit de route. Toen ik in [de FPA] zat, kwam ze wel langs omdat zij in [in de buurt] woonde. Dan kon ze vanuit d'r werk kon ze dan even langskomen, een bakkie koffie doen.'* (6:458-462). *'(...)* Ze zou het in het team ook gooien en ze zou kijken of er een mogelijkheid was om met een van haar collega's deze kant op te komen.'*' (6:790-791)*

Met Remy en Nick is alleen telefonisch contact geweest.

'Petra: De mensen van Inforsa, zie je die nog wel eens?

Remy: Ja. Ja. Ik hoor ze wel. Ze hebben gehoord van eh, ja... ze hebben gezegd van... we komen langs. Maar is het dan goed dat Petra (interviewster) ook komt? Ja, ik zei: "Ja. Petra mag komen, ja." Maar ze hebben met mij geen goede tijd afgesproken van dat ze langskomen, dat hebben ze nog niet, nog steeds niet gedaan. Ze zegt we komen wel, ze hebt me gebeld van we komen langs, dus weet nog niet wanneer ze langskomen.

Petra: Dus je hebt ze nog niet één keer gezien?

Remy: Nee, ik heb ze niet gezien!' (4:801-806)

Dat zou hij zelf graag anders zien:

'Petra: Maar je zou ze wel graag willen zien, zeg je?

Remy: Ja, ik wil ze graag zien. Ja, jaaa (lacht), ik weet niet of jij daar iets in kan betekenen? Als jij wat in kan betekenen, dan wil ik graag, zou ik dat op prijs stellen.' (4:975-976)

Voor Nick geldt hetzelfde. Het telefonisch contact vanuit de PI is op zijn initiatief en op zijn kosten.

'Nick: Ik bel, eh, ik zit nu drie maand, bijna, ik bel elke week. Soms paar dagen, om de paar dagen, ik bel 3.0. Ik weet nummer uit mijn hoofd en vraag hoe het gaat.' (5:431-432)

'Petra: En zijn ze wel eens hier op bezoek geweest bij je?

Nick: Nee, eh, mijn sp'v'er die werkt voor Inforsa, die is wel op bezoek geweest bij mij. Zij is wel op bezoek geweest met ze collega. Ik heb met haar gesproken. Maar mijn begeleiding [van de FPK, PS], mijn pb'er, is niet geweest. En ik vind het jammer, ja. Als ze was, eh, vond ik wel leuk, ja.' (5:463-466)

4.4.5.2. Initiatief

Michel neemt zelf contact op met zijn oud-begeleiders en hij wordt door hen gebeld. *'We bellen elkaar constant'*, zegt hij daarover. Joeri en Erwin hebben na hun vertrek uit de FPK ook nog zelf telefonisch contact opgenomen. Voor Chantal, Thijs en Remy geldt dat het initiatief van de kant van de FPK moet komen. Thijs zegt: *'Als ze bellen, ik bel zelf niet, ze zeggen wel elke keer "Je kan bellen als er wat is", dat vind ik ook wel vriendelijk, maar ja, ik zou niet weten waar ik ze voor moet bellen, joh. Want als ik een praatje wil, ga ik wel naar [het buurthuis], of ik zoek een van m'n vrienden op, via Whatsapp, of via de telefoon. Dus ik*

zou niet weten waar ik ze voor moet bellen. Maar meestal is het Dagmar die belt en dat vind ik hartstikke leuk. Dus eh... Ze zijn altijd welkom in ieder geval. Want ze hebben mij niet slecht behandeld.' (1:1123-1137)

Voor Remy geldt het ook zo: *'Hier zijn ze welkom. Maar ik ga niet daar naartoe. Ik wil wel bellen! Maar ik denk niet dat, het heeft wel zin, maar ik wil ze wel graag zien, maar ik ga niet bellen van "Ja, hé, kom effe hier langs", weet je. Dat denk, denk ik niet. Maar als zij mij bellen van "Hé, kom hier langs", kom maar hier langs, weet je, maar ik ga niet bellen. Ik heb ook afgesproken van "Ik ga jullie niet bellen, ik ga niet naar FPK", weet je. Ik ga niet bellen maar ik zie, ik hoor wel van jullie, weet je.'* (4:968-972)

Nick neemt actief initiatief om contact te onderhouden met zijn begeleiders. Het waarom hiervan legt hij als volgt uit: *'Ik heb reden om te bellen. Soms heb ik een vraag en soms heb ik, soms wil ik een gewoon gesprek voeren en ik bedoel, ik blijf niet een half uur aan het lijn, gewoon paar minuten, gewoon, alleen dat. Het gaat, ik weet dat ik terug ga naar Inforsa en ik wil het contact tussen mijn begeleider en mijn behandelaar onderhouden en gewoon contact blijven. Ja.'* (5:454-456). Ook Serge doet dat, maar hij is de enige die het via de mail doet. Hij vraagt zijn voormalig persoonlijk begeleider Melanie dan om advies. Maar ook de 'gewone dagelijkse dingen' worden via de mail besproken: *'Ja, ik vind het toch wel leuk om, ik heb haar een half jaar niet gezien en wat heb je het afgelopen half jaar allemaal meegemaakt. En eh, hoe verder en wat ben je aan het doen en eh, ja. Dat soort dingen. (...) Ja, meestal stuur ik allemaal onzindingetjes en dat soort dingen. Ja, het gaat vaak ook helemaal nergens over (lacht). Over huisdieren en dat soort dingen.'* (6:771-789)

4.4.5.3. Inhoud en ervaring

Iedereen is enthousiast over de bezoeken. Heel leuk, vertelt Erwin als volgt:

'Erwin: Ik heb ze nog wel eens gebeld en ze zijn twee keer langsgesproken. Heel leuk.

Petra: Wat vond je daarvan, dat je ze nog zag en sprak?

Erwin: Ja, dat vind ik hartstikke leuk. Ik bedoel, eh, ik had twee zwangere vrouwen op visite. Dat was, eh, fantastisch. En leuk om te zien, allebei helemaal trots. Leuke meiden ook en eh, ik heb goede herinneringen aan eh, aan de verpleging daar. Ik vond het leuke mensen, ik heb altijd een goede band met ze gehad.' (8:372-376)

Michel vond het gezellig, net als Chantal: *'Als vanouds, we halen herinneringen op',* zegt zij. Vanwege de herinnering stelt Michel het contact ook op prijs: *'Ik zie hun als van vriendschappelijk, leuk, goed, leuke steun, waar ik vragen heb of advies kan ik van hun ook krijgen.'* (3:723-724). Hij vertelt dat de onderwerpen divers zijn. Van 'hoe gaat het in de liefde?' tot het kunnen bespreken van concrete vragen: *'Soms loop ik een beetje tegen met dingen van Reclassing, met een gesprek wat ik heb gedaan en dan kunnen hun advies vragen en dat soort dingen. Of heb ik vragen, zoals nu. (...) Ik wist niet wat BOPZ is. En dan heb ik Richard gebeld. Hij heeft me uitgelegd, uitgezocht, zegt belt me terug om uit te leggen wat het is.'* (3:203-210). Thijs lijkt vooral het contact te waarderen. Hij bewaart goede herinneringen aan zijn persoonlijk begeleider Dagmar. Als zij bij hem op bezoek wil komen, is hij enthousiast, *'want we hadden elkaar een tijd niet gezien'* en hij vindt het gezellig als er mensen van Inforsa komen. Als ik Remy vraag naar de inhoud van de gesprekken, legt hij uit dat de gesprekken gaan over zijn verblijf in de FPK:

Petra: En als je met ze spreekt aan de telefoon, waar spreek je dan over?

Remy: Ja, is leuk. Leuk, is heel leuk.

Petra: Ja?

Remy: Van “hoe gaat het met mij?”, “hoe gaat het met jullie? Weet je nog van die tekeningen die ik gemaakt heb, die wensdraak [een tekening die bij de afdeling cadeau heeft gedaan]?”, blablabla, en (lacht) even kijken, “hoe vond je het hier?”, “ja, ik heb het toch wel leuk gehad, ja”, blablabla (lacht). Dank voor Lara, is een uitstekende dokter, ze is echt een perfecte dokter. Eh... wat nog meer? Ja, ik heb, hoe ik het vond, eigenlijk hoe ik het vond, daar, weet je. Maar ik vond het wel goed. Ik heb me, ik voelde me wel thuis op die plek, want als ik u zie, dan denk ik nog steeds terug van “hé, ik zat wel daar”, weet je.’ (4:812-817)

Het blijft ook niet altijd bij een bezoek aan huis. Chantal neemt haar oud-persoonlijk-begeleiders wel eens mee naar haar moeder, om daar samen te lunchen en Michel gaf hun een rondleiding op zijn werk. Zo wordt het nieuwe leven ‘getoond’ en worden de episodes ook een beetje ineengevlochten.

4.4.5.4. Op bezoek in de kliniek

Omdat Remy in het gesprek expliciet aan mij vroeg (zie paragraaf 4.4.5.1.) of ik iets voor hem kon betekenen in het maken van contact, nodigde ik hem uit voor de jaarlijkse Kerstmarkt bij de FPK, een feestelijke gelegenheid waar cliënten, medewerkers, ex-clieñten en naasten van iedereen samenkomen om het begin van de Kerst te vieren. Remy en ik spraken elkaar een week voor dit evenement. Hij wist niet of het hem zou lukken: *‘Zo snel al, Jezus Christus, ik weet niet of ik dat kan regelen, hoor!’* Maar hij ging het proberen en het lukte: een week later riep hij me enthousiast toe in de binnentuin: *‘Hé, Petra!’* Van Nathalie, zijn oud-persoonlijk-begeleider, begreep ik op datzelfde moment dat ze binnenkort samen met collega Rafaël bij Remy op bezoek zal gaan.

Ook Michel is op uitnodiging een keer voor een barbecue naar de kliniek teruggekomen. Serge nodigde zichzelf uit en is met gebak op de koffie op de afdeling gekomen. Thijs, Joeri, Erwin en Chantal zijn niet meer terug in de kliniek geweest. Thijs ziet dat ook niet gebeuren:

‘Nee, dat ga ik ook niet doen, nee. Daar is de band niet sterk genoeg voor, denk ik.’ (1:1115-1116)

Chantal wil wel nog een keertje naar haar oude afdeling terug. Gezondheidsproblemen en dientengevolge moeite met reizen weerhouden haar daar nu van. In de toekomst zou ze graag nog eens *‘een keer willen kijken om even te begroeten en dank je wel te zeggen voor dat ze zo goed voor me gezorgd hebben’*. Erwin wil ook graag terugkomen naar de kliniek en ziet mogelijkheden als ervaringsdeskundige: *‘Al mag ik iets komen doen, weet je. Al, eh, al mag ik die gasten wat inspiratie komen geven, weet je. Weet ik veel, desnoods geef ik een lezing. (...) Of word ik buddy van een van die lui. Want mij is het ook gelukt. Ik ben er allemaal goed onderuit gekomen.’ (8:319-322)*

Een belangrijk obstakel bij de mogelijkheid een bezoek te brengen aan de kliniek is het gebrek aan geld. Geen van de mensen die ik bezocht voor deze interviews woont in Amsterdam en de kosten van vervoer zijn meerdere malen als probleem benoemd.

4.4.5.5. Betekenis van het houden van contact

Voor Chantal zit de waarde van het bezoek in de gezelligheid, maar ze voegt daaraan toe dat ze de bezoeken leuk vindt 'omdat ze toch om me geven en interesse in me tonen'. Ze zegt: *'Ik weet zeker dat ze [Infora] trots op me zijn. (...) Daar word ik blij van.'* (2:755-756)

Ook voor Serge is de interesse van belang:

'Serge: Ja, je hebt eigenlijk wel een beetje de sociale contacten eigenlijk.'

Petra: Dus dat is ook de functie die het heeft voor jou?

Serge: Ja, het is toch een beetje, toch een beetje, ja aandacht. Ja, ik zoek aandacht. Ik heb geen vriendin, ja, ik heb een kat (lacht), maar ja, een kat. (...) Maar dat is niet echt de aandacht die ik ook zoek dus, eh, kijk, je wilt ook wel een beetje een goed gesprek kunnen voeren af en toe en eh, dat soort dingen.' (6:478-481)

De betekenis van het houden van contact voor Joeri is dat hij ervaart als een goed mens gezien te worden:

'Petra: Maar wat betekent het dan voor jou dat ze nog hier kwamen?'

Joeri: Ik vind dat wel, nee, ik zeg al, gezellig. Ik vind dat is wel belangrijk. Zeker. Voor iedere cliënt is dat wel belangrijk.'

Petra: En waarom is dat dan belangrijk?'

Joeri: Het geeft me een bepaalde gemakrust. (...) Kijk, als mensen jou naderhand nog zeggen "Kijk, we gaan even kijken hoe het met hem is", dat wil zeggen dat ze jou toch als, als eh, een goede dingetjes hebben ervaren. Toch?'

Petra: Als een goede wat?'

Joeri: Als een goed mens. Een positieve, positieve karakter.' (7:610-619)

Gezelligheid, sociaal contact hebben, meetellen, gezien worden en niet gestigmatiseerd worden als ex-patiënt lijkt als de beleving en betekenis naar voren te komen. Serge drukt de waarde van deze ondersteuning uit als: *'Het geeft je gewoon een goed gevoel dat er iemand, dat je mensen achter je hebt staan die je kunnen helpen met, als je in de problemen zit of tegen wat voor probleem je ook oploopt. En daar heb je, daar heb je gewoon meer aan dan dat mensen je gewoon negeren en van hop in een hoekje [stoppen].'* (6:776-780)

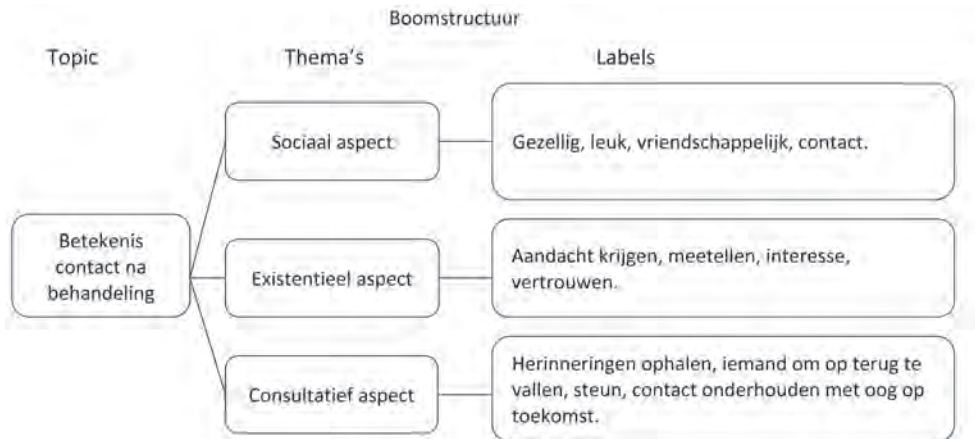
4.4.5.6. Overzicht en boomstructuur 'betekenis contact na behandeling'

Het contact houden na behandeling lijkt voor de zorgontvangers in drie betekenissen uiteen te vallen. Er is een sociaal aspect: het feit dat er contact is, de gezelligheid, het is leuk om bezoek te krijgen. De betekenis hiervan ligt in het intermenselijke samenzijn: het hebben van een netwerk, iets leuk doen met elkaar, kunnen vertellen, bezoek ontvangen. Een tweede betekenis van het contact houden na behandeling is een existentieel aspect. Dit betreft de identiteitsvorming en persoonlijke groei. Interesse, aandacht krijgen, meetellen vormen je persoon en je vertrouwen in jezelf. Dit doet de zorgontvanger als mens goed. Tot slot is er een consultatief aspect. Door bijvoorbeeld terug te blikken op de behandeling (die nog eens de revue te laten passeren), door hulp te vragen en problemen te bespreken. De kennis en/of ervaringen die opgedaan zijn in de kliniek worden vertaald naar de eigen situatie.

In onderstaande tabel werk ik per zorgontvanger de thema's van deze paragraaf uit in labels en voorbeelden (citaten). Achter elk label staat tussen haakjes een S, en/of een E en/of een C om aan te geven of dit label refereert aan het sociale, het existentiële en/of het consultatieve aspect.

Thema: Betekenis contact na behandeling			
Overkoepelende thema's	naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)
Sociaal aspect; Existentieel aspect; Consultatief aspect	Chantal	Gezellig (S)	<i>Soms gaan we bij mijn moeder wat eten met Tara en Nannie. Of ze komen hier. Een beetje praten en eh gezellig doen. Petra: Komen ze vaak? C: Een keer in het half jaar of zo. Dat vind ik leuk.(...) Omdat ze toch om me geven en interesse in me tonen... (2:560-567)</i>
		Ophalen herinneringen (C)	
		Interesse (E)	
		Gevoel dat Inforsa trots op haar is (E)	
	Thijs	Gezellig (S)	<i>En toen eh... dacht ik van eh... Nou belt ze niet meer. En toen ineens belde ze weer van 'nou we komen nog wel een keer langs'. Ik zeg: 'Nou, da's goed.' En toen kwam ze samen met Tara langs. Dat vond ik ook gezellig. Toen was ik ook op mijn praatstoel gaan zitten. Vind ik gezellig. (1:820-823)</i>
		Verhaal kwijt kunnen (C)	
	Michel	Gezellig (S)	<i>Gaat helemaal goed, weet je, dan, soms loop ik een beetje tegen met dingen van Reclassering, met een gesprek wat ik heb gedaan en dan kan ik hun advies vragen (...). (3:207-208)</i>
		Vriendschappelijk (S)	
		Leuk (S)	
		Goede steun (C)	
Remy	Leuk (S)	<i>Petra: En als je met ze spreekt aan de telefoon, waar gaat, waar spreek je dan over? R: Ja, is leuk. Leuk, is heel leuk. Van 'hoe gaat het met mij?', 'hoe gaat het met jullie?' (...) Eh... wat nog meer? Ja, ik heb, 'hoe ik het vond?', eigenlijk hoe ik het vond, daar, weet je, maar ik vond het wel goed. Ik heb me, ik voelde me wel thuis op die plek want als ik u zie, dan denk ik nog steeds terug van 'hé, ik zat wel daar', weet je. (4:812-817)</i>	
	Terugblik (C)		
Nick	Belangrijk (C)	<i>Tot nu toe, ik val begeleiding niet lastig. Ik heb reden om te bellen. Soms heb ik een vraag en soms heb ik, soms wil ik een gewoon gesprek voeren en ik bedoel, ik blijf niet een half uur aan het lijn, gewoon paar minuten, gewoon, alleen dat. Het gaat, ik weet dat ik terug ga naar Inforsa en ik wil het contact tussen mijn begeleider en mijn behandelaar onderhouden en gewoon contact blijven. (5:453-456)</i>	
	Contact onderhouden (C)		

Thema: Betekenis contact na behandeling				
Overkoepelende thema's	naam	Labels	Citaat (vetgedrukt label)	
Sociaal aspect; Existentieel aspect; Consultatief aspect	Serge	Sociaal contact (S)	<i>Het geeft je gewoon een goed gevoel dat er iemand, dat je mensen achter je hebt staan die je kunnen helpen met, als je in de problemen zit of tegen wat voor probleem je ook oploopt. En daar heb je, daar heb je gewoon meer aan dan dat mensen je gewoon negeren (...). (6:776-778)</i>	
		Aandacht (E)		
		Iemand om op terug te vallen (C)		
	Joeri	Gezellig (S)		<i>Kijk, als mensen jou naderhand nog zeggen 'kijk, we gaan even kijken hoe het met hem is', dat wil zeggen dat ze jou toch als, als een goede mens hebben ervaren. Toch? Een positieve, positieve karakter. (7:616-619)</i>
		Meetellen (E)		
	Erwin	Leuk (S)		<i>Dat vind ik hartstikke leuk. Ik bedoel, eh, ik had twee zwangere vrouwen op visite. Dat was, eh, fantastisch. En leuk om te zien, allebei helemaal trots. Leuke meiden ook en eh, ik heb goede herinneringen aan eh, aan de verpleging daar. Ik vond het leuke mensen, ik heb altijd een goede band met ze gehad. Leuk, ja echt van wat ik je zei, van die zorgbijen, weet je. (8:373-376)</i>
Gezien worden (E)				



4.5. Conclusie en discussie

Wat kunnen we uit deze deelstudie afleiden over de waarde en betekenis van relationeel werken voor zorgvangers in het licht van hun biografie en eerdere zorgervaringen?

We zien dat mensen door wat ze hebben meegemaakt op meerdere vlakken teleurgesteld of beschadigd zijn. In zichzelf, in relaties, in werk, in de samenleving in hun ethos en ook in de toekomst: alles heeft deuken.

Op de tijd bij de FPK wordt gemengd teruggeblikt. Er zijn moeilijke dingen, al overheersen die zeker niet. Er is gebrek aan overeenstemming over behandeldoelen, traject en medicatie. Maar er is ook, bij iedereen, een positieve herinnering. Die kenmerkt zich door het ervaren van het gewone leven, de gezelligheid, de benaderbaarheid en erkenning van de werkers. Zorgontvangers weten zich 'gezien', ze tellen mee. Hun verlangens doen ertoe voor de werkers.

Na de zorg probeert iedereen het beste ervan te maken en dat gaat gepaard met zowel hoop als pijn en eenzaamheid. Sommigen worden dan egocentrisch, ze proberen de samenleving op afstand te houden om zichzelf te beschermen en nieuwe pijn te voorkomen ('ik ga nooit meer werken', 'hier doe ik niet aan mee'). Het lijkt dan ook niet uit te maken of je wel of niet drinkt of drugs gebruikt. Als je dat niet doet, is er weliswaar gezondheidswinst voor jezelf, maar de eenzaamheid blijft. Behalve als er iemand komt die het anders doet. Tegen wie je kunt vertellen dat je drugs hebt gebruikt. Bij wie je meetelt, die je ziet staan. En die dan ook als getuige functioneert door de stappen die je hebt gemaakt, te zien. Die ziet dat het je gelukt is om verder te komen. Daarmee en 'dan pas' wordt het werkelijkheid.

Door het contact houden na behandeling ervaren zorgontvangers dat wat zij meemaken de moeite (van het opzoeken, van het luisteren) waard is. Door het contact worden mensen gezien, fleuren ze op en voelen ze dat ze het waard zijn. Het geeft vertrouwen: 'ze geloven in me'. Het is ook vaak een beweging naar de zorgontvanger toe. Hij hoeft niet zelf ergens aan te kloppen om hulp, maar de werker komt, of neemt 'zomaar' contact op. Het gaat om het contact en de nabijheid en niet om het oplossen van problemen en 'sores'. Het relationeel werken levert in die zin een 'doorbraak' omdat mensen anders behandeld worden dan ze gewend zijn. Daarin zit de mogelijke toevoeging.

De bevindingen uit deze deelstudie lijken aan te sluiten bij eerder onderzoek naar de ervaringen van (ex-)cliënten. Gezien worden, gerespecteerd worden als mens, ondersteuning krijgen, erbij horen kwamen als thema's naar voren in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.3.1.). Landeweer, Abma, Santegoeds en Widdershoven (2009) concludeerden dat voor herstel medicatie belangrijk is, maar een aantal andere aspecten even belangrijk is: erkend worden als persoon, sociale inclusie, verantwoordelijkheid nemen, vriendschappen ontwikkelen en mensen vertrouwen. Dat wordt bevestigd in mijn studie. De betekenis van het contact na behandeling voor ex-zorgontvangers ligt ook in deze lijn: meetellen, vertrouwen, iemand hebben om op terug te vallen en vriendschap. Relationeel werken tijdens en na de behandeling is een grote hulp die mogelijk kan bijdragen aan herstel.

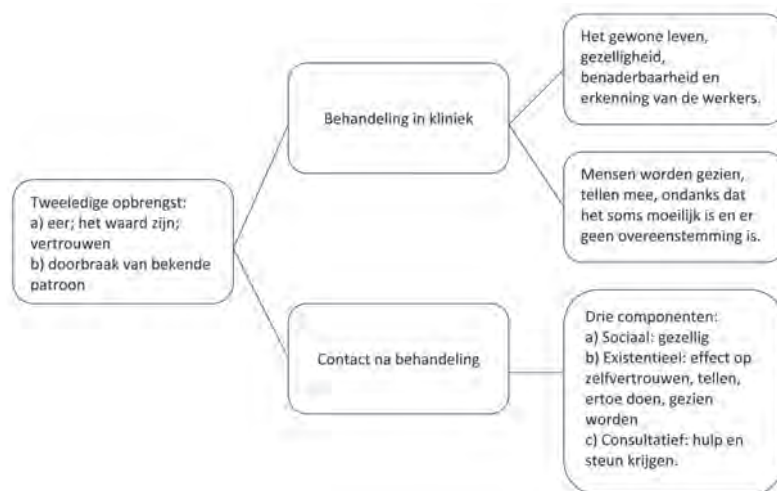
Dat oud-persoonlijk-begeleiders door ex-cliënten meegenomen worden buiten hun huiselijke kring, staat haaks op onderzoek van Coffey (2011 en 2012), waarin ex-cliënten ervaren dat publiek contact met hulpverleners hen 'ontmaskert' als forensische cliënt. De oud-begeleiders zijn niet iets 'van vroeger' dat weggestopt moet worden. Mogelijk is er

daarmee sprake van meer acceptatie en kan dit ook een bijdrage leveren aan persoonlijk herstel.

Recent onderzoek van Castelein (2017) laat zien dat meer dan 86% van de door haar onderzochte groep psychiatrische cliënten problemen houdt op het gebied van wonen, werk, opleiding, zinvolle dagbesteding, zelfzorg en sociale contacten. Het lukt niet om maatschappelijk te herstellen, met eenzaamheid tot gevolg. Ook in mijn studie komen de moeite die het kost om betekenisvol mee te doen in de samenleving en de eenzaamheid naar voren. Eenzaamheid is een groot probleem bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, zo blijkt uit eerder onderzoek (Clinton, Lunney, Edwards, Weir, & Barr, 1998; Corrigan & Phelan, 2004; Lauder, Sharkey, & Mummery, 2003). In de literatuur over eenzaamheid wordt een onderscheid gemaakt tussen emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid ontstaat bij het ervaren van een sterk gemis bij de afwezigheid van een intieme relatie (Weiss, 1973 in Van Tilburg & De Jong Gierveld, 2007, p. 14). Sociale eenzaamheid is het gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep van mensen om je heen (idem). In mijn onderzoek wordt het verlangen naar het hebben van een relatie meerdere malen benoemd. De emotionele eenzaamheid komt dus in deze studie nadrukkelijk naar voren. Sociale eenzaamheid wordt minder uitgesproken, maar die is wel voelbaar (en zichtbaar, zie paragraaf 4.6.2.).

Uit de resultaten van dit onderzoek kan afgeleid worden dat 'meedoen' in de samenleving helemaal niet eenvoudig is. Het lukt niet (meer), het wil niet meer, of het kan niet meer of maar ten dele. Als je dan kijkt naar de hulpbronnen die de ex-zorgontvangers kunnen aanwenden, blijken deze beperkt. Vrooman, Gijsberts en Boelhouwer (2014, p. 53) ontwikkelden een model waarin vier soorten kapitaal omschreven staan: het economisch, het sociaal, het cultureel en het persoonlijk kapitaal. Het economisch kapitaal is het geld waarover mensen beschikken, hun beroep, hun kwalificaties en vaardigheden. Het sociaal kapitaal zijn de netwerken die mensen tot hun beschikking hebben. Het cultureel kapitaal wordt omschreven als leefstijl, taalbeheersing en digitale vaardigheden, maar ook reputatie en culturele kennis. Het persoonlijk kapitaal tot slot is de fysieke gesteldheid, mentale kracht of onmacht, en aantrekkelijkheid in de ogen van anderen (Vrooman et al., 2014; Vrooman, 2016). Als we aan de hand van deze indeling naar de ex-zorgontvangers kijken, dan zijn meerdere elementen eenvoudig te herkennen. Er is geen geld, een beperkt netwerk, veelal een onderwijsachterstand of geen beroepsopleiding en ook het persoonlijk kapitaal kent de nodige ballast: een psychiatrische kwetsbaarheid. Dat onderstreept dat de positie die zij – ongewild – innemen, een hele moeilijke is: de achterstand is groot en de kansen om hier verandering in aan te brengen, zijn gering. De trots die doorklinkt als een gewenst doel wel behaald is (zelfstandig wonen, bijvoorbeeld), of als er een bevordering is op het werk, zijn in het licht van deze indeling grote stappen. De werkers die contact na behandeling houden, leveren vanuit deze kapitaalsvormen geredeneerd ook een bijdrage: sociaal kapitaal (in de vorm van netwerk) en indirect ook persoonlijk kapitaal (de existentiële bijdrage van het contact na behandeling).

Tot slot geef ik de beantwoording van de deelvraag van dit onderzoek (wat betekent relationele zorg voor (ex-)cliënten (wat is de waarde en opbrengst voor hen)?) schematisch weer:



4.6. Sterkte en beperkingen van deze deelstudie

4.6.1. Evaluatie van het onderzoeksproces: reflectie op mijn rol als onderzoeker

Deze narratieve studie heeft antwoord willen geven op de vraag wat de waarde en betekenis van relationele zorg is voor de zorgontvangers in het licht van hun biografie en eerdere zorgervaringen. Het betreft hier zowel de zorg die in de kliniek ontvangen is, als het vrijwillig gehouden contact na behandeling.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik acht zorgontvangers, allen ex-cliënten van de FPK van Inforsa, geïnterviewd. Van een van de zorgontvangers heb ik ook de ouders geïnterviewd. De interviews leverden twee soorten resultaten op. Ik heb als eerste vanuit de interviews met behulp van narratieve analyse negen 'portretten' gemaakt, waarin ik laat zien wat de respondenten in de gesprekken met mij hebben willen delen. Daarna heb ik van de ruwe data uit de interviews een thematische analyse gemaakt.

Ik heb gedurende deze deelstudie bij de dataverzameling en -analyse de volgende procedure gevolgd:

- Na elk interview heb ik een memo geschreven van gemiddeld twee pagina's, waarin ik verslag doe van mijn ervaringen (Waar was ik? Hoe werd ik ontvangen?), reflecteer op mijn rol als onderzoeker en mijn eerste ideeën beschrijf over 'het spoor' van de respondent. Wat blijft hangen? Wat viel op? Wat wilde iemand mij zeggen?
- De narratieven en de thematische analyse zijn tot stand gekomen op basis van de stappen die beschreven zijn in paragraaf 4.2.5.

- Alle narratieven (portretten) zijn besproken met de respondenten, zowel op inhoud (Ben je het hiermee eens? Is dit de kern? Wil je het anders?) als op proces (Ben je ermee akkoord dat dit stuk op deze manier, in zijn geheel, gepresenteerd wordt?).
- Van de hele narratieve studie is een procesverslag aanwezig, waarin het proces van data-verzameling, een terugblik op de interviews, de totstandkoming van de narratieven (de portretten) en de data-analyse is beschreven.

Door de memo's en het procesverslag heb ik mijn bewustzijn van en gevoeligheid voor de ideeën of ervaringen van zowel mijzelf als van degene die geïnterviewd wordt, scherp willen houden. Patton (2015, p. 604-605) noemt dat *triangulated reflexive inquiry*, waarbij het van belang is reflectieve vragen te stellen gericht op het zelf van de onderzoeker, reflectieve vragen te stellen over de mensen die bestudeerd worden en na te denken over het publiek van de studie. Alleen deze laatste vraag heb ik mij gedurende de uitvoering van dit onderzoek niet gesteld.

Ik presenteerde hier negen portretten en een thematische analyse van het materiaal om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Ik geef onderstaand ook een verslag van mijn indrukken. Zodat te zien is met welke bril ik keek, wat mijn ervaringen waren, wat *ik* zag. Op deze manier wil ik, toegevoegd aan alle voorgaande stappen en procedures, mijn perspectief inzichtelijk maken.

4.6.2. Op pad – de ervaringen van de onderzoeker

Nadat de respondenten door een bekende oud-begeleider van de afdeling waren benaderd of zij mee wilden werken aan het onderzoek, kreeg ik hun naam en telefoonnummer en belde ik voor een afspraak. Als de tijd tussen het moment van afspraak maken en de feitelijke afspraak lang genoeg was, stuurde ik nog een brief met aanvullende informatie over het gesprek. Afspraken waren meestal 'zo gemaakt', binnen een paar dagen kon ik vaak terecht en in de eerste telefonische contacten merkte ik enthousiasme. 'Ja, daar wil ik wel aan meewerken, ik heb daar wel een goede tijd gehad.' Ik heb me ondanks dat ik niet altijd bekend was, wel zeer welkom gevoeld. Zo stonden mensen in de deuropening te wachten tot ik kwam, werd er nog een stofzuiger door het huis gehaald voorafgaand aan mijn komst (wat ik zag doordat ik te vroeg was) en sprak ik iemand op zijn verjaardag. Voor mij was dat een reden om een ander datumvoorstel te doen, maar 'nee, het was prima die dag'. Om de verjaardag te vieren bracht ik gebak mee.

Dat de geïnterviewden mij een klein deel van hun leven lieten zien, doordat ik bij ze thuis kwam en doordat ze mij hun verhaal wilden vertellen, heb ik als bijzonder en ook als leerzaam ervaren. De (zeer) kortstondige onderdompeling in de wereld van de ander leerde me hun perspectief beter begrijpen. De trots, bijvoorbeeld, over het bereiken van dit moment ('mijn huisje is klein, maar het is van mij'). Of dat het leven moeilijk is als je, zoals ik ook meemaakte, in de troep zit met de bierblikken binnen handbereik.

Iedereen die ik sprak had (op dat moment) geen levenspartner met wie hij/zij samenwoonde. Daar verlangden sommige mensen hardop naar. Door mee te mogen kijken in hun levens en verhalen te horen over werk – en vaker gebrek aan werk, dagbesteding en

netwerk – heb ik het verlangen ‘mee gevoeld’. Niet alleen omdat ik ’s avonds thuis wel aan iemand kon vertellen wat ik had meegemaakt, maar ook omdat de verhalen die mensen vertelden over hun levens niet bol stonden van sociale samenhang en gehechtheid. Het voelde voor mij eerder ‘alleen’ en ik heb me ook daarom heel welkom gevoeld: ik kwam en dat leek betekenis op zich te geven. Die betekenis werd niet hardop uitgesproken, maar deze leidde ik af uit de bereidheid tot een snelle afspraak te komen, die moeite die werd gedaan, de hartelijke ontvangsten, het opwachten op het balkon of bij de voordeur en ik heb een keer ervaren dat iemand ook graag leek te willen dat ik bleef, dat het gesprek als het ware gerekt werd.

Meer dan in welk deelonderzoek ook heb ik tijdens deze analyse ervaren dat ik ‘dat niet even’ kon doen. Ook nadat ik de thema’s geïdentificeerd had, ervoer ik dat het schrijven van de analyse elke keer speciale aandacht vroeg van mij. Ik moest het materiaal ‘induiden’ en telkens las ik grotere stukken tekst rondom de gecodeerde tekstfragmenten. Op die manier nam ik de context steeds weer tot me en kwam ik ook meer bij het verhaal en de persoon die ik geïnterviewd had. De zorg en aandacht waarmee dat nodig was, is misschien wel een parallelproces met de zorgpraktijk.

De stem van de (ex) forensische cliënt en diens familie, is een weinig gehoorde stem. Daar waar cliëntenorganisaties participeren in belangenbehartiging en beleidsvorming, is dit voor de mensen die met forensische zorg in aanraking zijn geweest, ‘niet geregeld’. Met dit onderzoek wil ik óók het perspectief van de ex-clieënt tonen. Over hen gaat het veel in de politiek en de samenleving, waarbij termen als ‘overlast’, ‘ontvluchting’, ‘gevaarlijk’ en ‘verward persoon’ te pas en te onpas worden gebruikt. Maar wat het betekent om ‘aan de rand van de samenleving te hebben gestaan’ en je weg terug te klauteren of er steeds maar niet te komen (de ervaren ‘voorbedeelde kaart’ waar Erwin het over heeft) wil ik door middel van hun verhalen ook laten zien aan dat deel van mijn lezerspubliek dat niet zelf directe toegang heeft tot de forensische zorgontvangers.

4.6.3. Beperkingen

Ik wil met deze studie antwoord geven op de vraag wat de waarde en betekenis van relationele zorg is voor de zorgontvangers. Om dat in beeld te krijgen, heb ik gekozen om de ontvangen zorg in een breder perspectief te zetten door de eerdere ervaringen ook te betrekken in dit onderzoek. Het beeld dat we hierbij gekregen hebben, is een particulier, individueel beeld van acht zorgontvangers en twee naastbetrokkenen. Daarbij moeten de volgende beperkingen in acht genomen worden.

De interviews die ik heb afgenomen waren met ex-zorgontvangers die contact na behandeling hebben gehad. Dit contact is vrijwillig, zij hoefden dat niet te hebben. Het feit dat ze dit aangenomen hebben, drukt een bepaalde mate van overeenstemming uit. Ondanks het feit dat sommige zorgontvangers kritisch zijn over de ontvangen zorg bij de FPK, hebben ze allemaal een (deels) goede ervaring, of levert het contact na behandeling hun op een andere manier iets op, waardoor ze het aangaan. Ik heb geen cliënten gesproken die geen contact na behandeling hebben gehad. Mijn onderzoeksvraag draait om de

betekenis van het contact, dus het (gehad) hebben van dit contact was een criterium om mee te doen.

Een van de respondenten leek, door zijn detentie, een negatief afgebroken behandeling in de FPK te hebben gehad. Dat was een reden om hem te includeren, want ook met hem was nog contact na de behandeling. Gedurende het interview bleek dat er geen sprake was van een afgebroken behandeling, maar van een time-out, een tijdelijke terugplaatsing naar de gevangenis. Daarmee is het perspectief 'contact na niet succesvolle behandelingen' niet meegenomen in deze studie. Een poging om nog een respondent te vinden, strandde door weigering van de andere instelling, deze cliënt mocht geen bezoek ontvangen uit de FPK.

Een andere beperking van deze studie is dat ik slechts een klein aantal ex-zorgontvangers heb gesproken. Daar is voor gekozen vanwege de haalbaarheid van het totale onderzoek. Door te beginnen met vier cases en daarna selectief in te laden is er wel nagedacht over de variatie. Die was er in de onderzoeksgroep als het gaat om geslacht, leeftijd, fase na ontslag (in andere instelling verblijven of zelfstandig wonen) en juridische titel waaronder men opgenomen is geweest in de FPK.

4.6.4. Geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf

Gedurende dit onderzoek heb ik om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten, twee technieken toegepast. Er was sprake van *negative case analysis*, het actief zoeken naar uitzonderingen, gerelateerd aan het inzicht dat in ontwikkeling is (Lincoln & Guba, 1985), doordat er zorgontvangers waren die ontevreden waren met (delen van) de zorg die ze tijdens hun verblijf in de FPK ontvangen hebben. Daarnaast was *member checking* met betrekking tot de narratieven standaard onderdeel van de onderzoeksprocedure. Alle narratieven zijn overhandigd en besproken met de respondenten. De centrale vraag hierbij was: 'Drukt dit narratief de kern van jouw verhaal uit?' Wijzigingen in tekst, die in alle gevallen details betroffen, zijn overgenomen. Daarnaast heb ik in de telefoongesprekken over de narratieven expliciet verzocht akkoord te gaan met de inhoud en integrale presentatie ervan.

Ik heb in dit onderzoek rijke, beschrijvende presentatie van de data willen geven, om zo de generaliseerbaarheid te vergroten. Deze beschrijving kan anderen helpen een vergelijk te maken met de eigen resultaten en zo beoordelen of het passend en bruikbaar is.

De inhoud en de deugdelijkheid van het werkproces zijn in dit deelonderzoek gecheckt door een tweede onderzoeker. Zij heeft alle geluidsbestanden opnieuw afgeluisterd en daarmee de verbatims gecontroleerd. Tevens heeft ze daarna alle narratieven gelezen en feedback gegeven. Zij had daarmee de rol van kritische meelezer.

Een laatste punt dat geadresseerd moet worden is dat ik, de onderzoeker, medewerker van de FPK ben, en de manier van werken van de FPK is subject van het onderzoek. Het is gemakkelijk om mij in interviews 'naar de mond te praten', te zeggen wat ik wil horen. Om dit tegen te gaan, heb ik meerdere technieken ingezet. Ik heb gedurende de interviews bij iedereen gevraagd naar de negatieve ervaringen tijdens hun opname in de FPK en daar heb ik op doorgevraagd. Ook als respondenten heel positief waren over de FPK, stelde ik

hier vragen over en suggereerde ik dat dit ‘toch niet was omdat ik het vroeg?’ Als voorbeeld een fragment uit het interview met Serge (6:499-527):

Serge: Ja. Nou, ik ben ook een van de weinigen die nog een paar keer is teruggegaan, want de meesten die gaan niet terug naar een kliniek.

Petra: Ja. Waar ben je geweest, gewoon op de afdeling?

Serge: Ja, gewoon op de afdeling. Gewoon op visite.

Petra: Ja, leuk.

Serge: Ja.

Petra: En ben je ook wel eens op een kerstmarkt geweest of zo?

Serge: Nou eh, Inforsa had zelf altijd een markt en dat soort dingen, ook voor kleding en dat soort spullen.

Petra: Ja.

Serge: Dus eigenlijk hoef je niet ver te zoeken.

Petra: Nee, maar wat ik bedoel te vragen is: ben jij, toen je al niet meer bij Inforsa was, terug geweest voor zo’n bijeenkomst?

Serge: Nee. In principe niet.

Petra: Dus als je terugging, ging je echt alleen maar naar de afdeling toe?

Serge: Ja.

Petra: Om koffie te drinken, of eh...

Serge: Ja, eh, dan nam ik gebak mee en dan, eh...

Petra: Zo!

Serge: Ja (lacht).

Petra: Beter!

Serge: (lacht)

Petra: Ben je ook bij [de andere ggz-instelling] terug geweest?

Serge: Nee. Nee, daar heb ik niet echt zo’n klik mee, om het zo maar te zeggen. Ik heb meer, meer de klik met Inforsa. Dat is heel raar, maar ja.

Petra: Maar dat is dan heel interessant voor mij, dan ga ik toch precies proberen door te vragen...

Serge: ... waarom...

Petra: Wat nou die klik is, ja.

Serge: Ja, ik weet het niet. Ik vond het gewoon gezelliger daar, de hele sfeer was eh, was wel streng, maar ze waren wel meegaand, om het gewoon zo maar te zeggen. En in [die andere instelling] was het gewoon streng en niet meegaand. Dus dan denk, ja, dan loop je tegen allerlei dingen op en dan word je niet mee geholpen en dan loop je jezelf alleen maar op te vreten en te irriteren en je ken er niks mee. Kijk, en Inforsa zegt: we gaan het oplossen en we gaan het uitzoeken, bijvoorbeeld.’

Daarnaast heb ik me tijdens de interviews vooral terughoudend opgesteld. Ik heb het verhaal van de respondent willen volgen en ik heb me zoveel als mogelijk onthouden van het geven van mijn mening, terwijl ik ondertussen wel aanmoedigend gereageerd heb, om de respondent uit te nodigen om verder te vertellen (‘hmmm, ‘jaja’, ‘aha’, ‘vertel’). Ook in mijn vraagstelling ben ik voorzichtig geweest. Ik probeerde open vragen te stellen, die vooral een verhaal op gang kregen (‘kun je vertellen hoe dat ging?’, ‘hoe keek je daar te-

genaam?', 'wat gebeurde er toen?'). Sommige respondenten vroegen mij, als ze een datum niet meer wisten bijvoorbeeld om het in hun dossier op te zoeken. Dat heb ik niet gedaan, deze studie draait om hun verhaal en de details die zij niet meer weten of niet meer willen invullen, horen daar ook bij.

4.7. Tot slot

Deze deelstudie heeft een verdiepend inzicht gegeven in het leven van (ex-)zorgontvangers en de waarde en betekenis van relationele zorg daarin. Bij het uitvoeren van deze deelstudie heb ik het onderzoeksdesign zoals vooraf opgesteld, kunnen volgen. Door uitgebreid te reflecteren en ook mijn ervaringen gedurende dit onderzoek te bespreken, heb ik ook de 'bril' waarmee ik keek, verhelderd. Ondanks de beperkingen geven de resultaten van dit onderzoek de lezer zicht op de (moeilijke) positie die (ex) forensische cliënten in de samenleving hebben.

Na dit deelonderzoek hebben we, toegevoegd aan de klinische praktijk van relationeel zorg verlenen (hoofdstuk 3) ook zicht op de waardering van relationele zorg en contact na behandeling door ex-zorgontvangers. De volgende stap is dat we ook willen weten welke betekenis aan het contact houden na behandeling, als vorm van relationele zorg, door medewerkers gegeven wordt. Daarover gaat hoofdstuk 5.

4.8. Referenties

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Boertien, D. & Van Rooijen, S. (2011). Ervaringskennis in de ggz: een noodzaak. In S. van Rooijen & J. van Weeghel (Red.), *Jaarboek Psychiatrische rehabilitatie 2010-2011* (pp. 35-47). Amsterdam: SWP.
- Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. HEE-gesch(r)ift. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W. (2017). *HEE! Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Academisch proefschrift, Universiteit Maastricht. Utrecht: Trimbos-instituut/Freedom First.
- Boumans, J. (2012). Tussen regie en repressie, een verslag van een verkenning van het concept empowerment. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 28-43.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Castelein, S. (2017). *Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen: Overstag en vooruit!* Oratie, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Clandinin, D.J. & Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Clandinin, D.J. & Huber, J. (2010) (3rd edition). Narrative inquiry. In: P. Peterson, E. Baker, & B. McGaw (Eds.), *International encyclopedia of education*. New York, NY: Elsevier.
- Clandinin, D.J., Pushor, D. & Murray Orr, A. (2007). Navigating sites for narrative inquiry. *Journal of Teacher Education*, 58(21). <http://dx.doi.org/10.1177/0022487106296218>

- Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, D. & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955-965.
- Coffey, M. (2011). Resistance and challenge: competing accounts in aftercare monitoring. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 748-760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01321.x>
- Coffey, M. (2012). A risk worth taking? Value differences and alternative risk constructions in accounts given by patients and their community workers following conditional discharge from forensic mental health services. *Health, Risk & Society*, 14(5), 465-482. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2012.682976>
- Corrigan, P.W. & Phelan, S.M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40, 513-523.
- Creswell, J.W. (2013) (3rd edition). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently: free association, narrative and the interview method*. London, England: Sage.
- Landeweer, E., Abma, T., Santegoeds, J. & Widdershoven, G. (2009). Psychiatry in the age of neuroscience: the impact on clinical practice and lives of patients. *Poiesis & Praxis*, 6, 43-55.
- Lauder, W., Sharkey, S. & Mummary, K. (2003). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 88-94.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Loh, J. (2013). Inquiry into issues of trustworthiness and quality in narrative studies: A perspective. *The Quality Report*, 65(18), 1-15.
- McCormack, C. (2000). From interview transcript to interpretive story: part 2 – Developing an interpretive story. *Field Methods*, 12(4), 298-315.
- Patton, M.Q. (2015) (4th edition). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *Kwalon*, 17(1), 27-35.
- Stel, van der, J.C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(11), 815-822.
- Tilburg, van, T. & De Jong Gierveld, J. (Red.) (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *Kwalon*, 19(3), 18-24.
- Vrooman, C., Gijsberts, M. & Boelhouwer, J. (Red.) (2014). *Vershil in Nederland. Sociaal en cultureel rapport 2014*. SCP-publicatie 2014-33. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, J.C. (2016). *Meedoen in onzekerheid. Verwachtingen over participatie en protectie*. Oratie, Universiteit Utrecht.
- Weerman, A. (2016). *Ervaringsdeskundige zorg- en dienstverleners. Stigma, verslaving & existentiële transformatie*. Academisch proefschrift. Amsterdam: VU.

Hoofdstuk 5

‘Uit het oog, maar niet uit het hart’

De waarde en betekenis van contact na behandeling voor professionals

5.1.	Inleiding	190
5.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	190
5.2.1.	Onderzoeksachtergrond en vraagstelling	190
5.2.1.1.	<i>Onderzoeksachtergrond</i>	190
5.2.1.2.	<i>Vraagstelling van deze deelstudie</i>	191
5.2.2.	Onderzoeksdesign	191
5.2.3.	Dataverzamelingsmethoden en inclusie	192
5.2.3.1.	<i>Deelvraag 1</i>	192
5.2.3.2.	<i>Deelvraag 2</i>	193
5.2.4.	Ethische aspecten	194
5.2.5.	Methode van data-analyse	194
5.2.6.	Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek	194
5.3.	Resultaten en analyse	196
5.3.1.	Een schets van de aard en omvang van het contact na behandeling	196
5.3.1.1.	<i>Omvang van het contact en contactvormen</i>	196
5.3.1.2.	<i>Motieven voor en opvattingen over het houden van contact na behandeling</i>	199
5.3.2.	De waarde en betekenis van het houden van contact na behandeling	202
5.3.2.1.	<i>Topic 1: waarde van contact na behandeling voor de werkers</i>	203
5.3.2.2.	<i>Topic 2: relationele waarde van contact na behandeling</i>	206
5.3.2.3.	<i>Topic 3: waarde van contact na behandeling voor de kwaliteit en de ontwikkeling van de organisatie</i>	208
5.3.2.4.	<i>Vertrouwen als voorwaarde</i>	212
5.4.	Conclusie en discussie	213
5.5.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	216
5.5.1.	Sterkte en beperkingen	216
5.5.2.	Geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf	217
5.6.	Tot slot	218
5.7.	Referenties	218

5.1. Inleiding

Het onderzoek naar de waarde en betekenis van relationele zorg heeft als hoofdvraag: wat betekenen relatiegericht werken en het (daardoor vrijwillig) houden van verbinding na behandeling in de forensische psychiatrie voor cliënten en medewerkers van de FPK en wat levert het op in termen van recidive?

In dit hoofdstuk onderzoek ik de derde deelvraag: welke betekenis geven zorgverleners in de forensische psychiatrie aan relationele zorg in de vorm van contact na behandeling?

