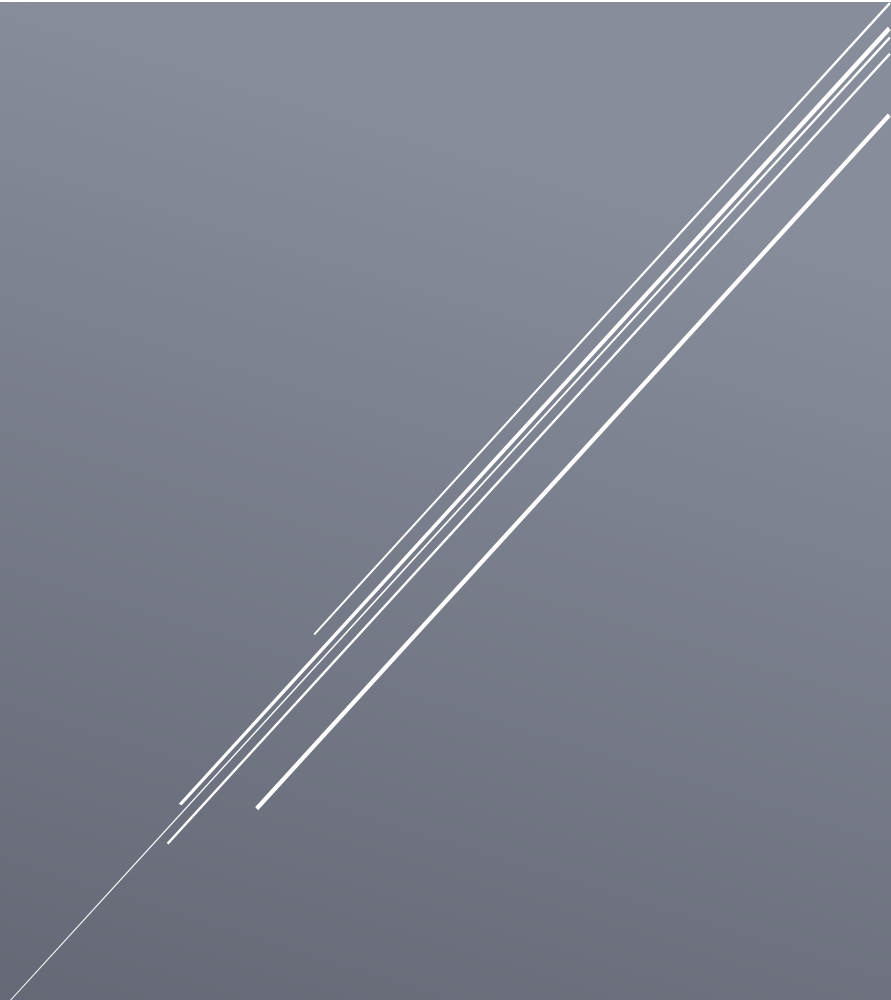




Naam: Naomi van Veldhoven

Datum: 23-06-2023

Klas: 4V03G

Studentnummer: 3843629

Opleidingsinstituut: Fontys Hogeschool Eindhoven

Opleidingsprofiel: Sociale Studies, afstudeerrichting GGZ

Studiejaar: 4

Opleidingsvorm: Voltijd

Docent: Stefan Assink

Progresscode: 23V4G-AFOZ

DEPRESSIEVE KLACHTEN BIJ CLIËNTEN MET PTSS

Samenvatting

In de huidige samenleving zijn depressieve klachten steeds vaker een actueel thema. Meestal worden depressieve klachten in de samenleving bij volwassenen gesignaleerd, wanneer zij uitvallen in hun werk. Ook zijn depressieve klachten bij jongvolwassenen steeds vaker van toepassing, waarbij jongvolwassenen met PTSS een groter risico hebben op het ontwikkelen van depressieve klachten. Zij worstelen niet alleen met de klachten van de PTSS, maar ook met de depressieve klachten die daarmee in verbinding staan. Cliënten met PTSS en depressieve klachten hebben meestal een klein sociaal netwerk, weinig externe contacten en een verstoord dagelijks functioneren. Dit staat haaks op wat de samenleving verwacht, namelijk meedoen, participatie en gebruik maken van naasten in het proces naar zelfredzaamheid. Cliënten met PTSS en depressieve klachten hebben daardoor behandeling en begeleiding nodig van sociaal agogen om depressieve klachten te kunnen reduceren.

Het doel van het onderzoek is het vergroten van kennis en inzichten voor de sociaal agogen over wat er nodig is om depressieve klachten te kunnen reduceren bij cliënten. Om dit te onderzoeken is deze hoofdvraag geformuleerd: *‘Wat hebben de sociaal agogen binnen organisatie X nodig in de begeleiding van cliënten met PTSS om hun depressieve klachten te reduceren?’*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Doormiddel van literatuur is er onderzoek gedaan naar relevante literatuur, methodes en theorieën rondom depressieve klachten bij cliënten met PTSS. Dit dient als startpunt voor het onderzoek om als onderzoeker de huidige situatie te kunnen beschrijven en vanuit daar te kijken wat er nodig is voor de organisatie waarbij het onderzoek heeft plaatsgevonden. Binnen dit onderzoek zijn er vijf sociaal agogen en vier cliënten van organisatie X geïnterviewd. De resultaten van de interviews hebben geleid tot het beantwoorden van de deelvragen en vervolgens ook de hoofdvraag. De algemene conclusie van het onderzoek is dat de sociaal agogen te weinig kennis en inzichten hebben over depressieve klachten bij cliënten met PTSS en wat hiervoor nodig is. Kennis ontbreekt met betrekking tot vroegsignalering en preventie, begeleiding en behandeling. Vaak zien de sociaal agogen voornamelijk de klachten van de PTSS, maar blijven depressieve klachten onderbelicht. Deze conclusie heeft geresulteerd in aanbevelingen voor de sociaal agogen, organisatie X en eventueel vervolgonderzoek. Deze aanbevelingen zijn gericht op het verbreden van kennis, inzichten en handvatten voor de sociaal agogen van organisatie X om depressieve klachten bij cliënten met PTSS te kunnen reduceren.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek ‘Toenemende depressieve klachten bij cliënten’ geschreven door Naomi van Veldhoven. Aan het afstudeeronderzoek is de afgelopen vijf maanden intensief gewerkt waarin de lezer nu wordt meegenomen in het eindresultaat van dit onderzoek. Het onderzoek is geschreven in de fase van afstuderen aan de Fontys Hogeschool Sociale Studies, met als studierichting GGZ. Het onderzoek dient als afsluiting van een vierjarige opleiding, waarin ik: ben gegroeid als persoon en als professional, verdiepende kennis en praktijkervaring heb opgedaan in het werkveld van de GGZ en mijn karakter en vaardigheden als professional heb mogen onderzoeken en toepassen in de praktijk. Het onderzoeksonderwerp is tot stand gekomen doordat ik twee jaar stage heb gelopen binnen organisatie X, waarin ik heb gezien dat er veel depressiviteit heerst onder de doelgroep met diverse psychische problematieken. Ook heb ik geobserveerd dat de sociaal agogen zochten naar manieren om cliënten met depressieve klachten effectiever te kunnen begeleiden. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik geïnspireerd raakte om mijn onderzoeksthema hierop te richten, met als doel om te onderzoeken wat de sociaal agogen binnen organisatie X nodig hebben om cliënten met depressieve klachten de juiste hulp te bieden.

De onderzoeker wilt graag de sociaal agogen en de cliënten binnen organisatie X bedanken voor hun medewerking, betrokkenheid en openheid tijdens het onderzoek. Ook bedankt de onderzoeker Stefan Assink als afstudeerbegeleider. Hij is gedurende het proces actief betrokken geweest, waarin het

kunnen stellen van vragen en het verkrijgen van advies altijd tot de mogelijkheden behoorde. Daarnaast heeft Stefan Assink geholpen met de inhoud en het aanbrengen van richting waardoor het betreffende onderzoek naar een hoger niveau is getild.

Naomi van Veldhoven

Datum: 23 juni 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inleiding	4
Aanleiding en context.....	4
Leeswijzer	4
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets.....	4
1.1 Probleemanalyse.....	4
Inleiding	4
Macroniveau.....	5
Mesoniveau	6
Microniveau	6
1.2 Probleemstelling.....	7
Verificatie in de praktijk.....	8
1.3 Onderzoeksdoelstelling	8
1.4 Hoofdvraag en deelvragen.....	8
Hoofdvraag.....	8
Deelvragen	9
1.5 Begripsafbakening.....	9
Ambulante begeleiding.....	9
Bereikbaarheidsdienst	9
Beschermd wonen	9
Cliënt	9
Dagelijks functioneren	10
Participatie.....	10
Sociaal agogen.....	10
Wmo	10
Wlz	10
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	11
Depressieve klachten bij cliënten met PTSS	11
Hoofdstuk 3: Methodologie.....	14
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	15

3.1.1. Onderzoekspopulatie	15
3.1.2. Steekproef.....	15
3.1.3. Anonimiteit respondenten	16
3.2 Dataverzamelmethode	16
3.2.1 Ethische verantwoording.....	17
3.3 Meetinstrument.....	17
3.4 Data-analyse	17
Hoofdstuk 4: Resultaten	18
Inleiding	18
4.1 Feitelijke steekproef	18
4.1.1. Sociaal agogen.....	18
4.1.2. Cliënten	18
4.2 Deelvraag 1.....	18
4.3 Deelvraag 2.....	19
4.4 Deelvraag 3.....	21
4.5 Deelvraag 4.....	22
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	23
5.1 Conclusies per deelvraag.....	24
5.2 Antwoord op de hoofdvraag: Wat hebben de sociaal agogen binnen organisatie X nodig in de begeleiding van cliënten met PTSS om hun depressieve klachten te reduceren?	26
5.3 Aanbevelingen.....	26
5.3.1. Aanbevelingen voor de sociaal agogen	26
5.3.2. Aanbevelingen voor organisatie X	27
5.3.3. Aanbeveling voor vervolgonderzoek	28
Hoofdstuk 6: Discussie.....	29
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	29
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	30
Literatuurlijst.....	31
Bijlagen	34
Bijlage 1: Topiclijsten	34
1.1 Topiclijst sociaal agoog.....	34
1.2 Topiclijst cliënten.....	35
Bijlage 2: Codebomen	36
2.1 Codeboom cliënten.....	36
2.2 Codeboom sociaal agogen.....	37

Inleiding

Aanleiding en context

Dit onderzoek speelt zich af binnen organisatie X. Organisatie X biedt begeleiding aan jongvolwassenen vanaf 18 jaar. Binnen organisatie X worden twee soorten begeleidingsvormen aangeboden, namelijk: beschermd wonen en ambulante begeleiding. De cliënten worden geplaatst binnen organisatie X omdat zij vanwege diverse psychische- en psychosociale problematieken tijdelijk of langdurig niet kunnen participeren in de samenleving. Zij kunnen onvoldoende participeren door de psychische last die ze ervaren met als gevolg dat ze uitvallen in het algemeen dagelijks functioneren. Organisatie X begeleidt cliënten vanuit de Wmo en de Wlz. Organisatie X beschikt in de begeleiding van de cliënten over de mogelijkheid tot 24-uurs bereikbaarheid. De begeleiding wordt overdag ingericht op de woonlocatie en in de eigen woonomgeving van de cliënt, waarbij er in de nacht door cliënten gebruik gemaakt kan worden van de telefonische bereikbaarheidsdienst van organisatie X.

De concrete aanleiding voor dit onderzoek is dat er binnen organisatie X wordt gesignaleerd door de sociaal agogen en de onderzoeker dat cliënten in toenemende mate depressieve klachten ervaren (voornamelijk cliënten met een posttraumatische stressstoornis), waardoor dit onderzoek tot stand is gekomen. De depressieve klachten nemen toe bij deze cliënten, met als gevolg dat de mogelijkheid tot participatie beperkt wordt en de cliënten vastlopen in het dagelijks functioneren. Dit betekent dat cliënten met depressieve klachten uitvallen op meerdere levensgebieden als gevolg van de depressieve klachten. Voorbeelden hiervan zijn: slechte persoonlijke verzorging, het huishouden wordt niet meer bijgehouden, financiële onstabielheid, overheersende gevoelens en gedachten van negativiteit en somberheid waarbij gebrek aan energie zorgt voor demotivatie in het ontwikkelingsproces en maatschappelijke participatie vervalt door gebrek aan een dag invulling (werk, dagbesteding, sportclub etc.) Organisatie X beschikt niet over een beleid en/of protocollen rondom dit onderzoeksthema waardoor er door de sociaal agogen niet voldoende kan worden ingespeeld op de toenemende depressieve klachten die bij de cliënten gesignaleerd wordt. Dit zorgt binnen organisatie X ook voor handelingsverlegenheid.

Leeswijzer

Het onderzoek bevat zes hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt de context en de probleemschets beschreven met daarin: de probleemanalyse, de probleemstelling, verificatie in de praktijk, de onderzoeksdoelstelling en de bijbehorende hoofd- en deelvragen. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader omschreven met daarin de relevante literatuur, gekoppeld aan het onderzoeksthema. In hoofdstuk 3 wordt de methodologie omschreven die in het onderzoek is toegepast. In hoofdstuk 4 worden de gevonden resultaten inzichtelijk gemaakt. Hoofdstuk 5 bevat de conclusie en de aanbevelingen die voortvloeien uit de resultaten die zijn verkregen in het onderzoek. In hoofdstuk 6 wordt de discussie omschreven waarin met een kritische en reflecterende blik wordt gekeken naar de sterktes en zwaktes van het onderzoek.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

Inleiding

In de probleemanalyse wordt het onderzoeksthema op drie niveaus verkend en dient als basis voor het afstudeeronderzoek. De verkenning start met een analyse op macroniveau. Op macroniveau worden maatschappelijke ontwikkelingen rondom het onderzoeksthema beschreven. Vervolgens zet de probleemanalyse zich voort op mesoniveau. Op mesoniveau wordt er gekeken naar het beleid van de organisatie waarin het onderzoek plaatsvindt en naar het beleid van de gemeenten. De probleemanalyse wordt afgesloten met een analyse op microniveau. Op microniveau worden de cliënten en sociaal agogen geanalyseerd, waarbij inzichtelijk wordt hoe het onderzoeksthema zich tot hen verhoudt in de praktijk binnen organisatie X.

Macroniveau

In de Nederlandse samenleving kampen 800.000 mensen met een depressie. Dit heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven, werk en het aangaan/behouden van relaties. Depressie is een belangrijk maatschappelijk probleem voor de Nederlandse volksgezondheid geworden omdat het totaal aantal dagen ziekteverzuim voor 8,2% ontstaat door een depressie. De overheid wil zich inzetten voor preventie rondom depressie en om mensen met een depressie passende zorg te bieden. Er is een depressiedial opgezet door de overheid waarin 19 partijen hebben afgesproken om depressiepreventie uit te voeren doormiddel van het meerjarenprogramma. Dit programma heeft als doel om het aantal mensen in Nederland met een depressie of depressieve klachten te reduceren met 30%. Dit programma is gestart in het jaar 2017 en zal voortduren tot het jaar 2030. Het programma richt zich op zes groepen omdat deze groepen een verhoogd risico zijn op het ontwikkelen van een depressie: jongeren, chronisch zieken, mantelzorgers, werknemers in stressvolle beroepen, pas bevallen en aanstaande moeders, huisartspatiënten. Per groep wordt de aanpak gericht op: het minder vaak ontwikkelen van depressieve klachten, vroegsignalering van depressieve klachten, vroegtijdig aanbieden van passende hulp en ondersteuning (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). In 2020 had 9% van de jongvolwassenen in Nederland, in de leeftijdscategorie van 18 tot 35 jaar een hoog risico op een depressie. Dit percentage is toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Voornamelijk bij jongvolwassenen is er een stijging in het ontwikkelen van een depressie. Een verhoogd risico op depressie komt voornamelijk voor bij jongvolwassenen met een laag opleidingsniveau. Daarnaast zijn vrouwen gevoeliger voor het ontwikkelen van een depressie dan mannen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021).

Wmo

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling die aansluit op het bevorderen van de kwaliteit van leven voor cliënten in de GGZ is de WMO. Vanaf januari 2015 zijn Beschermd wonen en ambulante begeleiding bij zelfstandig wonen qua financiering en indicatiestelling als verantwoordelijkheid ondergebracht bij de gemeenten. Dit met als doel om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen, waarin zij vanuit hun vertrouwde omgeving zorg ontvangen. Gemeenten laten het regelen van psychosociale- en generalistische ondersteuning uitvoeren door de sociale wijkteams.

GGZ

Vanuit de GGZ kunnen FACT-teams ambulante specialistische ondersteuning bieden. Wanneer er intensievere zorg nodig is wordt deze alsnog zoveel mogelijk in de huiselijke omgeving geboden, maar wanneer dit niet mogelijk is wordt er teruggegrepen op zorg in een klinische setting. De ambulantisering zorgt voor een verschuiving van intramurale voorzieningen in een klinische setting, naar meer extramurale voorzieningen in de ambulante hulpverlening. Er zijn in Nederland 281.000 mensen met een ernstig psychiatrische stoornis waarvan 160.000 mensen tussen de 18 jaar en 65 jaar zijn. Het is de bedoeling dat klinische bedden steeds meer afgebouwd worden omdat dit minder kosten oplevert voor de samenleving en het ervoor zorgt dat cliënten met psychische problemen zoveel mogelijk kunnen blijven deelnemen aan de samenleving (Korevaar & Dröes, 2016). In de Nederlandse samenleving blijkt alleen dat deze maatschappelijke ontwikkelingen ook knelpunten opleveren in de geestelijke gezondheidszorg. Doordat er nog te weinig ambulante zorg beschikbaar is in Nederland, komen mensen met zwaardere psychische problematieken alsnog te vaak in een klinische setting terecht. Vervolgens is er na een klinische behandeling te weinig ambulante hulpverlening beschikbaar in de thuisomgeving, waardoor mensen de klinische bedden te lang bezet houden. In de basis-GGZ komen steeds meer mensen met complexe psychische problematieken in beeld, waarin huisartsen zich onvoldoende bewaak voelen om op deze complexe zorgvragen in te spelen. De huisartsen kunnen in deze situaties niet voldoende doorverwijzen naar de specialistische GGZ omdat de wachtlijsten langer worden. In de Nederlandse samenleving wordt zichtbaar dat de GGZ minder toegankelijk wordt voor mensen die deze zorg nodig hebben, waardoor de psychische last in de Nederlandse samenleving toeneemt (Van Beurden, 2016).

