



AFSTUDEERONDERZOEK

Een kwalitatief onderzoek naar de kwaliteit van leven binnen de langdurige
forensische psychiatrisch zorg



Naam: Bram Canton

Studentnummer: 3186024

Klas: 4V05G

Fontys Hogeschool: Social Studies

Profiel: GGZ

Scriptiebegeleider: Mariëlle Verhagen

Progresscode: 89V4G-AFOZ

Datum: 23-08-2019

Samenvatting

Onderzoeker is gekomen tot dit onderzoek vanuit een nieuwsgierigheid naar de ogenschijnlijk onmogelijke missie van de langdurige forensische zorg (LFPZ). Deze missie is namelijk enerzijds het beveiligen van de maatschappij tegen bewoners die blijvend recidivegevaarlijk zijn, anderzijds het bieden van zo veel mogelijk kwaliteit van leven aan deze groep, die bestaat uit vaak zeer ernstig psychiatrisch geïnvaleerde, maar ook zeer gevaarlijke mensen.

Bij mensen die in de LFPZ terecht komen is niet meer, zoals in de rest van het Tbs-systeem, behandeling en resocialisatie het doel van het verblijf. Dit is jarenlang geprobeerd, maar heeft niet geleid tot een aanvaardbare vermindering van het risico. In de LFPZ wordt daarom in strikte zin niet meer forensisch behandeld, maar wordt getracht deze mensen een zo humaan mogelijk verblijf te bieden binnen een gedwongen setting. Hun vrijheid wordt ontnomen, ze zijn verplicht te verblijven binnen de hekken van de instelling en het beveiligingsniveau is hoog. Sommige bewoners mogen met begeleiding kortdurend op verlof, niemand mag zonder begeleiding het terrein verlaten. Hoe kan aan mensen, die zo in hun vrijheid beperkt worden toch een zo goed mogelijke kwaliteit van leven geboden worden? Dat is de vraag die tot dit onderzoek heeft geleid.

Onderzoeker richt zich daarbij met name op de vraag of datgene wat onder kwaliteit van leven wordt verstaan in de literatuur en in de uitgangspunten van Organisatie X overeenkomt met de visie op kwaliteit van leven van bewoners en professionals. Aan de hand van semigestructureerde interviews heeft onderzoeker een aantal ernstig psychiatrisch zieke bewoners gesproken en daarnaast een aantal professionals met verschillende functies binnen het Tbs-systeem. Gevraagd werd naar hun visie op het begrip kwaliteit van leven, naar de rol die het personeel en protocollen hierin spelen en naar mogelijke verbeterpunten als het gaat om de kwaliteit van leven. De interviews werden getranscribeerd en vervolgens open, axiaal en selectief gecodeerd. Op basis van de interviews konden de volgende resultaten beschreven worden.

Als belangrijkste aspecten van kwaliteit van leven werden genoemd autonomie en veiligheid. Hierover bestond nauwelijks verschil van mening tussen bewoners en professionals. Er bestond ook consensus over het grote belang van en een goede verhouding tussen bewoners en personeel. Over de rol van protocollen waren er meer verschillende visies: de meeste professionals vinden protocollen wel ondersteunend in het bieden van een goede kwaliteit van leven, maar staan ook op het standpunt dat bij deze doelgroep protocollen niet te rigide gevolgd dienen te worden en dat er ruimte moet blijven voor creativiteit. Bewoners realiseren zich wel dat protocollen vooral kunnen bijdragen aan hun veiligheid, maar ze ervaren de verplichtingen die voortkomen uit de protocollen ook vaak als belastend.

De onderzochten waren gemiddeld genomen tevreden over de ervaren (bewoners) en geboden (professionals) kwaliteit van leven. Als belangrijkste verbeterpunten werden genoemd:

- Minder verloop en wisselingen in personeel, waardoor meer continuïteit van zorg ontstaat.
- De bewoners meer betrekken bij beslissingen die van invloed zijn op hun kwaliteit van leven
- Het vergroten van de rol van mentoren als schakel tussen de bewoner en de staf
- Meer etnische diversiteit van het personeel om beter aan te sluiten op de grote etnische diversiteit binnen de bewonersgroep

De resultaten van het onderzoek zijn op afdelingsniveau binnen instelling X besproken. De collega's herkennen het beeld dat geschetst wordt. Onderzoeker zal er zich voor inzetten dat ook de beleidsmakers kennis nemen van dit onderzoek en dat dit er toe leidt dat de hierboven genoemde verbeterpunten binnen de organisatie geïmplementeerd kunnen worden.

Voorwoord

Dit onderzoek is tot stand gekomen met behulp van een groot aantal mensen. Het is een lang proces geweest met diepe dalen en hoge pieken. Er zijn momenten geweest waar ik het echt niet meer zag zitten en wilde stoppen. Door omstandigheden op het werk was de intrinsieke motivatie even zoek, maar uiteindelijk is met hulp van anderen gelukt mijn schouders eronder te zetten en het onderzoek af te ronden.

Met name mijn ouders zijn hierin een steun en toeverlaat geweest waar ik altijd bij terecht kon, wanneer ik er weer genoeg van had en zij wisten mij altijd weer op te beuren en te motiveren. Het bieden van een luisterend oor of het ter beschikking stellen van je huis, zodat ik daar ongestoord kon gaan werken. Het altijd willen meedenken en jullie oprechte interesse heeft ervoor gezorgd dat ik inzag dat ik er niet alleen voor stond. Pap en mam bedankt voor jullie onvoorwaardelijke steun en dat jullie in me zijn blijven geloven!

Daarnaast wil ik ook Peter Braun, directeur van Organisatie X, waar dit onderzoek is gehouden, bedanken voor het toestemming verlenen om de bewoners en het personeel te mogen interviewen en opnemen. Er kwam nog heel wat bij kijken om opnameapparatuur mee te mogen nemen binnen Organisatie X. Uiteindelijk is dit allemaal gelukt met een kleine vertraging en heb ik de interviews kunnen afnemen en uitwerken. U heeft naast uw toestemming ook zelf deelgenomen aan het onderzoek en ik heb u met veel plezier mogen interviewen. Bedankt voor het verlenen van de benodigde toestemming en uw bijdrage aan het onderzoek.

Ten slotte wil ik Mariëlle Verhagen bedanken. Zij is naast mijn ouders de grootste drijvende kracht achter dit onderzoek geweest. Zij heeft me enorm geholpen met haar enthousiasme en vele literatuuraanbevelingen. Als ik even niet meer wist welke kant ik op wilde met het onderzoek zorgde Mariëlle voor sturing met haar advies. Daarnaast wil ik u ook bedanken voor uw geduld met me. Ik ben me ervan bewust dat ik niet de meest makkelijke persoon ben om te begeleiden. Er waren soms periodes van radiostilte van mijn kant en gemiste scriptiebijeenkomsten. Echter heeft u altijd zeer begripvol gereageerd en bent u me blijven steunen. U kunt zich waarschijnlijk niet voorstellen hoe belangrijk dit vertrouwen in mij voor me is geweest en heeft uiteindelijk bijgedragen dat ik toch door ben gegaan met het onderzoek. Hartstikke bedankt voor uw begrip en geduld met mij en het enthousiasme waarmee u mij begeleid heeft.

Bram Canton

23 augustus 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	3
Inleiding.....	5
Context en probleemschets	7
Probleemanalyse.....	7
Probleemstelling	11
Onderzoeksdoelstelling.....	11
Hoofdvraag en deelvragen.....	11
Begripsafbakening.....	12
Theoretisch kader.....	15
Kwaliteit van leven	15
Doelgroep.....	17
Kwetsbaarheid doelgroep	19
Presentiebenadering	19
Kwetsbaarheid vs zelfredzaamheid	19
Zelfdeterminatietheorie.....	21
Good Lives Model.....	21
Methodologie	22
Onderzoekspopulatie en steekproef.....	22
Inclusie en exclusie.....	22
Dataverzamelmethode	23
Meetinstrument.....	24
Data-analyse.....	25
Resultaten	26
Conclusie	30
Aanbevelingen.....	33
Discussie	35
Bibliografie	36
Bijlage 1: Toestemmingsformulier	39
Bijlage 2: Topiclijsten.....	40
Bijlage 3: Codeboom	45
Bijlage 4: Echtheidsverklaring	47

Inleiding

In dit verslag wordt een onderzoek beschreven naar de kwaliteit van leven van bewoners in de langdurige forensische psychiatrische zorg (LFPZ). Dit onderzoek behandelt de volgende vragen:

- wat houdt de kwaliteit van leven binnen de langdurige forensische psychiatrie in volgens de bewoners, begeleiders en andere professionals?
- hoe is het volgens bewoners en professionals gesteld met de verschillende aspecten van kwaliteit van leven in de LFPZ? Wat draagt het meest bij aan de kwaliteit van leven?
- Is er een spanningsveld tussen enerzijds de protocollen van het tbs-wezen en het streven naar een optimale kwaliteit van leven?

Door middel van het afnemen van interviews met alle betrokken actoren van de verschillende lagen binnen organisatie X (bewoners, begeleiding, behandelcoördinator, directie, forensische specialist en rechter) wil de onderzoeker vooral onderzoeken of er een discrepantie bestaat tussen de bestaande theorie omtrent kwaliteit van leven, de visie die Organisatie X nastreeft en hoe de bewoners dit zelf zien en ervaren. Voor dit onderzoek wordt er gericht gekeken naar twee afdelingen binnen organisatie X, die als een van de weinige instellingen in Nederland langdurige forensische zorg aanbiedt en waar onderzoeker stage heeft mogen lopen.

Het tbs-systeem heeft als doel de bescherming van de maatschappij door het behandelen van de tbs-gestelden. De behandeling is gericht op het zo laag mogelijk te maken van het recidieverisico. Hierdoor kunnen de tbs-gestelden op een veilige en verantwoorde manier resocialiseren in de maatschappij. Wat Organisatie X uniek maakt ten opzichte van andere instellingen is dat de behandeling hier gericht is op kwaliteit van leven en de nadruk niet meer ligt op resocialisatie in de maatschappij. Deze keuze is gemaakt omdat is gebleken dat resocialisatie bij deze personen niet mogelijk is gebleken, omdat het risico op recidive bij deze doelgroep ondanks jaren van behandeling onverminderd hoog blijft. Om deze reden zal deze doelgroep langdurig, vaak zelfs de rest van hun leven in een forensisch psychiatrische instelling moeten verblijven. Om dit verblijf zo humaan mogelijk te laten verlopen wordt er ingezet op behandeling gericht op kwaliteit van leven en niet meer op resocialisatie. De doelgroep van dit onderzoek zijn de bewoners van twee afdelingen binnen organisatie X bestaande uit volwassen mannen gediagnosticeerd met chronische schizofrenie. Zij verblijven al langer dan 15 jaar in de langdurige forensische psychiatrie en hebben tenminste in twee andere tbs-inrichtingen verbleven, voordat zij in aanmerking komen voor een plaatsing in organisatie X.

De reden dat dit onderzocht gaat worden is om te kijken of de visie van de professionals en van de bewoners over de kwaliteit van leven overeen komen, hoe deze 2 groepen kijken naar de verschillende zaken die een rol spelen bij de kwaliteit van leven en of de regels van bovenaf de doelstellingen in de weg staan of juist ondersteunen. Door middel van semigestructureerde interviews met bewoners en professionals zal hun visie en mening onderzocht worden. Vervolgens wordt bekeken of dit aansluit bij de eerdere bevindingen uit de literatuur over kwaliteit van leven en of er nog opmerkelijke resultaten uit geconcludeerd kunnen worden. Uiteindelijk zal blijken of de visie omtrent kwaliteit van leven van Organisatie X aansluit bij de wensen en visie van de bewoners

en kunnen er aanbevelingen voor de professionals, zowel het begeleidend personeel als het management, worden geformuleerd voor Organisatie X.

Aanleiding voor dit onderzoek is het feit dat onderzoeker heeft geconstateerd dat de term kwaliteit van leven een 'hot topic' is binnen de psychiatrische zorg. Zo ook binnen Organisatie X, waar in de instellingsvisie de kwaliteit van leven expliciet als doel wordt genoemd. Dit wekte de vragen bij onderzoeker op wat er nu precies bedoeld wordt met deze kwaliteit van leven in de context van het tbs-systeem en nog belangrijker hoe zien de bewoners van Organisatie X dit? Als de zorg is gericht op kwaliteit van leven is het van belang dat de professionals op de hoogte zijn van wat de bewoners onder deze kwaliteit van leven verstaan, zodat dit zoveel mogelijk op elkaar aansluit.

Zeker met de recente maatschappelijke ontwikkelingen is het tbs-systeem enigszins onder druk komen te staan. Er zijn fouten gemaakt in de risicoanalyse van tbs-gestelden, die vervolgens zijn gerecidiveerd. Deze ontwikkelingen zijn merkbaar in de tbs-instellingen, zo ook in Organisatie X, waar alle protocollen rondom veiligheid en verloven zijn aangescherpt. Juist nu het tbs-systeem onder maatschappelijke druk is komen te staan is het van belang om de kwaliteit van leven van de bewoners niet uit het oog te verliezen. Uit de literatuur is namelijk naar voren gekomen wat voor een belangrijke rol de kwaliteit van leven speelt in het hebben van een waardig bestaan (WHO, 1998). Daarnaast is het uit ethisch oogpunt inhumaan om mensen langdurig hun vrijheid te ontnemen, zonder voldoende oog te hebben voor hun kwaliteit van leven, zeker als het gaat om mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, die niet of slechts voor een klein verantwoordelijk waren voor hun delictgedrag.

Dit onderzoek begint met het schetsen van het probleem, zoals hierboven staat beschreven, in de context van het tbs-systeem in de Nederlandse maatschappij, met in het bijzonder de langdurig psychiatrische zorg (LFPZ). Het doel van het onderzoek wordt uiteengezet aan de hand van de hoofd- en deelvragen en de begrippen worden uitgelegd. In het theoretisch kader wordt het begrip kwaliteit van leven uitgebreid omschreven. Er wordt stilgestaan bij de protocollen van het tbs-systeem en de doelgroep van het onderzoek. Dit wordt onderbouwd met theorieën uit de literatuur. De methode die is gebruikt is een kwalitatief onderzoek met behulp van semigestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst met bewoners en professionals. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens bewerkt door middel van achtereenvolgens open, axiaal en selectief coderen. Uit deze interviews worden achtereenvolgens de resultaten en aanbevelingen beschreven en aan het einde volgt een discussie.

Context en probleemschets

Probleemanalyse

Omdat organisatie X een forensische psychiatrische instelling is en tevens een tbs-instelling is er sprake van een hoge beveiligingsnorm. Er zijn strenge protocollen opgelegd vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Alle tbs-instellingen in Nederland moeten aan strenge veiligheidsnormen voldoen en dit wordt regelmatig gecontroleerd door de inspectie. Reden hiervoor is dat we te maken hebben met een cliëntgroep met een justitieel verleden. Alle cliënten binnen de langdurige forensische psychiatrie zijn door de rechtbank langdurig delictgevaarlijk verklaard en hebben daardoor een longstay-status verkregen. Dit houdt in dat het risico dat de cliënt een ernstig delict pleegt dermate groot wordt geacht dat de maatschappij daartegen beschermd moet worden. Om dit risico zo klein mogelijk te houden is (naast intensieve zorg) op de eerste plaats beveiliging noodzakelijk. Er zijn bij deze doelgroep geen mogelijkheden voor verdere behandeling om het delictgevaar af te laten nemen (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009). Daarnaast hebben voorbeelden uit het verleden laten zien wat voor grote maatschappelijke onrust het kan veroorzaken wanneer een tbs-gestelde ontsnapt of wanneer een ex-tbs'er een delict pleegt. Het is dus van belang voor zowel de veiligheid van de maatschappij als het voortbestaansrecht van het tbs-systeem dat dit soort incidenten worden voorkomen. Om incidenten te voorkomen zijn er veel regels opgesteld, die streng nageleefd dienen te worden.