Om de achtergrond van dit deelonderzoek te plaatsen, resumeer ik in paragraaf 5.2.1. het resultaat van het totale onderzoek tot nu toe. Dan wordt de gekozen methodologie van dit deelonderzoek toegelicht. In paragraaf 5.3. beschrijf ik de resultaten en de analyse van het onderzoek, waarna in paragraaf 5.4. de conclusie en de discussie volgen. In paragraaf 5.5. worden de beperkingen en de sterke kanten van deze studie beschreven. In paragraaf 5.6. geef ik enkele slotopmerkingen over de resultaten en de kwaliteit van dit deelonderzoek.

5.2. Methodologie van dit deelonderzoek

5.2.1. Onderzoeksachtergrond en vraagstelling

5.2.1.1. Onderzoeksachtergrond

De werkers, onderwerp van deze deelstudie, zijn in dit onderzoek al eerder ‘aan bod’ gekomen. In de participerende observatie om tot een beschrijving van relationeel werken te komen, wordt zichtbaar wat werkers *doen*. Het *waarom* van dit doen is – aan de hand van de verklaringen die zij zelf geven, de afwegingen die zij maken – ook onderzocht. In de focusgroep over de participerende observatie (hoofdstuk 3) was dit het studieobject. Deze reflecties gaan deels over de *betekenis* die de werkers geven aan hun handelen. Het relationeel werken werd niet alleen toegelicht of uitgewerkt, maar ook de *waarde* die het voor de werkers heeft, kwam tot uitdrukking.

De participerende observatie en de focusgroep waren gericht op het werken op de afdeling. Een belangrijk onderdeel van het relationeel werken is het houden van contact na afloop van de formele behandelrelatie, dus als cliënten de kliniek hebben verlaten. De betekenis hiervan voor ex-clieënten is uitgewerkt in hoofdstuk 4 van dit onderzoek.

Deze deelstudie naar de waarde en betekenis van relationele zorg wil zicht geven op de betekenis die werkers verlenen aan het houden van contact na afloop van de behandeling, door de werkers vaak omschreven als ‘nazorg’. De contacten zijn geformaliseerd vanuit de organisatie: sinds september 2012 wordt gepoogd met elke ex-clieënt contact te onderhouden. Over de doelen van dit contact na behandeling schreven we eerder:

Voor de cliënt is vrijwillig voortzetten van contact met iemand die hij is gaan vertrouwen een aantrekkelijk perspectief, omdat het hier veelal aan heeft ontbroken in zijn (zorg) bestaan. (...) Voor de zorgverlener is het prettig om de patiënt te blijven volgen en een kans te hebben om het zo hard nodige risicomangement te blijven toepassen. Dat is zeker

in een eerste periode van belang, omdat bij een overplaatsing grondige (impliciete) kennis van specifieke patiënten en een opgebouwde vertrouwensband (tussen patiënt en zijn behandelaar of persoonlijk begeleider) bij de nieuwe zorgorganisatie per definitie (nog) niet aanwezig zijn. Het contact houden na de behandeling is dan als het ware de prothese als antwoord op het tekort dat door de zorg(organisatie) opgeworpen wordt. De knip in de zorg wordt in het huidige systeem bepaald door de financiering en de structuur, in plaats van door wat de patiënt nodig heeft. Echte interesse in iemand verdraagt daarbij geen gedwongen einde van het contact, enkel omdat het systeem dat vraagt (Van Outheusden & Schaftenaar, 2016, p. 279-280).

Contact houden na behandeling vindt plaats op verschillende manieren. Telefonisch of door elkaar te bezoeken, of schriftelijk, via de mail of een kaartje. Vorm, inhoud en frequentie variëren en zijn niet vastgelegd of geprotocolleerd. Het uitgangspunt is dat deze aspecten in de relatie tussen ex-cliënt en medewerker worden vormgegeven op basis van wat daar passend gevonden wordt. Dit varieert dus van af en toe bellen tot intensieve steun en 'bemoeienis' in de nieuwe behandelingsituatie. Een aantal patiënten komt ook nog terug in de kliniek: op de koffie, om iemand te spreken of voor een van de kliniekfeesten (Schaftenaar & Van Outheusden, 2014).

Uit voortgangsbesprekingen tijdens de ontwikkeling van deze werkwijze, bleek dat medewerkers het onderhouden van contact met ex-cliënten waarderen. Het op de hoogte kunnen blijven en het betrokken blijven bij iemands leven wordt ervaren als prettig: 'Ik kan nog iets voor iemand betekenen' was een meermaals gehoorde reflectie. Maar ook: 'Ik vind het fijn om te zien hoe het met iemand gaat nadat iemand hier weg is gegaan, daarvoor is mijn werk vollediger' (Schaftenaar & Van Outheusden, 2014).

5.2.1.2. Vraagstelling van deze deelstudie

De vraagstelling in deze deelstudie luidt: welke betekenis geven zorgverleners in de forensische psychiatrie aan relationele zorg in de vorm van contact na behandeling? Om deze vraag te beantwoorden zijn twee deelvragen geformuleerd.

1. Hoe ziet het contact na behandeling eruit, in termen van frequentie, locatie en vormen van contact, waargenomen door de werkers?
2. Welke waarde(n) en betekenis geven medewerkers aan het houden van contact na behandeling betreffende hun eigen professionaliteit, opvattingen, attitude en activiteiten?

5.2.2. Onderzoeksdesign

Om tot beantwoording van de onderzoeksvragen te komen, is voor een *mixed methods* design gekozen (Kumar, 2014). Door het gebruik van meerdere methoden van dataverzameling ontstaat een breder beeld en de kwalitatieve data kunnen de kwantitatieve resultaten valideren (Patton, 2015, p. 621). De verschillende onderzoeksmethoden leggen zowel deductieve (objectieve) als inductieve (subjectieve) kennis bloot (Creswell, 2013, p. 37). In dit deelonderzoek zijn drie dataverzamelmethode gebruikt: een vragenlijst, een

dossierstudie en een focusgroepinterview. In de volgende paragrafen worden de methoden en de inclusie toegelicht.

5.2.3. Dataverzamelingmethoden en inclusie

5.2.3.1. Deelvraag 1

Hoe ziet het contact na behandeling eruit, in termen van frequentie, locatie en vormen van contact, waargenomen door de werkers?

Methoden van dataverzameling

Deze deelvraag wordt beantwoord door het uitzetten van een vragenlijst onder werkers die contact hebben met ex-cliënten. In bijlage 7 is de vragenlijst te vinden. De vragen zijn opgesteld in een online in te vullen questionnaire in het programma Survio.

De onderwerpen die in de vragenlijst aan de orde komen, zijn de frequentie van contacten met ex-cliënten, de aantallen ex-cliënten met wie contact is en de vorm van dit contact. Daarnaast zal gevraagd worden naar de achterliggende redenen van het contact. Ook zal een lijst trefwoorden gegeven worden, waar de respondenten voor hen van toepassing zijnde betekenissen kunnen kiezen. Deze trefwoorden zijn gebaseerd op de bijdrage die deze vorm van zorg kan leveren en de kritieken daarop (uitgewerkt in hoofdstuk 2).

Om zicht te krijgen op het aantal unieke cliënten met wie sinds de invoering van deze praktijk op 1 september 2012 contact is geweest, is een kleine dossierstudie uitgevoerd. Hiertoe zijn de dossiers van alle uitgestroomde cliënten²⁴ gescoord op rapportages waaruit blijkt of er contact is geweest of niet.

Respondenten en inclusie

De questionnaire is uitgezet onder de behandelteams van het zorgprogramma 'kort' van de FPK ($N = 110$). Daarmee is zeker dat alle ex-cliënten geen formele vorm van 'toezicht' of 'behandeling' door de FPK hebben na vertrek uit de kliniek (wat bij het zorgprogramma 'lang' in geval van tbs met dwangverpleging zonder uitzondering het geval is). De behandelteams bestaan uit:

- 5 afdelingsteams groepsbegeleiders/verpleegkundigen²⁵;
- (hoofd)behandelaren zijnde (gz- of kp-)psychologen (i.o.) en psychiaters (i.o.);
- vaktherapeuten (muziektherapie, psychomotorische therapie, beeldende therapie), maatschappelijk werkers en activiteitenbegeleiders.

De vragenlijst is in januari 2017 uitgezet, door een link van de enquête te sturen naar 110 medewerkers. De online enquête was 21 dagen toegankelijk om in te vullen. Om medewerkers op de vragenlijst te attenderen, heb ik in de teams contactpersonen gezocht

²⁴ Cliënten met elke forensische opnametitel, behalve tbs met dwangverpleging omdat na ontslag uit de kliniek bij die juridische titel nog formele verantwoordelijkheden van de kliniek horen.

²⁵ Deze groep professionals die op de afdelingen werken, noem ik verder 'afdelingsmedewerkers' of 'begeleiders'.

en hun gevraagd of zij hun collega's wilden informeren. Gedurende de dataverzamelingsperiode heb ik tweemaal een herinnerings-e-mail gestuurd met een update over het aantal respondenten, waarbij ik de link naar de vragenlijst opnieuw heb toegevoegd. De respons was 60%, 66 medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld.

5.2.3.2. Deelvraag 2

Welke waarde(n) en betekenis betreffende hun eigen professionaliteit, opvattingen, attitude en activiteiten geven medewerkers aan het houden van contact met ex-cliënten?

Dataverzameling

Het verzamelen van data voor de beantwoording van deelvraag 2 is gedaan middels een focusgroepinterview. Deze methode heeft als voordeel dat ze veel informatie kan genereren in een betrekkelijk korte tijdsperiode (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest, & Namey, 2005). Een focusgroep kan omschreven worden als: 'een interview met een kleine groep mensen over een specifiek onderwerp. Groepen bestaan meestal uit zes tot acht mensen die anderhalf tot twee uur aan het interview deelnemen' (Patton in Flick, 2014). Omdat focusgroepen discussie opleveren, worden overeenkomsten, verschillen, waarden en betekenissen van de deelnemers zichtbaar (Flick, 2014). Daarom is deze methode van dataverzameling een geschikte keuze in plaats van individuele interviews. In individuele interviews worden meningen, overeenkomsten en verschillen overwegend niet bediscussieerd. Daarnaast zijn interviews ook vele malen tijdsintensiever.

Tijdens de focusgroep komen de volgende gesprekstema's aan de orde:

- Hoe ervaren zij het contact na behandeling?
- Wat vinden ze ervan om het te doen?
- Voegt het wat toe? Voor de cliënt? Voor henzelf?
- Past het binnen hun werkopvatting en attitude?
- Verandert hun visie op zorg?
- Hoe organiseren ze het?
- Wat vraagt het van hen en van de organisatie?

Het gesprek wordt op audio opgenomen en integraal uitgewerkt.

Respondenten en inclusie

Deelnemers aan de focusgroep (zeven medewerkers) zijn een afspiegeling van de werkers in het zorgprogramma 'kort' met verschillende beroepsachtergronden en functies. De grootste groep werkers bestaat uit begeleiders: zij zijn ook ruim vertegenwoordigd in de focusgroep. Naast vier begeleiders/verpleegkundigen, bestond de focusgroep uit een vaktherapeut, een regiebehandelaar en een maatschappelijk werker. Vanwege de werkdruk kon een psychiater op het laatste moment niet deelnemen.

Het werven van respondenten is gedaan door medewerkers te vragen of zij willen deelnemen. Sommige medewerkers hebben aangegeven dat ze willen meedoen. Drie medewerkers zijn door hun leidinggevende gevraagd. Twee medewerkers zijn, om tot een

redelijk goede afspiegeling van de professionals te komen, door mij benaderd. Alle deelnemers hadden ervaring met het houden van contact na behandeling.

5.2.4. Ethische aspecten

De vragenlijst is gemaakt in het online programma Survio, medewerkers kregen in hun mailbox een link naar de enquête en zij vulden deze anoniem in. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig.

Deelnemers aan de focusgroep tekenden allen het *informed consent*, nadat zij geïnformeerd waren over het doel van dit deelonderzoek en de wijze waarop de data bewaard en vernietigd worden. Ook is de vrijwillige deelname besproken en is benadrukt dat deelnemers zich op elk moment, ook na afloop van de focusgroep, alsnog mogen terugtrekken uit het onderzoek. Deelnemers aan de focusgroep die eerder geobserveerd zijn in een andere deelstudie van dit onderzoek (hoofdstuk 3), tekenden opnieuw voor deelname. Het verbatim verslag van de focusgroep is aan alle deelnemers gestuurd met het verzoek (in ieder geval) de eigen passages te lezen en te bevestigen dat de inhoud ook bij herlezing de bedoeling van de werker onderschrijft. Eventuele wijzigingsvoorstellen zijn integraal overgenomen.

5.2.5. Methode van data-analyse

De data uit de questionnaire zijn verwerkt in Excel en leiden tot een beschrijvend zicht op de vorm en de inhoud van het contact met ex-cliënten van medewerkers. Het doel van deze deelvraag, een beeld krijgen van de uitvoering van het contact na behandeling, wordt daarmee bereikt.

Data-analyse van deelvraag 2 wordt gedaan door inductieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2006). Constante vergelijking (Boeije, 2005; Maso & Smaling, 1998) is de hoofdcomponent van de analysemethode. Door het systematisch vergelijken worden thema's gevonden. Theoretische selectie en constante vergelijking hebben als doel de inhoudelijke variatie van een verschijnsel te beschrijven (Boeije, 2005).

5.2.6. Geldigheid en betrouwbaarheid van dit deelonderzoek

In deze deelstudie staat de perceptie van werkers – hoe ervaren zij het contact houden na behandeling, welke betekenis geven zij hier voor zichzelf en ex-cliënten aan – centraal. Om tot een antwoord op deze deelvraag te komen, is gekozen voor drie dataverzamelmethode: een questionnaire, een kleine dossierstudie en een focusgroepinterview.

In sommige tradities van kwalitatief onderzoek wordt in plaats van interne validiteit ook gesproken over *credibility* (geloofwaardigheid) (Guba & Lincoln, 1989; Boeije, 2005). Guba en Lincoln geven voor het vergroten van de geloofwaardigheid van een onderzoek zes criteria (1989, p. 236-237). Deze zes aspecten behandel ik achtereenvolgens door ze op (de context van) dit onderzoek te betrekken, om er zo voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek, inzicht in te geven.

1. *Prolonged engagement*. Dit betreft een substantiële betrokkenheid van de onderzoeker op de onderzoeksplek, om verstoringen en verkeerde informatie te voorkomen door

kennis van de plek (context) te hebben en goed te kunnen interpreteren. Het draagt verder bij aan 'rapport' en vertrouwen.

Ik ben al lange tijd werkzaam in de instelling, sinds 2014 in deze functie. De ontwikkeling van het programma naar duurzame verbinding en contact na behandeling is gestart in 2011. Ik heb hieraan een substantiële bijdrage geleverd en ben daarmee zeer goed op de hoogte van de inhoud. Tijdens eerdere dataverzamelingen (participerende observatie, focusgroep) en terugkoppelingen in de teams heb ik ervaren dat medewerkers graag deelnemen, geïnteresseerd en betrokken zijn.

2. *Persistent observation*. Er moeten voldoende observaties zijn, zodat de onderzoeker de meest relevante karakteristieken en elementen van het onderzoeksprobleem in detail kan weergeven. Dit geeft diepte aan de scope van het onderzoek.

In dit gehele onderzoek is de langer durende observatie vormgegeven door op meerdere momenten vanuit meerdere perspectieven het onderzoeksprobleem te benaderen. Relationeel zorg verlenen is onderwerp geweest van langdurende observaties. Een specifiek onderdeel van deze manier van zorg verlenen, namelijk contact houden na behandeling, is nu het onderzoeksobject. Dit wordt in dit deelonderzoek op drie manieren onderzocht: door een questionnaire, door een dossierstudie en door een focusgroeppinterview. In hoofdstuk 4 is dit onderwerp vanuit het perspectief van de exzorgontvangers behandeld.

3. *Peer debriefing*. Het bespreken van de bevindingen en resultaten met een 'kritische collega' kan helpen om de rol, de waarden en *tacit* uitgangspunten van de onderzoeker in beeld te krijgen, zodat deze de bevindingen niet beïnvloeden. Ook methodologisch kan dit ondersteunend zijn: nadenken wat de volgende stap in het onderzoek is. In dit onderzoek zal de eerste promotor de rol van *peer* vervullen.
4. *Negative case analyses*. Het analyseren van cases die de hypotheses of aannames niet onderbouwen, is van belang: niet alle situaties passen in de juiste categorieën. Het analyseren van deze cases geeft het vertrouwen dat er naar elkaar rivaliserende aspecten gekeken is en dat de meest passende zijn gebruikt.

In dit onderzoek zal dit punt voornamelijk aan de orde zijn in de focusgroep. Het onderzoeksdoel is de betekenis voor werkers in zicht te krijgen. Verschillen en uitzonderingen moeten gezocht worden.

5. *Progressive subjectivity*. De onderzoeker ontwikkelt een constructie en is nooit blanco vanaf het begin. Hij moet zich echter niet laten leiden door dit construct, maar de constructies die door andere deelnemers worden aangeboden, ook erbij betrekken. De manier om hiermee rekening te houden (en inzicht te geven) is het vastleggen van het eerste idee dat de onderzoeker heeft en gedurende de tijd, de nieuwe, veranderende of bijgeschaafde ideeën ook weer vastleggen. In *peer debriefing* wordt dit vervolgens besproken.

In dit onderzoek zal de *peer debriefing* gebruikt worden om niet te veel vast te houden aan de eigen ideeën. Mijn idee over het houden van contact na behandeling is dat dit medewerkers op voorhand aanspreekt, omdat het aansluit bij hun redenen om in de zorg te gaan werken. Waarden als 'anderen willen helpen' of 'iets goed(s) doen voor

anderen' of 'iets voor anderen willen betekenen' worden aangesproken. Hoe dit precies in de praktijk ervaren wordt, is onderwerp van onderzoek.

6. *Member checks*. Het doen van *member checks* met leden van groepen van stakeholders, is een cruciale techniek om geloofwaardigheid te bereiken: de constructies of ideeën worden getest door ze te bespreken met degenen die eraan bijgedragen hebben. In dit onderzoek zullen de *member checks* formeel en informeel gedaan worden. Informeel vinden ze (al) plaats tijdens de dataverzameling (focusgroep) door voortdurend door te vragen op de bedoeling van deelnemers. Formeel zullen *member checks* plaatsvinden door het materiaal na analyse voor te houden aan leden van de groep.

Betrouwbaarheid (herhaling van waarneming leidt tot een gelijke uitkomst (Boeije, 2005)) wordt door Guba en Lincoln (1989) in kwalitatief onderzoek 'vervangen' door *dependability*, afhankelijkheid. Zij beschrijven dat het gaat over de stabiliteit van data gedurende de tijd (1989, p. 242). In kwantitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid afgemeten aan de precisie van de methoden van dataverzameling of meetinstrumenten (Boeije, 2005, p. 145). Wijziging in design of methodologie leidt in dat geval tot verminderde betrouwbaarheid of instabiel onderzoek. In kwalitatief onderzoek horen methodologische veranderingen bij een zich ontwikkelend onderzoek. Belangrijk voor de betrouwbaarheid is dat deze veranderingen vastgelegd en publiekelijk (dus in een verslag) inzichtelijk zijn, zodat zicht is op het proces en derden de beslissingen en interpretaties kunnen volgen en het overtuigend blijft.

In dit onderzoek zal volgens bovenstaande manier gewerkt worden, om de betrouwbaarheid te vergroten. In paragraaf 5.5. Sterkte en beperkingen van deze studie, wordt de uitvoering van dit deelonderzoek geëvalueerd.

5.3. Resultaten en analyse

5.3.1. Een schets van de aard en omvang van het contact na behandeling

De vragenlijst is door 66 medewerkers, zijnde 60% van de aangeschreven groep ($N = 110$), ingevuld. De respondenten hebben de volgende functies:

- 56,1% is afdelingsmedewerker (begeleider of verpleegkundige);
- 12,1% is psycholoog (basispsycholoog, gz-psycholoog of klinisch psycholoog);
- 18,2% heeft een behandelondersteunende functie (maatschappelijk werker, vaktherapeut of activiteitenbegeleider);
- 3% is psychiater;
- 10,6% heeft een eenmansfunctie (bijvoorbeeld plaatsingscoördinator of trajectbegeleider).

5.3.1.1. Omvang van het contact en contactvormen

Uit de dossierstudie naar het aantal uitgestroomde cliënten ($N = 232$) en het aantal unieke cliënten met wie contact na behandeling is geweest, blijkt dat het sinds de invoering van

het beleid (per 1 september 2012) met 72,4%²⁶ is gelukt om contact na behandeling te houden²⁷. In Tabel 1 wordt dit per jaar weergegeven.

Jaar	Aantal ontslagen OFZ	Aantal unieke personen uit dat jaar met wie contact is geweest	%
2012 (vanaf 01/09)	12	8	66,7%
2013	39	34	87,2%
2014	57	43	75,4%
2015	46	32	69,6%
2016	48	38	79,2%
2017	30 ¹	13 ²	43,3%

1: Tot en met 30 juni 2017 (einde inclusie van dit onderzoek).

2: Laatste telling op 15 augustus 2017 (einde datacollectie). Contacten die na die tijd gelegd of geregistreerd zijn, zijn niet meegenomen.

Tabel 1 Aantal ontslagen cliënten met titel 'overige forensische zorg' (OFZ) per jaar en het aantal ex-clieënten met wie contact na behandeling is geweest

Uit de enquête blijkt dat 84% van de medewerkers met een of meerdere ex-clieënten contact na behandeling heeft (gehad). Sommige werkers hebben contact met één ex-clieënt, maar de meeste werkers spreken meerdere ex-clieënten. Twee tot vijf is het meest voorkomend, dit wordt door 37 van de 66 werkers (56,1%) ingevuld. In Diagram 1 is zichtbaar met hoeveel ex-clieënten werkers op het moment van de enquête contact hebben.

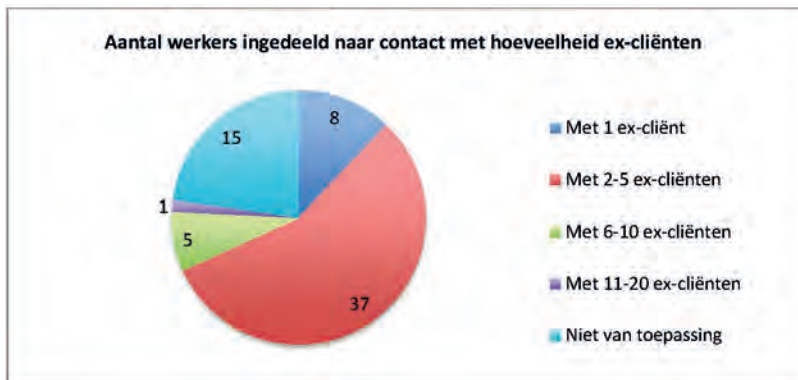


Diagram 1. Aantal werkers (n = 66) ingedeeld naar contacten met verschillende ex-clieënten

²⁶ Dit cijfer is naar verwachting een *underscore* van de praktijk. Het zal eerder voorkomen dat een contact heeft plaatsgevonden en dit (per abuis) niet geregistreerd is, dan dat er contacten geregistreerd zijn die niet hebben plaatsgevonden.

²⁷ Onder 'contact na behandeling' is hier verstaan: ten minste één geregistreerd contact met de ex-clieënt, of met zijn nieuwe behandelaar of een naastbetrokkene.

Aan de respondenten is gevraagd wat het ontslagjaar is van de ex-cliënt met wie zij het langst contact hebben (Diagram 2). Het meest voorkomend is 2016, maar er zijn drie werkers die contact hebben met cliënten die in 2011 of eerder (toen deze praktijk nog niet geïstitutionaliseerd was) met ontslag zijn gegaan. Vijftien werkers vulden 'niet van toepassing' in. Dit betekent dat zij (nog) geen contact na behandeling met een ex-cliënt hebben (gehad), bijvoorbeeld omdat zij kort in dienst waren of vanwege de aard van hun functie.

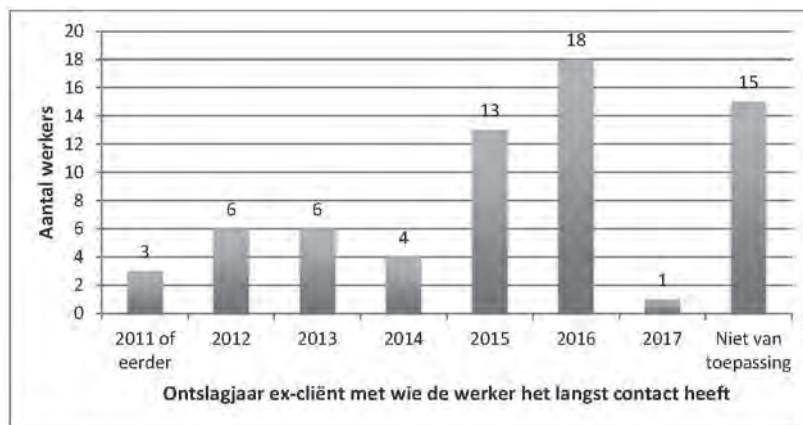


Diagram 2. Ontslagjaar ex-cliënt met wie de werker (n = 66) het langst contact heeft

Vervolgens is gevraagd hoe vaak de respondenten contact hebben met ex-cliënten. De frequentie wordt weergegeven in Diagram 3. De meeste werkers geven aan één keer per kwartaal contact te hebben met een (of verschillende) ex-cliënt(en), op de voet gevolgd door maandelijks contact.

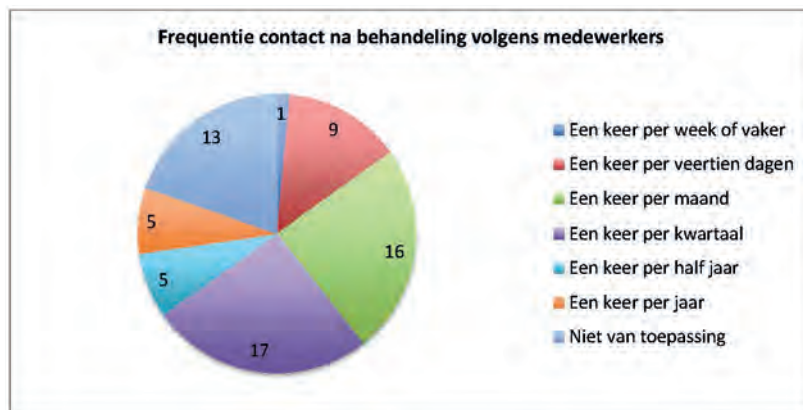


Diagram 3. Frequentie van contact na behandeling volgens medewerkers (n = 66)

Ex-cliënten hebben in de meeste gevallen contact met meerdere medewerkers. Van de 66 medewerkers geven 41 medewerkers aan dat zij weten dat collega's ook contact hebben met de ex-cliënt met wie zij contact hebben (gehad). Acht medewerkers vullen in dat zij voor zover zij weten de enigen zijn die contact hebben met deze ex-cliënt.

De meest voorkomende contactvorm is telefonisch, in 34,8% wordt de werker gebeld door de ex-cliënt en in 22,7% belt de medewerker naar de ex-cliënt als meest voorkomende vorm van contact. Maar er zijn veel verschillende vormen van contact na behandeling, blijkt uit Diagram 4.

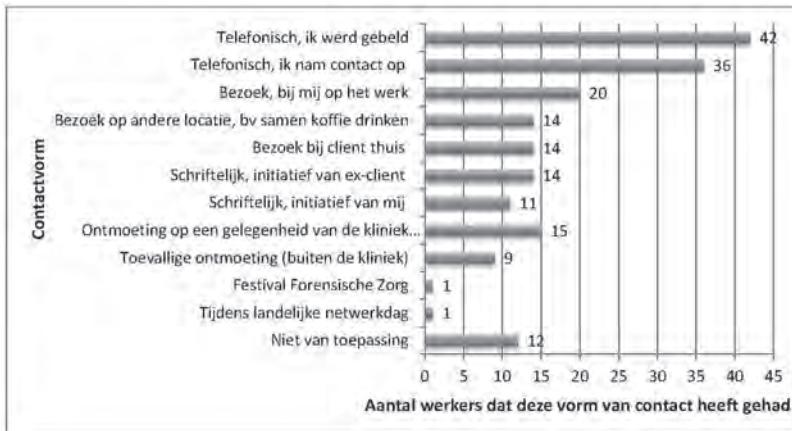


Diagram 4. Alle voorkomende vormen van contact na behandeling (meerdere antwoorden mogelijk)

5.3.1.2. Motieven voor en opvattingen over het houden van contact na behandeling

Op de vraag wat de belangrijkste reden voor medewerkers is om contact te onderhouden, worden de volgende redenen het meest aangegeven:

- Ik wil weten hoe het iemand vergaat (18,2%).
- Cliënten ervaren zo blijvende interesse (16,7%).
- Het hoort bij het werk, ik heb geen specifieke reden (13,6%).

Het totaal van aangegeven belangrijkste redenen om contact te onderhouden, wordt weergegeven in Diagram 5. ('Niet van toepassing' is ingevuld door medewerkers die geen contact na behandeling met ex-cliënten hebben gehad.)

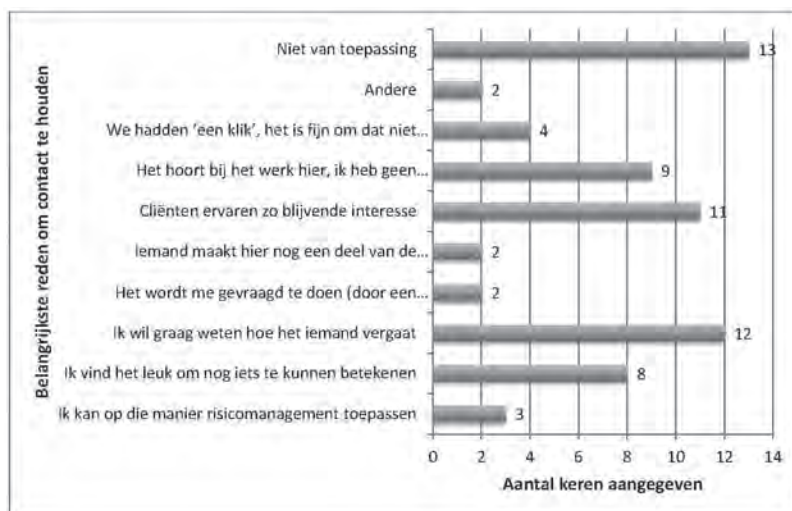


Diagram 5. Belangrijkste reden om contact te onderhouden (n = 66, één antwoord mogelijk)

Medewerkers geven ook andere redenen om contact te onderhouden aan, zo blijkt uit Diagram 6:

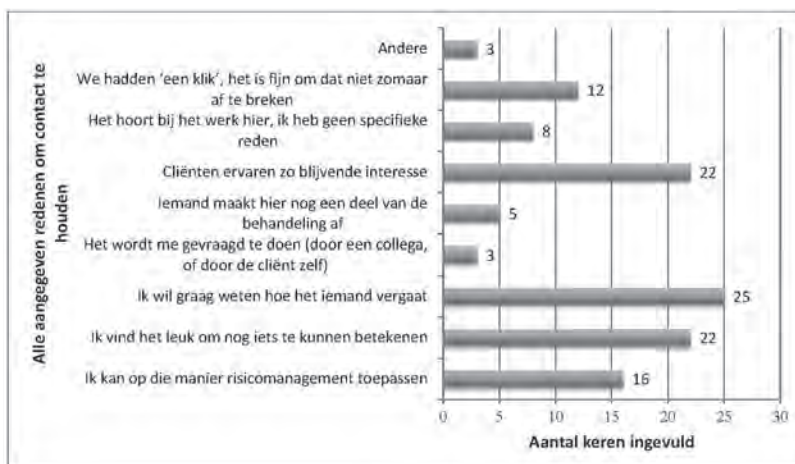


Diagram 6. Redenen om contact na behandeling te onderhouden (meerdere antwoorden mogelijk)

Ook is gevraagd naar de opvattingen van werkers over het contact houden na behandeling. Er mochten zoveel woorden als gewenst ingevuld en aangevuld worden. De vraag luidde als volgt: 'Ik vind het contact houden na behandeling (kies woorden die van toepassing zijn voor jou, zoveel als je wilt)...'

De antwoorden zijn onderstaand ingedeeld in positieve aspecten en mogelijk negatieve aspecten. In totaal zijn 293 vinkjes gezet bij positieve aspecten. De mogelijk negatieve aspecten hebben 23 vinkjes gekregen. In Tabel 2 staan ze in overzicht, met tussen haakjes het aantal keer dat dit aspect aangevinkt is:

'Ik vind het contact houden na behandeling':

<i>Positieve aspecten (293)</i>	<i>Negatieve aspecten (23)</i>
Ondersteunend (43)	Belastend (7)
Belangrijk (36)	Moeilijk (5)
Bijdragen aan herstel (34)	Te lang duren, cliënt is al lang met ontslag (4)
Leuk (34)	Niet evidence based (2)
Nodig (31)	Te duur (2)
Helpend (28)	Onnodig (1)
Een aanvulling op mijn werk (24)	Anders (zelf invullen): Met het risico afhankelijkheid in acht nemen (1)
Gezellig (12)	Anders (zelf invullen): Moeilijk in te passen in mijn werkuren (1)
Trouw (12)	
Bijdragen aan mijn professionele ontwikkeling (12)	
Erkennend (11)	
De nodige kennis kunnen blijven toepassen (7)	
Ik geniet ervan (7)	
Anders (zelf invullen): Een geleidelijke overgang naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid (1)	
Anders (zelf invullen): Voor sommige cliënten een onbekende, belangrijke ervaring (1).	

Tabel 2 Overzicht van de aangevinkte positieve en negatieve aspecten van het contact houden na behandeling

Tegenover 23 keer dat woorden die meer negatief zijn of moeilijkheden en problemen benadrukken ('ik vind het geven van contact na behandeling moeilijk', 'ik vind het te duur'), aangevinkt zijn, staan 293 'hits' op woorden die positief zijn over het geven van contact na behandeling ('ik vind het ondersteunend', 'ik vind het bijdragen aan mijn professionele ontwikkeling').

De verschillende aspecten zijn onder te verdelen in drie groepen: aspecten die de zorgontvanger betreffen, aspecten die de werker en diens professionele referentiekader betreffen en aspecten die de relatie tussen de zorgontvanger en de werker betreffen (Tabel 3).

	<i>Positief (totaal: 293 = 92,7%)</i>	<i>Negatief (totaal: 23 = 7,3%)</i>
Aspecten betreffende zorgontvanger	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunend (43) • Belangrijk (36) • Bijdragen aan herstel (34) • Nodig (31) • Helpend (28) • Erkennend (11) • Geleidelijke overgang naar zelfstandigheid (1) TOTAAL: 184 (58,2% van 316)	<ul style="list-style-type: none"> • Onnodig (1) • Risico van afhankelijkheid (1) TOTAAL: 2 (0,63% van 316)
Aspecten betreffende werker	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvulling op werk (24) • Bijdragen aan professionele ontwikkeling (12) • De nodige kennis blijven toepassen (7) • Ik geniet ervan (7) TOTAAL: 50 (15,8% van 316)	<ul style="list-style-type: none"> • Belastend (7) • Moeilijk (5) • Niet <i>evidence based</i> (2) • Te duur (2) • Moeilijk in te passen (1) TOTAAL: 17 (5,4% van 316)
Aspecten betreffende relatie zorgontvanger – werker	<ul style="list-style-type: none"> • Leuk (34) • Gezellig (12) • Trouw (12) • Belangrijke ervaring voor patiënten (1) TOTAAL: 59 (18,7% van 316)	<ul style="list-style-type: none"> • Te lang duren (4) TOTAAL: 4 (1,3% van 316)

Tabel 3 Positieve en negatieve scores onderverdeeld in aspecten die de zorgontvanger, de werker en de relatie tussen hen betreffen

Deze indeling maakt inzichtelijk dat de grootste groep aspecten (58,2%) gaat over de positieve waarde (erkennend, ondersteunend) en de functie (bijdragen aan herstel, helpend) die het contact na behandeling volgens de werker heeft voor de zorgontvanger. De bezwaren zijn beperkt in omvang. Deze grootste groep bezwaren betreft de aspecten die gaan over de werker en diens referentiekader, met name dat het belastend is en moeilijk om te doen. Het contact houden na behandeling leidt kennelijk tot enige vorm van twijfel over de attitude of de vaardigheden die de werker moet inzetten of vragen hoe het in te passen in de werkzaamheden.

Ondanks dat er bezwaren en moeilijkheden zijn, wordt het houden van contact na behandeling door de respondenten overwegend als positief, ondersteunend en zinvol gezien.

5.3.2. De waarde en betekenis van het houden van contact na behandeling

Dat het houden van contact na behandeling voorziet in een waarde en een functie heeft, zou voorlopig geconcludeerd mogen worden uit de antwoorden van de vragenlijst. Het houden van contact komt niet alleen veel voor, het wordt ook als positief en zinvol ervaren door de werkers. In een focusgroepbijeenkomst is dit verder geëxploreerd. Met name is in de focusgroep aandacht uitgegaan naar de waarde en betekenis die het mogelijk voor de werkers heeft. De resultaten hiervan zijn in de volgende analyse uitgewerkt.

Ter introductie, om een beeld te krijgen van de praktijk van contact na behandeling, volgt een fragment uit het focusgroepinterview waarin Alice vertelt hoe het contact houden na behandeling (door haar 'nazorg' genoemd) op dit moment vorm krijgt op haar afdeling: *'Momenteel heb ik intensief nazorgcontact met drie cliënten. En daarnaast zijn er nog vier cliënten met wie die contacten min of meer afgebouwd worden, omdat ze al een paar jaar geleden zijn weggegaan. Recentelijk, gisteren, ben ik zelfs door een oud-cliënt gebeld. Ja, ik ben er wel redelijk actief mee bezig.*

Petra: Kun je vertellen over het contact dat je gisteren gehad hebt, hoe ziet zo'n contact eruit?

Alice: Het is een cliënt die een tijd geleden bij ons was. Ik was zijn persoonlijk begeleider. Daarna is hij op een andere afdeling geweest. Daarna is hij naar het Penitentiair Psychiatrisch Centrum gegaan. Uit het PPC heeft hij gebeld dat hij onze afdeling mist, dat we erg goed voor hem zijn geweest. Dat hij ook sommige dingen geleerd heeft en meegenomen heeft wat hij daar toepast. Hij vroeg ook hoe het allemaal met ons gaat en met oud-cliënten die hij nog uit die tijd kent. Daar gaat het gesprek over. (...) Meestal is het leuk om te horen dat het met de cliënten goed gaat en dat ze ons missen en deze kliniek missen, dat ze een fijne ervaring hebben meegenomen. Dat is fijn om te horen.' (FGBW: 12-26)

De thematische analyse van het focusgroepinterview leverde drie 'topics' op. De topics zijn: de waarde van het contact na behandeling voor de werker; de waarde van het contact na behandeling voor de relatie tussen de werker en de ex-zorgontvanger en de waarde van contact na behandeling voor de kwaliteit en ontwikkeling van de organisatie. Ze worden, met de gevonden thema's per topic in de volgende paragrafen uitgewerkt.

5.3.2.1. Topic 1: waarde van contact na behandeling voor de werkers

Zingeving

Het houden van contact na behandeling geeft werkers motivatie, zo blijkt uit deze deelstudie. Ze zijn trots op hun werk. Het werkt motiverend als je, na behandeling, door het houden van contact ziet dat het goed met iemand gaat. Alice zegt: *'Omdat het bij jou is begonnen, daarna zijn mensen naar andere afdelingen en instellingen gegaan. Dus ergens heb je het gevoel dat jij als team zijnde goed bezig bent geweest. En met name als een cliënt positief over het verleden praat, over het verblijf in deze kliniek, dat geeft een fijn gevoel.'* (FGBW: 31-33). Dit appelleert aan motieven waarom mensen willen zorgen: je wilt iemand (vooruit) helpen, bijstaan, iets toevoegen zodat de ander verder komt. Het contact na behandeling is het moment dat je terugziet en ook terugkrijgt wat je tijdens de behandeling hebt ingezet. Vanwege het vrijwillige karakter (ex-cliënten hoeven geen contact te hebben als ze dat niet willen) heeft dat voor de werkers een erkennende functie. Dagmar zegt: *'Je gaat contact aan en ziet een mens en het is bevredigend het te zien als iemand geslaagd is. Maar ook als mensen je bellen en ze vertellen dat ze geslaagd zijn en ze je dus vertellen dat ze trots zijn op zichzelf dat het gelukt is en dat je daarop mag complimenteren. Want ja, je bent in dit werk toch soms meer bezig met nee zeggen in plaats van ja zeggen, ondanks dat je liever complimenteert dan bekritiseert, om het zo maar te zeggen. En op die momenten denk je 'yes het is gelukt' en 'je doet het hartstikke goed'. Dat vind ik hartstikke leuk. Juist omdat dit werk niet altijd even dankbaar is. Ze zitten hier vaak liever niet en als het dan toch, die nazorg is een soort compliment op je werk dat ze het toch wel gewaardeerd hebben. Dat is toch dankbaarheid wat je ervoor terugkrijgt.'* (FGBW: 473-480)

En dat wordt niet altijd verwacht, blijkt uit de woorden van Louis: *‘Maar ook met cliënten die eigenlijk zeggen dat ze er niet voor openstaan, maar dan opeens bellen en zeggen “mag ik even een kopje koffie komen drinken?” Dan denk je, (lachend) “okay, stinkerd, het is er wel, je bent een beetje de koele kikker”. Dat zorgt er wel voor dat je eer aan je inspanningen hebt en houdt.’ (FGBW: 236-239)*

Bewijs van resultaat

Het hebben van contact na behandeling levert voldoening en trots op, omdat het door de werkers wordt gezien als een bewijs van resultaat. Het contact is vrijwillig, dus als mensen na behandeling contact met ons houden, betekent dit dat er iets goed is gegaan.

Een interviewfragment om dit te illustreren:

Alice: Ik zie het zo. Psychiatrie kun je niet meten. Als er chirurgisch iets wordt gedaan, heb je zichtbaar resultaat. Dan kun je makkelijk zeggen dat je trots bent op het resultaat. In de psychiatrie heb je dat niet, of heel summier. Dus als je een goed resultaat hebt behaald, namelijk dat een cliënt na behandeling naar ons toe komt, dan maakt dat dus trots, omdat ik zelf niet kan meten of bewijzen, hoe zeg ik dat?

Petra: Dus je zegt: “Ik zie het resultaat, mijn werk is gelukt?”

Alice: Ja. Alleen als je zelf in de psychiatrie werkt, zie en voel je die resultaten wel, maar het is niet zo meetbaar. Tijdens de nazorg zie je de goede resultaten, dat mensen terugbellen voor een hulpvraag. Dan kun je bewijzen dat je in de periode daarvoor goed bezig bent geweest en dat maakt trots, zo zit dat trotsgevoel voor mij. Het nazorgtraject maakt mij trots omdat ik het als meetinstrument zie voor het behaalde resultaat.’ (FGBW: 144-152)

Vaak vervolgen cliënten hun weg door het land der zorg- en hulpverlening; na de periode in de FPK vindt doorverwijzing naar een andere instelling voor behandeling of begeleiding plaats. Dagmar zegt: *‘Ja, na onze kliniek zijn mensen nog niet uitbehandeld. Als je ze dan spreekt als ze een paar stappen verder zijn, dus ze hebben een eigen huisje, of werk, of een relatie, dan is het echte doel behaald, want je werkt ernaar dat ze hierna terug de maatschappij in komen en dat doel zie je vaak niet als ze hier weggaan, dat zie je pas veel stapjes verder eigenlijk. Dus als je aan het begin een mooie bijdrage hebt kunnen leveren, dan denk ik, ja, dat is het mooiste.’ (FGBW: 153-158)*

Niet alleen gaat het over langere trajecten die cliënten doorlopen, de behandeling in de FPK was ook niet altijd makkelijk. Ook dan wordt het hebben van contact na behandeling gezien als eer van de inspanningen. Fatima zegt: *‘Het doet me denken aan een cliënt toen ik hier net was. (...) Het was zo moeilijk in die behandeling en hij nam me van alles kwalijk. Uiteindelijk kwam het tot een contact dat hij toch terugkwam toen hij weg was, hij zat toen in de problemen, maar dat hij toch het gevoel heeft gehad dat hij geholpen is. En dan heb je eer van je werk, of zo. Ik vind het moeilijk om er woorden aan te geven, maar dat maakt me trots. Het is toch gelukt, ook al was het moeilijk.’ (FGBW: 258-262)*

Individuele professionele ontwikkeling

Het houden van contact na behandeling levert de werkers op dat zij in huidige, lopende behandelrelaties meer kunnen relativeren. Door het hebben van contact na behandeling

reflecteren werkers op de klinische behandelingen met die ex-cliënten. Zo zien ze dat er ook moeizame klinische behandelperiodes waren en dat dit geen obstakel hoeft te zijn voor contact na behandeling. Dat verruimt de blik en vergroot op die manier de ruimte in het werken in nieuwe moeizame situaties. Om met Louis te spreken: *'Het helpt relativeren en het helpt ook een beetje bij het jezelf beseffen dat het een momentopname is waar je in zit en dat je je nooit alleen daarop moet baseren in het vellen van een oordeel over het verloop.'* (FGBW: 251-252)

Een tweede effect op de professionele ontwikkeling is dat de rol van de professional verandert bij het contact houden na behandeling. Dat brengt met zich mee dat hierover nagedacht moet worden: de werker moet zich verhouden tot zijn veranderde rol en hier een vorm voor vinden. Fatima zegt dat als volgt: *'Ik denk dat, misschien als behandelaar meer dan voor begeleiders op de afdeling, je rol verandert echt. Je beslist niet meer over vrijheden, over waar iemand heen moet in zijn leven, want zo voelt het vaak wat de behandelaar beslist, maar je mag echt naast iemand staan. En dat probeer ik ook überhaupt in mijn rol als hoofd-behandelaar te doen, maar bij de nazorg is het echt dat je ernaast kan staan. Je kunt adviezen geven, maar heel veel meer ook niet. Dus in die zin is je rol anders en liggen de grenzen ook wat anders.'* (FGBW: 262-268)

Vaktherapeut Remco vertelt dat het ook de vraag met zich meebrengt wie je als persoon bent en wat je inzet: *'Ik vind de lijn wel wazig geworden nu ik niet meer alleen muziek-therapeutische sessies doe, maar het ook Remco is die als persoon hierna nog een ander persoon ziet en als die dan in de kliniek is, ook zegt 'Hé, hoe is het?'' Dus die grens vervaagt. Is het professionaliteit, tot waar ik open durf te zijn, of is het de kracht van mij als medewerker dat ik mij kwetsbaar durf op te stellen en dingen durf te delen, vertel dat ik in Amsterdam woon en kleine kinderen heb, dat ik dat soort ervaringen met mijn cliënten kan delen.'* (FGBW: 189-194)

In een boomstructuur ziet dit er als volgt uit.



5.3.2.2. Topic 2: relationele waarde van contact na behandeling

Een tweede topic is de waarde die het houden van contact na behandeling vanuit het perspectief van de werkers heeft voor de zorgontvanger en de relatie.

Bijstaan en voorkomen

Het contact houden na behandeling heeft soms een functie in het bijstaan van ex-cliënten bij voorkomen of verergeren van problemen. Jacqueline vertelt over hoe zij signaleert en hulp probeert in te schakelen:

‘Maar we hebben ook cliënten die in crisis terugbellen naar de afdeling. Crisis is dan echt dat ze psychotisch zijn. Dan bellen ze omdat ze terugvallen op het bekende. Ze vragen dan ook vaak naar de mensen die echt met ze gewerkt hebben. Van daaruit heb ik f-actteams²⁸ gebeld om iemand weer goed op de rails te krijgen. Dat is een stukje professioneel doorwerken terwijl de behandeling hier is gestopt, maar de signalen die wij zien en horen zijn niet okay, dan hoor je mensen zeggen “ja, maar de mensen van het f-act laat ik niet meer binnen”. Dan weten wij, dat is niet okay, daar moeten we toch even achteraan bellen en onze zorgen uitspreken. Dan zeggen we dat als iemand bepaald gedrag laat zien het echt niet meer goed gaat. Dan komt het f-actteam er weer in vliegen en dat is natuurlijk heel leuk om te doen. We zijn een keer in Zeeland geweest, met psychiater en behandelaren daar gesproken. Die vertelden dat ze niet meer wisten wat ze met een cliënt moesten, maar bij ons aangaven dat wij de expertise hadden. “Vertel eens, wat moeten wij?”, vroegen ze. Dat is toch goed om te horen.’ (FGBW: 82-92)

Contact na behandeling is een open aanbod

Alhoewel de frequentie van het contact minder wordt in de loop der tijd, blijft het aanbod om contact te houden vanuit de werkers open. Daarnaast is er geen formeel vastgelegd einde van het contact na behandeling. Het contact na behandeling is geen ‘tienrittenkaart’, maar de invulling van vorm en frequentie vindt plaats vanuit de relatie tussen ex-cliënt en werker. In het volgende citaat wordt geschetst hoe het natuurlijke verloop van de contacten plaatsvindt.

‘Petra: En hoe lopen die relaties die jullie nog hebben met mensen, af? Er is nog best wel lang contact, maar meer contact met cliënten die recenter uitgestroomd zijn, blijkt uit de enquête. De relaties lopen dus wel af. Hoe gaat dat dan?’

Alice: Vanzelfsprekend.

Jacqueline: Ja.

Alice: Meestal worden er geen afspraken gemaakt, maar bel je niet meer. Er wordt niet uitgesproken dat je niet meer met elkaar belt. Het loopt vanzelfsprekend.

Jacqueline: Ja, op een gegeven moment is het gewoon eindig.

Alice: Ja.

28 F-act is een behandelmodel. De afkorting staat voor *flexible assertive community treatment*. Op de website stelt F-act Nederland dat f-act is: ‘de hulpverlening wordt laagdrempelig door een relatie op te bouwen vanuit de praktische ondersteuning die je biedt op het gebied van netwerkuitbreiding, wonen en werk. Interventies op het gebied van psychiatrie worden ingevlochten’ (F-actnederland.nl, 2017).

Jacqueline: Dan raakt die behoefte op of zo.

