

Motiveren kan je leren

Kwalitatief onderzoek naar de invloed van de nieuwe vorm van behandelplanbesprekingen op de behandelmotivatie van patiënten van FPC Dr. S. van Mesdag.

Auteur: JiWon van Lenthe

Datum: 17 maart 2021

Motiveren kan je leren

Kwalitatief onderzoek naar de invloed van de nieuwe vorm van behandelplanbesprekingen op de behandelmotivatie van patiënten van
FPC Dr. S. van Mesdag.

Afstudeerscriptie Bachelor Toegepaste Psychologie

JiWon van Lenthe

Studentnummer: 357700

j.w.h.van.lenthe@st.hanze.nl

Hanzehogeschool Groningen

Academie voor Sociale Studies

Toegepaste Psychologie

Begeleidend docent: Bas Scholtz

Opdrachtgever: Tina Hannemann en Bart-jan ter Heegte

Werkgroep Zorgproces, FPC Dr. S. van Mesdag

17 maart 2021, Groningen

Voorwoord en dankwoord

Voor u ligt de scriptie *‘Motiveren kan je leren. Kwalitatief onderzoek naar de invloed van de nieuwe vorm van behandelplanbesprekingen op de behandelmotivatie van patiënten van*

FPC Dr. S. van Mesdag’. Deze scriptie is de verslaglegging van het onderzoek dat ik heb uitgevoerd ter afronding van de Bachelor Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Tina Hannemann en Bart-jan ter Heegte, die de werkgroep Zorgproces van FPC dr. S. van Mesdag vertegenwoordigen. Het onderzoek is gericht op de evaluatie van de vernieuwde werkvorm voor de behandelplanbesprekingen binnen de Mesdag en welke invloed deze werkvorm heeft op de behandelmotivatie van de patiënten van de Mesdag. Uitvoering van dit onderzoek vond plaats tussen september 2020 en maart 2021.

Ik ben dankbaar ik de kans heb gekregen om mijn afstudeertraject te doorlopen bij een organisatie die naadloos aansluit bij mijn interesse in de forensische psychiatrie. En dat ik de mogelijkheid heb gekregen om in gesprek te gaan met verschillende disciplines binnen de organisatie. Het horen van de ervaringen van zowel patiënten als behandelaars heeft mijn beeld van de diversiteit en complexiteit van de forensische psychiatrie verder verbreed en mij geïnspireerd om mij verder te ontwikkelen als professional in dit werkveld. Mijn hoop is om met deze scriptie een bijdrage te hebben geleverd aan de verdere ontwikkeling en finetuning van de nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen. En patiënten en behandelaars het idee heb kunnen geven dat zij hier een stem in hebben gehad.

Ondanks de vele obstakels die COVID-19 opgeworpen heeft gedurende de onderzoeksperiode heb ik met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. Ik wil graag een woord van dank richten aan een aantal personen die dit mede mogelijk gemaakt hebben. Allereerst Tina Hannemann en Bart-jan ter Heegte voor het aanbieden van de opdracht, hun vertrouwen en medewerking om mij te voorzien van de nodige informatie. Ook wil ik Bas Scholtz bedanken voor zijn begeleiding en ondersteuning tijdens deze turbulente periode. Dit heb ik zowel op professioneel als op persoonlijk vlak zeer gewaardeerd. Als derde wil ik Harmke Visser bedanken voor het praktisch meedenken over de uitvoering van het onderzoek. En ten slotte gaat mijn dank uit naar alle behandelaars en patiënten die hun medewerking hebben verleend aan de interviews. Zonder hun tijd en openheid had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden.

Ik wens u veel leesplezier toe,

JiWon van Lenthe

Groningen, 17 maart 2021

Samenvatting

De werkgroep Zorgproces heeft binnen forensisch psychiatrisch centrum Dr. S. van Mesdag een aantal veranderingen doorgevoerd binnen het zorgproces. Een van de onderdelen van dit proces is de behandelplancycclus, met als belangrijkste ingrediënt de behandelplanbespreking. Tijdens deze bespreking wordt vastgesteld welke doelen gesteld worden voor de behandeling voor de komende drie maanden en welke middelen ingezet worden om deze te realiseren. Het doel van de veranderingen bij deze bespreking is om de focus te leggen op het vinden van overeenstemming tussen patiënt en behandelaar over wat in de behandeling moet worden gedaan en bereikt. Hierbij wordt de patiënt actief betrokken bij de vormgeving van zijn behandeling en hopen behandelaars de behandelmotivatie van de patiënt te bevorderen.