Mesoniveau

Organisatie X beschikt niet over een beleid en/of protocollen rondom depressieve klachten bij de cliënten. Depressieve klachten nemen steeds meer toe. Hierdoor lopen de sociaal agogen vast binnen organisatie X op de begeleiding van cliënten met depressieve klachten, met name in het kunnen reduceren van de klachten om de cliënt weer te kunnen begeleiden richting zelfredzaamheid en participatie. De sociaal agogen handelen vanuit gevoel en praktijkervaring, waarin zij niet kunnen terugvallen op een beleid en/of protocollen. Dit zorgt voor een verhoogd risico op toenemende depressieve klachten bij de cliënten. Wanneer depressieve klachten toenemen, heeft dit velen negatieve gevolgen voor het begeleidingsproces. Cliënten kunnen daardoor namelijk niet meer actief deelnemen aan het begeleidingsproces. Cliënten zijn dan niet meer in staat om regie te voeren over hun proces waardoor de sociaal agogen de regie moet overnemen van de cliënten. Organisatie X vindt het belangrijk om krachtgericht te werken. Dit is tegenstrijdig met wat nu gesignaleerd wordt in de praktijk, namelijk dat in de praktijk zichtbaar wordt dat cliënten een steeds groter beroep doen op de sociaal agogen, waarbij de eigen regie in het maken van keuzes en de mate van zelfredzaamheid afneemt. Wanneer depressieve klachten toenemen en standhouden, wordt de cliënt door de sociaal agogen verwezen naar de huisarts omdat organisatie X niet over de benodigde voorzieningen, kennis en inzichten beschikt om de cliënt de juiste hulp aan te bieden vanuit het interne begeleidingsaanbod. De huisarts verwijst de cliënt met depressieve klachten door naar de praktijkondersteuner en/of externe behandeling voor PTSS in combinatie met de depressieve klachten. Dit resulteert in een lange wachttijd voor de cliënt totdat er passende hulp aangeboden kan worden, waardoor de problematiek in stand wordt gehouden en de klachten toenemen. Organisatie X bevindt zich in de gemeente Veldhoven. Binnen deze gemeente blijkt uit onderzoek dat 6% van de mensen een hoog risico heeft op het ontwikkelen van een depressie. 44,7 % van de inwoners binnen de gemeente Veldhoven hebben een matig hoog risico op het ontwikkelen van een depressie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). “De doordecentralisatie van beschermd wonen van centrumgemeenten naar alle gemeenten en een bijbehorend woonplaatsbeginsel staat al vanaf 2015 op de agenda. Hiermee wordt geregeld dat alle gemeenten voortaan verantwoordelijk zijn voor beschermd wonen voor de eigen inwoners” (Schulinck, 2023). Aan de doorcentralisatie voor beschermd wonen zitten wel risico's die een probleem kunnen vormen voor de zorg aan psychisch kwetsbare mensen. De doorcentralisatie zorgt voor zoveel verantwoordelijkheid aan gemeenten dat er niet altijd voldoende draagkracht is om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Het risico ontstaat dat mensen met een psychische kwetsbaarheid de dupe worden omdat er onderling wordt gediscussieerd over wie verantwoordelijk is voor de cliënt. Cliënten die worden geweigerd kunnen in een wachtrij gaan staan waardoor zij lang moeten wachten op de juiste zorg, terwijl mensen met een psychische kwetsbaarheid niet zo lang kunnen wachten op de juiste zorg (De Nederlandse GGZ, 2023).

Microniveau

In deze paragraaf wordt gekeken naar de concrete situatie binnen organisatie X, waarin de optiek van de sociaal agogen en de doelgroep wordt uitgelicht. Organisatie X biedt begeleiding aan jongvolwassenen vanaf 18 jaar, die vanwege diverse psychische- en psychosociale problematieken niet kunnen participeren in de samenleving. De twee begeleidingsvormen die worden aangeboden binnen organisatie X zijn: beschermd wonen en ambulante begeleiding. De organisatie werkt nog niet vanuit een vaste methodiek waarop kan worden teruggevalen door de sociaal agogen. In de werkwijze van organisatie X staan componenten van herstelondersteuning, de presentiebenadering, krachtgericht werken en rehabilitatie centraal. De cliënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk eigen regie over hun persoonlijke traject te voeren, met als hoofddoel het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie bij de cliënt. De werkwijze van organisatie X sluit aan bij de doelen van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waarin er wordt gestreefd naar het doel om mensen zoveel mogelijk in hun eigen woonomgeving te laten wonen en te laten participeren in de samenleving (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). De begeleiding binnen organisatie X

wordt vormgegeven middels een ondersteuningsplan als rode draad in het begeleidingsproces. Het ondersteuningsplan bevat de levensgebieden, waarin duidelijk zichtbaar wordt waarop de cliënt ondersteuning nodig heeft in het traject binnen organisatie X. Deze levensgebieden zijn: activiteiten dagelijks leven, wonen, financiën en administratie, lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale relaties, werk/dagbesteding, zingeving (Movisie, 2021). Het probleem dat de sociaal agogen ervaren is dat het begeleidingsproces niet voldoende ondersteuning biedt om de depressieve klachten bij de cliënten met PTSS te kunnen reduceren. Cliënten vallen door de depressieve klachten die zij ervaren steeds terug in hun ontwikkelingsproces. Cliënten binnen organisatie X vallen uit op het levensgebied: psychisch functioneren door de depressieve klachten die zij ervaren, met als gevolg dat zij ook op de andere levensgebieden vastlopen. Cliënten besteden minder aandacht aan hun persoonlijke verzorging, onderhouden het huishouden niet, hebben een verhoogd risico op middelengebruik, worden financieel onstabiel doordat zij hun verantwoordelijkheden rondom het behouden van een baan en het betalen van vaste lasten niet meer nakomen, ze hebben een gebrek aan zingeving, hebben een verstoord dag- en nachtritme, raken in een sociaal isolement doordat sociale relaties worden afgestoten en/of worden verbroken etc. Dit zorgt ervoor dat de sociaal agogen geen grip meer hebben op de begeleiding van de cliënten met depressieve klachten, waardoor de sociaal agogen er vaak voor kiezen om de cliënten door te verwijzen naar de huisarts met als doel om een verwijzing te krijgen voor de specialistische ggz. De doorverwijzing bij de huisarts is vaak al snel geregeld voor de cliënt. De specialistische behandeling is niet direct toegankelijk voor de cliënt waardoor de cliënten op een lange wachtlijst worden geplaatst van minimaal een jaar. In de tussentijd zijn de sociaal agogen volledig verantwoordelijk voor de zorg die de cliënten ontvangen, waarin er niet teruggevallen kan worden op specialistische hulp voor cliënten met depressieve klachten. Dit heeft als gevolg voor de sociaal agogen dat de draagkracht afneemt en de draaglast vergroot. De sociaal agogen ervaren dat de bereikbaarheidsdienst vaker wordt gebeld door cliënten omdat zij geestelijk onstabiel worden waardoor cliënten ook afhankelijker worden van de sociaal agogen wanneer de cliënten op zichzelf zijn aangewezen. Het risico dat een cliënt in crisis raakt vergroot hierdoor ook omdat de intensiviteit van de begeleiding niet voldoende biedt om de toenemende depressieve klachten in combinatie met PTSS te kunnen reduceren.

1.2 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse blijkt dat op macroniveau het onderzoeksthema steeds meer onder de aandacht komt als maatschappelijk probleem. In de samenleving nemen depressieve klachten toe, waardoor de negatieve gevolgen voor de volksgezondheid duidelijk zichtbaar worden. Op mesoniveau is zichtbaar dat organisatie X niet beschikt over een vaste methodiek, beleid en/of protocollen rondom depressieve klachten. Waardoor de sociaal agogen voornamelijk handelen vanuit gevoel en praktijkervaring. Gemeenten hebben een grote verantwoordelijkheid voor psychisch kwetsbaren, waar de visie steeds meer verschuift van beschermd wonen naar beschermd thuis in de zorg en ondersteuning voor psychisch kwetsbaren. Dit verhoogt de kans op deelname aan de maatschappij maar het verhoogt ook de druk om deel te nemen aan de maatschappij waarbij het risico bestaat dat psychisch kwetsbaren geen gebruik kunnen maken van de juiste zorg (De Nederlandse GGZ, 2023). Op microniveau blijkt dat de cliënten en de sociaal agogen problemen ervaren rondom het onderzoeksthema. Velen cliënten binnen organisatie X ervaren depressieve klachten. Wanneer depressieve klachten langdurig standhouden lopen cliënten vast in het dagelijks functioneren en participatie waardoor zij niet meer meedoen in de samenleving. Daarnaast wordt het sociaal netwerk steeds kleiner omdat cliënten met depressieve klachten zichzelf isoleren. De sociaal agogen ervaren een probleem met betrekking tot het begeleiden van cliënten met depressieve klachten omdat organisatie X niet beschikt over een vaste werkwijze, methodiek, beleid en/of protocollen rondom dit onderzoeksthema waardoor er te weinig wordt ingezet in de begeleiding en de depressieve klachten van cliënten niet gereduceerd worden.

De concrete probleemstelling voor dit onderzoek luidt: *Binnen organisatie X worden depressieve klachten in toenemende mate signaleerd bij cliënten door de sociaal agogen. De sociaal agogen beschikken niet over voldoende kennis, inzichten en voorzieningen om de begeleiding hierop in te*

richten met als gevolg dat de depressieve klachten van cliënten toenemen en de sociaal agogen niet voldoende mogelijkheden hebben om de depressieve klachten te reduceren. Als gevolg daarvan ervaren cliënten dat zij uitvallen in het dagelijks functioneren en zij zichzelf steeds meer isoleren waardoor ze niet meer participeren in de samenleving.

Verificatie in de praktijk

Bovenstaande probleemstelling is door de auteur in de praktijk geverifieerd op 9 februari 2023. De probleemstelling is voorgelegd aan meerdere sociaal agogen binnen organisatie X. In gesprekken tussen de onderzoeker en de sociaal agogen binnen organisatie X blijkt dat zij vaak depressieve klachten zien bij de cliënten, met name bij cliënten met PTSS. Medewerker A geeft als voorbeeld dat cliënten steeds vaker uitspreken dat ze negatieve gedachten hebben waar ze maar niet vanaf komen. De cliënten leunen steeds meer op de begeleiders bij depressieve klachten, omdat het sociaal netwerk onstabiel is en gevoelens van angst en onmacht naar voren komen. Medewerker A geeft aan dat er in het begeleidingsproces veel tijd en energie wordt gespendeerd aan het voeren van gesprekken met cliënten over depressieve klachten die worden ervaren, in combinatie met traumatische ervaringen die zij hebben meegemaakt. Dit blijkt vaak onvoldoende om depressieve klachten te reduceren. De klachten worden zoveel mogelijk gesignaleerd maar de sociaal agogen krijgen hierop geen grip (persoonlijke communicatie, 2023). Medewerker B geeft aan dat het moeilijk is om cliënten met depressieve klachten te begeleiden, omdat er geen beleid/protocollen zijn vanuit de organisatie waarop wordt teruggevallen. Medewerker B geeft aan dat het risico daardoor groter is dat de cliënt in crisis raakt en dat de cliënt terugvalt in zijn begeleidingsproces, waardoor participatie en zelfredzaamheid afneemt (persoonlijke communicatie, 2023). Medewerker C geeft aan dat het onduidelijk is welke partijen welke rol hebben, bijvoorbeeld: huisarts, crisisdienst, behandelaar etc. Doordat dit onduidelijk is wordt de verantwoordelijkheid bij de sociaal agogen groter terwijl zij niet eindverantwoordelijk zijn (persoonlijke communicatie, 2023). Ook meerdere cliënten binnen organisatie X bespreken dat zij depressieve klachten ervaren, waardoor zij vastlopen in hun dagelijks functioneren en ontwikkeling. Cliënt A woont binnen organisatie X en doet uitspraken, zoals: *“Ik heb geen doel meer. Ik heb zoveel meegemaakt waaraan ik de rest van mijn leven word herinnert, waardoor al het goede dat op mijn pad komt toch weer plaats zal maken voor iets negatiefs. Ik wil niet dood maar ik wil ook niet meer leven. Ik zorg niet goed voor mezelf omdat ik er geen puf meer voor heb”* (Cliënt A, persoonlijke communicatie, 2023).

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Aan de hand van dit onderzoek worden kennis en inzichten verzameld voor organisatie X en de doelgroep, met betrekking tot wat de sociaal agogen binnen organisatie X nodig hebben om de begeleiding vorm te kunnen geven voor cliënten die depressieve klachten ervaren. Deze kennis en inzichten worden verzameld doormiddel van literatuur en interviews met cliënten en sociaal agogen binnen organisatie X. Met deze kennis worden in dit onderzoek aanbevelingen geschreven voor de sociaal agogen binnen organisatie X. Het doel van dit onderzoek is om de sociaal agogen meer kennis en inzichten te geven in het begeleiden van cliënten met depressieve klachten in combinatie met PTSS, zodat depressieve klachten worden gereduceerd. Dit met als gevolg dat cliënten de grip terugkrijgen op het dagelijks functioneren, ze weer kwaliteit van leven ervaren en zij kunnen deelnemen aan de samenleving.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

De hoofdvraag binnen dit onderzoek luidt:

Wat hebben de sociaal agogen binnen organisatie X nodig in de begeleiding van cliënten met PTSS om hun depressieve klachten te reduceren?

Deelvragen

Hieronder zijn vier deelvragen geformuleerd om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden:

- Wat is de huidige situatie met betrekking tot het begeleiden van cliënten met PTSS en depressieve klachten door de sociaal agogen binnen organisatie X?
- Wat zijn belemmerende- en bevorderende factoren in de huidige situatie waarin cliënten met PTSS in combinatie met depressieve klachten worden begeleid binnen organisatie X?
- Welke behoeften en verwachtingen hebben cliënten binnen organisatie X in hun begeleidingsproces met betrekking tot de depressieve klachten die zij ervaren?
- Welke behoeften en verwachtingen hebben de sociaal agogen van organisatie X om cliënten met depressieve klachten te kunnen begeleiden in het reduceren van deze klachten?

1.5 Begripsafbakening

Ambulante begeleiding

“Met ambulante begeleiding worden cliënten ondersteund in het dagelijks leven. Dit gebeurt met zorg op maat zodat mensen de regie kunnen voeren over hun eigen leven, om zoveel mogelijk zelfstandig deel uit te kunnen maken van de samenleving. De begeleiding wordt altijd gericht op de zorgvraag en de persoonlijke leefsituatie van een cliënt” (De Overstap, 2021). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat cliënten worden begeleid in hun eigen woonomgeving. Dit betreft veelal een zelfstandige woonruimte, maar soms komt het voor dat cliënten bij iemand inwonen zoals bij ouders.

Bereikbaarheidsdienst

De bereikbaarheidsdienst is een aaneengesloten periode van maximaal 24 uur waarin de werknemer verplicht is om bereikbaar te zijn om op oproep zo spoedig mogelijk arbeid te kunnen verrichten (Déhora Nederland, 2022). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat organisatie X beschikt over een telefonische bereikbaarheidsdienst voor cliënten die een intensieve zorgvraag hebben. De meeste cliënten binnen organisatie X mogen gebruik maken van de bereikbaarheidsdienst. Wanneer er een crisissituatie ontstaat in de avond en/of nacht wordt er gebruik gemaakt van de bereikbaarheidsdienst om ondersteuning van organisatie X te ontvangen. De sociaal agogen schatten in wat er nodig is via de telefonische oproep en gaan wanneer nodig per direct naar locatie om de cliënt te ondersteunen.

Beschermd wonen

Het beschermd wonen is een vorm van wonen onder begeleiding. Dit is een zorgvorm voor mensen met psychische- en psychosociale problemen die niet kunnen meedoen in de samenleving. Het betreft een intensievere begeleidingsvorm waarin ondersteuning wordt geboden op verschillende levensgebieden (Begeleid Wonen Nederland, 2020). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat cliënten in een beschermde woonvorm worden begeleidt op verschillende levensgebieden, zoals: financiën, geestelijke gezondheid, sociaal netwerk, wonen, werk etc. Er wordt in deze begeleidingsvorm regelmatig een beroep gedaan op onplanbare zorg door de cliënten. Het uiteindelijke doel is om een cliënt te begeleiden naar zelfredzaamheid en participatie (Begeleid Wonen Nederland, 2020).

Cliënt

Een persoon die hulp krijgt op medisch- geestelijk- of sociaal gebied waarbij diegene gebruik maakt van andermans diensten (Onze Taal, z.d.). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat cliënten jongvolwassenen zijn die beschermd wonen of ambulante begeleiding ontvangen binnen organisatie X. Het doel van de cliënten is om weer op een zelfredzame manier te kunnen deelnemen aan de samenleving. De meest voorkomende psychische problematieken bij de cliënten binnen organisatie X zijn: posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Thuisarts, 2021), Autisme Spectrum Stoornis (ASS) (Nederlandse Vereniging voor Autisme, 2021) en persoonlijkheidsstoornissen zoals

een borderline persoonlijkheidsstoornis en een obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis (PsyQ, z.d.).

Dagelijks functioneren

“Het dagelijks functioneren gaat over hoe goed u voor uzelf kunt blijven zorgen. Wat u kunt doen om een zelfstandig leven te leven, of zo zelfstandig mogelijk. Het gaat over dagelijkse verzorging zoals wassen, aankleden, boodschappen doen en koken. Het gaat ook over het omgaan met middelen hiervoor zoals een huis, inkomen, het hebben van werk of het doen van vrijwilligerswerk” (SGE Stratum, z.d.). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat de cliënten worden ondersteunt in het dagelijks functioneren waarin ze: een baan of dagbesteding hebben, plannen en overzicht behouden, aandacht besteden aan persoonlijke verzorging, het huishouden bijhouden, sociaal contact onderhouden, financieel stabiel worden, post doornemen en acties hierop uitzetten, keuzes maken in gezonde voeding en lichaamsbeweging onderhouden.