Alice: Ja. Kijk, de verpleegkundigen krijgen cliënten erbij, maar de cliënten bouwen ook een eigen leven op. En dan krijgen ze een uitgebreider socialer netwerk, met werk, dagbesteding. Dus dan kom je tijd tekort en heb je ook die behoefte niet meer, want in de loop van de jaren dat jij de nazorg levert, geldt dat de maatschappelijke rol uitgebreid wordt, waardoor mensen dat ook niet meer hoeven. Ze zijn op een bepaald punt gekomen.

Petra: Dus je zegt, onze rol wordt vanzelfsprekend kleiner omdat er een andere inbedding plaatsvindt?

Alice: Ja.

Jacqueline: Ja.

Petra: En kennelijk vermindert dan het contact?

Alice: Ja. En dat komt van beide kanten, niet alleen vanuit onze kant, maar ook vanuit de cliënt.

Fatima: En het is denk ik ook goed dat het niet formeel afgesloten wordt.

Alice: Nee.

Fatima: Want die openheid is ook nodig, dat iemand weet, stel dat ik in de problemen kom of terugdenk aan de opname, dat ze welkom zijn. (...)

Alice: Er is nooit een einde. Er is geen einddatum gepland. Er is echt geen einde. Dat doen we in samenspraak en we zien wel hoe het loopt. Wij zeggen nooit "er is geen contact meer".

Petra: Je blijft altijd welkom?

Alice: Ja. Altijd.' (FGBW: 491-530)

Versterken en bevestigen

Contact houden na behandeling kent nog een relationele component, namelijk het echt in de praktijk kunnen brengen van de waarde van elkaar als mens zien. Remco illustreert dat als volgt: *'Ik kan zeggen dat wij het stigma willen verminderen. Het feit dat ik ook doe wat ik zeg, practice what you preach, ik zie je als mens, niet als een psychiatrische patiënt. Als ik daarna nog contact met je heb en niet stop met het contact als de behandeling voorbij is, de DBC²⁹ gesloten en je een 'oude casus' bent, dat geeft me kracht en energie. Het is mooi om het daarvoor te doen. Je geeft iets, je zegt iets, je hebt een soort visie hoe je naar andere mensen kijkt, en dat draag je uit, dat doe je ook. Ook beter omdat onze patiënten daar vaak mee worstelen. Ook in een andere situatie. Dan zijn ze niet meer die persoon, maar dan zijn ze "die stoornis". Ik had laatst contact met iemand die begeleid woont, in een woonwijk, daar kijkt iedereen naar van "daar zitten al die gekken". (...) Ik vind het cool. Cool om te zien. En het voelt goed. Ik word er blij van. En het is goed voor mijn ego om te zien dat iemand die ik hier in therapie had, dat het goed met die persoon gaat. Of dat ik door de maskers heen kan kijken en een mens kan zien, echt contact hebben. Dat past ook bij mijn werk. En dat voelt wel als kracht, of zo.'* (FGBW: 61-79)

29 DBC: diagnose-behandelcombinatie. Een DBC bestaat uit alle activiteiten die tijdens de behandeling zijn gedaan en op basis waarvan financiering van de zorg plaatsvindt.

In een boomstructuur ziet deze opbrengst voor medewerkers er als volgt uit.



5.3.2.3. Topic 3: waarde van contact na behandeling voor de kwaliteit en de ontwikkeling van de organisatie

Het houden van contact na behandeling heeft invloed op het collectieve denken en handelen in de organisatie omdat het kwesties of vraagstukken met zich meebrengt, dan wel een bepaalde visie oplevert. Dit heeft betrekking op de kwaliteit van zorg, maar ook op de ontwikkeling van de organisatie.

Kennistransfer

Contact houden na behandeling levert op dat medewerkers leren vol te houden in de behandeling van de huidige cliënten. Er vindt een transfer plaats van de ervaring van de werkers met ex-clieënten (wat buiten de kliniek of na de behandeling gebeurt) naar de cliënten die op dat moment opgenomen en in behandeling zijn in de kliniek. Contact houden na behandeling leert werkers dat ondanks dat behandelingen soms moeizaam verlopen, dit een tijdelijke periode kan zijn en het belangrijk is om vol te houden en iemand niet 'af te schrijven'. Louis illustreert dat als volgt: *'Je kan terug refereren, van weet je, met die cliënt hebben we het toen ook zo moeilijk gehad, dat duurde maanden en maanden en maanden en weet ik veel, maar kijk nu eens waar hij is en hoe het contact loopt en hoe het vertrouwen is en dat iemand blij is om contact met je te hebben.'* (FGBW: 234-236). Om te vervolgen met: *'Kijk, je weet dan, je moet gewoon stug door proberen. Als je drie maanden lang eigenlijk met iemand overhoop ligt, en het contact is niet prettig, er is geen wederkerigheid, dan ben je wel eens geneigd om het op te geven. Als de ervaring leert dat je nog even doormoddert, dat het goed kan komen, dan ben je eerder geneigd om die inspanning vol te blijven houden.'* (FGBW: 242-245). Alice omschrijft de invloed van haar ervaring met ex-clieënten in nieuwe klinische situaties als volgt: *'Dat hou je in je achterhoofd als er een andere cliënt binnenkomt, want dan*

weet je ook dat na een tijd, maanden, jaren, komt er weer een nazorgtraject en dan is het fijn om van diezelfde cliënt te horen.' (FGBW: 46-48)

Samenwerken en visieontwikkeling

Contact houden na behandeling vestigt de aandacht op de samenwerking tussen professionals. Dat betreft enerzijds de interne samenwerking: als het contact houden na behandeling lukt, is dit een teamprestatie en niet het resultaat van het werk van één individu. Fatima illustreert: *'Wij krijgen dat hier met zijn allen voor elkaar. Want ik kan wel heel leuk en aardig zijn in een behandeling, maar als iemand zich op de afdeling de hele tijd onveilig voelt, dan gaat hij echt niet terugkomen en dan gaat hij ook geen contact zoeken met mij. Dus in die zin, dat we dat met z'n allen neerzetten, ja, dat vind ik ook heel mooi.'* (FGBW:272-274) Het feitelijk realiseren van contact na behandeling is in zekere zin dus een spiegel die voorgehouden wordt aan het team, het kan gezien worden als feedback op het teamfunctioneren.

Om contact te houden na behandeling is samenwerken met andere instellingen in veel gevallen ook nodig. Vaak gaan cliënten na hun behandeling bij de FPK naar een andere ggz- of 'beschermd wonen'-instelling, waar de behandeling of begeleiding wordt voortgezet. Fatima zegt: *'Mijn behoefte is ook te bestendigen wat hier is ingezet. Daarvoor heb je contact nodig in een andere setting. Want wij kunnen het hier wel mooi bedenken, maar als iemand buiten staat, is de situatie wel echt heel erg anders. (...) Natuurlijk zijn er in de meeste gevallen dan andere professionals betrokken, maar je wil bestendigen wat wij hier van waarde vinden en waarvan we denken dat het iemand verder helpt. En de realiteit is ook dat andere professionals soms vanuit een andere visie werken, of niet goed begrijpen wat wij doen, of nog niet goed begrijpen wat een patiënt nodig heeft, dat je die overgang zo bevordert. Zodat je iemand niet weer hier terugziet.'* (FGBW: 346-352)

Het samenwerken met andere instellingen levert in de praktijk ook moeilijkheden op. Andere instellingen zijn bijvoorbeeld onbekend met het contact houden na behandeling en zien er niet altijd de meerwaarde van in. De professional moet in deze samenwerking³⁰ enerzijds uitleg geven over het beleid en anderzijds ook recht doen aan de relatie met de ex-cliënt.

'Alice: Ik wil graag over de andere instellingen toevoegen dat het heel vaak, als we bellen en uitleggen wat we doen, dat zij niet mee willen werken. Het is een kunst om een tussenweg te vinden om andere instanties mee te laten werken. Er wordt soms totaal niet samengewerkt of meegewerkt.'

Remco: Ben je eindelijk bij die afdeling...

Jacqueline: Nazorg, nazorg, wat is dat dan?

Alice: Ja, en dan zeggen ze gewoon "wij doen niet mee" en dan wordt de telefoon opgehangen.'

30 Over deze veranderende rol verscheen eerder: 'Van nazorg naar naastbetrokkene, over de ontwikkeling van een vrijwilligersrelatie met forensisch psychiatrische patiënten'. Hierin wordt beschreven dat de relatie wordt voortgezet vanuit een wederzijds vrijwillig kader. Omdat de formele behandelrelatie stopt, vraagt dit van professionals zich op te stellen als naastbetrokkene (Schaftenaar & Van Outheden, 2014).

Dagmar: Ik vraag me af wat er dan zo op tegen is? Nazorg zou namelijk een bijdrage kunnen leveren aan hun behandeling. (...) Ik bel gewoon de cliënt op en als die nog contact wil, dan moet dat kunnen.

Louis: Maar het wordt ook wel heel erg vaak gewaardeerd, hoor.

Dagmar: Ja.

Alice: Ja, ik heb meer positieve ervaringen dan negatieve, maar het speelt ook een rol.’ (FGBW: 94-105)

Aspecten van lerend vermogen en groei organisatie

Een effect van het houden van contact na behandeling voor de organisatie(ontwikkeling) is dat de werkers trots worden op hun eigen organisatie. Het werken vanuit deze visie heeft een ‘empowerend’ effect. Remco zegt: ‘Volgens mij is de kritiek van veel patiënten-organisaties op de psychiatrie dat het grote arrogante organisaties zijn waarin hun eigenheid geen plek in heeft. Ze worden opgenomen, moeten doen wat de behandelaren zeggen, pillen nemen. Onze visie is anders, we willen dat hun eigenwaarde wordt vergroot, en dat wordt ze beloond als cliënten terugbellen en zeggen dat het goed met ze gaat en dat soort dingen. Voor mij zit daar de trots. We kunnen wél iets veranderen in de zorg waar veel kritiek op is vanuit de cliëntenorganisaties. Of vanuit cliënten zelf. Het kan dus wél. We zitten niet vast in een klassiek patroon waarin dingen gaan zoals ze gaan en er niks verandert.’ (FGBW: 169-175). Vervolgens maakt hij samen met Jacqueline, met wie hij eerder in een andere instelling heeft samengewerkt, een vergelijk:

‘Hier kun je het exploreren, of ontplooien. Maar in mijn vorige organisatie was het “not done” om nog even de cliënt na te bellen. Dat dat niet okay was. En in de [andere instelling] deden we dat ook niet echt, hè?’

Jacqueline: Nee.

Remco: Nee, dat was een beetje raar als je dat deed. En dan was je een keer bij iemand thuis geweest en daar heb ik wel voor op mijn flikker gekregen. Dat was niet de bedoeling. “Hoe moesten we dat met de verzekering regelen?” Het was buiten onze verantwoording. Nee, dat mag dan niet.’ (FGBW: 181-185)

Het houden van contact na behandeling vraagt van werkers dat zij dit op een bepaalde manier (zelf) organiseren. Het is werk waar geen specifieke financiering voor is en dat ook naast ‘het gewone werk’ met al zijn eisen en verplichtingen, moet gebeuren. Dat is ingewikkeld, blijkt uit het volgende citaat.

‘Marieke: Erger, ik kan het helemaal niet declareren. En ik kan mijn werk en acties al zo slecht kwijt in de DBC’s. (...)

Remco: Ja, (...) wij moeten uren vol maken en declareren. Als je heel veel nazorgdingen doet die leuk zijn, dan betekent dit dat...

Fatima: ...je je 85% tijdschrijven niet haalt.

Remco: Nee, precies.

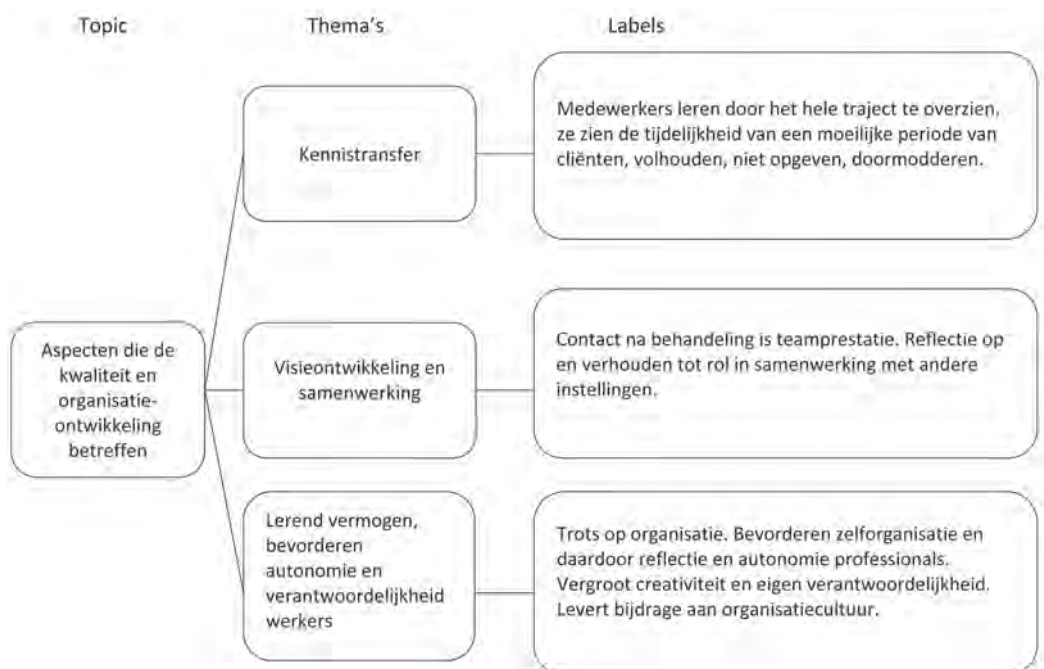
Fatima: Zo werkt het echt.

Marieke: Dat telt heel erg. Als ik zou willen, zou ik heel veel nazorg hebben. Dat willen anderen en zou ik ook wel nodig vinden.’ (FGBW: 320-324)

Werkers die roostergebonden werken, organiseren het contact houden na behandeling buiten het rooster om. Voor hen geldt het tijdschrijfcriterium niet, maar zij kunnen natuurlijk ook niet zomaar weg van de afdeling. Louis illustreert hoe hij het contact houden na behandeling organiseert: *'Het is leuk en waardevol. Ik heb niet het probleem van de 85%. Wat er met mij gebeurt, is dat ik het plan als ik niet in het rooster sta. Maar als ik dan vier uur bezig ben geweest, krijg ik die wel betaald. Dan wordt dat opgenomen in mijn uren. Dat is een luxere positie. Maar ik moet natuurlijk wel 32 uur per week op de afdeling werken en ik kan niet zes dagen in de week werken om meer nazorg te gaan doen. En ik weet ook niet of als ik twee dagen in de week nazorg ga doen, of dat gewaardeerd zou worden (lachend, groep lacht). Dat ik een eigen bureau nazorg ga beginnen vanuit huis. Ik weet niet of de organisatie dat waardeert, door de cliënten zou het zeer gewaardeerd worden. Ik denk dat we afgelopen week alleen al vier nazorgcontacten hebben gehad, dus we doen best wel veel. En het wordt ook breed gedragen binnen het team, er is altijd wel iemand die zegt "o ja, dat doe ik wel even" of "ik woon daar in de buurt, ik ga daar wel even langs". Het is redelijk geborgd.'* (FGBW: 337-345)

Werkers worden dus inventief om het contact houden na behandeling te kunnen organiseren en blijven doen. Alice: *'Binnenkort moet ik cursussen geven en daar zijn ook drie cliënten van mij. Dan plan ik alles in één dag. Elke mogelijkheid die er is, maak ik gebruik van om er wat mee te doen. Want is er niet veel tijd over, dus ik moet het kunnen combineren. Net zoals Fatima [eerder zei dat ze] het aan een vakantie zou koppelen, ik plan ook mijn activiteiten en cursussen in die omgeving, dat ik in één keer naar de cliënten kan. Dan heb je effectiever werk.'* (FGBW: 537-540)

De bijdrage van het contact na behandeling aan de professionele en organisatieontwikkeling laat zich samenvatten in de volgende boomstructuur.



5.3.2.4. Vertrouwen als voorwaarde

Het onderzoeken van de potentiële opbrengst van relationeel werken voor professionals, levert de hierboven beschreven topics op. Er blijkt echter nog een vierde, overstijgende element dat belangrijk is bij deze manier van werken. Niet in de sfeer van opbrengst, maar als voorwaarde. Het contact houden na behandeling kan niet ‘zomaar’ verwezenlijkt worden, blijkt uit dit onderzoek onder de werkers. De ex-cliënt houdt dit contact vrijwillig en het is daarmee een blijk van vertrouwen van de ex-cliënt naar de werkers. Louis licht toe hoe dat vertrouwen werkt:

‘Als je langdurig nazorgcontact hebt of goed nazorgcontact hebt, betekent dat, mensen komen hier voor een langere periode en zijn weg gedreven van hun naasten en familie. Je zet hier in op vertrouwen van elkaar. Dat nazorgcontact laat zien dat cliënten je in hun kring hebben geschaard van mensen die ze vertrouwen. En als het niet goed met ze gaat en ze er niet uit komen, ze terwijl ze in een andere kliniek zitten, ze met ons bellen en om hulp vragen. Dan nemen ze ook dingen van ons aan. Op basis van vertrouwen nemen ze dan toch dingen van ons aan, de adviezen die wij geven, van ga maar op die manier proberen eruit te komen.’ (FGBW: 209-214)

Aan dat vertrouwen wordt dan ook tijdens de behandeling gewerkt. Remco trekt over de manier waarop dit gebeurt, een vergelijk met zijn middelbareschooltijd:

‘Remco: Het is net als het idee van je eigen middelbareschooltijd. De docenten met wie je een klik had, zijn degenen die zich openstelden en die geïnteresseerd waren in je.

Fatima: Ja.

Remco: En niet degenen die zeiden “dit is je huiswerk, je doet het niet en daarom ga je maar de les uit”, of zo. Dat is toch een beetje hoe het werkt. Je kiest je eindexamenpakket op de docenten die je leuk vindt en niet omdat je zo geïnteresseerd bent in... (gelach van de groep) ... dat is de reden waarom ik Frans liet vallen in het eerste jaar. Ik vind het jammer dat ik geen Frans spreek, maar wat een nare vrouw was dat...’ (FGBW: 408-416)

Vertrouwen moet niet alleen onderdeel van de behandeling zijn, maar ook een principe van de cultuur van de organisatie. Vertrouwen moet door de werkers aan de cliënt gegeven worden en tegelijkertijd moeten de werkers vertrouwen van de organisatie krijgen om zo te kunnen en mogen werken.

‘Fatima: Je moet vertrouwen kunnen geven, wil je daar in een volgende fase op terug kunnen komen.

Marieke: Ja.

Fatima: En je moet ook het vertrouwen hebben van de organisatie dat je die nazorg op een goede manier inzet. En niet alleen maar omdat het leuk is, maar omdat het ook voor de instelling wat oplevert, voor de patiënt wat oplevert.’ (FGBW: 379-382)

Als het lukt de cliënt vertrouwen te geven en de cliënt gaat de werker(s) vertrouwen, wordt dat zichtbaar door het contact na behandeling. Het inzetten op herstel van vertrouwen vraagt van de werkers dat zij niet hun ‘standaard programma’ afdraaien, maar op zijn minst aansluiten bij deze specifieke persoon. Louis licht toe wat hij als werker inzet:

‘Het is toch het herstellen van vertrouwen bij mensen die daarin toch vaak heel beschadigd zijn. Dat is echt iets wat in het proces gaandeweg ontstaat, juist door er zelf iets in te doen en

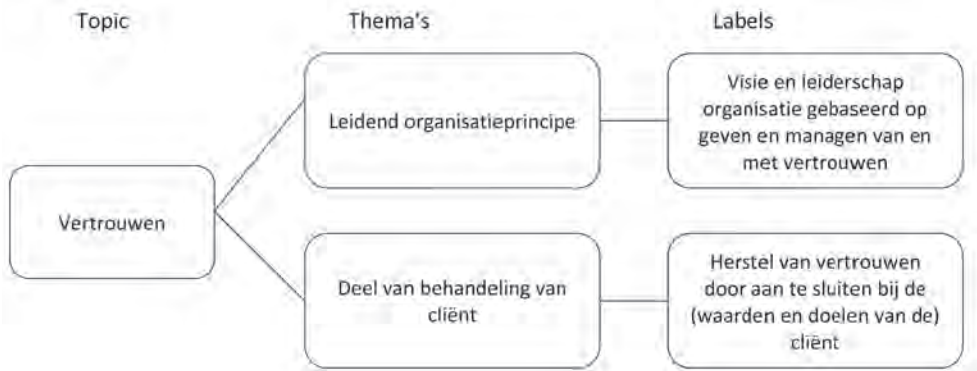
iets toe te voegen. Zoals je kwetsbaar op te stellen of dingen delen en elkaar als mens behandelen en niet "je bent een patiënt en we draaien hier een proces waarin we mensen een kant op krijgen en wij hebben een vaste manier". Dat het om persoonlijk contact gaat. En dus als mensen bellen en terugkomen en op de lunch willen komen, dan betekent dat toch dat je daarin bent geslaagd. En dat het zinvol is wat je doet voor mensen.' (FGBW: 218-224)

Het resultaat, de waarde, voor werkers en ex-cliënten laat zich dan zien. Louis drukt de waarde voor hem als volgt uit:

'Het is een trotsfactor, het is fijn om te zien dat het goed gaat met mensen. En dat mensen het leuk vinden om langs te komen of te bellen, dat soort dingen. Maar het is ook heel belangrijk en prettig om steunend te kunnen zijn. Dat alles wat je investeert in iemand, dat je merkt en ziet dat het in de rest van het traject wat ze nog moeten, effect heeft, zeg maar. En je ze in de rug steunt om te zeggen "ik kan het en ik ga voorwaarts".' (FGBW: 215-218)

Vertrouwen is op deze manier als het ware een voorwaarde om contact na behandeling te kunnen onderhouden. Het contact na behandeling bevestigt vervolgens ook dat het vertrouwen in de behandeling daadwerkelijk tot stand is gekomen.

In boomstructuur ziet dit er als volgt uit:



5.4. Conclusie en discussie

De opbrengst van het contact houden na behandeling voor werkers is meervoudig, zo blijkt uit deze deelstudie. Het heeft, vanuit het perspectief van de professional, waarde en betekenis voor de ex-zorgontvanger, de werker en de organisatie.

Dat het contact houden na behandeling niet incidenteel voorkomt, blijkt zowel uit de questionnaire, waar werkers gevraagd is naar hun contacten na behandeling als uit dossierstudie. Sinds de invoering van deze praktijk zijn 232 cliënten ontslagen, waarvan 72,4% contact heeft gehad na de behandeling. De meeste werkers hebben contact met meerdere ex-cliënten. Het contact vindt voornamelijk telefonisch plaats. Het contact houden na behandeling sluit primair aan bij de behoefte van medewerkers. Het belangrijkste motief voor hen om het contact te houden is dat zij willen weten hoe het iemand vergaat. Het

is een inspanning die loont: een derde van de respondenten geeft aan het leuk te vinden nog iets voor iemand te kunnen betekenen. Dat ex-cliënten op deze manier blijvende interesse ervaren is voor medewerkers ook belangrijk. Dit is een relationele component van het contact houden na behandeling. Er is, vanuit het perspectief van de werkers, sprake van een positieve waarde en betekenis voor de zorgontvangers. Het contact na behandeling biedt ondersteuning, het is belangrijk, helpend en draagt bij aan het herstel van de zorgontvanger.

Het houden van contact na behandeling is voor de werkers zelf een bron van motivatie, zowel in het contact met de ex-cliënt (met wie het goed gaat, of voor wie je juist iets kan betekenen) als in het werken met nieuwe cliënten in behandeling. Het levert de werkers trots op en het geeft het gevoel eer van het werk te hebben. De werkers zien het als 'bewijs van het behaalde resultaat'. Ook heeft het waarde voor de persoonlijke identiteit van de medewerker: dat je feitelijk kunt doen wat je belangrijk vindt in het leven (*practice what you preach*), telt. Het levert daarbij een bijdrage aan de professionele ontwikkeling van werkers. Er is een lerend effect: het contact na behandeling leert de werker in de huidige klinische praktijk vol te houden, door te zetten en te relativieren. Door de veranderde rol bij het houden van contact na behandeling is een hoge mate van reflectie nodig om hier vorm aan te kunnen geven. Het bieden van steun, het open en ongeregelde aanbod en het bijdragen aan vermindering van stigma zijn relationele componenten van het houden van contact na behandeling voor professionals. Tot slot levert contact na behandeling een bijdrage aan de organisatieontwikkeling. Werkers zijn en worden trots op hun organisatie, omdat zij dit kunnen (en mogen) doen. Het bevordert daarbij zelforganisatie, samenwerking, reflectie en creativiteit en draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van autonome, verantwoordelijke professionals.

Er zijn twee voorwaarden gevonden die nodig lijken te zijn om het contact na behandeling vorm te kunnen geven. Een eerste voorwaarde is de steun die de organisatie biedt aan werkers om contact na behandeling te kunnen houden. Werken vanuit vertrouwen moet een leidend organisatieprincipe zijn. Het vraagt niet alleen veel aan (zelf)organisatie, werkers moeten zich gesteund weten om zelf en in teams vorm te geven aan het contact na behandeling. Een tweede voorwaarde is dat (het ontwikkelen van) vertrouwen ook in de behandeling van de cliënten op de voorgrond moet staan. De werkers moeten zich (kunnen) openstellen en interesseren voor de ander, aansluiten en op zoek gaan naar de mogelijkheden van de ander en zo de cliënten de mogelijkheid geven om herstel van vertrouwen te ontwikkelen. Pas dan zal de cliënt na behandeling bereid zijn om vrijwillig contact te onderhouden.

Als we de resultaten van deze studie naast eerder onderzoek leggen, dan valt een aantal zaken op. Uit onderzoek van Coffey (2011, 2012) blijkt dat patiënten en werkers verschillende waarde-opvattingen hebben over het (in zijn studie onderzochte) voorwaardelijk ontslag en de hieruit voortvloeiende nazorg of toezicht. Zijn bevindingen zijn dat hoewel nazorg en monitoring gericht zijn op integratie, zorgen over risico's voor de gemeenschap de dominante factor is voor de werkers. Voor cliënten gold dat hun juridische status zwaar weegt. Nazorg met intensieve bezoeken leidt voor hen tot 'ontmaskering' en gestigma-

tiseerd worden tot 'iemand die toezicht nodig heeft'. Dit ondermijnt hun pogingen om een nieuw leven op te bouwen. Dit suggereert, aldus Coffey, dat nazorg een iatrogen risico in zich draagt. De werkers willen bijdragen aan de-stigmatisering, maar zij zijn ook onderdeel van het systeem en het dwingende karakter van publieke veiligheid, dat om toezicht en controle vraagt. De uitkomsten van Coffey worden in dit onderzoek niet onderschreven. De voortzetting van het contact buiten het kader van een behandelrelatie levert volgens de werkers positieve aspecten op voor de zorgontvanger, voor de werker zelf en voor de organisatie. Er wordt geen nadruk gelegd op risico en gevaar, maar ze spreken in termen van steun bieden, versterken, bevestigen en motivatie en erkenning ervaren door het opgebouwde vertrouwen.

De controlefunctie uit het onderzoek van Coffey lijkt tegenover de zorgfunctie te staan. Die bevinding sluit aan bij een Zweeds (klinisch) onderzoek van Hörberg en Dahlberg (2015). De uitkomst van die studie is dat forensisch psychiatrische zorg op een afdeling gekarakteriseerd wordt door een niet-reflectieve en niet-zorgende houding hetgeen leidt tot inconsistenties en een onveilig bestaan. De zorg is gericht op correctie en ontbeert een basale zorgende benadering, die cliënten juist wel nodig hebben. Mogelijk levert de context een negatieve bijdrage aan de houding van de werkers. In een Engelse studie naar het bieden en stimuleren van hoop (van wezenlijk belang voor herstel) komt naar voren dat hoop onder druk staat in de onzekere en machteloos makende gesloten omgeving. De persoonlijke eigenschappen en het gedrag van werkers werden gezien als hét instrument om hoop te ondersteunen of te creëren (Niebieszczanki, Dent, & McGowan, 2016). Wat werkers bieden of doen en waarom ze dat doen is dus van belang.

In dit deelonderzoek signaleren de werkers dat er soms sprake is, zelfs langer durend, van een problematische werkrelatie. Er is in zo'n situatie geen wederkerigheid, geen samenwerking en geen overeenstemming met de cliënt over de doelstelling(en) van de behandeling. Het contact na behandeling, en dus het zien en ervaren dat het iemand wel gelukt is, ondanks moeilijkheden tijdens zijn verblijf in de kliniek, bewerkstelligt dat medewerkers de zorgfunctie in andere situaties makkelijker vol kunnen houden. Medewerkers vertalen hun ervaringen (na behandeling en hun tijd in de kliniek) met ex-clieënten die ze buiten zien naar de huidige klinische zorgpraktijk en leren daardoor: 'het is een fase, deze periode gaat over, we moeten volhouden'. In de presentietheorie wordt dit 'aandachtig en liefdevol doormodderen' (Baart & Carbo, 2013) genoemd. Volhouden, doorgaan, niet opgeven. Ondanks dat het traject niet te plannen is en soms niet goed voorzien kan worden hoe de toekomst eruit zal gaan zien. Ook, of juist, als het moeilijk is, of weerbarstig.

We zien in dit deelonderzoek dat de professionals een spanningsveld ervaren tussen het contact houden na behandeling en de verantwoordingsstructuur van de organisatie. Er is sprake van een disciplinerende door 'de markt' en de bureaucratie (Jansen, 2016). Het hanteren van die spanning is niet eenvoudig. Het werk is niet 'weg te boeken in een DBC' en dus zijn er geen uren voor. Ook de externe omgeving waarmee samengewerkt wordt, kent het vrijwillig contact houden na behandeling niet, waardoor het moeilijker uitlegbaar is. Om het werk wel te kunnen doen, is werken vanuit visie in een klimaat waarin zelfsturing, vertrouwen en reflectie gestimuleerd worden, noodzakelijk (zie paragraaf 2.7.4.). Er

is echter ook sprake van een omgekeerde beweging. Het contact houden na behandeling wordt niet alleen moeilijk gemaakt door de verantwoordingsstructuren, maar deze werkwijze bevordert zelforganisatie, reflectie en creativiteit vanaf de werkvloer (*bottom-up*).

De opbrengst van deze praktijk voor werkers en vooral voor de organisatie, past in de opkomende beweging van de ‘beroepseer’.

Wanneer professionals de kans krijgen hun persoon te verbinden met hun vak, kunnen ze ‘naar eer en geweten’ werken. Wanneer zij zelf de moed hebben die kans te grijpen, zelfs op te eisen, én daarvoor ruimte en erkenning krijgen, dan wordt een organisatie in alle opzichten succesvoller. (...) Intellectueel, cultureel en moreel kapitaal doen er in de moderne tijd steeds meer toe. Wanneer werknemers leren te ondernemen met hun talenten, hun ideeën kunnen ventileren in een omgeving waar er aandachtig wordt geluisterd, komen hoge ambities vrij. Dan willen zij ook worden aangesproken op de realisering daarvan en ontstaat er synergie. (Website Stichting Beroepseer, 2017, over ons: beschrijving en missie.)

De taal en de toon van de Stichting Beroepseer zijn misschien dwingend en fors aangezet als men bijvoorbeeld spreekt over ‘de moed hebben een kans te grijpen of zelfs op te eisen’. De kern van de redenering is dat organisaties en haar individuele leden beter worden als professionals de ruimte en dus het vertrouwen krijgen om het werk op geleide van de eigen professionaliteit, ‘naar eer en geweten’ te doen. Dit onderzoek laat ook zien wat daar de toegevoegde waarde voor de organisatie van is.

5.5. Sterkte en beperkingen van deze deelstudie

5.5.1. Sterkte en beperkingen

Deze deelstudie is een verkenning geweest naar de waarde en betekenis van contact na behandeling voor professionals. Bij het beoordelen van de resultaten van deze deelstudie moet een aantal sterke punten en beperkingen in acht worden genomen. Een sterk punt van deze deelstudie is dat meerdere onderzoeksmethoden zijn gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Er is sprake geweest van methodetriangulatie (Patton, 2015).

Een beperking is dat het invullen van de enquête geschiedde op basis van vrijwilligheid. Hoewel er in de enquête kritische punten zijn benoemd, is een bias in dit onderzoek dat werkers die zich niet kunnen vinden in de werkwijze, mogelijk niet bereid zijn geweest de enquête in te vullen. Dat beïnvloedt de resultaten. Door meerdere onderzoeksmethoden te gebruiken is gepoogd deze vertekening te beperken, maar met de uitsnede die nu is gemaakt, kunnen de werkers die geen voorstander zijn van contact houden na behandeling, niet hebben meegedaan en zijn hun opvattingen dus niet gerepresenteerd in de enquête. Deze selectiebias (Vermeulen & Ubbink, 2009) geldt ook voor de focusgroep. Deelnemers aan de focusgroep waren bereid mee te doen (ze hebben zichzelf opgegeven of zijn gevraagd door hun leidinggevende) en wilden hun ervaringen delen. In

de focusgroep zijn ook kritische kanten besproken en problemen geadresseerd, maar die betroffen vooral de organisatorische (on)mogelijkheden. Geen van de deelnemers aan de focusgroep was 'tegen' contact na behandeling of had uitgesproken opvattingen die niet in lijn met het beleid lagen.

Een volgende beperking betreft de begeleiding van de focusgroep. Deze zou gedaan worden door twee personen, maar de tweede persoon (notulist) kon op het laatst niet deelnemen. Het is niet meer gelukt om voor vervanging te zorgen. De focusgroep is geleid door mij en gehouden aan de hand van een topiclijst. De aantekeningen die door mij gemaakt zijn tijdens de bespreking, zijn opgeslagen en naast het (door de deelnemers gecontroleerde en akkoord bevonden) verbatim van het audiobestand gebruikt bij de analyse.

De dossierstudie naar het aantal unieke personen met wie contact na behandeling is geweest, laat zien dat dit contact geen incidentele praktijk is. Dat doet niets af aan het feit dat een categorie professionals, zij die het er niet mee eens zijn, in dit onderzoek niet expliciet opgespoord is en dus niet aan bod gekomen is. Dit is een relevant punt voor eventueel vervolgonderzoek naar de betekenis voor de professionals.

5.5.2. Geloofwaardigheid, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid achteraf

Member checks zijn uitgevoerd om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te vergroten. Alle deelnemers hebben het verbatim van de focusgroep gelezen en akkoord bevonden. Vervolgens is de conceptanalyse aangeboden aan drie van de deelnemers aan de focusgroep, met de vraag of zij de analyse en de gevonden thema's in lijn met het besprokene vonden. De aanmerkingen van de deelnemers betroffen details, die zijn overgenomen. Voor de deelnemers waren de resultaten (gevonden thema's, labels en conclusie) overeenkomstig hun impressie van de focusgroep.

Door het opnemen van uitgebreide citaten in dit hoofdstuk heb ik de generaliseerbaarheid van deze studie willen vergroten. Hoewel het onderzoeksonderwerp zeer specifiek is, maken deze uitgebreide citaten het mogelijk voor andere onderzoekers of geïnteresseerden om de vertaalslag naar hun eigen onderwerp of onderzoek te maken. Op die manier is deze studie mogelijk toepasbaar, of kan ze een bijdrage leveren aan ander werk.

Het specifieke karakter van de werkwijze en de beperkingen in het onderzoek aangaande de respondenten, heeft invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Bij (beleids)wijzigingen in deze praktijk, als de werkwijze minder wijdverbreid raakt, bij veel personeelsverloop, bij een andere samenstelling van een onderzoeksgroep of verplichting tot meedoen aan een enquête (in plaats van vrijwillige deelname), kunnen andere resultaten naar voren komen. Niettemin ben ik van mening dat deze studie van waarde is omdat ze relevante inzichten oplevert over het effect op werkers van een innovatieve, open vormgegeven praktijk als hier is ingevoerd.

5.6. Tot slot

Deze deelstudie heeft met behulp van drie methoden van dataverzameling zicht gegeven op de praktijk van contact na behandeling en de betekenis en het effect daarvan vanuit het oogpunt van de professionals.

De waarde van de studie is vooral het effect op werkers en de organisatie, alhoewel bij de betrouwbaarheid vanwege het specifieke karakter van de werkwijze en de dataverzameling enkele opmerkingen geplaatst moeten worden. Niettemin geeft deze deelstudie een beeld van de omvang, betekenis en toegevoegde waarde van deze praktijk voor professionals.

In hoofdstuk 3 werd de praktijk van relationeel zorg verlenen onderzocht. In hoofdstuk 4 werd de waarde en betekenis van relationele zorg voor ex-zorgontvangers hieraan toegevoegd. In dit hoofdstuk is ook naar de ervaringen van professionals gekeken. In het volgende hoofdstuk zal onderzocht worden of relationele zorg mogelijk een opbrengst heeft voor de samenleving in termen van vermindering van strafrechtelijke recidive.

5.7. Referenties

- Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De zorgval*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeis.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Coffey, M. (2011). Resistance and challenge: competing accounts in aftercare monitoring. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 748-760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.14679566.2010.01321.x>
- Coffey, M. (2012). A risk worth taking? Value differences and alternative risk constructions in accounts given by patients and their community workers following conditional discharge from forensic mental health services. *Health, Risk & Society*, 14(5), 465-482. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2012.682976>
- Creswell, J.W. (2013) (3rd edition). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- F-actnederland.nl (2017). Verkregen van <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
- Flick, U. (2014) (5th edition). *An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Jansen, T. (2016). *Stichting Beroepseer: Het betere antwoord op onbehagen*. Verkregen van http://www.beropeer.nl/images/stories/documenten/tien_jaar_stichting_beropeer_2006_2016_jubileumbundel_def.pdf
- Kumar, R. (2014) (4th edition). *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K.M., Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. Research Triangle Park, NC: FHI360.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

- Niebieszanski, R.J., Dent, H. & McGowan, A. (2016). 'Your personality is the intervention': a grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 419-442. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1134626>
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 275-281.
- Patton, M.Q. (2015) (4th edition). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaftenaar, P. & Van Outheusden, I. (2014). *Verbinding in vogelvlucht. Verhalen over visievorming*. Amsterdam: Inforsa.
- Stichting Beroepseer (2017). *Over ons: beschrijving en missie*. Verkregen van: www.beroepseer.nl
- Vermeulen, H. & Ubbink, D.T. (2009). Cohort-onderzoek (deel 7). *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*. Verkregen van: http://www.researchgate.net/publication/227184894_Cohort-onderzoek_deel_7

Hoofdstuk 6

De 2-jaarlijkse strafrechtelijke recidive na strafrechtelijke plaatsing (art. 37 WvSr) van drie groepen cliënten vergeleken

6.1.	Inleiding	222
6.1.1.	Artikel 37 WvSr	222
6.1.2.	Strafrechtelijke recidive	222
6.1.3.	Recidive na artikel 37	223
6.1.4.	Interventie	223
6.1.5.	Vraagstelling en hypothese	224
6.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	224
6.2.1.	Populatie en follow-up periode	224
6.2.2.	Instrumenten: biografische gegevens en recidivegegevens	224
6.2.3.	Procedure	225
6.2.4.	Statistische analyses	225
6.2.5.	Ethische aspecten	226
6.3.	Resultaten	226
6.3.1.	Patiëntenpopulatie	226
6.3.2.	Recidive, tijd tot recidive en soort recidive	229
6.3.3.	Voorspellers van recidive	231
6.4.	Discussie	232
6.4.1.	Verklarende bevindingen en vergelijking met eerder onderzoek	232
6.4.2.	Beperkingen en sterke punten	233
6.5.	Conclusie	234
6.6.	Referenties	234

6.1. Inleiding

In dit deelonderzoek wordt de strafrechtelijke recidive van ex-‘artikel 37’-cliënten, twee jaar na behandeling onderzocht. De paragrafen 6.1.1. tot en met 6.1.5. geven een inleiding door de achtergronden van recidive, de interventie en de vraagstelling en hypothese te behandelen. In paragraaf 6.2. wordt de methodologie van dit deelonderzoek toegelicht. De resultaten worden gepresenteerd in paragraaf 6.3. In paragraaf 6.4. worden de bevindingen vergeleken met eerder onderzoek en worden de beperkingen en sterke punten van de studie besproken. In paragraaf 6.5. volgt de conclusie van dit deelonderzoek.

6.1.1. Artikel 37 WvSr

Artikel 37 eerste lid WvSr biedt de strafrechter de mogelijkheid om te gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, voor een termijn van een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst. Een dergelijke last kan alleen gegeven worden als betrokkene gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Het artikel behelst naast de gedwongen plaatsing dat de justitiabele ontslagen wordt van verdere rechtsvervolging. De justitiabele kan geplaatst worden in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, in een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) van een ggz-instelling of in een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK). De forensische instellingen verschillen van elkaar in beveiligingsniveau. Een FPK heeft van de twee hier genoemde instellingen, het hoogste beveiligingsniveau. De indicatiestelling voor toeleiding naar een instelling na oplegging van de maatregel wordt gedaan door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie & Psychologie (NIFP), afdeling Indiciestelling Forensische Zorg (IFZ) op basis van criteria als geslacht, diagnostische informatie, aard van de zorgvraag, verblijfssoort en leefomgeving (DJI, 2017).

6.1.2. Strafrechtelijke recidive

Het doel van forensische zorg is om patiënten stapsgewijs te resocialiseren, zodat zij na de behandeling weer kunnen functioneren in de maatschappij (DJI, 2015). Hierbij gaat, met behulp van begeleiding, behandeling of training, veel aandacht uit naar het verminderen van het recidiverisico, waarmee bedoeld wordt dat men de kans wil verkleinen dat iemand na vrijlating opnieuw een strafbare handeling pleegt (Wartna, Alberda, & Verweij, 2013). De forensische zorg is er op deze manier op gericht de maatschappelijke veiligheid te vergroten. Recidivevermindering is de belangrijkste opdracht van de forensische psychiatrie, die bereikt moet worden via behandeling.

Met strafrechtelijke recidive wordt bedoeld dat iemand die eerder is veroordeeld, binnen een bepaalde periode opnieuw een strafrechtelijk feit pleegt. De strafrechtelijke recidive waar in dit onderzoek naar gekeken wordt, is de herveroordeling: iemand is in een bepaalde periode opnieuw veroordeeld voor een nieuw feit. Het is daarmee bewezen, het

is een *proven re-offence*³¹. Het meten van recidive op deze manier is per definitie een onderschatting van het werkelijke aantal gepleegde strafbare feiten. Een deel van de gepleegde misdrijven wordt nooit aangegeven of opgespoord (Zara & Farrington, 2016) of kan niet bewezen worden.

6.1.3. Recidive na artikel 37

Dat strafrechtelijke recidive van (vaak psychotische) patiënten met een ‘strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis’ (art. 37 WvSr) hoog is, blijkt uit de onderzoeken van Nowak en Nugter (2014) en Peek en Nugter (2009). Binnen twee jaar na behandeling op een FPA recidiveert tussen de 36,6% en 43,5% van de patiënten. Ter vergelijking, de algemene³² recidive twee jaar na een tbs-behandeling (uitstroomcohort 2006-2010) is 20,7% en de ernstige³³ recidive 17,2% (Boonmann, Wartna, Bregman, Schapers, & Beijersbergen, 2015).

Uit de meta-analyse van Wartna et al. (2013) blijkt dat de opdracht tot recidivevermindering na langer lopende maatregelen die gericht zijn op behandeling, succesvoller wordt uitgevoerd dan na kortere maatregelen of als er geen behandeling is gegeven. De resultaten met betrekking tot recidive bij het behandelen van cliënten met (relatief) korte juridische maatregelen zijn niet hoopgevend. Bij interventies die twee jaar of korter duren (ISD in combinatie met forensische zorg en artikel 37 WvSr), is de recidive (veel) hoger dan na een behandeling die langer duurt (tbs met voorwaarden en tbs met dwangverpleging). De spreekwoordelijke draaideur die hierdoor gecreëerd wordt, is voor niemand goed: niet voor de cliënten, niet voor de slachtoffers en niet voor de samenleving. Het leed en de maatschappelijke schade zijn ernstig en zeer groot (Van Outhousden & Schaftenaar, 2016). Dit roept de vraag op of er een manier is die wel kan leiden tot minder recidive na forensisch psychiatrische behandeling.

6.1.4. Interventie

De FPK van Inforsa heeft sinds 2012 een praktijk ontwikkeld van ‘duurzame verbinding’. De behandeling is gestoeld op de visie en principes van relationele zorg en als uitvloeisel hiervan wordt na de behandeling vrijwillig contact onderhouden met ex-patiënten. Deze werkwijze is uitsluitend geïmplementeerd bij de FPK van Inforsa. De drie andere FPK's in Nederland die zorg leveren aan een vergelijkbare doelgroep, werken niet op deze manier.

Om de opbrengst van relationele zorg voor de samenleving in termen van recidive te onderzoeken, is een studie gedaan naar de tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive van

31 Andere vormen van recidive waar naar gekeken zou kunnen worden, zijn her-arrestatie en opnieuw gedetineerd worden. Bij her-arrestatie is echter nog niet bewezen of de recidive heeft plaatsgevonden (iemand is verdacht). Bij opnieuw gedetineerd worden, kan er ook sprake zijn van schending van eventuele voorwaarden van de lopende straf.

32 Algemene recidive: een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (Boonmann et al., 2015).

33 Ernstige recidive: een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer (Boonmann et al., 2015).

patiënten na behandeling in vier FPK's onder een strafrechtelijke machtiging (artikel 37 WvSr).

6.1.5. Vraagstelling en hypothese

In hoeverre zijn het verlenen van relationele zorg en het contact na behandeling van de FPK Inforsa effectief in het reduceren van recidive (prevalentie, snelheid en ernst) van ex-patiënten die behandeld zijn onder een art. 37 WvSr in vergelijking met ex-patiënten met een art. 37 WvSr bij wie contact na behandeling niet aanwezig is geweest?

Er wordt verwacht dat ex-patiënten met wie contact na behandeling is gehouden, minder vaak en minder snel recidiveren dan ex-patiënten met wie geen contact na behandeling is gehouden.

6.2. Methodologie van dit deelonderzoek

6.2.1. Populatie en follow-up periode

Alle patiënten met een strafrechtelijke plaatsing (artikel 37 WvSr) die in twee gegeven periodes (Tabel 1) zijn uitgestroomd zonder een delict tijdens de behandeling te plegen, zijn geïnccludeerd in de studie. De groep 'contact na behandeling' is de groep aan wie tijdens behandeling relationele zorg en na behandeling vrijwillig contact is aangeboden. Dit zijn alle patiënten met een plaatsing ex-'artikel 37 WvSr' die in de genoemde periode zijn uitgestroomd uit de FPK. De groep 'historie' bestaat uit alle patiënten met een artikel 37 WvSr die tussen 2008 en 2010 uit dezelfde FPK zijn uitgestroomd, toen deze werkwijze nog niet werd toegepast. De groep '3 FPK' bestaat uit alle patiënten met een artikel 37 die in dezelfde periode als de groep 'contact na behandeling' zijn uitgestroomd uit de andere drie FPK's in Nederland. In die instellingen is het bieden van relationele zorg en het houden van contact na behandeling geen onderdeel van de werkwijze.

Bij alle patiënten is een psychotische stoornis gediagnosticeerd, waaronder schizofrenie of waanstoornis, of een bipolaire stoornis.

De follow-up periode is berekend vanaf de datum van ontslag tot twee jaar daarna of tot het moment van recidive binnen die termijn.

<i>Groep</i>	<i>Periode uitstroom</i>	<i>Datum meting recidive</i>
Contact na behandeling (<i>n</i> = 45)	1/9/2012-28/2/2015 (FPK Inforsa)	01/03/2017
3 FPK (<i>n</i> = 23)	1/9/2012-28/2/2015	01/03/2017
Historie (<i>n</i> = 43)	2008- 18/06/2010 (FPK Inforsa)	19/06/2012

Tabel 1 Groepen, uitstroom en meetmoment recidive

6.2.2. Instrumenten: biografische gegevens en recidivegegevens

De biografische gegevens zijn afkomstig uit de patiëntendossiers en zijn verzameld volgens een vast format. Informatie over de recidive is verkregen uit de uittreksels van de Justitiële Registers (UJD, Uittreksel Justitiële Documentatie). Het totale aantal geldige strafzaken

vanaf de ontslagdatum na behandeling in het kader van de maatregel van veroordeling is geteld, alsmede de soort van eerste recidive en de tijdsduur vanaf ontslag. Er is gebruikgemaakt van de criteria van geldige strafzaken, die volgens de WODC-recidivemonitor (Wartna, Blom, & Tollenaar, 2011) werden gehanteerd (Tabel 2).

<i> criterium</i>	<i> Omschrijving</i>
Algemene recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten* naar aanleiding van: enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten.
Ernstige recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens 4 jaar.
Zeer ernstige recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens 8 jaar.
Speciale recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: eenzelfde soort misdrijf als in de uitgangszaak.
Specifieke recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: eenzelfde misdrijf als in de uitgangszaak.

* Zaken die zijn afgedaan door het OM (exclusief technische sepots en zaken die zijn overgedragen naar een ander arrondissementsparket), zaken die zijn geëindigd in een schuldigverklaring door de rechter en zaken die nog niet zijn afgedaan.

Tabel 2 Criteria volgens de recidivemonitor

6.2.3. Procedure

De score van de dossiers van de groep ‘contact na behandeling’ is gedaan door mij (PS). Dossierinformatie van drie andere instellingen is bij één instelling verzameld door mij en bij de andere twee aangeleverd door een onderzoeker en een plaatsingscoördinator van de betreffende instellingen. De informatie over de strafrechtelijke recidive is opgevraagd nadat de dossierstudie was afgerond. De afhankelijke variabele, recidive, is door mij en een tweede onderzoeker gescoord. Op de variabelen wel/niet recidive en ernst recidive was sprake van 100% overeenstemming tussen de beoordelaars. Op de variabele ‘datum recidive’ was 67% overeenstemming. Geanalyseerd is in welke gevallen sprake was van geen overeenstemming. Dit bleek herleidbaar tot het verschil in pleegdatum en datum beslis-sing op het UJD. De pleegdatum is als datum recidive gehanteerd. Daarna was er sprake van 100% overeenstemming in scores.