Om dit te realiseren is een nieuwe werkvorm ontworpen voor de behandelplanbespreking. Deze nieuwe werkvorm onderscheidt zich van de oude doordat de focus volledig op de patiënt en zijn leerproces ligt. Vanaf het voorjaar van 2020 is deze werkvorm gefaseerd ingevoerd en in september 2020 hebben alle patiënten van de Mesdag minimaal één behandelplanbespreking in de nieuwe vorm ervaren. Het is nu tijd voor de werkgroep Zorgproces om te evalueren. De werkgroep wil weten hoe de nieuwe werkvorm door patiënten wordt ervaren of deze daadwerkelijk invloed heeft op de behandelmotivatie. In opdracht van de werkgroep Zorgproces is daarom een onderzoek uitgevoerd om de ervaringen van patiënten en de verandering in de behandelmotivatie in kaart te brengen. Daarbij is de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Welke invloed hebben de ervaringen met de nieuwe werkvorm voor behandelplanbespreking op de behandelmotivatie van patiënten van de Mesdag?

Om tot een antwoord op deze onderzoeksvraag te komen zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij deelnemers van de behandelplanbesprekingen in de nieuwe vorm. Dit betrof zes patiënten, elf behandelcoördinatoren en drie mentoren. Vanwege de COVID-19-restricties zijn de interviews, op één uitzondering na, telefonisch en via videoverbinding afgenomen. Voor de interviews is een vooraf opgestelde topiclijst gebruikt. Alle interviews zijn opgenomen en samenvattend getranscribeerd voor analyse.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de nieuwe werkvorm lijkt te voorzien in een drietal psychologische basisbehoeften, die volgens Ryan en Deci (2017) intrinsieke motivatie bevorderen. Deze drie basisbehoeften zijn autonomie, competentie en verbinding.

In de behoefte aan autonomie lijkt voorzien te worden. Patiënten blijken de ruimte die zij krijgen voor eigen inbreng te waarderen. Ze merken dat zij actief betrokken worden bij de besluitvorming tijdens de behandelplanbespreking en hebben de indruk dat zij invloed kunnen uitoefenen op de vormgeving van hun behandeling.

In de behoefte aan competentie lijkt ook voorzien te worden. Patiënten geven aan te geloven in hun vermogen om de gestelde doelen te realiseren. Dit gevoel van competentie wordt versterkt door de positieve feedback die zij ontvangen van hun mentor en behandelcoördinator en doordat zij onder andere op de trajectkaart kunnen zien wat ze allemaal al bereikt hebben. Het gevoel van competentie is in sommige gevallen zelfs te goed en leidt tot zelfoverschatting.

Ten slotte geven patiënten aan zich actief deelnemer aan de behandelplanbespreking te voelen. Zij zijn deelnemer geworden aan het vormgevingsproces van de behandeling, waar zij eerder vaak buitenstaander waren wanneer behandelaars beslissingen namen over de behandeling. Daarmee lijkt ook de behoefte aan verbinding te worden vervuld.

Op grond van de zelfdeterminatietheorie wordt verwacht dat het voorzien in deze basisbehoeften tot bevordering van intrinsieke motivatie leidt (Ryan & Deci, 2017). Dit lijkt echter niet op te gaan voor patiënten van de Mesdag. Slechts één patiënt heeft aangegeven meer motivatie te ervaren sinds de invoer van de nieuwe werkvorm.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de nieuwe werkvorm niet lijkt aan te sluiten bij extrinsiek gemotiveerde patiënten. Daarom wordt aanbevolen om een werkvorm te introduceren die focust op factoren die samenhangen met extrinsieke motivatie. Daarbij kan verderop in het behandelproces de huidige werkvorm geïntroduceerd worden. Een andere aanbeveling is een herontwerp van het behandelplanformat en de trajectkaart met het doel de zelfoverschatting van patiënten tegen te gaan.

Abstract

The working group Care Process has implemented a number of changes to the care process within forensic psychiatric centre Dr. S. van Mesdag. One of the components of this process is the treatment plan cycle, with the treatment plan meeting as key ingredient. During this meeting, goals are set for the treatment for the next three months and the means used to achieve them are determined. The purpose of the changes at this meeting is to focus on finding agreement between patient and practitioner about what should be done and achieved within the treatment. In doing so, the patient is actively involved in shaping their treatment and it is hoped to increase the patient's treatment motivation.