Participatie

Participatie betekent deelname. In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat cliënten deelnemen aan de samenleving. Cliënten worden gestimuleerd om hun leven vorm te geven vanuit eigen kracht, verantwoordelijkheden te kunnen dragen en zichzelf volwaardig onderdeel te voelen van de samenleving waarin ieder uniek individu dit op een andere manier vormgeeft. Participatie gaat ook over het hebben van een gezond dag- en nachtritme, het ervaren en behouden van een sociaal netwerk, het volgen van een opleiding en het opdoen van nieuwe vaardigheden (Movisie, z.d.).

Sociaal agogen

“Sociaal agogen bevorderen dat de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving tot zijn recht komt. Sociaal agogen beoefenen de leer van het doen veranderen van mensen. Dit behoort tot de sociale wetenschap. Ze bestuderen hoe mensen veranderen en geven aanwijzingen over de manier waarop de veranderingsprocessen kunnen worden beïnvloed” (Registerplein, 2022). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat organisatie X beschikt over zowel woonbegeleiders (mbo-niveau) als persoonlijk begeleiders (hbo-niveau) die de cliënten begeleiden in het doorlopen van positieve veranderingsprocessen. Er wordt ook gekeken naar de sociale context waarin de cliënten zich bevinden.

Wmo

“De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt hulp en ondersteuning voor burgers, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en deel kunnen blijven nemen aan de maatschappij. Gemeenten zijn volgens de Wmo verplicht om kwetsbare en hulpbehoevende groepen te compenseren door het aanbieden van voorzieningen en ondersteuning” (Zorgwijzer, 2022). In de context van dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat cliënten met een Wmo indicatie ondersteuning ontvangen op alle levensgebieden waarop de cliënt vastloopt in het dagelijks leven. Dit met als doel om de cliënt weer te laten participeren in de samenleving als zelfredzaam individu. Iedere cliënt met een Wmo indicatie heeft een andere zorgvraag en wordt doormiddel van zorg op maat begeleidt. De cliënten ontvangen planbare- en onplanbare zorg. De sociaal agogen worden gestimuleerd om cliënten zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving te begeleiden wat binnen organisatie X wordt gedaan doormiddel van ambulante begeleiding.

Wlz

De Wlz is er voor mensen die langdurige en intensieve zorg nodig hebben. Deze zorg kan worden aangeboden in een instelling of thuis. Met een Wlz-indicatie kunnen mensen onder andere terecht in een verpleeghuis, de gehandicaptenzorg of een ggz-instelling. Iemand vanuit de Wlz kan er ook voor kiezen om thuis te blijven wonen met een intensieve vorm van zorg. Intensieve zorg thuis is alleen mogelijk wanneer het in de thuissituatie mogelijk is om op een gezonde en doelmatige manier intensieve zorg te verkrijgen (Ministerie van Algemene Zaken, 2023). In de context van dit onderzoek

wordt hiermee bedoeld dat cliënten met een Wlz indicatie langdurige en intensieve zorg ontvangen binnen organisatie X. Organisatie X biedt cliënten met een Wlz indicatie ondersteuning binnen de beschermd wonen locatie, maar ook via ambulante begeleiding waarin de cliënt zelfstandig thuis woont.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt er doormiddel van literatuur en methodieken inzicht gegeven in de relevante onderwerpen binnen dit onderzoek. Binnen deze onderwerpen wordt er dieper ingegaan op de literatuur die hiermee samenhangt, waarbij er de koppeling gemaakt wordt met de hoofdvraag en de deelvragen. Vervolgens worden de uitgangspunten van het theoretisch kader en het belang hiervan samengevat in het onderzoek.

Depressieve klachten bij cliënten met PTSS

Volgens de DSM-5 heeft iemand een depressieve stoornis als iemand minimaal twee weken minstens één van de volgende kernsymptomen heeft: neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag (bijna iedere dag), een duidelijk verlies van interesse in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag (bijna iedere dag). Daarnaast moeten andere symptomen bijna iedere dag aanwezig zijn, namelijk: eetproblemen (weinig of overmatig eten of verandering in gewicht), te weinig of overmatig slapen, gespannen en rusteloos zijn of geremd, vermoeidheid/energiegebrek, gevoel van waardeloosheid of schuldgevoelens, concentratieproblemen, vertraagd denken of besluiteloosheid, terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding. Er is sprake van een depressieve stoornis wanneer er minimaal vijf symptomen aanwezig zijn, waarbij ook één van de twee kernsymptomen aanwezig moeten zijn zoals eerder genoemd. Wanneer iemand niet aan deze symptomen voldoet, wordt er gesproken van depressieve klachten. De symptomen moeten in een bepaalde mate lijden of beperkingen veroorzaken in het sociaal of beroepsmatig functioneren. Dit kan ook in het functioneren op andere gebieden zijn. De symptomen mogen niet het gevolg zijn van directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening. Een depressieve stoornis ontstaat vaak later dan andere veelvoorkomende psychische stoornissen zoals een angststoornis of een middelenstoornis. Er zijn verschillende risicofactoren om een depressie te kunnen ontwikkelen. Deze risicofactoren bevinden zich op de gebieden: erfelijkheid, persoonlijkheid, ingrijpende gebeurtenissen en aspecten die samenhangen met een gezinssituatie, sociale relaties, werk en gezondheidsaspecten. Meerdere oorzaken kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van depressieve klachten en of zelfs een depressieve stoornis. Een stressor zoals een traumatische gebeurtenis zal eerder tot een depressieve stoornis leiden bij mensen met een psychische kwetsbaarheid dan mensen zonder deze kwetsbaarheid. Mensen met een kwetsbare persoonlijkheid, zoals een laag zelfbeeld en emotionele onstabieliteit hebben een verhoogd risico om een stemmingsstoornis te ontwikkelen, waaronder een depressieve stoornis. Mensen die een betekenisvol leven leiden, hebben een kleinere kans om een stemmingsstoornis te ontwikkelen. Er wordt aangetoond dat je het leiden van een betekenisvol leven kunt aanleren op een later moment waardoor er nieuwe perspectieven zijn om een depressie tegen te gaan. Mensen met een ongezonde leefstijl hebben duidelijk een verhoogd risico op een depressieve stoornis. Sporten is een beschermende factor op het krijgen van een depressieve stoornis is gebleken uit onderzoek. Het samengaan van andere psychische stoornissen in combinatie met een depressie komt heel vaak voor. Deze comorbiditeit is een belangrijke factor die meespeelt bij de ernst van een depressie en het beloop ervan. Wanneer een cliënt behandeling aangaat is het daarom ook belangrijk dat er aandacht wordt besteedt aan de psychische stoornissen die naast de depressie kunnen voorkomen. Het beloop van depressie wordt opgedeeld in vier fasen, namelijk: depressieve klachten, depressieve stoornis (eerste episode), depressieve stoornis (terugkerende/recidiverende episode) en chronische depressieve stoornis. Bekend is dat volwassenen die eerder in hun leven een depressieve stoornis hebben gehad ongeveer een vier keer zo grote kans hebben op het krijgen van suïcidale gedachten en het uitvoeren van een suïcidepoging vergeleken met mensen zonder depressieproblematiek. Een depressie heeft niet alleen gevolgen voor de cliënt, maar het heeft ook

invloed op naasten. Partner, kinderen, ouders en vrienden kunnen er ook onder lijden in het proces van de cliënt. Daarnaast speelt stigma nog steeds een rol tegenover mensen met een psychische stoornis. Nederland is niet sterk afwijzend in het contact met mensen die een psychische stoornis hebben, maar het blijkt dat mensen wel voorzichtig in de omgang met deze doelgroep zijn (Nuijten, Van Bon-Marten, et al., 2018). Wanneer een cliënt last heeft van depressie klachten is het noodzakelijk dat beslissingen over het behandelbeleid worden genomen in samenwerking tussen de hulpverlener, cliënt en eventuele naasten. Daarbij moeten cliënten en naasten goed geïnformeerd worden aan de hand van eventuele psycho-educatie en andere relevante informatie. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd, situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van de cliënt spelen een belangrijke rol om tot een passende ondersteuningsvorm te komen om depressieve klachten aan te pakken. De hulpverlening en de cliënt moeten worden gezien als gelijkwaardige experts. In het kader van de behandeling kan het waardevol zijn om naasten te betrekken bij het proces van de cliënt. Zij kunnen een belangrijke rol spelen op het gebied van signalering, ondersteuning en daarmee het reduceren van depressieve klachten. In de zorg voor mensen met depressieve klachten wordt er eerst laagdrempelige en generalistische zorg ingezet. Wanneer dit niet het gewenste effect teweegbrengt kan er gespecialiseerde en intensievere zorg ingezet worden voor de cliënt als dit nodig is. Als er sprake is van een recidief patroon bij de problematiek van de cliënt, kan er ook voor gekozen worden om direct een intensievere en gespecialiseerde behandeling toe te passen bij de cliënt. Om depressieve klachten te reduceren is het belangrijk om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken met eenvoudige en makkelijk bereikbare behandeling zodat de cliënt sneller verbetering ziet bij zichzelf en verergering van de klachten niet optreedt (GGZ Standaarden, z.d.).

Mensen die ernstige trauma's hebben meegemaakt kunnen een uitgesteld patroon van stresssymptomen vertonen, waarvan dit zich nog maanden of jaren na de traumatische gebeurtenis kan openbaren. Dit kan zelfs levenslang aanhouden. Mensen met PTSS beleven de psychische en fysieke responses opnieuw die met het trauma in verbinding staan. De DSM-5 beschrijft PTSS als: Trauma- and- Stress- or- Related Disorders. Mensen die slachtoffer zijn van PTSS worden sneller afgeleid en chaotisch, kunnen geheugenproblemen hebben, ze worden soms gevoelloos, willen zich isoleren van hun omgeving en ze beleven minder plezier aan positieve ervaringen waardoor somberheidsgevoelens toenemen. Als gevolg hiervan wordt de kans op het ontwikkelen van depressieve klachten groter. In het biologische aspect kan PTSS ook langdurige effecten hebben. De intense of extreem langdurige stress heeft ook invloed op de hersenen. Emotieregulatie als systeem in de hersenen, kan overgevoelig worden. Hierdoor reageert iemand met PTSS vaak overmatig op lichte stressfactoren waardoor de draagkracht van de cliënt afneemt in het dagelijks functioneren (Zimbardo, Johnson, McCann, Braam, 2020). Mensen met psychische problematieken komen via de huisarts eerst terecht in de basis-ggz en wanneer hun problemen ernstige vormen aannemen, krijgen zij behandeling in de specialistische ggz. Deze manier van werken zorgt ervoor dat psychiaters en ggz-professionals in de specialistische ggz te maken krijgen met mensen bij wie problemen vaak al lange tijd bestaan. In sommige situaties zijn de klachten chronisch en worden ze gekenmerkt door een hoge mate van comorbiditeit, veel complicaties en uitval op het sociale leven. Om de eerste stap naar proactieve zorg voor jongvolwassenen te maken, moet depressiepreventie in het netwerk van zorg en onderwijs worden geïmplementeerd. De STORM aanpak is een model voor netwerksamenwerking waarin de pijlers worden gevormd door interventies. De eerste pijler is het creëren van bewustzijn over geestelijke gezondheid. Het doel is om meer kennis over depressie en hulpzoekend gedrag te bevorderen en stigma verminderen. De tweede pijler is het creëren van steun en support rondom mensen met depressieve klachten. Door het systeem gevoeliger te maken voor het signaleren van somberheid en suïcidaliteit, gespreksvaardigheden te vergroten (gatekeeperstraining), kunnen mensen met depressieve klachten terugvallen op het gecreëerde sociaal vangnet. De derde pijler die belangrijk is betreft systematische en zeer proactieve vroegsignalering van depressieve symptomen en suïcidale gedachten. Deze vroegsignalering moet worden uitgevoerd door de professionals in de gezondheidszorg (Rasing, Spijker, et al., 2021).

Beschermd wonen naar beschermd thuis

Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor het bieden van beschermd wonen, ondersteuning en begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze zorg wordt georganiseerd voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Op dit moment is Eindhoven als centrumgemeente nog financieel verantwoordelijk voor het organiseren van Beschermd Wonen voor alle 15 gemeenten in de regio. Per 1 januari 2023 vindt er een verandering plaats. In de afgelopen 10 jaar zorgde de doorcentralisatie ervoor dat middelen voor Beschermd Wonen werden ingezet. Beetje bij beetje hevelt het Rijk het budget over van de centrumgemeenten naar alle gemeenten. Beschermd Wonen betreft een groep kwetsbare burgers (relatief kleine groep), voor wie specialistische en doorlopende zorg gewaarborgd moet worden. De 15 gemeenten in de regio zorgen samen voor zorgcontinuïteit en een dekkend zorglandschap waarvan een van de onderdelen het vaststellen van een gezamenlijke regiovisie betreft. In de regiovisie staan de visie, uitgangspunten en ambities vast. De kern van de regiovisie op dit moment schetst de visie van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis. Dit houdt in dat inwoners met een intensieve zorgbehoefte méér in de eigen gemeente/wijk gehuisvest worden met als doel om de zorg zo ‘thuis’ mogelijk te laten voelen. Dit betekent dat er meer ondersteuning in de reguliere woonomgeving zal worden geleverd aan psychisch kwetsbare mensen. Daarnaast zullen er meer woningen voor deze doelgroep beschikbaar moeten zijn. Dit vereist een goed functionerend zorglandschap waarin regionale samenwerking essentieel is want de schaal van de gemeenten op zichzelf is niet groot genoeg om de beschikbaarheid van alle ondersteuningsvormen te garanderen (inclusief specialistische ondersteuning). Iedere gemeente kan gebruik maken van andere voorzieningen in andere gemeenten. Om ervoor te zorgen dat gemeenten kunnen waarborgen dat inwoners zo thuisnabij mogelijk de juiste zorg kunnen ontvangen en op een goede manier kunnen uitstromen moet er nog wel wat veranderen in het huidige zorglandschap. De regiovisie is hiervan de basis om deze doelen te kunnen verwezenlijken. Betrokken partijen zijn: ervaringsdeskundigen, inwoners, professionals, ketenpartijen etc. De visie en de uitgangspunten van de regiovisie worden gedragen door cliënten, aanbieders en gemeenten. Er is nog geen duidelijkheid over de effecten van de decentralisatie van Beschermd Wonen per gemeente. Er is nog geen volledige duidelijkheid over de effecten van de decentralisatie van Beschermd Wonen per gemeente (Gemeenteraad Veldhoven, 2022). Deze verandering betekent een omslag van een aanbodgerichte naar een functiegerichte benadering in het begeleidingsproces. De gemeenten hebben hiervoor een aantal gemakkelijk toegankelijke zorgfuncties beschikbaar gesteld, zoals: signalering- en vroeginterventie, outreachend werken en actief ingrijpen zodra er signalen zijn van (ernstig) verlies van zelfregulatie bij cliënten. Het erop af gaan kan bijdragen aan inclusie en onderlinge steun, wat voor mensen met depressieve klachten een grote bijdrage kan leveren. Daarnaast is er een integrale toegang inclusief screening van de situatie van kwetsbare mensen. Herstelondersteuning is een belangrijke zorgfunctie waarin wordt gefocust op het herstelproces, waarin cliënten het leven weer de moeite waard leren vinden en waarin zij leren leven voorbij de psychische klachten die zij ervaren. Cliënten met PTSS en depressieve klachten hebben behandeling nodig om de klachten te kunnen reduceren in combinatie met de begeleiding die zij binnen organisatie X ontvangen waarin de gemeenten kunnen meedenken doormiddel van deze zorgfuncties. Ten slotte is er aandacht voor behandeling en specialistische zorg voor cliënten die dat vanuit de GGZ nodig hebben, waarvoor FACT-teams worden ingezet, maar ook eerstelijnszorg en de generalistische basis GGZ kunnen een onderdeel van de behandeling bieden. Cliënten met PTSS en depressieve klachten die wachten op een passend behandelaanbod of vastlopen in hun behandelproces kunnen daarvoor ook de gemeente inschakelen om mee te denken over een passende behandeling in combinatie met de begeleiding die al wordt geboden binnen organisatie X (Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2015).

Methodes

Er wordt binnen organisatie X niet gewerkt met een vaste methodiek maar alle sociaal agogen binnen organisatie X zetten wel bepaalde aspecten van de presentiebenadering in wanneer zij cliënten met PTSS en depressieve klachten begeleiden. Presentie betekent aandachtige aanwezigheid en er zijn voor

de cliënt. De presentiebenadering bevat een aantal bruikbare strategieën die ondersteunend is voor de rehabilitatiebenadering, waarin de cliënt vanuit een activerende, motiverende, zelfredzame maar toch nabije begeleidingsvorm wordt ondersteunt. Presentie zijn is naast de cliënt staan zonder meteen een doel of visie voor ogen te hebben. Presentie begint met exposure van de sociaal agoog, waarin de sociaal agoog zich volledig overgeeft aan de wereld van de cliënt en deze leefwereld tot in de kern leert kennen zonder oordeel. De presentiebenadering is een actieve, zelfstandige en gefundeerde methodiek die toepasbaar is in velen situaties. De presentiebenadering wordt voornamelijk ingezet wanneer cliënten psychisch kwetsbaarder zijn en de hulpverlening zich afspeelt op het chaotische, ongeregelde en onvoorspelbare niveau van de dagelijkse leefwereld. De sociaal agoog dient volgens de presentiebenadering een eigen positie in de wereld van de cliënt te kiezen die professionaliteit en persoonlijkheid uitstraalt. Dit doet de sociaal agoog door de leefwereld van de cliënt, diens wensen en verwachtingen en de eigen persoonlijke en professionele waarden op elkaar te laten reageren. Depressieve klachten zorgen ervoor dat cliënten zich minder gemotiveerd voelen om doelgericht aan hun proces te werken, waarbij zij sneller zullen vermijden en zichzelf willen isoleren van de buitenwereld. De presentiebenadering zorgt juist voor meer nabijheid, betrokkenheid, persoonlijke groei en focus op het steunsysteem van de cliënt, wat aansluit op wat cliënten met depressieve klachten nodig hebben om weer een zinvol leven te kunnen leiden. Zoals eerder dit hoofdstuk werd beschreven, hebben cliënten met PTSS en depressieve klachten een activerende, rehabiliterende behandeling ondersteuningsvorm nodig.