In de probleemanalyse wordt de te onderzoeken probleemstelling, namelijk wat de kwaliteit van leven binnen de langdurige forensische psychiatrie volgens de bewoners, begeleiders en management inhoudt, hoe deze gewaarborgd kan worden en waar dit eventueel schuurt met de protocollen van het tbs-wezen, geplaatst en omschreven op micro-, meso- en macroniveau. Op macroniveau wordt uiteengezet welke rol het Ministerie van Justitie en Veiligheid speelt en in bredere zin de politieke, economische en maatschappelijke ontwikkelingen invloed hebben op de besluitvorming en het uiteindelijk beleid rondom de langdurige forensische psychiatrie. Op mesoniveau wordt bekeken hoe binnen het tbs-wezen naar de kwaliteit van leven in de LFPZ gekeken wordt, gezien de unieke positie van de LFPZ binnen het tbs-systeem. Het doel binnen de LFPZ is niet meer resocialiseren, maar het behouden van zo veel mogelijk kwaliteit van leven met behoud van veiligheid voor de maatschappij. Vervolgens wordt op microniveau beschreven hoe hier op de twee afdelingen, waar onderzoeker werkzaam is, naar wordt gekeken en mee wordt omgegaan.

Op macroniveau is het algemeen bekend dat de politieke, maatschappelijke en economische ontwikkelingen veel invloed hebben op de zorg. Dit geldt zeker voor de forensische psychiatrische zorg, waarin de wetgeving, protocollen en budget direct onder het Ministerie van Justitie en Veiligheid vallen. De primaire functie van de forensische zorg is het beschermen van de maatschappij. Vanwege de hoge prioriteit van veiligheid in het huidige tijdsgewricht heeft de LFPZ minder te maken met bezuinigingen dan reguliere zorginstellingen. Op basis van een indicatiestelling wordt de verblijfsintensiteit van een bewoner gescoord van A (het laagste) tot en met G (het hoogste). Er wordt gescoord op de hoeveelheid zorg, begeleiding en beveiliging die een bewoner nodig heeft. Daarnaast wordt er gekeken naar hoeveel personeel hiervoor nodig is, hetgeen afhankelijk is van de benaderingsnorm van een bewoner, die op zijn beurt weer wordt gebaseerd op

diens risicomanagement (WODC, 2010). Aan de hand van de scores van deze verblijfsintensiteiten wordt het budget van een instelling door justitie bepaald. Dit houdt in dat wanneer een afdeling of instelling nieuwe bewoners krijgt met een hogere of lagere verblijfsintensiteit dit direct invloed heeft op de budgettering en dit is bijvoorbeeld terug te zien in het personeelsbestand. Er moet meer personeel komen op afdelingen waar de bewoners verblijven met een hogere score en minder personeel waar de bewoners verblijven met een lagere score. Juist vanwege de beschermende functie voor de maatschappij is er sprake van directe invloed van het Ministerie van Justitie en Veiligheid qua regelgeving en protocollen. Deze directe invloed neemt nog toe als er recent ernstige incidenten zijn gebeurd, zoals na de dood van Anne Faber (NRC, 28-03-2019). Zo worden de behandelplannen van de bewoners van Organisatie X in samenspraak met justitie geformuleerd om te kijken of er wel aan het risicomanagement wordt voldaan. Daarnaast wordt iedere drie jaar door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing getoetst of een bewoner nog wel het hoge beveiligingsniveau van de LFPZ nodig heeft. (Ministerie van Justitie en Veiligheid, zd). Ook wordt er gekeken of daadwerkelijk wel alle vormen van behandeling zijn geprobeerd bij een bewoner en of er wellicht nieuwe ontwikkelingen zijn waardoor een nieuwe behandeling tot resocialisatie gestart zou kunnen worden. Er blijft dus altijd een perspectief om vanuit de LFPZ weer in de behandelsetting, gericht op resocialisatie, terug te keren.

Het beschermen van de samenleving is zeer maatschappelijk relevant, omdat deze personen zijn veroordeeld voor ernstige zeden- en/of levensdelicten en het risico op recidive bij hen als blijvend hoog wordt ingeschat. Daar komt bij dat veel bewoners van de LFPZ vanwege de ernst van hun psychopathologie niet meer zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij en dagelijks begeleiding en zorg nodig hebben. Het belang van de bescherming van de maatschappij is ook duidelijk geworden na de moord op Anne Faber: Het aantal tbs-opleggingen is in het jaar er na verdubbeld ten opzichte van het voorgaande jaar en de tbs-behandeling is plots in een veel positiever daglicht komen te staan. Uit de cijfers blijkt dat de kans een ex-tbs'er minder snel recidiveert dan een ex-gevangene (De Rechtspraak, zd). Daarom is het ook van belang dat de maatschappij goed geïnformeerd wordt over het effect dat een tbs-behandeling heeft op het verminderen van recidive en dat dit, in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, een positieve bijdrage levert aan de beveiliging van de maatschappij.

Op mesoniveau is het zo dat deze groep cliënten is beoordeeld als 'uitbehandeld' door ten minste twee eerdere tbs-klinieken voordat zij bij Organisatie X terecht kunnen. Deze cliënten zitten of al decennialang in het tbs-systeem zitten en/of ze zijn gerecidiveerd tijdens de behandeling. Organisatie X is dan de enige overgebleven inrichting binnen Nederland waar deze mensen terecht kunnen. Hier zijn echter twee uitzonderingen op. Zo is er namelijk een afdeling binnen de EBI (extra beveiligde inrichting) in PI Vught, de zogeheten ZISZ (zeer intensieve specialistische zorg), waar zich zes bewoners bevinden, die te gevaarlijk worden geacht voor een therapeutische omgeving als in de tbs (Dienst Justitiële Inrichtingen). Deze zes bewoners leven als gedetineerden, waar zij het grootste deel van de dag opgesloten zijn en enkel onder 6-mans begeleiding uit hun cel gehaald worden. De andere uitzondering is een afdeling geheten De Niers, die onderdeel uitmaakt van Organisatie X, maar zich op een andere locatie bevindt (Pompestichting, zd). Hier bevinden zich zeven bewoners, die qua beveiligingsniveau tussen de ZISZ en Organisatie X zitten. Zij worden te gevaarlijk geacht voor het leefmilieu van Organisatie X, maar niet gevaarlijk genoeg voor een permanente

afzonderingsmaatregel, wat inhoudt dat een bewoner bijna de gehele dag opgesloten is. Zij leven samen op een afdeling, waar enkel één bewoner tegelijkertijd wordt uitgesloten en intensieve begeleiding krijgt van personeel. In de praktijk is het meestal zo dat deze bewoners uiteindelijk in Organisatie X terecht komen, wanneer het vereiste beveiligingsniveau afneemt, bijvoorbeeld door het aanslaan van medicatie of het ouder worden. In de LFPZ van Organisatie X is er dus sprake van het minst gedwongen kader van alle LFPZ-locaties en genieten de bewoners binnen de hekken relatief veel vrijheden. Dit is gerelateerd aan de visie van Organisatie X, waarin zoveel mogelijk aandacht wordt geschonken aan de kwaliteit van leven van de bewoners. Het is daarom van belang dat zij in staat zijn om op een afdeling met andere bewoners te leven. Zij hebben aangetoond om te kunnen gaan met anderen en de mogelijkheid om je vrij over het terrein te bewegen.

Het is ook mogelijk voor een bewoner om zijn longstay-status te verliezen wanneer in samenspraak met de LAP-commissie, de Landelijke Adviescommissie Plaatsing, wordt ingeschat dat het risico op recidive dermate is afgenomen dat hij naar een minder beveiligde setting kan worden overgeplaatst, de zogeheten Longcare (Ministerie van Justitie en Veiligheid, zd). De afname in risico kan bijvoorbeeld zijn door natuurlijke omstandigheden zoals ouderdom of verminderde mobiliteit. Het komt ook voor dat na jaren van afwezigheid van behandeldruk en de blootstelling aan het specifieke therapeutische omgeving van Organisatie X een bewoner dermate is opgeknapt dat het beveiligingsniveau naar beneden kan worden bijgesteld. De Van der Hoevenkliniek te Amersfoort en de Woenselse Poort in Eindhoven zijn de instellingen in Nederland, die deze Longcare aanbieden en waar bewoners uit Organisatie X eventueel naartoe kunnen werken om toch enig perspectief te houden op overplaatsing naar een minder beveiligde setting (Van der Hoevenkliniek, zd). Een ander advies dat de LAP-commissie kan uitbrengen is dat er hun inziens niet alles is geprobeerd in de behandeling van een bewoner en het daarom te vroeg is om deze onbehandeld te verklaren. In deze gevallen wordt er een nieuw behandelplan voor de bewoner uitgezet met nieuwe therapieën en/of medicatie om te kijken of dit wel aanslaat en de bewoner eventueel terug kan keren naar de reguliere tbs om daar te proberen resocialiseren.

Op microniveau wordt de kwaliteit van leven op de twee afdelingen onderzocht door betrokkenen te interviewen en de literatuur te raadplegen. Het doel is om op alle drie de niveaus binnen de LFPZ, bewoners, begeleiders en de beleidsbepalers, minstens een interview af te nemen om een zo'n compleet mogelijk beeld te schetsen. De beleidsbepalers bestaan uit het management, behandelcoördinator, forensische specialist en tbs-rechter en zij bepalen in grote lijnen het beleid, dat vervolgens de begeleiding dient uit te voeren. De begeleiding omdat zij als het ware tussen de beleidsbepalers en de bewoners in staan en zo een unieke visie hebben. De bewoners, omdat zij het onderwerp zijn van het onderzoek naar kwaliteit van leven en hun visie niet mag ontbreken.

Het personeel heeft verschillende rollen in de begeleiding van de cliënten. De sociotherapeuten en forensisch psychiatrisch begeleiders (FPB-ers) zetten hun agogische kennis in om het leefklimaat op de afdeling zo goed mogelijk te houden en de cliënten te motiveren om hun individuele programma's te volgen (Aronson, Wilson & Akert, 2011). De artsen en verplegend personeel houden de fysieke en psychische gezondheid van de cliënten in de gaten. Daarnaast zijn er maatschappelijk werkers, die de cliënten begeleiden in hun sociale contacten. Bijvoorbeeld door mee te gaan op netwerkverloven en bezoeken van familieleden aan de instelling te faciliteren. Er zijn geestelijke begeleiders en er is een

kerkje voor de cliënten, die behoefte hebben aan religie en spirituele begeleiding. Verschillend ondersteunend personeel is werkzaam bij de dagbestedingen, zoals een hovenierdienst, houtbewerking, een fietsenmaker, een creatieve afdeling en sport, die de cliënten daar begeleiden en een zinvolle invulling van de dag aanbieden. De grote meerderheid van het begeleidend personeel heeft een agogische achtergrond met een opleiding als maatschappelijk werker of sociaal pedagogisch hulpverlener. Dit is ook wel een vereiste, omdat door de aanwezigheid van forse persoonlijkheidsproblematiek en/of psychische stoornissen kennis van psychopathologie nodig is om signalen te herkennen en te weten hoe te handelen. Daarnaast moet zowel het leefklimaat van de groep op de afdeling, als de individuele kwaliteit van leven van een cliënt in het oog gehouden worden. Het is aan de sociotherapeuten om een hier een juiste balans in te vinden, opererend binnen de kaders van de protocollen van de forensische psychiatrie (Zimbardo, Johnson & McCann, 2014).

De bewoners van afdelingen X en Y zijn mannen gediagnosticeerd met chronische schizofrenie vaak in combinatie met een cognitieve beperking. Deze combinatie van stoornissen maakt de doelgroep zeer complex, vanwege hun beperkte leerbaarheid en draagkracht. Vanuit hun schizofrenie zijn ze erg snel achterdochtig en angstig en dit vergt een zeer specifieke manier van begeleiding door het personeel. Er moet een vertrouwensband met de bewoners worden opgebouwd voordat zij überhaupt begeleiding en zorg van een begeleider accepteren. De behandeling is gericht op veiligheid, rust en structuur, waar deze bewoners het beste in functioneren. Zonder dit externe kader van structuur worden deze bewoners snel overvraagd en komen de achterdocht en angst naar boven, hetgeen hen onvoorspelbaar en gevaarlijk maakt. Dit is bijvoorbeeld terug te zien wanneer er een wijziging plaatsvindt in het personeel, programma of medicatie. Elke kleine verandering in de bestaande structuur kan leiden tot ontregeling bij deze bewoners. De begeleiding heeft dan soms dagen nodig om de bewoners weer rustig en ontspannen te krijgen.

Er wordt vanuit Organisatie X veel nadruk gelegd op de kwaliteit van leven van de bewoners. Over de kwaliteit van leven is binnen de organisatie al veel geschreven en deze is ook eerder onderzocht door middel van enquêtes onder bewoners. De mening van de bewoners wordt dus al meegenomen door Organisatie X. Er bestaat echter veel diversiteit onder de bewoners van Organisatie X, onder andere qua psychopathologie en draagkracht. Onderzoeker wil zich specifiek richten op de doelgroep van afdelingen X en Y, omdat dit de zwakste populatie is binnen Organisatie X. Het is heel anders werken met deze doelgroep, omdat zij een specifieke manier van begeleiding nodig hebben. Onderzoeker wil kijken of dit ook een andere invulling van kwaliteit van leven betekent. Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep is een goede aansluiting van personeel op deze bewoners wellicht van nog meer belang dan de rest van de bewoners. Door hun cognitieve beperking kunnen zij dit minder goed uit zichzelf aangeven en moet er een manier gevonden worden om hen te laten aangeven wat voor hen belangrijk is.

De meningen en visie van de professionals over kwaliteit van leven zijn nog niet eerder onderzocht door Organisatie X. Het naast elkaar zetten van de visies van bewoners en professionals is nog niet eerder gedaan en het doel van dit onderzoek.

Probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek is dat er weliswaar veel aandacht aan kwaliteit van leven wordt geschonken door Organisatie X, maar dat de vraag is of deze ook daadwerkelijk aansluit bij de ervaringen en wensen van de bewoners. Mogelijk bestaat er een discrepantie tussen de visie van bewoners en professionals en wat de literatuur heeft vermeld over kwaliteit van leven. Mogelijk hebben protocollen en wetgeving invloed op de kwaliteit van leven binnen Organisatie X. Er zullen afwegingen gemaakt moeten worden tussen enerzijds zorg en anderzijds veiligheid.

Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de kwaliteit van leven binnen de LFPZ. Met name hoe dit ervaren wordt door de verschillende actoren binnen de LFPZ: de bewoners, hulpverleners, behandelcoördinatoren en forensische specialisten en rechters. Komen deze visies overeen of zitten hier juist opmerkelijke verschillen in en indien dat het geval mocht zijn hoe komt het dat deze verschillen? Wat vinden de bewoners daadwerkelijk belangrijk voor hun kwaliteit van leven? Door hier meer inzicht in te krijgen kan er hopelijk een positieve bijdrage geleverd worden aan het waarborgen van de kwaliteit van leven binnen de LFPZ. Doel is ook om te onderzoeken of er een discrepantie bestaat tussen de bestaande theorie omtrent kwaliteit van leven, waar de visie van organisatie X op gestoeld is en de ervaringen en wensen van de bewoners van organisatie X. Door het onderzoek aan het management en de directie te presenteren worden de conclusies en aanbevelingen gedeeld met diegene die daadwerkelijk veranderingen kunnen bewerkstelligen. Hopelijk kunnen er uit de conclusies van dit onderzoek aanbevelingen aan het management worden gedaan, die het vervolgens zouden kunnen doorspelen naar de beleidsmakers in de politiek en naar de medewerkers op de werkvloer. De doelstelling is uiteindelijk om een positieve bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van bewoners van de LFPZ. Wellicht zijn er relatief eenvoudige aanpassingen te maken voor of door het personeel die de kwaliteit van leven voor de bewoners zou verbeteren.

Hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Bestaat er een discrepantie tussen de bestaande theorie omtrent kwaliteit van leven, waar de visie van de LFPZ op is gebaseerd en de ervaringen en wensen van de bewoners en begeleiders van organisatie X?

Deelvragen:

- Wat wordt er verstaan onder kwaliteit van leven binnen de LFPZ van Organisatie X volgens bewoners en professionals?
- Hoe kunnen forensisch pedagogisch begeleiders binnen een gesloten zorgafdeling in een tbs-kliniek de tbs-gestelden met een longstay-status begeleiden zoveel mogelijk aansluiting vinden bij de behoeften van bewoners op het gebied van kwaliteit van leven binnen een organisatie?
- Welke invloed hebben de protocollen en wetgeving opgelegd vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid op de kwaliteit van leven dat wordt nagestreefd binnen de LFPZ?