To realize this, a new work format has been designed for the treatment plan meeting. This new method differs from the old one in that the focus is entirely on the patient and his learning process. Starting in the spring of 2020, this work format was phased in and by September 2020 all patients at Mesdag will have experienced at least one treatment plan meeting in the new format. Time for the Care Process workgroup to evaluate. The working group wants to know how the new work format is experienced by patients and whether it actually influences treatment motivation. Therefore, commissioned by the Care Process workgroup, a study was conducted to map out the experiences of patients and the change in treatment motivation. The following research question was posed:

What influence do the experiences with the new work format for treatment plan meeting have on the treatment motivation of patients of the Mesdag?

To find an answer to this research question, semi-structured interviews were conducted with participants of the treatment plan meetings in the new format. These included six patients, eleven treatment coordinators, and three mentors. Due to COVID-19 restrictions, with one exception, the interviews were conducted by telephone and video conference. The interviews were conducted using a pre-established topic list. All interviews were recorded and transcribed summarily for analysis.

The research findings revealed that the new work format appears to satisfy three basic psychological needs that Ryan and Deci (2017) believe increase intrinsic motivation. These three basic needs are the need for autonomy, competence, and connection.

The need for autonomy seems to be satisfied because patients indicate that they greatly appreciate the space they are given for their own input. They notice that they are actively included in the decision-making process during the meeting and feel that they can influence the design of their treatment.

The need for competence also seems to be satisfied. Patients indicate that they have faith in their ability to achieve the goals they have set. This feeling of competence is strengthened by the positive feedback they receive from their mentor and treatment coordinator and by the fact that they can see, among other things, on the trajectory map, what they have already achieved. In some cases, the feeling of competence is even too good and leads to self-overestimation.

Finally, patients indicate that they feel like active participants in the treatment plan discussion. They have become part of the process of shaping the treatment, where previously they were often outsiders while practitioners made decisions about what the treatment would look like. This also seems to satisfy the need for connection. Based on self-determination theory, one would expect the satisfaction of these basic needs to lead to the promotion of intrinsic motivation (Ryan & Deci, 2017). However, this does not seem to hold true for patients of the Mesdag. Only one patient reported experiencing increased motivation since the introduction of the new work format.

Because the research results have shown that the new work format does not seem to connect with extrinsically motivated patients, it is recommended to introduce a work format that uses intrinsic motivation and possibly only introduce the current work format later in the treatment process. Another recommendation is a redesign of the treatment plan format and the pathway map with the aim of counteracting the self-assessment of patients.

Inhoudsopgave

Voorwoord en dankwoord.....	2
Samenvatting	3
Abstract.....	4
1. Inleiding	7
1.1. FPC Dr. S. van Mesdag.....	7
1.1.1. Obstakels bij behandelplanbesprekingen	8
1.1.2. Nieuwe werkvorm.....	8
1.2. Theoretisch kader	9
1.2.1. Wat is motivatie?	9
1.2.2. Motivatie bij gedwongen behandeling.....	9
1.2.3. Het bevorderen van intrinsieke motivatie.....	10
1.3. Doelstelling.....	11
1.4. Onderzoeksvraag en deelvragen.....	11
2. Methodologie	12
2.1. Steekproeftrekking.....	12
2.2. Dataverzameling en procedure.....	12
2.3. Respondenten	13
2.4. Topiclijst	14
2.5. Data-analyse.....	14
2.6. Betrouwbaarheid en validiteit	14
3. Resultaten	16
3.1. Deelvraag 1	16
3.2. Deelvraag 2	17
3.3. Deelvraag 3	18
3.4. Deelvraag 4	19
3. Conclusie.....	20
4. Discussie.....	22
4.1. Opvallende uitkomsten	22
4.2. Beperkingen in het onderzoek	22
4.3. Generaliseerbaarheid van het onderzoek.....	23
4.4. Suggesties voor vervolgonderzoek	24
5. Aanbevelingen	25
Bibliografie.....	26
Bijlage 1: Interviewuitnodigingen patiënten	28
Bijlage 2: Interviewuitnodiging behandelcoördinatoren en mentoren	30