Rehabilitatie is oorspronkelijk ontwikkelt voor mensen met ernstige langdurige fysieke of psychische beperkingen en participatieproblemen. De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) heeft als doel om cliënten te ondersteunen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun activiteiten en participatiedoelen. De benadering stelt als missie: Mensen met ernstige langdurige beperkingen en participatieproblemen helpen om beter te kunnen functioneren, zodat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten behouden in de omgeving naar keuze met minimale professionele hulp. De Individuele Rehabilitatiebenadering is één van de mogelijke methodes die aansluit bij de huidige begeleidingswijze van organisatie X. De cliënten worden gestimuleerd tot het leiden van een zinvol en positief leven, waarin ze doormiddel van doelen weer kunnen participeren in de maatschappij. Deze uitgangspunten kunnen er ook voor zorgen dat depressieve klachten bij cliënten worden gereduceerd (Korevaar & Dröes, 2016). Meer dan twee derde van alle cliënten met een depressie ervaren onvoldoende verbetering van de behandeling. Om cliënten zelf hun depressieve klachten te laten ‘managen’, zullen behandeltrajecten en zelfmanagementstrategieën beter moeten aansluiten bij de behoeften van cliënten. Bij zelfmanagementstrategieën komen thema’s naar voren zoals: activiteiten ondernemen, focus op de diagnose en behandeling, sociaal-maatschappelijke betrokkenheid en goede dagstructuur en zelfzorg. Belemmerende factoren in de behandeling die worden genoemd zijn: wantrouwen in behandelrelatie en geen duidelijke overeenstemming over de oorzaak van depressieve klachten en de inhoud van het behandeltraject. Belangrijk is dat de behandelaar de perspectieven van de cliënt meeneemt om gezamenlijke doelen op te stellen, vanuit waar de cliënt actief kan werken aan het reduceren van depressieve klachten (van Grieken & Schene, 2018).

Hoofdstuk 3: Methodologie

Binnen dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk wordt de onderzoekspopulatie met de bijbehorende kenmerken binnen dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de selectie van de respondenten met betrekking tot de steekproef verantwoord, waarbij rekening gehouden is met ethische overwegingen. De paragraaf sluit af met de wijze waarop de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd is in het onderzoek. In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk wordt de dataverzamelmethode beschreven. Het betreft een kwalitatief onderzoek. In het derde gedeelte van dit hoofdstuk wordt het meetinstrument verantwoord, waarbij er twee topiclijsten zijn opgesteld door de onderzoeker om de interviews met de respondenten concreet

vorm te kunnen geven, met als doel om de onderzoeksvraagstelling te kunnen beantwoorden. Ten slotte wordt in het vierde gedeelte beschreven hoe de data-analyse is toegepast binnen het onderzoek.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

3.1.1. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie binnen dit onderzoek zijn de individuen waarop het onderzoek betrekking heeft en waarover uitspraak wordt gedaan. Het onderzoek focust zich op het reduceren van depressieve klachten bij cliënten met PTSS voor de begeleidingsvormen: beschermd wonen en ambulante begeleiding. Bij beiden begeleidingsvormen komt het onderzoeksthema naar voren in de praktijk. Cliënten binnen organisatie X doorlopen ieder hun eigen begeleidingsproces, waarvan alle cliënten minimaal één jaar begeleiding ontvangen. Het proces betreft maatwerk, waardoor er geen vaste tijdsbepaling aan het begeleidingsproces vasthangt. De onderzoekspopulatie betreft zowel mannen als vrouwen in de leeftijdscategorie tussen de 18 en 30 jaar. Organisatie X beschikt over de directeur, zeven sociaal agogen waarvan er één sociaal agoog ook meewerkend teamleider is. Omdat organisatie X een kleine organisatie is, wordt er door allen partijen nauw met elkaar samengewerkt. Iedere medewerker biedt begeleiding binnen de beschermd wonen locatie, maar biedt ook ambulante begeleiding. Dit is een combinatie in ieders functie. Het opleidingsniveau van de medewerkers verschilt van mbo- hbo- of universitair niveau. De meeste medewerkers zijn op hbo-niveau geschoold. De medewerkers binnen organisatie X, zitten in de leeftijdscategorie tussen de 23 en 55 jaar. Allen werken zij gezamenlijk aan het doel om cliënten te begeleiden naar zelfredzaamheid en participatie.

3.1.2. Steekproef

Vanuit de omschreven onderzoekspopulatie heeft er een steekproef plaatsgevonden binnen het onderzoek. De onderzoeker heeft doormiddel van de steekproef een keuze gemaakt uit de gehele onderzoekspopulatie, waardoor er vanuit deze selectie bepaalde respondenten zijn uitgekozen. In het onderzoek is er gekozen voor een selecte steekproeftrekking. De selecte steekproef was de keuze van de onderzoeker, omdat de gekozen respondenten het meest aansluiten bij de probleemanalyse, het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen binnen dit onderzoek. De medewerkers die zijn uitgekozen, hebben dagelijks te maken met het onderzoeksthema in het begeleiden van cliënten. Hierdoor heeft de steekproef uitgewezen dat vijf van de medewerkers de meest passende respondenten zijn binnen dit onderzoek. Naast de medewerkers worden er ook cliënten geïnterviewd. Er zijn vijf cliënten uitgekozen doormiddel van de steekproef. Deze cliënten ervaren depressieve klachten die zowel kortdurend als langdurig worden gesignaleerd in het begeleidingsproces. Dit zijn tevens de cliënten die het meest bekwaam zijn om het interview af te kunnen nemen, zonder dat dit hun proces tegenwerkt en zij hier achteraf psychische last van ervaren. Door zowel medewerkers als cliënten te interviewen wordt er door de onderzoeker een concreet, aansluitend en realistisch beeld vergaard betreffende het onderzoeksthema. De selecte steekproef heeft kunnen plaatsvinden door het opstellen van selectiecriteria voor zowel de medewerkers als de cliënten. Deze selectiecriteria worden in onderstaande beschrijving toegelicht.

De selectiecriteria voor de medewerkers binnen organisatie X zijn als volgt opgesteld, waarbij rekening gehouden is met een aantal belangrijke aspecten. De medewerkers dienen minimaal twee maanden werkzaam te zijn in hun huidige functie binnen organisatie X. Dit zorgt ervoor dat zij voldoende kennis hebben over de organisatie, de begeleiding die wordt geboden, protocollen en het beleid. Na twee maanden heeft iedere medewerker de visie, missie en de werkwijze op een effectieve wijze kunnen internaliseren. De medewerkers dienen intensief betrokken te zijn bij de begeleiding van cliënten binnen organisatie X. Zij zijn minimaal op mbo-niveau 4 of hbo-niveau geschoold. De mate waarin de respondenten zijn geschoold, zorgt ervoor dat zij over voldoende kennis en vaardigheden beschikken, wat het onderzoek betrouwbaarder maakt. Er is specifiek gekozen voor het interviewen van verschillende medewerkers met verschillende functies omdat dit een breder beeld geeft van hoe het onderzoeksthema in de praktijk wordt gesignaleerd. Sommigen respondenten zijn woonbegeleiders (mbo) en sommigen zijn persoonlijk begeleiders (hbo). Daarnaast wordt de meewerkend teamleider en

de directeur geïnterviewd. De meewerkend teamleider fungeert al lange tijd als sociaal agoog binnen organisatie X, maar kijkt in de functie als teamleider ook overkoepelend naar het team en cliënten. De directeur kijkt ook overkoepelend naar het team en de cliënten, waarbij hij ook meer kennis heeft over het beleid. De onderzoeker heeft voor de diversiteit in medewerkers gekozen omdat er bij iedere functie verschillende taken, ervaringen en mate van werkdruk horen. Daardoor kan er vanuit verschillende invalshoeken antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraagstelling.

De selectiecriteria voor de cliënten binnen organisatie X zijn als volgt opgesteld, waarbij rekening gehouden is met een aantal belangrijke aspecten. De cliënten moeten minimaal zes maanden begeleiding ontvangen binnen organisatie X. Hiervoor is gekozen, zodat de cliënten al in staat gesteld zijn om actief aan hun begeleidingsproces te kunnen deelnemen doormiddel van de leerdoelen die zij hebben opgesteld. Het is van belang dat de respondenten gewend zijn aan de omgeving, begeleiders, medecliënten en begeleidingswijze binnen organisatie X. Dit zorgt ervoor dat zij tijdens het interview een volledig beeld kunnen schetsen van hoe de begeleiding er binnen organisatie X uit ziet en hoe zij dit ervaren. Daarnaast is er door de onderzoeker gekeken naar of de cliënten bekwaam zijn om antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen binnen dit onderzoek. Daarbij is rekening gehouden met psychische kwetsbaarheid, omgevingsfactoren en IQ. Een volgend criterium is dat de respondenten gediagnosticeerd zijn met PTSS en zij depressieve klachten ervaren tijdens het begeleidingsproces dat zij doorlopen. Daardoor kunnen zij verantwoorden wat hun visie is op de problematiek die zij ervaren, in combinatie met wat er nodig is in de geboden begeleiding binnen organisatie X, om depressieve klachten te kunnen reduceren. Daarnaast is ervoor gekozen om zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten te interviewen om een volledig en betrouwbaar beeld te schetsen. De leeftijdscategorie van de respondenten zit tussen de 18 en 30 jaar waarvoor niet bewust is gekozen, omdat deze leeftijdscategorie behoort tot het criterium dat organisatie X stelt.

3.1.3. Anonimiteit respondenten

Binnen dit onderzoek wordt de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd. De onderzoeker vindt het noodzakelijk om ethisch verantwoord om te gaan met de betrokken partijen binnen het onderzoek. Toestemming voor deelname aan het onderzoek is mondeling overeengekomen tussen de respondenten en de onderzoeker, wat ook wordt opgenomen tijdens de spraakopname van de interviews. In het onderzoek worden er kritische en persoonlijke vragen gesteld aan de respondenten, waardoor het van belang is om de veiligheid, privacy en minimale herleidbaarheid zo goed mogelijk te waarborgen. De onderzoeker heeft verschillende manieren toegepast om de veiligheid en privacy binnen het onderzoek te maximaliseren. De namen van de respondenten en de organisatie zijn geanonimiseerd, waardoor deze niet terug te herleiden zijn. De respondenten worden ook niet bij voor- en achternaam genoemd tijdens het afnemen van de interviews. De organisatie is binnen het onderzoek schriftelijk beschreven als organisatie X. Daardoor is ook de naam van de organisatie niet te herleiden. De informatie die gegeven wordt door de respondenten wordt ook niet gedeeld met andere cliënten en/of medewerkers. Ten slotte is er gekozen voor een veilige locatie om de interviews met de respondenten af te nemen. Het betreft een afgesloten kantoor waardoor de privacy van iedere respondent wordt gewaarborgd binnen het onderzoek.

3.2 Dataverzamelmethode

In deze paragraaf wordt de wijze waarop de dataverzamelmethode heeft plaatsgevonden beschreven. Doormiddel van de kwalitatieve onderzoeksvraagstelling is er gekozen voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek. Het kwalitatief onderzoek bevat dan ook een kwalitatieve dataverzamelmethode en meetinstrument. Toenemende depressieve klachten bij mensen met PTSS is een thema dat complex van aard is, waarbij er binnen dit onderzoek niet eenduidig wordt gefocust op feiten en cijfers. Er is daarom niet gekozen voor het afnemen van enquêtes en het uitvoeren van kwantitatief onderzoek. In het onderzoek wordt de diepgang opgezocht doormiddel van ervaring, meningen en oplossingen met betrekking tot het onderzoeksthema. Dit betreft kwalitatief onderzoek.

3.2.1 Ethische verantwoording

In het onderzoek is er zorgvuldig omgegaan met het verzamelen van de gegevens. De namen van de betrokken personen en instellingen zijn geanonimiseerd binnen dit onderzoek. De gegevens die zijn verzameld worden uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek en de verzamelde gegevens worden niet gedeeld met derden. Nadat het onderzoek is afgerond worden de verzamelde gegevens vernietigd. Respondenten zijn geïnformeerd over de onderzoeksdoelstelling, de tijdsbelasting en de rol van de onderzoeker. De respondenten hebben hiervoor toestemming verleend doormiddel van mondelinge toestemming voorafgaand aan het interview tijdens de opname. Zij hebben toestemming gegeven voor de deelname aan het onderzoek en het mogen gebruiken van verkregen informatie door de onderzoeker, mits de informatie uit de afgenomen interviews geanonimiseerd werd. Ook zijn de respondenten in staat gesteld om tussentijds vragen te stellen met betrekking tot het onderzoek. Hierdoor is binnen het onderzoek informed consent verwezenlijkt. De respondenten worden tussentijds op de hoogte gehouden van het onderzoek wanneer hier behoefte aan is. De respondenten hebben de ruimte gekregen om zich kwetsbaar op te stellen tijdens de interviews, maar werden hiertoe niet gedwongen. De onderzoeker heeft rekening gehouden met een balans tussen lasten en baten tijdens het afnemen van de interviews (Boeije & Bleijenbergh, 2023).

3.3 Meetinstrument

In dit onderzoek wordt er tijdens het afnemen van de interviews gebruik gemaakt van een topiclijst als meetinstrument. Hiervoor is gekozen omdat het meetinstrument passend is voor het doen van kwalitatief onderzoek, omdat een topiclijst ondersteuning biedt in het aanbrengen van structuur in de interviews. Daarnaast geeft de topiclijst richting waardoor de belangrijke onderwerpen met betrekking tot het onderzoeksthema naar voren komen in de interviews. In het onderzoek is gebruik gemaakt van twee topiclijsten, zowel voor de sociaal agoog als voor de cliënten die als respondenten dienen binnen dit onderzoek. Er is gekozen voor twee topiclijsten zodat het interview op maat kan worden toegepast voor zowel de sociaal agogen als voor de cliënten, omdat zij beiden vanuit andere rollen naar het onderzoeksthema kijken. De topiclijst is een lijst met alle hoofd- en sub onderwerpen die de onderzoeker laat terugkomen in de interviews. Het meetinstrument dient als de interviewleidraad binnen dit onderzoek (Merkus, 2021).

3.4 Data-analyse

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de data-analyse is geanalyseerd binnen dit onderzoek. De interviews die zijn afgenomen werden met een spraakrecorder opgenomen en zijn uitgetypt als transcripten. De transcripten zijn in drie stappen gecodeerd waarbij de onderzoeker de diverse onderzoeksonderwerpen heeft voorzien van labels/codes. De drie stappen waarin gecodeerd is zijn: open coderen, axiaal coderen, selectief coderen (Dingemanse, 2021). De onderzoeker heeft de verkregen informatie uit de interviews verzameld en in fragmenten opgedeeld doormiddel van open codering. De fragmenten zijn vergeleken met elkaar en gelabeld. Niet relevante informatie voor het onderzoek is verwijderd. Informatie werd als relevant bestempeld wanneer het bruikbare informatie was om de onderzoeksvraagstelling te beantwoorden. Relevante fragmenten werden gekoppeld aan onderwerpen. Sommige fragmenten waren vergelijkbaar waaruit een lijst aan codes ontstond. Vervolgens werd er van open coderen naar axiaal coderen overgegaan. Tijdens het axiaal coderen heeft de onderzoeker de toegekende codes met elkaar vergeleken en de diverse codes ondergebracht binnen een overkoepelende code. Vervolgens is er gebruik gemaakt van selectieve codering waarbij de codes binnen de categorieën werden ondergebracht. Op basis daarvan zijn relaties en verbindingen gelegd tussen de verkregen data (Dingemanse, 2021). Het coderen heeft geresulteerd in twee codebomen, namelijk één voor de sociaal agogen en één voor de cliënten (zie bijlage 2). De codebomen geven een duidelijk inzicht in de belangrijkste onderwerpen van de verkregen data binnen dit onderzoek. Doormiddel van het theoretisch kader is er een verband aangebracht tussen de theorie en de data-analyse.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven aan de hand van het beantwoorden van de betreffende deelvragen. De onderzoeksresultaten vloeien voort uit de interviews die zijn afgenomen met de respondenten. De feitelijke steekproef bestaat uit vijf sociaal agogen en vier cliënten. De sociaal agogen worden aangeduid als medewerker respondenten en de cliënten als cliëntrespondenten om het onderscheid zo duidelijk mogelijk weer te geven. In de resultaatbeschrijving worden citaten van de respondenten verwerkt. Daarnaast wordt er theorie gekoppeld aan de verkregen resultaten wanneer relevant.

4.1 Feitelijke steekproef

De voorlopige steekproef is in overeenkomst met de feitelijke steekproef. De sociaal agogen die werkzaam zijn binnen organisatie X en de cliënten met depressieve klachten die begeleiding ontvangen binnen organisatie X hebben deelgenomen aan het onderzoek. In totaal zijn er tien respondenten meegenomen in dit onderzoek, namelijk: vijf sociaal agogen en vier cliënten.

4.1.1. Sociaal agogen

De data vanuit de sociaal agogen is verkregen doormiddel van het afnemen van interviews, waarvan het vijf sociaal agogen betreft. In dit hoofdstuk wordt er verwezen naar de respondenten als A1 t/m A5. De steekproef bestaat uit zowel mannelijke als vrouwelijke sociaal agogen met diverse functies binnen de organisatie om een volledig beeld te krijgen van het onderzoeksthema. Zij hebben allen ervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. De steekproef geeft een goed beeld van de populatie van de sociaal agogen binnen organisatie X.