De deelvragen zijn bedoeld om onderdelen van de hoofdvraag te beantwoorden of te verduidelijken.

Begripsafbakening

Hier worden de verschillende begrippen, die terugkomen in dit onderzoek, uiteengezet. Wat houden deze begrippen in en welke rol spelen ze in het onderzoek.

TBS: TBS staat voor terbeschikkingstelling. De rechter kan deze maatregel opleggen aan mensen die een zwaar misdrijf pleegden en daarvoor geheel of gedeeltelijk 'ontoerekeningsvatbaar' zijn verklaard. Diegenen aan wie tbs wordt opgelegd worden tbs-gestelden genoemd. Het misdrijf kan de dader niet (volledig) toegerekend worden, omdat hij lijdt aan "ziekelijke stoornis en/of een gebrekkige ontwikkeling". Mede door de stoornis bestaat er ook gevaar dat zij opnieuw in de fout gaan. Als het delict hen gedeeltelijk wel kan worden toegerekend, kan de rechter hen voor dat deel een gevangenisstraf opleggen. In bepaalde gevallen kan de rechter ook afzien van het opleggen van een straf, omdat er sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid. De tbs-maatregel start dan meteen.

Er bestaan 2 vormen van Tbs:

1. de tbs met bevel tot verpleging (vrijheidsbenemende maatregel)
2. de tbs met voorwaarden

Over het algemeen wordt het meest gesproken over de tbs met bevel tot verpleging, officieel 'tbs met bevel tot verpleging van overheidswege'. De tbs-gestelde wordt in dit geval in een tbs-kliniek geplaatst en behandeld. Bij een tbs met voorwaarden wordt de persoon niet onder dwang in een kliniek opgenomen, maar stelt de rechter voorwaarden aan het gedrag. De persoon moet dan bijvoorbeeld een verplichte behandeling ondergaan of mag geen alcohol of drugs gebruiken. Als men zich niet houdt aan die voorwaarden, kan de rechter de tbs omzetten in een tbs met bevel tot verpleging. De rechter legt de tbs met voorwaarden op als iemand bereid is mee te werken aan zijn behandeling en een klinisch deel van de behandeling niet, of slechts kortdurend, noodzakelijk is. (Openbaar Ministerie).

LFPZ: Langdurige forensische psychiatrische zorg, voorheen longstay geheten, maar sinds 1 januari 2019 is veranderd naar langdurige forensische psychiatrische zorg, omdat dit een minder negatieve connotatie heeft dan longstay (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019). Hiervoor komen tbs-gestelden in aanmerking waarvan wordt ingeschat dat het risico op recidive onverminderd hoog blijft, ondanks meerdere behandeltrajecten in minstens twee verschillende klinieken. Omdat deze mensen niet geschikt zijn voor resocialisatie in de maatschappij krijgen zij een longstay-status opgelegd en komen in Organisatie X terecht. Binnen de LFPZ bestaan enkel gesloten zorgafdelingen, dit wil zeggen dat er hekken om het terrein staan en de bewoners niet de mogelijkheid hebben om zelfstandig het terrein te verlaten.

LAP-commissie: De Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay zal van naam wijzigen in Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (korter LAP). Deze commissie bestaat uit een forensisch psycholoog, een forensisch psychiater en een rechter en beoordeelt om de drie jaar de plaatsing van mensen met een longstay-status. Zij bepalen wanneer een bewoner een longstay-status krijgt, maar toetsen ook of deze status nog steeds op zijn plaats is of dat er nieuwe inzichten of mogelijkheden bekend zijn geworden voor een eventueel nieuw behandeltraject (Ministerie van Justitie en Veiligheid). De LAP-commissie baseert zijn oordeel op rapportages van 2 onafhankelijke deskundigen, rapportage van de kliniek en een gesprek met de Tbs-gestelde.

Protocollen: Regels en protocollen hebben vooral betrekking op mate waarin de vrijheid van de bewoner mag worden ingeperkt, screening van bezoekers en het regelmatig onderzoeken of de maatregel en het gekozen beveiligingsniveau nog nodig zijn. In feite kunnen de protocollen worden ingedeeld op micro-, meso- en macroniveau. De protocollen op macroniveau gelden voor de gehele instelling en komen grotendeels overeen voor alle tbs-instellingen. De protocollen op mesoniveau gelden voor de afdeling. Deze kunnen per afdeling verschillen, omdat er per afdeling sprake is van een andere cliëntgroep met andere stoornissen en beveiligingsniveau. De protocollen op microniveau zijn toepasbaar op de cliënt zelf. Iedere cliënt heeft zijn eigen signaleringskaart waarop de bejegening en beveiligingsniveau is afgestemd. Al de wetgeving waar deze protocollen uit voortkomen is openbaar en is terug te vinden op het internet (Commissie van Toezicht, zd). De specifieke protocollen per afdeling en cliënt(groep) staan uiteengezet in het landelijk zorgprogramma langdurig forensisch psychiatrische zorg (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009).

Kwaliteit van leven: Een abstract en subjectief begrip dat verdere uitleg behoeft, omdat het een essentieel onderdeel speelt in dit onderzoek. Vandaar dat dit onderwerp uitvoerig wordt besproken in het theoretisch kader. Een beknopte uitleg is als volgt: kwaliteit van leven zegt iets over hoe een persoon zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale functioneren ervaart. Het kan daarnaast ook objectieve aspecten betreffen, bijvoorbeeld als het gaat om beperkingen als gevolg van ziekte. Veelgebruikte indicatoren voor kwaliteit van leven zijn tevredenheid, de gezondheid, beperkingen en de eigen regie over je leven hebben (Volksgezondheid, zd).

Behandelcoördinator (BC): De psycholoog verantwoordelijk vanuit de kliniek voor de behandeling van de bewoners. Hij overlegt met het begeleidend personeel over de behandeling en zet deze uit op korte termijn. Daarnaast zet hij samen met de forensische specialisten en de directeur behandeling de behandeling op lange termijn uit.

Forensische Psychiatrisch Begeleider (FPB): Deze vormt samen met de verpleegkundigen het begeleidend personeel binnen Organisatie X. In de reguliere TBS-kliniek worden zij sociotherapeuten genoemd, maar omdat Organisatie X officieel niet behandelt, is hier een andere term voor gekozen. Ze begeleiden, waar nodig, de bewoners in hun dagelijks leven en stimuleren hen zo veel mogelijk in hun zelfstandigheid.

Psychopathologie: Bij de bewoners die in dit onderzoek worden onderzocht is sprake van ernstige psychopathologie, namelijk schizofrenie. Binnen de LFPZ komt dit ziektebeeld veel voor. Daarnaast is er bij mensen binnen de LFPZ vaak sprake van persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijke beperkingen, seksuele deviaties, aan autisme verwante stoornissen (ASS) en verslavingsproblematiek. Vaak lijden bewoners aan meerdere psychiatrische ziekten, wat maakt dat er sprake is van bewoners met zeer complexe problematiek en dientengevolge complexen soms moeilijk te begrijpen en te sturen gedrag, dat zich op verschillende wijzen kan uiten (Nevid, Rathus & Greene, 2012).

Schizofrenie van het paranoïde type: Kernsymptoom van deze vorm van schizofrenie is pathologische achterdocht. Personen met paranoïde schizofrenie zijn argwanend naar alles en iedereen en voelen zich bedreigd. Soms hebben ze last van achtervolgingswanen: de sterke overtuiging dat iemand achter je aan zit. Bij deze vorm is er minder sprake van vervlakte emoties, katatoon gedrag of verwarde spraak (Nevid, Rathus & Greene, 2012).

Cognitief niveau: Het cognitieve niveau hangt af van de verschillende cognitieve functies, zoals geheugen, leervermogen, taalgebruik en het kunnen begrijpen en uitvoeren van complexe dagelijkse handelingen. Het cognitief niveau is van grote invloed op psychische processen die te maken hebben met begrip, kennis, herinneringen, problemen oplossen en informatieverwerking. Overschatting of onderschatting van het cognitieve niveau houdt in dat de cliënt niet conform zijn verstandelijke vermogen wordt benaderd. Dit kan resulteren in overbelasting, overprikkeling, overvraging, onbegrip, deprivatie en verveling (Nevid, Rathus & Greene, 2012).

Risicomanagement: Risicotaxatie en risicomanagement spelen een belangrijke rol in de forensisch psychiatrische praktijk (tbs-sector). Zo is de behandeling van tbs-gestelden gericht op het verminderen van het risico van gewelddadig gedrag en staan risicotaxatie-instrumenten centraal bij verschillende belangrijke beslismomenten in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Risicomanagement bevat alle zaken die gedaan moeten worden om het risico op nieuwe delicten te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld zijn het nemen van medicatie, het bieden van een veilige woonomgeving of het toezicht houden op het abstinente blijven van drugsgebruik. (WODC, 2010).

Delictanalyse: Er wordt een analyse gemaakt van de wijze waarop het delict tot stand is gekomen, van de omstandigheden, gedachtes en gevoelens voorafgaand, tijdens en na het delict en van de gevolgen van het delict voor dader en slachtoffer. Het heeft als doel dat de dader zicht krijgt op de manier waarop hij tot delicten komt en daarmee ook op de manier waarop hij delicten in de toekomst kan voorkomen. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009).

Zelfredzaamheid: Het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg. Aangenomen wordt dat zelfredzaamheid bijdraagt aan de kwaliteit van leven. (Trimbos-Instituut, 2014).

Visie LFPZ Organisatie X: Binnen de LFPZ is het van belang dat zowel het werk als de behandeling en de begeleiding passen binnen een kader van een zo groot mogelijke autonomie mogelijk in samenhang met het dragen van verantwoordelijkheid. Zinvol werk (dagbesteding), perspectief op volgende stappen, goede psychiatrische en psychologische ondersteuning in een schone en respectvolle omgeving vormen belangrijke hoekstenen voor een goede aanpak. Het leveren van een programma op maat van de individuele bewoner op dat moment is evenzo van belang als een duidelijke dagstructuur naast een goede medisch/somatische ondersteuning. Zoveel mogelijk contact met de maatschappij bevordert daarnaast het gevoel van burgerschap en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Inspraak, medezeggenschap en overleg met respect vormen dan ook lastige maar belangrijke elementen in de samenspraak tussen bewoners en medewerkers (Pompestichting, zd).

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de theoretische achtergronden van het begrip kwaliteit van leven nader beschreven. De doelgroep van het onderzoek wordt verder uitgediept aan de hand van bestaande theorieën. Er wordt achtergrondinformatie gegeven over de begrippen schizofrenie en cognitieve beperking. Hierbij worden relevante theorieën uit het sociaal-agogisch domein aangehaald, zoals de presentiebenadering, de zelfdeterminatietheorie en het Good Lives Model (GLM).

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een term die terug te vinden is in de doelen en visie van organisatie X. Maar wat betekent de term kwaliteit van leven precies? Wat houdt kwaliteit van leven in binnenin een gesloten setting van de longstay-afdeling van een tbs-kliniek? Hoe kan de kwaliteit van leven zoveel mogelijk gewaarborgd worden in de forensische psychiatrie en welke rol speelt het personeel hierin? En hoe valt die kwaliteit van leven dan te controleren, welke onderdelen spelen een belangrijke rol voor de cliënten? Dit zijn allemaal vragen die zullen worden onderzocht om het begrip kwaliteit van leven helder te krijgen en uiteindelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van eerdere onderzoeken naar kwaliteit van leven binnen organisatie X en wetenschappelijke artikelen.

Welke definities van kwaliteit van leven zijn het meest gangbaar binnen de gezondheidszorg? Als eerste wordt de definitie van de World Health Organisation genoemd. Deze luidt als volgt: "Iemands perceptie van het geheel van lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van een ziekte en/of behandeling" (WHO, 1998). Een andere breed geaccepteerde definitie is: "het perspectief van een persoon op wat hij heeft, hoe het gaat, en hoe hij zich voelt met betrekking tot zijn huidige levensomstandigheden" (Lehman, 1993). Dit zijn nog steeds vrij brede definities, maar het geeft wel goed de kern van het begrip weer en laat ook zien waarom dit zo lastig is. Het gaat namelijk om iemands perceptie van de situatie en hoe meet je dat? Twee verschillende mensen kunnen namelijk een zelfde situatie totaal anders ervaren. Een cliënt die al dertig jaar in inrichtingen leeft heeft waarschijnlijk een andere perceptie van de kwaliteit van leven dan een cliënt die net opgenomen is. Kwaliteit van leven wordt door forensische psychiatrische patiënten meestal anders ervaren dan door reguliere psychiatrische patiënten (Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 2002). Dit verschil wordt vooral verklaard vanuit het feit dat van forensisch psychiatrische patiënten meer vrijheid wordt afgenomen dan psychiatrische patiënten in de reguliere GGZ. Het doel is ook anders, omdat de behandeling van reguliere psychiatrische patiënten is gericht op behandeling van de stoornis en die van forensisch psychiatrische patiënten primair is gericht de bescherming van de maatschappij en als dat niet meer lukt op kwaliteit van leven. Dit klinkt allemaal heel logisch, maar het roept tegelijkertijd ook de vraag op wat nu eigenlijk kwaliteit van leven inhoudt in een forensische psychiatrische setting.

Gelukkig is onderzoeker niet de enige geweest bij wie dit vragen oproept, want er blijkt de afgelopen dertig jaar al veel onderzoek te zijn gedaan naar de kwaliteit van leven van cliënten binnen gesloten psychiatrische settings. Er is zelfs een onderzoek geweest naar de kwaliteit van leven van de cliënten binnen organisatie X en sterker nog ook naar de afdelingen X en Y, waar onderzoeker werkzaam is. Er is onderzoek gedaan naar de invloed van psychische stoornissen,

persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek op de kwaliteit van leven in detentie (Masthoff en Tompenaars, 2006). Ook heeft onderzoek plaatsgevonden naar de kwaliteit van leven van cliënten in de gehele psychiatrische zorg en naar de verschillen tussen Organisatie X en andere forensische psychiatrische instellingen (Zwemstra, 2009). Met behulp van dit eerder gedaan onderzoek en de eigen bevindingen tijdens de stage zal er antwoord gegeven kunnen worden op de vraag: "wat houdt kwaliteit van leven in binnen Organisatie X?".

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het eerst van belang helder te krijgen welke aspecten een rol spelen in de kwaliteit van leven voor de cliënten. Zwemstra noemt vier grote domeinen, waar alle aspecten van de kwaliteit van leven onder vallen, namelijk: 'Lichamelijke gezondheid', 'Psychologische gezondheid', 'Sociale relaties' en 'Omgeving'. Denk bij lichamelijk gezondheid onder meer aan de fysieke gesteldheid en de gezondheidszorg die de cliënt krijgt. Onder psychologische gezondheid vallen onder meer medicatie, therapieën en zinvolle dagbesteding. Sociale relaties bestaat uit prettig contact met staf en medebewoners, net als bezoekrechten en netwerkverloven. Bij het domein omgeving horen de onderdelen acceptatie verblijf, menselijke bejegening en het hebben van een prettige en veilige woonomgeving (Zwemstra, 2009).