Voor statistische analyse is gebruikgemaakt van het programma SPSS, versie 23.

6.2.4. Statistische analyses

In preliminaire analyses is onderzocht of de drie patiëntengroepen van elkaar verschillen op variabelen die de uitkomsten zouden kunnen beïnvloeden. Dit is gedaan aan de hand van eenweg variantieanalyse voor onafhankelijke groepen (leeftijd bij opname) en χ^2 -toetsen voor de overige variabelen (middelengebruik, eerdere veroordelingen, opname-duur, type vervolgssetting, ernst recidive). Daarna is gekeken naar het univariate effect van contact na behandeling op recidive en op de snelheid van recidive door de drie groepen

te vergelijken door middel van respectievelijk kruistabelanalyse en survivalanalyse. Tot slot is met behulp van een hiërarchische logistische regressieanalyse het effect van ‘contact na behandeling’ onderzocht, waarbij gecontroleerd werd voor variabelen waarop de drie groepen van elkaar verschilden en die alternatieve verklaringen zouden kunnen bieden voor het effect van ‘contact na behandeling’ op recidive.

6.2.5. Ethische aspecten

Toestemming voor het dossieronderzoek is verstrekt door de directies van de deelnemende instellingen, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) en de Justitiële Informatiedienst (JID) gaven toestemming voor het recidiveonderzoek. Daarnaast is goedkeuring verkregen van de wetenschapscommissie van Arkin en is een niet WMO-verklaring afgegeven door de METC (Medisch Ethische Toetsingscommissie) van het VUmc. Na kennisneming van de resultaten heeft de divisiedirecteur Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen van het Ministerie van Justitie en Veiligheid toestemming gegeven voor (inter)nationale publicatie(s). Bij de uitvoering zijn de gegevens geanonimiseerd. Gegevens over recidive zijn per aangetekende post verstrekt door de Justitiële Informatiedienst (JID). Deze gegevens worden conform de procedure van de JID vernietigd na de openbare verdediging van de promotie van onderzoekster.

6.3. Resultaten

6.3.1. Patiëntenpopulatie

De onderzoekspopulatie ($N = 115$) bestond uit 110 mannen en vijf vrouwen. Van hen werden vier patiënten (twee uit de groep ‘historie’ en twee uit de groep ‘3FPK’) geëxcludeerd (3,4%) vanwege een delict (leidend tot een veroordeling) tijdens de behandeling. De uiteindelijke analyses zijn gebaseerd op de gegevens van 106 mannen en vijf vrouwen. De overige kenmerken van de drie patiëntengroepen staan beschreven in Tabel 3.

	<i>Contact na behandeling</i> (n = 45)	<i>3FPK</i> (n = 23)	<i>Historie</i> (n = 43)
<i>Geslacht</i>			
Man	41 (91,1%)	23 (100%)	42 (97,6%)
Vrouw	4 (8,9%)	0 (0%)	1 (2,3%)
<i>Leeftijd in jaren</i>			
18-25	7 (15,5%)	9 (39,1%)	12 (27,9%)
26-35	19 (42,2%)	7 (30,4%)	21 (48,8%)
36-45	8 (17,8%)	4 (17,4%)	5 (11,6%)
>46	11 (24,5%)	3 (13%)	5 (11,6%)
<i>Hoogste opleiding</i>			
Lo	22 (48,9%)	11 (47,8%)	17 (39,5%)

6 De 2-jaarlijkse strafrechtelijke recidive na strafrechtelijke plaatsing...

	<i>Contact na behandeling (n = 45)</i>	<i>3FPK (n = 23)</i>	<i>Historie (n = 43)</i>
Lbo en mo	14 (31,1%)	6 (26,1%)	19 (44,2%)
Hbo/wo	2 (4,4%)	2 (8,6%)	1 (2,3%)
Anders (zmok)	-	-	1 (2,3%)
Niet bekend	7 (15,6%)	4 (17,4%)	5 (11,6%)
<i>Aard indexdelict(en)¹ (standaardclassificatie CBS)</i>			
Vermogensmisdrijven	17	2	6
Vernielingen en misdrijven tegen openbare orde en gezag	17	9	5
Gewelds- en seksuele misdrijven	51	26	35
19	13	13	
Waarvan mishandeling	19	7	11
Bedreiging en stalking	3	2	1
8	4	9	
Seksuele misdrijven	2	-	1
Misdrijven tegen het leven	-	-	-
Vrijheidsbeneming			
(Vuur) wapenmisdrijven	1	-	-
Overige misdrijven	2	-	-
<i>Dadertype (eerdere veroordelingen)</i>			
Geen	6 (13,3%)	-	4 (9,3%)
Incidentele dader (1-2 x)	9 (20%)	6 (26%)	5 (11,6%)
Lichte veelpleger (3-4 x)	6 (13,3%)	4 (17,4%)	7 (16,3%)
Zware veelpleger (5-10 x)	15 (33,3%)	8 (34,8%)	7 (16,3%)
Zeer zware veelpleger (>10 x)	9 (20%)	5 (21,7%)	1 (2,3%)
Niet bekend	-	-	19 (44,2%)
<i>Diagnose As I</i>			
Psychotische stoornis	38 (84,4%)	20 (86,9%)	41 (95,3%)
Waarvan schizofrenie	32 (84,2%)	17 (73,9%)	36 (83,7%)
Problemen mbt gebruik middelen	27 (60%)	19 (82,6%)	36 (83,7%)
<i>Diagnose As II</i>			
Geen	32 (71,1%)	5 (21,7%)	20 (46,5%)

	Contact na behandeling (n = 45)	3FPK (n = 23)	Historie (n = 43)
Uitgesteld	4 (8,9%)	13 (56,5%)	12 (27,9%)
Ja (cluster B/NAO)	6 (13,3%)	3 (13%)	6 (13,9%)
Ja (zwakbegaafd)	3 (6,7%)	1 (4,3%)	2 (4,7%)
Gem. opnameduur in dgn	316,49 (SD: 144.50)	308,35 (SD: 183.08)	332,98 (SD: 202.99)
Vorm ontslag			
PI	-	2 (8,6%)	1 (2,3%)
FPC/FPK	2 (4,4%)	-	-
FPA	5 (11,1%)	8 (34,8%)	8 (18,6%)
Ggz	22 (48,9%)	4 (17,3%)	24 (55,8%)
RIBW	8 (17,8%)	2 (8,6%)	3 (6,7%)
Huis	6 (13,3%)	6 (26%)	5 (11,6%)
Contrair (O.A.)	2 (4,4%)	-	2 (4,6%)
Niet bekend	-	1 (4,3%)	-

1: Het aantal delicten overschrijdt het totaal aantal patiënten in de groep: er is bij 36 ($n = 111$) patiënten sprake van meerdere indexdelicten.

Tabel 3 Demografische gegevens drie patiëntengroepen

De drie groepen verschillen in een aantal opzichten van elkaar (Tabel 4). Patiënten in de groep 'contact na behandeling' waren ouder bij opname (36,67 jaar, $F(2,108) = 3.374$, $p = .038$) dan de andere twee groepen (30,57 jaar 3FPK en 31,7 jaar 'historie') en minder van hen waren middelenafhankelijk (62% versus 83% en 84%, $p = .042$).

De groep 3FPK verschilt ten opzichte van de andere twee groepen significant op type vervolgssetting ($df4$, $p = .018$). Van deze groep stroomt 46% uit naar een forensische instelling. Dit is te verklaren doordat een van de FPK's de patiënten standaard na opname in de FPK overplaatst naar de eigen FPA.

Voor de overige factoren werden geen significante verschillen gevonden.

Achtergrondvariabelen	Contact na behandeling (n = 45)	3 FPK (n = 23)	Historie (n = 43)	F of χ^2
Leeftijd bij opname	36,67 ^a (12,93)	30,57 ^b (10,54)	31,70 ^b (8,79)	3.374**
Eerdere veroordelingen				2.785
-Geen	13%	-	9%	
-1-4	33%	43%	28% [†]	
-5>	53%	57%	18,6%	
Middelenafhankelijkheid				6.332**
-Nee	38%	17%	16%	
-Ja	62%	83%	84%	

Achtergrondvariabelen	Contact na behandeling (n = 45)	3 FPK (n = 23)	Historie (n = 43)	F of χ^2
Opnameduur in dgn	316,49 (144.50)	308,35 (183.08)	332,98 (202.99)	0.172
Type vervolgsetting ²				11.880*
-Huis, RIBW, O.A.	36%	36%	23%	
- Ggz	49%	18%	56%	
-FPA, FPK, P.I.	16%	46%	21%	
Comorbiditeit				6.824
-As I	33%	17%	14%	
-As I + middelen	47%	61%	63%	
As I, As II + middelen	13%	17%	21%	
As I + As II	7%	4%	2%	

Opmerking: Verschillende superscripts (a,b) duiden op post-hoc verschillen ($p < .10$).

1: N = 24 door missing values.

2: Indeling vervolgsetting is gedaan op basis van mate van toezicht en daaruit voortvloeiende recidivekans. Hoe minder toezicht (thuis, bij een RIBW of als iemand ongeoorloofd afwezig is), hoe meer gelegenheid en daarmee grotere kans op recidive.

* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .001$

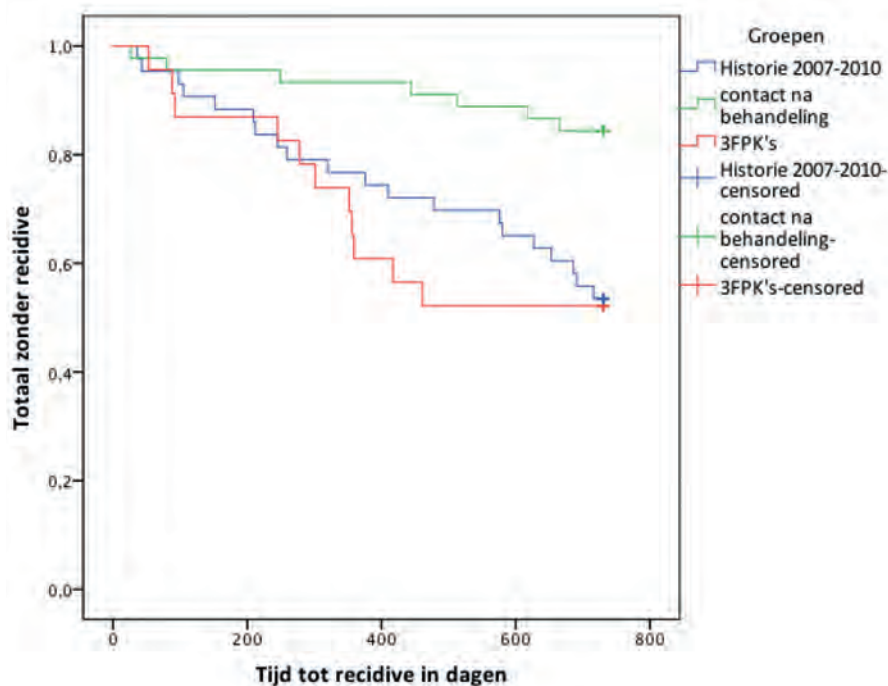
Tabel 4 Achtergrondvariabelen drie groepen 'contact na behandeling', '3FPK' en 'historie' (standaarddeviaties tussen haakjes)

6.3.2. Recidive, tijd tot recidive en soort recidive

Uit de univariate analyse blijkt dat de strafrechtelijke recidive in de drie groepen verschilt. In de groep 'historie' recidiveert 46,5% binnen twee jaar na ontslag. Van de groep '3FPK' heeft 47,8%³⁴ twee jaar na ontslag een nieuw delict gepleegd. In de groep 'contact na behandeling' is dit 15,6%. Dit verschil is statistisch significant ($\chi^2 (2, N = 111) = 11.739, p = .003$).

Figuur 1 laat de survivalanalyse van Kaplan-Meier zien met de tijd tot de recidive voor de drie groepen. De tijd is uitgedrukt in dagen tussen het ontslag en de recidivedatum. Om te toetsen of dit voor de drie groepen verschilde, is een log-ranktest gebruikt. Een significant verschil werd gevonden. De groep 'contact na behandeling' recidiveerde minder snel en minder vaak ($\chi^2 = 11.505 (df2), p = .003$). De gemiddelde survivaaltime bij de groep 'contact na behandeling' is 674 dagen (22 maanden en 5 dagen). Bij de groep 'historie' is dit 564 dagen (18 maanden en 18 dagen) en bij 3FPK 511 dagen (16 maanden en 26 dagen).

³⁴ De groep '3FPK' is uit drie instellingen samengesteld. De recidivepercentages van elke individuele instelling zijn respectievelijk 60% ($n = 5$), 42,9% ($n = 7$) en 45,5% ($n = 11$).



Figuur 1. Kaplan-Meiercurve van 111 patiënten met strafrechtelijke machtiging in drie groepen

Met behulp van een cox-regressieanalyse is onderzocht of de gevonden verschillen tussen de drie groepen blijven bestaan, wanneer gecontroleerd wordt voor de variabelen waarop de groepen verschillen (middelenafhankelijkheid en leeftijd bij opname). Uit deze analyse (zie bijlage 8) blijkt dat het effect significant blijft (Wald = 6.703 ($df2$), $p = .018$).

Tabel 5 beschrijft het type recidive voor de drie groepen in aantallen en percentages. De tabel laat zien dat in alle drie de groepen een 'ernstige recidive' het meest voorkomend is. In de groep 'contact na behandeling' komt een ernstige en zeer ernstige recidive even vaak voor. Een zeer ernstige recidive komt niet voor in de groep '3FPK'. Naast de ernst is bekeken of de recidive speciaal is of specifiek, dat wil zeggen eenzelfde soort of hetzelfde als het indexdelict. In de groep 'contact na behandeling' komt geen specifieke recidive voor. Er is bij analyse van de recidivisten geen verschil in ernst van recidive tussen de drie groepen gevonden ($\chi^2 = 7.626$ ($df4$), $p = .106$)³⁵. De analyse over de ernst van de recidive is vanwege het beperkt aantal recidives 'underpowered'. Om die reden zijn de ernstige en zeer ernstige delicten samengevoegd en is een analyse gedaan. Dit levert geen significant verschil op ($\chi^2 = 0.453$ ($df2$), $p = .805$).

35 De conclusies betreffende de uitspraken over de ernst van de recidive moeten met terughoudendheid bezien worden, omdat er een gebrek is aan statistische power. Door de distributie van scores over de verschillende categorieën is bij deze analyse niet aan alle assumpties van kruistabelanalyse voldaan.

	<i>Contact na behandeling</i> (n = 45)	<i>3FPK</i> (n = 23)	<i>Historie</i> (n = 43)
Geen	38 (84,4%)	12 (52,2%)	23 (53,5%)
Algemeen	1 (2,2%)	2 (8,6%)	5 (11,6%)
Ernstig	3 (6,6%)	9 (39,2%)	13 (30,2%)
Zeer ernstig ³⁶	3 (6,6%)	0	2 (4,7%)
Speciaal	1	1	1
Specifiek	0	5	2

Tabel 5 Soort recidive

6.3.3. Voorspellers van recidive

Bekende voorspellers van recidive, zo leert eerder onderzoek, zijn middelengebruik (Andrews & Bonta, 2010; Zara & Farrington, 2016), de leeftijd van het eerste delict – ‘hoe jonger, hoe meer kans op recidive’ – (Zara & Farrington, 2016, p. 47), comorbiditeit van psychiatrische stoornissen en een aan middelengebruik gerelateerde stoornis (Arseneault et al., 2000; Coid et al., 2006; Swanson et al., 1990). Monson, Gunnin, Fogel en Kyle (2001) vonden in een studie naar schendingen bij voorwaardelijk ontslag na een uitspraak van *Not Guilty by Reasons of Insanity (NGRI)*, dat het behoren tot een minderheidsgroep, gediagnostiseerd middelenmisbruik en eerdere veroordelingen significante voorspellers waren voor het schenden van de voorwaarden. Uit Nederlands onderzoek onder tbs-gestelden blijkt ook de omvang van het strafrechtelijk verleden (hoe groter, hoe meer kans op recidive) een voorspeller van recidive (Boonmann et al., 2015).

Een hiërarchische multiple logistische regressieanalyse is uitgevoerd. In het eerste model (Tabel 6) is onderzocht of de achtergrondvariabelen ‘middelengebruik’ en ‘leeftijd bij opname’³⁷ voorspeller zijn van recidive. Dit zijn de twee variabelen waarin de groep ‘contact na behandeling’ positief afwijkt van de twee andere groepen en die mogelijk een voorspeller van recidive kunnen zijn. In combinatie hebben deze variabelen een significant effect ($\chi^2 = 6.253$ (*df*2), $p = .044$).

	β	<i>SE</i>	<i>Wald</i> (<i>df</i> 1)	p	<i>Odds-ratio</i>
Leeftijd bij opname	-.029	.023	1.644	.200	.971
Middelenafhankelijkheid	.420	.553	.577	.447	1.523

Tabel 6 Resultaten model 1 hiërarchische multiple logistische regressie

³⁶ Bij de zeer ernstige recidives zijn geen delicten uit de categorie ‘misdrijven tegen het leven’ begaan.

³⁷ De voorspeller ‘leeftijd eerste delict’ is niet gescoord in dit onderzoek. De leeftijd bij opname is geen bekende voorspeller, maar de groep ‘contact na behandeling’ wijkt in dit onderzoek significant af en daarom wordt gecorrigeerd voor deze variabele.

Vervolgens is in het tweede model (Tabel 7) het effect van de drie groepen getoetst. De categorische variabelen (de drie groepen) zijn omgezet in twee dummievariabelen³⁸. Er is gecontroleerd voor de achtergrondvariabelen. Dit model laat zien dat de experimentele conditie (contact na behandeling) een significante voorspeller is voor minder recidive in vergelijking met de andere groepen. Het verschil tussen de drie groepen is getoetst. Uit deze regressievergelijking met wel of niet recidiveren als afhankelijke variabele, komt naar voren dat de regressievergelijking significant is ($\chi^2 = 15.160$ (df_4), $p = .004$).

	β	SE	Wald (df1)	p	Odds-ratio
Leeftijd bij opname	-.029	.023	1.644	.200	.971
Middelenafhankelijkheid	.420	.553	.577	.447	1.523
Contact	-1.405	.601	5.467	.019**	.245
Historie	-.025	.525	.002	.962	.975
Constant	.447	.960	.216	.642	1.563

Tabel 7 Resultaten model 2 hiërarchische multiple logistische regressie

Het toevoegen van deze groepen levert een significante verbetering van model 2 ten opzichte van model 1 ($\chi^2 = 8.907$ (df_2), $p = .012$).

De verklaarde variantie (Nagelkerke R^2) van het eerste model is .076. De Nagelkerke R^2 van het totale model is .176. Contact na behandeling verklaart significant ($p = .012$) .100 (10%) van de variantie in recidive.

De odds-ratio voor de experimentele groep (contact na behandeling) is .245 ($p = .019$). De kans op recidive in de groep ‘contact na behandeling’ is vier keer lager dan in de andere groepen (Tabel 7). Uit deze gegevens blijkt dat er minder recidive is in de groep die relationele zorg en, als uitvloeisel hiervan, contact na behandeling heeft ontvangen.

6.4. Discussie

Deze studie laat zien dat patiënten die relationele zorg – en als uitvloeisel hiervan het aanbod van contact na behandeling – hadden ontvangen, significant minder vaak en minder snel recidiveerden dan twee vergelijkbare groepen patiënten. Er is geen verschil gevonden in ernst van de recidive tussen de drie groepen.

6.4.1. Verklarende bevindingen en vergelijking met eerder onderzoek

In dit onderzoek zijn de bekende en voor deze groep van toepassing zijnde voorspellers van recidive meegenomen in de analyse. Deze voorspellers leveren geen alternatieve verklaring

³⁸ Er kunnen twee dummies gekozen worden: het totaal aantal groepen minus 1. Gekozen is voor ‘contact’ versus de twee andere (de groep die de interventie heeft gehad) en ‘historie’ versus de twee andere, omdat dit een grotere groep is (vergeleken met de groep 3FPK).

voor de lagere recidive in de groep ‘contact na behandeling’ op. De uitkomsten van dit onderzoek lijken erop te wijzen dat relationele zorg en hieruit voortkomend ‘contact na behandeling’ een voorspeller is van recidive. Dit sluit aan bij de literatuur over nazorg. In het onderzoek van Nowak en Nugter (2014) onder een soortgelijke populatie als in deze studie (ex-‘artikel 37 WvSr’-patiënten ontslagen uit een FPA) wordt gesuggereerd dat de recidive mogelijk kan verminderen bij betere nazorg en meer continuïteit van zorg. Bekend is dat nazorg na residentiële plaatsing in enige mate ‘helpt’ (James, Stams, Asscher, De Roo, & Van der Laan, 2013; Reynolds et al., 2004; Schubert, Mulvey, Loughran, & Losoya 2012) dan wel kostenbesparend is (Forchuk, Martin, Chan, & Jensen, 2005). In deze studie is het contact na behandeling een uitvloeisel van de relationele manier van zorg verlenen. Dat betekent dat het in dit onderzoek gaat over het gecombineerde effect. Gezien de resultaten is vervolgonderzoek in de vorm van een replicatiestudie waarin de relationele benadering en contact na behandeling verder gekwantificeerd wordt om het effect te onderzoeken, interessant.

6.4.2. Beperkingen en sterke punten

Ondanks dat deze studie de grootste studie is onder ex-artikel 37-patiënten die tot op heden is gedaan, blijft de populatie klein. Replicatie en verder onderzoek zijn daarmee noodzakelijk. De studie geeft wel een reëel beeld, omdat alle patiënten die in de periode 2012-2015 uit de vier FPK's zijn uitgestroomd, zijn geïncludeerd. De conclusies betreffende de ernst van de recidive moeten met terughoudendheid bezien worden vanwege het gebrek aan statistische power. Door de distributie van scores over de verschillende categorieën is bij deze analyse niet aan alle assumpties van kruistabelanalyse voldaan.

De vraag of relationele zorg en hieruit voortvloeiend contact na behandeling tot een betere uitkomst leidt, kan het best beantwoord worden door prospectief longitudinaal-experimenteel onderzoek. Omdat de praktijk van relationele zorg en vrijwillig contact houden na behandeling is ingevoerd in de hele kliniek, was dit niet mogelijk. Daarom is de keuze gemaakt om deze groep te vergelijken met een zelfde soort groep uit vergelijkbare instellingen zonder dit beleid. Dit is een ex-postfacto experimenteel design (i.e., achteraf experiment): er is achteraf gekeken of er onderscheid is tussen de natuurlijk bestaande groepen. Er was bij aanvang geen controle over samenstelling van groepen, cliënten worden geïndiceerd en aangemeld voor opname in een bepaalde instelling, maar de instelling kan een aanmelding afwijzen. Niet uitgesloten is derhalve dat er sprake kan zijn van zelfselectie. Om dit op te lossen is onderzocht of de groepen verschillen op belangrijke variabelen die effect kunnen hebben op de uitkomst. Dit heeft verschillen opgeleverd (voor de kenmerken middelengebruik en leeftijd bij opname). Vervolgens is in de analyses op de verschillen gecontroleerd, waarbij het effect van ‘relationele zorg en contact na behandeling’ ‘overeind bleef’.

De aard van de onderzoeksvraag bracht met zich mee dat er naar een aantal gestructureerde uitkomstvariabelen die betrekking hebben op het voorspellen van risico (risicotaxaties), niet is gekeken. Alhoewel de belangrijkste bekende variabelen wel zijn meegenomen, beperkt dit het beeld dat we hebben van deze groep.

6.5. Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat patiënten die relationele zorg en als uitvloeisel hiervan contact na behandeling hebben gehad, minder vaak en minder snel recidiveerden dan een vergelijkbare groep ex-‘artikel 37 WvSr’-patiënten. Dit lijkt een helpende interventie te zijn waar de behandeling vanwege de juridische kaders van het artikel per definitie ophoudt. Deze vorm van vrijwillig contact en informele zorg overbrugt de moeilijke fase die patiënten na vertrek uit de kliniek ingaan.

6.6. Referenties

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010) (5th edition). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Anderson Publishing.
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., e.a. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- Boonmann, C., Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E. & Beijersbergen, K.A. (2015). *Recidive na forensische zorg. Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg*. Cahier 2015-3. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., et al. (2006). Violence and psychiatric morbidity in a household population – a report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, 164, 1199-1208.
- DJI (2015). Verkregen van <http://www.forensischezorg.nl/meer-veiligheid-door-minder-recidive>
- DJI (2017). Verkregen van <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/klinische-zorg>
- Forchuk, C., Martin, M.L., Chan, Y.L. & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556-564.
- Harte, J.M., Van Kalmthout, W.D. & Knüppe, J.J.M.C. (2010). *Forensisch Psychiatrisch Toezicht, evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs gestelden*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Rechtsgeleerdheid afdeling Criminologie.
- James, C., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., De Roo, A.K. & Van der Laan, P.H. (2013). Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: a Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 33, 263-274.
- Monson, C.M., Gunnin, D.D., Fogel, M.H. & Kyle, L.L. (2001). Stopping (or slowing) the revolving door: Factors related to NGRI acquittees' maintenance of a conditional release. *Law and Human Behavior*, 25(3), 257-267. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010745927735>
- Nowak, M.J. & Nugter, M.A. (2014). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' II. Een replicatieonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5(4), 237-246.
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 275-281.
- Peek, W.H.M. & Nugter, M.A. (2009). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(10), 715-725.
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T. & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 82-88.

- Schubert, C.A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A. & Losoya, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 71-93.
- Swanson, J.E., Holzer, C.E., Ganju, V.K., e.a. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Wartna, B.S.J., Alberda, D.L. & Verweij, S. (2013). *Wat werkt in Nederland en wat niet?* Den Haag/ Meppel: Boom Lemma Uitgevers.
- Wartna, B.S.J., Blom, M. & Tollenaar, N. (2011). *De WODC-recidivemonitor*. 4e herziene versie. Memorandum 2011-3. Den Haag: WODC.
- Zara, G. & Farrington, D.P. (2016). *Criminal recidivism. Explanation, prediction and prevention*. New York, NY: Routledge.

Hoofdstuk 7

Slotbeschouwing: bredere kwesties en conclusie³⁹

7.1.	Inleiding	238
7.2.	De belangrijkste bevindingen op een rij	238
7.3.	De beroepspraktijk	239
7.3.1.	De pedagogiek van het alledaagse	239
7.3.2.	Relationeel werken is volhardend en confronterend	241
7.3.3.	Is relationeel werken dan de enige optie?	242
7.3.4.	Kwaliteitsrichtlijnen en de professional van de toekomst	243
7.4.	Wetenschappelijke vragen	246
7.4.1.	Het verkrijgen van nieuwe kennis	246
7.4.2.	De theorie van presentie	247
7.4.3.	Vragen voor vervolgonderzoek	248
7.5.	Maatschappelijke kwesties	249
7.5.1.	De kosten van preventie versus de kosten van justitieel interveniëren	249
7.5.2.	Het punitieve verlangen van de samenleving	250
7.6.	Conclusie	252
7.7.	Referenties	253

³⁹ Andries Baart is mede-auteur van dit hoofdstuk.

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk presenteer ik in paragraaf 7.2. de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek. Vervolgens bespreek ik acht serieuze kwesties die op de achtergrond van dit onderzoek spelen. Ik doe dit vanuit drie oogpunten: 1) de beroepsuitoefening (paragraaf 7.3.), 2) vanuit theoretisch en wetenschappelijk oogpunt (paragraaf 7.4.) en 3) vanuit maatschappelijk oogpunt (in paragraaf 7.5.). Het hoofdstuk eindigt met de conclusie: de beantwoording van de hoofdvraag van deze studie.

7.2. De belangrijkste bevindingen op een rij

Onderstaand geef ik de belangrijkste bevindingen per hoofdstuk nogmaals weer.

In hoofdstuk 3 zagen we dat relationeel werken een toevoeging blijkt te zijn in de forensische psychiatrie. Het compenseert de forensische, psychiatrische en institutionele spanning die inherent is aan een opname in de forensische psychiatrie. Dan kunnen cliënten ‘tonen wie ze zijn’ en kunnen ze zelfgekozen (kleine) ontwikkelstapjes maken. Pas dan kunnen de werkers ‘doen wat nodig is’. De werkers blijken een (tijdelijk) baken van hoop en ondersteuning te kunnen zijn in een woelig leven. Door relationeel zorg te verlenen kan er, onder de juiste omstandigheden, ontwikkeling ontstaan. Daarvoor is het nodig dat de werkers pogen het ongewone leven en de druk die dat met zich meebrengt voor cliënten, te ‘beheren’. Dat doen ze door in de afdelingsmilieus alledaagsheid toe te laten en te creëren en bij te dragen aan soepele onderlinge relaties tussen cliënten om de last van het gedwongen samen leven te verminderen. In de relatie tussen de werker en zorgontvanger is er een hoge mate van acceptatie en onvoorwaardelijke ondersteuning. Daarbij willen werkers niet alles verbeteren aan cliënten. Ook moeten werkers de machtsbalans zorgvuldig beheren door benaderbaar, aanspreekbaar en nabij te zijn. Relationele werkers combineren luchtigheid, serieuze nabijheid en begrenzing. Een laatste gevonden punt is een overstijgend punt: om relationeel te kunnen werken moeten werkers reflecteren op de betekenis van de opname en op het eigen handelen van werkers en organisatie.

In hoofdstuk 4 waren de belangrijkste bevindingen dat de ervaringen van ex-zorgontvangers voor de opname bij de FPK vaak hebben geleid tot teleurstelling en beschadiging. Zijzelf, relaties, werk, samenleving, hun ethos: alles heeft deuken. De pijn lost niet vanzelf op, maar er is ook hoop. De behandeling in de FPK gaat gepaard met een overwegend positieve herinnering, ondanks soms moeilijke elementen, zoals het niet hebben van overeenstemming over de behandeling. De positieve herinnering van ex-zorgontvangers kenmerkt zich door het ervaren van het gewone leven, de gezelligheid, de benaderbaarheid en erkenning van de werkers. Zorgontvangers weten zich ‘gezien’, ze tellen mee. Hun verlangens doen ertoe voor de werkers. Door het contact te houden na behandeling ervaren ex-zorgontvangers dat wat zij na de FPK meemaken, de moeite (van het opzoeken, van het luisteren) waard is. Door het contact worden ze gezien, fleuren ze op en voelen ze dat ze het waard zijn. Het geeft vertrouwen: ‘ze geloven in me’. Het is een beweging naar de

zorgontvanger toe. Hij hoeft niet zelf ergens aan te kloppen om hulp. De werker komt naar hem toe, of neemt ‘zomaar’ contact op. Het draait om het contact en de nabijheid en niet om het oplossen van problemen en ‘sores’. Het relationeel werken levert in die zin een ‘doorbraak’ op, doordat mensen anders behandeld worden dan ze gewend zijn en daarin zit de mogelijke cruciale toevoeging.

De bevindingen uit hoofdstuk 5 waren dat ook voor de professionals en de organisatie het relationeel werken en het contact houden na behandeling waarde hebben. Het motiveert (het is leuk om te doen, het geeft trots en is eervol). Het draagt bij aan de ontwikkeling van professional, team en organisatie. Het verbetert de zorg door de kennistransfer: ervaringen van werkers met ex-cliënten worden omgezet naar actuele ervaringen in de kliniek, waardoor medewerkers bereid zijn langer door te gaan in moeilijke situaties. Het bevordert zelforganisatie, samenwerking, reflectie en creativiteit en draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van autonome, verantwoordelijke professionals.

In hoofdstuk 6 zagen we tot slot dat de tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive na ‘artikel 37’ bij de groep die relationele zorg en contact na behandeling heeft ontvangen, 15,6% is. In twee vergelijkbare groepen die deze vorm van behandelen niet hebben gehad, recidiveerde 46,5% en 47,8% binnen twee jaar na behandeling. De kans (odds-ratio) op recidive is in de eerste groep vier keer lager dan in de andere groepen. De uitkomsten van dit onderzoek lijken erop te wijzen dat relationele zorg en hieruit voortkomend ‘contact na behandeling’ een voorspeller is van recidive. Dit lijkt een helpende interventie te zijn waar de behandeling vanwege de juridische kaders van het artikel per definitie ophoudt. Deze vorm van vrijwillig contact en informele zorg overbrugt de moeilijke fase die patiënten na vertrek uit de kliniek ingaan.

7.3. De beroepspraktijk

In de komende paragraaf wordt een aantal dringende punten beschreven die samenhangen met de resultaten van deze studie en relevant zijn voor de huidige beroepspraktijk. Ik beschrijf deze punten door te beginnen op het microniveau van de beroepsuitoefening (paragraaf 7.3.1. tot en met 7.3.3.). Vervolgens bespreek ik in paragraaf 7.3.4. het mesoniveau (kwaliteitsaspecten) en het macroniveau (de professional van de toekomst) van de beroepspraktijk.

7.3.1. De pedagogiek van het alledaagse

In klinische behandelingen is een scheiding te maken tussen het therapeutisch traject (dat van het behandelen, therapieën geven en instellen op medicatie) en een pedagogisch traject (het verblijf op de afdeling). Het overheersende discours in de psychiatrie is dat van het (medisch) behandelen (Grit & Dolfsma, 2002; Hutschemaekers & Tiemens, 2006; Mooij, 1998). Er wordt geobjectiveerd en gediagnosticeerd. Transparantie en beheersbaarheid staan centraal. Het therapeutisch milieu van instellingen moet daarnaast gebaseerd zijn op een behandelprincipe, stellen Janzing en Kerstens (2012). Maar de professionals

op de afdeling doen iets anders, zij bieden sociaal-pedagogische begeleiding (Gildberg, 2012; Van der Helm, Kröger, Schaftenaar, & Van Vliet, 2013). Zij begeleiden cliënten door alledaagse dingen (samen) te doen. De Weerd, Sla en Muste (2013) noemen dit de eerstegraads (collectief) en derdegraads (individueel) strategie van de sociotherapie. Met die omschrijving schuiven ze meer richting het discours van behandeling. Ik wil echter de nadruk leggen op het belang van 'het alledaagse' en het pedagogische. Op de afdeling wordt het dagelijks leven geleefd. Bedden worden opgemaakt, tafels gedekt, er wordt samen gegeten, een spelletje gedaan, thee gedronken. Ik illustreer het belang met een citaat uit de dissertatie over het alledaagse van Kolen, die recentelijk een proefschrift over de betekenis van het alledaagse in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap schreef:

In het alledaagse leven wordt niet alleen maar duidelijk hoe mensen hun leven, leven en overleven en hoe ze omgaan met de dingen die hun overkomen, worden opgedrongen en opgelegd, maar komt ook naar voren wat hun verlangens, verwachtingen en hoop zijn, omdat ze daarmee hun leven op betekenisvolle wijze kunnen duiden, vormgeven en inrichten. (Kolen, 2017, p. 37)

Het zijn dus de alledaagse dingen waardoor mensen leren hun dag te structureren, waarmee ze invulling of vorm geven aan het leven, ze leren 'te leven'. Wat de werkers hierin doen en laten, is daarmee 'alledaagse pedagogiek', het is opvoedkundige zorg. Het verschil tussen deze alledaagse pedagogiek en behandeling is onder meer dat behandeling 'een kop en een staart' heeft. Daar zit een concrete start en een duidelijk eind aan. Maar opvoeden doe je de hele tijd. Dat zijn geen losse handelingen die je kunt inkopen en het komt 'zoals het komt', het dient zich contextueel aan. Ik geef een voorbeeld uit mijn onderzoek: met sommige cliënten worden nooit spelletjes gedaan, terwijl de werkers met een ander zoveel hebben gespeeld dat alle trucjes om vals te spelen zijn voorzien. Met andere woorden, een spelletje spelen kan onderdeel zijn van het alledaagse en kan gelegenheid zijn om iets te leren, om elkaar te leren kennen of een manier waarop iemand zich kan tonen, maar dat is niet altijd en bij iedereen zo. De werker manipuleert niet om iemand bepaalde dingen te leren, maar grijpt het moment omdat het zich aandient.

In dit onderzoek hebben we een breed scala van pedagogische ondersteuning gezien, waarin op allerlei vlakken geleerd kan worden. Van tafelsituaties (eten is meer dan voeden (Mol, 2008), het is ook een al dan niet gezellig moment van samenzijn) via vrijetijdsbesteding (kerstmarkt, voetbal met limonade) naar schuldgevoel (aangesproken worden op computergebruik). Het vakkundig inzetten van deze pedagogische aspecten is een revalidatie van de mogelijkheden van het alledaagse. Daar gaat een enorme kracht van uit. Mensen leren op die manier 'te leven'. De werkers geven pedagogische ondersteuning om allerlei dingen te leren, uit te proberen, 'te zijn'. In dit onderzoek hebben we de waarde van deze ondersteuning gezien in de bevindingen van de ex-zorgontvangers. Het vertrouwen, de benaderbaarheid, het samen doen en de gezelligheid maakten voor hen het verschil.

Maar het alledaagse heeft een tweede functie. Niet alleen wordt er geleerd, geleefd, geoefend door het alledaagse. Het doen van alledaagse dingen draagt bij aan de relatie. Omdat in die 'gewone' dagelijkse handelingen, in wat er gedaan wordt en gezegd wordt, mensen elkaar leren kennen, zien, waarderen en inschatten. Ik geef een voorbeeld door

een collega te parafraseren: ‘als je eerst met iemand gaat tafeltennissen en op die manier contact maakt, verloopt het gesprek daarna over de moeilijke zaken, een stuk makkelijker’. Een bijkomend punt bij dit inzicht is dat op deze manier ook recht gedaan wordt aan het vak sociotherapie of sociaal pedagogisch werker/hulpverlener. In de 24-uurs zorg, maar vooral daarbuiten, heeft dit de afgelopen jaren meer dan eens ter discussie gestaan. Eerder schreef ik hierover uitgebreid ten behoeve van de literatuurstudie ‘de werkzame elementen van forensische sociotherapie’ (Schaftenaar, 2015). De vraag is, juist omdat het groepswerk moeilijk in protocollen vastgelegd kan worden en ‘vaag’ is, wat het bijdraagt aan de behandeling, anders dan ‘oppasser’ zijn. In aanvulling op de vele onderzoeken die de afgelopen jaren een bijdrage hebben geleverd aan het expliciteren van de (voorwaarden voor) zorg op klinische afdelingen (zie bijvoorbeeld: Boone, Althoff, & Koenraadt, 2016; Gildberg, 2012; Van der Helm, 2011; Tuvesson, 2011) is de pedagogiek van het alledaagse voor mij een manier om recht te doen aan het vak sociotherapie. De pedagogiek van het alledaagse, vormgegeven door de begeleiders, is nodig om de zorgrelatie tot stand te laten komen en vervolgens vruchtbaar te laten zijn. In het alledaagse leven leert men elkaar kennen, zien en inschatten. Zo vindt relatieopbouw mede plaats. Daarbij draagt het bij aan de persoonlijke ontwikkeling (cliënten leren leven door het alledaagse) en is het bepalend voor het klimaat op de afdeling (en in de instelling). De manier waarop het alledaagse leven wordt vormgegeven, draagt bij aan de sfeer en het gevoel van veiligheid van werkers en cliënten.

Het vakkundig inzetten van de pedagogische aspecten van de mogelijkheden van het alledaagse is dus enerzijds een voorwaarde voor, maar anderzijds ook een zeer belangrijk onderdeel van klinische behandeling.

7.3.2. Relatoneel werken is volhardend en confronterend

Rond de woorden presentiebenadering en relationele zorgverlening hangt vaak een zweem van softheid (Baart, 2014; Kal, 2002). ‘Zachtmoedigheid, mededogen, betrokkenheid en langdurigheid worden als soft en zwak beschouwd, fermheid, en afstandelijkheid (distantiëring) zijn in zwang’, schrijven Stoopendaal en Kröber (2007, p. 2). ‘Aansluiten, afstemmen, relatie’, het klinkt allemaal als zacht, als ‘aardig zijn’. En dat terwijl er over de forensische zorg, en eigenlijk alle zorg aan ‘moeilijke mensen’, vaker wordt gesproken in termen van ‘beheersen, controleren en grenzen stellen’ in een soort van afstandelijke, overheersende en repressieve sfeer. Het gaat over het ‘maken’ van iets of iemand en elimineren van dat wat verstorend werkt (Kal, 2002).

Relatoneel werken vraagt van professionals dat ze zich gaan verdiepen in de ander, dat ze dichtbij de ander komen en van daaruit doen wat nodig is. Erbij blijven. Het aangaan. Het moeilijke werk doen. Doen wat nodig is. Dat vraagt van de professional een hoge mate van professionaliteit, persoonlijke stevigheid en sensitiviteit. Vanuit het ‘er zijn’ zijn deze professionals in staat om in aansluiting bij de ander grenzen te stellen (en ze door de ander geaccepteerd te krijgen), anderen te laten leren, ontwikkelen en (zich te) beheersen. Dat is keer op keer hard werken, investeren in jezelf en de ander, jezelf geven en er in die (specifieke) situatie het beste van maken en daar verantwoording over afleggen.

Relationeel werken is daarmee volhardend en confronterend. Het is het niet uit de weg gaan van weerstand of ongrijpbare spanning. Of het moeilijke werk links laten liggen en het makkelijke doen. Juist als het moeilijk wordt mensen niet wegsturen, eruit zetten (want het is niet met ze uit te houden) of regels toepassen (zo doen wij dat nou eenmaal). Daarmee staat het tegenover het zich afkeren van de zorgontvanger, of macht gebruiken om de ander 'klein' te krijgen. Dat zijn vormen van 'niet aangaan' en 'ontwijken'. Net als het beroepen op maatstaven als autonomie of regels om iets niet aan te gaan. Het niet aangaan en de zorgontvanger niet bereiken, is 'de zaak verliezen'. De hulpverlener heeft niet bereikt wat hij wilde en er is een grote kans dat de zorgontvanger van de regen in de drup raakt (want weer, voor de zoveelste keer, weggestuurd, of ingesloten, of aangetast in zijn eer).

7.3.3. Is relationeel werken dan de enige optie?

Deze studie maakt inzichtelijk dat juist de groep mensen die keer op keer ervaren hebben dat ze niet meetellen, er niet toe doen, weggestuurd worden, geen adequate hulp krijgen, fouten maken, dat juist zij baat hebben bij het ontvangen van relationele zorg. Het maakt behandelingen naar eigen zeggen van de zorgontvangers niet perfect, er blijft op sommige punten gebrek aan overeenstemming. Maar het biedt zorgontvangers in de instelling een baken van hoop en steun, dat gebruikt kan worden als opstapje naar een betekenisvol leven buiten de instelling. Het niet afbreken van het contact na de behandeling geeft de zorgontvangers, soms voor het eerst in hun leven, de ervaring dat ze ertoe doen, meetellen.

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2) werden vier mogelijke argumenten beschreven waarom relationeel zorg verlenen aan deze doelgroep relevant kan zijn. Die herhaal ik hier, om ze vervolgens te beschouwen in het licht van de uitkomsten van dit onderzoek.

1. De vele zorgervaringen van de cliënten hebben tot nu toe geen resultaat gehad. Zou deze manier van werken wel wat te bieden hebben? En blijft de kennis over de cliënt bij overplaatsingen behouden door contact te houden na behandeling?
2. Als er sprake is van cliënten die chronisch zorgafhankelijk zijn, kunnen herstel en ondersteuning hierbij alleen plaatsvinden via de zorgrelatie.
3. Cliënten zijn door hun eerdere ervaringen 'murw' geworden. Een ingang is bij hen alleen te vinden door geduld, door aan te sluiten, door te erkennen en verbinding te leggen. Door present te werken dus.
4. Ook als het moeilijk is, als cliënten niet vooruitkomen, het slecht met ze gaat, is het de relatie die hoop geeft en waar herstel kan ontstaan.

Het onderzoek geeft meer zicht op deze op theorie gebaseerde redenen. Ik behandel ze puntsgewijs.

1. Dat de kennis over de cliënt na overplaatsing behouden blijft en toegepast wordt, blijkt door dit onderzoek bewaarheid te worden. Werkers staan cliënten bij, bieden steun en hulp. Niet alleen in de kliniek maar, zo blijkt, ook daarna.
2. Uit de studie onder de ex-zorgontvangers komt naar voren dat de relatie ook een waarde op zich is, die bijdraagt aan herstel. De ex-zorgontvangers hebben contact met

werkers die ze kennen en ze delen wat voor hen belangrijk is. Bijvoorbeeld door terug te blikken op de tijd in de kliniek, te bespreken hoe het nu gaat, waar ze tegenaan lopen en zelfs hun zoektocht in de liefde is gespreksthema (een onderwerp wat men eerder met vrienden dan met hulpverleners zou bespreken).

3. De FPK is de zoveelste kliniek voor de cliënten. Hun eerdere zorgervaringen maken dat ze 'niet staan te springen' bij deze opname. Zorgontvangers benadrukken dat ze zelf iets moeten doen om te veranderen. Ze geven ook aan wat hiervoor nodig is. Een omgeving die steunend is, waar ontwikkelruimte is, met zinnige activiteiten, waar hoop is en waar je een ontspannen tijd kunt hebben. De analyse van de observaties op de afdeling maakte inzichtelijk dat het geen zin heeft om alleen maar te duwen en te trekken aan cliënten. Of om 'op elke slak zout te leggen'. Cliënten mogen zijn wie ze kunnen, willen of blijken te zijn. Ze worden gekend en in aansluiting daarbij wordt onderzocht wat er gedaan moet of gedaan kan worden. Dat is relationeel zorg verlenen.
4. Ook als het moeilijk is, als er geen wederkerigheid is, als het niet lukt, biedt deze werkwijze een 'uitkomst'. Door contact te houden na behandeling zien de professionals het resultaat, de voortgezette groei en ontwikkeling van zorgontvangers, als dat ervan gekomen is, na de behandeling bij de FPK. Dat resultaat transfereren ze naar de klinische situaties die soms heel moeizaam zijn. Daardoor leren de professionals dat opgeven geen optie hoeft te zijn. Dat moeilijke periodes tijdelijk zijn en dat het aan de werker is om vol te houden, door te zetten en de zorgontvanger niet aan de kant te zetten of weg te sturen.

Dit onderzoek laat daarmee zien dat aansluiten nodig is. Juist als het moeilijk is, als zorgontvangers 'gebutst en gedeukt' zijn, kwetsbaar, ernstig in de war en risicovol gedrag laten zien. Aansluiten bij en afstemmen op de zorgontvanger zijn niet 'iets goedkeuren', 'wegmoffelen' of 'niet bespreekbaar' maken. Nee, om adequaat zorg te kunnen verlenen, om mensen te ondersteunen om verder te komen, moet de professional eerst 'bij de ander' komen. Voor simpele dingen (een pleister plakken) of technische zaken (een ingewikkelde operatie) is een protocol of een richtlijn helpend. Maar als het moeilijk wordt, als het protocol niet meer past, dan moet de professional uit een ander vaatje tappen. Het gaat dan niet om de interventie op zich. En het probleem is niet op een planmatige, beheerste manier op te lossen (Baart & Carbo, 2013). Centraal staat dan dat het moeilijke zich in deze situatie met deze zorgontvanger voordoet. Goede zorg is je verplaatsen in de ander, wie hij is, waar hij staat, hoe hij, specifiek hij, geholpen kan worden. Aandacht en interesse hebben en volhouden, ook als er weinig resultaten zijn (Baart & Carbo, 2013, p. 102). Pas dan kun je misschien samen iets bereiken.

7.3.4. Kwaliteitsrichtlijnen en de professional van de toekomst

Als uitvloeisel van voorgaande paragrafen moet aandacht gegeven worden aan de kwaliteitsrichtlijnen van de zorg en wat dit betekent voor de kennis, attitude en vaardigheden van de professional.

In 2017 vernieuwde de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, 2017a) haar toetsingskader door een ‘Modulair Kerninstrument voor 24 uur zorg’ te ontwikkelen. Dit kader rust op drie pijlers: 1) persoonsgerichte zorg, 2) deskundigheid en inzet personeel en 3) sturen op kwaliteit en veiligheid⁴⁰. De pijlers zijn even overzichtelijk als logisch. Onder deze pijlers ligt een scala aan bronnen: wetsartikelen, kwaliteitskaders, richtlijnen, visiedocumenten, kerndocumenten, beroepsprofielen en competentieprofielen. In sommige sectoren lijkt een slag gemaakt te worden van minder controle naar meer autonomie. Zo bestaat het ‘Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022’ (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2017) uit zes bouwstenen, waaronder ‘onderzoek naar cliëntervaringen’ en ‘zelfreflectie in teams’. Maar dat is niet overal het geval. Alleen al op het thema kwaliteit is op de website van GGZ-Nederland een vier pagina’s tellend overzicht te vinden van documenten waarvoor ‘een landelijk draagvlak bestaat en waarin voor de uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg aanwijzingen zijn opgenomen (...)’ (GGZ-Nederland, 2017a). Naar dit overzicht wordt ook verwezen voor HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, de toetsing door een externe certificerende instelling van het kwaliteitssysteem van een organisatie op HKZ-normen). De HKZ-normen zelf zijn niet kosteloos openbaar toegankelijk, maar moeten aangeschaft worden.

In recent verschenen rapporten van IGJ waarin bezoeken worden verslagen in het kader van opvolging van incidenten, wordt niet geschreven over de zorgrelatie⁴¹.

Uit dit onderzoek naar de waarde en betekenis van relatiegericht werken conform de presentiebenadering en als uitvloeisel hiervan contact houden na behandeling in de forensische psychiatrie, blijkt dat deze manier van zorg verlenen loont en een toegevoegde waarde is voor zorgontvangers, medewerkers en de samenleving (in termen van minder recidive). Deze bevindingen zijn moeilijk te koppelen aan de huidige richtlijnen. Daarin

40 Onder persoonsgerichte zorg wordt verstaan: ‘De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgmedewerkers. Startpunt is: wat wil de cliënt? Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Hoe is de relatie tussen cliënt en zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? Wordt gehoor gegeven aan wat de cliënt wil?’ (IGJ, 2017a, p. 2). Deskundigheid van het personeel gaat over: ‘Hebben zorgverleners voldoende kennis en vaardigheden om de juiste zorg te bieden die nodig is? Krijgen ze voldoende scholing? Werken ze volgens de juiste richtlijnen?’ Sturen op kwaliteit en veiligheid betreft: ‘Stuurt het management op de kwaliteit van zorg en de coördinatie en controle op de werkvloer? Wordt er methodisch gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus? Daarnaast is een veilig werkklimaat belangrijk. Voelen zorgmedewerkers zich veilig om open te kijken op de manier waarop ze zorg leveren? Ondersteunt de zorgaanbieder de zorgmedewerkers zodat ze kunnen leren van successen, (bijna-)incidenten, (bijna-)fouten en klachten?’ (IGJ, 2017b, p. 1).