Bijlage 3: Interviewschema patiënten	31
Bijlage 4: Interviewschema Behandelcoördinatoren en mentoren.....	33

1. Inleiding

Bij de zoekterm 'tbs' presenteert Google een lange lijst aan recente nieuwsberichten. Er moet verscheidene pagina's verder gebladerd worden om het eerste nieuwsbericht te vinden dat ouder is dan een maand. De tbs, wat staat voor 'terbeschikkingstelling', is een zeer actueel en veelbesproken onderwerp. Terbeschikkingstelling is een maatregel die de rechter kan opleggen ter bescherming van de samenleving. De rechter kan dat doen wanneer iemand een delict heeft gepleegd terwijl hij leed aan een ziekelijke verstoring van zijn geestvermogens of een gebrekkige ontwikkeling en wordt gevreesd voor herhaling (Openbaar Ministerie, z.d.). Deze maatregel verplicht een individu om zich te laten behandelen om te voorkomen dat het opnieuw een misdrijf pleegt. Ook kan een rechter beslissen tot tbs met dwangverpleging. Hierbij wordt een individu verplicht opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum, beter bekend als een tbs-kliniek (Rijksoverheid, z.d.). Een tbs-behandeling wordt dus gekenmerkt door dwang. De patiënt kiest tenslotte niet zelf voor behandeling, maar krijgt dit opgelegd door de rechter. Dit maakt de motivatie voor behandeling bij tbs-patiënten veelal zeer laag (Van Dam & Mulder, 2008). Motivatie is echter een belangrijke factor voor de effectiviteit van de behandeling (Parhar, Wormith, Derksen, & Beauregard, 2008). De forensisch psychiatrische kliniek Dr. S. van Mesdag (hierna de Mesdag) heeft getracht de behandelmotivatie van patiënten te bevorderen door een nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen te introduceren. Met deze nieuwe werkvorm worden patiënten meer betrokken bij de vormgeving van hun behandeling. Met dit onderzoek tracht men in kaart te brengen tot welke veranderingen in de behandelmotivatie van patiënten van de Mesdag deze nieuwe manier van werken heeft geleid.

In dit eerste hoofdstuk wordt de opdrachtgever geïntroduceerd en wordt de aanleiding voor dit onderzoek gepresenteerd, evenals het theoretisch kader waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd en de onderzoeksvraag.

1.1. FPC Dr. S. van Mesdag

De Mesdag is een forensisch psychiatrisch centrum, waar circa 260 mannelijke tbs-patiënten in een beveiligde omgeving behandeld worden. De behandeling wordt binnen de Mesdag in drie fases vormgegeven: instroom, doorstroom en uitstroom. Een patiënt begint in de instroomfase. Daar start het diagnostische deel van het behandeltraject. In deze fase proberen behandelaars de problematiek van de patiënt zo compleet mogelijk in beeld te brengen en wordt op basis van dat beeld een diagnose gesteld en een globaal programma voor zijn verdere behandeltraject geschetst. De uitvoering van dit programma vindt voornamelijk plaats in de doorstroomfase. In deze fase ondergaat de patiënt intensieve behandeling om zijn gedrag zodanig te veranderen dat de kans op het opnieuw plegen van een delict steeds kleiner wordt. Wanneer de kans op herhaling zeer klein wordt geacht, kan worden gewerkt aan een veilige terugkeer in de samenleving: de uitstroomfase. Deze fase is gericht op de voorbereiding op het leven buiten de muren van de Mesdag. De patiënt wordt vanuit de Mesdag voorbereid op de overgang naar zelfstandig wonen, begeleid zelfstandig wonen of begeleid wonen (Van Mesdag, z.d.b).

Hoe de behandeling precies wordt vormgegeven, is beschreven in het behandelplan en op de trajectkaart. Een behandelplan bestaat uit een beknopte beschrijving van de voorgeschiedenis en diagnose van een patiënt. Tevens bevat dit behandelplan een beschrijving van een drietal behandeldoelen en de middelen die ingezet worden om deze doelen te realiseren.