De vier domeinen voor de kwaliteit van leven kunnen gelden voor elk persoon. Hoe deze domeinen zullen worden ingevuld hangt echter in grote mate af van de mate van vrijheid die de persoon heeft. Uit eerder gedaan onderzoek blijkt dat er veel verschil bestaat in hoe de kwaliteit van leven door cliënten in verschillende settings van de psychiatrie wordt ervaren. Institutionaliseren, dat wil zeggen het opgenomen zijn in een beveiligde forensische behandelsetting, is positief gerelateerd aan kwaliteit van leven van penitentiair psychiatrische patiënten (Walker & Gudjonsson, 2000). Uit eerder onderzoek bleek ook dat elementen van de detentiestelling het negatieve effect dat psychopathologie heeft op kwaliteit van leven verminderd (Hodgins et al., 2007). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de geboden structuur, de veiligheid en voorspelbaarheid, de (relatieve) afwezigheid van verdovende middelen en de lage behandeldruk. Het lijkt erop dat organisatie X een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van penitentiair psychiatrische patiënten. Een setting als deze, met een lage behandeldruk, de beschikbaarheid van directe (medische) zorg en veel structuur en veiligheid, lijkt te zorgen voor een betere kwaliteit van leven dan die van ambulante psychiatrische patiënten. Op sommige gebieden verbetert de kwaliteit van leven zelfs. De omstandigheden binnen het PPC (psychiatrisch penitentiair centrum, dat is een psychiatrische afdeling binnen een penitentiaire inrichting) lijken beter te zijn dan die van de omstandigheden in de ambulante psychiatrie, maar om dit te concluderen is meer onderzoek nodig (Zwemstra, 2009). Uit onderzoek naar het leefklimaat in organisatie X blijkt dat:

"Het verschil met de reguliere forensische psychiatrie en de langdurige forensische psychiatrie is dat organisatie X een hoge prioriteit geeft aan zingeving, belang van autonomie en het belang van een professionele en op de zorgbehoefte afgestemde zorg. Dit zijn facetten waar psychiatrische patiënten in de langdurige forensische zorg meer mee te maken hebben dan psychiatrische patiënten in andere settings van de forensische zorg" (Van Wesel, 2014).

Het idee heerste tevens dat een longstay-status moeilijk te accepteren was voor patiënten. Echter het bleek dat de meeste patiënten een gevoel van opluchting hadden omdat zij niet meer hoefden

te voldoen aan de eisen omtrent behandeling. De meeste patiënten functioneren goed, sommige zelfs beter in vergelijking met de reguliere TBS waar zij eerder behandeling hebben ontvangen, aldus Doddema (2003). Hieruit kan geconcludeerd worden dat het leefklimaat wat organisatie X aanbiedt, namelijk rust, structuur, sociale contacten, dagbesteding, etc. positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven.

Doelgroep

De doelgroep van dit onderzoek zijn 24 bewoners geweest verdeeld over twee afdelingen binnen Organisatie X met als hoofddiagnose overwegend psychotische problematiek veelal in combinatie met andere stoornissen, zoals autisme of een cognitieve beperking. Voortvloeiend uit de doelstelling van de LFPZ is het streven om te komen tot een zo optimaal mogelijke stabilisering van het toestandsbeeld en het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Essentieel is dat op de afdelingen gewerkt wordt vanuit de relatie met de bewoners en samen met de bewoners geprobeerd wordt een prettig, veilig en positief leefklimaat te creëren. Binnen het therapeutisch leefmilieu is het van belang dat individuele bewoners een op hun individu afgestemde 'prothese' geboden krijgen. Hierin wordt binnen de diverse levensgebieden afgestemd op de uit de problematiek voortvloeiende zorg- en ondersteuningsbehoefte, om de bewoner zo in staat te stellen zo optimaal mogelijk te kunnen functioneren. Hierbij wordt in het bijzonder gebruik gemaakt van de presentiebenadering, omdat het bij deze doelgroep van belang is eerst een vertrouwensband op te bouwen om een werkbare relatie te realiseren (Movisie, zd). Door de achterdocht voortkomend uit hun psychische stoornis kan het soms lang duren voor deze vertrouwensband is opgebouwd. Dit maakt de presentiebenadering des te belangrijker voor het werk van het begeleidend personeel (Baart, 2001).

In het vormgeven hiervan wordt een bewoner waar mogelijk autonomie en keuzevrijheid geboden en waar nodig ondersteuning. Het ja-tenzij principe wordt hierbij gehanteerd. Vanuit het rehabilitatie gerichte werken wordt zo optimaal mogelijk afgestemd op individuele behoeftes van een bewoner. Een belangrijk streven is om bewoners positieve ervaringen te laten opdoen. Dit door de focus te leggen op de krachten, kwaliteiten en mogelijkheden van de individuele bewoner. Maar ook door in de bejegening aan te sluiten bij de individuele bewoner, persoonlijke aandacht te hebben voor hem, naast een bewoner te staan en er voor hem te zijn op een manier die hij nodig heeft en ruimte te bieden voor participatie en eigenaarschap. Naast voorgenoemde punten zijn voorspelbaarheid, structuur, duidelijkheid en afspraakbetrouwbaarheid alsook een vriendelijke en respectvolle benaderingswijze van belang in het vormgeven van het therapeutisch leefmilieu binnen Organisatie X.

Het therapeutisch leefmilieu is een middel om de individuele doelen van een bewoner te bewerkstelligen. Het bieden van een dergelijk therapeutisch milieu stelt eisen aan de medewerkers van afdelingen X en Y. Het verlangt een open, onderzoekende en lerende houding, naast belangrijke kernwoorden als pro-activiteit, flexibiliteit, passie voor en kennis over de doelgroep, energie en teamspirit. Hiervoor is het cruciaal dat er in het multidisciplinaire behandelteam een veilige en open sfeer is en dat alle medewerkers door de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven hieraan bijdragen. Vanuit samenwerking is men gericht op het nastreven van de gezamenlijke doelen. Belangrijk binnen de LFPZ is daarnaast de forensische scherppte (dit wil zeggen alert blijven op dreigend gevaar), ten einde voor iedereen een veilige woon- en werkomgeving te faciliteren (Pompestichting, zd).

Karakteristieke kenmerken van de doelgroep bewoners die lijden aan chronische schizofrenie is met name de behoefte aan structuur, continuïteit, veiligheid en rust. Vanwege het ziektebeeld is het voor

de bewoners van de afdeling H lastig zelf structuur aan te brengen in hun dagelijks leven. De combinatie van de schizofrenie met een cognitieve beperking maakt het dat deze doelgroep op een laag niveau functioneert en dagelijks intensieve begeleiding nodig heeft. Door middel van intensieve dagelijkse begeleiding van de hulpverleners wordt er een externe structuur aangebracht waarin de bewoners gedijen. Het is bekend dat mensen met schizofrenie erg gebaat zijn bij rust en structuur en dat wanneer deze wegvalt het snel bergafwaarts kan gaan. Deze bewoners kunnen weinig en er is relatief weinig zelfstandigheid. Een ander kenmerk is dat er weinig tot geen ziektebesef is met als gevolg dat zij niet altijd zelf met een zorgvraag zullen komen. Er is vaak sprake van zelfoverschatting of een gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, waardoor ze geen hulp vragen. Dat gebrek aan vertrouwen is ook een symptoom van het ziektebeeld paranoïde schizofrenie. Een ander onderdeel van deze problematiek is dat de meeste bewoners heel angstig zijn. Ook om het angstniveau laag te houden zijn structuur en continuïteit belangrijke waarden op afdeling X. Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de bewoners door hen dagelijks hetzelfde programma te laten volgen met zo weinig mogelijk verschillende begeleiders. Dit geeft de bewoners de structuur en rust, waardoor zij minder last ervaren van hun psychotische symptomen (Nevid, Rathus & Greene, 2012). Helaas is er sprake van een groot verloop van het begeleidend personeel in de forensische psychiatrische zorg. Medewerkers wisselen regelmatig van afdeling of instelling, hetgeen als zeer vervelend wordt ervaren door de bewoners. Vanuit de professionals is het te begrijpen dat zij na een tijdje iets anders willen, omdat vanwege het aanhouden van een strakke dagelijkse structuur het werk na verloop van tijd eentonig kan worden.

Ook hun cognitieve beperking speelt een grote rol in de kwetsbaarheid en begeleidbaarheid van deze bewoners. Het heeft een directe invloed op de leerbaarheid van deze doelgroep en het begeleidend personeel dient zijn stijl hierop aan te passen om een werkbare relatie te kunnen opbouwen. Vergeleken met mensen met een gemiddelde intelligentie zien we bij personen met een verstandelijke beperking meer problemen bij de verwerking van informatie (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009).

Onderzoek naar executieve functies van mensen met een verstandelijke beperking laat zien dat de gevonden problemen in verbale vlotheid (fluency) veroorzaakt worden door problemen met het ophalen van kennis uit het lange termijn geheugen (Danielsson, Henry, Rönnberg & Nilsson, 2010). Van der Molen (2009) concludeert dat het verbaal korte termijngeheugen relatief zwak is vergeleken met het visueel-ruimtelijk korte-termijn geheugen. Dat wil zeggen dat de verwerking van de verbale informatie minder goed gaat bij mensen met een LVB dan de verwerking van visueel-ruimtelijke informatie. Communicatie via plaatjes gaat vaak beter dan met woorden.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben ook moeite met het prioriteren van informatie en het afwegen op belang (Willner, Bailey, Parry & Dymond, 2010). Dit leidt tot problemen met ordenen, rangschikken en differentiëren van (sociale) informatie. Bovendien zijn zogeheten executieve functies als inhibitie (jezelf niet in toom houden in relatie met anderen, direct reageren zonder nadenken, kort lontje) en selectieve aandacht (problemen met focus) gerelateerd aan de sociale informatie verwerking (Van Nieuwenhuijzen, 2015). Dit houdt ook in dat zij moeite hebben de gevolgen van hun eigen acties te overzien.

Daarnaast hebben deze bewoners allen een verleden waaruit is gebleken dat zij zeer gevaarlijk kunnen worden zonder deze intensieve begeleiding, zonder structuur en zonder medicatie. Sterker nog: De meesten zijn zelfs nog binnen de gesloten setting van de TBS meerdere malen psychotisch gedecompenseerd en hebben tijdens deze episodes nieuwe delicten gepleegd. De combinatie met

het feit dat zij vanwege hun beperkte cognitieve vermogens moeilijk alternatief gedrag kunnen aanleren maakt het extra risicovol. Dit is meestal de reden waarom ze in de LFPZ zijn terecht gekomen. Het begeleidend personeel moet dus altijd in het achterhoofd houden dat deze bewoners gevaarlijk kunnen zijn.

Kwetsbaarheid doelgroep

Zoals hierboven staat beschreven is de doelgroep bewoners met chronische schizofrenie afhankelijk van externe structuur en strikte begeleiding. Dit maakt dat deze groep bewoners zonder deze begeleiding erg kwetsbaar zijn, dit geldt zowel voor een gesloten setting als in de ambulante hulpverlening. De gemiddelde leeftijd van deze doelgroep ligt ook vrij hoog. Vanwege hun stoornis en de daarbij vaak voorkomende ongezonde leefstijl (roken, slecht eten, weinig bewegen en zware medicatie) zijn zij vaak in slechte psychische en lichamelijke gezondheid.

Presentiebenadering

Binnen de setting van Organisatie X speelt de kwetsbaarheid van deze doelgroep ook een belangrijke rol, omdat binnen Organisatie X ook bewoners zijn met een andere psychopathologie, zoals bewoners met een persoonlijkheidsstoornis. Uit het verleden is gebleken dat deze bewoners misbruik kunnen maken van de groep die lijdt aan schizofrenie en een verstandelijke beperking, als de kans zich voordoet. Dit maakt de doelgroep ook kwetsbaar ten opzichte van de andere bewoners. Het is daarom ook de taak van de begeleiding om hen te beschermen tegen ongewenste contacten met andere bewoners, bijvoorbeeld in de vorm van ongewenste intimiteiten. Dit komt met name terug in het thema veiligheid, hetgeen een zeer belangrijke rol speelt in de dagelijkse begeleiding van bewoners die lijden aan schizofrenie van het paranoïde type. Zoals eerder vermeld is een kenmerk van deze aandoening dat mensen heel snel angstig en achterdochtig kunnen worden. Om hen enig kwaliteit van leven te kunnen bieden is het essentieel dat zij zich veilig voelen. Dit speelt ook een belangrijke rol in het risicomangement van deze doelgroep, omdat zij vanuit hun angst of achterdocht ook weer delict gevaarlijk kunnen worden. Door middel van onder meer de presentiebenadering kan een vertrouwensband met deze doelgroep worden opgebouwd en kan hun veiligheid gewaarborgd worden. De presentiebenadering draait om het aanwezig zijn van het personeel voor de bewoners (Movisie, ZD). De aanwezigheid van begeleidend personeel biedt deze doelgroep de structuur en veiligheid, die het zo nodig heeft.

Kwetsbaarheid versus zelfredzaamheid

De mate van zelfredzaamheid van een persoon hangt samen met de participatie en eigen regie. Hoe hoger de mate van participatie en eigen regie van een persoon, hoe meer motivatie deze persoon heeft om verantwoordelijkheid te nemen en inzet te tonen voor zijn of haar eigen leven. Volgens het dossier van Meinema (2017) wordt dit gegeven belemmerd binnen de zorg. Daarnaast komt uit verschillende studies naar kwaliteit van leven binnen een gesloten setting naar voren dat de mate van autonomie, die ervaren wordt door de bewoners een belangrijke pijler is voor hoeveel kwaliteit van leven een bewoner heeft (Lehman, 1993).

Wanneer mensen in situaties verkeren waarin ze voor korte of lange termijn beroep moeten doen op hulp of ondersteuning, is de keuze vaak beperkt. Zij zijn overgeleverd aan wat er voorhanden is of wat de hulpverlener vindt dat er moet gebeuren. Juist het feit dat iemand de regie over zijn of haar situatie kwijt is, maakt dat iemand zich kwetsbaar en onzeker voelt. De regie hoort bij hen, maar

wordt vaak, en meestal met goede bedoelingen, afgepakt. Binnen het sociale domein zijn de kanteling en de transformatie nog niet afgerond. Bij de inrichting van hulp en dienstverlening en van de professionele benadering wordt de kern nog niet gevormd door de burger die het recht heeft op eigen regie over zijn leven. Gebrek aan zelfredzaamheid staat het nemen van eigen regie in de weg. Maar wanneer mensen niet zelfredzaam zijn, is het juist belangrijk om hun eigen regie te ondersteunen. Empowerment is hier nauw mee verbonden. Empowerment is een complex begrip dat veel raakvlakken heeft met eigen regie. Empowerment is niet alleen gericht op kracht, maar ook op macht. Onderzoekers wijzen erop dat empowerment van oudsher is verbonden met een collectieve emancipatiebeweging van sociaal achtergestelde groepen (Boumans, 2016). Eigen regie kent ook die twee kanten. Eigen regie is niet alleen gericht op de mogelijkheid van individuen om zelf keuzes te maken over de inrichting van het eigen leven, maar ook de mogelijkheid om individueel en collectief af te dwingen die keuzes te kunnen en te mogen maken. Waar empowerment zich met name richt op het proces van subjectwording, de vorming van de zelfstandige, kritische, empathische, democratische persoon, houdt eigen regie verband met wat mensen willen, wat ze kunnen en wat ze mogen doen (Meinema, 2017).

Eigen regie vraagt om een wezenlijk andere houding van dienstverleners en professionals. Deze geven nog veelvuldig toe aan de 'reparatie-reflex' in plaats van de bewoner daadwerkelijk 'te laten' en de regie aan hen over te laten. Het voelt ongemakkelijk voor hen om los te laten zonder zeker te weten of het goed zal gaan. Eigen regie leidt ook tot normatieve discussies en afwegingen. Wie bepaalt uiteindelijk wat goed is voor wie? Waar moeten de kosten van zo'n beslissing worden neergelegd? Wanneer moet het personeel een bewoner ondersteunen en wanneer moeten zij direct ingrijpen? Binnen Organisatie X wordt dit verwoord als volgt: De FPB'er is er ter ondersteuning van de bewoners en grijpt in wanneer het noodzakelijk is. Op deze manier blijft er zoveel mogelijk autonomie bij de bewoner, hetgeen een belangrijk onderdeel is van de kwaliteit van leven. Dit komt ook terug in het werk van Meinema waarin staat geschreven dat professionals in zorg en welzijn moeten respecteren dat de bewoner zijn of haar leven zelf, naar eigen keuze, inricht. De bewoner moet de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken en samen met zijn netwerk te beslissen over de inrichting van zijn leven. Uitgangspunten zijn gelijkwaardigheid, gericht zijn op wensen en mogelijkheden om samen te zoeken naar duurzame oplossingen die passen bij iemands belevingswereld. Mensen moeten ruimte krijgen om de eigen regie te voeren. Dat betekent dat de voorwaarde moet worden gecreëerd dat beroepskrachten ook organisatorische en regelruimte krijgen om de eigen regie van bewoners te kunnen ondersteunen. Daarnaast vraagt het versterken van de eigen regie ook het nodige van de organisatie, waaronder het ruimte laten voor eigen inbreng en het ontplooiën van initiatieven. Vanzelfsprekend wringt het bovenstaande met het gedwongen forensische kader.