41 Op de website van IGZ zijn alle rapporten over zorgaanbieders openbaar. Ik keek in de vier rapporten uit 2017 over forensische zorg. Drie hadden betrekking op de kliniek *De Woenselse Poort*. Eén onderzoek betrof een bezoek aan de FPK van Inforsa, afdeling 4.0. Bij de beschrijving van de locatie staat: ‘(...) Het doel is hierbij de cliënt veilig terug te laten keren in de maatschappij door het recidiverisico zoveel mogelijk te verminderen. Hierbij heeft het de voorkeur de cliënt zijn/haar vaste behandelaar en team te laten behouden. Daarmee investeert men in de zorgrelatie aangezien onderzoek heeft uitgezonden dat de recidive hierdoor afneemt’ (IGJ, 2017c, p. 5). Dit punt wordt in de verdere rapportage niet opgenomen, uitgewerkt of betrokken bij de inspectie.

wordt namelijk niet gesproken over relationeel werken. De richtlijn beperkt zich tot de vraag of er sprake is van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener. Aspecten van relatiegericht werken komen niet aan de orde. De vraag die dit oproept, is of de huidige kwaliteitssystemen in staat zijn om relationeel werken te zien, te beoordelen en te bewaken. Als er in de systemen geen ruimte gemaakt is voor relationeel werken en als er dus niet getoetst kan worden of dat fout gaat, kan ook niet gezien worden of instellingen het goed doen. Daaruit vloeit nog een andere kwestie voort, namelijk: waarom zou een instelling iets doen wat niet beschreven, gevalideerd of erkend wordt?

In veel beroepssectoren wordt gewerkt aan nieuwe profielen, waarbij de vraag gesteld wordt 'hoe ziet de sociale professional van de toekomst eruit?'⁴² Met andere woorden, wat moet de professional doen of kunnen om in een veranderend tijdsgewricht adequaat ondersteuning te bieden? Schumacher (2014, p. 29) schrijft dat de essentie van vernieuwend zorgen is: samenwerken (de zorg is niet in eigendom van de zorgprofessionals, maar is ook van de zorgontvangers en hun netwerk), gedeelde verantwoordelijkheid, de relatie zorgontvanger–zorgverlener en dat er een urgentie is voor leren en ontwikkelen. In de forensische zorg zijn er initiatieven die deze gedachten ondersteunen, zoals zichtbaar in het werk van onder anderen Van der Helm (2011), de ontwikkeling van de forensische High en Intensive Care (Fhic; 'Werkboek Fhic' (De Leede, Van der Helm, & Voskes, 2017)) en eerder werk van mijzelf ('Wat werkt in forensische sociotherapie?' (Schafteenaar, 2015)). In tegenstelling hiertoe verscheen recent echter een bewerking van de 'Competentieset Forensisch Sociaal Professional' (Radema, Van Rest, & Hens, 2017), waarin het oude adagium, namelijk de scheiding tussen beveiligen en zorg, wordt aangehaald. 'De kern van het professionele handelen is een combinatie van beschermen, risicobeheersing (controleren, beheren, begrenzen) en ondersteunen van verandering (begeleiden, motiveren of behandelen) (...)' (Radema et al., 2017, p. 7).

Ook dit onderzoek roept de vraag op naar de professional van de toekomst. Als relationeel werken resultaat oplevert, dan moet dit wat betreft de nieuwe professional in de forensische zorg ook op de agenda worden gezet en in diens profiel opgenomen worden.

In november 2017 startte de landelijke actie van GGZ-Nederland en zorgorganisaties 'Minder regelgekte, meer zorg' om de administratieve lasten met de helft te verminderen. Uit onderzoek (GGZ-Nederland, 2017b) blijkt dat hulpverleners gemiddeld 33% van hun tijd per dag besteden aan administratieve handelingen. Dat gaat ten koste van de patiënten en demotiveert en frustreert hulpverleners. Ondanks de wens om minder regels,

42 De transities in de jeugdzorg, langdurige zorg en veranderende zorg in gemeenten hebben geleid tot herdefiniëring van het beroep van de (sociale) professional. Een kleine greep uit publicaties en onderzoeken op dit gebied: Vilans (kenniscentrum langdurige zorg) publiceerde, naast vele andere stukken, 'Essentie van vernieuwend zorgen' (Schumacher, 2014). Movisie (organisatie voor kennis en aanpak van sociale vraagstukken) had in 2012 het project 'De nieuwe sociale professional' (Haitsma, Liefhebber, & Den Hollander, 2017). Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) ontwikkelde het 'Stapplan professionals' (Nji, 2017). De sociale professional is ook thema van onderzoek, bijvoorbeeld 'De stille krachten van de verzorgingsstaat' (Spierts, 2014) en 'Professionele moed in het sociaal werk' (Klaase, 2017).

richtlijnen, eisen en protocollen toe te passen, gaat dit in de praktijk nog niet eenvoudig worden. Het punt dat uit mijn onderzoek naar voren komt is het volgende. We hebben gezien dat een belangrijk kenmerk van goede zorg is dat werkers weten wat hun hier te doen staat (en dus ook weten waar ze van af moeten blijven). Om dat te bereiken, is er ruimte nodig. Ruimte om uit te proberen, door te modderen, om te kijken wat erin zit. Dat vraagt van de werkers een vorm van verstandigheid (Baart & Grypdonck, 2008; Vosman & Baart, 2008) en vrijheid om het werk naar eigen inzicht in te richten, discretionaire ruimte (beslissingsvrijheid). Dit onderzoek roept de vraag op of het goed zou zijn nadrukkelijker duidelijk te maken hoe de forensische professional van de toekomst eruitziet en hoe het werk gemanaged moet worden. Het verder protocolleren, de werkers ‘in het pak naaien’ en beperken in hun (beslissings)ruimte en vrijheid van handelen, belemmert deze werkwijze van relationeel zorg verlenen, als het er niet al haaks op staat.

Zowel met betrekking tot de kwaliteitsrichtlijnen als op het terrein van beroepskwalificaties van de (forensische) professional is relationeel werken en wat hiervoor nodig is nog onvoldoende in beeld. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat deze manier van werken een bijdrage kan leveren aan deze sector. Die bijdrage kan slechts functioneel worden als ze ook ‘telt’: als de kwaliteit bewaakt wordt en de zorgprofessional ‘afgerekend wordt’ op richtlijnen, of wat daarvoor passend in de plaats komt en profielen die deze vorm van werken ondersteunen. Dat is nu nog niet het geval.

7.4. Wetenschappelijke vragen

Dit onderzoek kan verbonden worden met een aantal wetenschappelijke vragen. Hoe zit het met het wetenschappelijke bewijs, wat voegt dit onderzoek toe en hoe moeten we dat waarderen (paragraaf 7.4.1.)? Heeft dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de presentietheorie (paragraaf 7.4.2.)? Er blijven na dit onderzoek ook vragen over, of worden er juist door opgeroepen voor vervolgonderzoek. Ook die komen aan bod, in paragraaf 7.4.3.

7.4.1. Het verkrijgen van nieuwe kennis

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens een *mixed methods* benadering. Door middel van verschillende onderzoeksmethoden is relatiegericht werken en de opbrengst daarvan voor zorgontvangers, zorggevers en in termen van recidive, onderzocht. Een bezwaar dat initieel gegeven kon worden bij deze manier van werken is dat empirische evidentie zou ontbreken. Dit onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het invullen van die leemte.

In dit onderzoek heb ik gekeken naar integrale praktijken. Nicolini (2013, p. 214) omschrijft praktijken aan de hand van enkele kenmerken. Een praktijk is een ‘prestatie’ waaraan door iedereen in die praktijk wordt bijgedragen, ook al worden sommige onderdelen aan individuele personen toegeschreven. Het is de samenhang die de betekenis geeft en die niet als geïsoleerde handeling begrepen kan worden. Menselijk handelen is vanuit een praktijkperspectief niet louter te ‘reduceren’ tot rationeel gedrag en intentie (Shove,

Pantzar, & Watson, 2012), laat staan van een enkele persoon. Praktijken zijn sociale fenomenen, die bestaan uit een verwevenheid van handelingen en opvattingen en die gevormd, voortgezet en getransformeerd worden terwijl ze worden uitgevoerd (Reckwitz, 2002 en Giddens, 1984 in Strengers, 2010, p. 7).

Praktijken bestuderen vereist enerzijds inzoomen op wat er in die praktijk gebeurt, wat deze bereikt en anderzijds uitzoomen naar de verbindingen met andere praktijken. Een praktijk is een soort knoop, een samenkomst van mensen en materiaal, die door de verbondenheid van mensen uitgebreid wordt in tijd en ruimte en aan elkaar hangt van afhankelijkheden (Nicolini, 2013, p. 229). Praktijken kunnen alleen relationeel bestudeerd worden, als onderdeel van een groter geheel van verbindingen.

Dit onderzoek is, in lijn met onderzoekers als Nicolini (2013) en De Souza Bispo (2015), een oproep om meer praxeologisch aan de slag te gaan, om praktijken in zijn geheel als kennisbron te zien (Gherardi, 2012; Nicolini, 2013). De zorg is niet goed tot losse handelingen te reduceren en ontwikkelt zich zo ook niet. Er kunnen dus geen kleine onderdelen uit gehaald worden waar bewijs over wordt verzameld, om die vervolgens *top-down* en als 'losstaand element' toe te voegen aan een bestaande praktijk (waarvan de werkzaamheid dan onmiddellijk afneemt omdat de hele context niet was meegewogen in het onderzoek). Ik distantieer me daarmee van de versnippering en het interventionisme (Baart, 2001; Van der Laan, 2003), dat in de zorg en onderzoeken over de zorg (met de sterke hang naar *evidence based practice*) meer gebruikelijk is.

Complexe praktijken vragen om passend bewijs. Het doel van de sociale wetenschap is, om met Nicolini (2013, p. 215) te spreken, het bieden van een rijker genuanceerd begrip van de wereld (en niet het geven van versimpelde antwoorden op complexe vragen). Met de gebruikte multi-methodenbenadering van een experimentele methode en verschillende kwalitatieve methoden heb ik dit in dit onderzoek willen doen. Dit heeft nieuwe kennis gegenereerd over relatiegericht werken in de forensische psychiatrie. Niet alleen over de effectiviteit, maar ook over de betekenis daarvan voor zorgontvangers en zorgverleners. Het onderwerp relatiegericht werken in de forensische psychiatrie is nog nauwelijks onderwerp van empirisch onderzoek geweest.

7.4.2. De theorie van presentie

De derde wetenschappelijke vraag die dit onderzoek oproept, is de vraag of dit onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan de presentietheorie.

De presentietheorie is ontwikkeld na (langdurig) onderzoek in achterstandswijken, in het buurtpastoraat (Baart, 2001). Gaandeweg heeft de theorie de weg naar vele andere werkvelden gevonden: naar bijvoorbeeld de sector verstandelijk gehandicapten, de ouderenzorg, zorg voor dementerenden, zuigelingenverzorging, verschillende vormen van verpleegkunde, de psychiatrie en het ziekenhuiswezen (Baart, Van Dijke, Ouwkerk, & Beurskens, 2011; Baart & Gryndonck, 2008; Baart & Carbo, 2013; Baart & Vosman, 2015). Die andere werkvelden en 'moeilijke groepen' worden ook actief opgezocht. Zo werd onderzocht hoe aansluiten en afstemmen tot stand kan komen in zeer korte behandelcontacten: op een spoedeisende hulp (Prins, Baart, & Olthuis, 2014; Baart, Gryndonck, &

Prins, 2015). Vaak wordt gedacht dat het in sommige settingen, zoals in de forensische psychiatrie, niet mogelijk is om met de uitgangspunten van de presentietheorie te werken.

Er zijn tot op heden geen studies gedaan naar presentie binnen een justitieel kader. Daarmee is dit onderzoek een uitbreiding van de toepassingsdomeinen van de presentietheorie. We zien in dit onderzoek dat de principes van relationeel zorg verlenen blijken te werken. Zelfs als het werk ingewikkeld is en als de druk (in dit onderzoek beschreef ik een drievoudige druk: juridisch, psychiatrisch en institutioneel) groot is en er niet één geldende logica is, maar meerdere logica's om voorrang vragen. Juist als het moeilijk is of 'niet meer uit te houden' met de zorgontvangers, winnen de principes van de presentiebenadering aan belang. Dan is er maar één mogelijkheid, namelijk vanuit de relatie te gaan werken. In dit onderzoek zagen we dat zorgontvangers zich daardoor gesteund en geholpen voelen, terwijl ze het daarnaast soms niet eens waren met de ingezette behandellijn (op belangrijke thema's als de medicatie en het zorgtraject). Het onderzoek laat zien dat binnen een medisch en juridisch strak kader, waar het discours van behandeling, veiligheid en straf zich naar de voorgrond dringt, ook zorg gegeven moet worden. In het zorg geven en zorg hebben, blijkt het voortdurend te gaan om zorgvuldig aansluiten en afstemmen. Dat komt vooral (maar zeker niet uitsluitend!) tot uitdrukking in het alledaagse. De presentieprincipes worden daar te gelde gemaakt. Binnen de formele kaders wordt ruimte gecreëerd om te leven, te leren en te zijn. Dit onderzoek levert daarmee in het forensisch domein een bijdrage aan de presentietheorie.

7.4.3. Vragen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek is de uitsnede genomen van één setting met haar medewerkers en zorgontvangers. Er zijn gebruikelijke vragen voor vervolgonderzoek, zoals het onderzoeken van relationeel werken in een of meerdere andere forensische setting(s) en het verder uitsplitsen van 'contact na behandeling' om de effecten nader te specificeren. Maar door dit onderzoek komen ook andere vragen op voor vervolgonderzoek.

- De vraag bijvoorbeeld wat geleerd zou kunnen worden als een of meerdere cliënten gedurende langere periode (bijvoorbeeld tien jaar) gevolgd worden. Welke zorgervaringen doen zij op? Wat zijn de verschillen? Wanneer ervaren zij goede zorg, welke kenmerken heeft dat? En wanneer vinden zij de zorg onder de maat?
- Een andere onderzoeksvraag betreft de omstandigheden van relationeel werken. Daarvoor zouden professionals langdurig gevolgd moeten worden. Welke omstandigheden beïnvloeden relationeel werken? Hoe gaan werkers daarmee om?
- Daaruit komt ook een vraag naar organisatorische invloeden naar voren. De zorg moet gezien worden als een complexe, samenhangende praktijk. Welke organisatorische invloeden zijn behulpzaam (of niet) bij het vormgeven van een relationele zorgpraktijk? Welke voorwaarden zijn op de uiteenlopende niveaus van de organisatie van belang? Dit is een interessant thema voor vervolgonderzoek.

In dit proefschrift is gebruikgemaakt van een multi-methodenbenadering vanuit verschillende onderzoeksparadigmata. Een geschikt onderzoeksparadigma voor de eerste en twee-

de hierboven genoemde vragen voor vervolgonderzoek, is participatief onderzoek (*action research*). Dit paradigma is gericht op het genereren van nieuw handelen op een democratische en participatieve manier. De deelnemers en onderzoekers zijn gelijkwaardig aan elkaar en deelnemers vervullen ook de rol van onderzoeker (Boog, 2016; Migchelbrink, 2014; Patton, 2015).

7.5. Maatschappelijke kwesties

De uitkomsten van dit onderzoek staan in verband met en werpen een bepaald licht op twee maatschappelijke kwesties. De eerste kwestie is die van de kosten en de baten van preventie versus justitieel ingrijpen. De tweede kwestie is de vraag waarom niet eenvoudigweg voor de goedkoopste manier van werken wordt gekozen.

7.5.1. De kosten van preventie versus de kosten van justitieel interveniëren

Met het oog op de stijgende zorgkosten zijn doelmatigheid en kosteneffectiviteit steeds belangrijker bij het formuleren van (overheids)beleid. Uit onderzoek blijkt dat vooral preventie loont, het spaart geld uit (Bakker, 2012; Van den Berg, De Wit, Vijgen, Busch, & Schuit, 2008). Interessant voor vervolgonderzoek zou de vraag naar kosteneffectiviteit van relationeel zorg verlenen zijn.

Enig zicht op een deel van de kosten kan, op basis van algemeen beschikbare gegevens over de kosten van delicten, tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) over forensische zorg en loonkosten (collectieve arbeidsovereenkomst, cao GGZ), verkregen worden. Er zijn weinig handzame onderzoeken te vinden over de kosten van delicten. De meeste onderzoeken, zoals het hoofdstuk 'De kosten van criminaliteit' (Molenaar, Van Rosmalen, Vlemming, & Van Tulder, 2014) in het jaardocument 'Criminaliteit en rechtshandhaving', geven de totale kosten weer per inwoner in Nederland. De meest praktische studie die ik heb kunnen vinden, is van Groot, De Hoop, Houkes en Sikkel (2007). Hierin worden de kosten per delict berekend. Deze kosten zijn met veel onzekerheid omgeven, vanwege de methodologische haken en ogen (Groot et al., 2007, p. 43). In bijlage 9 staat een globaal overzicht van de gemiddelde kosten van opsporing en berechting en van detentie en behandeling in een forensisch psychiatrische kliniek. Op basis van die gegevens kunnen we de volgende berekeningen maken over de kosten van een recidive. Deze gegevens moeten met voorzichtigheid beschouwd worden.

Een recidive waarbij sprake is van een mishandeling, waarbij de verdachte in voorarrest wordt geplaatst (4 weken) en daarna negen maanden klinisch wordt behandeld, kost dus circa € 5749 + € 5656 + € 133.000 = € 144.405

Er gaat veel geld om in het opsporen van misdrijven, het berechten van daders en het uitvoeren van sancties. Dat maakt de waarde die aan preventie gehecht wordt, begrijpelijk: het is beter voor iedereen (minder slachtoffers, minder daders, een veiligere samenleving, geld dat aan iets anders uitgegeven kan worden) als deze kosten niet gemaakt hoeven te worden.

Het beleid om contact na behandeling te houden kost – de kosten van de voorafgaande behandeling en investeringen in relationele zorg niet meegerekend – vele malen minder dan wat een recidive zou kosten. Voor het geld dat de samenleving kwijt is aan één recidive uitmondend in een nieuwe behandeling (zoals in bovenstaand voorbeeld), kunnen bijna drie verpleegkundigen een jaar lang fulltime in dienst zijn (zie bijlage 9 voor de berekening). Die kunnen, berekend volgens een langlopend gemiddelde per persoon 1878 uren per jaar werken (VGN, 2017b). In totaal geeft dat 16.902 werkuren. Zoveel uren kost het contact na behandeling onderhouden bij lange na niet.

In 2015 hadden ex-cliënten gemiddeld 4,8 contacten na behandeling. In totaal zijn in dat jaar 442 contactmomenten geregistreerd, gegeven aan 92 ex-cliënten (Laan, Rotteveel, & Thomas, 2016). In bijlage 9 geef ik een globale berekening van het aantal werkuren dat hiermee gemoeid is. Het totaal aantal uren contact na behandeling is 870 uren (= 5,1% van de 16.902 uren). De werkelijke kosten zullen hoger uitvallen door overhead en effectiviteitsverlies. Met deze berekening wil ik het grote verschil in kosten laten zien tussen één recidive met verplichte behandeling als gevolg (€ 144.405) en de loonkosten van het bieden van een jaar ‘contact na behandeling’ aan bijna 100 ex-cliënten (€ 27.600). De berekeningen laten zien dat de kosten van recidive niet in verhouding staan tot de kosten van het contact houden na behandeling, dat een bijdrage lijkt te leveren aan de preventie van recidive.

De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding om kosteneffectiviteitsonderzoek naar deze werkwijze uit te voeren, waarbij investeringen in relationele zorg tijdens het verblijf en contact na behandeling los van elkaar bekeken dienen te worden.

7.5.2. Het punitieve verlangen van de samenleving

Uit de vorige paragraaf kunnen we concluderen dat preventief werken prevaleert boven curatie. De werkwijze die onderzocht is, leidt tot minder recidive en is goedkoper (minder geld, minder leed) dan de huidige forensische draaideur bij korter durende forensische behandelingen.

Dit onderzoek opende met de maatschappelijke relevantie. Er is een harde maatschappelijke en politieke druk op de zorg en bij elk incident wordt er gedacht dat er in de zorg voortdurend ‘geklungeld’ wordt. Om dit te plaatsen beschouw ik in grote lijnen de ontwikkelingen van de afgelopen decennia rondom criminaliteit en de publieke opinie hierover.

Hoewel er sprake is van een afname van geregistreerde criminaliteit van 26% tussen 2007 en 2015 (Kessels & Vissers, 2016) en het aantal Nederlanders dat zich wel eens onveilig voelt tussen 2005 en 2015 ook met een kwart daalt naar 36% (Akkermans, 2016), wordt er ook gesproken over een verharding van het strafklimaat, een punitieve wending (Terpstra, 2017). Er is, aldus Terpstra, een nieuwe punitiviteit ontstaan, die de basis weghaalt onder het eerdere paradigma dat verdergaande modernisering leidt tot een meer humanitair, terughoudend en op re-integratie gericht strafklimaat. Hoewel er minder criminaliteit is, lijkt er vaker gestraft te worden. Tussen 2007 en 2015 daalde het aantal opgelegde vrijheidsstraffen met 15% van 41.000 naar 35.000. Het aandeel vrijheidsstraffen

op het totaal aantal schuldigverklaringen met strafoplegging steeg van 35% in 2007 naar 41% in 2015⁴³. Hiervan steeg het aandeel (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen van 20% naar 26%, stellen Driessen en Meijer (2016, p. 42).

Daarnaast is er de laatste decennia een punitief populisme ontstaan (Van Stokkom, 2012), waarbij beelden als het ‘recht op wraak’ en het geloof dat straffen bijdragen aan emotioneel herstel van slachtoffers grote invloed hebben gekregen. De gevoeligheid voor criminaliteit en aanverwante problemen zoals overlast is toegenomen, werd al in 2003 gesignaleerd door Lünemann. De toon ten aanzien van zwakkere groepen is daarbij harder geworden, vooral tegenover groepen die de criminele kant op kunnen gaan (Duyvendak, Schuster, & Baillergeau, 2000, in Kooijmans, 2016; Van der Woude, Van Rooijen, & Van Wilsum, 2012). Ook de opvattingen van burgers zijn, mede door de opkomst van *social media*, niet meer weg te denken uit het publieke debat en worden ongezoeten, soms ook zonder nadenken, online gezet.

Ik illustreer dit met een voorbeeld uit eigen ervaring. In 2010 overleed de zoon van een collega van mij door wat ik hier een noodlottig ongeluk noem (maar waarbij zeker sprake was van ernstige wetsovertredingen en wat ook geresulteerd heeft in een strafzaak): hij werd geraakt door een kogel uit het wapen van een vriend of bekende van hem. De jongen woonde bij een instelling voor beschermd wonen, waar het noodlottige incident zich ook afspeelde. Er werd over geschreven in serieuze media, zoals op de website nos.nl. In de verwachting oprechte condoleances te treffen, opende ik de reactiepagina. Wat ik daar trof, heeft me afgeleerd ooit nog te kijken naar berichten die achtergelaten worden. Ik trof berichten als ‘hij zal het wel verdiend hebben’, ‘allemaal gekken bij elkaar’, ‘het is altijd gezeik hier in de buurt’ en ‘opgeruimd staat netjes’. Geen spoor van medeleven was er te vinden.

Wat gebeurde daar en gebeurt bij voortduring bij elk incident? Er ontstaat een roep om meer toezicht en het uitsluiten van risicovolle groepen (junks) of risicovolle personen (moordenaars of pedofielen). Steeds luider klinkt ook het geluid om meer en strenger strafrechtelijk op te treden (Lünemann, 2003). Het risico en gevaar moeten onder controle gekregen worden om zo meer veiligheid te creëren en de maatschappelijke ophef te temperen. Er lijkt in de samenleving een diep en zelfstandig verlangen te bestaan om te straffen. Maar de vraag is waarom dit (verlangen naar) disciplinair optreden prevaleert. Vanuit de wraakgedachte? Vanuit een ervaren gebrek aan veiligheid? Hersenonderzoek laat zien dat straffen en anticiperen op wraak beloningcircuits in de hersenen activeren (De

43 Deze cijfers moeten, ondanks dat het zo beschreven staat in het rapport, zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Op basis van het rapport ‘Criminaliteit en Rechtshandhaving 2012’ komt procureur-generaal Steenhuis tot de volgende analyse over de ontwikkelingen tussen 1995 en 2010: in 1995 was het (het aandeel van de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in het totaal van de opgelegde sancties) nog 18,8%, in 2000 (...) was het 17,6% en in 2010, tien jaar later, bedroeg het nog maar 15% (verkregen van <http://ivorentoga.nl/archieven/616>). In het rapport van 2013 wordt over 2012 een percentage van 15% vrijheidsstraffen van het totaal aantal opgelegde straffen genoemd (Kalidien & De Heer-Lange, 2013, p. 274). De cijfers fluctueren, dus er is geen sprake van een eenduidige stijgende lijn.

Quervain et al., 2004; Singer et al., 2006; Strobel et al., 2011). Maar mensen die veel straf uit hun verleden gewend zijn, in een aversieve omgeving leven en veel stress hebben, leren er nauwelijks van (Raine, 2013; Van der Helm & Schaftenaar, 2014).

Van buitenaf is het geroep om ‘aan te pakken, in te grijpen en op te sluiten’ duidelijk te horen. Maar is dat omdat men onvoldoende weet heeft van wat zich binnen de muren afspeelt? Omdat het onbekend is? Misschien wel, omdat de mensen in de forensische zorg geen gezicht krijgen. Ze zijn en blijven onbekend, net als het succes van de aanpak. De vraag is eigenlijk deze: als het je eigen zoon of dochter is, vader, moeder, broer of zus, wil je dan ook dat hij of zij zo behandeld wordt? Ingesloten, uitgesloten en weggezet? Gereduceerd tot ‘gevaarlijke gek’? Dat er zo over gesproken wordt? Waarschijnlijk niet.

Om (beter) te verdragen dat niet alle risico’s te voorkomen zijn, om beter te begrijpen hoe het eraan toe gaat in de zorg, om elementen van goede zorg te kunnen herkennen, moeten forensische zorgontvangers een gezicht krijgen. Dat is een van de elementen die daarbij helpen. In dit onderzoek heb ik dat ook willen doen. Ik heb de zorgontvangers en hun zorgverleners laten zien. In de hoop dat we de kennis die we al hebben over wat werkt, en waar dit onderzoek ook een bijdrage aan levert, kunnen blijven inzetten voor een groep die dat net zo hard verdient als iedere broer of zus, zoon of dochter, vader of moeder. Ik houd daarmee ook een pleidooi voor een perspectiefwissel, voor het opheffen van de onherkenbaarheid van de ander. Als het vreemde eigen is, wat zou je dan doen?

7.6. Conclusie

Door middel van vier deelvragen, uitgewerkt in vier studies, heb ik toegewerkt naar het beantwoorden van de centrale vraag van dit onderzoek:

‘Wat betekenen relatiegericht werken en het (daardoor vrijwillig) houden van verbinding na behandeling in de forensische psychiatrie voor cliënten en medewerkers van Inforsa en wat levert het op in termen van strafrechtelijke recidive?’

Het geheel samenvattend, hebben we gezien dat er sprake is van een meervoudige opbrengst. Relationeel werken blijkt een nuttige en effectieve toevoeging te zijn in de forensische psychiatrie. Het compenseert de forensische, psychiatrische en institutionele spanning die inherent is aan een opname in de forensische psychiatrie. Ex-zorgontvangers waarderen het ervaren van het gewone leven, de gezelligheid, de benaderbaarheid en de erkenning van de werkers. Zorgontvangers weten zich ‘gezien’, ze tellen mee, doen ertoe, ook al hebben ze op onderdelen geen overeenstemming over hun behandeling. Door het houden van contact na behandeling ervaren ex-zorgontvangers dat hetgeen zij meemaken, de moeite (van het opzoeken, van het luisteren) waard is. Het relationeel werken levert in die zin een ‘doorbraak’ op, doordat mensen anders behandeld worden dan ze gewend zijn en daarin zit de gebleken toevoeging. De werkwijze draagt bij aan de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg, van de professional, van het team en van de organisatie, doordat een beroep gedaan wordt op reflectie en zelforganisatie. De werkwijze lijkt ook in termen van recidivevermindering resultaat te hebben. In vergelijking met twee groepen die deze ma-

nier van zorg verlenen niet hebben ontvangen, is er sprake van een sterke en significante reductie van de tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive.

Deze werkwijze is echter niet *mainstream*. Het risico blijft onverminderd groot dat elk incident weer leidt tot de roep om forensisch psychiatrische patiënten en andere ‘lastpakken’ hard aan te pakken en niet relationeel te werken. Een werkwijze als deze wordt dan als soft betiteld. De kracht zit echter in het volgehouden aansluiten en afstemmen op de zorgontvanger en in de manier waarop dat in het dagelijks leven vorm krijgt: de pedagogiek van het alledaagse. De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat relationeel zorg verlenen en hieruit voortvloeiend contact houden na behandeling in een ‘moeilijke sector’ als de forensische psychiatrie van meerwaarde is voor zowel zorgontvangers, professionals, organisatie en samenleving. De uitkomsten geven aanleiding om programma’s te ontwikkelen met betrekking tot professionals, kwaliteit en het maatschappelijk debat en verder onderzoek te doen naar dit relationele paradigma.

7.7. Referenties

- ADP (2017). *Werkgeverslasten 2017*. Infographic. Verkregen van <http://www.adp.nl/eerste-loonstrook/infographic-werkgeverslasten-2017.pdf>
- Akkermans, M.M.P. (2016). Criminaliteit en slachtofferschap. In: S.N. Kalidien (Red.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2015. Ontwikkelingen en samenhangen* (pp. 15-21). Den Haag: CBS, WODC, Raad voor de Rechtspraak.
- Baart, A. (2001, derde vermeerderde druk 2011). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A. (2014). Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn. Een essay. In E. Bolt, A. Baart, & G. Palmboom (Red.), *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen*. Utrecht: Actiz. Verkregen van: <http://www.presentie.nl>
- Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De zorgval*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A., Grypdonck, M. & Prins, C. (2015). Het denk- en kijkraam van opgaven en responsen: aansluiten en afstemmen op de patiënt. In A. Baart & F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis* (pp. 207-223). Amsterdam: SWP.
- Baart, A., Van Dijke, J., Ouwerkerk, M. & Beurskens, E. (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Baart, A. & Vosman, F. (2015). *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. Amsterdam: SWP.
- Bakker, I. (2012). *Kosten en baten van preventie en repressie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Berg, van den, M., De Wit, G.A., Vijgen, S.M.C., Busch, M.C.M. & Schuit, A.J. (2008). Kosteneffectiviteit van preventie: kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 152, 1329-34.
- Boog, B. (2016). *Handelingsonderzoek of action research*. Verkregen van: http://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-12-14/Handelingsonderzoek-of-Action-Research
- Boone, M., Althoff, M. & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom Juridisch.

- Driessen, Z.C. & Meijer, R.F. (2016). Berechting. In S.N. Kalidien (Red.), *Criminaliteit en rechts-handhaving 2015. Ontwikkelingen en samenhangen* (pp. 39-44). Den Haag: CBS, WODC, Raad voor de Rechtspraak.
- Gherardi, S. (2012). *How to conduct a practice-based study: problems and methods*. Cheltenham: Edward Elgar.
- GGZ-Nederland (2017a). *Overzicht kwaliteitsdocumenten ggz*. Verkregen van: <http://www.ggznederland.nl/themas/rom>
- GGZ-Nederland (2017b). *Het roer moet om. Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg*. Verkregen van: <http://www.ggznederland.nl/pagina/het-roer-moet-om>
- Gildberg, F.A. (2012). *Reconstructing normality – Interactional characteristics of forensic mental health nursing*. PhD-thesis. University of Southern Denmark.
- Grit, K. & Dolfmsa, W. (2002). The dynamics of the Dutch healthcare system – A discourse analysis. *Review of Social Economy*. <http://dx.doi.org/10.1080/0034676021000013377>
- Groot, I., De Hoop, T., Houkes, A. & Sikkel, D. (2007). *De kosten van criminaliteit. Een onderzoek naar de kosten van criminaliteit voor tien verschillende delicttypen*. SEO-rapport nr. 971. Den Haag: WODC.
- Haitsma, M., Liefhebber, S. & Den Hollander, M. (2012). *De nieuwe sociale professional. Acht praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Movisie.
- Helm, van der, G.H.P. (2011). *First do no harm*. Ph.D.-thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Helm, van der, P., Kröger, U., Schaftenaar, P. & Van Vliet, J. (Red.) (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: SWP.
- Helm, van der, P. & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult? Leegklimaat en straf in de klinisch-psihiatrische zorg. *MGV*, 69(6), 28-34.
- Hutschemaekers, G.J.M. & Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale ggz. *Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 27-37.
- IGJ (2017a). *Toetsingskader voor instellingen waar mensen verblijven die niet thuis kunnen wonen*. Utrecht: IGJ.
- IGJ (2017b). *Zorg verandert, toezicht verandert mee*. Infographic. Verkregen van: <http://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/documenten/toetsingskaders/2017/07/01/publieksversie-toezichtkader>
- IGJ (2017c). *Definitief rapport van het inspectiebezoek januari 2017. Arkin Inforsa afdeling 4.0 Forensisch Psychiatrische Kliniek*. Utrecht: IGJ.
- Janzing, C. & Kerstens, J. (2012) (6e herziene druk). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kal, D. (2002). *De betekenis van de presentiebenadering voor de sociale psychiatrie*. Verkregen van: <http://www.gerdiex.nl/wp-content/uploads/2013/02/betekenis-presentiebenadering-voor-sociale-psychiatrie.pdf>
- Kalidien, S.N. & De Heer-Lange, N.E. (2013). *Criminaliteit en rechts-handhaving 2012*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Kessels, R.J. & Vissers, W.T. (2016). Misdrijf en opsporing. In S.N. Kalidien (Red.), *Criminaliteit en rechts-handhaving 2015. Ontwikkelingen en samenhangen* (pp. 23-27). CBS, WODC, Raad voor de Rechtspraak.
- Klaase, F. (2017). *Professionele moed in het sociaal werk. Over sociale rechtvaardigheid, agogisch vakmanschap & het parrèsiasisch ethos*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Kolen, M. (2017). *De ongekende mogelijkheden van het alledaagse. Een kwalitatief-empirische, zorgethische studie naar morele betekenissen in de alledaagse omgang tussen jongeren met een licht verstandelijke beperking en zorgprofessionals*. PhD-thesis, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- Kooijmans, M. (2016). *Talent van de straat. Hoe je jongeren kunt verleiden uit de criminaliteit te blijven*. Amsterdam: Van Gennep.

- Laan, M., Rotteveel, R. & Thomas, B. (2016). *Onderzoek naar de geboden nazorg van de FPK Inforsa tussen oktober 2014 en november 2015*. Bachelor-thesis. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/ Inforsa.
- Laan, van der, G. (2003). Presentie als ingebedde interventie. *Sociale Interventie* 3(2), 68-75.
- Leede, de, P., Van der Helm, P. & Voskes, Y. (2017). *Werkboek Fhic. High en Intensive Care vanuit forensisch perspectief*. Utrecht: KFZ.
- Lünnemann, K. (2003). *Schaarste en veiligheid: het onverzadigbare verlangen naar veiligheid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: SWP.
- Mol, A. (2008). *Smakelijk eten! Over het goede en de zorg*. Paul Cremerslezing 2008. Verkregen van: <https://c3am.nl/paul-cremerslezing-2008-over-de-zin-en-onzin-van-meten-in-de-zorg/>
- Molenaar, D.E.G., Van Rosmalen, M.M., Vlemming, M. & Van Tulder, F.P. (2014). De kosten van criminaliteit. In N.E. De Heer-De Lange & S.N. Kalidien (Red.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2013. Ontwikkelingen en samenhangen* (pp. 223-253). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Mooij, A. (1998). *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*. Amsterdam: Boom.
- Nicolini, D. (2013). *Practice theory, work & organization. An introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- NJi (2017). *Van jeugd naar volwassenheid. Stappenplan professionals*. Verkregen van: <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/van-jeugd-naar-volwassenheid/Professionals/Stappenplan-professionals>
- Nza (2017). Verkregen van: http://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_REG_17601_01_Forensische_zorg_2017.pdf
- Patton, M.Q. (2015) (4rd edition). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prins, C., Baart, A. & Olthuis, G. (2014). De worstelende patiënt. Wezenlijk anders kijken naar zorg. *TvZ*, 2, 56-59.
- Quervain, de, D.J., Fischbacher, U., Treyer, V., Schellhammer, M., Schnyder, U., Buck, A. & Fehr, E. (2004). The neural basis of altruistic punishment. *Science* 305, 1254-1258.
- Radema, D., Van Rest, E. & Hens, H. (2017). *Competentieset Forensisch Sociaal Professional*. Utrecht: Movisie.
- Raine, A. (2013). *Het gewelddadige brein. De biologische wortels van crimineel gedrag*. Amsterdam: Balans.
- Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van forensische sociotherapie. Een literatuurstudie*. Utrecht: KFZ.
- Schumacher, J. (2014). *Vernieuwend zorgen*. Utrecht: Vilans.
- Shove, E., Pantzar, M. & Watson, M. (2012). *The dynamics of social practice: everyday life and how it changes*. Los Angeles, CA: Sage.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J.P., Stephan, K.E., Dolan, R.J. & Frith, C.D. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*, 439, 466-469.
- Souza Bispo, de, M. (2015). Methodological Reflections on Practice-Based Research in Organization Studies. *BAR*, 12(3), 309-323. <http://dx.doi.org/10.1590/18077692bar2015150026>
- Spierts, M. (2014). *De stille krachten van de verzorgingsstaat. Geschiedenis en toekomst van sociaal-culturele professionals*. Amsterdam: Van Gennep.
- Stokkom, B. (2012). Wraak, recht en slachtofferbehoeften. *Tijdschrift voor Herstelrecht*, 12(3), 46-63.
- Stoopendaal, A. & Kröber, H. (2007). Wie presentie zaait, zal presentie oogsten. *ZM*, 1. Verkregen van: http://repub.eur.nl/pub/76990/Metis_123476.pdf
- Strengers, Y. (2010). *Conceptualising everyday practices: composition, reproduction and change*. South Australia: RMIT-University.

- Strobel, A., Zimmermann, J., Schmitz, A., Reuter, A., Lis, M., Windmann, S. & Kirsch, P. (2011). Beyond revenge: Neural and genetic bases of altruistic punishment. *Neuroimage*, 54, 671-680.
- Terpstra, J. (2017). *Punitieve wending, residentialisering en tolerantie*. Nijmegen: Sociology of Law Working Papers Series 2017/02.
- Tuvsesson, H. (2011). *Psychiatric nursing staff and the workplace. Perceptions of ward atmosphere, psychosocial work environment, and stress*. PhD-thesis. University of Malmö.
- VGN (2017). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de WLZ*. Utrecht: VGN.
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Weerd, de D., Slaa, S. & Muste, E. (2013). *Handboek sociotherapie*. Amsterdam: SWP.
- Woude, van der, M.A.H., Van Rooijen, S. & Van Wilsem, J.A. (2012). Dangerous Liaisons? De criteria voor strafbaarstelling in de veiligheidscultuur. Een onderzoek naar de invloedsrelatie tussen mediaconsumptie en publieke perceptie ten aanzien van de Nederlandse antiterrorismewetgeving. In C.P.M. Cleiren, M.J.J. Kunst, J.P. van der Leun, G.K. Schoep, & J.M. ten Voorde (Red.), *Criteria voor strafbaarstelling in een nieuwe dynamiek* (pp. 135-154). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Samenvatting

In dit onderzoek, dat ik als zorginnovator en onderzoeker bij Inforsa, tussen 2014 en 2017 heb mogen realiseren, wordt de waarde en betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie onderzocht.

Het probleem dat in deze studie behandeld wordt, is dat de gangbare manier van behandelen van forensische cliënten met kortdurende juridische maatregelen die een psychotische stoornis hebben, onvoldoende lijkt bij te dragen aan het terugdringen van strafrechtelijke recidive. De doelen van deze studie zijn 1) een bijdrage leveren aan kennis over relationele zorg in de forensische zorgpraktijk. Het tweede doel is 2a) goede zorg bevorderen door de waarde en betekenis van relationele zorg in een forensisch psychiatrische praktijk te onderzoeken en 2b) inzicht verkrijgen in de betekenis van relationele zorg tegen de achtergrond van de biografieën van de levens van zorgontvangers en tegen de achtergrond van het werk van zorgverleners. Een bijkomend doel is 3) een 'stem' te geven aan zorgontvangers en werkers in de forensische psychiatrie. Het laatste doel 4) is te onderzoeken of relationeel werken een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van recidive.

Hoofdstuk 1 is een inleidend hoofdstuk waarin ik de maatschappelijke, wetenschappelijke en lokale aanleiding tot het onderzoek beschrijf. De probleemstelling is vertaald in de onderzoeksvraag: wat betekenen relatiegericht werken tijdens de behandeling en, als uitvloeisel daarvan, het vrijwillig onderhouden van verbinding na behandeling in de forensische psychiatrie voor cliënten en medewerkers van Inforsa en wat levert het op in termen van (de omvang van) strafrechtelijke recidive? Dit proefschrift bestaat uit zeven hoofdstukken die in samenhang antwoord geven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van de studie geschetst. De opdracht van de forensische zorg, dat is: het tot stand brengen van recidivevermindering, wordt besproken en onderbouwd. Er wordt aandacht besteed aan de heersende paradigma's in de forensische zorg. Het paradigma van de zorgethiek en de presentiebenadering wordt geïntroduceerd als alternatieve benadering. Binnen de bestaande manieren van werken voor forensische cliënten met kortdurende justitiële maatregelen in de zorgketen lukt het onvoldoende om de draaideur (na een delict van justitie naar de ggz, naar een nieuw delict, waarmee justitie opnieuw in beeld komt) te stoppen. De fragmentatie die zichtbaar is in de levens van cliënten (weinig sociale contacten, problemen op het gebied van opleiding, geen volgehouden werk of zinvolle dagbesteding, meerdere behandelingen en opnames in de zorg) wordt gemakkelijk gereproduceerd en dus voortgezet in de keten. Dat levert sterk verbrokkelde zorg op: na een forensische behandeling worden cliënten doorverwezen naar een nieuwe instelling, waar zij min of meer 'opnieuw' moeten beginnen.

De presentietheorie heeft een herformulering van goede zorg gegeven op basis van kritische concepten en de bestudering van succesvolle zorgpraktijken. Niet alleen ziekte, gebrek, behoefte en beperking zijn leidend, maar juist ook de pijn, de uitstoting, de een-

zaamheid, net als de verlangens naar erkenning, bevestiging en betrokkenheid van zorgontvangers. Om hierbij te kunnen aansluiten stelt de presentiebenadering dat de werker zorg verleent op geleide van de relatie die hij ontwikkelt met de zorgontvanger. Het is in deze relatie dat de zorgontvanger geleidelijk zijn verlangens en pijn kan tonen en de hulpverlener de verlangens kan leren zien. Relationeel zorg verlenen is daarmee een ander concept dan de op het eerste oog verwante idee van de 'therapeutische relatie' of 'de werkalliantie', die als middel strategisch worden ingezet om een doel (beter worden, vaardigheden ontwikkelen, medicatie nemen) te bereiken. In de presentiebenadering heeft het relationele ook een waarde in zichzelf, los van zijn middelkarakter. Tijdens de behandeling bevordert het relationeel werken dat de cliënt meer vertrouwen krijgt, meer zichzelf kan tonen (en onder ogen komen) en van daaruit ondersteund wordt om zijn leven in te richten en metterdaad op de rails te krijgen.

De presentiebenadering maakt de weg vrij om ook *na* de formeel afgesloten behandeling toch contact te houden: dat is wat op de onderzoekslocatie ook daadwerkelijk werd gedaan en waarvan we de betekenis wilden achterhalen. De ontwikkelde relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener is nuttig, maar ook een waarde op zich en heeft betekenis voor beiden. En dat verbreek je liever niet op formele gronden. Door zo contact te behouden, is er niet alleen sprake van continuïteit van zorg (zorgontvangers worden doorverwezen/overgedragen aan een andere zorginstelling met een passende vorm van zorg), maar ook van continuïteit van de relatie. Dit kan bijdragen aan het verminderen van de versnippering en fragmentatie van de zorg. In dit onderzoek wordt nagegaan of, en zo ja, in welke mate dit in de forensische setting optreedt en bewaarheid wordt.

In hoofdstuk 3 wordt de dagelijkse praktijk van relationele zorgverlening op de afdeling beschreven. Centraal staat de vraag hoe deze forensische praktijken van relationele zorgverlening eruitzien. Om de waarde en betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie te kunnen onderzoeken, moest er eerst zicht gegeven worden op deze praktijken. Centraal staan twee afdelingen van de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) waar cliënten met kortdurende juridische titels verblijven. Dit onderzoek werd uitgevoerd in de etnografische onderzoekstraditie, waarbij onderzoeksdata werden verzameld met behulp van participerende observaties en een focusgroepinterview.

De analyse laat zien dat relationeel werken op de onderzochte afdelingen daadwerkelijk wordt gerealiseerd en een toevoeging lijkt te zijn in de forensische psychiatrie. Door relationeel zorg te verlenen blijkt er, onder de juiste omstandigheden, ontwikkeling bij zorgontvangers te ontstaan. Daarvoor is het nodig – en dat is ook wat we zien – dat de werkers pogen het ongewone leven en de druk die dat met zich meebrengt voor cliënten, te 'beheren'. De professionals moeten dan wel, zo toont het onderzoek aan, bereid en in staat zijn om enkele cruciale kwaliteiten te ontplooien. Deze hebben betrekking op het afdelingsmilieu, zoals het toelaten en creëren van alledaagsheid en het bijdragen aan soepele onderlinge relaties tussen cliënten om de last van het gedwongen samen leven te verminderen. Vervolgens zijn competenties gevonden die de relatie tussen werker en zorgontvanger betreffen: het hebben van een hoge mate van acceptatie jegens cliënten, het bieden van onvoorwaardelijke ondersteuning en niet alles willen verbeteren aan cliënten.

Ook moeten de professionals de machtsbalans zorgvuldig beheren door benaderbaar, aanspreekbaar en nabij te zijn. Relationale werkers combineren luchtigheid, serieuze nabijheid en begrenzing. De laatste bevinding betreft een overstijgend punt: om relationeel te kunnen werken moeten professionals voortdurend kritisch kunnen en ook willen reflecteren op wat de opname betekent voor de cliënten en wat hun eigen doen en laten, en dat van de organisatie, in feite teweegbrengt bij die cliënten.

In hoofdstuk 4 wordt het perspectief van de (ex-)zorgontvangers belicht. Centraal staat de vraag wat relationele zorg voor (ex-)cliënten tijdens de opname en bij het houden van contact na behandeling betekent. Dit deelonderzoek is uitgevoerd in de narratieve onderzoekstraditie.

De verhalen van de respondenten laten zien dat zorgontvangers teleurgesteld en beschadigd zijn door wat ze hebben meegemaakt in het leven. Hun terugblikken op de tijd in de FPK zijn, ondanks dat er gemengde ervaringen waren, positief. Zorgontvangers weten zich 'gezien', ze tellen mee. Hun verlangens doen ertoe voor de werkers. Dat komt tot uitdrukking in het ervaren van het gewone leven, de gezelligheid en de benaderbaarheid en de erkenning van de werkers. Door het houden van contact na behandeling ervaren zorgontvangers dat wat zij meemaken de moeite (van het opzoeken, van het luisteren) waard is. Door het contact worden mensen gezien en fleuren ze op. Het geeft vertrouwen: 'ze geloven in me'.

In hoofdstuk 5 staan de werkers centraal. De vraag die in dit hoofdstuk onderzocht wordt, is welke betekenis zorgverleners in de forensische psychiatrie geven aan relationele zorg in de vorm van contact na behandeling. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een *mixed methods* benadering met drie dataverzamelingmethoden (een vragenlijst, een dossierstudie en een focusgroepinterview) gebruikt.

Uit dit onderzoek blijkt dat het contact houden na behandeling geen incidentele praktijk is. Sinds de invoering van deze praktijk zijn 232 cliënten met ontslag gegaan, waarvan 72,4% contact heeft gehad na de behandeling. Relationeel werken en het contact houden na behandeling zijn voor zowel professionals als organisatie van waarde. Er is een drieledige opbrengst. 1) Op het niveau van de werker(s) draagt het bij aan motivatie (het is leuk om te doen, het geeft trots en is eervol) en aan de ontwikkeling van professional en team. 2) Het contact houden na behandeling levert ook een bijdrage aan verbetering van de zorg. Dit gebeurt door de kennistransfer: ervaringen van werkers met ex-clieënten worden omgezet naar ervaringen in de kliniek, waardoor medewerkers bereid zijn langer door te gaan in moeilijke situaties. 3) Relationeel werken en contact houden na behandeling bevorderen zelforganisatie, samenwerking, reflectie en creativiteit en dragen daarmee bij aan de ontwikkeling van autonome, verantwoordelijke professionals.

In hoofdstuk 6 wordt de laatste deelvraag beantwoord. Deze luidt: in hoeverre zijn het verlenen van relationele zorg en het contact na behandeling van de FPK Inforsa effectief in het reduceren van recidive (prevalentie, snelheid en ernst) van ex-clieënten, die behandeld zijn onder een art. 37 WvSr in vergelijking met ex-clieënten met een art. 37 WvSr bij wie contact na behandeling niet aanwezig is geweest? In een ex-postfacto experimenteel design is gekeken of er onderscheid is tussen drie natuurlijk bestaande groepen.