4.1.2. Cliënten

De data vanuit de cliënten is verkregen doormiddel van het afnemen van interviews, waarvan het vier cliënten met depressieve klachten betreft die begeleiding ontvangen binnen organisatie X. In dit hoofdstuk wordt er verwezen naar de respondenten als B1 t/m B4. De steekproef bestaat uit zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten met diverse achtergronden waardoor zij binnen organisatie X begeleid worden. Zij hebben allen ervaring met depressieve klachten en/of een depressieve stoornis in combinatie met PTSS. De steekproef geeft hierdoor een goed beeld van de populatie van de cliënten binnen organisatie X.

4.2 Deelvraag 1

Wat is de huidige situatie met betrekking tot het begeleiden van cliënten met PTSS en depressieve klachten door de sociaal agogen binnen organisatie X?

Doormiddel van deelvraag 1 inventariseert de onderzoeker de huidige situatie in de begeleiding van cliënten met depressieve klachten in combinatie met PTSS binnen organisatie X. Wanneer er gesproken wordt over de huidige situatie geven alle respondenten aan dat er veel cliënten zijn met depressieve klachten waarvan het verband tussen PTSS en depressieve klachten duidelijk zichtbaar is. De respondenten geven aan dat cliënten als gevolg van hun problematiek voornamelijk last hebben van klachten zoals: somberheid, slechte zelfzorg, slecht slapen, gebrek aan energie en motivatie, angst, sterke wisseling in gewicht, neiging om te isoleren en vermijden, neiging tot crimineel gedrag, verwaarlozing van de leefomgeving, toename in middelengebruik, suïcidale gedachten, gebrek aan sociale contacten, gebrek aan dagstructuur en ritme. Vier van de vier cliëntrespondenten en vijf van de vijf medewerker respondenten geven aan dat er veel gesprekken worden gevoerd in het begeleidingsproces wanneer een cliënt last heeft van depressieve klachten en PTSS. Twee van de vijf medewerker respondenten benoemen dat er een risico inventarisatie plaatsvindt voorafgaand aan plaatsing van een cliënt binnen organisatie X, waaruit blijkt hoe groot het risico op het ontwikkelen van depressieve klachten. Vier van de vijf medewerker respondenten benoemen dat er in de werkwijze niet gewerkt wordt met een vaste methodiek en een protocol rondom depressieve klachten. Een van de

vijf medewerker respondenten geeft aan dat er wel met methodieken en protocollen wordt gewerkt binnen organisatie X. Drie van de vijf medewerker respondenten benoemen wel dat ze aspecten vanuit de presentiebenadering inzetten in het begeleidingsproces van cliënten met depressieve klachten. Een van de vijf medewerkers benoemt dat er helemaal geen methodiek wordt toegepast, waardoor er veel wordt gewerkt vanuit ervaring en gevoel. Twee van de vijf medewerker respondenten benoemen dat er binnen organisatie X wordt gewerkt met een ondersteuningsplan en cliënten worden ondersteunt op hulpvraag. Drie van de vijf medewerker respondenten benoemen dat cliënten zoveel mogelijk eigen regie krijgen over hun leven en hun begeleidingsproces omdat dit de kans op herstel en participatie vergroot. Vijf van de vijf medewerker respondenten en vier van de vier cliëntrespondenten benoemen dat behandeling bij depressieve klachten en PTSS noodzakelijk is omdat klachten anders op korte termijn verergeren en cliënten daardoor de grip op hun klachten verliezen. Wanneer er een behandelaar betrokken is, geven vijf van de vijf medewerker respondenten aan dat de behandelaar verantwoordelijk is voor de geestelijke gezondheid van cliënten en dat zij ook worden gestimuleerd om deze rol aan te nemen ten behoeven van cliënten. Vier van de vijf medewerker respondenten geven aan dat zij cliënten ondersteunen in het behandeltraject en dat zij vaak oefeningen in de praktijk toepassen met cliënten die vanuit het behandeltraject worden voorgesteld. Een van de vijf medewerker respondenten benoemt daarentegen dat er meer verbinding mag komen tussen organisatie X en de behandelaar omdat er vanuit het behandeltraject te weinig zicht is op het begeleidingsproces van cliënten binnen organisatie X. Een van de vijf medewerker respondenten omschrijft dat er wordt overlegd met de gemeente wanneer er een opschaling van de indicatie nodig blijkt, om cliënten met depressieve klachten en PTSS extra ondersteuning te kunnen bieden wanneer ze geestelijk onstabiel worden. Drie van de vijf medewerker respondenten en drie van de vier cliëntrespondenten benoemen dat de telefonische bereikbaarheidsdienst veel wordt gebruikt binnen organisatie X, wanneer cliënten de grip verliezen op de depressieve klachten en klachten vanuit de PTSS. Vier van de vijf medewerker respondenten benoemen dat het signaleringsplan structureel wordt ingezet bij cliënten met depressieve klachten en PTSS. Een van de vier cliëntrespondenten bevestigt dit. Drie van de vier cliëntrespondenten geven daarentegen aan dat het signaleringsplan niet structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces.

4.3 Deelvraag 2

Wat zijn belemmerende- en bevorderende factoren in de huidige situatie waarin cliënten met PTSS in combinatie met depressieve klachten worden begeleid binnen organisatie X?

Doormiddel van deelvraag 2 inventariseert de onderzoeker zowel de belemmerende- als de bevorderende factoren in de begeleiding van cliënten met PTSS en depressieve klachten binnen organisatie X. Wanneer er gesproken wordt over de belemmerende factoren geven drie van de vier cliëntrespondenten en vijf van de vijf medewerker respondenten aan dat de grootste belemmerende factoren zijn dat er binnen organisatie X een gebrek aan kennis en handvatten is om specialistische kennis toe te passen in de begeleiding van depressieve klachten. Zo zegt medewerker A1: *“ik denk dat daar een stukje kennis ontbreekt. Als jij een specialisme in PTSS of depressie hebt dan denk ik dat jij beter weet wat voor interventies je erop kan zetten Want wij handelen vanuit basiskennis die we erover hebben en niet echt heel specifiek ingaand op depressie”* (persoonlijke communicatie, 2023). Vijf van de vijf medewerker respondenten en drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat er lange wachtlijsten zijn voor een behandeltraject, waardoor ze een groter beroep doen op de sociaal agogen binnen organisatie X in de tussentijd. Een van de vier cliëntrespondenten heeft wel passende behandeling en heeft niet te maken gehad met een lange wachtlijst. Drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat depressieve klachten niet altijd tijdig worden gesignaleerd in het begeleidingstraject en/of het behandeltraject. Twee van de vier cliëntrespondenten benoemen dat stigmatisering hierbij een rol speelt. Een van de vier cliëntrespondenten geeft aan dat diens signaleringsplan structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces binnen organisatie X. Drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat het signaleringsplan niet structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces. Drie van de vijf medewerker respondenten geven aan dat het signaleringsplan wel

structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces om signalen vroegtijdig te signaleren. Vanuit de theorie blijkt dat vroegsignalering belangrijk is bij cliënten die depressieve klachten ervaren omdat deze doelgroep het moeilijk vindt om hulp te zoeken voor deze klachten. Wanneer er tijdig wordt gesignaleerd kan er zo snel mogelijk passende hulp worden ingezet voor cliënten met depressieve klachten (Trimbos Instituut, 2023). Vier van de vijf medewerker respondenten benoemen dat het gebrek aan een methodiek en een protocol een belemmerende factor is in de werkwijze van organisatie X omdat de sociaal agogen hierdoor niet vanuit dezelfde kennis en handvatten handelen. Een van de vijf medewerker respondenten geeft aan dat een protocol niet helpend zou zijn omdat er dan alleen nog maar aandacht is voor wat het protocol zegt dat de sociaal agogen moeten doen in een situatie, waardoor er wellicht andere aspecten in de situatie worden gemist die wel van belang kunnen zijn om een crisissituatie te voorkomen. Vier van de vijf medewerker respondenten geven aan dat er te weinig informatievoorzieningen beschikbaar zijn waarvan organisatie X gebruik kan maken om meer educatie toe te passen in het begeleidingsproces over problematieken die cliënten ervaren. Daarop aansluitend geven deze medewerker respondenten aan dat zij zelf ook actiever mogen zoeken naar informatie. Twee van de vier cliëntrespondenten geven ook aan dat zij dit een belemmerende factor vinden omdat ze klachten nu niet altijd kunnen plaatsen, waardoor er niet naar gehandeld kan worden. Twee van de vier cliëntrespondenten missen bepaalde ervaringsdeskundigheid, interne informatiebijeenkomsten, gastsprekers etc. waarvan zij kunnen leren. Een van de vier cliëntrespondenten geeft aan dat er genoeg informatie ter beschikking is binnen organisatie X om grip te krijgen op depressieve klachten en klachten vanuit de PTSS.

Wanneer er gesproken wordt over de bevorderende factoren geven vier van de vier cliëntrespondenten en vijf van de vijf medewerker respondenten aan dat er binnen organisatie X veel nabijheid en betrokkenheid plaatsvindt in de werkwijze, waardoor cliënten zich gezien en gehoord voelen wanneer zij depressieve klachten ervaren in combinatie met PTSS. Daarnaast wordt er door deze houding een gevoel van vertrouwen en veiligheid gecreëerd. Drie van de vijf medewerker respondenten geven aan dat naasten worden ingezet in het begeleidingsproces van cliënten met depressieve klachten. Daarentegen geven twee van de vijf medewerker respondenten aan dat naastenbetrokkenheid veel meer ingezet kan worden in het begeleidingsproces, waarbij naasten niet alleen dienen als steunsysteem zoals dit nu wordt uitgedragen maar ook als informatiebron om nieuwe inzichten te verkrijgen over de problematiek van de cliënt en diens achtergrond. Vijf van de vijf medewerker respondenten geven aan dat de telefonische bereikbaarheidsdienst een bevorderende factor is om cliënten met depressieve klachten extra ondersteuning te kunnen bieden op afstand wanneer klachten verergeren in de avond/nacht. Drie van de vier cliëntrespondenten geven ook aan dat de telefonische bereikbaarheidsdienst hen helpt om klachten te kunnen reduceren op dat moment, doordat ze kunnen praten over wat er in hen omgaat en ze een plan kunnen maken met de begeleider in kwestie om de avond en de nacht goed door te komen. Een van de vier cliëntrespondenten benoemt de bereikbaarheidsdienst niet als bevorderende factor, met als oorzaak dat deze cliënt geen gebruik meer kan maken van deze dienst door de ambulante indicatie die van toepassing is. Vijf van de vijf medewerker respondenten en vier van de vier cliëntrespondenten geven aan dat de inzet op behandeling vanuit organisatie X een bevorderende factor is. Twee van de vijf medewerker respondenten benoemen dat de betrokken behandelaar zoveel mogelijk verantwoordelijk wordt gemaakt voor de geestelijke gezondheid van de cliënten. Drie van de vijf medewerker respondenten en een van de vier cliëntrespondenten geven aan dat het signaleringsplan actief wordt ingezet in het begeleidingsproces. Twee van de vijf medewerker respondenten en drie van de vier cliëntrespondenten benoemen anderzijds dat het signaleringsplan niet structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces. Vijf van de vijf medewerker respondenten en vier van de vier cliëntrespondenten geven aan dat er vaak overleg wordt gepleegd tussen organisatie X en externe instanties, waardoor het proces optimaal vormgegeven kan worden. Vier van de vijf medewerker respondenten en een van de vier cliëntrespondenten benoemen hierbij dat er meer samenwerking mag plaatsvinden tussen de behandelaar en de sociaal agogen als gevolg van het overleg. Drie van de vijf medewerker

respondenten en een van de vier cliëntrespondenten geven aan dat organisatie X nadenkt over passende cursussen en trainingen voor de sociaal agogen.

4.4 Deelvraag 3

Welke behoeften en verwachtingen hebben cliënten binnen organisatie X in hun begeleidingsproces met betrekking tot de depressieve klachten die zij ervaren?

Doormiddel van deelvraag 3 inventariseert de onderzoeker de behoeften en verwachtingen van de cliënten met depressieve klachten in de begeleiding binnen organisatie X. Wanneer er gesproken wordt over de behoeften en verwachtingen geven alle cliëntrespondenten aan dat een passend behandelaanbod essentieel is voor cliënten met PTSS en depressieve klachten. Drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat klachten vaak niet tijdig worden gesignaleerd in het behandeltraject. Deze cliëntrespondenten lopen er ook tegenaan in het vinden van een passend behandelaanbod, dat onderliggende klachten niet opgemerkt worden zoals depressieve klachten bij PTSS. Zo zegt cliënt B2: *“Ik denk dat ze vaak onderliggende klachten, signalen of onderliggende psychische stoornissen niet opmerken en alleen behandelen vanuit één bepaald punt”* (persoonlijke communicatie, 2023). Drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat zij niet actief bezig zijn met hun signaleringsplan omdat dit niet structureel terugkomt in het begeleidingsproces. Eén van de vier cliëntrespondenten zegt wel actief gebruik te maken in het begeleidingsproces van een crisispreventieplan. Drie van de vijf medewerker respondenten geven daarentegen aan dat het signaleringsplan wel structureel wordt ingezet. Twee van de vier cliëntrespondenten geven aan dat er een sterke behoefte is aan meer specialistische kennis in het begeleidingsproces dat organisatie X aanbiedt. Deze twee cliëntrespondenten geven aan dat ze nu heel afhankelijk zijn van hun behandeltraject maar door de lange wachtlijsten zijn deze behandeltrajecten minder toegankelijk. Zij hebben de behoefte om in de tussenfase al meer gespecialiseerde kennis in de begeleiding te kunnen ontvangen zodat ze meer handvatten hebben om in de tussentijd met hun klachten om te kunnen gaan. Vier van de vier cliëntrespondenten geven aan dat het contact tussen de behandelaar en de begeleiders heel erg belangrijk is omdat de begeleiding kan doorzetten wat er in de behandeling is toegepast en de behandelaar kan meenemen in het traject wat de begeleiders signaleren in het dagelijks functioneren van de cliënt. Drie van de vier medewerker respondenten geven aan dat zij de lijntjes zo kort mogelijk houden met de behandelaar om een passend behandelaanbod te creëren voor de cliënten en om de behandelaar verantwoordelijk te maken voor de cliënt wanneer klachten toenemen en de cliënt geestelijk onstabiel wordt. Cliënt B4 benoemt dat er in het verleden veel wisselingen in medewerkers zijn geweest binnen organisatie X. Deze cliëntrespondent geeft aan dat dit in vergelijking met een aantal jaren geleden verbeterd is binnen organisatie X, maar dat het wel nog steeds plaatsvindt. Deze cliëntrespondent geeft aan dat er een verwachting ligt om niet te wisselen van begeleiders omdat dit afdoet aan het vertrouwen dat wordt opgebouwd en het moeilijker wordt voor cliënten om zich open te stellen richting nieuwe begeleiders. Het vroegtijdig kunnen signaleren van klachten wordt hierdoor tegengewerkt. Cliënt B3 geeft aan dat er activiteiten worden aangeboden door organisatie X, maar dat er behoefte is aan meer activiteiten. De activiteiten bieden gezonde afleiding en het stimuleert de cliënt om uit huis te gaan en iets te ondernemen. Cliënt B3 geeft aan dat er nu vooral groepsactiviteiten plaatsvinden, maar dat er ook de behoefte heerst om meer activiteiten te doen in kleinere groepjes om toch deel te kunnen nemen voor cliënten die het moeilijk vinden om zich in grote groepen te bevinden. Daarnaast geven alle cliëntrespondenten aan dat het onderhouden van sociale contacten heel belangrijk is om depressieve klachten te verminderen. Cliënten geven aan dat sociale contacten ervoor zorgen dat de kans op isolement verkleint. Eén van de vier cliëntrespondenten geeft aan dat er een grote behoefte ligt om meer informatie overdracht te krijgen vanuit organisatie X, (onder andere) over depressieve klachten en PTSS. Cliënt B1 geeft aan dat er daardoor beter begrepen kan worden waar klachten vandaan komen en hoe hierop ingespeeld kan worden door de sociaal agogen en de cliënten. Daarnaast geeft deze cliëntrespondent aan dat een ervaringsdeskundige in het team een meerwaarde zou kunnen zijn. Ervaringsdeskundigheid op het gebied van o.a. depressieve

klachten en PTSS zorgt er volgens deze cliënt voor dat cliënten vanuit andere ervaringen begrijpen hoe hun problematiek tot uiting komt en hoe zij hun klachten kunnen reduceren. Cliënt B1 geeft aan dat er ook behoefte is aan het uitnodigen van gastsprekers rondom problematieken zoals depressieve klachten en PTSS. Op dit moment wordt dit niet intern aangeboden door organisatie X, maar wordt er heel af en toe op een externe locatie gebruik van gemaakt wanneer organisatie X hiervoor uitgenodigd wordt. Cliënt B1 geeft aan dat een gastspreker ook ervaring met zich meebrengt waarin cliënten zich kunnen herkennen en waarin zij eventuele handvatten toegereikt krijgen om in het begeleidingsproces in te kunnen zetten. Alle cliëntrespondenten geven aan dat er ook al een aantal aspecten heel goed worden ingezet binnen organisatie X. Zij ervaren veel betrokkenheid en nabijheid in de begeleidingswijze binnen organisatie X, wat zorgt voor veiligheid en vertrouwen in het begeleidingsproces. Alle cliëntrespondenten geven aan dat er in hun proces wordt gekeken naar waar zij behoefte aan hebben en benoemen zich gehoord te voelen in de klachten die ze ervaren.

4.5 Deelvraag 4

Welke behoeften en verwachtingen hebben de sociaal agogen van organisatie X om cliënten met depressieve klachten te kunnen begeleiden in het reduceren van deze klachten?