Tine van Regenmortel, hoogleraar sociaal werk aan de Katholieke Universiteit Leuven, beschrijft empowerment als een proces; "Een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen grip krijgen op de eigen situatie en hun omgeving via het verwerpen van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie " (Van Regenmortel, 2002). Empowerment is niet alleen gericht op kracht, maar ook op macht. Boumans wijst erop dat empowerment van oudsher is verbonden met een collectieve emancipatiebeweging van sociaal achtergestelde groepen. Empowerment moet dan ook worden gezien als 'een tweezijdig proces van

subjectwording; een proces om meer persoonlijke kracht én maatschappelijke macht te verwerven.’ (Boumans 2015, p. 21).

Zelfdeterminatietheorie

Om verder de zelfredzaamheid van deze doelgroep te kunnen stimuleren zullen de bewoners motivatie moeten hebben om zich verder te willen ontwikkelen en meer zelfstandig te worden. Het is aan de zorginstelling om te ondersteunen bij deze motivatie en de aansluiting te bieden die nodig is. Juist ook voor deze doelgroep, die ‘uitbehandeld’ is, is dit van groot belang om hen nog enig kwaliteit van leven te bieden. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van de zelfdeterminatie theorie.

Edward Deci en Richard Ryan hebben op basis van empirisch bewijsmateriaal drie natuurlijke basisbehoeftes geïdentificeerd die essentieel zijn voor optimale ontwikkeling en integratie, maar ook voor constructieve sociale ontwikkeling en persoonlijk welzijn. Deze drie natuurlijke basisbehoeften zijn autonomie, competentie, en relationele of maatschappelijke verbondenheid. Het onderzoek laat zien dat niet alleen concrete beloningen, maar ook dreigementen, deadlines, voorschriften, evaluatiedruk en opgelegde doelen niet bijdragen aan de intrinsieke motivatie van personen. Daartegenover staat dat keuzevrijheid, het erkennen van gevoelens, en mogelijkheden tot zelfmanagement de intrinsieke motivatie wel positief beïnvloeden, omdat ze mensen een groter gevoel van autonomie geven (Deci & Ryan, 2000).

Positieve feedback heeft invloed op het gevoel van competentie dat mensen hebben en vergroot hun intrinsieke motivatie, tenminste wanneer ze zich verantwoordelijk voelen voor de competente prestatie en wanneer het op een dusdanige manier wordt aangeboden dat hun autonomie er niet door wordt aangetast. De optimale omstandigheden voor intrinsieke motivatie ontstaan wanneer zowel de behoefte aan autonomie als aan competentie worden bevredigd. Ervaren competentie is nodig voor iedere vorm van motivatie, maar autonomie is noodzakelijk voor de intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2000).

Good Lives Model

Het Good Lives Model (GLM) is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model. Het RNR-model vormt tot op heden de basis van de meeste rehabilitatie en behandelingsprogramma's voor delinquenten en is vooral gefocust op risicomanagement en terugvalpreventie. Het GLM richt zich vooral op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en stelt de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal. De effectiviteit van het RNR model is uitgebreid onderzocht en beschreven in de literatuur. De invloed van toepassing van het GLM op het behandelverloop en recidivecijfers is echter nog onduidelijk. Dit model zie je duidelijk terugkomen in de ideologie van Organisatie X en in de werkwijze van het personeel daar (Pomp, 2009).

Samengevat: in dit hoofdstuk zijn theoretische modellen over het begrip kwaliteit van leven beschreven. De eigenschappen van de onderzoekspopulatie zijn vanuit een theoretisch kader onderbouwd. De verschillende modellen, zoals de presentiebenadering, de zelfdeterminatietheorie en het Good Lives Model, zijn beschreven. Deze terug te vinden in de topiclijsten, die in het komend hoofdstuk over de methodologie worden besproken.

Methodologie

Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek zijn de bewoners en personeel van afdelingen H en I in Organisatie X. Er is gekozen voor deze groep bewoners, omdat onderzoeker op deze afdelingen stage heeft gelopen en er nu werkzaam is. Met deze groep bewoners heeft onderzoeker al een vertrouwensband opgebouwd, die essentieel is om met deze doelgroep te werken. Dit zijn bewoners gediagnosticeerd met chronische schizofrenie vaak in combinatie met een cognitieve beperking. Dit ziektebeeld houdt in dat deze bewoners weinig tot geen ziektebesef hebben en ook nog eens moeilijk leerbaar zijn vanwege hun cognitieve beperking. Daarnaast zijn ze vanwege hun chronische psychotische toestand vaak heel angstig en paranoïde (Nevid, Rathus & Greene, 2012). Hierom is een vertrouwensband tussen bewoners en onderzoeker essentieel voor het afnemen van interviews. Helaas was in het merendeel van de onderzoekspopulatie, wat betreft de bewoners, niet in staat of niet bereid om aan het onderzoek deel te nemen. Hierdoor is de steekproef beperkt gebleven tot slechts drie bewoners. Dit heeft te maken gehad met de ernstige psychopathologie van de bewoners en de onrustige omstandigheden binnen de kliniek tijdens de onderzoeksperiode. Bij de steekproef voor professionals is bewust gekozen om medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie mee te nemen.

Inclusie en exclusie

Kenmerken en eigenschappen van de onderzoekspopulatie waardoor zij juist wel of niet hebben kunnen deelnemen aan het onderzoek door middel van semigestructureerde interviews.

Psychopathologie: Voor dit onderzoek is gekozen voor bewoners die gediagnosticeerd zijn met chronische schizofrenie gecombineerd met een cognitieve beperking. Hiervoor is gekozen omdat onderzoeker werkzaam is op de afdelingen waar deze doelgroep leeft. Daarnaast wordt er bewust een onderscheid gemaakt tussen deze doelgroep en bijvoorbeeld de bewoners met een persoonlijkheidsstoornis, omdat onderzoeker hier minder makkelijk toegang toe had tijdens het onderzoek en uit de literatuur blijkt dat er een verschil bestaat in hoe zij kwaliteit van leven ervaren (Masthoff & Trompenaars, 2006).

Cognitief niveau: Enkele bewoners van de onderzoekspopulatie zijn cognitief te beperkt voor het afnemen van een interview, zelfs wanneer dit zijn aangepast met makkelijker taalgebruik etc. Deze bewoners hebben moeite zich verbaal uit te drukken en zijn daarom uitgesloten van het onderzoek. Het cognitief niveau heeft ook invloed op het vermogen zich te concentreren. Deze onderzoekspopulatie heeft erg veel moeite met zich langere periodes te concentreren. Vandaar dat er ook gekozen is om de interviews soms op te delen in meerdere kleinere stukjes. Verder is hier rekening mee gehouden door de interviews af te nemen in een prikkelarme kamer.

Stabiliteit: De doelgroep bewoners van de onderzoekspopulatie is vanwege hun psychopathologie bekend met mentale instabiliteit. Zelfs met zware medicatie en kadering van het personeel kunnen deze bewoners psychotisch decompenseren. Zij zijn dan uit contact en kunnen zelfs in afzondering geplaatst worden, omdat zij dan te onvoorspelbaar (en daarmee te gevaarlijk) zijn om te begeleiden.

of op de groep te komen. Aan de hand van fasekaarten en signaleringsplannen wordt er een inschatting gemaakt van de stabiliteit van een bewoner. Enkel wanneer zij zich in fase 0 bevinden (de laagste fase) hebben de bewoners deel kunnen nemen aan het onderzoek, omdat zij anders niet in het voorgebouw mogen komen, noch één op één begeleid mogen worden.

Begeleiding- en beveiligingsnorm: Omdat de interviews vanwege veiligheids- en privacy redenen in het voorgebouw moesten plaatsvinden is een deel van de onderzoekspopulatie al automatisch uitgesloten. Zij mogen hier niet komen of enkel onder begeleiding van meerdere personen, waardoor het afnemen van een één op één interview niet meer mogelijk was. Andere bewoners hebben een begeleidingsnorm van twee op één vanwege hun onvoorspelbaarheid en risico op ontregeling. Helaas zijn deze bewoners uitgesloten van het onderzoek, omdat het niet mogelijk is geweest hen anoniem één op één te interviewen.

Belang van privacy: Onderzoeker heeft de keuze gemaakt om enkel één op één interviews af te nemen om de betrouwbaarheid van de antwoorden zo hoog mogelijk te laten zijn. Het is van belang voor zowel de bewoners als het personeel dat zij vrijuit kunnen praten en hun mening kunnen geven. Dit is ook een belangrijke reden, naast uiteraard privacy, dat alles wordt geanonimiseerd. Wanneer derden bij de interviews aanwezig zijn ze ook niet meer lang anoniem en kan hun privacy niet meer gewaarborgd worden.

Professionals: Niet alleen de bewoners maken deel uit van de onderzoekspopulatie van dit onderzoek, maar ook professionals zijn actoren binnen Organisatie X en dit onderzoek. Het is van groot belang ook hen te interviewen en mee te nemen in het onderzoek om de eventuele discrepantie tussen hen en de bewoners aan te tonen. Hierbij is er gelet op de intrinsieke motivatie van de professionals om deel te nemen aan het onderzoek, omdat niet elke professional zich met deze thematiek bezig houdt. Daarnaast is er getracht om minstens één collega uit elke laag van de organisatie te onderzoeken om te kijken of daar nog verrassende resultaten uit voort komen. De verschillende lagen van personeel relevant voor dit onderzoek zijn: begeleidend personeel, zorgmanager en behandelcoördinator, directie en de onafhankelijke forensische specialist en rechter.

Dataverzamelmethode

Voor dit onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat dit beter aansluit bij het complexe aard van de probleemstelling. Het doel van dit onderzoek is niet zozeer om theorieën te testen, maar juist om inzicht te krijgen in de verschillende interpretaties en opvattingen die de onderzoekspopulatie heeft wat betreft kwaliteit van leven en de betekenis die wordt toegekend aan bepaalde gebeurtenissen of verschijnselen met name binnen de gedwongen forensische context (Boeijs, 2014).

De procedure die is toegepast bij dit onderzoek is ethisch te verantwoorden door het gebruik van een toestemmingsformulier. Er is sprake van informed-consent. Het toestemmingsformulier moet voor het interview worden ondertekend door de respondent. Dit toestemmingsformulier wordt stap voor stap doorgenomen, zodat de onderzoeker zeker weet dat de respondent begrijpt waar hij toestemming voor geeft. Dit is met name van belang voor de onderzoekspopulatie van de bewoners, waar de meerderheid is gediagnosticeerd met een cognitieve beperking. Er wordt uitgelegd hoe de interviews worden verwerkt in het onderzoek en dat alle audiobestanden uiteindelijk worden

vernietigd. Verder ligt onderzoeker eventuele vragen van respondenten mondeling toe en wordt medegedeeld dat de respondenten altijd het eindresultaat mogen lezen mochten zij hier interesse in hebben. Ook hebben de respondenten het recht om tijdens of na het onderzoek af te haken. Dit is ook terug te zien in het toestemmingsformulier, zie eerste bijlage.

De procedure van het vergaren van de respondenten is ook ethisch te verantwoorden door het gebruik van een uitnodigingsbrief bij de bewoners en een mail bij de professionals. In deze mail is toegelicht dat deelname geheel vrijwillig is en dat de respondenten anoniem blijven. Verder staat uiteengezet waar het onderzoek over gaat, waarvoor het dient en wat er met de opnames van de interviews gebeurt. Door dit vanaf het begin duidelijk te maken weten alle respondenten waar zij aan toe zijn, wanneer zij wensen deel te nemen aan het onderzoek.

De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek worden gewaarborgd door de manier waarop de semigestructureerde interviews zijn afgenomen. Hierbij is rekening gehouden met de cognitieve vermogens van de verschillende respondenten, hetgeen terug te zien is in het aangepaste taalgebruik in de topiclijsten en tijdens de interviews zelf. Door vragen op een duidelijke en neutrale wijze te stellen wordt de kans op vertekening verminderd en de betrouwbaarheid vergroot. Bij het stellen van de vragen werd door de onderzoeker gecontroleerd of de geïnterviewden bekend waren met de gebruikte terminologie. Soms zijn vragen aangepast of toegevoegd voor een volgend interview. De interviews zijn gehouden met als doel de visie van de respondent zo authentiek en ongekleurd mogelijk in beeld te brengen. Hierbij zijn de vragen op een zodanige manier gesteld, dat de respondent vanuit zijn of haar eigen gevoel antwoordt, in de ik-vorm. Bij antwoorden die verdere uitleg of diepgang oproepen, wordt doorgevraagd door de onderzoeker. Wanneer mogelijk worden open vragen gesteld. Als de cliënten moeite hebben met het beantwoorden open vragen, zal de onderzoeker de vragen omzetten in een gesloten vraag of toelichten aan de hand van een voorbeeld, wat het beantwoorden van de vragen vergemakkelijkt (Boeije, 2014).

Meetinstrument

Als dataverzamelmethode voor dit onderzoek is er gekozen voor het afnemen van semigestructureerde interviews, waarbij gebruik is gemaakt van topiclijsten. Deze topiclijsten zijn terug te vinden in de bijlagen en bestaan uit vijf verschillende thema's met daarbij een aantal vragen. Hiervoor is gekozen omdat het structuur geeft aan het interview, maar tegelijkertijd ook de ruimte geeft om over bepaalde thema's uit te wijden. De thema's geven ook structuur voor de methodiek van het coderen en de vragen geven de interviewer wat meer houvast dan wanneer er enkel voor thema's was gekozen als topiclijst. Er is gekozen om twee topiclijsten te maken: één voor de bewoners en één voor de professionals. De thema's hebben betrekking op personeel, kwaliteit van leven en protocollen en zijn hetzelfde gebleven, maar zijn de vragen en taalgebruik aangepast op het cognitieve niveau van de geïnterviewde (Baarda, 2013).

Voor dit onderzoek is er gekozen om de interviews in een bepaalde volgorde af te nemen, namelijk eerst de bewoners dan het begeleidend personeel en forensische specialist en rechter en als laatste de behandelcoördinator, management en directie. Redenen hiervoor zijn dat onderzoeker naar de top van de organisatie toe wilt werken om de leidinggevenden met de eerder gedane uitspraken te confronteren. Dit om antwoord te geven op de hoofdvraag van het onderzoek of er een discrepantie bestaat tussen hoe de bewoners kwaliteit van leven ervaren en hoe de leidinggevenden hierover

denken. Daarnaast heeft het ook een praktische reden om met de bewoners te beginnen, namelijk het feit dat het voor hen moeilijker is een interview van een uur af te nemen dan voor de professionals. Vanwege hun psychopathologie kunnen er dagen bij zijn waardoor zijn niet in staat zijn mee te komen naar het gebouw waar de interviews worden afgenomen. Alle interviews moeten in het voorgebouw worden afgenomen, omdat vanwege veiligheids- en privacy maatregelen geen opnameapparatuur in het woongebouw mag komen. De bewoners mogen enkel onder begeleiding van personeel in het voorgebouw komen en wanneer zij zich in fase 0 bevinden. Dit betekent dat wanneer een bewoner er minder goed bijzit het interview niet plaats kan vinden. Bovendien is tijdens dit onderzoek ook gebleken dat de bewoners moeite hebben met zich een langere tijd concentreren, wat ook te maken kan hebben met hun cognitieve beperking. Hierdoor zijn meerdere interviews met bewoners opgesplitst in een aantal kortere interviews, zodat zij niet overbelast werden. Een rustige kamer voor het afnemen was hierom ook van belang, zodat de bewoners niet te veel prikkels binnen krijgen. Het is bekend bij mensen met schizofrenie dat zij prikkels anders verwerken en ook snel overprikkeld kunnen raken, waardoor zij angstig of agressief kunnen worden. De interviewer moet hier ook rekening mee houden worden door het spanningsniveau laag te houden. Daarnaast is het goed om op de hoogte te zijn van de unieke handleiding van iedere bewoner. Zo heeft iedere bewoner weer andere triggers, bepaalde onderwerpen of uitspraken die beter vermeden kunnen worden, omdat hij hier slecht op reageert. Ook hierom is de bestaande vertrouwensband en inzicht noodzakelijk voor onderzoeker om deze doelgroep te interviewen.