De eerste groep is de groep ‘contact na behandeling’ ($n = 45$). Aan deze groep is tijdens behandeling relationele zorg en na behandeling vrijwillig contact aangeboden. Deze groep bestaat uit alle cliënten met een plaatsing ex-‘artikel 37 WvSr’ die tussen 1 september 2012 en 1 maart 2015 zijn uitgestroomd uit de FPK. De groep ‘historie’ (de tweede groep, $n = 43$) bestaat uit alle cliënten met een artikel 37 WvSr die tussen 2008 en 2010 uit dezelfde FPK zijn uitgestroomd, toen deze werkwijze nog niet werd toegepast. De derde groep, ‘3 FPK’ ($n = 23$), bestaat uit alle cliënten met een artikel 37 WvSr die in dezelfde periode als de groep ‘contact na behandeling’ zijn uitgestroomd uit de andere drie FPK’s in Nederland. In die instellingen is het bieden van relationele zorg en het houden van contact na behandeling geen onderdeel van de werkwijze.

De tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive na ‘artikel 37’ is bij de groep die relationele zorg en contact na behandeling heeft ontvangen 15,6%. In twee vergelijkbare groepen die deze vorm van behandelen niet hebben gehad, recidiveerde 46,5% en 47,8% binnen twee jaar na behandeling. De kans op recidive (odds-ratio, .245) is in de eerste groep vier keer lager dan in de andere groepen. Deze uitkomsten lijken erop te wijzen dat relationele zorg en hieruit voortkomend ‘contact na behandeling’ recidive vermindert en een helpende interventie is waar de behandeling vanwege de juridische kaders van het artikel per definitie ophoudt. Deze vorm van vrijwillig contact en informele zorg overbrugt de moeilijke fase die cliënten na vertrek uit de kliniek ingaan. De positieve bevindingen komen overeen met resultaten van meta-analyses naar het effect van nazorg na detentie.

Hoofdstuk 7 is het slothoofdstuk van deze dissertatie. Het is een beschouwing over de gevonden resultaten in het licht van het hedendaagse forensische zorglandschap. De in deze studie onderzochte werkwijze is geen *mainstream* benadering.

Kijkend naar de beroepspraktijk is zichtbaar dat dit onderzoek de ‘kracht van het alledaagse’ benadrukt. Werkers zetten vakkundig een scala aan pedagogische aspecten in en dat is een rehabilitatie van de mogelijkheden van het alledaagse. Daarnaast levert het doen van alledaagse dingen een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de zorgrelatie en is de manier waarop het alledaagse wordt vormgegeven bepalend voor het klimaat op de afdeling (en in de instelling). Het draagt bij aan de sfeer en het gevoel van veiligheid van werkers en cliënten.

De in dit onderzoek beschreven praktijken van relationele zorg laten werkers zien die volhardend zijn. Zij geven cliënten niet op en schrijven ze niet af. Relationeel werken is daarbij confronterend – voor de werker en ook voor de zorgontvanger. Gemakkelijk wordt gezegd dat relationeel werken ‘niets doen’ is, in de zin dat aansluiten bij de zorgontvanger is ‘doen wat de zorgontvanger wil’. Dat is geenszins het geval. Aansluiten bij en afstemmen op de zorgontvanger zijn niet ‘iets goedkeuren’, ‘wegmoffelen’ of ‘niet bespreekbaar’ maken.

Dit onderzoek laat het belang van aansluiten bij en afstemmen op de zorgontvanger zien. Juist als het moeilijk is, als zorgontvangers ‘ongemotiveerd’ zijn, ‘hun tijd wel uitzitten’. Of als ze kwetsbaar zijn, ernstig in de war of risicovol gedrag laten zien. Om adequaat zorg te kunnen verlenen, om mensen te ondersteunen om verder te komen, moet de professional eerst ‘bij deze ander’ kunnen komen door relationele zorg te verlenen.

Op het gebied van kwaliteitsrichtlijnen en beroepsprofielen zijn de laatste jaren veel ontwikkelingen gaande. Relatieve werken is echter nog onvoldoende opgenomen in deze richtlijnen en dat is problematisch, want daarmee 'bestaat' het niet en is er onvoldoende erkenning voor deze manier van werken. De bijdrage die relationeel werken heeft, kan slechts functioneel worden wanneer het 'telt': als het opgenomen wordt in richtlijnen en profielen. Op dat gebied ligt nog een schone taak.

Dit onderzoek heeft een bijdrage willen leveren aan het invullen van de leemte die er is op het gebied van evidentie van relationeel werken in de forensische psychiatrie door een multi-methodenbenadering van experimenteel onderzoek en verschillende kwalitatieve methoden. Het onderzoek is daarmee een uitbreiding van de toepassingsdomeinen van de presentietheorie.

De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat relationeel zorg verlenen en hieruit voortvloeiend contact houden na behandeling in een 'moeilijke sector' als de forensische psychiatrie van meerwaarde is voor zowel zorgontvangers, professionals, organisatie en samenleving (in termen van vermindering van recidive). Deze uitkomsten geven aanleiding om programma's te ontwikkelen die relationele zorg in complexe praktijken ondersteunen en om verder onderzoek te doen naar het relationele paradigma in de zorg.

Summary

The subject of this research, which I conducted between 2014 and 2017, is the value and meaning of relational care in forensic psychiatry. The problem addressed in this study is that the usual way of treatment of forensic psychiatric patients with short-term judicial measures who suffer from mental disorders does not sufficiently contribute to the reduction of criminal recidivism. The aims of this study are 1) to contribute to the knowledge on relational care in forensic psychiatric practice. The second aim is 2a) to promote good care by examining the value and meaning of relational care in a forensic psychiatric hospital and 2b) to develop knowledge on the meaning of relational care against the background of the biographies of the lives of patients (i.e., care-receivers) and against the background of the work of professional staff (i.e., caregivers). An additional aim is 3) to give 'voice' to patients and professional staff in forensic psychiatry. The final aim 4) is to examine if relational care can contribute to the reduction of criminal recidivism.

Chapter 1 is an introduction, in which the social, scientific and local reasons to conduct this study are described. The main purpose of this study was to examine the meaning of relational care for both forensic psychiatric patients and professional staff and, including maintaining voluntary contact after treatment, whether relational care and aftercare contribute to the reduction of criminal recidivism? The seven chapters of this dissertation provide the answer to the main research question of this study.

In chapter 2, the theoretical framework of the study is outlined. The main goal of forensic psychiatric care (the reduction of criminal recidivism) is discussed. The dominant paradigms are outlined, and the paradigm of ethics of care and theory of presence are introduced as an alternative approach. Regular approaches for forensic patients with short-term judicial measures do not stop the revolving door: after committing a crime detention follows, subsequently an admission to mental health care, and when a new crime is committed, back into de legal system. Fragmentation of the lives of the patients (lack of social support, problems in school careers, no job or meaningful activities, multiple treatments and involvement of the healthcare system) is easily reproduced and continued over long periods of time. The mental healthcare that patients receive is unconnected: after a forensic treatment patients are referred to a new (mental healthcare) facility where they have to start all over again, leaving everything behind.

The theory of presence provides a concept of good care and successful practices of care. Not only illness, disability, individual care needs and impairment are guiding principles in treatment or support, but even more the pain, suffering, loneliness and banishment patients experience, as well as their yearning for acceptance, engagement and participation. In order to connect with these yearnings in accordance with the theory of presence, professional caregivers have to provide care based on their relationship with the patient. It is *in* this relationship that the patient will gradually show his fear, pain and yearning.

Relational care differs from the ‘therapeutic relationship’ or ‘working alliance’ in that these therapeutic factors constitute strategically used instruments to reach a certain goal (becoming better, developing skills, using medication). In the theory of presence, the relational component has a meaning on its own, independent from any instrumental purposes. Relational care during treatment contributes to trust in patients. They become able to show who they are (and accept that), and receive support to reorganize their lives.

The theory of presence brings in the opportunity to stay in contact *after* the treatment has ended. This was realized at the facility where the research took place. The relationship between patient and professional caregiver may be useful for treatment, but in particular has a value on its own, and gives meaning to both patients and professional staff. By keeping in voluntary contact after treatment, not only continuity of care is guaranteed (patients may be referred to other health care facilities), but also continuity of meaningful and supportive relationships. In this study I examined whether and if yes, to which extent relational care and aftercare was implemented in practice.

In chapter 3, the daily practice of relational care on the wards is examined by means of an ethnographic study, with data collection by participant observation and a focus group interview at two wards of the Forensic Psychiatric Clinic (FPK), where care-receivers with short-term judicial measures were admitted. The central question was how these forensic practices of relational care appear. In order to study the value and meaning of relational care in forensic psychiatry care, insight had to be gained in daily practices.

Analysis shows that relational care was realized at the wards, and that it proved to be a valuable addition to forensic psychiatry. By providing relational care, under certain circumstances, rehabilitation occurs. To support rehabilitation of patients, professional caregivers try to ‘manage’ the unusual life of patients at the ward and the resulting stress. In order to do so, this study shows that professional caregivers must be able to develop some core qualities, such as being able to create every day normal life, and to build natural mutual relationships with patients in order to diminish the burden of involuntary residential care. In addition, professional caregivers should demonstrate a high level of acceptance, giving unconditional support, and they should refrain from continuously correcting patients. Professionals also have to narrow down the power balance by being approachable, communicative and close to patients. Caregivers who are able to work in a relational way combine casualness with closeness and limit setting. The final insight is that relational care requires reflexive professionals, who fully understand the meaning of an involuntary residential placement for their patients, and how this may affect them.

Chapter 4 is a narrative study examining the perspective of (ex) patients. The central question pertains to the meaning of relational care, and voluntary contact after treatment. The narratives of participants show that patients are disappointed and hurt by what life has brought them. Their reflections on the admission in the FPK, despite mixed experiences, were positive. Patients really count, they feel ‘seen’. Their desires matter to caregivers. Their experiences of a normal life during admission, the homely and personal atmosphere and the closeness and recognition of the professionals added to this. By keeping in contact after treatment, patients experience that what they go through is worth the

effort (of visiting and listening). The contact makes them feel ‘seen’ and it cheers up. It brings trust: ‘they believe in me’.

Chapter 5 is about the professionals. The question is what meaning professional caregivers in forensic psychiatry give to post treatment contact as a consequence of relational care. To answer this question, a mixed methods design with three types of data collection (questionnaires, case file analysis and a focus group interview) was conducted. One of the results of this study is that maintaining contact after treatment is not incidental. Since the introduction of this practice, 232 patients were discharged, 72,4% of them had contact after treatment. Relational care and maintaining contact after treatment are valuable for both workers and the organization. The benefits are threefold. 1) At the professional level, it contributes to motivation (it is advantageous and it makes professionals proud) and it contributes to the development of the professionals and the team in terms of collaboration and reflection. 2) Keeping in contact after treatment contributes to the quality of care by knowledge-transfer. Experiences of workers in contact with ex-patients and reflections about their clinical treatment are transferred to actual situations in clinical care. Professionals are, by providing aftercare, able to better cope with difficult situations. 3) Relational care and maintaining contact after treatment promotes self-organization, collaboration, reflection and creativity, and thereby contributes to the development of autonomous and responsible professionals.

In chapter 6, the final question is answered, namely, whether the combination of relational care and maintaining contact after treatment is effective in the reduction of criminal recidivism (prevalence, time to re arrest, and severity) by ex-patients treated under the article 37 act of the Dutch penal law (involuntary psychiatric hospital admission, with a maximum of one year) compared to ex-patients treated under the article 37 act of the Dutch penal law, who did not receive relational care and contact after treatment. In an ex post facto experimental design, three groups were distinguished and studied.

The first group, ‘contact after treatment’ ($n = 45$), received relational care, and was offered voluntary contact after treatment. This group consists of all patients with an article 37 act, discharged between September 1, 2012 and March 1, 2015. The historical group (second group, $n = 43$) received treatment in the same FPK, but they were discharged between 2007 and 2010, when relational care and contact after treatment had not yet been implemented as a policy. The third group, ‘3 FPK’ ($n = 23$), consists of all ex-patients treated under the article 37 act, discharged from the three other Forensic Psychiatric Clinics in the Netherlands in the same period as the ‘contact after treatment’ group. In these facilities, relational care and maintaining contact after treatment is not a part of the treatment.

Criminal recidivism two years after discharge within the group that received relational care and contact after treatment was 15,6%. In the two similar groups that did not receive relational care and contact after treatment, 46,5% and 47,8% committed a new crime within two years after discharge. The odds-ratio in the first group (.245) is four times lower than in the other groups. These findings suggest that relational care and keeping contact after treatment reduce recidivism and can thus be an effective intervention. This form

of relational care and informal aftercare may bridge the gap patients experience when they are transferred between facilities in the mental healthcare system. The positive findings of this study are in line with results of research on the effects of aftercare after detention.

Chapter 7 is the final chapter of this dissertation. It examines the results of the present study in relation to current forensic care in the Netherlands. The results of this study emphasize 'the strengths of normalizing 'day-to-day living practices' in residential forensic care. Professionals apply a range of educational aspects, which strengthen the rehabilitative opportunities normal everyday life brings. Doing ordinary little things (together) contributes to meaningful mutual relationships between patients and professional caregivers, and positively affects the atmosphere on the ward (and in the institution), including perceptions of safety.

In these studied practices of relational care, we observed that professionals are persistent. They do not give up easily on patients. Relational care is confronting in its own way for both patients and professionals caregivers. It is often said that relational care is 'doing nothing' in that joining patients is just 'doing what they want'. However, that is not what relational care is. Connecting and attuning to patients is not 'agreeing with what they want', or avoidance of disagreement and conflict. Relational care does require contact maintenance, even, or especially when it is hard, when patients are 'unmotivated', or 'serving their time' or when they suffer from severe mental disorders, or are extremely vulnerable and show challenging behavior. To support professional caregivers adequately, the professional first has to be with the other in a dedicated and attentive manner.

The past years, quality guidelines and standards of professions were developed in a person centered and recovery oriented way. Relational care is insufficiently included in these guidelines and standards. The problem that arises is the non-existence of relational care in formal documents and the lack of acknowledgement of this approach. The contribution of this approach must be written down in guidelines and standards to become functional.

This study has provided empirical evidence that supports the use of relational care in forensic psychiatry by conducting a mixed methods study with experimental and qualitative research designs. This also expands the scope of the theory of presence.

The results of this study show that relational care and maintaining contact after treatment bring additional value to a 'complex' and 'difficult' area of offender rehabilitation: forensic psychiatry. The value is fourfold: for care-receivers, professionals, organization and community (in terms of reduction of criminal recidivism). These findings support efforts to develop new programs that support relational care in complex practices, and provide a rationale for further research on the relational paradigm in health care.

Verklaring METC

commissie

De Boelelaan 1117
1081 HV Amsterdam

postbus 7057
1007 MB Amsterdam

telefoon 020 444 4444

www.VUmc.nl

P. Schaftenaar
Zorginnovator en onderzoeker, Inforsa
Duivendrechtsekade 55
1096 AH AMSTERDAM

Medisch Ethische Toetsingscommissie
VU medisch centrum
voorzitter: prof. dr. J.A. Rauwerda
intern postadres: BS7, kamer H-565
telefoon: 020 - 44 45585
e-mail: metc@vumc.nl
website: www.vumc.nl/metc



onderwerp
niet-WMO advies

ons kenmerk
2015.217

datum
11 juni 2015

Geachte mevrouw Schaftenaar,

Het Dagelijks Bestuur van de Medisch Ethische Toetsingscommissie VU medisch centrum heeft uw onderzoek **Be careful; Een onderzoek naar de waarde en betekenis van relationele zorgpraktijken in de forensische psychiatrie** besproken in de vergadering van 21/05/2015.

Het onderzoek valt niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Het oordeel is gebaseerd op de volgende documenten:
A1 aanbiedingsbrief d.d. 6-5-2015
B25 privacyverklaring d.d. 6-5-2015
C1 onderzoeksprotocol d.d. 6-5-2015
E11 informatiebrief versie 3 d.d. 10-6-2015
E2 toestemmingsverklaring d.d. februari 2015

Het Dagelijks Bestuur van de Medisch Ethische Toetsingscommissie VU medisch centrum wijst u erop dat hoewel het ingediende onderzoek niet onder de reikwijdte van de WMO valt, andere wet- en regelgeving (mogelijk) wel van toepassing is, waaronder:

- WGBO (Wet Geneeskundige Behandeloevereenkomst);
- WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens), zie www.cbppweb.nl;

Samenstelling commissie

prof. dr. J.A. Rauwerda
dr. K. Hoekman
prof. dr. M.A. Blankenstein
mw. prof. dr. C. Boer
mw. dr. M.A. Bremner
mw. drs. M.M.E. van Dijk
dr. B. Drukarch
dr. E.G. Haarman en
dr. M.J.J. Finken
mw. mr. A.J.G.M. Janssen en
mr. F.J. Faber
dr. M.J.P.A. Janssens,
mw. dr. C. Widdershoven en
dr. R. Houptepen

voorzitter, chirurg
plv. voorzitter, internist-oncoloog
klinisch chemicus
biomedicus
psychiater
verpleegkundige
arts-farmacoloog
kinderartsen
juristen
medisch ethici

dr. M. Klein
dr. M.D. Lagerweij
dr. B.W. van Oosten en
mw. M. Kouwenhoven
mw. G. Nijman en mw. H. Holman
mw. dr. A.F.W. van der Steeg en
mw. dr. E.A. te Velde
dr. Ir. P. van de Ven,
mw. dr. C.B. Terwee en
mw. dr. N. Veldhuijzen
prof. dr. Ir. R. Verdaasdonk en
dr. ir. ing. Th.J.C. Faes
ing. S.W. Vianen

neuropsycholoog
tandarts
neurologen
proefpersonenleden
chirurgen
methodologen
klinisch fysici
stralingsdeskundige
ziekenhuisapothekers
klinisch farmacologen

drs. A.J. Wilhelm en
drs. P.M. Bet

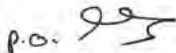
- Code Goed Gedrag (Gedragscode gezondheidsonderzoek: gebruik medische gegevens in wetenschappelijk onderzoek), zie www.federa.org;
- Code Goed Gebruik (Gedragscode Verantwoord omgaan met lichaamsmateriaal ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, 2011), zie www.federa.org;
- Reglement VUmc Nader gebruik lichaamsmateriaal, zie KwaliteitsNet VUmc, document 046913, versie 2;
- Overdrachtsovereenkomst van lichaamsmateriaal, zie <http://www.vumc.nl/afdelingen/METc/wetgeving/lichaamsmateriaal/>;
- Biobanken: Tijdelijke regeling 'de novo' biobanken (METc VUmc 2012), zie http://www.vumc.nl/afdelingen/METc/wmo-coordeel/soorten_onderzoek/tijdelijke_regeling_biobanken/;
- WBO (Wet Bevolkings Onderzoek), zie <http://www.vumc.nl/afdelingen/METc/wetgeving/wetbevolkingsonderzoek/>.

To whom it may concern

We are pleased to confirm that the Medical Research Involving Human Subjects Act (WMO) does not apply to the above mentioned study and that an official approval of this study by our committee is not required.

The Medical Ethics Review Committee of VU University Medical Center is registered with the US Office for Human Research Protections (OHRP) as IRB00002991. The FWA number assigned to VU University Medical Center is FWA00017598.

Met vriendelijke groet,
namens de Medisch Ethische Toetsingscommissie VU medisch centrum,



prof. dr. J.A. Rauwerda, voorzitter

Bijlage 2

Informatiebrief deelnemers onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek naar de waarde en betekenis van relationele zorg

Amsterdam, april 2017

Geachte heer, mevrouw,

U heeft aangegeven deel te willen nemen aan een onderzoek van FPK Inforsa over haar werkwijze. In deze brief vindt u hier meer informatie over.

Doel wetenschappelijk onderzoek

Het doel van het onderzoek is zicht te krijgen op de werkwijze van Inforsa en hoe deze ervaren wordt door patiënten en medewerkers. Het onderzoek wil:

- a) kennis over recidive(reductie) in de forensische psychiatrie vergroten.
- b) inzicht geven in de ervaring van patiënten en medewerkers die deze zorg krijgen of geven.

Hoe wordt het totale onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd op drie manieren:

1. Onderzoekster is aanwezig geweest op de afdelingen om mee te lopen in het dagelijks leven (participerende observatie).
2. Er vinden interviews plaats.
3. Er vindt een studie plaats van dossiers naar kenmerken, achtergronden en recidive.

Ik heb u nu benaderd met het verzoek of u wilt meewerken aan onderdeel 2): de interviews.

Deelname

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Als u meedoet, kunt u zich altijd bedenken en alsnog stoppen. Ook tijdens het onderzoek of na afloop van de interviews.

Privacy en anonimiteit

De onderzoekster zal er alles aan doen om uw anonimiteit te garanderen. Er zullen geen herkenbare kenmerken in rapportages staan. Onderzoekster en haar twee begeleiders zijn de enige personen die toegang hebben tot het onderzoeksmateriaal.

Als u wilt meedoen, zal de toestemmingsverklaring apart van het onderzoeksmateriaal bewaard worden.

De verzamelde gegevens blijven tot vijf jaar na afronding van het onderzoek bewaard, daarna worden ze door onderzoekster vernietigd. Tijdens het onderzoek kunt u inzage krijgen in uw interviewverslag.

Resultaat onderzoek en bereikbaarheid onderzoekster

De gegevens uit dit onderzoek worden gebruikt om zicht te krijgen op de manier van werken, deze te beschrijven en om eventueel aanbevelingen te doen voor verbeteringen van de zorg.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Petra Schaftenaar en zal begeleid worden door prof. dr. A.J. Baart (Universiteit voor Humanistiek) en prof. dr. G.J.J.M. Stams (Universiteit van Amsterdam).

Het is de bedoeling dat de resultaten gepubliceerd worden in een boek en in twee artikelen. Indien u wilt, kunt u een exemplaar ontvangen van het onderzoek. Onderzoekster zal dan apart met u vastleggen waar zij u kan bereiken. Mocht u op een later moment nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u de onderzoekster altijd bereiken per e-mail: petra.schaftenaar@inforsa.nl

Bijlage 3

Informed Consent

Toestemmingsverklaring onderzoek

Ik verklaar vrijwillig mee te willen doen aan het onderzoek naar 'de waarde en betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie'. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Petra Schaftenaar namens Inforsa.

Ik ben op de hoogte van het doel van het onderzoek.

De rapportage over dit onderzoek zal geanonimiseerd zijn en niet herleidbaar tot personen.

Ik ga akkoord met het gebruik van:

- Tekstmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek, publicaties en presentaties die hiermee verband houden

NAAM	
HANDTEKENING	
DATUM	

Bijlage 4

Wie-is-wie?

Onderstaande tabel is een overzicht van alle (gefingeerde) namen van deelnemers aan het onderzoek en hun rol of functie. De lijst is opgesteld in alfabetische volgorde. Groepsbegeleiders werken op de afdelingen en hebben een sociaal-agogische of verpleegkundige beroepsopleiding.

<i>Naam</i>	<i>Rol/functie</i>	<i>Naam</i>	<i>Rol/functie</i>
Alice	groepsbegeleider	Melanie	groepsbegeleider
Arlette	moeder Erwin	Michel	cliënt
Astrid	groepsbegeleider	Mitali	cliënt
Bernadette	cliënte	Monique	groepsbegeleider
Boris	cliënt	Morris	groepsbegeleider
Casper	groepsbegeleider	Nadine	groepsbegeleider
Chantal	cliënte	Nadir	cliënt
Dagmar	groepsbegeleider	Nannie	groepsbegeleider
Dirk	groepsbegeleider	Nathalie	groepsbegeleider
Ellis	groepsbegeleider	Nick	cliënt
Erwin	cliënt	Rafael	groepsbegeleider
Esther	groepsbegeleider	Remco	vaktherapeut
Fatima	gz-psycholoog	Remy	cliënt
Frits	groepsbegeleider	Richard	groepsbegeleider
Han	cliënt	Roos	groepsbegeleider
Harm	groepsbegeleider	Sasja	groepsbegeleider
Hernando	cliënt	Sebastiaan	groepsbegeleider
Ian	cliënt	Serge	cliënt
Jaqueline	groepsbegeleider	Sylvia	groepsbegeleider
Joeri	cliënt	Tara	groepsbegeleider
Josee	groepsbegeleider	Theo	cliënt
Kris	cliënt	Thijs	cliënt
Lara	psychiater	Vader	vader Erwin
Louis	groepsbegeleider	Valerie	groepsbegeleider
Maarten	cliënt	Wessel	groepsbegeleider
Marieke	maatschappelijk werker		

Toelichting presentatie data kwalitatief empirisch onderzoek

In het kwalitatieve empirische onderzoek worden veel fragmenten uit de data gebruikt. Om de leesbaarheid te vergroten, staan deze teksten cursief. Hoewel het citaten betreft, open en sluit ik niet met aanhalingstekens. Alleen conversaties binnen een fragment worden met aanhalingstekens weergegeven. Achter elk fragment is ter controle de vindplaats vermeld. De vindplaats is afgekort:

PO a t/m t = participerende observatie in 2015;

PO Aa t/m Ak = participerende observatie in 2016;

FGPO = focusgroep participerende observatie;

1 t/m 8 = interviews zorgontvangers;

FGBW = focusgroep betekenis werkers.

Achter elk van deze codes staan de regelnummers waar het fragment is te vinden.

Het relationeel werken van Sasja en Valerie

5.1. Relationeel en situationeel werken

Sasja en Valerie werken op een manier die we relationeel kunnen noemen. Bij beiden begint dat met de basisattitude: in elke situatie gaan ze opnieuw de relatie met de individuele cliënt aan. Wat het goede om te doen is, is niet vooraf bepaald, maar wordt afgestemd op de cliënt en op het moment. Zo 'weigert' Sasja het *candlelight dinner* op te geven om een andere cliënt aan te spreken op roken op de afdeling, maar kondigt ze het wel vast aan.

Rond 18:30 uur gaan we aan tafel. Sasja is opnieuw in gesprek, ze is bij het spreekuur van de psychiater met individuele cliënten. Aan de mooi gedekte tafel schuiven af en toe wat cliënten aan. Als iedereen klaar is, komt Sasja de groep op, Nadir in haar kielzog. Ze gaan samen aan tafel hun (koude) maaltijd op eten. Ondertussen voert Sasja een gesprek met Nadir, over dat hij zich de afgelopen tijd zo terugtrok, wat hij nodig heeft om stappen te zetten. Het is donker. Ze praten niet hard, het ziet er gezellig uit. Dan ziet, terwijl ze eet, Sasja een andere cliënt, met wie ze net intensief met de psychiater gesproken heeft, rokend over de afdeling lopen. 'Hé', zegt ze, 'zie ik dat nou goed? Dat kan echt niet hoor, ik kom zo even naar je toe.' De cliënt zegt dat hij niets doet en loopt naar het balkon. Als haar eten op is, stapt Sasja het balkon op en zegt dat ze even met hem wil praten. Ze vertelt hem dat ze koffie gaat halen en dat ze dan komt. (Verslag PO h: 69-76; 78-80; 96-103)

Daarbij doen ze 'wat aan de orde is', zonder zich exclusief te laten leiden door regels of verplichtingen. Alhoewel er een overdracht was, kozen beiden ervoor om een cliënt gedag te gaan zeggen. De cliënt ziet ook dat er een overlegmoment is (want dat gebeurt in het kantoor met glazen ramen) en dat de keuze wordt gemaakt voor het contact met hem, in plaats van de teamactiviteit. Dat levert op dat je meetelt, ertoe doet.

Tijdens de overdracht van de dienst in het verpleegkundig kantoor laat Boris zijn visite uit. Zijn ouders waren op bezoek. Ze lopen gedrieën langs het kantoor en zwaaien. Iedereen blijft zitten, behalve Sasja. 'Eh, moeten we...?', zegt ze. Ze staat op en loopt naar de deur. Ze maakt meteen contact met de ouders. 'Was het leuk? Ja? En nu weer door de regen terug... Bah.' Ze komt terug het kantoor in om de sleutel van de lift te pakken, zodat de ouders met de lift naar beneden kunnen. Als Sasja terugkomt, ziet ze Bernadette op de afdeling. In plaats van teruglopen naar het kantoor, loopt ze enthousiast de afdeling op en maakt contact met haar. Dan komt ze terug op kantoor. (Verslag PO k: 3-11)

5.2. Aansluiten en afstemmen

Als Sasja aan het werk is, lijkt het alsof dingen om haar heen ‘zomaar’ ontstaan. Wat er in feite gebeurt is dat ze elke keer, in elke situatie opnieuw de relatie met de individuele cliënt aangaat – en dat is de ‘aanjager’ van de ontwikkeling.

Koffiemoment. Sasja loopt een rondje om iedereen te motiveren. Eerst stapt ze de comfort room binnen, waar Han geheel onder een wollen deken ligt. Ze stapt naar binnen, zegt ‘Hallo?’ en vervolgens met haar harde hoge, heldere stem: ‘Ik vind het wel een beetje eng zo, wie ligt daar?’ Han broemt. Sasja vraagt of hij bij de koffie komt. Han antwoordt dat hij ziek is. ‘Ach, moet je niet in je bed gaan liggen?’, vraagt ze terwijl ze wegloopt. Dan gaat ze alle kamers langs. Iedereen krijgt aan de deur een persoonlijke uitnodiging om bij de koffie te komen. Bij de een zegt ze ‘Kom! Gezellig’. Bij de ander ‘Ik kan je niet missen, hoor’. Uiteindelijk zitten er zeven mensen bij de koffie. Zoveel heb ik er nog niet gezien, ook niet op de ‘verplichte’ momenten. (Verslag PO k: 30-38)

Ook Valerie brengt een bepaalde dynamiek met zich mee, een dynamiek die ook in haarzelf zit. ‘Het is hoe ik ben, van binnen uit’, zegt ze zelf. In plaats van dat cliënten en collega’s dit uit de weg gaan (omdat ze het drukke en dynamische dat zij in zich heeft, hinderlijk of onvoorspelbaar zouden kunnen vinden), gebeurt het omgekeerde. Valerie is niet alleen bij iedereen geliefd en gewaardeerd, ze wordt soms ook bewonderd om wat ze doet of om wie ze is. Hoe komt ze hiertoe? Wat doet ze, of hoe is ze, wat werkt? Een kern lijkt te liggen in de manier waarop ze op haar medemens afstemt en probeert de ander te begrijpen:

‘Als je in de basis beseft dat je geen controle kunt krijgen over andermans leven, als je er een realistisch beeld van hebt, weet wat iemand gewend is, hoe iemand overleefd heeft, als je weet hoe zwaar iemand het heeft gehad, dan moet je samen doelen stellen. Want de vraag is of jouw doelen wel zo realistisch zijn. Ik probeer echt een beeld te krijgen hoe het voor iemand is en was. Dat scheelt heel veel in je persoonlijke frustratie. Bepaalde dingen zijn geen pillen voor, gaat jaren duren. En wat betreft drugs, dat gaat helemaal lang duren. Een twintigjarenplan. Op een moment dat je [de werker] wel overspoeld wordt door frustratie, dan is je kijk niet meer helder, heb je geen realistisch beeld meer, ook niet van de doelen. Dan ga je niet meer uit van de basis van respect, maar wordt het een dingetje van “ik bepaal de richting en jij moet lopen”. Daar moet je uit zien te blijven. Ik mag je een richting adviseren als je het fijn vindt om te horen, maar het pad loop je zelf.’

Valerie licht vervolgens de manier toe waarop zij aansluit bij en afstemt op de individuele cliënten. Kernwoorden zijn begrip tonen, ruimte geven en meebewegen, om van daaruit iets in gang te kunnen zetten.

‘Cliënten vertellen en doen dingen als ze het idee hebben dat ik, als werker, ze een beetje begrijp. Als ik, als werker, ze niet begrijp, dan zullen ze niets voor me doen, met me doen, of me laten raken. Iemand die dichtbij staat, daarbij komt de boodschap beter over. Soms ook harder. Maar daar moet ik ze wel voor begrijpen.’ (Verslag PO Ab, 127-139; 143-146)

'Ik geef ruimte, level en beweeg mee. Ik probeer te begrijpen en pas dan kan ik bijschaven. Niet veranderen, dat gaat niet meer lukken.' (Verslag PO Ab, 160-164)

'Als je met ieder afzonderlijk je band hebt opgebouwd, kan je met ieder afstemmen. Op ieders eigen manier. Van "Wat flik je me nou?" tot "Moeilijk, hè, maar wat goed dat dit je gelukt is".' (Verslag PO Ab, 140-142)

Om aan te kunnen sluiten bij en af te stemmen op de ander, moet ze ook zichzelf laten zien. Het begrijpen van de ander als voorwaarde om samen te kunnen werken of leven, impliceert ook dat de ander jou moet kunnen begrijpen:

'Ik weet dat de moeite in de relatie zit als mensen anderen niet kunnen lezen. Ze kunnen dan niet inschatten wie je bent. Ik wil dat mensen mij kunnen inschatten, omdat ik hen ook wil inschatten. Ik wil leesbaar zijn.'

'Ik word bang als ik mensen niet goed kan lezen. Dat is ook andersom: ze kunnen mij allemaal lezen. Ze hoeven bij mij niet te gokken of te twijfelen. Ze hoeven niet te gissen.'

'Als er een nieuw iemand komt, laat ik hun heel gedoseerd zien (in en door het contact met anderen) wie ik ben. Dan hoor ik het ze ook zeggen: "zij is leuk hoor". Of "zij is gek man..." Dan weet ik het al. Ik laat mensen gedoseerd wennen aan wat ik doe. Ik kan dit niet inzetten als er geen relatie is. Dan schrikt dat af. Dan werkt het niet. Als iemand nieuw is, doe ik nooit meteen rechtstreeks zo. Als ik voel dat iemand contact zoekt en iemand heeft het gezien, dan groeit het uit. Dat doe ik heel bewust zo.' (Verslag PO Ae, 137-139; 135-136; 140-145)

5.3. Ondersteuning en grenzen

De ondersteuning die van beiden uitgaat, is groot. Ze hebben daar ogenschijnlijk geen twijfel of onzekerheid over, het lijkt of zij dit uit zichzelf, als grondhouding bieden. Het is vanuit deze ondersteunende en betrokken houding, dat ook als zij grenzen stellen, deze geaccepteerd worden door de cliënt.

Na de koffie komt Han naar het kantoor. Hij wil begeleid naar buiten om shag te halen. Sasja zegt dat dit niet kan: hij heeft geen vrijheden. Han's gezicht staat op onweer. Sasja zegt dat ze even zal voorlezen wat er gisteren besloten is. Ze loopt naar de computer en vertelt. Han is het niet eens met die interpretatie. Sasja zegt dat dit afgesproken is en dat Han ook iets anders had kunnen vragen. Han weet niet wat. Sasja helpt: namelijk of het team shag voor hem zou willen kopen? Han zegt dat hij zelf zijn zaken wel regelt en loopt weg. (Verslag PO k: 56-62)

De dynamiek van Valerie krijgt pas een effectieve functie in haar werk als cliënten haar 'kunnen lezen', haar begrijpen. Dan is het ondersteunend.

'Wat ik ermee bedoel te doen is ontwapenen. Ik wil dat de spanning bij de ander daalt, dan doe ik er een schepje bovenop. Wat ik doe is een bepaalde sfeer neerzetten met mijn stem. Dat doe ik pas als mensen de andere kant (de rustige, lieve, meedenkende, bemoederende, betrokken) van mij kennen. Als dat het geval is, ga ik dit inzetten: ontspanning, ontlading, de sfeer oppeppen, om het gezellig te maken. Het is iets aangeven met een toon die aanwezig is, waar je niet omheen kunt, maar die ook ontwapenend is.' (...)'De functie ervan is "zijn", "gezien worden", "hen zien". Ik ben heel actief en ik doe heel actief. Dat is bepalend voor hoe de dag

verloopt, hier. De dag verloopt op een prettige manier als ik actief aanwezig ben in het proces. Dat doe ik door er zo te zijn: rare geintjes, soms overdreven, het schreeuwerige.’ (Verslag PO Ae, 90-96; 98-101)

En heeft het een functie in het begrenzen van cliënten.

‘Als ik dan op verlof ga met Joeri⁴⁴ doe ik dat niet. Dat zou ik doen als hij over de schreef dreigt te gaan met zijn smerige geintjes over vrouwen, om het moment van spanningsopbouw over te nemen: de aandacht afhalen van de spanningsopbouw over het thema waarover het oploopt. Mijn stem heeft dus een functie: niet alleen “ik ben er”, maar ook van “afleiden”, als ik gek doe, kunnen zij zich herpakken. Of ik maak mijn punt. “Zit je weer gek te doen?” Dat is een stopfunctie voor de ander.’

‘Juist dat rustige, dat mensen me zo kennen, maakt dat ik kan maken dat ik er ook op de andere manier mag zijn. De andere manier is ontwapenend, gespeeld onschuldig. Ze ontgooien, het heeft iets naïefs, maar ik zet het wel in. Daarmee kunnen cliënten makkelijk naar me toe komen. Als ik gek doe, kunnen anderen zich herpakken: ik bereik wat ik wil, doordat ik zo gek doe, in de overtreffende trap, doet de ander wat ik wil.’ (Verslag PO Ae, 102-107; 125-129)

44 Valerie refereert hier aan een activiteit die zij eerder die dag ondernam, samen met Joeri en onderzoekster bracht zij een bezoek aan de McDonald’s.

Bijlage 6

Presentietheoretische analyse

6.1.	Inleiding	280
6.2.	De kaart van relationeel werken	280
6.3.	Relationeel werken: ruimte	282
6.3.1.	Zijn zoals je bent	282
6.3.2.	Ruimte versus (systeem)druk	282
6.3.2.1.	<i>Institutionele druk</i>	282
6.3.2.2.	<i>Het forensische kader</i>	283
6.3.2.3.	<i>Psychiatrische druk</i>	284
6.3.2.4.	<i>Tot slot</i>	287
6.3.3.	Contextuele afwegingen	287
6.3.4.	Tussenconclusie van deze paragraaf	287
6.4.	Relationeel werken: mismatch	287
6.4.1.	Tussenconclusie van deze paragraaf	289
6.5.	Relationeel werken: aansluiten en afstemmen	289
6.5.1.	Verplaatsen in het perspectief van de cliënt	289
6.5.2.	Open, onderzoekende waarneming	289
6.5.3.	Belangstellende betrekking op zichzelf en anderen	290
6.5.4.	Aansluiten bij taal, tempo, beweeglijkheid, sociabiliteit	291
6.5.5.	Tussenconclusie van deze paragraaf	292
6.6.	Relationeel werken: functies van relaties	292
6.6.1.	Legitimatie	292
6.6.2.	Erkenning	293
6.6.3.	Afstemmingskader	293
6.6.4.	Podium	293
6.6.5.	Oefenruimte	294
6.6.6.	Sociale verbintenis	294
6.6.7.	Potentieel geweld van hulp beteugelen	295
6.6.8.	Indammen onnodig doorbehandelen	296
6.6.9.	De professionele bestendigheid van behoefteigheid kan indammen	296
6.6.10.	Tussenconclusie van deze paragraaf	296
6.7.	Relationeel werken: attitude en rol zorgverleners	297
6.7.1.	Jezelf terughouden en geduld en trouw	297
6.7.2.	Het alledaagse	297
6.7.3.	Latende modus	298
6.7.4.	Niet afromen	298

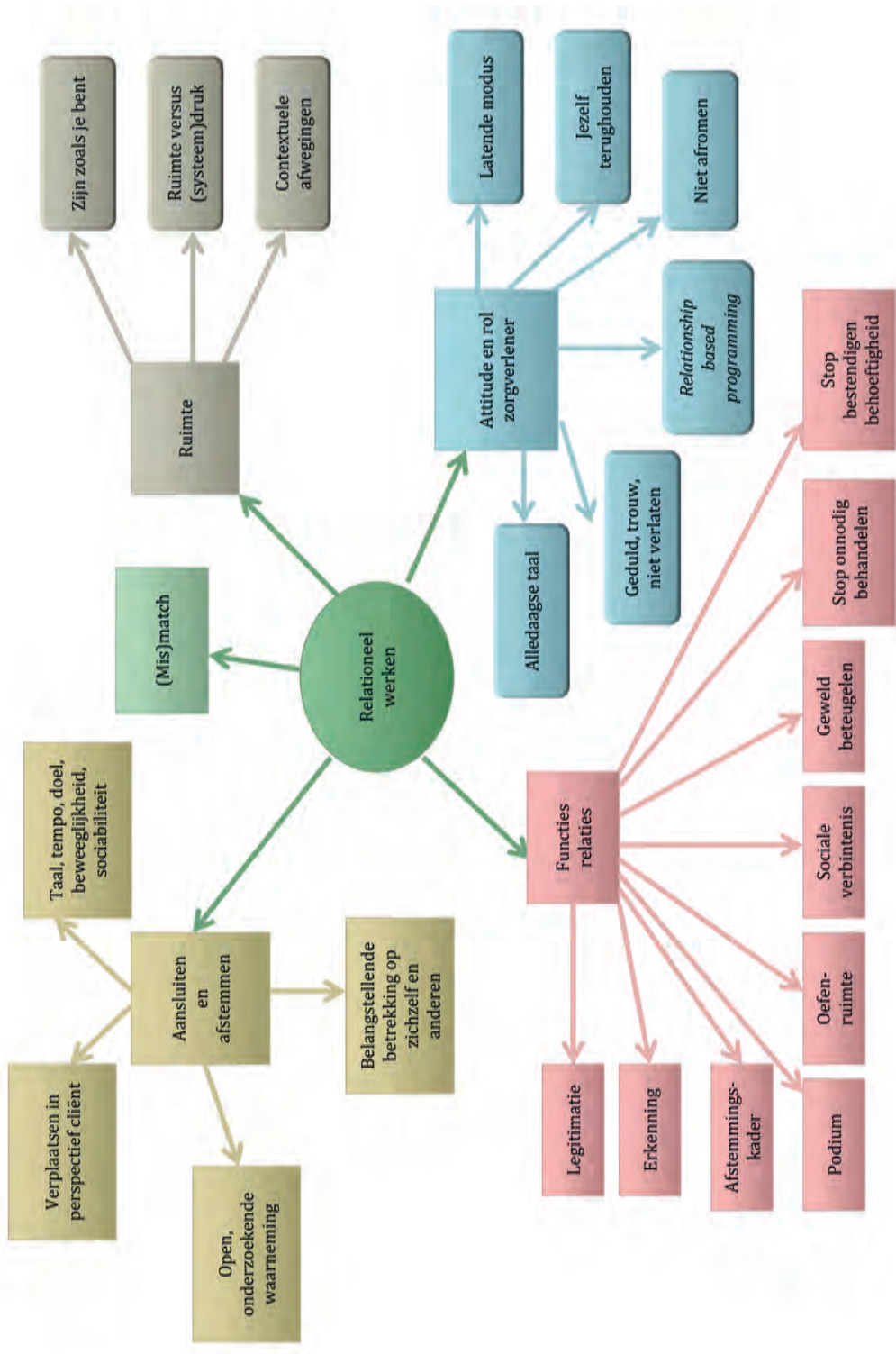
6.7.5.	Opvallende houdingen van werkers	299
6.7.5.1.	<i>Compenseren</i>	299
6.7.5.2.	<i>Hitteschild</i>	300
6.7.5.3.	<i>Begrenzende ouder</i>	300
6.7.5.4.	<i>Als een vriend</i>	301
6.7.5.5.	<i>Er zijn</i>	301
6.7.6.	Tussenconclusie van deze paragraaf	302
6.8.	Aanvullingen uit deze praktijk op de 'kaart van relationeel werken'	302
6.8.1.	Het belang van humor, luchtigheid en verdunde ernst	302
6.8.2.	Een aanvullende functie van de relatie: de relatie geeft veiligheid	303
6.8.3.	Tussenconclusie van deze paragraaf	304
6.9.	Conclusie van deze presentietheoretische analyse	304
6.10.	Referenties	304

6.1. Inleiding

Dit hoofdstuk heeft tot doel een verdiepende analyse uit te voeren om te onderzoeken of de werkwijze die op de geobserveerde afdelingen is gezien en de gevonden thema's conform de presentietheorie zijn of niet. Deze analyse is tot stand gekomen op basis van de etnografische beschrijving van het werk, de thematische analyse hiervan, de analyse van de focusgroep over de observatie en het theoretisch kader van waaruit relationeel werken is gezien. Met behulp van constante vergelijking (*Constant Comparative Method* van de *Grounded Theory* (Glaser, 2008)), wordt het materiaal met elkaar verbonden. De hier uitgevoerde kwalitatieve analyse begint met een theoretisch model: de kaart van relationeel werken. Door het maken van constante vergelijkingen binnen het gevonden materiaal is getoetst in hoeverre de resultaten voldoen aan de kenmerken van relationeel werken. Waar van toepassing (omdat de resultaten overeenkomen of afwijken) zijn kenmerken of inzichten verbonden aan de eerdere onderzoeken naar het leven en werken (op afdelingen) in de forensische psychiatrie.

6.2. De kaart van relationeel werken

Allereerst schets ik welke componenten van relationeel werken er in het theoretisch kader benoemd zijn: de kaart van relationeel werken. Vervolgens beschrijf ik per deelgebied op welke plek en hoe dit in de praktijk zichtbaar is geworden (of niet). Daarbij wordt verwezen naar paragrafen in hoofdstuk 3 of geven andere, nog niet eerder beschreven situaties zicht op dit deelgebied van relationeel werken. Per deelgebied zal ik vervolgens aangeven of en zo ja, hoe de aspecten terugkomen in de observaties.



6.3. Relationale werken: ruimte

6.3.1. Zijn zoals je bent

Je hoeft niet eerst je ‘anders-zijn’ of je eigenaardigheden op te geven voordat je geaccepteerd wordt of ondersteuning krijgt (Baart, 2001, p. 741). De geboden ondersteuning is in die zin zonder voorwaarden. Het mogen ‘tonen zoals je bent’ komt op diverse manieren naar voren in de observaties. Bijvoorbeeld in paragraaf 3.4.1., ‘Het normale leven’, waar beschreven wordt hoe Kris met al zijn eigenaardigheden zichzelf is en mag zijn. Of in paragraaf 3.4.5.1., waarin Bernadette haar medebewoners niet moet lastigvallen, maar wel tegen de begeleiding mag blijven praten. Een ander voorbeeld is paragraaf 3.4.5.2. over Valerie en Nick, waar zichtbaar wordt dat Nick gekend en geaccepteerd wordt door Valerie, als voorwaarde om überhaupt met hem te kunnen werken (en grenzen te kunnen stellen).

6.3.2. Ruimte versus (systeem)druk

In het werk is een drievoudige spanning zichtbaar waar de werkers en cliënten zich toe hebben te verhouden. Ten eerste is er de spanning van het ‘opgenomen zijn’; de opname brengt een institutionele logica met zich mee (Baart, 2001, p. 633 e.v.; Goffman, 1975). Ten tweede is er het forensische kader, met bijzondere regels en voorwaarden, wat extra druk met zich meebrengt (Hörberg & Dahlberg, 2015). Ten derde vindt de opname plaats in een behandelkliniek. Dat betekent met de druk van het psychiatrisch gedachtegoed. Het is op het grensvlak van deze druk of spanningen dat er conflicten ontstaan of sprake is van disciplineren. De werkers reageren of handelen met al deze druk of spanningen in het hoofd en ze proberen dit te hanteren en hanteerbaar te maken, maar ook te compenseren en in balans te brengen voor de cliënten (zie ook paragraaf 6.7.5.1. in deze bijlage).

6.3.2.1. Institutionele druk

De druk van de klinische opname, van het institutionele, is een complexe druk. De zorg wordt georganiseerd in structuren die ‘niet anders kunnen’. Voor de professionals geldt bijvoorbeeld dat zij moeten werken in wisseldiensten. Er zijn ‘min of meer’ collectieve momenten om samen te moeten komen, er zijn vergaderingen, intervisies en besprekingen om het werk af te stemmen en om samen te werken. De impact daarvan op cliënten is groot. Het dagelijks leven is niet meer ‘gewoon’, maar wordt gestuurd door institutionele uitgangspunten. Petry en Nuy (1997) beschrijven het effect hiervan op de patiënt: rekening moeten houden met anderen, doelloosheid ervaren, overgeleverd zijn aan andere mensen die jouw tijd en ruimte invullen en innemen. Bij de gezamenlijke maaltijd willen de werkers bijvoorbeeld ‘gezelligheid’, maar de cliënten niet.

Voor de lunch heeft Nick eitjes gekookt. De ovale tafel zit vol, het is gezellig. Iedereen die het eten op heeft, vertrekt weer van tafel. ‘Hè, wat jammer nou’, zegt Valerie. En tegen Maarten: ‘Wat fijn dat jij wel blijft zitten.’ Na een klein half uurtje ruimen we af. (Verslag PO Ah, 149-151)

Voor de cliënt betekent het intern wonen ook een beperkt contact hebben met de wereld buiten de muren van de instelling (Goffman, 1975). Er wordt door de werkers geprobeerd de institutionele regels niet leidend te laten zijn, zo blijkt als een cliënt vraagt naar de bezoektijden:

Sebastiaan komt aan het team vragen hoe het zit met bezoek ontvangen. Kan dat en zijn er bepaalde tijden? Valerie legt uit: 'Weet je hoe we dat doen? Kijk, als je bijvoorbeeld therapieën hebt, is het handig om het bezoek daar omheen te plannen. Maar verder hebben we geen bezoektijden, mogen ze komen wanneer ze willen. Het is dan wel handig als wij het even weten.' (...) Even later komt hij terug. 'Vanaf hoe laat mogen ze komen?', vraagt hij. 'Vanaf de ochtend, hoor, er zijn geen vaste tijden', zegt Valerie. (Verslag PO Ag, 165-174)

Dat de institutionele druk ingewikkelde kwesties met zich meebrengt laat zich illustreren aan de hand van het volgende voorbeeld, waaruit blijkt dat de manier hoe het werk georganiseerd is, een deel van het probleem is waar cliënten en werkers tegenaan lopen.