Doormiddel van deelvraag 4 inventariseert de onderzoeker de behoeften en verwachtingen van de sociaal agogen in de begeleiding van cliënten met PTSS en depressieve klachten binnen organisatie X. Wanneer er gesproken wordt over de behoeften en verwachtingen geven alle medewerker respondenten aan dat het signaleringsplan structureel moet worden ingezet in het begeleidingsproces van cliënten met depressieve klachten. Drie van de vijf medewerker respondenten geven aan dat zij het signaleringsplan structureel inzetten in het begeleidingsproces. Drie van de vier cliëntrespondenten geven aan dat dit niet structureel wordt ingezet in het begeleidingsproces. Cliëntrespondenten B3 en B4 geven aan dat zij niet kunnen benoemen wat er in hun signaleringsplan staat omdat dit niet actief wordt ingezet in het begeleidingsproces. Vier van de vijf medewerker respondenten geven aan dat er de behoefte heerst om meer specialistische kennis te hebben in het team van organisatie X. Vier van de vijf medewerker respondenten dragen aan dat zij meer scholing nodig hebben om specialistische kennis over depressieve klachten en PTSS te verkrijgen. Drie van de vier medewerker respondenten benoemen dat er daarnaast behoefte is aan een gedragsdeskundig personeelslid waarop zij kunnen terugvallen wanneer er in casussen specialistische kennis nodig is voor diverse problematieken. Twee van de vier cliëntrespondenten geven aan dat er vanuit hen ook behoefte is in het begeleidingsproces om gebruik te kunnen maken van specialistische kennis binnen organisatie X omdat de begeleiders op dit moment niet voldoende kennis ter beschikking hebben om depressieve klachten te kunnen reduceren waardoor zij sterk afhankelijk worden van een behandeltraject. Alle medewerker respondenten geven aan dat het inzetten van behandeling een belangrijke behoefte is om cliënten met PTSS en depressieve klachten de juiste zorg te bieden. Door de lange wachtlijsten is het behandelaanbod niet direct toegankelijk. Wanneer cliënten behandeling ontvangen vinden alle medewerker respondenten het essentieel om de samenwerking op te zoeken met de behandelaar van de cliënt. Vijf van de vijf medewerker respondenten geven aan dat ze meer zouden willen samenwerken met behandelaars om het proces zo passend mogelijk te maken voor de cliënt. Op dat gebied is nog ruimte voor verbetering volgens de medewerker respondenten binnen organisatie X omdat zij zich nog te vaak te verantwoordelijk voelen, waarin de behandelaar uiteindelijk verantwoordelijk is. Eén van de vijf medewerker respondenten heeft de behoefte om meer aandacht te krijgen voor naastenbetrokkenheid. Zo zegt medewerker A2: *“Ik denk dat wij er vaak nog meer uit kunnen halen dan dat we er nu gebruik van maken. Vaak willen we als begeleiders toch gaan helpen en schieten we ook al wel snel in de helper rol, terwijl het ook soms ook wel erg belangrijk om juist de familie inzetbaar te maken”* (persoonlijke communicatie, 2023). Vier van de vijf respondenten geven aan dat het heel belangrijk is in het proces van de cliënt om te kijken naar waar naasten van de cliënt ingezet kunnen worden als informatiebron en/of steunsysteem. Uit de theorie blijkt dat een optimaal herstelproces wordt vormgegeven in verbinding tussen de cliënt en diens sociale context. Voor sociaal agogen is het belangrijk in het begeleiden van cliënten met depressieve klachten om de sociale context

te leren kennen, te begrijpen en te versterken in de triade tussen hulpverlener, cliënt en naasten om depressieve klachten te kunnen reduceren. Naasten dienen een duidelijke rol te hebben en het tempo van de cliënt is leidend in het proces. De cliënt dient samen met de sociaal agoog en zijn naasten passende hersteldoelen op te stellen waaraan actief gewerkt wordt (GGZ Standaarden, 2020). Eén van de vijf medewerker respondenten geeft aan dat er meer behoefte is aan nazorg binnen organisatie X voor cliënten maar voornamelijk voor medewerkers. Drie van de vijf medewerker respondenten geven aan dat er niet gewerkt wordt met een vaste methodiek binnen organisatie X. Twee van de vijf medewerker respondenten geven aan dat iedere medewerker vanuit dezelfde werkwijze handelt. Drie van de vijf medewerker respondenten benoemen dat iedere medewerker via een andere werkwijze werkt. Medewerker A1 zegt: *“Wat ik nu merk is dat ik een situatie op een bepaalde manier zou aanpakken en mijn collega’s zouden het misschien op een compleet andere manier aanpakken, die misschien wel kaarsrecht tegenover elkaar staan. Daaruit komt verwarring, zowel bij personeel als bij de cliënt en daar is de cliënt eigenlijk altijd de dupe van”* (persoonlijke communicatie, 2023). Er heerst dus een sterke behoefte om allemaal vanuit dezelfde basis te werken. Daarnaast geven vier van de vijf medewerker respondenten aan dat er behoefte is aan een protocol met betrekking tot handelen bij depressieve klachten en PTSS. Een protocol geeft volgens de medewerker respondenten een houvast voor het handelen bij de klachten om een crisis te kunnen voorkomen. Een protocol zorgt er ook voor dat iedere medewerker dezelfde werkwijze hanteert. Met betrekking tot deze behoefte achten vier van de vijf medewerker respondenten het noodzakelijk dat er meer informatie beschikbaar komt over depressieve klachten en PTSS, waarnaar dit ook overgedragen kan worden op cliënten. Twee van de vier cliëntrespondenten geven aan dat het heel belangrijk is om meer informatie te verkrijgen in het begeleidingsproces, wanneer zij bepaalde psychische klachten ervaren. Eén van de vijf medewerker respondenten geeft aan dat de inwerkprocedure binnen organisatie X kan verbeteren, waarop vier van de vijf medewerker respondenten aangeven dat nieuwe medewerkers zo goed mogelijk worden ingewerkt. Medewerker A2 zegt dat het moeilijk is om met depressieve klachten in combinatie met PTSS om te gaan omdat het een problematiek was die nog onbekend was voor medewerker A2. Medewerker A2 geeft aan dat er daardoor handelingsverlegenheid kan ontstaan omdat je als nieuwe medewerker heel erg zoekende bent naar wat je kunt toepassen bij de cliënt om klachten te reduceren. Deze medewerker respondent geeft daarnaast aan dat het helpend zou zijn om meer gebruik te maken van visiedagen in het team. De andere vier van de vijf medewerker respondenten geven ook aan dat overleggen over casussen heel belangrijk is om beter op de hoogte te zijn van iedere casus en om te professionaliseren. Medewerker A2 zegt hierover: *“Normaal gesproken heb je ook visiedagen om daar ook met elkaar over te kunnen sparren en tot op heden is dat een beetje op pauze gezet. Juist in die dagen kun je ook wat nader tot elkaar komen om meer op één lijn te kunnen komen. Ik denk dat daar organisatie X nog wel iets in te behalen heeft, het stukje visie en dat delen met elkaar”* (persoonlijke communicatie, 2023). Vijf van de vijf medewerker respondenten geven aan dat er veel wordt ingezet in de gespreksvoering met cliënten om te signaleren waar gedragingen, gevoelens en gedachten vandaan komen. Alle medewerker respondenten geven aan dat de intensiviteit van de gespreksvoering die wordt aangeboden ook doorgezet moet worden in de toekomst. Vier van de vier cliëntrespondenten geven aan dat dit ook één van de krachten is binnen organisatie X en dat zij het als prettig ervaren dat cliënten met depressieve klachten vaker worden gezien en er regelmatig wordt gecheckt wat de cliënt nodig heeft om veiligheid te creëren.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk schetst de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. De bevindingen binnen het onderzoek worden gepresenteerd met de focus op wat de sociaal agogen nodig hebben om depressieve klachten bij cliënten met PTSS te kunnen reduceren. Doormiddel van de vier deelvragen worden er conclusies getrokken om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag binnen dit onderzoek. Vervolgens worden de aanbevelingen beschreven voor organisatie X, de sociaal agogen en eventueel vervolgonderzoek in de toekomst.

5.1 Conclusies per deelvraag

Deelvraag 1: Wat is de huidige situatie met betrekking tot het begeleiden van cliënten met PTSS en depressieve klachten door de sociaal agogen binnen organisatie X?

Concluderend kan vermeldt worden dat depressieve klachten een veelvoorkomend probleem is binnen organisatie X, waarbij zowel de sociaal agogen als de cliënten benoemen dat er een duidelijk verband zichtbaar is tussen depressieve klachten en PTSS. Bij de start van plaatsing van cliënten wordt er een risico inventarisatie gedaan door de sociaal agogen die de intakeprocedure vormgeven. Wanneer cliënten geplaatst zijn en er blijkt een verhoogd risico op depressieve klachten en PTSS, dan wordt dit meegenomen in het ondersteuningsplan. Doormiddel van het ondersteuningsplan worden cliënten doelgericht begeleidt op hulpvraag, waarbij eigen regie centraal staat. De sociaal agogen maken veel gebruik van gespreksvoering. Aspecten van de presentiebenadering worden ingezet vanuit de sociaal agogen om voldoende nabijheid en betrokkenheid te bieden, waarbij zij zich onderdompelen in de leefwereld van cliënten. Organisatie X werkt niet met een vaststaande methodiek en er is geen protocol aanwezig rondom depressieve klachten en PTSS waarop de sociaal agogen kunnen terugvallen, waardoor er onvoldoende wordt gehandeld vanuit kennis en handvatten. Wanneer cliënten met PTSS depressieve klachten ervaren en zij buiten werktijden van de sociaal agogen geestelijk onstabiel worden, dan maken zij gebruik van de telefonische bereikbaarheidsdienst binnen organisatie X. Cliënten worden dan psychisch ondersteunt op afstand en wanneer noodzakelijk komt de sociaal agoog op locatie om de cliënt te ondersteunen bij de depressieve klachten en klachten vanuit de PTSS. Wanneer het opschalen van de zorg voor cliënten nodig is, wordt er overleg gepleegd door de sociaal agogen met de gemeente om de indicatie te verhogen. Hierdoor krijgen cliënten zorg op maat. Het signaleringsplan wordt regelmatig ingezet in het begeleidingsproces van cliënten met depressieve klachten en PTSS. Wanneer cliënten een behandeltraject volgen, wordt er ondersteuning geboden door de sociaal agogen binnen organisatie X om oefeningen in de praktijk toe te passen met cliënten. Waar mogelijk wordt er overlegd over de geestelijke gezondheid van cliënten. Deze samenwerking is volgens de sociaal agogen nog niet altijd voldoende aanwezig, omdat behandelaren vaak te weinig zicht hebben op het begeleidingsproces van cliënten en zij daardoor geen volledig beeld hebben op de leefwereld en klachten van de cliënten binnen organisatie X.

Deelvraag 2: Wat zijn belemmerende- en bevorderende factoren in de huidige situatie waarin cliënten met PTSS in combinatie met depressieve klachten worden begeleid binnen organisatie X?

Concluderend kan vermeld worden dat er diverse belemmerende factoren zijn binnen organisatie X waardoor depressieve klachten niet gereduceerd kunnen worden. Binnen organisatie X is er een gebrek aan kennis, handvatten en inzichten doordat de sociaal agogen specialistische kennis missen over de problematiek, wat ook door cliënten wordt benoemd als aandachtspunt tijdens dit onderzoek. Er zijn lange wachtlijsten voor een behandeltraject, waardoor depressieve klachten steeds minder vaak vroegtijdig worden gesignaleerd. Het signaleringsplan binnen organisatie X wordt in sommige casussen ingezet, maar dit wordt niet structureel toegepast in iedere casus. Stigmatisering vanuit de samenleving wordt als een van de oorzaken gezien door cliënten, waardoor het moeilijker is om depressieve klachten te bespreken met de omgeving. De sociaal agogen zien het gebrek aan een methodiek binnen organisatie X en een protocol rondom depressieve klachten als een belemmerende factor omdat er nu voornamelijk vanuit gevoel en ervaring wordt gehandeld door de sociaal agogen. Daarnaast is het gebrek aan informatievoorzieningen zoals: gastsprekers, ervaringsdeskundigheid, informatieve folders etc. een belemmerende factor omdat klachten niet altijd duidelijk herleidbaar zijn. Zo geven cliënten en sociaal agogen aan binnen het onderzoek dat niet altijd duidelijk is of de klachten voortkomen uit PTSS of uit depressie.

Bevorderende factoren die worden genoemd zijn: nabijheid en betrokkenheid van de sociaal agogen richting de cliënten, een basis van vertrouwen en veiligheid in de professionele relatie, de mogelijkheid om de telefonische bereikbaarheidsdienst te bellen bij depressieve klachten, inzet op

behandeling, meer focus op het sociaal netwerk van de cliënt en het inzicht dat het noodzakelijk is dat cursussen en trainingen voor de sociaal agogen binnen organisatie X worden uitgebreid rondom depressieve klachten en PTSS.

Deelvraag 3: Welke behoeften en verwachtingen hebben cliënten binnen organisatie X in hun begeleidingsproces met betrekking tot de depressieve klachten die zij ervaren?

Concluderend kan vermeld worden dat cliënten met depressieve klachten de behoefte hebben om meer focus te krijgen op onderliggende klachten ten opzichte van de diagnose die zij ervaren. Vaak worden depressieve klachten ondergebracht bij de klachten die worden ervaren vanuit de PTSS binnen het behandeltraject, waarbij dit ook los van elkaar kan plaatsvinden. Het signaleringsplan wordt niet structureel ingezet om depressieve klachten vroegtijdig te signaleren waarbij twee van de vier cliëntrespondenten aangeven dat zij dit wel belangrijk vinden om meer grip te krijgen op de depressieve klachten die zij ervaren. Drie van de vier cliëntrespondenten acht het noodzakelijk dat organisatie X meer specialistische kennis verkrijgt over depressieve klachten en PTSS. Vier van de vier cliëntrespondenten geven aan dat het onderhouden van contact tussen de behandelaar en de sociaal agogen binnen organisatie X van belang is om het behandeltraject optimaal vorm te geven. Een cliëntrespondent benoemt dat er behoefte is aan minder wisselingen in sociaal agogen binnen diens casus, omdat dit afdoet aan de vertrouwensband die wordt opgebouwd en het brengt het risico dat de cliënt zich minder snel openstelt naar de sociaal agogen waardoor klachten onderbelicht blijven. Cliënten hebben de verwachting dat de sociaal agogen zullen blijven aansturen op het behouden van sociale contacten. Dit wordt als helpend gezien om depressieve klachten te reduceren. Een van de cliëntrespondenten benoemt dat er meer behoefte is aan activiteiten binnen organisatie X. In het contact tussen de sociaal agogen en cliënten, hebben de cliënten de behoefte om daar niets aan te veranderen omdat cliënten zich gehoord voelen in hun problematieken tot op heden. Ten slotte benoemen cliënten binnen organisatie X dat het uitbreiden van informatievoorzieningen rondom depressieve klachten en PTSS waardevol kan zijn om meer grip te krijgen op depressieve klachten en om handvatten te krijgen over de manieren waarop depressieve klachten gereduceerd kunnen worden.

Deelvraag 4: Welke behoeften en verwachtingen hebben de sociaal agogen van organisatie X om cliënten met depressieve klachten te kunnen begeleiden in het reduceren van deze klachten?

Concluderend kan vermeld worden dat de sociaal agogen binnen organisatie X de behoefte hebben om het signaleringsplan structureel in te zetten in het begeleidingsproces van cliënten met depressieve klachten, maar dat dit nog niet structureel plaatsvindt. Daarop aansluitend hebben zowel de sociaal agogen als de cliënten een sterke behoefte aan meer specialistische kennis binnen organisatie X, zodat depressieve klachten vroegtijdig worden gesignaleerd en worden gereduceerd. Deze specialistische kennis kan worden opgedaan doormiddel van scholing voor de sociaal agogen. Zowel de sociaal agogen als de cliënten benoemen dat het daarbij alsnog essentieel is om behandeling zo snel mogelijk in te zetten wanneer cliënten kampen met depressieve klachten in combinatie met PTSS. Wanneer cliënten een behandeltraject ingaan, willen de sociaal agogen meer samenwerking tussen de behandelaar en organisatie X om het behandeltraject zo passend mogelijk te maken. Binnen organisatie X wordt onvoldoende ingezet op naastenbetrokkenheid. Het sociaal netwerk wordt incidenteel ingezet bij cliënten, maar hier zijn geen richtlijnen of handvatten voor. Naasten worden nu voornamelijk ingezet als steunsysteem, maar er is behoefte aan naastenbetrokkenheid als informatiebron, waarin zij ook een actieve rol krijgen in het proces van de cliënt. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg binnen organisatie X vergroot. In de werkwijze van organisatie X heerst er vanuit de sociaal agogen de behoefte om meer methodisch onderbouwd te begeleiden, waarbij een protocol rondom depressieve klachten aanvullend zou zijn om inzicht te krijgen in hoe de sociaal agogen moeten handelen wanneer een cliënt depressieve klachten ervaart. Binnen organisatie X wordt er veel waarde gehecht aan overleg voeren met collega's over casussen, maar uit het onderzoek blijkt dat dit nog te weinig wordt gedaan, waardoor er de behoefte is ontstaan om meer te focussen op het delen van elkaars visie op situaties en mogelijke handelingsperspectieven.

5.2 Antwoord op de hoofdvraag: Wat hebben de sociaal agogen binnen organisatie X nodig in de begeleiding van cliënten met PTSS om hun depressieve klachten te reduceren?