Data-analyse

Data analyse heeft plaatsgevonden door de opgenomen interviews verbatim uit te schrijven en vervolgens eerst open, dan axiaal en tenslotte selectief te coderen. Op basis van deze codering is de volgende codeboom tot stand gekomen, waarin te zien is of een onderwerp vaak (++), incidenteel (+) of niet (-) genoemd wordt door bewoners en professionals. Dit is terug te zien in de codeboom, zie bijlage drie.

Bij het open coderen is er onder andere gekeken naar de termen autonomie, verlof en de rol van het personeel. Hierbij is gekeken hoe vaak deze begrippen genoemd werden door de respondenten. Vervolgens bij het axiaal coderen is er gekeken of deze termen in verband staan met overkoepelde thema's uit de onderzoeksvragen, zoals de kwaliteit van leven. Ten slotte is er selectief gecodeerd waar de codeboom uit voortgevloeid is.

Ook is er een overzicht gemaakt van een aantal eigenschappen van de respondenten, die bij de codeboom is toegevoegd.

Resultaten

In de resultaten zal er antwoord worden gegeven op de hoofd- en deelvragen aan de hand van de geanalyseerde data van de respondenten. Deze antwoorden zullen bekrachtigd worden door quotes van de respondenten, zowel van de bewoners als van de professionals, toe te voegen. Op deze manier wordt er een concreet voorbeeld bij elk antwoord toegevoegd ter verduidelijking. Allereerst zal er antwoord worden gegeven op de deelvragen om uiteindelijk zo naar de beantwoording van de hoofdvraag toe te werken in de conclusie.

De deelvragen zijn bedoeld om onderdelen van de hoofdvraag te beantwoorden of te verduidelijken. De deelvragen van dit onderzoeksvraagstuk zijn de volgende: Wat wordt er bedoeld met kwaliteit van leven binnen de LFPZ? Wat is de setting binnen de LFPZ, met name de twee afdelingen waar onderzoeker werkzaam is. Wat is de doelgroep en diens psychopathologie? Wat zijn de ervaringen en wensen van de bewoners binnen de LFPZ omtrent kwaliteit van leven? Wat houden de protocollen en wetgeving rondom de langdurige forensische psychiatrie precies in? De deelvragen over de protocollen, de omgeving en psychopathologie van de onderzoekspopulatie zijn beantwoord in het theoretisch kader van dit onderzoek en zullen daarom niet aan bod komen in de resultaten van de afgenomen interviews. Wel komt naar voren welke rol deze protocollen kunnen spelen in de kwaliteit van leven binnen Organisatie X.

Voor dit onderzoek zijn drie bewoners geïnterviewd, die worden aangeduid met B1, B2 en B3. De vijf geïnterviewde professionals zullen worden aangeduid met P1 t/m P5.

Wat verstaan bewoners en professionals binnen Organisatie X onder kwaliteit van leven en wat zijn hun ervaringen en wensen met betrekking op dit onderwerp?

Wat draagt bij aan de kwaliteit van leven en wat juist niet? Welke thema's komen aan bod bij het bespreken van kwaliteit van leven bij de bewoners en professionals en zitten hier opvallende verschillen in? In het interview met een bewoner komt naar voren dat de dagbesteding en verloven voor hen erg belangrijk zijn.

“Ik werk in de montage en in de tuin, dit vind ik erg leuk. Ga met plezier naar judo en fitness, maar ook naar de spelletjesavonden, lekker darten, sjoelen enz.” “Ik zou wel meer verlof willen, want dat is nu te weinig. Ik mag vier keer per jaar naar mijn zus B, maar dat zou ik wel meer willen, zes keer per jaar ofzo” (B1).

Niet alleen verloven maar ook vrijheid binnen de kliniek is van belang voor de bewoners. Dit blijkt uit de uitspraken van een andere bewoner:

“Ik wil dat personeel me meer naar buiten neemt, ik word soms gek op mijn kamer, maar dan mag ik niet naar buiten. Ze zeggen dan dat ik eerst rustig moet worden, maar ik word juist rustiger als ik buiten ben. Gewoon even rondje lopen en een kopje koffie drinken” (B3).

In de interviews met de professionals is hen gevraagd wat volgens hun belangrijk is voor de kwaliteit van leven van de bewoners. Hier komen opvallend veel verschillende antwoorden in voor. Zowel veel

verschil tussen de professionals zelf, maar ook verschil in met wat de bewoners belangrijk achten. Zo legt een professional de nadruk op autonomie:

“Doelstelling van deze instelling is kwaliteit van leven, niet het terugbrengen van het recidiverisico. Bewoners vinden dat in het begin raar, ze hebben veel meer keuzevrijheid en dat zijn zij niet gewend vanuit de regulier tbs. Als bewoners iets willen kijken we samen met het personeel wat er mogelijk is, we leggen zo min mogelijk op. We proberen geen dingen op te leggen, maar met hen samen te werken” (P1).

Andere professionals associëren kwaliteit van leven veel meer met de zorg die geleverd wordt, zowel op psychisch als lichamelijk gebied. Zaken als behandeldruk of juist het gebrek hieraan en medicatiebeleid spelen volgens hen een belangrijke rol in de kwaliteit van leven.

“In de LFPZ wordt er meer meebewogen met de bewoners ook qua medicatie, vriendelijker, minder dwingend. Als er geen behandeldruk meer is gaan sommigen zich beter voelen. Ze hoeven niet meer te presteren. Ik ben daar dubbel over. Enerzijds goed, anderzijds is hospitalisatie soms wel wat te ver doorgeschoten. De kliniek moet niet altijd denken dat zij de enige zijn die het kunnen, je houdt de mensen zo dan ook klein” (P2).

“De LFPZ probeert zoveel mogelijk kwaliteit van leven te bieden. Inschatten wat iemand nodig heeft en daarnaast goede medische en psychiatrische zorg te bieden. Goede gezondheidszorg zie ik toch wel als de basis voor de kwaliteit van leven. Je neemt ze hun vrijheid grotendeels af, waarmee de kwaliteit van leven al automatisch al een deel afneemt” (P3).

Deze antwoorden laten ook mooi het spanningsveld zien tussen het bevorderen van de autonomie en hospitalisatie. Bewoners zijn in het algemeen door hun lange verblijf in instellingen gehospitaliseerd. Ze zijn geneigd zich afhankelijk op te stellen van zorg. Het is aan de professionals om hen te blijven motiveren zoveel mogelijk de eigen regie over hun leven te behouden (Meinema, 2017).

Rol personeel: De rol van het personeel is een belangrijke factor in de kwaliteit van leven. Daarnaast is het interessant te zien om te onderzoeken hoe de bewoners en professionals hierover denken en waar de verschillen zitten. Bij het bespreken van de rol van het personeel spelen komen thema's als veiligheid, autonomie, individualisatie, diversiteit en hospitalisatie aan bod. Eerst komen de uitspraken van de bewoners aan bod. Een bewoner benoemt het gebrek aan de diversiteit bij het personeel: “Ik ben Afrikaans en moslim, maar alle begeleiders hier zijn blank en weten niks van de Islam. Niemand houdt rekening met mijn cultuur en geloof, daar baal ik wel van” (B3). Deze uitspraak laat zien dat er voor bewoners met een andere etniciteit er nog wel wat te winnen valt qua personeel. Een andere bewoner zegt over het personeel:

“Hier is het allerbeste personeel wat ik heb meegemaakt. Als ik iets heb kan ik er over praten, ze hebben tijd voor me. Alleen iemand van personeel maakt vervelende grapjes tegen me. Dat houdt me wel bezig. Ik wil ook niet over mijn delict praten of dat daar grapjes over worden gemaakt. Ben bang dat personeel over mij roddelt. Soms heb ik ook echt geen

vertrouwen in personeel en ben ik bang dat ze me willen vergiftigen of in mijn eten spugen” (B1).

Deze quote laat mooi de tegenstrijdigheid zien van hoe de bewoners tegen het personeel aankijken. Aan de ene kant vertrouwen ze op het personeel en zijn ze grotendeels afhankelijk van hen, terwijl aan de andere kant ze vanuit hun stoornis ook altijd een zekere mate van achterdocht zullen houden ten opzichte van het personeel (Baart, 2001). Een andere bewoner associeert personeel meer met veiligheid:

“Ik weet dat ik hier veilig zit, maar dat voelt niet altijd zo. Denk dat de veiligheid vooral dankzij deskundigheid van personeel komt. Ook al ben ik het niet vaak met jullie eens. Ben nu milder geworden dus ik uit dat niet meer altijd” (B2).

Over de rol van zijn mentoren en de continuïteit van het personeel zegt hij het volgende:

“Mijn mentoren zijn twee vrouwen, een heel zacht en de ander heel hard. Voor iemand zoals ik met gevoelige zenuwen is een zacht iemand fijner. Belangrijk dat zij het eens zijn over mij. Een mentor heb ik al meer dan tien jaar en zij kent mij heel goed dat vind ik erg fijn. Het is niet goed voor mijn gespannen zenuwen als ik een andere mentor zou krijgen” (B2).

Nu komen de uitspraken van de professionals over de rol van het personeel aan bod. Een professional heeft het met name over het belang van creativiteit en flexibiliteit van het personeel en de individualisatie van de bewoners: “Blijven kijken of de afspraken, die we gemaakt hebben, passen bij de individuele bewoner. Individualiseren is cruciaal, niet de algemene regeltjes” (P1). Over het belang van de mentoren en continuïteit zegt hij het volgende:

“De mentor is de schakelaar tussen de wens van de bewoner en de algemene redelijkheid. Er wordt teveel geschoven met de mentoren, bewoners vinden dat vervelend. Functie van de mentor is zeer belangrijk en deze rol wordt door het eigen personeel nog wel eens onderschat. Daarnaast is het verloop onder het personeel te groot, dit ervaren de bewoners ook als lastig, maar een directe oplossing hiervoor is moeilijk” (P1).

Rol protocollen in kwaliteit van leven: Wat naar voren komt is dat voor de bewoners de protocollen binnen Organisatie X zowel een negatieve als een positieve rol vervullen. De protocollen hebben vaak een negatieve connotatie wanneer er gesproken wordt over autonomie, hetgeen blijkt uit een quote van een bewoner: “Verlengingszittingen, LAP-commissies, behandelplanbesprekingen daar werk ik allemaal niet aan mee. Al die onafhankelijke onderzoeken geven alleen maar druk en ik weet de uitslag toch al” (B2). Terwijl dezelfde bewoner diezelfde protocollen ook positief kan zien als het onderwerp veiligheid en zorg aan bod komt:

“Protocol hier is anders als in de reguliere tbs, meer hulp minder straffend. Je hoeft ook minder uit te leggen, je wordt meer geaccepteerd zoals je bent en rekening gehouden met je beperkingen. Zo kom je jezelf een stuk minder tegen als in andere tbs-instellingen.” “Ik ervaar zelf geen druk van protocollen. Zit op een prikkelarme werkzaal en afdeling waar rekening met mij gehouden wordt. Je hebt overal een pasje voor nodig en dat pasje krijgen

alleen bewoners, die daarmee kunnen omgaan, dat vind ik wel een fijn idee dat ik ze niet zo maar kan tegenkomen'' (B2).

Verder viel het op dat de bewoners lang niet allemaal op de hoogte zijn van de aanwezige protocollen en de connectie daar van met hun autonomie en veiligheid. Dit is mogelijk te verklaren door hun psychopathologie. Zij zitten toch vaak echt in hun eigen wereldje als gevolg van hun psychotische stoornis en door de cognitieve beperking is het voor hen lastig het overzicht te behouden en verbanden te zien (Nevid, Rathus & Greene, 2012).

De professionals hebben een positievere blik op de aanwezigheid van de protocollen en welke rol deze spelen in de kwaliteit van leven. Zij zijn logischerwijs ook veel meer op de hoogte van de protocollen dan de meeste bewoners. Hierin is ook wel een verschil te zien tussen de verschillende lagen van de organisatie. Het begeleidend personeel heeft vooral oog voor de protocollen die van toepassing zijn op het dagelijks leven, terwijl de professionals met een hogere functie meer gericht zijn op de protocollen rond verlengingen etc. Een professional zegt hierover:

''Er is een spanningsveld tussen enerzijds het beschermen van de maatschappij en anderzijds het bevorderen van de kwaliteit van leven. Dit is nu eenmaal het spanningsveld waar wij werkzaam in zijn en protocollen bieden ons handvaten aan om het werkbaar te houden. Volgens mij gaat dat meestal wel goed. Deze instelling zit wat meer op zorg en justitie meer op veiligheid. Terecht dat er protocollen zijn rond verlengingen en verplaatsingen. Deze zijn er om de rechten van de bewoners te beschermen. Dit leidt tot veel bureaucratie, waar wel veel op gemopperd wordt door bewoners, maar toch is een protocol meestal wel zinvol. Ze zijn ook in het belang van de veiligheid van de medewerkers. Bureaucratie en protocollen hebben zo zijn voordelen'' (P2).

Een andere professional zegt:

''Wat mij betreft zou er iets meer een ad hoc beleid mogen komen, dat zou beter zijn dan het soms krampachtig vastklampen aan de protocollen. Officieel moet elke verandering in het programma van een bewoner worden besproken in een bewonersoverleg en die zijn maar één keer per maand. Nee niet te lang wachten met beleid maken. Soms moet je gewoon per dag bekijken wat het beste past bij een bewoner'' (P5).

Aan de hand van de quotes is te herleiden welke professional behoort tot welke laag van de organisatie. Het laat mooi zien het verschil waar zij de focus op leggen. Het begeleidend personeel legt meer de nadruk op het flexibel omgaan met de protocollen, waar de beleidsmakers meer het beschermende en structurerende effecten van deze protocollen beschrijven.

Waar bij de bewoners wat betreft protocollen het spanningsveld veel meer zat tussen veiligheid en autonomie zit dit bij de professionals meer in het paradox van enerzijds veiligheid en de duidelijkheid van de protocollen en anderzijds de flexibiliteit om de zorg te leveren, die de kwaliteit van leven bevordert.

Conclusie

Aan de hand van de resultaten kan er nu antwoord worden gegeven op de hoofd- en deelvragen, zoals deze zijn geformuleerd in de probleemstelling. Per vraag zullen de resultaten worden behandeld van zowel de bewoners als de professionals. En uiteindelijk wordt er gekeken of hier verschillen in naar voor komen om zo de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Bestaat er een discrepantie tussen de bestaande theorie omtrent kwaliteit van leven, waar de visie van de LFPZ op is gebaseerd en de ervaringen en wensen van de bewoners van organisatie X?

Deelvragen:

- Wat wordt er bedoeld met kwaliteit van leven binnen de LFPZ?
- Welke invloed hebben de protocollen en wetgeving opgelegd vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid op de kwaliteit van leven dat wordt nagestreefd binnen de LFPZ?
- Hoe kunnen forensisch pedagogisch begeleiders binnen een gesloten zorgafdeling in een tbs-kliniek de tbs-gestelden met een longstay-status begeleiden zoveel mogelijk aansluiting vinden bij de behoeften van bewoners op het gebied van kwaliteit van leven binnen een organisatie?

Wat wordt er bedoeld met kwaliteit van leven binnen de LFPZ?

Bij de bewoners kwam vooral naar voren dat zij thema's als veiligheid, autonomie, zorg, verlopen, eten en een goede relatie met het personeel het meest koppelen aan hun kwaliteit van leven binnen Organisatie X. De onderzoekspopulatie van de bewoners in vanwege hun psychopathologie een groep mensen, die erg angstig en achterdochtig zijn aangelegd (Nevis, Rathus & Greene, 2012). Daarnaast hebben zij vaak zelf geen sociaal netwerk meer over en zijn hierdoor erg afhankelijk van het personeel, met name de mentoren, die als het ware de verbinding vormen tussen de bewoner en de behandelcoördinator. De meerderheid van de bewoners koppelt veiligheid vooral aan het hebben van een goede vertrouwensband met het personeel en minder aan de bestaande protocollen. De protocollen zien zij toch meer als een beperking in hun autonomie dan dat deze hen structuur en veiligheid bieden. Het is begrijpelijk dat de bewoners een minder goed beeld hebben van wat deze protocollen inhouden en dat deze ook een positief effect kunnen hebben. Dit valt te verklaren door de eigen leefwereld, die de bewoners hebben, gecombineerd met een cognitieve beperking waardoor zij minder goed het overzicht kunnen zien.