Op de patio roken Louis en Valerie een sigaret. Ze praten over de problemen op de afdeling en de balans tussen zorgen en politieagent spelen. Meer controle is op zich niet slecht als er veel drugs gebruikt worden, wat op het moment het probleem is. 'Maar we zijn hier om te zorgen. En als de collega's door de drukte vergeten om iemand zijn medicatie te geven... tja', zegt Louis. Ze bespreken dat alleen controleren geen zin heeft. Op de afdeling moeten zij (de werkers) het maken. En daarbij zegt Louis: 'Als je een cliënt met een blowplan naast een cliënt die niet mag gebruiken en een fors verslavingsprobleem heeft, naast een cliënt die de grootste handelaar is op één afdeling zet, dat is toch vragen om problemen?' (Verslag PO Ah, 25-31)

Werkers proberen die druk daar waar kan te verminderen. Louis legt uit dat hij dat doet door uitnodigend te zijn, maar zo weinig mogelijk probeert op te leggen:

Je wil dat [het samen eten – PS] graag stimuleren, maar je wil het niet afdwingen. Je wil niet zeggen dat het altijd verplicht is, dus probeer je mensen op een andere manier te porren en uit te nodigen.

Op de vraag waarom je het niet gewoon zou willen of moeten regelen, antwoordt Louis: 'Je wil op basis van wederzijds respect en begrip iets neerzetten. Als je het regelt, het is geen absolute noodzaak voor iemands welzijn of functioneren dat hij wat langer blijft zitten. Maar je wil wel mensen uitnodigen dit wel te doen.' (FGPO:156-160)

6.3.2.2. Het forensische kader

De spanning van het forensische kader doet ertoe op momenten dat er daadwerkelijk sprake is van conflicten of schenden van de afspraken. Bij weggelopen en bij drugsgebruik bijvoorbeeld, 'tellen' als eerste de regels of aspecten die het strafrechtelijk kader met zich meebrengen in de zin van voorwaarden bij een strafrechtelijke titel of aspecten in een rechtspositieregeling. Hörberg en Dahlberg (2015, p. niet beschikbaar) zien het nog fundamenteeler: forensische zorg is altijd ingericht als correctie en disciplineren:

(...) carers encounter the patients with a correction style characterized by strictness, discipline, and power. They have a guarding attitude focusing on maintaining structure and order. The patients have to submit to the conditions of care and recognize what the carers want from them and how the carers want them to behave. It is a question of adapting and obeying instructions

on how to behave in order for the superficial caring to lead in the direction where the light of freedom can be seen.

In paragraaf 3.4.5.2. over Valerie en Nick wordt geschetst hoe de spanning van het forensisch kader doorwerkt in de zorgrelatie.

6.3.2.3. Psychiatrische druk

De psychiatrische druk tot slot behelst de vragen 'wat, wanneer of tot hoe ver te behandelen' en wat gelaten wordt. Welk gedrag is 'gewoon' en welk gedrag moet behandeld, besproken, geproblematiseerd worden? Deze spanning wordt gehanteerd of in sommige gevallen verzacht door bij voortdurend te denken en te handelen vanuit 'wat normaal is', waarbij voor 'normaal' wordt aangenomen hoe hier in de samenleving mee omgegaan zou worden of hoe je dat eigenlijk zelf doet, thuis. Ik behandel op deze plek twee aspecten van psychiatrische druk: 1) de logica van het dagritme versus de logica van het disciplineren en 2) behandeling onder dwang.

Doormodderen: de logica van het dagritme versus de logica van het disciplineren

Het dagritme, ontbijten, koffiemomenten, lunchen et cetera, geeft de dag structuur. Er wordt door de werkers veel belang gehecht aan die momenten: ze zorgen dat ze erbij aanwezig zijn, doen iets extra's (bijvoorbeeld eieren bakken voor de lunch), helpen bij de taken en nemen deze over als cliënten het niet (kunnen) doen. De werkers doen dat trouw, met plezier en met geduld. De tafel wordt gewoon gedekt, of er nou iemand komt eten, of niet. En als er warm gegeten is en je hebt niet meegegeten, wordt de maaltijd voor je bewaard. Hieruit blijkt de vaste waarde van het dagritme, het ritme gaat gewoon door. Dit fungeert als een signaalwerking naar cliënten: het maakt niet uit of je komt, je kan er altijd weer op terugvallen want het blijft.

De gezamenlijke momenten hebben zo een meervoudige functie. Ze zijn een middel om vorm te geven aan individuele behandeldoelen, bijvoorbeeld het dag- en nachtritme gezond houden. Maar het zijn ook momenten van gezelligheid en samenzijn en als zodanig bedoeld als druk verminderende activiteit. De momenten drukken uit dat iemand meetelt en gelijktijdig dat hem zijn autonomie niet afgenomen wordt, omdat je mag zijn wie je bent (voortijdig weglopen, wel of niet komen, meepraten).

Deze logica van het dagritme staat hier tegenover de logica van het disciplineren. Het had namelijk ook zo kunnen zijn dat er disciplinerende acties gesteld worden op het niet aanwezig zijn, bijvoorbeeld uitgesloten worden van andere momenten of extra corveetaken krijgen. Door het creëren van deze sfeer komen de functionele zaken die later op de agenda staan – waar het echt om moet draaien in de behandeling – beter 'binnen'. Het niet koppelen van discipline aan het dagritme ondersteunt daarnaast de vaste waarde van het dagritme. Het wordt (zeer) gewaardeerd dat je er bent, maar afwezig zijn wordt ook gerespecteerd. (Als je altijd op 'je donder' krijgt omdat je niet komt, wordt het moment 'besmet' of beladen en nodigt dat niet uit om toch je gezicht te laten zien.) Werkers snappen dat het (soms) moeilijk is om te komen. Dat dit geen laissez-faire houding is van de werkers (geen gelazer willen en daarom telkens maar weer op- en afdekken) blijkt uit de

grensstellingen van werkers op andere gebieden, rondom de momenten. Als de momenten er zijn, worden ze ook beschermd of bewaakt. Geen gehang op de groep, op het balkon of in de weg zitten of lopen tijdens een groepsmoment. Als dat gebeurt, wordt er door de werkers ingegrepen.

Deze bevinding staat tegenover eerdere bevindingen in de literatuur over de functie van structuur op afdelingen in de forensische psychiatrie. In het werk van Hörberg en Dahlberg (2015) wordt gevonden dat de structuur (en de cultuur) een bijdrage levert aan de mogelijkheid om permanent toezicht te houden. De consequentie hiervan voor cliënten is dat zij gedwongen worden om zich op een bepaalde manier te gedragen. Daarmee bereik je niet wat je wilt bereiken, je leert mensen slechts te tonen wat jij wilt zien. De ander past zich aan om 'het systeem door te komen' (Askola et al., 2016; Coffey, 2011).

Succesvol omgaan met de psychiatrische druk is 'doen wat nodig is' en niet meer dan dat. De redenen hiervoor zijn meervoudig. Een inhoudelijk doel is dat de werker de autonomie en eigenheid van de ander wil verstevigen. Daarbij wil de werker aandacht geven aan wat belangrijk is en niet aan de zaken die niet belangrijk zijn, het zogenaamde '*pick your battles*'. Als een werker van alles een probleem maakt, maakt hij tegelijk van niets een probleem: wat is nog belangrijk als alles sores is? Op deze manier werken kan als er een mensbeeld aan ten grondslag ligt dat uitgaat van autonomie. Iedereen is volwassen en mag zijn eigen keuzes maken. Om de problemen die er wel toe doen te adresseren is het nodig om de cliënt te kennen en bij hem aan te sluiten. Dat vraagt ook dat de werker ruimte biedt. Pas dan kan de ander zich tonen. Door voortdurend druk te leggen (in regels, voorwaarden en verplichtingen) ziet de werker de geconditioneerde cliënt, die zich aanpast aan wat de professionals willen zien.

'We hebben best een ingewikkelde opdracht, te kijken wat er in mensen hun hoofd niet goed meewerkt of voor problemen zorgt. Op moment dat je ook vooral een dwangmatig karakter opzet, is hetgeen wat je ziet aan een persoon, dat wat je zelf hebt aangebracht. Op het moment dat je ruimte laat voor mensen om zichzelf te zijn, dan zie je wat erachter zit, dan zie je de persoon. Dan zie je niet wat jij vindt dat die persoon zou moeten zijn of moeten kunnen.' (FGPO: 297-301)

De werker wil bereiken dat onderwerpen die er voor deze cliënt toe doen op de agenda komen en de aandacht en energie niet naar niet relevante of bijzaken uitgaat. Een bijkomend effect van 'doen wat nodig is' is dat het druk verminderend werkt. Cliënten wonen hier (tijdelijk) en werkers creëren een soort thuis.

De werkers helpen niet alleen bij de taken, ze nemen ze over als cliënten het niet (kunnen) doen. Daarbij laten ze een bepaald gemak zien: het kost schijnbaar geen moeite. Het eindigt er soms mee dat er niemand aan het ontbijt zit en de werkers dus samen een boterham eten. De werkers tonen hier souplesse en geduld: ze zijn het niet zat (weer) te moeten koken of de tafel te dekken. Ze hebben incasseringsvermogen en zijn werkelijk blij als ze 'volle bak' hebben. Het is het vermogen tot doormodderen: tegen de actuele feiten in doorgaan omdat het wel belangrijk is, maar niet (altijd) meteen resultaat oplevert. Werkers staan dus samen de keuken te poetsen en dan komt er soms een cliënt meehelpen.

Valerie en Rafaël staan in de keuken. Er worden schone doekjes en Glorix gehaald. Er is geen cliënt op de afdeling te bekennen. 'Mis ik nu de schoonmaak?', vraag ik schuld bewust. 'Nee, hoor', zegt Rafaël, 'die was gisteren. Maar je moet het hier elke dag doen, het is heel snel heel vies. Zelfs als de afwasmachine openstaat om vieze vaat in te zetten, staat het aanrecht hier nog vol met vuile vaat, daar wordt het dan neergezet.' 'O, net als bij mij thuis', zeg ik. 'Precies, het zijn soms net kinderen', zegt Rafaël. 'Maar weet je, wij doen het gewoon, het moet ook echt. En meestal zijn er dan wel een paar mensen die gewoon mee gaan doen, die komen dan helpen. En dan doen we het toch weer een beetje samen.' (Verslag PO Ae, 150-158)

Behandeling onder dwang

Soms mondt de psychiatrische druk uit in behandeling onder dwang. Onder dwangbehandeling worden alle vormen van insluiting, medicatietoediening et cetera verstaan, waar geen overeenstemming /medewerking over is met de cliënt. In dit onderzoek heb ik geen specifieke observaties gedaan over dwangbehandeling. Soms was een cliënt ingesloten op zijn kamer (dat is een dwangbehandeling). Dit leidde niet tot een andere manier van omgang door de werkers. Eerder conceptualiseerden een collega en ik het belang van relationele zorg tijdens dwangbehandeling (Schafteenaar & Ruiter, 2016, p. 18):

Het gebruik van dwang is een onwenselijk en verstorend deel van psychiatrische behandeling en moet zo mogelijk voorkomen worden. Als dit niet kan, is het een laatste stap die zorgvuldige uitvoering vraagt. Agressie is interactief en het herstel van conflictsituaties relationeel: er bestaat een relatie tussen de interactie tussen medewerkers en cliënten en agressie-incidenten en we weten ook dat communicatie(problemen), (gebrek aan) reflectie op het eigen handelen en organisatiecultuur belangrijke factoren zijn in beslissingen over separatie. Herstel van contact is dat wat dus moet gebeuren in situaties van dwang en insluiting. Dit kan alleen door de nadruk op zorg te leggen, in plaats van op beheersing (van de problemen). (...) Bij deze dwangzorg spelen twee elementen een rol: een de-escalerende houding en de wijze waarop de relatie tussen cliënt en zorgverlener vorm krijgt. Een de-escalerende en compassievolle houding, het oog blijven houden voor de patiënt, diens beleving en behoeftes is daarbij een belangrijke component. In de toepassing van dwangzorg gaat het er enerzijds om het willen, kunnen en mogen de-escaleren van een ontstane situatie. Dit vraagt van de zorgverlener een grote mate van reflectiviteit en waar nodig opzij stappen, hulp vragen, dan wel overnemen. Anderzijds gaat het bij dwangzorg om contact en nabijheid, zelfs als er dwang en insluiting plaatsvindt. Dit gaat om afstemming, in gesprek proberen te komen, achteraf te evalueren en de 1op1-aanwezigheid: het erbij zijn. Ook al is geen gesprek mogelijk. Dit alles draagt bij aan het herstel van de zo noodzakelijke relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger.

6.3.2.4. Tot slot

Er is een ‘strijd’ zichtbaar tussen institutionele logica van de gesloten instelling (met de hierboven beschreven drie vormen van druk die dit met zich meebrengt) en werkers die ‘het alledaagse’ pogen te doen. Het is op dat grensvlak waar de conflicten op de loer liggen en disciplineren plaatsvindt. De relationele manier van werken is de manier waarop de werkers de druk en de nadelige effecten van het systeem proberen te verzachten/compenseren. Het is, even belangrijk, ook de manier waarin ze tonen de cliënt te begrijpen en te erkennen. Als dit ogenschijnlijk botst, betreft dit de psychiatrische druk: er wordt dan onder dwang ingegrepen.

6.3.3. Contextuele afwegingen

In het werk worden voortdurend afwegingen gemaakt door de werkers. Bij het maken van die afwegingen laten zij zich niet alleen leiden door regels, afspraken of protocollen. Ze proberen een bredere context te betrekken bij hun afwegingen. Context omvat dan persoonlijke elementen (van cliënten en werkers) en situationele elementen: wat is hier en nu relevant? Dit ligt tegenover ‘regel gestuurde beslissingen’ (Baart, Van Dijke, Ouwkerk, & Beurskens, 2011; Schaftenaar, 2015). Enkele voorbeelden van het betrekken van de context bij besluiten (en het dus niet laten leiden door vooraf gegeven regels) worden beschreven in paragraaf 3.4.2., ‘De thematische analyse over ondersteuning’. In het ene geval wordt afgeweken van de standaard afspraak en worden boodschappen gedaan voor een cliënt. Het andere voorbeeld gaat over het kopen van badslippers. De noodzaak van de aanschaf is hoog, de mogelijkheden van de cliënt lijken beperkt: ondanks financiële middelen en zelfstandigheid komen de slippers er niet. Dus besluit een begeleider de koe bij de horens te vatten en met hem mee te gaan, met de auto.

6.3.4. Tussenconclusie van deze paragraaf

Het niet (onverkort) afwentelen van de systeemdruk op de cliënt, het cliënten laten zijn wie ze zijn en dat respecteren en het maken van contextuele (in plaats van ‘regel gestuurde’) afwegingen zijn zichtbare aspecten van relationeel werken in deze forensische praktijk. Dat gebeurt niet zomaar, het vraagt wel wat van de werkers. ‘Relationele werkers’ lijken zich bewust van de (slechts) kleine bijdrage die ze kunnen leveren in het leven van de ander en dat ‘erbij blijven’ en de ander laten verschijnen een voorwaarde is om eventueel daarna iets anders te kunnen doen, te betekenen of te vragen. Deze manier vermindert de last van de systeemdruk op de cliënt.

6.4. Relationeel werken: mismatch

Mismatch, ‘technisch goede zorg’ die, hoewel verantwoord gegeven, niet ‘aankomt’, geen effect heeft of zelfs schadelijk is omdat het niet afgestemd is op de zorgvrager en daarom niet ‘werkt’ (Carbo & Baart, 2013), is wat voorkomen zou moeten en kunnen worden door goed aan te sluiten en af te stemmen. Dat lukt niet altijd.

In een tweemaandelijksse cyclus wordt van elke cliënt het behandelplan geëvalueerd door het behandelteam (bestaande uit psychiater, psychiater in opleiding, gz-psycholoog, persoonlijk begeleiders en eventueel aangevuld met maatschappelijk werk en andere therapeuten). De uitkomsten van de evaluatie worden altijd teruggekoppeld naar de cliënt, bij voorkeur door hem het laatste deel ter vergadering aanwezig te laten zijn.

Het is het laatste kwartier van de bespreking. Hernando wordt door Louis van afdeling opgehaald, hij krijgt een terugkoppeling. In het gesprek wordt Hernando boos. Het team probeert aan de sluiten door te beginnen over de agressieregulatie. 'Dat wil ik niet meer. Dat was niks. Die vrouw haalde oude koeien uit de sloot. Dat noem ik geen agressieregulatie.' Valerie probeert te repareren: 'Maar als je daar ontevreden over was, dan kun je toch met haar bespreken wat je wel wilt?' 'Ik wil helemaal niks', zegt Hernando. 'Ik zit mijn tijd wel uit. Ik wil hier weg. Ik wil naar mijn familie in Frankrijk. Ik wil hier weg. Laat me met rust. Ik zit mijn tijd wel uit.' Valerie pakt het op: 'Oké, terug naar nu dan. Wil je nu dan nog iets horen over wat we hier besproken hebben? Want dat wilde je graag horen?' De gz-psycholoog vult aan: 'We hebben je aangemeld bij de Forensisch Ambulante Zorg, aan je toekomst wordt ook echt gewerkt.' Daarmee vindt Hernando het goed en staat Louis op om hem terug naar de afdeling te brengen. Tja, zegt iedereen. Hij wil helemaal niks. Valerie zegt: 'Nou, dat is ook de omstandigheid, hoor, als ik hem straks spreek, gaat het weer heel anders en wil hij wel. Het is ook nog al indrukwekkend om hier te komen.' (Verslag PO Ag 43-57)

Deze situatie geeft inzicht in een aantal aspecten van mismatch en aansluiten. Valerie verplaatst zich aan het eind van deze illustratie in het perspectief van de cliënt. De hele terugkoppeling is een voorbeeld van niet aansluiten, van iets wat niet goed gaat. De context maakt namelijk de reactie van de cliënt zoals hij is en daar wordt door de werkers geen of onvoldoende rekening mee gehouden. Ze hebben al een uur vergaderd, dat weet de cliënt en dan mag hij de laatste tien minuten aansluiten bij de bespreking om dat aan te horen. Daarmee creëert men een grote kans op een mislukking en zorgt men er bij voorbaat (maar onbedoeld) voor dat iemand zich 'wapent' voor zo'n bespreking. Dat gebeurde dus ook, het ging niet. De werkers creëren zo een onveilige situatie, die niet laagdrempelig en aangesloten (genoeg) was. De vraag is of dit anders georganiseerd zou kunnen worden, waarbij de draaglijkheid voor de cliënt het uitgangspunt zou moeten zijn.

Twee weken later is er weer een behandelplanbespreking. Dit keer van Maarten. Het team heeft lering getrokken uit de vorige ervaring.

Maarten wil graag een terugkoppeling. Als voorgesteld wordt om hem te halen, vraagt Valerie zich hardop af 'of we dat wel zo moeten doen?' 'De vorige keer dat we dit deden, liep dat niet echt. Volgens mij doen we er beter aan om hem gewoon even op de afdeling te informeren. Fatima, wat vind jij?' Fatima (de gz-psycholoog) geeft aan dat ze het liefst heeft dat een cliënt bij de hele bespreking is, maar dat het inderdaad intimiderend is als de cliënt nu komt en dan weet dat iedereen hier de hele tijd over hem vergaderd heeft. Het voorstel van Valerie wordt aangenomen, een deel van het team gaat nu terugkoppelen. (Verslag PO Aj, 68-75)

Door de context – vooraf, in betrekkelijke rust bespreken wat wijsheid is – kan nu beter gekeken worden wat wenselijk en het meest gepast is.

6.4.1. Tussenconclusie van deze paragraaf

De reflectieve opstelling van de professionals maakt dat zij zichzelf gevoelig blijven houden voor de vraag wat het effect is van hun handelen of wat het 'juiste is om te doen'. Op die manier wordt geleerd van ervaringen en situaties om toekomstige mismatches te voorkomen.

6.5. Relationeel werken: aansluiten en afstemmen

6.5.1. Verplaatsen in het perspectief van de cliënt

In paragraaf 3.4.3. wordt beschreven hoe de werkers proberen zich te verplaatsen in het perspectief van de cliënt. Daardoor verhogen ze hun begrip voor de (situatie van de) cliënt en nemen ze dit perspectief mee in hun afwegingen. Op die manier wordt er ook meer contextueel gewerkt. De cliënt die 's nachts in de separeercel wakker werd van de honger, kreeg zonder meer warme thee en wat te eten. Slapen is belangrijk en van 's nachts honger hebben kun je echt niet meer slapen, zeker niet in die ruimte, was de redenatie van de zorgverlener. Deze redenatie staat hier tegenover afspraken als 'deze deur mag 's nachts in principe niet open'.

In het blijven kijken naar/vanuit het perspectief van de cliënt 'trainen' werkers elkaar ook, zo blijkt als een collega aan een ander vraagt via de intercom met een patiënt op zijn kamer te praten (paragraaf 3.4.3.).

Het zich verplaatsen in het perspectief van de cliënt lukt iedereen niet altijd even goed, zo blijkt in paragraaf 6.4. van deze bijlage over mismatch. Valerie begreep dat de cliënt, die op 'audiëntie mocht komen op zijn eigen behandelplanevaluatie' in die context niets anders kon doen dan weerstand tentoonspreiden. *'Het is ook de omstandigheid, hoor. Als ik hem straks spreek, gaat het weer heel anders en wil hij wel. Het is ook nogal indrukwekkend om hier te komen'*, reflecteert zij met haar collega's op de mislukte terugkoppeling van het gesprek.

6.5.2. Open, onderzoekende waarneming

Om goed te kunnen aansluiten is een open, onderzoekende waarneming nodig. Waarneming waarbij de ander niet gereduceerd wordt tot wat past binnen het eigen denkkader. De eigen kaders laten wijken voor wat ertoe doet voor de ander.

Dit is in de praktijk niet altijd eenvoudig, zo blijkt bijvoorbeeld als een cliënt aangeeft dat hij slecht geslapen heeft door een brand die nacht op de naastgelegen afdeling (paragraaf 3.4.3.). Er was zojuist groepsbespreking geweest en daarin was geen aandacht besteed aan dit onderwerp. Daardoor is er geen ruimte gemaakt om de impact en betekenis met elkaar te bespreken.

Een voorbeeld waarin het wel lukt om een open en onderzoekende waarneming te hebben, is tijdens een intervisie. Er wordt een door één van de behandelaren ontwikkelde checklist besproken. Het team heeft kritiek: de lijst gaat vooral over dingen die niet goed gaan.

'We moeten er neutraal instappen, we moeten niet alleen negatief scoren. Juist omdat de cliënt dit instrument wel wil: hij is jong, hij moet zijn hele leven medicatie slikken van de hulpverleners. Ik zou dat ook niet willen.' (Verslag PO d: 73-81)

6.5.3. Belangstellende betrekking op zichzelf en anderen

Zichtbaar is dat werkers betrokken zijn, persoonlijk betrokken. Dat blijkt uit het feit dat ze cliënten op verschillende manieren benaderen (zie ook paragraaf 6.7. in deze bijlage, over de rol van zorgverleners). Een illustratie hiervan is de relationele manier waarop Sasja werkt, zoals beschreven in bijlage 5. Ze maakt zaken relationeel door steeds dat wat ertoe doet tussen haar en de ander aanwezig te laten zijn. Dat betekent dat ze de één motiveert door te koken en samen te dineren, met de ander een grapje maakt en vervolgens bij een grensstelling aansluit bij wat er op dat moment toe doet: het gaat niet goed met de ander en daar maakt zij zich zorgen over.

In onderstaand fragment wordt zichtbaar hoe Valerie in de interactie met Joeri aandacht heeft voor wat voor hem belangrijk is en hoe ze zichzelf laat zien.

De koffie wordt voortgezet in het kantoor. Valerie kijkt door de deur en roept enthousiast uit: 'Kijk nou eens!' Op het bankje voor het kantoor zit Joeri. 'Koffie?', vraagt ze lachend. 'Wil je een koffie-infuusje?' Joeri stapt het kantoor binnen en schenkt zichzelf een koffie in. 'Hoe is het met ons zonnestraaltje?' 'Goed, hoor', antwoordt Joeri terwijl hij ook om zijn medicatie vraagt. Valerie maakt de medicatiekar open en deelt een en ander uit. Ze overleggen over de medicatie, Joeri staat er lachend en vrolijk bij. Dan gaat hij koffiedrinken in de woonkamer. Hij zet de televisie erbij aan.

Een kwartiertje later roept hij Valerie. Hij heeft vragen over de boodschappen. Overmorgen is hij jarig, morgen gaat hij op verlof naar zijn ouders. Valerie bespreekt met hem dat zij de taart zal regelen. 'Dat hoef je niet van je eigen geld te kopen, dat regelen wij voor je verjaardag. Ik zal taart kopen voor hier en voor mee naar je ouders. Ik ga vanmiddag naar de Hema. Wat wil je voor taart? Appelkruimeltaart?' Dat wil Joeri graag. Dan lopen ze samen naar het kantoor om koffie in te schenken. Ze hebben het over het verlof van morgen. De vader van Joeri had aan hem gevraagd of er jonge vrouwen meekomen. Valerie reageert lachend: 'Heb je gezegd dat er wel drie vrouwen komen?' 'Ja', zegt Joeri, 'en een hele jonge, van 23!' 'Jazeker', roept Valerie uit, 'ik heb er zin in, man!' In het kantoor aangekomen vraagt Valerie aan Joeri: 'Weet jij wat ik gedaan heb?' Zonder antwoord af te wachten, zegt ze: 'Ik heb de avondvierdaagse gelopen. En weet je', voegt ze toe, 'op het eind gooit mijn zoon een snoeppapiertje weg en opeens had ik een helder moment. Ik vroeg hem waar hij zijn medaille had. Hij keek en kon helemaal niets meer vinden. Ik vroeg hem of hij die nou net in de prullenbak had gegooid. En ja, hoor, daar lag 'ie. Wat is het toch een scheet, hè?' Joeri lacht en vraagt hoeveel kilometer het was. 'Tien?' 'Nee, joh, vijf per avond', zegt Valerie. Het gesprek zet zich voort over andere georganiseerde lopen, de Nijmeegse vierdaagse, de Kennedymars. Valerie pakt onmiddellijk haar telefoon om op te zoeken hoeveel kilometer die laatste is. Ze vindt al snel op internet dat het 80 kilometer is. Ondertussen scrollt ze door haar telefoon. 'Kijk', zegt ze met trots in haar stem, terwijl ze het scherm van haar telefoon aan Joeri laat zien, 'mijn kind heeft gesurviveerd.' Het gesprek gaat verder, over de familie van Joeri. Eerst over straffe wandelingen, dan over het leven van zijn

familie. Valerie zegt: 'Kom, we roken er een sigaretje bij.' Op de trap voor de afdeling drinkt ze koffie en rookt een sigaret met Joeri. Joeri vertelt verder over zijn familie en de belevenissen van zijn familie. Dan vertelt hij dat hij zenuwachtig is voor morgen, het bezoek aan zijn familie. 'Gisteren ook al', zegt hij. 'Ik kreeg er zucht van. Ik ben wel met geld naar buiten geweest en ik heb niets gedaan. Nu gaat het beter want heb ik er een nachtje over geslapen.' 'Wat goed dat je dit vertelt en zo kan benoemen', zegt Valerie. (Verslag PO Ab, 16-50)

6.5.4. Aansluiten bij taal, tempo, beweeglijkheid, sociabiliteit

Er is interesse van de werkers, bijvoorbeeld in gesprekken over 'vroeger', 'thuis'. Het tempo van de cliënt is als het even kan, leidend: er wordt niet gepusht, druk uitgeoefend of anderszins gestuurd om het tempo (van leven, van handelingen, van zijn) te veranderen. Daarbij is er ook acceptatie:

De tafel is gedekt door een cliënt. Ziet er van een afstand keurig uit. Als ik aan tafel ga zitten, is de tafelschikking consequent verkeerd: lepel rechts, vork links en mes boven het bord. (Verslag PO d: 135-137)

Pushen, doorduwen, voortdurend confronteren heeft niet veel zin. Maar als er een moment komt waarin enige reflectie toegepast kan worden, gebeurt dit. In het volgende fragment probeert Valerie met Nick in gesprek te gaan over zijn drugsgebruik. Ze zijn allebei eerlijk en ondanks dat hun opvattingen tegenover elkaar staan, leidt dat niet tot verwijdering.

Als Valerie de medicatie staat te controleren, komt Nick weer langs. Hij wil over zijn behandeling praten. Valerie zegt toe dat ze zo met hem buiten gaat roken. We lopen even later naar de andere kant van de tuin, waar Nick en Valerie een sigaret roken. Nick vertelt dat hij niet tevreden is met hoe het nu gaat. Hij mag maar twee keer een kwartiertje de tuin in en met niemand anders meer zijn. Hij is hier in behandeling, het is de bajes niet. Valerie zegt hem dat hij het wel moeilijk maakt voor zichzelf. Het team wil overleggen over een blowplan, maar ondertussen blowt hij. 'Ja', zegt Nick, 'ik rook elke dag. Maar ik handel niet.' 'Nou', antwoordt Valerie, 'dat is toch tegenstrijdig. Je hebt geen vrijheden en je blowt wel. Daar moet je aan zien te komen en dus handel je. Zo simpel is het. En de coke?', vraagt ze vervolgens. 'Hoe is het daarmee?' Nick noemt dat hij nu een maand en een dag niet gebruikt heeft. En dat hij niet meer wil gebruiken. Maar blowen, daar kan hij niet mee stoppen. Hij benoemt dat hij elke dag blowt. 'Maar dat werkt toch niet', zegt Valerie. 'Je wilt een blowplan en ondertussen blow je nu elke dag terwijl het niet mag. Dat gaat niet werken zo. Dat kan toch niet.' 'Maar eh, maar eh, maar, eh', stottert Nick, 'ik denk andersom. Als ik niet blow, dan heb ik ook geen blowplan nodig. En ik blow sinds ik twaalf of dertien ben, nu ben ik negenendertig. Ik blow al, eh, eh, hoe lang is dat? Ik blow al zesentwintig jaar. Ik kan daar niet mee stoppen. Dat gaat niet.' Valerie laat Nick in dit gesprek praten. Ze zegt af en toe wat of geeft wat terug. Ze begint opnieuw over het dealen. 'Ja, ik ben een dealer', zegt Nick. 'Dat ben ik buiten ook. Maar niet in hasj. Alleen in coke en in bruin. Maar ik doe het niet voor een paar tientjes. Maar ik kan alles regelen. Of ik nou naar buiten mag of niet. Maar weet je. Ik beloof je, ik beloof je, ik beloof je, ik zal proberen het niet te doen. Maar weet je, ik heb ook behoefte om positieve dingen te horen. De negatieve moeten jullie ook zeggen, maar ook als het goed gaat.' Het gesprek

gaat verder. 'Weet je wat het probleem is', vult Valerie aan. 'Je zegt ja tegen ons maar je doet nee. Dat is het probleem. Je bent gewoon niet eerlijk. Dat is lelijk wat je doet.' Daar laat ze het bij. Dan is het tijd om naar het ochtendoverleg te gaan. Louis doet dat, Valerie loopt terug naar de afdeling, waarna ze Nick roept. Op de trap van het terras roken ze nog een sigaret. 'Ik zet een muziekje voor je op', zegt Nick en hij pakt zijn oude mobieltje. Hij vraagt haar wat ze wil horen en zet het nummer 'Ik ben bereid voor jou te sterven' van zijn favoriete zanger op. (Verslag PO Ah, 45-75)

6.5.5. Tussenconclusie van deze paragraaf

Aansluiten en afstemmen is noodzakelijk om relationeel te kunnen werken. Werkers pogen dit te doen door zich te verplaatsen in het perspectief van de cliënt en van daaruit te handelen. Ook open blijven, niet te snel oordelen, is belangrijk om aansluiting te kunnen vinden. Om de leefwereld van de cliënt te kunnen zien en zorg te geven die afgestemd is op de persoon, zal de zorg en interactie gericht moeten zijn op vertrouwen en ondersteunende relaties, in plaats van op gedragsmatige en disciplinerende zorg (Gildberg, Bradley, Fristed, & Hounsgaard, 2012; Hörberg & Dahlberg, 2015; Van Outheusden & Schafteenaar, 2016).

6.6. Relationeel werken: functies van relaties

6.6.1. Legitimatatie

Legitimatatie door relationeel werken betekent dat in de relatie, of uit de relatie, blijkt wat iemand nodig heeft en het ook zo gerechtvaardigd wordt. Niet het wettelijke kader, wat er ook is en wat geldt is bepalend, maar de relatie. 'Ik doe dit nu wel/niet omdat wij...' of 'Ik doe dit nu wel/niet omdat ik weet dat jij... en dat weet ik omdat we dat samen hebben meegemaakt.'

De functies legitimatie en afstemmingskader liggen dicht bij elkaar. Het wettelijk kader (van ingrijpen en eventueel dwang toepassen) is rechtspositioneel leidend. Voor die tijd zal echter op elke mogelijke manier geprobeerd worden om overeenstemming te krijgen over de te nemen stappen, interventies, et cetera. De kern is dat er door het relationeel werken, instemming van de cliënt is om als werker te doen wat je doet, wat vaak neerkomt op ingrijpen in andermans leven. Zoals in het volgende voorbeeld over de post, waarin Valerie iets doet wat eigenlijk niet mag: iemands post openmaken zonder iemands expliciete toestemming.

Valerie loopt de afdeling op met post voor Joeri. Het is een rekening. 'Die hoef ik niet, hoor, die maak ik niet open', zegt Joeri. Valerie neemt de envelop weer aan. 'Dat kan helemaal niet zo, hoor', zegt ze. 'Je moet hem wel openmaken.' 'Maar ik ga hem toch niet betalen', zegt Joeri. 'Ja, maar nu weten ze je te vinden, dus je zult er alleen maar meer krijgen.' 'Maar ik betaal ze niet en ik maak hem niet open', zegt Joeri. Dan maakt Valerie de envelop zelf open. Ze leest de factuur en zegt: 'Dit is voor fysiotherapie.' 'Die hoef ik niet te betalen, daar ben ik voor verzekerd', zegt Joeri. 'Dan moet je het wel regelen', zegt Valerie. 'Weet je wat, dit kan je bewindvoerder

wel doen, we sturen het wel op', zegt ze. Terwijl ze het kantoor in loopt, zegt ze tegen Joeri: 'Je bent wel makkelijk over te halen om het toch te regelen.' (Verslag PO Af, 78-87)

Valerie vindt dat de kwestie niet op zijn beloop gelaten moet worden. Het handelen doet zij – terwijl het formeel anders zou moeten – op basis van haar relatie met Joeri, omdat het goed is dat zij dit zo oplossen. En dat blijkt ook goed. Zij zegt hierover zelf:

Hij raakt in paniek van al die rekeningen, ik wil niet dat hij verder in de schulden komt, dus moet er iets geregeld worden. Ik doe dat op deze manier, een beetje bemoederend, maar dat accepteert hij van mij. Dus probleem opgelost. Wat ik bedoelde met 'je bent wel snel over te halen' was dat hij eerst helemaal niets wilde opsturen, maar er wel mee akkoord gaat dat we dat regelen. (Verslag PO Af, 89-93)

6.6.2. Erkennung

Bij de functie van erkennen gaat het erom dat iemand in de relatie gezien wordt (voor wie hij is) en waar blijkt dat hij ertoe doet. Een voorbeeld van deze relationele afstemming is wanneer Sasja samen met Nadir gaat koken, nadat hij zich al een tijd teruggetrokken had in zijn kamer en tot weinig meer kwam (paragraaf 3.4.2.).

6.6.3. Afstemmingskader

De relatie als afstemmingskader betekent beter begrijpen wie de ander is, daardoor weten wat er op dat moment toe doet en in die context de ander recht kunnen doen. De relatie is daarmee ook de 'transportband' (van bijvoorbeeld informatie, een interventie of van steun).

Harm vertelt in de overdracht aan zijn collega's dat Michel 'zich irriteert' aan de drukte van Bernadette. Michel heeft dit vandaag besproken met begeleiding, hij kwam stotterend binnen. Iedereen is het ermee eens dat Bernadette heel druk is. Daar is ze ook over in gesprek geweest met Nadine en Harm, haar persoonlijk begeleiders. Ze proberen haar te laten inzien dat ze meer rust zou moeten nemen (op haar kamer), maar het lukt haar niet dat zelf te bedenken. Later realiseren ze zich dat dit begrijpelijk is. In een eerder gesprek over weekendverlof bleek dat ze niemand heeft om naartoe te gaan. Ze is eigenlijk heel erg alleen. Dan hou je het ook niet lang uit op je kamer, en dat samen met ADHD. (Verslag PO o: 2-9)

In de manier van werken van Sasja wordt dit aspect goed zichtbaar. In gesprek met een cliënt die rokend over de afdeling liep (wat niet mag) geeft ze hem, na diverse ontkenningen van zijn kant, terug: *Nou moet je stoppen met die bullshit. Je kan ook gewoon vragen aan mij dat je hulp nodig hebt.* Het lukt die cliënt daarna om aan te geven dat hij het zojuist gevoerde gesprek met de dokter eigenlijk niet snapt.

6.6.4. Podium

De relatie geeft de ruimte waarin iemand zich kan laten zien en laten kennen. Ze biedt een podium en is daarmee een bron van kennen en kennis. Voorbeelden van het podium en van het nodig hebben van een podium en een relatie, worden beschreven in paragraaf 3.4.5.2. over Valerie en Nick. De noodzaak hiervan wordt door Valerie op meerdere momenten aangegeven. Als we cliënten willen leren kennen, zegt ze, moeten we ook

meebewegen. Ik moet eerst ruimte geven, de ander proberen te begrijpen en dan pas kan er bijgeschaafd worden. Dit geldt niet alleen voor de cliënten, maar zeker ook voor de werkers. Valerie stelt:

De andere manier is ontwapenend (gespeeld onschuldig), ze ontdooien, het heeft iets naïefs, maar ik zet het wel in. Daarmee kunnen cliënten makkelijk naar me toe komen. Als ik gek doe, kunnen anderen zich herpakken: ik bereik wat ik wil, doordat ik zo gek doe, in de overtreffende trap, doet de ander wat ik wil (voorbeeld eerder aan tafel: ‘gadver, ik lust mijn eten niet meer’ en de porno wordt weg geklikt. Dat was het doel).

Als ik dat doe, is de groep stil. Ik doe het bijvoorbeeld ook als er kamercontrole gedaan moet worden. Dan zet ik ze allemaal neer [cliënten moeten in de woonkamer komen – PS] en dan zeg ik ‘ik ben er helemaal klaar mee’. Dat pikken ze van me. Ze kennen me zoals ik ben. Daarom kan ik het maken.

Ik word bang als ik mensen niet goed kan lezen. Dat is ook andersom: ze kunnen mij allemaal lezen. Ze hoeven bij mij niet te gokken of te twijfelen. Ze hoeven niet te gissen. Ik weet dat de moeite in de relatie zit als mensen anderen niet kunnen lezen. Ze kunnen dan niet inschatten wie je bent. Ik wil dat mensen mij kunnen inschatten, omdat ik hen ook wil inschatten. Ik wil leesbaar zijn.

Als er een nieuw iemand komt, laat ik hun heel gedoseerd zien (in en door het contact met anderen) wie ik ben. Dan hoor ik het ze ook zeggen: ‘zij is leuk, hoor’. Of ‘zij is gek, man...’ Dan weet ik het al. Ik laat mensen gedoseerd wennen aan wat ik doe. Ik kan dit niet inzetten als er geen relatie is. Dan schrikt dat af. Dan werkt het niet. Als iemand nieuw is, doe ik nooit meteen rechtstreeks zo. Als ik voel dat iemand contact zoekt en iemand heeft het gezien, dan groeit het uit. Dat doe ik heel bewust zo. (Verslag PO Ae, 126-145)

6.6.5. Oefenruimte

De relatie is ook de plek waar iemand op sociaal vlak kan leren en proberen. Het is een oefenruimte. Voorbeelden hiervan zijn de manieren waarop met grensstellingen om wordt gegaan (paragrafen 3.4.5.1. en 3.4.5.2.) maar ook de manier waarop Sasja en Valerie zichzelf inzetten om de cliënt te ondersteunen, begeleiden of bewegen om iets te doen (bijlage 5).

6.6.6. Sociale verbintenissen

Relaties zijn sociale verbintenissen: je bent niet alleen en je telt mee. Dat tellen wordt soms expliciet uitgedrukt, zoals in onderstaand voorbeeld.

9:45 uur: Boris komt op de afdeling. Hij gaat aan tafel zitten. Nadir, Monique en Roos zitten op de bank. Monique gaat koffie maken voor iedereen. Als Boris weg wil lopen, ‘ik ga mijn kamer schoonmaken’, vraagt Monique hem of hij bij de koffie wil blijven. ‘Dat zou ik heel leuk vinden’, zegt ze. Boris antwoordt: ‘Als ik jou daar blij mee maak, doe ik dat.’ (Verslag PO b: 50-53)

Het is ook zichtbaar in manieren van doen van de werkers. Zoals bij Sasja en het diner bij kaarslicht (bijlage 5). Of de collega die opeens een oud-client op de afdeling ziet lopen. *Dan komt een cliënt van een andere afdeling binnen, die eerder hier verbleef. ‘Hé, man, wil je koffie?’ Dirk komt de afdeling oplopen en ziet die cliënt. ‘Hé, man, hoe is het?’, vraagt hij, terwijl hij de cliënt zeer hartelijk omarmt en op de schouder klopt. (Verslag PO Aa, 48-51)*

Werkers zijn bereid om extra te investeren, door op sociaal vlak dingen te doen (zoals in dit voorbeeld het verzorgen van wenkbrauwen of het knippen van haren) die extra aandacht geven.

Tijdens de koffie zit Valerie naast Mitali. Een moment eerder zei ze tegen hem: 'Ik moet je wenkbrauwen knippen', waarna ze aanvult: 'O nee, dat mag niet.' Tijdens het koffiemoment nu begint ze er weer over. 'Ik moet je wenkbrauwen even doen.' Valerie vertelt later aan mij dat Mitali moslim is en om die reden zegt dat hij geen lichaamshaar mag verwijderen. In gesprek heeft Valerie gevraagd of hij ook vijf keer per dag bidt en niet blout, zaken die ook moeten of niet mogen. 'Nee, dat niet', gaf hij toe. Sindsdien begint ze er regelmatig met hem over. Als ik haar vraag of ze het zelf zou doen, zegt ze dat ze dit inderdaad zou doen en ook wel doet bij cliënten. 'Het gaat dan om extra aandacht, iemand die op je let, zich om je bekommert, ook hoe je eruitziet en overkomt. Ik knip ook wel haren, een andere collega doet dat ook.' Dirk vertelt dat het personeel extra dingen doet die in lijn liggen van wat ze zelf kunnen of leuk vinden. Het is fijn om te doen en sommige mensen hebben ook echt geen geld voor de kapper, dus dan is het helemaal fijn. Dirk vertelt dat hij vooral veel doet op het gebied van wifi en computers. Hij wordt daar niet alleen door de eigen cliënten om gevraagd. Hij helpt graag. 'Sommige collega's hebben echt skills', voegt hij toe, 'bijvoorbeeld knippen et cetera.' (Verslag PO Aa, 60-74)

6.6.7. Potentieel geweld van hulp betugelen

In praktijken van zorg waarbij het (soms) lastig uit te houden is door agressief of gewelddadig gedrag, of door ernstige grensoverschrijdingen, is ingrijpen door 'grenzen stellen' vaak ook straffen: opsluiten, vastbinden, eruit zetten. Geweld toepassen dus. Relationeel werken betekent dat je niet verlaat of straft, ook al is er soms weinig op te lossen of te verhelpen.

Een voorbeeld hiervan is beschreven in paragraaf 3.4.5.1., waarin Valerie in gesprek is met Nick. In de loop van het gesprek vertelt Nick zijn zeer recente drugsgebruik. Alhoewel er wel een time-out toegepast moet worden (en de cliënt er dus feitelijk voor een bepaalde periode uitgezet wordt), is de manier waarop Valerie de situatie ter plekke hanteert ondersteunend en niet bestraffend. Zo complimenteert ze hem met het aangeven, maakt ze afspraken om de avond goed door te komen (in plaats van hem op zijn kamer op te sluiten) en hebben ze later samen ook nog ontspannen contact over andere onderwerpen. Valerie is kritisch op het justitiële en institutionele systeem, dat niet helpend is:

Nu leert hij op basis van vertrouwen iets te doen. Hij heeft aan mij verteld dat hij gebruikt heeft. Maar dat leert hij alleen naar mij. Want nu gebeurt hetzelfde als altijd. Hij krijgt een time-out, komt dan terug, gaat weer gebruiken, krijgt weer een time-out. Hij leert er niks van. En waarom niet? Omdat hij niet kan oefenen met wat hij wil. Hij wil gecontroleerd minder gebruiken, maar dat kan hier niet. We moeten hem leren met zijn geld omgaan, maar dat kan hier niet. En waarom kan dat niet? Omdat anderen afspraken of regels hebben opgesteld vanwege zijn ISD-maatregel. De hulpverlening en wat zij denken dat goed voor hem is, helpt hem niet. Dit blijft halen en brengen tot hij weggaat en dan gaat hij buiten weer gebruiken, misschien wel extreem gebruiken. Er wordt door deze regels niet gedaan wat goed voor hem is, waar hij misschien wel een beetje mee geholpen zou zijn. (Verslag PO Ad, 73-84)

6.6.8. Indammen onnodig doorbehandelen

Vanuit relationeel perspectief kan de werker, door met de zorgvrager uit te zoeken wat bijdraagt aan een goed leven (en wat niet) tot andere afwegingen komen. Dat voorkomt mateloosheid, wat de zorg ook beter kan maken. Zo creëert de werker meer aansluiting bij wat er daadwerkelijk speelt (Baart & Carbo, 2013). Het voorbeeld in de vorige paragraaf met de reflectie van Valerie ondersteunt dit. Daar gebeurt echter het tegenovergestelde: vanuit de systeemwereld van de hulpverlening met haar eigen paradigma, die denkt te weten wat goed is voor cliënt, worden afspraken gemaakt: namelijk time-outs bij gebruik van drugs en een beleid van totale abstinentie.

Wat goed is voor iemand, is ook een zoektocht (in plaats van automatisch handelen). *Valerie en Louis drinken koffie op de patio en roken er een sigaret bij. Ze spreken samen over een cliënt die gisteren uit begeleiding is weggelopen. Dat is niet de eerste keer. Valerie is van mening dat we eigenlijk onvoldoende behandelmogelijkheden hebben, of die niet ingezet hebben. Louis denkt daar iets anders over. 'Beter hier dan elders. Hij heeft grote problemen met drugs, maar ook met hechting. Hij heeft en er is niets. Eigenlijk moeten wij een "rent-a-friend" voor hem zijn.' 'Maar dat kunnen we wel', zegt Valerie. 'Dan betekent dit dat we hem niet wegsturen, nu hij weer is weggelopen, maar dat we zeggen: oké, het is nu niet goed gegaan, helaas, maar fijn en goed dat je weer terug bent.'* (Verslag PO Ab, 6-14)

6.6.9. De professionele bestendigheid van behoeftigheid kan indammen

Professioneel gegeven zorg brengt, door methodische, bureaucratische of culturele principes, soms met zich mee dat de problemen in stand worden gehouden of zelfs verergeren. Dit kan voorkomen worden door relationeel te werken. Door af te stemmen op en aan te sluiten bij wat zorgontvangers nodig hebben, worden mismatches (wel zorg krijgen, maar niet geholpen worden) voorkomen. Daarnaast doet de huidige cultuur van maakbaarheid, planning en rationaliteit ons geloven dat alles op te lossen is, terwijl zorg veelal een kwestie is van verstandig doormodderen.

De voorbeelden van Valerie en Nick (paragraaf 2.5.4.2.) laten zien dat het doormodderen is, vallen en opstaan – en weten dat je weer gaat vallen.

Zichtbaar is ook dat organisatorische besluiten of keuzes de individuele cliënt soms niet helpen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het eerder gegeven fragment van de samenstelling van de populatie op de afdeling: één cliënt die toestemming heeft om (buiten de kliniek) softdrugs te gebruiken, een andere cliënt die helemaal niet mag gebruiken en 'de grootste handelaar' op één afdeling, dat is vragen om problemen.

6.6.10. Tussenconclusie van deze paragraaf

De zorgrelatie blijft niet beperkt tot een therapeutische relatie, zo werd in het theoretisch kader besproken. Relationeel werken betekent dat de relatie ook andere kenmerken heeft en op zich 'helend' is: het is fijn om samen te zijn, om gekend te worden, om te mogen zijn wie je bent. Daar is geen therapie voor nodig en dat hoeft (of moet) juist niet 'getherapeutiseerd' worden. De relatie helend laten zijn en niet alles therapieëren vraagt om permanente reflectie van de werkers op die verschillende aspecten van de relatie. Iedereen

doet dit op een andere manier. Daarom is het reflecteren op de aansluiting door het team bij alle cliënten nodig. Valt er niet iemand ‘tussen wal en schip’? ‘Hoe zoeken en vinden we als individuen aansluiting?’ zijn belangrijke vragen.

6.7. Relationeel werken: attitude en rol zorgverleners

Zichtbaar is dat relaties zich vooral verticaal, dat wil zeggen tussen werkers en cliënten, ontwikkelen. Horizontale relaties, tussen cliënten onderling, zijn eerder vluchtig en hebben veelal een structuur van ‘los zand’. Er wordt bijvoorbeeld even een sigaretje met elkaar gerookt op het balkon of er is sprake van ander ontspannen, maar functioneel contact (bijvoorbeeld elkaar een knipbeurt geven of samen iets gaan drinken), voor ‘*the time being*’. Veel cliënten hebben, gezien de aard van hun problematiek, wellicht ook ‘genoeg aan zichzelf’.

6.7.1. Jezelf terughouden en geduld en trouw

De meeste relatieontwikkeling vindt dus plaats met of via de werkers. Hiervoor zet de werker zijn ‘persoon’, wie hij is, in. Hij laat zichzelf zien. De manier waarop hij het contact aangaat en onderhoudt, komt ‘uit de werker zelf’. Dat men behalve professioneel ook zichzelf is, blijkt uit de verschillen in houding en inbreng tussen de werkers. Dat maakt werkers ook betrouwbaar. Ze laten zich, door zichzelf te zijn, kennen.