Het onderzoek toont aan dat veel cliënten binnen organisatie X depressieve klachten ervaren waarvan het verband tussen PTSS en depressieve klachten duidelijk zichtbaar is. Zowel de sociaal agogen als de cliënten geven aan dat cliënten met PTSS meestal ook last hebben van depressieve klachten. De sociaal agogen erkennen het probleem in de praktijk maar dit resulteert niet in het bijstellen van keuzes en prioriteiten om depressieve klachten te reduceren. Vanuit de resultaten binnen dit onderzoek blijkt dat de sociaal agogen moeite hebben om depressieve klachten vroegtijdig te waardoor de problematiek hen overkomt en de gevolgen duidelijk zichtbaar zijn in het begeleidingsproces. Daarnaast zijn er diverse aandachtspunten om depressieve klachten in het begeleidingsproces van cliënten met PTSS te kunnen reduceren, namelijk: naastenbetrokkenheid, signalering, intervisie, scholing, methodisch onderbouwd werken en informatievoorzieningen. Concluderend kan gesteld worden dat de sociaal agogen meer kennis en handvatten nodig hebben met betrekking tot depressieve klachten in combinatie met PTSS. Deze conclusie komt overeen met de probleemstelling binnen het onderzoek waarin ook naar voren kwam dat organisatie X beschikt over onvoldoende kennis en inzichten met betrekking tot depressieve klachten bij cliënten met PTSS. Daarnaast hebben de sociaal agogen meer kennis en handvatten nodig om in te kunnen zetten op een passend behandelaanbod voor cliënten om depressieve klachten te reduceren. Voldoende kennis en handvatten zullen er ook voor zorgen dat cliënten meer informatieoverdracht zullen ervaren vanuit de sociaal agogen, waardoor depressieve klachten in het begeleidingsproces gereduceerd worden.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten worden er in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan ter verbetering van organisatie X. De aanbevelingen zijn gericht op organisatie X, de sociaal agogen binnen organisatie X en mogelijk vervolgonderzoek in de toekomst. Bij iedere aanbeveling worden er door de onderzoeker handvatten beschreven waardoor implementatie mogelijk wordt gemaakt.

5.3.1. Aanbevelingen voor de sociaal agogen

- Signaleringsplan

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er meer gebruik gemaakt kan worden van het signaleringsplan in het begeleidingsproces. Organisatie X beschikt over een signaleringsplan, wat in diverse casussen actief wordt ingezet. In overige casussen wordt er niet actief gewerkt met het signaleringsplan van de cliënt. Er zijn geen vaste richtlijnen binnen de organisatie over wanneer het signaleringsplan moet worden ingezet. Dit vergroot het risico dat er geen vroegsignalering plaatsvindt rondom depressieve klachten, waardoor er ook geen passend behandelaanbod kan worden ingezet voor cliënten.

- Handvatten voor organisatie X:

Organisatie X dient direct bij plaatsing van de cliënt in het bezit te zijn van een actueel signaleringsplan.. Wanneer een cliënt nog niet beschikt over een signaleringsplan wordt deze binnen een termijn van twee weken opgesteld in samenwerking met de begeleider van de cliënt. Dit zorgt ervoor dat er in de proefperiode van de cliënt al gestart kan worden met vroegtijdig signaleren, waaruit blijkt of de cliënt passend is binnen organisatie X of niet. Daarnaast is het van belang dat de sociaal agogen iedere maand checken of de signaleringsplannen van de cliënten nog actueel zijn. Wanneer een signaleringsplan niet actueel is, wordt dit besproken tijdens een begeleidingsmoment met deze cliënten en het signaleringsplan wordt vervolgens bijgesteld.

- Werkwijze

Uit onderzoek blijkt dat meerdere respondenten aangeven dat er binnen organisatie X niet met eenzelfde werkwijze wordt gewerkt. Hierop wordt dan ook een aanbeveling gedaan door de onderzoeker. Iedere sociaal agoog handelt vanuit een eigen werkwijze binnen organisatie X. Er is geen

protocol rondom depressieve klachten. Daarnaast heeft organisatie X geen vaststaande methodiek vanuit waar de begeleiding vormgegeven wordt, waardoor iedere sociaal agog op een andere manier handelt in de praktijk. Om depressieve klachten te kunnen reduceren is het noodzakelijk dat de sociaal agogen dezelfde werkwijze hanteren, wat zorgt voor duidelijkheid en continuïteit in het begeleidingsproces. Daarnaast is er in de werkwijze van organisatie X behoefte om meer samenwerking te creëren met externe specialistische hulpverlening. Behandelaren zijn minimaal betrokken bij het begeleidingsproces van cliënten en het is nog onduidelijk op welke externe instanties organisatie X kan terugvallen, wanneer klachten verergeren bij cliënten.

- Handvatten voor organisatie X:

Organisatie X dient een protocol op te stellen voor hoe er gehandeld moet worden door de sociaal agogen wanneer depressieve klachten worden gesignaleerd bij cliënten. Het beleidsteam van de organisatie stelt dit protocol op. Het beleidsteam dient zich ook te verdiepen in de samenwerking tussen de sociaal agogen en de externe specialistische hulpverlening, wanneer depressieve klachten verergeren en het risico op een crisissituatie vergroot. Vervolgens organiseert het team van sociaal agogen binnen organisatie X een bijeenkomst waarin er diepgaand wordt gekeken naar de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), omdat deze benadering aansluit bij de huidige werkwijze van organisatie X en rehabilitatie/zelfmanagement blijkt vanuit het theoretisch kader een sterke benadering te zijn om cliënten met depressieve klachten en PTSS te begeleiden richting herstel en participatie voorbij het psychisch lijden.

- Naastenbetrokkenheid

Uit onderzoek blijkt dat naastenbetrokkenheid actiever ingezet moet worden in het begeleidingsproces van cliënten om depressieve klachten te kunnen reduceren binnen organisatie X. Naasten kunnen ook dienen als informatiebron om de achtergrond van de cliënt inzichtelijk te krijgen. Nu wordt er voornamelijk incidenteel naastenbetrokkenheid ingezet door de sociaal agogen, maar sociaal agogen fungeren nog te vaak als steunsysteem van de cliënt. Het theoretisch kader binnen dit onderzoek ondersteunt dat de samenwerking met naasten belangrijk is om depressieve klachten te reduceren.

- Handvatten voor organisatie X:

Organisatie X dient met toestemming van cliënten meer samenwerking op te zoeken met naasten. Een hulpmiddel dat hiervoor gebruikt kan worden door de sociaal agogen binnen organisatie X, is de triadekaart. De triadekaart is een hulpmiddel om te werken vanuit de triade tussen cliënt, hulpverlener en naasten. Deze triade maakt inzichtelijk welke rol iedere partij aanneemt in het begeleidingsproces en waar ieders behoeften en verwachtingen liggen in de triadische samenwerking. De kwaliteit van zorg verbetert, de in- door- en uitstroom van cliënten verloopt beter en cliënten dienen vanuit de huidige ambulantisering veel meer op naasten terug te vallen in hun proces om de specialistische hulpverlening minimaal te belasten (Ypsilon, 2023).

5.3.2. Aanbevelingen voor organisatie X

- Scholing

Uit onderzoek blijkt dat er veel behoefte is om te investeren in extra scholing voor de medewerkers binnen organisatie X om specialistische kennis te verkrijgen over depressieve klachten en PTSS. Alle medewerkers hebben nu basiskennis over depressieve klachten en PTSS, waardoor zij merken dat ze niet altijd grip hebben op de gevolgen die de problematiek met zich meebrengt, wat zelfs kan resulteren in een crisissituatie voor een cliënt. Medewerkers geven aan dat het opdoen van meer specialistische kennis ervoor zorgt dat ze leren hoe depressieve klachten en PTSS zich uiten in de praktijk, hoe ze vroegtijdig kunnen signaleren en welke handvatten er zijn om cliënten met depressieve klachten en PTSS effectief te kunnen begeleiden, met als einddoel om depressieve klachten te kunnen reduceren bij cliënten.

- Handvatten voor organisatie X:

Vanuit deze aanbeveling gaat organisatie X vaker cursussen en trainingen aanbieden voor de sociaal agogen met betrekking tot depressieve klachten en PTSS. Dit met als doel om meer kennis en

inzichten te verkrijgen over de problematiek en de handvatten die de organisatie hiervoor kan gebruiken om de klachten te signaleren, te begeleiden en te reduceren. Daarnaast worden de kennis en handvatten door het beleidsteam geïmplementeerd in het beleid en protocollen van organisatie X.

- Informatievoorzieningen

Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de respondenten behoefte heeft aan meer informatie over depressieve klachten en PTSS. Nu is onduidelijk waar klachten vandaan komen, wat de problematiek inhoudt op de lange termijn, hoe dit door anderen ervaren wordt (herkenning) en wat handelingsperspectieven zijn om depressieve klachten te reduceren.

- Handvatten voor organisatie X:

Informatieoverdracht kan op diverse manieren overgedragen worden op sociaal agogen en cliënten binnen organisatie X, zoals: ervaringsdeskundigheid/gast sprekers, informatiebijeenkomsten, folders, informatie vanuit externe hulpverlening, netwerkbijeenkomsten etc. Organisatie X kan inzetten op het verkrijgen van informatieve folders vanuit bijvoorbeeld de huisarts, GGZ organisaties etc. Daarnaast kan er vaker iemand met ervaringsdeskundigheid en/of gast sprekers worden uitgenodigd binnen organisatie X om ervaring en kennis over te dragen op de sociaal agogen en cliënten. Organisatie X sluit weleens aan bij externe bijeenkomsten met een bepaalde problematiek als thema, waarin de samenwerking meer opgezocht zou kunnen worden tussen organisatie X en externe organisaties. Daardoor wordt informatie toegankelijker voor de sociaal agogen en cliënten.

- Intervisie

Uit het onderzoek blijkt dat er veel behoeften is aan overleg met collega's binnen organisatie X over casussen waarin depressieve klachten in combinatie met PTSS zich voordoen. Sommigen medewerkers geven aan dat er nog te weinig wordt gedeeld wat ieders visie is en waarom zij op een bepaalde manier handelen in de praktijk rondom complexere problematieken. De aanbeveling die wordt gedaan is het inzetten van intervisie binnen organisatie X. Intervisie zorgt ervoor dat visies met elkaar worden gedeeld, handelingsperspectieven worden besproken, er kan worden gebrainstormd over mogelijkheden in een casus, dat er tijdig wordt gesignaleerd en crisispreventie kan worden ingezet en het creëert meer verbinding in het team.

- Handvatten voor organisatie X:

Organisatie X wordt geadviseerd om één keer per twee weken intervisie in te zetten voor de sociaal agogen. Noodzakelijke casussen komen aan bod en vormen de basis van de intervisie. Er wordt ruimte gemaakt voor professionele ontwikkeling en vraagstukken, waarop ieder teamlid zijn visie kan geven. De teamleider organiseert de intervisie. Iedere sociaal agoog binnen organisatie X dient aanwezig te zijn zodat de intervisie optimaal vormgegeven wordt. De intervisie biedt ook handvatten voor nieuwe medewerkers, omdat zij op deze manier kunnen leren van de meer ervaren sociaal agogen binnen organisatie X en zij op deze manier inzicht krijgen in wat er van hen verwacht wordt in bepaalde casussen.

5.3.3. Aanbeveling voor vervolgonderzoek

- Meer kennis over depressiepreventie

Doormiddel van dit onderzoek wordt er ook een aanbeveling gedaan voor toekomstig vervolgonderzoek. Het advies is om in het vervolgonderzoek meer kennis te verkrijgen over welke interventies er passend zouden zijn om preventief te werken met cliënten die gevoelig zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten. Er is binnen organisatie X nog weinig kennis en inzicht in welke interventies en kunnen worden ingezet rondom depressiepreventie. Dit zorgt ervoor dat depressieve klachten ontstaan en gereduceerd moeten worden in samenwerking met de hulpverlening, maar wanneer er interventies rondom preventie worden ingezet is de kans groot dat depressieve klachten niet worden ontwikkelt. Daardoor wordt de cliënt in staat gesteld om participatie en eigen regie over diens leven te behouden.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt de koppeling gemaakt tussen de probleemanalyse (paragraaf 1.1) en de conclusies (paragraaf 5.1). Er wordt met een kritische blik gekeken naar de betekenis en bruikbaarheid binnen het onderzoek. Vervolgens wordt er een sterkte- en zwakteanalyse toegepast in het onderzoek waardoor de onderzoeker inzichtelijk maakt wat de sterktes en zwaktes zijn van het onderzoek.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse (paragraaf 1.1) wordt op macroniveau inzichtelijk dat mensen in toenemende depressieve klachten ervaren. In de Nederlandse samenleving kampen 800.000 mensen met een depressie. Dit heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven, werk en het aangaan/behouden van relaties. Depressie is een belangrijk maatschappelijk probleem voor de Nederlandse volksgezondheid geworden omdat het totaal aantal dagen ziekteverzuim voor 8,2% ontstaat door een depressie (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). De probleemanalyse op mesoniveau beschrijft dat organisatie X niet beschikt over een beleid, protocol en methodiek rondom depressieproblematiek, waardoor er geen plan is om depressieve klachten te reduceren bij cliënten. Dit zorgt ervoor dat op microniveau zichtbaar wordt dat de sociaal agogen een gebrek ervaren aan kennis en inzichten en voornamelijk handelen vanuit gevoel en ervaring om depressieve klachten bij cliënten met PTSS te signaleren en reduceren. Omdat depressieve klachten nog te vaak onbesproken blijven door cliënten, is het des te belangrijk om vroegtijdig te signaleren door de sociaal agogen. Daarentegen toont het onderzoek aan dat de sociaal agogen binnen organisatie X over onvoldoende kennis en handvatten beschikt om eenzaamheid vroegtijdig te signaleren, waardoor klachten langer onbehandeld blijven. Dit gebrek aan kennis komt voort uit dat organisatie X hierin onvoldoende faciliteert. Organisatie X heeft geen beschreven visie rondom depressieve klachten en PTSS, waardoor ook een passend beleid ontbreekt waarmee de sociaal agogen kunnen werken. Op macroniveau is er voldoende kennis en inzicht over depressieproblematiek, waaruit blijkt dat er veel aandacht is voor depressie. Op mesoniveau mag er meer aandacht komen voor de problematiek om dit vervolgens op microniveau uit te kunnen voeren met de cliënten die depressieproblematiek ervaren.

Binnen het onderzoek schetsen sociaal agogen het beeld dat depressieve klachten niet altijd op de voorgrond staan, maar dat PTSS veel duidelijker aanwezig is. Het is ook niet altijd duidelijk voor de sociaal agogen welke klachten van PTSS afkomen en welke klachten van de depressieproblematiek afkomen. In de conclusie wordt gesteld dat dit voortkomt uit het gebrek aan kennis over PTSS en depressieve klachten. Dit kan een reden zijn, maar ook speelt de complexere problematiek een rol omdat dit vaak eerst moet worden behandeld of gestabiliseerd voordat depressieve klachten aan het licht komen in het behandelproces. Het behandelen of stabiliseren van de complexere problematiek zoals PTSS, zou kunnen zorgen voor een afname in depressieve klachten omdat dit vaak als een gevolg wordt gezien van de complexere problematiek.

Wanneer er wordt gesproken over de bruikbaarheid van het onderzoek wordt er gekeken naar het onderzoeksvoorstel, waarin de mate van kennis, benutting en implementatie mogelijk is binnen de organisatie waarin het onderzoek zich afspeelt (Boeije & Bleijenbergh, 2023). De resultaten en conclusies van het onderzoek zijn op verschillende niveaus gegeneraliseerd. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten als gevolg van de interviews die zijn afgenomen met de respondenten. Respondenten waren cliënten met PTSS en depressieve klachten en sociaal agogen binnen organisatie X. Bij de aanbevelingen is er gekeken naar de mogelijkheid om deze in te zetten in binnen organisatie X. Het onderzoek heeft de focus aangebracht op hoe organisatie X en diens sociaal agogen cliënten met PTSS kunnen ondersteunen bij het reduceren van depressieve klachten. De resultaten en aanbevelingen zijn bruikbaar voor het onderzoeksthema en laagdrempelig te implementeren door organisatie X en andere externe organisaties, omdat het bijvoorbeeld weinig tot geen kosten bevat om de aanbevelingen te implementeren. De aanbevelingen binnen dit onderzoek zijn gericht op organisatie X. De aanbevelingen zijn bruikbaar omdat ze aansluiten bij de behoeften

van de respondenten, waarbij er ook gekeken is door de onderzoeker naar aanbevelingen die zo min mogelijk financiële middelen vereisen omdat het onderzoek zich afspeelt in een kleinere organisatie, waarin minder financiële middelen beschikbaar zijn voor de sociaal agogen dan in een grote organisatie. De resultaten, conclusie en aanbevelingen van dit onderzoek zijn gepresenteerd aan de sociaal agogen binnen organisatie X. Zij vonden de resultaten herkenbaar en zijn het eens met de conclusies binnen dit onderzoek. Zij zijn ervan overtuigd dat ze de aanbevelingen kunnen implementeren in de praktijk.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

Binnen dit onderzoek zijn een aantal sterktes en zwaktes geanalyseerd. In de beschrijving hieronder worden een aantal zwaktes puntsgewijs beschreven. Vervolgens worden er een aantal sterktes puntsgewijs beschreven. Hierin is ook de feedback uit de praktijk meegenomen met betrekking tot dit onderzoek.

Steekproef

Ten eerste is er binnen dit onderzoek sprake van een kleine steekproef. In totaal zijn er negen respondenten geïnterviewd waarvan 5 sociaal agogen en vier cliënten. Dit zorgt voor een negatief effect op de externe validiteit. De externe validiteit betreft de mate waarop je de resultaten uit de steekproef kunt generaliseren naar de grotere onderzoekspopulatie (Bhandari & Merkus, 2022). Een grotere steekproef zou meer tijd in beslag nemen dan dit onderzoek mogelijk maakt. Daarnaast dient er meer vervolgonderzoek plaats te vinden binnen diverse instellingen om de generaliseerbaarheid van het onderzoek te vergroten. Een sterkte van de steekproef die binnen het onderzoek is uitgevoerd is dat de geïnterviewde respondenten zowel mannen als vrouwen waren wat een representatiever beeld geeft van de algehele populatie van cliënten met depressieve klachten in combinatie met PTSS. Een ander sterkte binnen de steekproef is dat alle respondenten op vrijwillige basis hebben deelgenomen aan het onderzoek. De cliëntrespondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn allemaal minimaal zes maanden in begeleiding binnen organisatie X. De medewerker respondenten zijn allemaal minimaal twee maanden werkzaam binnen organisatie X zodat beiden categorieën voldoende kennis hebben over de werkwijze van organisatie X.