Opvallend is dat de bewoners meer autonomie ervaren binnen de LFPZ dan in de reguliere tbs. Het is veel meer mogen dan moeten en er wordt ook minder gestraft. Het wegvallen van de behandeldruk speelt hierbij een grote rol. Voor de doelgroep bewoners van dit onderzoek werd het gedwongen kader van behandeling in de reguliere tbs als zeer negatief ervaren. Het gebrek aan ziekte-inzicht en de beperkte leerbaarheid vanwege hun cognitieve beperking dragen bij aan de negatieve ervaringen van een behandeling. In Organisatie X mogen ze 'ongestoord gestoord zijn' en dit wordt door de

bewoners als zeer prettig ervaren. Dit maakt ook dat het merendeel van de onderzoekspopulatie nooit meer weg wilt uit Organisatie X, zelfs wanneer dit mogelijk zou zijn.

De professionals koppelen meer veiligheid, structuur en zorg aan de kwaliteit van leven. Dit lijkt voor de bewoners soms vanzelfsprekend te zijn.

Welke invloed hebben de protocollen en wetgeving opgelegd vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid op de kwaliteit van leven dat wordt nagestreefd binnen de LFPZ?

Over de invloed van de protocollen zijn de bewoners negatiever dan de professionals. De meeste bewoners ervaren de protocollen als negatief. Zij zien het als een directe beperking op hun vrijheid en missen het feit dat de protocollen ook veiligheid en structuur bieden, die zij zo nodig hebben. Slechts één van de onderzochte bewoners was op de hoogte van de positieve invloeden van de protocollen in het dagelijks leven binnen de LFPZ. Dezelfde bewoner gaf echter aan niet mee te willen werken aan behandelbesprekingen of rechtszittingen, omdat deze hem teveel druk en angst gaven. Door de geringe draagkracht van deze doelgroep worden zij al snel overvraagd en kunnen zij veel stress ervaren. Dit brengt grote risico's met zich mee, omdat zij vaak niet goed reageren op stress en in het ergste geval psychotisch kunnen decompenseren. Op deze manier hebben de protocollen zowel een positieve als negatieve rol op de kwaliteit van leven van de bewoners in Organisatie X. Al zien zij zelf vooral de negatieve aspecten van de protocollen.

Ook de professionals zijn wat dat betreft verdeeld over de invloed van protocollen op de kwaliteit van leven. Elke professional komt uit een andere laag van het tbs-systeem en dit is ook goed terug te zien in de resultaten. Het begeleidend personeel kijkt vooral naar de protocollen die een rol spelen in het dagelijks leven en ervaren deze als voornamelijk positief. Wel vinden ze dat het personeel zich flexibel moet kunnen opstellen. Iedereen kan de regeltjes volgen, maar het is juist de kunst als FPB'er om hier flexibel mee om te kunnen gaan, wanneer dit nodig is. Vooral binnen Organisatie X, die gericht is op kwaliteit van leven niet meer op resocialisatie in de maatschappij. De professionals die op beslissingsniveau zitten zien de protocollen ook wel als een noodzakelijk kwaad, waar Organisatie X aan moet voldoen. Positief is dat het handvaten biedt, maar er zou meer sprake van individualisatie mogen zijn. Bijvoorbeeld bewoners, die zelf aangeven niet weg te willen, niet meer lastig te vallen met rechtszittingen, LAP-commissies en behandelplanbesprekingen. Aan de andere kant geven sommige professionals aan dat het noodzakelijk is dat er door onafhankelijke mensen naar de diverse casussen wordt gekeken. Een onafhankelijke professional die met een kritisch meekijkt, houdt het personeel binnen Organisatie X ook scherp, waardoor de beste zorg mogelijk geleverd kan worden.

Hoe kunnen forensisch pedagogisch begeleiders, die binnen een gesloten zorgafdeling van een tbs-kliniek de bewoners met een longstay-status begeleiden, zoveel mogelijk aansluiting vinden bij de behoeften van bewoners op het gebied van kwaliteit van leven?

Het personeel zou meer aansluiting bij de behoeften van de bewoners kunnen vinden door zich vaker flexibel op te stellen ten opzichte van de protocollen. Daarnaast speelt individualisatie hierbij een grote rol. Elke bewoner heeft zijn unieke handleiding en begeleiding, die daarop aansluit. Het is van belang dat het personeel dit onderscheid maakt. Zowel personeel als bewoners zijn het hierover eens en er is wat dit thema betreft geen verschil tussen de visie van bewoners en professionals. Ook

bestaat consensus over de wenselijkheid om de manier waarop de begeleiding vorm wordt gegeven niet van bovenaf te bepalen, maar zoveel mogelijk in samenspraak met de bewoner.

Bestaat er een discrepantie tussen de bestaande theorie omtrent kwaliteit van leven, waar de visie van de LFPZ op is gebaseerd en de professionals hun beleid op baseren, en de ervaringen en wensen van de bewoners van organisatie X?

Hierop kan geantwoord dat er zowel overeenkomsten als discrepanties zijn tussen de literatuur, de visie van professionals en de ervaringen en wensen van de bewoners van Organisatie X. Allereerst de vier domeinen van kwaliteit van leven, die worden genoemd in de literatuur: lichamelijke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving (WHO, 1998). Deze komen wel terug in de resultaten, maar in mindere mate dan de literatuur doet vermoeden. De bewoners lijken de domeinen rond gezondheid haast wel als vanzelfsprekend te beschouwen en noemen dit niet of nauwelijks. Dit zou te verklaren kunnen zijn vanuit de cognitieve beperking van de bewoners en het feit dat zij al zo lang in een klinische setting verblijven dat zij volledig gehospitaliseerd zijn. De professionals hechten wat dat betreft meer waarde aan deze domeinen en zien een direct verband tussen de door hen geboden zorg en de gezondheid van de bewoners.

Bewoners zijn vooral gericht op veiligheid, vrijheid/autonomie, zinvolle dagbesteding, eten en drinken en de relatie met het personeel. Professionals zijn meer gericht op veiligheid, zorg en de gezondheid van de bewoners. In de literatuur is veel aandacht voor de omgeving en sociale relaties van bewoners. Dit komt minder terug in de doelgroep van dit onderzoek, de bewoners hebben vaak geen netwerk meer buiten het personeel om.

Aanbevelingen

Uit de conclusie van dit onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd. De aanbevelingen zijn vooral gericht op veranderingen in personeel, omdat er aan de protocollen weinig veranderd kunnen worden, aangezien deze zijn vastgelegd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Flexibiliteit: Op basis van de bevindingen bij een deel van de professionals en de bewoners kan de aanbeveling gedaan worden dat het begeleidend personeel zich flexibeler zou mogen opstellen wat betreft de protocollen ten opzichte van de bewoners. Het is juist de kunst om van deze protocollen te kunnen afwijken wanneer dit nodig mocht zijn. In de visie van Organisatie X staat de kwaliteit van leven voorop en dit is iets wat de professionals altijd in het oog moeten houden.

Individualisatie: Zowel bewoners als professionals pleiten voor een meer geïndividualiseerde begeleiding en benadering van de bewoners. Er wordt met betrekking tot de bejegening gesproken van een unieke handleiding voor iedere bewoner, waar de professional rekening dient te houden. Bij het nemen van sommige beslissingen worden soms echter afdelingen, de gehele kliniek of het hele tbs-systeem over een kam geschoren. Hierbij wordt het individu uit het oog verloren en dat is niet wenselijk. Het personeel moet zich bewust zijn dat iedere bewoner een andere invulling heeft van zijn kwaliteit van leven en dat er geprobeerd moet worden hier zoveel mogelijk bij aan te sluiten waar dat kan.

Meer diversiteit personeel: De populatie van de LFPZ is zeer divers en dit zou meer terug mogen komen in het personeelsbestand. Hoewel slechts één respondent dit onderwerp benoemde, neemt onderzoeker dit wel mee in de aanbevelingen. Onder de bewoners van Organisatie X zijn er allerlei verschillende etniciteiten en religieuze achtergronden, terwijl het personeel overwegend blank en van westerse afkomst is (waardoor ze mogelijk ook een blinde vlek hebben voor dit onderwerp). Hierdoor ervaren de bewoners van buitenlandse afkomst of met een andere religie minder aansluiting bij het personeel. Zij hebben het idee dat zij hun cultuur en religie niet begrijpen. Uit de literatuur en de resultaten van de interviews is gebleken hoe belangrijk het personeel is voor de bewoners. Dus wellicht is het een goed idee om meer diversiteit te creëren in het personeel door professionals met een andere etniciteit aan te nemen.

Meer aandacht voor rol van mentoren: Uit de interviews met zowel de bewoners als de professionals is gebleken dat de mentor een zeer belangrijke rol vervult voor de bewoners. Mentoren zijn in feite de verbinding tussen de bewoner en de rest van het personeel. Daarnaast regelen zij samen met de maatschappelijk werker alles voor een bewoner buiten de kliniek, wat betreft eventuele verlopen en familiebezoek. Het is van belang dat een bewoner goed overweg kan met tenminste één van zijn twee mentoren om dit proces goed te laten verlopen. Gepleit wordt voor meer aandacht voor de rol van de mentoren, met name voor het selectieproces. Nu wordt vaak toch een bewoner een mentor toebedeeld op basis van wie er beschikbaar is. Er zou meer aandacht mogen komen voor hoe de mentoren worden verdeeld over de bewoners. Meer oog hebben voor de vraag welke professional het beste aansluit bij welke bewoner, indien dit mogelijk is. Een goede

verstandhouding tussen de bewoner en diens mentoren is van groot belang voor de kwaliteit van leven van die bewoner.

Meer overleg met bewoners in plaats van beslissen over bewoners: Het belang van minder top-down werken en meer gelijkwaardig overleg wordt door zowel bewoners als professionals genoemd. Nu worden er in de team- en behandelbesprekingen vaak beslissingen genomen over bewoners zonder dit met hen te overleggen. Uiteraard kan en hoeft niet alles overlegd te worden en kan niet over alles overeenstemming worden bereikt, maar het is bevorderlijk voor de autonomie van de bewoners als zij het idee hebben dat er naar hen geluisterd wordt en zij waar mogelijk inspraak hebben. Uit de literatuur en de resultaten is gebleken dat autonomie een grote rol speelt in de kwaliteit van leven. Concreet zou er bijvoorbeeld meer inspraak van de bewoners mogen zijn in de keuze voor hun mentoren.

Verder onderzoek: Als laatste de aanbeveling voor verder onderzoek naar dit onderwerp, omdat uit dit onderzoek is gebleken dat er nog winst valt te behalen in de relatie tussen bewoner en professional. Het is van belang dat het personeel goed op de hoogte is van wat de bewoners echt belangrijk vinden en waar mogelijk hier zoveel mogelijk aansluiting bij te vinden. Op deze manier kan de kwaliteit van leven zo goed mogelijk worden gewaarborgd. Daarnaast is de steekproef van dit onderzoek eigenlijk te summier geweest om hier echte conclusies aan te verbinden. Daarom raadt onderzoeker aan om verder onderzoek te doen met een grotere steekproef van dezelfde onderzoekspopulatie. Dit zou een betere afspiegeling van de doelgroep en wellicht ook andere resultaten met andere aanbevelingen tot gevolg kunnen hebben.

Discussie

Dit onderzoek heeft als doel gehad om te kijken op welke vlakken er meer aansluiting van het personeel op de bewoners gevonden kon worden wat betreft de kwaliteit van leven. Dit onderzoek is praktisch bruikbaar voor Organisatie X, omdat deze instelling de kwaliteit van leven nastreeft. Om de bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten is gaandeweg de focus verlegd van de protocollen naar de rol van het personeel. Dit heeft als reden dat de protocollen van bovenaf zijn opgelegd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Deze protocollen zullen dus niet kunnen worden aangepast aan de hand van de aanbevelingen in dit onderzoek, omdat onderzoeker hier geen bevoegdheid over heeft. Omdat de praktische bruikbaarheid van het onderzoek niet uit het oog te verliezen heeft onderzoeker de keuze gemaakt om minder nadruk te leggen op de rol van de protocollen.

De sterkte van dit onderzoek zit in de diversiteit van de onderzoekspopulatie. Onderzoeker heeft bewust geprobeerd zoveel mogelijk bewoners van verschillende afkomst mee te nemen in het onderzoek, omdat er sprake is van een zeer diverse groep bewoners. Ook bij de ondervraagde professionals heeft onderzoeker succesvol professionals uit verschillende lagen van het tbs-systeem onderzocht. Van begeleidend personeel, die dagelijks met de bewoners werken, tot onafhankelijke forensische specialist en rechter, die het grote plaatje in oog dienen te houden. De diversiteit van de onderzoekspopulatie is van belang om onderzoeken waar de overeenkomsten en verschillen zitten en een zo breed mogelijk beeld te krijgen.

De zwakte van dit onderzoek zit in het feit dat er uiteindelijk maar drie bewoners zijn geïnterviewd. Onderzoeker heeft getracht dit uit te breiden, maar helaas zonder succes. Er waren meer toezeggingen gedaan door zowel bewoners als professionals, maar vanwege uiteenlopende redenen hebben veel mensen op het laatst toch afgezien van deelname aan dit onderzoek. Onderzoek is zich bewust van het gevaar om op basis van slechts drie bewoners conclusies te trekken, maar in het belang van het onderzoek is onderzoeker genoodzaakt geweest dit toch te doen.

Bibliografie

- Aronson, E., Wilson, T. & Akert, R. (2011). *Sociale Psychologie*. Amsterdam: Pearson.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, Th. Van der, Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*, p. 150, 217-224, 242-243. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in het kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boumans, J. (2015). *Naar het hart van empowerment. Deel 2. Over de vraag wat werkt*. Utrecht: Movisie.
- Commissie van Toezicht. (ZD). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.commissievantoezicht.nl/>
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnerberg, J., & Nilsson, L. (2010). *Executive functions in individuals with intellectual disability*. Elsevier Ltd.
- De Rechtspraak. (2019). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Raad-voor-de-rechtspraak/Nieuws/Paginas/Rechters-leggen-vaker-tbs-op.aspx>
- Dienst Justitiele Inrichtingen. (2014). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.dji.nl/Locaties/Penitenciaire-inrichtingen/PI-Vught/>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2018). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.tbsnederland.nl/media/5182/ForZo-in-getal-2013-2017-augustus-2018-.pdf>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2018). Geraadpleegd 22-08-2019 via: https://www.dji.nl/binaries/Scanned%20from%20a%20Xerox%20Multifunction%20Printer_tcm41-313203.pdf
- Doddema, E. (2003). Levenslang gepleegd? Ervaringen met de eerste longstay-afdeling in Nederland. *Journal of Medicine/Public Health*, 23(1), 51-57.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2009). *Landelijk Zorgprogramma: Langdurige forensische psychiatrische zorg*. Utrecht: EFP.
- Hodgins, et al. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry* 191, October 2007, pp. 343-350. Geraadpleegd 22-08-2019 via: https://www.researchgate.net/publication/278163434_Aggressive_behaviour_victimisation_and_crime_among_severely_mentally_ill_patients_requiring_hospitalisation
- Kleinert, H. L., Browder, D. M., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of Cognition for Students With Significant Cognitive Disabilities: Implications for Assessment. *Review of Educational Research*, 79(1), 301-326.

Lehman, A.F. (1983). The well-being of chronic mental patients assessing their quality of life. *Formerly Archives of General Psychiatry*, 40(4), 369-373.

Lehman, A.F. (1993). Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. *Quality of Life Research* October 1993, Volume 2, Issue 5, pp 327–333.