Trouw (blijven) komt nadrukkelijk naar voren in het beleid van de FPK om na afloop van de (formele) behandeling contact te houden (Van Outhusden & Schaftenaar, 2016). Een fragment uit de praktijk op de afdeling waarin het contact na behandeling plaatsvindt: *Vandaag zijn medewerkers twee keer bezig met het maken van een afspraak of het leggen van contact met ex-clieënten. Tara legt ’s middags contact met een instelling in Eindhoven waar een cliënt is opgenomen. Daar gaat ze samen met Nannie over twee weken naartoe. Ze spreekt betreffende cliënt ook hierover. In de avond belt Nannie met een andere cliënt. Daar had ze gisteren ook telefonisch contact mee, hij belde ons toen. Het gaat niet zo goed met hem, ze sprak af morgen (vandaag dus) nog een keer te bellen. Eerst belt ze met de begeleiding, dan krijgt ze de cliënt zelf aan te telefoon. Ze spreekt hem bemoedigend toe (‘Wat goed dat je belt, als je iemand nodig hebt, mag dat altijd.’) en vraagt aan hem hoe het gaat. Aan de telefoon zei hij tegen Nannie: ‘Ik zoek gewoon een maatje om tegenaan te zeiken’, vertelt ze na afloop van het gesprek aan haar collega’s. ‘Ach, wat heeft hij het zwaar daar’, verzucht ze erbij. (Verslag PO d, 181-190)*

6.7.2. Het alledaagse

Dat werkers aandacht hebben voor de persoonlijke relatie wordt zowel zichtbaar in handelingen als in taal en in het alledaagse (contact). Een voorbeeld van een handeling is dat een werker op de verjaardag van een cliënt, die inmiddels op een andere afdeling verblijft, daar op verjaardagsvisite gaat om de felicitaties over te brengen. Niet iedere werker deed dat, wat uitdrukking geeft aan de specifieke relatie tussen deze twee personen. Een taalvoorbeeld: de werker die bijna vertederd ‘Ach, mijn mattie’ zegt als een cliënt juist haar

iets wil laten zien. Soms wordt de betekenis van de relatie door werkers verkeerd ingeschat, maar dan wordt er snel hersteld:

Nadir vraagt na de lunch aan Monique of ze met hem in de tuin wil lopen. Dat gaat ze straks doen. Roos biedt aan met Nadir te wandelen. Het maakt Monique niet uit. Ze vraagt Nadir of het goed is als Roos meegaat. Ik versta Nadirs antwoord niet, maar Monique komt teruglopen en pakt haar jas. Hij voelt zich afgewezen, zegt Monique. 'Ik vroeg het toch aan jou?', herhaalt Monique Nadirs woorden. Monique geeft aan dat ze precies daarom vroeg of het goed was als Roos mee zou gaan. (Verslag PO b: 89-93)

In de paragrafen 3.4.1. en 3.4.2. zijn het alledaagse en de manier waarop daar ondersteuning bij wordt geboden, uitgewerkt.

6.7.3. Latende modus

In de observaties tot nu toe is zichtbaar dat er een hoge mate van acceptatie is, op zaken waar je makkelijk ook in zou kunnen grijpen (bijvoorbeeld het hard aanzetten van muziek en gaan dansen in de woonkamer, of een kamer die vol hangt met pikante plaatjes). Hierin wordt de cliënt in zijn 'zijn' gevolgd en geaccepteerd, maar dat is nog geen latende modus.

Binnen de (ongewone) structuur is echter zichtbaar dat de professionals zo gewoon mogelijk proberen te doen, het alledaagse aanwezig laten zijn. Er is veel onvoorwaardelijke ondersteuning. De werkers willen niet alles 'maken' en verbeteren (aan de cliënten). Er zijn niet alleen maar problemen, je mag er zijn met al je (eigen)aardigheden. Dat is ook nodig. Aankijken en afwachten is minstens zo belangrijk om ergens te komen. Valerie stelde dat ze eerst ruimte geeft, vooral door de ander proberen te begrijpen. Pas daarna kan er misschien wat bijgeschaafd worden. Dat is iets anders dan veranderen. 'Dat gaat echt niet meer lukken. Het is een scherp hoekje wegwerken in de hoop dat het niet meer zo scherp prikt.'

Louis: Het [de situatie van de Nick, die drugs gebruikt had en wiens kamer vol hangt met pin-ups –bPS] is ook gecompliceerd. Als je niet in dat leven stapt van iemand. En niet het onderscheid maakt, waar je de strijd over aan moet gaan.

Valerie: Dan heb je hem niet.

Louis: Dan ga je overal de strijd over aan en weet je niet welke strijd nog wat doet, wat oplevert, wat dan ook. Juist die dingen waar je voor moet knokken bij deze persoon, daar moet je tegen strijden en knokken, maar ook voor hem knokken. Wil je effectief blijven, dan zou op alle slakken zout leggen veel e veel ruis verzorgen, waardoor niemand meer weet waar het over gaat.' (FGPO: 635-639)

6.7.4. Niet afromen

Niet afromen, je ook 'inlaten' met wat onverbeterlijk is, is wellicht een onvermijdelijk aspect van het werken in de forensische psychiatrie: er is geen selectie in opname. De vraag die wel gesteld moet worden, is of er verschil is tussen de cliënten en er sprake is van favoritisme: of sommigen meer aandacht, zorg, contact krijgen dan anderen.

Het is balanceren, zo blijkt. Tussen de cliënten die heel veel ondersteuning, begeleiding en soms ook aandacht nodig hebben (Bernadette en Nick bijvoorbeeld) en de cliënten die

eerder geneigd zijn zich terug te trekken en zich niet laten horen. Het voldoen aan deze verschillende zorgbehoeftes van cliënten is een blijvende zoektocht voor de werkers. Als toelichting een fragment met Sebastiaan, die nog niet zo lang op de afdeling is. Hij is veel op zijn kamer en komt af en toe naar het team toe, veelal voor ‘functioneel’ contact: een vraag over medicatie, bezoek, of koffie:

Sebastiaan vraagt zijn medicatie. Hij blijkt de medicatie 's ochtends niet gehad te hebben. 'Ik was in diepe slaap.' Hij vertelt dat hij zich niet lekker voelt. 'Waar heb je last van?', vraagt Valerie. 'Stemmen. Ze zeggen allemaal vervelende dingen', zegt Sebastiaan. 'Stemmen?', vraagt Valerie. 'Neem dan ook je medicatie, dat helpt misschien. En verder, wat helpt je verder? Wat vervelend voor je, joh.' 'Ik moet er gewoon niets van aantrekken', zegt Sebastiaan. 'Heb je het vaak?', vraagt Valerie. Sebastiaan vertelt dat de stemmen er zo'n drie keer per dag zijn en dat het dan ook wel weer weggaat. 'Oké, en je hebt geblowd, kan dat ook een probleem zijn?' 'Nee', zegt Sebastiaan. Valerie vraagt door en Sebastiaan vertelt dat het nu een paar dagen erger is. 'En mijn medicatie is wel verlaagd.' 'Dan heeft het misschien daarmee te maken, zal ik een gesprek met de arts aanvragen?', vraagt Valerie. 'Ja, graag', zegt Sebastiaan. 'Wat vervelend voor je, maar wat ontzettend goed dat je het aangeeft', zegt Valerie. Later komt de arts-assistent overleggen. Valerie bespreekt dat Sebastiaan er adequaat mee omgaat op de afdeling en het goed aangeeft. Maar hoe hij er last van heeft op zijn kamer, daar deelt hij niets over. De arts-assistent gaat samen met Josee met Sebastiaan praten. Het is goed dat hij het aangeeft en alhoewel er misschien nu niet veel tegen te doen is, is een luisterend oor ook gewoon belangrijk, besluiten ze. Valerie reflecteert later nog hardop: 'Ik vind het zo zielig voor hem. En hoe zou dat eigenlijk zijn, dat je het zo ervaart?' Josee en de arts-assistent vertellen aan het team dat er enerzijds sprake is van stemmen horen (die vervelende dingen zeggen), maar ook dat hij trek heeft in drugs en dat hij zichzelf soms wil beschadigen of stemmen hoort die hier opdracht toe geven. In de vorige kliniek waar hij was, had hij veel afleiding met een dagprogramma. Dat heeft hij hier nog niet. Het team pakt het onmiddellijk op: 'We moeten hem dit niet zelf laten regelen', zegt Valerie. 'Dit moeten we overnemen, want anders voelt hij dat hij tot last is, hij durft het niet te vragen. We moeten meteen contact opnemen met de activiteitenbegeleiding voor een programma. En we moeten hem er op een leuke manier uitlichten. We moeten hem meer aandacht geven en met hem vaker de dag doornemen.' (Verslag PO Ai, 141-167)

6.7.5. Opvallende houdingen van werkers

In de observaties heb ik gezien dat de werkers soms iets doen, wat niet gebruikelijk is of wat niet als zodanig ‘in de leerboeken’ omschreven wordt. Wat ze doen, heeft een functie in de ontwikkeling van de relaties. Ik noem dat houdingen van werkers: zij verhouden zich op een bepaalde manier tot een thema of onderwerp. Of ze nemen een houding aan (tijdelijk) om iets te benadrukken.

6.7.5.1. Compenseren

De werkers zijn met elkaar de vormgevers van de dag. Door hen wordt er ontbeten (komt er soms überhaupt ontbijt op tafel), zijn er gezamenlijke momenten, worden problemen of mankementen opgelost en worden andere zaken aangegrepen voor een gesprek. Daarbij

is voortdurend sprake van de eerder genoemde drievoudige druk. Werkers proberen dit te compenseren: ‘we willen niet dat je klem komt te zitten in die druk, zo willen we je niet behandelen’. In de drievoudige (institutionele, forensische en psychiatrische) druk is er een onderscheid aan te brengen in het compenseren.

Supplementen: ‘het ongunstige aanvullen’

De werkers compenseren in de betekenis van ‘het ongunstige aanvullen met iets (goeds)’. Bijvoorbeeld als het cliënten niet lukt om te koken. Dan nemen ze dit over, zodat er toch een maaltijd op tafel komt.

Compenseren: ‘in balans brengen’

Er worden ook zaken ‘in balans gebracht’ en daarmee verzacht. Er is een ‘strijd’ zichtbaar tussen institutionele logica van de gesloten instelling (met alles wat daarin ‘moet’) en werkers die ‘het alledaagse’ doen en dit ook willen laten bestaan. Daarom mag je bijvoorbeeld onder een dekentje liggen op de bank, of mag je je menuvoorkeur doorgeven ook al lukt het je niet de maaltijd te verzorgen.

6.7.5.2. Hitteschild

De werkers hebben ook de functie van een ‘hitteschild’ of buffer tussen cliënten onderling: ze gaan ergens tussen staan, letterlijk of figuurlijk. Tussen een drukke en de andere kwetsbare bewoners bijvoorbeeld, zoals zichtbaar was bij een cliënte die tijdens de maaltijd maar bleef praten tegen haar groepsgenoten. Toen zij haar vroegen daarmee alsjeblieft te stoppen, vroeg de cliënte of zij dan wel tegen de werkers mocht praten. Dat mocht.

6.7.5.3. Begrenzende ouder

De metaforische houding van ‘begrenzende ouder’ komt ook voor. De begrenzingen zijn dan meestal neutraal, waarbij geappelleerd wordt aan gezamenlijke kennis. ‘Kom op, zeg, dat weet je zelf ook wel.’ Zaken worden benoemd en uitgewerkt, zonder dat hier consequenties aan zitten in de vorm van uitsluiting of straf. Zo worden dingen ook niet ‘onnodig persoonlijk’ gemaakt. Als iemand aangesproken wordt op het voortdurend ‘binnenstormen’ van het verpleegkundig kantoor, krijgt diegene te horen: ‘Laten we nou net in het teamoverleg afgesproken hebben dat we daar wat van zouden zeggen.’ Dat maakt het luchtig en niet te ingewikkeld: verdunde ernst. Echter, soms moeten zaken wel aan de orde gesteld worden. Een voorbeeld hiervan is een cliënt die wilde bellen op kosten (met de telefoon) van de afdeling. Toen dit, om moverende redenen, niet mocht van de begeleider, liep de cliënt naar haar collega, om het daar nog een keer te vragen. Net toen hij toestemming kreeg (collega was op te grote afstand om het voorgaande mee te krijgen) kwam de begeleider aanlopen en besprak direct het relationele aspect.

‘Boris, wat doe je nou? Je mocht van mij niet bellen!’ Boris wordt boos. Hij verheft zijn stem en zegt ‘Van haar mag ik wel bellen! Ik wil gewoon bellen’ en ‘Geef me die telefoon!’ Nadine, die doorheeft dat zij iets toegezegd heeft wat even daarvoor geweigerd was, zegt: ‘Nou Boris, maar niet op deze manier. Zo kan dat niet.’ ‘Wat nou, dat kan niet?’, roept Boris. ‘Geef me

die telefoon, ik wil gewoon bellen.’ ‘Zeg, Boris’, probeert Nadine weer, ‘zo...’ Ze wordt door hem onderbroken. ‘Ik wil gewoon bellen, laat me bellen.’ Ondertussen mengt Frits zich in het gesprek. ‘Met jou wil ik niks te maken hebben’, zegt Boris. ‘Helemaal niks.’ Nadine zegt: ‘Ja, maar Boris, zo kan dat niet.’ Boris vervolgt: ‘Zo kan dat niet, zo kan dat niet, ik wil gewoon bellen!’ Nadine zegt op rustige toon: ‘Zo gaan we niet met elkaar om.’ Boris vervolgt dat hij zijn vader wil bellen: ‘Ik laat mijn spullen ophalen door mijn vader, ik ga weg hier, ik ga weg hier, jullie met je regels, jullie discrimineren.’ Dan loopt hij boos naar zijn kamer. De collega’s overleggen met elkaar. Nadine zegt dat hij eerder in de war was, dat het goed is dat hij nu wegloupt, maar dat hij zo niet kan bellen. Ook het uitsluiten van Frits is niet goed. (Verslag PO o, 58-71)

6.7.5.4. Als een vriend

Nog een functie in de relatievorming is de positie als een vriend: het is de werkers niet om het even wat er gebeurt en daar handelen ze naar. Een voorbeeld hiervan is de verjaars-visitatie. Of Sasja die de samen met een cliënt gekookte maaltijd ook samen met hem opeet – omdat zij om verschillende redenen zelf niet mee kon eten met de hele groep.

6.7.5.5. Er zijn

Alle cliënten verblijven in de kliniek omdat er behandeling plaats moet vinden. Iedereen heeft een individueel behandelplan met daarin behandeldoelen opgenomen. Daar werkt het hele behandelteam aan, ook de werkers op de afdeling. Zij zijn ‘persoonlijk begeleider’ van enkele cliënten, wat inhoudt dat ze meer taken hebben in het vormgeven van de behandeling. Bijvoorbeeld door individuele gesprekken te voeren en door behandelinhoudelijke zaken voor te bereiden (behandelplan opstellen, evaluaties schrijven, signaleringsplan maken). Alle werkers weten (of zouden moeten weten) wat de doelen van de cliënten zijn. Dat doelen alleen maar bereikt kunnen worden als de cliënt het hier zelf mee eens is, of er vorm aan kan geven, is iets waar de werkers zich bewust van zijn. Een voorbeeld waaruit dit blijkt, is de discussie over de door een behandelaar opgestelde vragenlijst, te negatief volgens de werkers en beredeneerd vanuit het perspectief van de cliënt.

Veel zaken lijken echter niet bedacht en ingezet met een hoger doel – dan iets kleins van het moment – indachtig. De werker die met de fruitmand de afdeling op komt lopen: het is een leuke en ontspannen manier om een moment met elkaar te hebben. Het gebeurde ‘maar’ één keer: toen was het passend. Op andere momenten niet meer, het is geen ‘trucje’.

Een ander voorbeeld hiervan is als Bernadette terugkomt van verlof en zij gecompliceerd wordt met haar leuke opmerkingen terwijl ze ook op haar sodemieter had kunnen krijgen.

‘Ja, ik ben er weer, ik wilde bij het groepsmoment zijn’, zegt ze. Op tafel ligt vier euro, door Michel daar neergelegd omdat hij vanavond mee eet met de groep. Bernadette pakt de vier euro, maar iedereen reageert. Ze maakt een vlotte grap over haar achtergrond en het stelen van geld waarop Casper zegt dat hij vindt dat zij altijd zulke leuke en adremme opmerkingen heeft. (Verslag PO j: 203-207)

Een moment als dit had ook aangegrepen kunnen worden om disciplinerend op te treden: Bernadette raakt in alles de grenzen aan. Van wat mensen kunnen verdragen, van hoe je zou willen dat er met elkaar omgegaan wordt. Maar dat gebeurt niet. De groepsgenoten corrigeren Bernadette en de werker kiest ervoor daar niet overheen te gaan.

In een ander fragment waarin het ‘er zijn’ belangrijker is dan iets leren, speelt Bernadette een spelletje rummikub met Monique en mij:

We spelen twee spelletjes rummikub volgens de regels van Bernadette. Bernadette staat onder-tussen twee keer op, moet dingen regelen, zegt ‘Blijf maar zitten, ik kom zo’ en als gevraagd wordt wat ze gaat doen, dan zegt ze: ‘Tets van mijn kamer pakken.’ Monique staat alle wijzigen van Bernadette toe in het spel. Afen toe maakt ze een opmerking. De rummikubstenen schuiven als het ‘balletje-balletje’-spel over de tafel en daarbij wordt er zoveel geschoven dat er wel eens eentje verdwijnt. ‘Die zwarte vier nog’, zegt Bernadette. Om 11:45 uur beginnen we een tweede spelletje. Monique weet niet of we het redden voor de lunch van 12 uur. Tijdens het spel worden allerlei nieuwe regels toegevoegd, zoals dat er onderling geruild mag worden. Dat levert mij uiteindelijk de winst op, precies in de tijd die we hadden. (Verslag PO I: 95-108)

Ook hier is het moment samen beleven (door iets te doen wat de ander leuk vindt, er zijn vele spelletjes rummikub gedaan) belangrijker dan wat er ook had kunnen zijn: Bernadette leren zich aan de regels te houden, het spel aangrijpen om een ander (therapeutisch) punt te maken. Voor dat laatste wordt niet gekozen.

6.7.6. Tussenconclusie van deze paragraaf

Het relationele werken komt tot uitdrukking in veel aspecten. Een daarvan is dat werkers bepaalde houdingen aannemen, die bijdragen aan de relationele zorg. Sommige van deze houdingen zijn opvallend in de zin dat ze niet gebruikelijk beschreven worden, bijvoorbeeld het actief compenseren of het fungeren als hiteschild. Andere houdingen zijn bekender: de ‘begrenzende ouder’ hoort bij grenzen stellen, wat onderdeel is van de relationele veiligheid (Allen, 2015). Het ‘er zijn’ kan bekend voorkomen (‘natuurlijk moet je er zijn!’) maar de manier waarop het in deze praktijk vorm krijgt, in een onvoorwaardelijkheid, draagt bij aan vertrouwen en zorgende relaties (Hörberg & Dahlberg, 2015).

6.8. Aanvullingen uit deze praktijk op de ‘kaart van relationeel werken’

Naast de beschreven elementen op de kaart van relationeel werken heb ik in deze praktijk een aantal punten van relationeel werken gezien die ook onder die elementen zouden kunnen vallen, maar daar (nog) niet genoemd zijn. Ze krijgen in de navolgende paragraaf een plek omdat ze in dit forensische veld van belang lijken.

6.8.1. Het belang van humor, luchtigheid en verdunde ernst

Het gebruik van humor in het dagelijkse contact is belangrijk voor het bouwen en onderhouden van relaties (Gildberg, Bradley, Paaske, & Hounsgaard, 2014; Lord, Priest, & McGowan, 2016). Het is cohesieversterkend (Beck, 1997) en het hoort bij een informele

manier van interactie (Gildberg et al., 2012). Het gebruik van humor door werkers maakt hen minder ‘streng’. Humor en grapjes horen bij het leven, maar het is soms een vorm om iets op een luchtigere manier te adresseren. Om geen misverstanden (die kunnen uitmonden in conflicten) te krijgen, veronderstelt het gebruik van humor ook vertrouwen en een gevoel voor wat gepast is in deze relatie (Gildberg et al., 2014). Humor is een manier om dagelijkse zaken wat lichter en luchtiger te maken. In paragraaf 3.4.4. wordt inzicht gegeven hoe dit werkt in de praktijk.

6.8.2. Een aanvullende functie van de relatie: de relatie geeft veiligheid

Cliënten nemen bij hun opname ‘importproblemen’ mee. Importproblemen zijn de problemen die ze meenemen bij binnenkomst en die variëren van psychiatrische of persoonlijkheidsproblemen al dan niet gecombineerd met middelenafhankelijkheid of -misbruik en sociale of contextuele problemen – gebrek aan huis, relaties, geld. Voor deze cliënten was het plegen van (een) delict(en) de enige ‘uitweg’. Zij komen gedwongen samen op een afdeling. Neem daarbij dat ook werkers ‘zichzelf meebrengen’ als ze aan het werk gaan en er is een potentieel kruisvat van gedoe, moeilijkheden en conflicten aanwezig. In dit spanningsveld wordt de veiligheid (prettig samenleven met respect voor elkaar) door werkers gecreëerd door de relatie die ze met cliënten en elkaar scheppen, onderhouden en beheren. Door cliënten onderling wordt dit gehanteerd door het met elkaar vooral leuk te hebben, het luchtig te houden en niet te diepgaand contact of relaties met elkaar te ontwikkelen. De invloedrijkheid van de (onderlinge) relatie voor de veiligheid, wordt vooral duidelijk wanneer de relatie er *niet* is. Dat bleek bijvoorbeeld in de nachtdienst, waarbij twee collega’s in opdracht van de verantwoordelijke arts bij een hun onbekende cliënt om de twee uur medische controles moesten uitvoeren. De voorzichtigheid van de werkers was niet alleen ingegeven door het bewustzijn van de impact van nachtelijke controles (uit je slaap gehaald worden is geen pretje), maar vooral doordat ze op voorhand geen inschatting konden maken van de situatie omdat ze geen contact en relatie hadden met de betreffende cliënt. Ze konden slechts omgaan met wat ze ter plekke zouden aantreffen en dat was niet echt voorspelbaar. De mogelijke inbreuk zo gering mogelijk maken werd daardoor een stuk ingewikkelder. Deze ervaring werd nog duidelijker toen even later een gesepareerde⁴⁵ cliënt wakker werd van de honger. Werker en cliënt kenden elkaar, in goede en slechte tijden. Het was voor de werker geen enkel probleem om een kop thee en wat boterhammen te maken en deze bij de ingesloten cliënt te brengen. De manier van het aangaan van dit contactmoment (het eerste die nacht) was gebaseerd op de relatie die de twee hadden. Ontspannen, vriendelijk, ondersteunend: ‘Hé, man, hoe is ’t? (...) Goed dat je even contact zoekt als je niet kunt slapen. (...) Zie ik je snel weer?’ Een tweede collega was slechts op de verre achtergrond aanwezig.

45 In separatie verblijven betekent dat iemand (om verschillende redenen) niet op zijn eigen kamer kan zijn, maar zich in een kale, beveiligde ruimte bevindt, ter afwending van gevaar voor zichzelf en/of anderen.

6.8.3. Tussenconclusie van deze paragraaf

Humor is een behulpzame manier om beweging te krijgen tussen mensen. Het helpt zaken makkelijker bespreekbaar te maken, onder voorwaarde dat er wederzijdse acceptatie is en werker en zorgontvanger zich gekend weten door de ander. Anders zijn ‘grapjes’ cynisch of vernederend en vergroten ze de macht van de werker over de cliënt.

Dat therapeutische relaties belangrijk zijn voor de veiligheid is inmiddels gemeengoed (Allen, 2015). Ook dat een zorgende en ondersteunende houding van professionals hiertoe een voorwaarde is. Echter, in de forensische zorg wordt ook het tegenovergestelde gezien: een rigide vorm van zorg, met weinig mogelijkheden tot onvoorwaardelijke en werkelijk zorgende relaties (Hörberg & Dahlberg, 2015). In dit deelonderzoek blijkt dat het aangaan van relaties een ‘voertuig’ is voor de veiligheid. Als die relatie er niet is, gaat de werker andere ‘ingrepen’ doen om veiligheid te creëren. Het actief uit zijn op een relatie is dus niet alleen noodzakelijk om aan te sluiten en af te stemmen, maar ook voor de veiligheid: doordat we elkaar kennen wordt het samenzijn veilig.

6.9. Conclusie van deze presentietheoretische analyse

Deze analyse had tot doel om te onderzoeken of de bevindingen uit de observaties in lijn zijn met de principes van de presentietheorie. Dat lijkt inderdaad het geval. Naast dat de principes, met uitzondering van *relationship based programming*, in de praktijk zichtbaar zijn, heeft analyse van het materiaal ook twee ‘aanvullingen’ opgeleverd, die in de kaart van relationeel werken niet geadresseerd waren. Dit betreft het belang van humor en een aanvullende functie van relaties: relaties bieden veiligheid.

6.10. Referenties

- Allen, E. (2015). *See. Think. Act. Your guide to relational security*. London, England: Royal College of Psychiatrists.
- Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H. & Louheranta, O. (2016). Forensic psychiatric patients’ perspectives on their care: A narrative view. *Perspectives in Psychiatric Care*. <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12201>
- Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De zorgval*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris.
- Baart, A., Van Dijke, J., Ouwerkerk, M. & Beurskens, E. (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Beck, C.T. (1997). Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 34(5), 346-352.
- Coffey, M. (2011). Resistance and challenge: competing accounts in aftercare monitoring. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 748-760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01321.x>
- Gildberg, F.A., Bradley, S.K., Fristed, P. & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 103-113.

- Gildberg, F.A., Bradley, S.K., Paaske, K.J. & Hounsgaard, L. (2014). The use of humor in forensic mental health staff–patient interactions. *Journal of Forensic Nursing, 10*(2), 98-105.
- Glaser, B.G. (2008). The Constant Comparative Method of qualitative analysis. *Grounded Theory Review, 3*(7).
- Goffman, E. (1975). *Totale instituties*. Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam/Standaard Wetenschappelijke Uitgeverij.
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 10*. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Lord, K., Priest, H. & McGowan, A. (2016). Therapeutic engagement in medium-care: an interpretative phenomenological analysis of service users' experiences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27*(1), 55-76. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1090622>
- Outheusden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties, 46*, 275-281.
- Petry, D. & Nuy, M. (1997). *De ontmaskering. Terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychiatrische beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- Schaftenaar, P. (2015). De drie R-en revisited. *TvZ, 5*, 48-51.
- Schaftenaar, P. & Ruiter, M. (2016). 1op1-teams verbeteren de dwangzorg. *Nurse-Academy GGZ, 1*, 18-22.

Bijlage 7

Opzet questionnaire

1. Welke functie heeft u?
 - Begeleider/verpleegkundige
 - Activiteitenbegeleider
 - Vaktherapeut
 - Maatschappelijk werker
 - Basispsycholoog
 - Behandelaar (gz-psycholoog)
 - Behandelaar (klinisch psycholoog)
 - Behandelaar (psychiater)
 - Behandelaar (AIOS)
 - Behandelaar (PIOG)
 - Anders

2. Heeft u het afgelopen jaar contact gehad met één of meerdere ex-cliënten?
 - Ja
 - Nee, afgelopen jaar niet, maar daarvoor wel
 - Nee, ik heb nog nooit contact gehad met een ex-cliënt. Dank u, u hoeft deze lijst niet verder in te vullen.

3. Welke verschillende vormen van contact heeft u gehad (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - Telefonisch: ik werd gebeld
 - Telefonisch: ik nam contact op
 - Bezoek: bij mij op het werk
 - Bezoek: bij cliënt thuis
 - Bezoek: op een andere locatie, bijv. samen koffiedrinken
 - Schriftelijk: mail, post, initiatief van mij
 - Schriftelijk: mail, post, initiatief van ex-cliënt
 - Toevallige ontmoeting (buiten de kliniek)
 - Ontmoeting op een gelegenheid van de kliniek (kerstmarkt, breakweek)
 - Anders (zelf in te vullen), namelijk: ...

4. Welke vorm van contact kwam het meeste voor (één antwoord mogelijk)?
 - Telefonisch, ik werd gebeld
 - Telefonisch, ik heb gebeld
 - Bezoek aan mij op het werk
 - Bezoek: ik bezocht de ex-cliënt
 - Bezoek: op een andere locatie, bijv. samen koffiedrinken
 - Schriftelijk (mail of per post), initiatief lag bij mij
 - Schriftelijk (mail of per post), initiatief lag bij de ex-cliënt
 - Toevallige ontmoeting (buiten de kliniek)
 - Ontmoeting op een gelegenheid van de kliniek (kerstmarkt, breakweek)
 - Anders (zelf in te vullen), namelijk: ...

5. Met hoeveel ex-cliënten heeft u in totaal nog contact (telefonisch of bezoek)?
 - Met 1 ex-cliënt
 - Met 2-5 ex-cliënten
 - Met 6-10 ex-cliënten
 - Met 11-20 ex-cliënten
 - Met 21 of meer ex-cliënten

6. Heb u als enige nog contact met deze cliënt(en) of ziet/spreekt hij ook nog collega's?
 - k ben voor zover ik weet de enige
 - Mijn collega('s) hebben ook nog contact

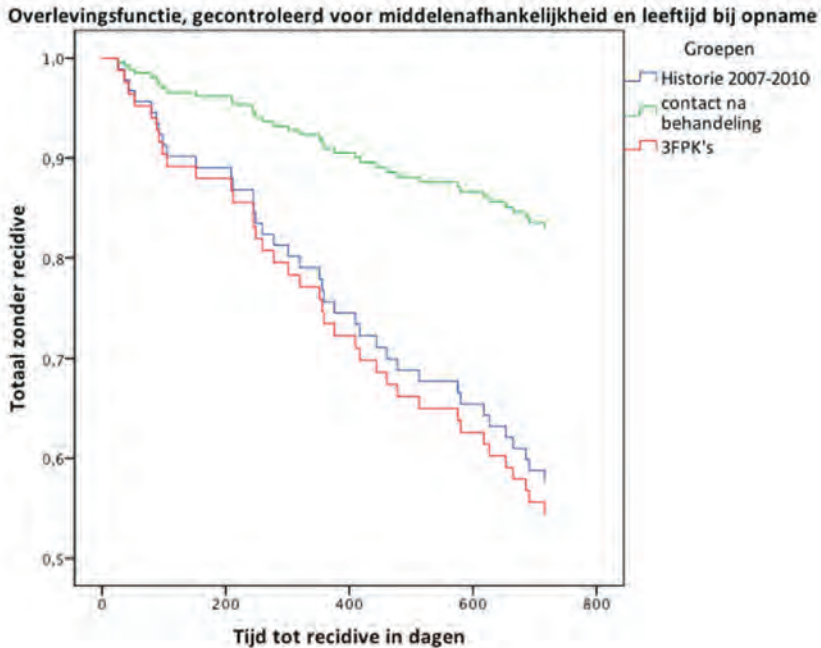
7. Hoe vaak heeft u gemiddeld het afgelopen jaar contact (telefonisch of bezoek) gehad met ex-cliënten?
 - Geen, ik had alleen schriftelijk contact
 - Een keer per week of vaker
 - Een keer per veertien dagen
 - Een keer per maand
 - Een keer per kwartaal
 - Een keer per half jaar
 - Een keer per jaar

8. Kunt u het ontslagjaar geven van de cliënt met wie u het langste contact heeft?
 - 2011 of eerder
 - 2012
 - 2013
 - 2014
 - 2015
 - 2016
 - 2017

9. Wat is voor u de belangrijkste reden om contact te onderhouden?
- Ik kan op die manier risicomanagement toepassen
 - Ik vind het leuk om nog iets te kunnen betekenen
 - Ik wil graag weten hoe het iemand vergaat
 - Het wordt me gevraagd te doen (door een collega of door de cliënt zelf)
 - Iemand maakt hier nog een deel van de behandeling af
 - Cliënten ervaren zo blijvende interesse
 - Het hoort bij het werk hier, ik heb geen specifieke reden
 - We hadden 'een klik', het is fijn om dat niet zomaar af te moeten breken
 - Anders (zelf in te vullen), namelijk: ...
10. Zijn er nog andere redenen om contact te onderhouden (meerdere antwoorden mogelijk)?
- Ik kan op die manier risicomanagement toepassen
 - Ik vind het leuk om nog iets te kunnen betekenen
 - Ik wil graag weten hoe het iemand vergaat
 - Het wordt me gevraagd te doen (door een collega of door de cliënt zelf)
 - Iemand maakt hier nog een deel van de behandeling af
 - Cliënten ervaren zo blijvende interesse
 - Het hoort bij het werk hier, ik heb geen specifieke reden
 - We hadden 'een klik', het is fijn om dat niet zomaar af te moeten breken
 - Anders (zelf in te vullen), namelijk: ...
11. Ik vind het contact houden na behandeling (kies woorden die van toepassing zijn voor jou, zoveel je wilt)
- Leuk
 - Nodig
 - Belastend
 - Een aanvulling op mijn werk
 - Gezellig
 - Belangrijk
 - Te lang duren
 - Bijdragen aan herstel
 - Niet evidence based
 - Erkennend
 - Helpend
 - Te duur
 - Bijdragen aan mijn professionele ontwikkeling
 - Moeilijk
 - De nodige kennis kunnen blijven toepassen
 - Ondersteunend
 - Trouw
 - Ik geniet ervan om het te doen
 - Onnodig
 - Andere woorden (zelf in te vullen), namelijk: ...

Bijlage 8

Cox-regressieanalyse (figuur en tabel)



Figuur 1 Overlevingsfunctie drie groepen, gecontroleerd voor middelenafhankelijkheid en leeftijd bij opname

Resultaten cox-regressieanalyse

	β	SE	Wald	df	p	Exp(β)
Leeftijd bij opname	-.025	.020	1.634	1	.201	.975
Middelenafhankelijkheid	.339	.455	.553	1	.457	1.403
Groepen			6.703	2	.035	
Groepen (1)	-.100	.376	.070	1	.791	.905
Groepen (2)	-1.183	.500	5.596	1	.018	.307

Tabel 1 Resultaten cox-regressieanalyse

Bijlage 9

De kosten van recidive en behandeling

9.1. Opsporing en berechting

De onder 'opsporing en berechting' verzamelde kosten (Tabel 1) bevatten de volgende elementen: schade, leed, opsporing, vervolging en berechting. Ik behandel de delictgroepen die in de recidivestudie het meest naar voren kwamen.

<i>Opsporing en berechting, kosten per delict</i>	<i>2005</i>	<i>2017</i>
Vermogensdelicten (bv. diefstal, verduistering, inbraak, met en zonder geweld conform de standaardclassificatie misdrijven CBS (versie oktober 2016)) ⁴⁶	€ 1308 ⁴⁷	€ 1659 ⁴⁸
Vernielingen en delicten tegen de openbare orde en gezag (vernieling, beschadiging en brandstichting)	€ 678	€ 860
Gewelds- en seksuele misdrijven (delicten zoals bedreiging, mishandeling, verkrachting en misdrijven tegen het leven gericht)		
Bedreiging	€ 2596	€ 3258
Mishandeling	€ 4533	€ 5749

Tabel 1 Kosten opsporing en berechting

9.2. Kosten verblijf en behandeling

In tabel 2 staan de verblijfs- en behandelkosten per dag.

<i>Verblijfs- en behandelkosten, per dag</i>	<i>Verblijfskosten</i>	<i>Behandeling (DBBC)</i>
Detentie ⁴⁹	€ 202	
PPC ⁵⁰	€ 435	
FPK	€ 435 ⁵¹	€ 52,75 ⁵²

Tabel 2 Verblijfs- en behandelkosten per dag

⁴⁶ Verkregen van www.criminaliteitinbeeld.nl/classificaties-en-indelingen/scm

⁴⁷ Groot et al., 2007.

⁴⁸ Geïndexeerd bedrag van 2005 met jaarlijks 2% inflatiekosten.

⁴⁹ Dit zijn de kosten per dag in 2012, blijkt uit onderzoek van de Raad van Europa (<https://www.ad.nl/binnenland/gevangenen-nederland-bij-duursten-europa-202-euro-per-dag-aa9e95dc/>).

⁵⁰ Gedetineerden met psychiatrische problematiek worden, indien reguliere detentie niet passend is, gedetineerd in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC).

⁵¹ Gebaseerd op de gemiddelde dagprijs (beveiligingsniveau 3, verblijfsintensiteit gemiddelde tussen D, E, F, G) inclusief 1 uur dagbesteding (Nza, 2017).

⁵² Gebaseerd op een DBBC tussen de 12.000 en 18.000 minuten per jaar (Nza, 2017).

9.3. Kosten verpleegkundige op jaarbasis

Een fulltime werkende verpleegkundige verdient (naar boven afgerond) maximaal € 3500 bruto per maand (cao GGZ 2017-2019, schaal 50b-11). Dat komt (inclusief vakantietoelagen en dergelijke) neer op een bruto salaris van circa € 45.500 per jaar. Een werkgever heeft meer kosten aan het in dienst hebben van een medewerker. Voor werkgeverslasten moet (in 2017) ongeveer (naar boven afgerond) € 800 euro per maand gerekend worden (www.adp.nl). Op jaarbasis komt dit neer op € 9600. Het in dienst hebben van een verpleegkundige kost op jaarbasis dus ongeveer € 55.100.

9.4. De tijd die 'contact na behandeling' kostte in 2015

In 2015 lag het gemiddelde aantal contacten na behandeling op 4,8. In totaal zijn in dat jaar 442 contactmomenten geregistreerd, gegeven aan 92 ex-cliënten. In verhouding vindt bezoek (10%) aan de ex-cliënt minder plaats dan andere contactvormen (telefoon en mail, samen goed voor 67%), dus de tijdsinvestering is beperkt (niet meegenomen dat het in de huidige manier van organiseren naast het reguliere werk gedaan moet worden en dus extra werk is). De feitelijk geïnvesteerde tijd wordt niet bijgehouden, maar op basis van bovenstaande kan een grove schatting gegeven worden. Ik neem het ruim.

Laten we aannemen dat een huisbezoek een dag werk is (inclusief reizen door Nederland en het rapporteren). Huisbezoeken gebeuren soms door één, maar vaker door twee medewerkers.

In 2015 kostten de 45 huisbezoeken (10%) dus 16 uur per bezoek (twee werkdagen, omdat twee medewerkers het bezoek doen). Dat is 720 uren. De overige contactmomenten (397) vinden telefonisch of per mail plaats, of de ex-cliënt komt op bezoek in de kliniek (10%). Voor het op bezoek komen reken ik anderhalf uur tijdsinvestering van de medewerker (inclusief rapporteren et cetera). In totaal 40 bezoeken van ex-cliënten aan de kliniek kosten dan 60 uren. De overige contacten zijn telefonisch of per mail. Daar neem ik een gemiddelde van 15 minuten voor. De 357 telefonische contactmomenten van 15 minuten kosten in totaal 90 uren. Het totaal aantal uren contact na behandeling komt in deze berekening op $720 + 60 + 90 = 870$ uren.

<i>Aard contact</i>	<i>Tijdsinvestering per contact</i>	<i>Totale tijd</i>
45 huisbezoeken	2 medewerkers, 16 uur per bezoek	720 uren
357 telefonische contacten	15 minuten per gesprek	90 uren
40 ex-cliënten bezoeken kliniek	1,5 uren per bezoek	60 uren

Tabel 3 Overzicht aard contact, tijdsinvestering per contact en totale tijdsinvestering

Dankwoord

‘Hoe meer je weet, hoe meer je weet dat je niks weet’ is een parafraze van een wijsheid die wordt toegeschreven aan Socrates. De afgelopen vier jaar heb ik dit aan den lijve mogen ervaren. Niet alleen omdat onderzoek doen per definitie ‘zoeken, twijfelen, opnieuw bekijken en tegendenken’ is. Maar ook omdat er de afgelopen vier jaren een onvermoede wereld voor mij is opengegaan. Ik heb ontzettend veel nieuwe dingen gedaan en zo veel geleerd, dat ik me daardoor realiseer hoeveel er is waar ik geen weet van heb. Een ding weet ik wel: ik ben van onderzoek doen gaan houden. Dit onderzoeksavontuur is nu afgerond, maar ik zie uit naar nieuwe reizen en ontdekkingen in de toekomst. Ik ben bijzonder dankbaar dat ik dit proces heb mogen ervaren en dit onderzoek heb mogen doen. Dat heb ik kunnen doen door de medewerking van heel veel anderen.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de, in alle gevallen, open, enthousiaste, spontane en vooral zeer waardevolle bijdragen van de respondenten. Dit onderzoek is er dankzij jullie. Cliënten, ex-cliënten, naasten en collega’s, ik ben jullie bijzonder dankbaar en ik heb van jullie genoten.

Minco en Nienke, mijn kamergenoten. Jullie luisterend oor, jullie enthousiaste reacties en in geval van Nienke, je waanzinnige hulp in de narratieve studie door de transcripten te controleren (voor de niet-onderzoekers: dat was echt geen kleinigheidje) hebben me gedurende de studie enorm geholpen. Het is zo waardevol altijd ergens terecht te kunnen en niets dan begrip te vinden!

Mijn grote dank gaat ook uit naar mijn begeleiders, Andries en Geert-Jan. Andries, ik verwachtte (hoe kan het ook anders) een wandelende encyclopedie op het gebied van de presentiebenadering. Maar je hebt daarbij een onbeschrijfelijke hoeveelheid kennis over kwalitatief onderzoek. Zo veel, dat ik elke begeleidingsbijeenkomst op het puntje van mijn stoel zat en thuiskwam met de hoofdprijs aan kennis. ‘Kwartje erin, jackpot eruit’, grapte ik elke keer weer. Geert-Jan, je was bij vlagen onbereikbaar, maar als we dan aan het werk waren, dan hadden we een snelheid en een accuratesse waar ik erg gelukkig van werd.

Het doen van dit onderzoek is de afgelopen jaren (een deel van) mijn werk geweest. Een woord van dank is dus zeer op zijn plaats voor iedereen die dat mogelijk heeft gemaakt. Ik dank alle directies van Inforsa, te beginnen bij de eerste, die mij in deze functie geïnstalleerd heeft. De financiering is mede mogelijk gemaakt door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (Directie Forensische Zorg). Wie dat verhaal nog eens wil horen, ik vertel het graag. Door dit onderzoek heb ik de afgelopen jaren ook op diverse congressen in binnen- en buitenland mogen presenteren. Dat had ik een aantal jaren geleden niet voor mogelijk gehouden (congressen zijn voor dokters en hotemetoten, vond ik vooral). Ik ben dankbaar, heel dankbaar, dat ik me op zoveel verschillende plekken in zulke inspirerende omgevingen heb mogen begeven. Ik heb het mogen promoveren altijd als een

cadeau beschouwd. Dat de congressen mij ook nog ten deel vielen, was helemaal de kers op de taart.

De basis van en voor dit onderzoek is de samenwerking tussen Ivo en mij die in 2011 begon. Ivo, zonder jou was dit werk er niet geweest. De eerste keer dat we spraken over promotieonderzoek was in de zomer van 2012. Jij kwam terug van vakantie en had op een Aziatisch strand een inzicht: er moest promotieonderzoek komen. Ik was net een half jaar klaar met mijn (slecht gelukte) onderzoek voor mijn opleiding bedrijfskunde en reageerde enthousiast: 'Ja, dat moet je doen!' In de tijd daarna gebeurde er van alles. Exact een jaar later werd ik toegelaten tot de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek. Ik blijf het eeuwig jammer vinden dat het geen duo-promotie is geworden. Het feit dat ik promoveer, heb ik helemaal aan jou en aan onze samenwerking te danken.

Dankzij de brede betrokken en onvoorwaardelijke steun van familie en vrienden heb ik me de afgelopen jaren op mijn werk en thuis op dit onderzoek kunnen richten.

Henk en Annie, dank *'for nature and nurture'*. Jullie trots en steun zijn een niet aflatende motor voor dit werk geweest. Wie je bent, toont zich in wat je doet. Meer en meer zie ik jullie weerspiegeld in wat ik doe. Dat vervult mij met trots.

Toen ik op 1 november 1993 mijn eerste schreden in een forensische kliniek zette, deed ik dat samen met Danielle. Zij kwam op dezelfde dag op dezelfde afdeling werken. Onze professionele wegen gingen uiteen, maar onze gedeelde liefde voor het vak en voor de literatuur bleef. Bijna een kwart eeuw later begonnen we ongeveer tegelijkertijd aan promotieonderzoek. Het doen van onderzoek is een eenzame klus. Maar het plezier, de steun en het enthousiasme dat ik met jou heb mogen delen, Danielle, maakt dat ik het bijna nog een keer zou doen. Dat we in de afgelopen jaren ook nog de tijd hebben gevonden om Mann, Dostojevski, Stendhal en vele anderen te lezen, maakt van deze periode een hele speciale in mijn leven.

De steun van mijn vrienden, de bemoedigende woorden en de interesse heb ik als zeer bijzonder ervaren. Twee vrienden, *BFF's* Lein en Marc, noem ik bij naam. Niet omdat het met jullie over de inhoud van het onderzoek ging. Nee. Maar de middagen en avonden van volmaakte ontspanning, van barbecues tot diners met zeven gangen, van voetbal en bier tot gin-tonics in alle variaties, staan in mijn geheugen gegrift.

Tot slot richt ik me tot mijn liefsten: Chiel, Luus en Hidde. Het gezin dat wij vormen, is wat mij betreft een magische combinatie van verbinding en vrijheid. Het is door jullie dat ik naast een volledige baan eerst bedrijfskunde kon gaan studeren en vrij snel daarna dit onderzoek kon gaan doen. Ondanks dat het mijn 'werk' was, heeft het toch een enorme hoeveelheid van onze gezamenlijke tijd en ruimte ingenomen. Ik had het niet kunnen en willen doen zonder jullie liefde, steun, betrokkenheid en praktische hulp. Ik ben trots op ons en ik hou van jullie.

Over de auteur

Petra Schaftenaar (1971) studeerde HBO-Inrichtingswerk en werkt sinds 1993 in de (forensische) psychiatrie. Zij heeft gewerkt als sociotherapeut en manager bij een FPC, bij het Pieter Baan Centrum en bij een RIBW. Sinds 2011 werkt ze bij Inforsa. Eerst als manager van de FPK, sinds 2014 in de functie van zorginnovator en onderzoeker. Tussen 2009 en 2012 studeerde ze bedrijfskunde aan de Radboud Universiteit. In 2014 startte ze dit promotieonderzoek aan de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek.

Presentaties & publicaties

Publicaties gerelateerd aan dit onderzoek

- Schaftenaar, P. & Van Outhesuden, I. (2014). *Verbinding in Vogelvlucht*. Verhalen over visievorming. Amsterdam: Inforsa.
- Outhesuden, van, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 275-281.
- Schaftenaar, P. & Baart, A. (2017). De waarde van relationele zorgverlening in de forensische psychiatrie. Een theoretische verkenning naar de uitgangspunten en mogelijke betekenis. *Waardenwerk*, 68, 123-134.

(Inter)nationale presentaties gerelateerd aan dit onderzoek

2014:

- Festival Forensische Zorg, Utrecht: 'Duurzame verbinding en de forensische draaideur'.

2015:

- International Academy of Forensic Mental Health Services (IAFMHS), Manchester: 'Forensic Psychiatric Treatment, in the Dutch Mental Healthcare Chain. Problems, Solutions and Research'.
- International Academy of Law and Mental Health (IALMH), Wenen: 'Risk management and reduce of recidivism through relational care in a forensic psychiatric hospital'.
- European Conference on Violence in Clinical Psychiatry, Kopenhagen: 'Risk management and reduce of recidivism through relational care in a forensic psychiatric hospital'.
- Forensisch congres Rinogroep, What Works?, Utrecht: 'De (forensische) zorgketen beter bekeken'.

2016:

- Festival Forensische Zorg, Utrecht: 'De forensische zorgketen beter bekeken'.
- International Academy of Forensic Mental Health Services (IAFMHS), New York: 'Bridging the gap in the health care chain: relational care in forensic psychiatry'.

2017:

- Festival Forensische Zorg, Utrecht: 'Minder recidive door duurzame verbinding'.
- American Psychiatric Association, San Diego: 'Bridging the gap in the health care chain: relational care in forensic psychiatry'.
- Voorjaarscongres NvvP, Maastricht: 'Terugdringen van forensische recidive door middel van duurzame verbinding'.
- American Psychiatric Association (APA), San Diego: 'Bridging the gap in the health care chain: relational care in forensic psychiatry'.
- Symposium International Academy of Law and Mental Health (IALMH), Praag: 'Relational care in forensic psychiatry'.
- European Conference on Violence in Clinical Psychiatry, Dublin: 'An unusual chapter. Images of living and working at a forensic psychiatric ward – based on relational care'.

Overige publicaties van de auteur

Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G.J. & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>

Helm, van der, P. & Schaftenaar, P. (2014). Leefklimaat en straf in de klinisch forensische zorg. *MGV*, 69 (6), 28-34.

Valk, de, S., Van der Helm, G.H.P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C. & Stams, G.J.J.M. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10(1), 3-16. <http://dx.doi.org/10.1108/JCS-11-2014-0048>

Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van sociotherapie. Een literatuurstudie*. Utrecht: KFZ.

Schaftenaar, P. (2015). De drie R-en revisited. *TvZ*, 5, 48-51.

Schaftenaar, P. & Ruiter, M. (2016). Top1-teams verbeteren de dwangzorg. *Nurse Academy GGZ*, 1, 18-22.

Schaftenaar, P. & Ruiter, M. (2017). Leiden open deuren tot meer incidenten? Kwaliteit en veiligheid in de nachtelijke ggz-zorg. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 26-29.

Shaban, S. & Schaftenaar, P. (2017). Nabespreken van dwanginsluitingen. *Nurse Academy GGZ*, 3, 21-26.

Colofon

Contact gezocht

Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg
Petra Schaftenaar

ISBN 978 90 8850 840 0

NUR 740/875

Afbeelding omslag

Vincent van Gogh (1853-1890), *De zaaier*, Arles, november 1888, olieverf op doek,
32.5 cm x 40.3 cm

Credits: Van Gogh Museum, Amsterdam (Vincent van Gogh Stichting)

Omslagontwerp

Merel van Dam, Uitgeverij SWP

Vormgeving binnenwerk

Nu-nique Grafische Vormgeving, Goor

Uitgever

Ingrid de Jong

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:

Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost

Telefoon: (020) 330 72 00

E-mail: contact@mailswp.com

Internet: www.swpbook.com