Meetinstrument

Het meetinstrument binnen dit onderzoek betreft een semigestructureerd interview, wat ervoor heeft gezorgd dat niet ieder interview precies hetzelfde is verlopen binnen dit onderzoek. Onderlinge resultaten kunnen daarom van elkaar verschillen omdat niet alle onderwerpen in dezelfde mate aan bod zijn gekomen. De reden waarom er voor een semigestructureerd interview is gekozen, is omdat het onderzoeksthema dieper kan worden ingegaan op de complexiteit van depressieve klachten in combinatie met PTSS. Daarnaast kan er soms worden afgeweken van de standaard vragen, op doorvragend op de antwoorden die de respondenten gaven tijdens de interviewafname. Een sterkte van het meetinstrument is de manier waarop de interne validiteit gewaarborgd is. Er is gebruik gemaakt van topiclijsten voor de respondenten wat ervoor zorgde dat in ieder interview dezelfde hoofdonderwerpen naar voren kwamen als basis voor het kunnen beantwoorden van de onderzoeksvraagstelling. Alle interviews zijn afgenomen door dezelfde onderzoeker, wat ook bijdraagt aan het kunnen waarborgen van de interne validiteit (Merkus, 2022).

Respondenten

Ten slotte is een zwakte binnen het onderzoek dat niet alle cliënten volledig aan de problematiek van het onderzoeksthema voldoen. Sommige cliëntrespondenten ervaren wel depressieve klachten en hebben traumatische gebeurtenissen meegemaakt, maar zij hebben niet allemaal de definitieve PTSS diagnose. Daarnaast is organisatie X een kleine organisatie waardoor de onderzoeker beperkter was in de selectie van de respondenten die passend waren voor het onderzoeksthema. Een kleine organisatie heeft over het algemeen ook minder middelen ter beschikking om gebruik van te kunnen maken met het oog op ontwikkeling en kwaliteit. Een sterkte is wel dat alle respondenten zich heel betrokken

voelen bij de doelen en ontwikkelingen die organisatie X wilt behalen, waardoor de kans vergroot dat aanbevelingen daadwerkelijk worden geïmplementeerd in de praktijk.

Literatuurlijst

113 Zelfmoordpreventie. (z.d.). Wat is suïcide? Geraadpleegd op 8 maart 2023, van <https://www.113.nl/i/suicide>

Begeleid Wonen Nederland. (2020, 22 oktober). Wat is woonbegeleiding? Geraadpleegd op 6 maart 2023, van <https://begeleidwonennederland.nl/beschermd-wonen/wat-is-woonbegeleiding/>

Bhandari, P., & Merkus, J. (2022). Externe validiteit waarborgen | Uitleg, bedreigingen en voorbeelden. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/externe-validiteit/>

Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2023). Analyseren in kwalitatief onderzoek (4th ed.). Boom uitgevers Amsterdam.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021, 29 juni). Risico op angststoornis of depressie onder jongvolwassenen toegenomen. Geraadpleegd op 21 februari 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/risico-op-angststoornis-of-depressie-onder-jongvolwassenen-toegenomen>

De Nederlandse GGZ. (2023, 13 april). ‘Doordecentralisatie’ beschermd wonen: kwetsbaren de dupe? Geraadpleegd op 24 mei 2023, van <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2023/doordecentralisatie-beschermd-wonen-kwetsbaren-de-dupe>

De Overstap. (2021, 13 oktober). Wat is ambulante begeleiding? Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.overstap.nl/veelgestelde-vragen/wat-is-ambulante-begeleiding/>

Déhora Nederland. (2022, 3 februari). Wat is een bereikbaarheidsdienst? Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://dehora.nl/lexicon/wat-is-een-bereikbaarheidsdienst/>

Dingemanse, K. (2021). Stappenplan om kwantitatieve en kwalitatieve interviews te coderen. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>

Gemeenteraad Veldhoven. (2022). Besluiten over Regiovisie Doordecentralisatie Beschermd Wonen 2022-2026. Gemeente Veldhoven. <https://gemeenteraad.veldhoven.nl/Documenten/22-007-AN-Regiovisie-Doordecentralisatie-Beschermd-Wonen-2022-2026.pdf>

GGZ Standaarden. (2020). Triadisch werken: Omdat aandacht voor de sociale context cruciaal is. GGZ Standaarden. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/669fa3f2923208147a14d1b4dee4c5d0.pdf

GGZ Standaarden. (z.d.). Depressieve stoornissen: Behandeling en begeleiding. Geraadpleegd op 23 juni 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/behandeling-en-begeleiding/basale-uitgangspunten-bij-de-behandeling/gepaste-zorg/>

Jongedijk, R.A. (2008). De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen? Geraadpleegd op 26 maart 2023, van https://psychotranet.org/sites/default/files/documents/cgs_2008_03.pdf

Korevaar, L., & Dröes, J. (2016). Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn: Ondersteuning van maatschappelijke participatie en herstel (3de editie). Coutinho.

Merkus, J. (2021, 27 september). Wat is een topiclijst voor een interview? Scribbr. Geraadpleegd op 26 maart 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/voorbeeld-topiclijst->

[interview/#:~:text=Een%20topiclijst%20is%20een%20lijst,om%20je%20onderzoeksvraag%20te%20beantwoorden](#)

Merkus, J. (2022). Wat is interne validiteit en hoe waarborg je deze in je scriptie? Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interne-validiteit/>

Ministerie van Algemene Zaken. (2022, 17 maart). Aanpak depressie. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 21 februari 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/aanpak-depressie>

Ministerie van Algemene Zaken. (2023, 3 maart). Waar kan ik een Wlz-indicatie aanvragen voor langdurige zorg? Rijksoverheid. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/vraag-en-aanvragen/#:~:text=Met%20een%20Wlz%2Dindicatie%20kunt,en%20doelmatig%20zorg%20te%20krijgen>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 8 december). Wat is de Wmo? Regelhulp, de WMO. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wmo/wat-is-de-wmo>

Movisie. (2021, 23 september). 8-fasenmodel. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.movisie.nl/interventie/8-fasenmodel/#:~:text=Het%208%2Dfasenmodel%20is%20een,psychische%20gezondheid%2C%20werk%20en%20activiteiten>.

Movisie. (z.d.). (Arbeids)participatie - Tools voor sociaal professionals: Diversiteitsfactoren. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.movisie.nl/arbeidsparticipatie-tools-sociaal-professionals>

Nuijen, J., Van Bon-Marten, M., De Graaf, R., Have, M. T., Van Der Poel, A., De Beurs, D., Nielen, M., Verhaak, P. F. M., & Voorrips, L. (2018). Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. : Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Nivel. Geraadpleegd op 23 juni 2023, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zicht-op-depressie-de-aandoening-preventie-en-zorg-themarapportage-van-de-staat-van>

NVA, Nederlandse Vereniging voor Autisme. (2021, 17 december). Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Geraadpleegd op 28 februari 2023, van <https://www.autisme.nl/over-autisme/wat-is-autisme/autisme-spectrum-stoornis-ass/>

Onze Taal. (z.d.). Is het client of cliënt? Of is dat niet hetzelfde? Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://onzetaal.nl/taalloket/client/#:~:text=Je%20schrijft%20cli%C3%ABnt%20met%20een,als%20'klie%2Dj%C3%A8nt'>

PsyQ. (z.d.). Soorten persoonlijkheidsstoornissen. Geraadpleegd op 5 maart 2023, van <https://www.psyq.nl/persoonlijkheidsstoornis/verschillende-persoonlijkheidsstoornissen>

Rasing, S. P. A., Spijker, J., Stikkelbroek, Y. A. J., & Creemers, D. H. M. (2021). De beste behandeling voor depressie is vroegsignalering en preventie bij jeugdigen. Tijdschrift voor Psychiatrie.

Registerplein. (2022, 25 november). Sociaal Agogen. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.registerplein.nl/registers/sociaal-agogen/>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021). Gezondheid per buurt, wijk en gemeente: Risico op angst of depressie per gemeente, wijk en

buurt. RIVM. Geraadpleegd op 10 april 2023, van <https://www.rivm.nl/media/smap/depressie.html?gemeente=Veldhoven>

Schulinck. (2023, 18 januari). Gaat de doordecentralisatie van beschermd wonen en het woonplaatsbeginsel er komen? - Schulinck. <https://www.schulinck.nl/opinie/gaat-de-doordecentralisatie-van-beschermd-wonen-en-het-woonplaatsbeginsel-er-komen/>

SGE Stratum. (z.d.). Positieve gezondheid. Geraadpleegd op 6 maart 2023, van <https://stratum.sge.nl/uitgelicht/1020/positieve-gezondheid-op-10-aug-dagelijks-functioneren#:~:text=Het%20dagelijks%20functioneren%20gaat%20over,aankleden%2C%20boodschappen%20doen%20en%20koken.>

Synoniemen.net. (z.d.). Destructief. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://synoniemen.net/index.php?zoekterm=destructief>

Thuisarts.nl. (2021, 2 februari). Ik heb een posttraumatische stressstoornis. Geraadpleegd op 28 februari 2023, van <https://www.thuisarts.nl/posttraumatische-stress-stoornis/ik-heb-posttraumatische-stress-stoornis>

Trimbos Instituut. (2023b). Depressie signaleren en voorkomen. Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/depressiepreventie/>

Van Beurden, P. (2016, 7 november). GGZ Nederland: “De ambulantisering stagneert”. Zorgvisie. Geraadpleegd op 27 maart 2023, van <https://www.zorgvisie.nl/ggz-nederland-de-ambulantisering-stagneert/>

van Grieken, R. A., & Schene, A. H. (2018). Zelfmanagement bij en behandeling van depressie; het patiëntenperspectief. Tijdschrift voor Psychiatrie, 60(9), 627–636.

Vereniging Nederlandse Gemeenten [VNG]. (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. VNG. https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf

Ypsilon. (2023, 14 maart). *Handige hulpmiddelen : Triadekaart*. Geraadpleegd op 19 juni 2023, van <https://www.ypsilon.org/hulpverlener/handige-hulpmiddelen/>

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., McCann, V., & Braam, A. (2020). Psychologie : de essentie. (F. Despriet, Ed.) (4e editie, Derde druk). Pearson.

Zorgwijzer. (2022, 1 augustus). Wmo: wat is het en hoe kan ik aanvragen? (+ info indicatie). Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijsten

1.1 Topiclijst sociaal agoog

1. Introductie

Met de start van het interview wordt de respondent voorgesteld en wordt er door de onderzoeker gevraagd hoe diegene er bij zit. Vervolgens wordt het doel van het interview benoemt en geeft de onderzoeker een toelichting over de anonimiteit van de respondent. Ten slotte wordt aan de respondent verteld dat de opname wordt vernietigd nadat het onderzoek is afgerond. Er is gebruik gemaakt van twee topiclijsten binnen dit onderzoek, namelijk een topiclijst voor de sociaal agogen en een topiclijst voor de cliënten.

2. Personalialia

- Hoe oud bent u?
- Hoe lang bent u werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg?
- Hoe lang bent u al werkzaam bij organisatie X?
- Wat is uw huidige functie binnen organisatie X?
- Wat houdt deze functie concreet in?

3. Visie

- Wat is uw visie op de geestelijke gezondheidszorg?
- Wat is uw visie op depressieve klachten?
- Wat is uw visie op PTSS?

4. Depressieve klachten

- Hoe omschrijft u depressieve klachten?
- Hoe uiten depressieve klachten zich bij cliënten volgens u?
- Wat zijn de gevolgen van depressieve klachten bij cliënten?
- Wat zijn volgens u de oorzaken voor het kunnen ontwikkelen van depressieve klachten?

5. PTSS

- Hoe omschrijft u PTSS?
- Wat zijn de gevolgen van PTSS die worden gesignaleerd in de praktijk?
- Wat biedt organisatie X in de begeleiding van cliënten met PTSS?
- Hoe staan depressieve klachten en PTSS met elkaar in verbinding volgens u?

6. Begeleiding

- Wat is de huidige situatie in de begeleiding van cliënten met depressieve klachten binnen organisatie X?
- Wat is uw visie op de begeleiding die wordt geboden binnen organisatie X?
- Welke methodieken worden toegepast in de begeleidingswijze? Wat bieden deze methodieken met betrekking tot het onderzoeksthema?
- Wat vindt u van de begeleidingswijze van organisatie X?
- Wat gaat er goed in de begeleidingswijze?
- Wat zou u graag anders willen zien in de begeleidingswijze?
- Wat heeft u nodig om een cliënt adequaat te begeleiden in het reduceren van depressieve klachten?
- Wat doet organisatie X met betrekking tot vroegsignalering en preventie rondom het onderzoeksthema?

7. Belang van de cliënt

- Wat denkt u dat de cliënten van organisatie X nodig hebben om depressieve klachten te verminderen tijdens het begeleidingsproces?

- Wat denkt u dat de cliënten belangrijk vinden in de begeleiding rondom de depressieve klachten die zij ervaren?
- Wat vindt u dat organisatie X nodig heeft om depressieve klachten te kunnen reduceren?

1.2 Topiclijst cliënten

1. Introductie

Met de start van het interview wordt de respondent voorgesteld en wordt er door de onderzoeker gevraagd hoe diegene er bij zit. Vervolgens wordt het doel van het interview benoemt en geeft de onderzoeker een toelichting over de anonimiteit van de respondent. Ten slotte wordt aan de respondent verteld dat de opname wordt vernietigd nadat het onderzoek is afgerond. Er is gebruik gemaakt van twee topiclijsten binnen dit onderzoek, namelijk een topiclijst voor de sociaal agogen en een topiclijst voor de cliënten.

2. Personalialia

- Hoe oud bent u?
- Hoe lang bent u onder begeleiding/behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg?
- Hoe lang bent u al onder begeleiding bij organisatie X?
- Wat is de reden dat u begeleiding krijgt binnen organisatie X?

3. Visie

- Wat is uw visie op de geestelijke gezondheidszorg?
- Wat is uw visie op het begrip depressieve klachten?
- Wat is uw visie op het begrip PTSS?

4. Depressieve klachten

- Hoe omschrijft u depressieve klachten?
- Wat is uw ervaring met depressieve klachten?
- Wat zijn de gevolgen van de depressieve klachten volgens u?
- Wat zijn de oorzaken voor het ontwikkelen van depressieve klachten volgens u?
- Wat is volgens u nog meer van invloed op het kunnen ontwikkelen van depressieve klachten?
- Wat doet u zelf om de depressieve klachten te verminderen?

5. PTSS

- Hoe omschrijft u PTSS?
- Wat zijn de oorzaken van PTSS volgens u?
- Wat zijn de gevolgen van PTSS volgens u?
- Wat wordt er in de begeleiding ingezet binnen organisatie X rondom PTSS?
- Hoe staan depressieve klachten en PTSS met elkaar in verbinding volgens u?

6. Begeleiding

- Wat is de huidige situatie in de begeleiding van cliënten met depressieve klachten binnen organisatie X?
- Wat vindt u van de begeleidingswijze van organisatie X?
- Wat gaat er goed in de begeleiding binnen organisatie X met betrekking tot het onderzoeksthema?
- Wat zou u graag anders willen zien in de begeleiding binnen organisatie X met betrekking tot het onderzoeksthema?
- Wat doet organisatie X rondom vroegsignalering en preventie?

7. Belang van de cliënt

- Wat denkt u dat organisatie X nodig heeft om depressieve klachten te verminderen bij u en medecliënten?
- Wat zijn uw behoeften en verwachtingen wanneer u depressieve klachten ervaart tijdens het begeleidingsproces binnen organisatie X?

Bijlage 2: Codebomen

2.1 Codeboom cliënten

Huidige situatie	Huidige begeleidingswijze: Depressieve klachten: PTSS: Belemmerende factoren: Bevorderende factoren:	- Begeleiding op hulpvraag - Onderliggende klachten worden niet altijd aangepakt in behandeling - Onderliggende klachten worden niet altijd tijdig gesignaleerd - Ondersteuningsplan - Ondersteunen bij behandeling - Bereikbaarheidsdienst - Gebrek aan energie - Sombereheid - Veelvoorkomend na traumatische gebeurtenis - Slecht slapen - Verwaarlozing omgeving - Slecht eten - Isolement - Sociale contacten vervallen - Gebrek aan dag invulling - Vicious cirkel - Suïcidale gedachten - Ontstaat door traumatische gebeurtenissen in het verleden - Herbelevingen - Dissociatie - Angst - Paniek - Triggers - Behandeling is essentieel - Slecht slapen - Slechte zelfzorg - Gebrek aan handvatten en kennis vanuit organisaties - Lange wachtlijsten - Klachten worden niet altijd tijdig gesignaleerd - Stigmatisering - Signaleringsplan wordt niet actief ingezet - Cursussen - Nabijheid en betrokkenheid - Verhogen van indicatie wanneer nodig - Bereikbaarheidsdienst - Overleg externe instanties - Inzetten op behandeling
------------------	---	---

Behoeften en verwachtingen		- Meer activiteiten - Meer aandacht voor vroegsignalering - Begeleiders met meer specialistische kennis - Passend behandelaanbod - Luisterend oor - Nabijheid/betrokkenheid - Sociale contacten onderhouden - Dagstructuur/dag invulling - Minder wisselingen in begeleiders - Positieve benadering - Signaleringsplan toepassen - Samenwerking tussen begeleiding en behandeling vergroten - Informatievoorzieningen
----------------------------	--	---

2.2 Codeboom sociaal agogen

Huidige situatie	Huidige werkwijze: Depressieve klachten:	- Risico inventarisatie bij plaatsing - Geen protocol - Geen vaste methodiek in team - Ondersteuningsplan - Ondersteunen op hulpvraag - Contact met gemeente voor indicatie op maat - Behandelaar verantwoordelijk maken voor cliënt - Ondersteuning bij behandeling - Bereikbaarheidsdienst - Signaleringsplan - Handelen vanuit gevoel en ervaring - Presentiebenadering - Eigen regie - Slecht slapen - Somberheid - Slechte zelfzorg - Isolement - Gebrek aan energie - Leefomgeving verwaarlozen - Middelengebruik - Risico op criminele activiteiten - Gebrek aan dag invulling - Onverwerkte gebeurtenissen in het verleden - Gebrek aan sociale contacten - Suïcidale gedachten
------------------	--	---