Masthoff & Tompenaars. (2006). *Quality of life in psychiatric outpatients*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht

Meinema, T. (2017). *Wat werkt bij eigen regie*. Geraadpleegd 22-08-2019 via:
<https://www.movisie.nl/publicatie/wat-werkt-eigen-regie>

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (ZD). Geraadpleegd 22-08-2019 via:
https://www.landelijkeadviescommissieplaatsing.nl/binaries/Verslag%20seminar%20Longstay_tcm19-16177.pdf en <https://www.landelijkeadviescommissieplaatsing.nl/>

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019). Geraadpleegd 22-08-2019 via:
<https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/nieuws/nieuw-beleidskader-langdurige-forensisch-psychiatrische-zorg-0>.

Nevid, Rathus & Greene. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson.

Nieuwenhuijzen, M. V. (2015). *Sociale informatieverwerking meten van agressieve probleemjongeren met laag IQ*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam .

Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14(3) July 2009, pp 198-202. Geraadpleegd 22-08-2019 via:
https://www.researchgate.net/publication/232088617_Quality_of_life_in_forensic_psychiatry_An_unreclaimed_territory

NRC. (2019). *Moord Anne Faber gevolg van falend systeem*. Geraadpleegd op 22-08-2019 via:
<https://www.nrc.nl/nieuws/2019/03/28/moord-anne-faber-na-falend-systeem-a3954940>

Openbaar Ministerie. (ZD). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.om.nl/onderwerpen/vraag-antwoord-0/vraag/tbs-maatregel/>

Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model: Een literatuurstudie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://efp.nl/publicaties/het-good-lives-model-een-literatuurstudie>

Pompestichting. (ZD). Geraadpleegd 22-08-2019 via:
<https://www.pompestichting.nl/Behandeling/Langdurige-Forensisch-Psychiatrische-Zorg/>

Presentiebenadering. (ZD) Geraadpleegd 22-08-2019 via:
<https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>

Regenmortel, T. v. (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, pp. 68-78.

Trimbos-Instituut. (2014). Geraadpleegd 22-08-2019 via:

<http://www.ribwalliantie.nl/upload/documents/publicaties/KaderForensischeclienteninRIBWs.pdf>

Trouw. (2018). Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://www.trouw.nl/samenleving/hoe-langer-in-de-cel-hoe-meer-kans-op-recidive~a423a272/>

Van der Hoevenkliniek. (ZD). Geraadpleegd 22-08-2019 via:

<https://www.hoevenkliniek.nl/locaties/de-voorde-longcare/>

Van Wesel, L. (2014). *De samenhang tussen leefklimaat op de afdeling en kwaliteit van leven onder langdurig forensisch psychiatrische patiënten in Zeeland en Vught*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Volksgezondheid. (ZD) Geraadpleegd 22-08-2019 via:

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kwaliteit-van-leven/inleiding#!node-tevredenheid-als-indicator-voor-kwaliteit-van-leven>

Walker & Gudjonsson. (2000). The Lancashire Quality of Life Profile: data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders. *CBMH*, Vol. 10 (2), June 2000, pp. 123-135. Geraadpleegd 22-08-2019 via: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cbm.350>

WHO. (1998). *Development of the World Health Organization: Quality of Life Assessment*. Cambridge: Cambridge University Press. Geraadpleegd 22-08-2019 via:

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/development-of-the-world-health-organization-whoqolbref-quality-of-life-assessment/0F50596B33A1ABD59A6605C44A6A8F30>

Willner, P., Bailey, R., Parry, R., & Dymond, S. (2010). Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*.

WODC. (2010). Geraadpleegd 22-08-2019 via:

<https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/risicomanagement-en-beschermende-factoren.aspx>

WODC. (2013). Geraadpleegd 22-08-2019 via: https://www.wodc.nl/binaries/2107-volledige-tekst_tcm28-72100.pdf

Zimbardo, P.G., Johnson, R.L. & McCan, V. (2014). *Psychologie: De Essentie*. Amsterdam: Pearson.

Zwemstra, J. C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP). Geraadpleegd 22-08-2019 via:

https://pure.uvt.nl/ws/files/1169640/DRUKVERSIE_zwemstra_DEFINITIEF_2408.pdf

Bijlage 1: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

..... (volledige naam of initialen a.u.b.)

Ga ermee akkoord dat ik deelneem aan het onderzoek en ga akkoord met de volgende voorwaarden:

- (1) Ik heb voldoende informatie gekregen omtrent het doel van het onderzoek;
- (2) Ik heb elke vraag in verband met het onderzoek kunnen stellen;
- (3) Ik neem totaal uit vrije wil en op vrijwillige basis deel aan het onderzoek en ben hiervoor niet onder druk gezet;
- (4) Ik geef de toestemming aan de onderzoeker om de resultaten van het interview op een vertrouwelijke en anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren;
- (5) Ik begrijp dat alle gegevens die ik in het kader van dit interview verstrekt, geheel vertrouwelijk en anoniem zullen worden verwerkt en enkel in functie van onderzoek zullen worden gebruikt;
- (6) Ik ben op de hoogte van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;
- (7) ik ben ervan op de hoogte dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen;

Voor akkoord,

Plaats en datum Naam + handtekening van de deelnemer

Plaats en datum Naam + handtekening van de onderzoeker

Bijlage 2: Topiclijsten

Topiclijst Professionals

Inleiding:

- Toestemmingsformulier laten ondertekenen.
- Doel van het interview uitleggen.
- Wat er met de uitspraken in de interviews wordt gedaan.

Voorbeeldvragen:

- Kun je een beschrijving geven van een situatie...
- Kun je daar iets meer over vertellen?
- Kun je daar een voorbeeld van geven?
- Je zegt.. wat bedoel je daar precies mee?
- Wat dacht/voel/deed je toen?

Topics	Vragen
Inleiding	▪ Wat is je functie? ▪ Wat is je leeftijd? ▪ Wat is je geslacht? ▪ Wat is je opleidingsniveau? ▪ Wat is je werkervaring?
Kwaliteit van leven	▪ Het onderzoek gaat over KvL binnen in een gesloten setting, als ik dit zo opnoem, wat komt er meteen bij jou op? ▪ Kun je omschrijven wat KvL volgens jou is? ▪ Wat zijn volgens jou de kwaliteiten van de begeleiding binnen de LFPZ? ▪ Waaraan kun je merken dat de LFPZ gericht is op KvL. ▪ Kun je een cliënt in gedachten nemen en aangeven wat jou rol is als begeleider? ▪ Hoe kijkt de maatschappij volgens jou naar de LFPZ? ▪ Denk je dat de begeleiding en het bestuur dezelfde ideeën heeft over KvL als de bewoners? ▪ Zo ja, hoe komt dat? Zo nee, waarin verschilt dat? ▪ Wat vind je van de kennis van de begeleiding? ▪ Wat is volgens jou het verschil met de LFPZ en de reguliere TBS? ▪ Wat is de rol van de begeleiding in het waarborgen van de KvL? ▪ Hoe ervaar jij de balans tussen veiligheid en het nastreven van KvL? ▪ Hoe ziet een reguliere dag voor jou eruit?

Domeinen van KvL: Lichamelijke gezondheid', 'Psychologische gezondheid', 'Sociale relaties' 'Omgeving'	▪ Wat zijn volgens jou de 4 domeinen van KvL? ▪ Zou je deze 4 domeinen kunnen omschrijven wat deze voor jou betekenen? ▪ Hou zou jij deze domeinen persoonlijk ordenen van belangrijkste naar minst belangrijk? ▪ Wat behoort volgens jou tot de verschillende domeinen? ▪ Ben je het eens met deze domeinen of ontbreekt er volgens jou iets? ▪ Hoe kijkt de maatschappij volgens jou naar de domeinen van KvL binnen de LFPZ? ▪ Welke rol speel jezelf in het bewerkstelligen van de domeinen van KvL? ▪ Welke rol speelt de begeleiding/directie/politiek hierin? ▪ Wat gaat volgens jou goed omtrent het naleven van deze domeinen van KvL en wat zou beter kunnen? ▪ Wordt hier jou weleens naar gevraagd door bewoners of collega's?
Stellingen	▪ Wat vind je van de volgende stellingen: • De LFPZ streeft het meest naar het naleven van KvL. • Er zijn nog veel verbeterpunten voor de LFPZ omtrent KvL. • Er wordt te weinig/veel rekening gehouden met de KvL van de bewoners van organisatie X.
Protocollen binnen de LFPZ	▪ Hoe merkbaar zijn deze protocollen in het dagelijks leven binnen de LFPZ? ▪ Ben je je bewust van deze protocollen? ▪ Wat vind je van deze protocollen? ▪ Zijn er protocollen waar je moeite mee hebt? ▪ Zijn er protocollen die je als prettig ervaart? ▪ Heb je het idee dat de protocollen de KvL helpen of juist in de weg staan en kun je hier voorbeelden bij noemen? ▪ Welke rol speelt de begeleiding/bc'er/directie hierin?

Topiclijst Bewoners

Inleiding:

- Toestemmingsformulier laten ondertekenen.
- Doel van het interview uitleggen.
- Wat er met de uitspraken in de interviews wordt gedaan.

Voorbeeldvragen:

- Kun je een beschrijving geven van een situatie...
- Kun je daar iets meer over vertellen?
- Kun je daar een voorbeeld van geven?
- Je zegt.. wat bedoel je daar precies mee?
- Wat dacht/voel/deed je toen?

Topics	Vragen
Inleiding	▪ Wat is je leeftijd? ▪ Wat is je geslacht? ▪ Wat is je achtergrond? ▪ Hoe lang verblijf je momenteel in de tbs en LFPZ? ▪ Wat zijn je ervaringen binnen de tbs en met name de LFPZ?
Kwaliteit van leven	▪ Het onderzoek gaat over KvL binnen in een gesloten setting, als ik dit zo opnoem, wat komt er meteen bij jou op? ▪ Kun je omschrijven wat KvL volgens jou is? ▪ Wat zijn volgens jou de kwaliteiten van de begeleiding binnen de LFPZ? ▪ Waaraan kun je merken dat de LFPZ gericht is op KvL. ▪ Hoe denk je dat je als bewoner zelf of als bewoners samen een bijdrage kan leveren aan de KvL? ▪ Hoe kijkt de maatschappij volgens jou naar de LFPZ? ▪ Denk je dat de begeleiding en het bestuur dezelfde ideeën heeft over KvL als de bewoners? ▪ Zo ja, hoe komt dat? Zo nee, waarin verschilt dat? ▪ Wat vind je van de kwaliteit en kennis van de begeleiding? ▪ Wat is volgens jou het verschil met de LFPZ en de reguliere TBS? ▪ Wat is de rol van de begeleiding in het waarborgen van de KvL? ▪ Hoe ervaar jij de balans tussen veiligheid en het nastreven van KvL? ▪ Hoe ziet een reguliere dag voor jou eruit? ▪ Welke rol spelen de mentoren voor jou? ▪ Heb je het idee dat de mentoren goed bij jou passen?

Domeinen van KvL: Lichamelijke gezondheid', 'Psychologische gezondheid', 'Sociale relaties' 'Omgeving'	▪ Wat zijn volgens jou de 4 domeinen van KvL? ▪ Zou je deze 4 domeinen kunnen omschrijven wat deze voor jou betekenen? ▪ Hou zou jij deze domeinen persoonlijk ordenen van belangrijkste naar minst belangrijk? ▪ Wat behoort volgens jou tot de verschillende domeinen? ▪ Ben je het eens met deze domeinen of ontbreekt er volgens jou iets? ▪ Hoe kijkt de maatschappij volgens jou naar de domeinen van KvL binnen de LFPZ? ▪ Welke rol speel jezelf in het bewerkstelligen van de domeinen van KvL? ▪ Welke rol speelt de begeleiding/directie/politiek hierin? ▪ Wat gaat volgens jou goed omtrent het naleven van deze domeinen van KvL en wat zou beter kunnen? ▪ Wordt hier jou weleens naar gevraagd door bewoners of collega's? ▪ Heb je het idee dat er naar de bewoners wordt geluisterd? ▪ Hoe vind je de groepsdynamiek op Heide/Horst? ▪ Wat vind je van dingen als de bewonersraad en maak je hier gebruik van?
Stellingen	▪ Wat vind je van de volgende stellingen: • De LFPZ streeft het meest naar het naleven van KvL. • Er zijn nog veel verbeterpunten voor de LFPZ omtrent KvL. • Er wordt te weinig/veel rekening gehouden met de KvL van de bewoners van organisatie X.
Protocollen binnen de LFPZ	▪ Hoe merkbaar zijn deze protocollen in het dagelijks leven binnen de LFPZ? ▪ Ben je je bewust van deze protocollen? ▪ Wat vind je van deze protocollen? ▪ Zijn er protocollen waar je moeite mee hebt? ▪ Zijn er protocollen die je als prettig ervaart? ▪ Heb je het idee dat de protocollen de KvL helpen of juist in de weg staan en kun je hier voorbeelden bij noemen? ▪ Welke rol speelt de begeleiding/bc'er/directie hierin? ▪ Welke rol spelen verlopen in je KvL en hoe belangrijk zijn die? ▪ Wat vind je van de rechtszittingen die je bij dient te wonen? ▪ Wat vind je van de LAP-commissie en de beslissingen die zij nemen?

	▪ Wat vind je van de bezoeken van de forensische specialisten voor een verlengingsadvies? ▪ Wat vind je van de mogelijkheden om contact te hebben met een geestelijke of vrijwilliger en maak je hier gebruik van?
--	--

Bijlage 3: Codeboom

	BEWONERS	PROFESSIONALS
WAT IS BELANGRIJK BIJ KWALITEIT VAN LEVEN?		
Autonomie	++	++
Veiligheid	++	++
Goede verhouding met personeel	++	++
Dagbesteding	+	+
Lichamelijke gezondheid	+	+
Geestelijke gezondheid	+	+
Sociale relaties	+	+
Kwaliteit omgeving	+	+
ROL VAN MEDEWERKERS		
	++	++
ROL VAN PROTOCOLLEN		
	+	+
TEVREDENHEID KWALITEIT VAN LEVEN		
	+	+
VERBETERPUNTEN		
Continuïteit personeel	++	++
Meer overleg, minder top-down	++	+
Meer etnische diversiteit personeel	+	-

		leeftijd	geslacht	opleiding			duur Tbs	etniciteit
bewoner 1		55	man	LS			34 jaar	NL
bewoner 2		58	man	MBO			30 jaar	NL
bewoner 3		52	man	LS			28 jaar	Somalië
directeur		64	man	WO				NL
psychiater		55	vrouw	WO				NL
TBS-rechter		58	man	WO				NL
Behandelaar		35	man	WO				NL
Behandelaar		56	man	HBO				NL

Hierboven wordt een overzicht gegeven van de gegevens van de respondenten aan het onderzoek.

Bijlage 4: Echtheidsverklaring



ECHTHEIDSVERKLARING Afstudeeronderzoek 2018-2019

Hierbij verklaar ik, dat ik deze scriptie zelf geschreven heb en dat ik de volledige verantwoordelijkheid op me neem voor de inhoud ervan. Ik bevestig dat de tekst en het werk dat in deze scriptie gepresenteerd wordt (het onderzoeksgedeelte, het visieverslag en de presentatie) origineel is en dat ik geen gebruik heb gemaakt van andere bronnen dan die in de tekst en in de referenties worden genoemd.

In te vullen door de student

Achternaam Cantem
Voornaam Bram
Studentnummer 3186024
Hoofdvraag afstudeeronderzoek Bestaat er een een discrepantie tussen de bestaande theorie omtrent K.L. en de ervaringen en verhalen v.d. bewoners van de EP?
Onderzoek is passend bij afstudeerrichting* 662
Naar waarheid ondertekend op 12-7-2019

Handtekening student Bram Cantem

In te vullen door de onderzoeksdocent

Doorhalen wat niet van toepassing is:

- 1) De onderzoeksdocent acht het wel / ~~niet~~ aannemelijk dat de student zijn/haar afstudeeronderzoek zelfstandig heeft vervaardigd en dat het product authentiek is.
- 2) Het onderzoeksthema ligt wel / ~~niet~~ in het verlengde met de gekozen afstudeerrichting.

Naam en handtekening onderzoeksdocent

Charelle Valjean 12-07-2019

* vul hier in bij welke afstudeerrichting je onderzoek past. Ter informatie: een afstudeerrichting op het diploma wordt verstrekt wanneer de gekozen minor, de eindfase praktijk en het afstudeeronderzoek één richting omhelst.