Een behandelplan wordt opgesteld voor een periode van drie maanden, waarna de doelen worden geëvalueerd en nieuwe doelen opgesteld worden. Het opstellen en evalueren gebeurt in overleg tussen een patiënt en vertegenwoordigers van zijn behandelteam. Dit zal in de volgende paragraaf toegelicht worden. De trajectkaart betreft doelen over een langere periode dan drie maanden. Op deze kaart wordt het gehele behandeltraject weergegeven, van het moment van instromen tot het uitstromen uit de kliniek. Het behandeltraject is opgedeeld in een viertal verloffases. Per fase wordt op de trajectkaart aangegeven aan welke voorwaarden een patiënt moet voldoen, welke doelen behaald moeten zijn, om in aanmerking te komen voor het bijbehorende verlof. Het gaat hierbij om begeleid-, onbegeleid- en transmuraal verlof. Hierbij mag een patiënt zich een bepaalde tijd onder begeleiding of zelfstandig buiten de kliniek bewegen. Bij transmuraal verlof mag de patiënt ook buiten de kliniek wonen (persoonlijke communicatie, september 2020).

1.1.1. Obstakels bij behandelplanbesprekingen

De behandelplanbespreking is een gesprek tussen een patiënt en zijn behandelteam met als hoofddoel het vaststellen van behandeldoelen en de wijze waarop deze behaald kunnen worden. Voorheen heerste onvrede over de praktische uitvoering van deze besprekingen. Tijdens de behandelplanbespreking ging veel tijd verloren aan het bespreken van praktische zaken die niet relevant waren voor het vaststellen of behalen van behandeldoelen. Voorbeelden hiervan zijn het voeren van multidisciplinair overleg, input verzamelen voor verlofaanvragen of het invullen van formulieren ter verantwoording naar justitie of andere ketenpartners (persoonlijke communicatie, 2 juli 2020). Hierdoor verdween het hoofddoel van de behandelplanbespreking naar de achtergrond. Een behandelplanbespreking was vaak een multidisciplinair overleg van een behandelteam, waarbij de patiënt gedeeltelijk of niet aanwezig was. De patiënt hoorde achteraf wat was besproken. Uiteindelijk werd de patiënt een behandelplan aangeboden dat op een academisch niveau was geschreven en voor hem vaak moeilijk te begrijpen was. Hierin waren behandeldoelen beschreven die zijn behandelaars voor hem hadden opgesteld en de door hen gekozen middelen om de behandeldoelen te realiseren. De moeilijkheid van het taalgebruik in de behandelplannen leidde ertoe dat patiënten hun behandelplannen veelal niet lazen. Daarnaast ervoeren patiënten weinig eigenaarschap over hun behandelproces omdat zij weinig tot geen zeggenschap hadden over de vormgeving van de behandeling (persoonlijke communicatie, september 2020).

Ook op praktisch gebied waren er spanningen rondom de behandelplanbespreking. Zo werden verslagen niet (tijdig) aangeleverd en konden deelnemers vanwege planningsproblemen vaak niet aanwezig zijn bij de bespreking. Uitstel en opnieuw plannen van behandelplanbesprekingen kwamen veelvuldig voor, hetgeen de Mesdag jaarlijks één fulltime-equivalent in administratieve ondersteuning kostte. Dat staat gelijk aan een bedrag van €55.000 op jaarbasis. Ook is de personele bezetting van de Mesdag de laatste jaren niet evenredig aan het aantal patiënten gestegen. Dit maakte de noodzaak tot een kritische keuze over de inzet van personeel voor de behandeling groter. Ten slotte is de druk op transparantie sterk gegroeid. Rechtbanken, advocaten en patiënten verlangen een steeds duidelijkere uitleg over de behandeling, het resultaat en de duur ervan. Al deze factoren samen vroegen om een herontwerp van de behandelplanbesprekingen.

1.1.2. Nieuwe werkvorm

Het veranderprogramma 'Mesdag Samen Beter' richt zich op het vergroten van de betrouwbaarheid, efficiëntie en flexibiliteit van de Mesdag. Het programma beoogt de bestaanszekerheid van de organisatie te maximaliseren (persoonlijke communicatie, 2 juli 2020). In die context is op initiatief van de directie de behandelplanbespreking aangepast. De frequentie van de behandelplanbespreking is verhoogd van halfjaarlijks naar eens per kwartaal. Daarnaast is een wijziging doorgevoerd in de samenstelling van de groep deelnemers aan de bespreking. Waar de behandelplanbespreking eerder multidisciplinair werd vormgegeven, wordt nu volstaan met de samenstelling patiënt, behandelcoördinator en mentor. Deze veranderingen hadden een grote spanning op de inhoud van de behandelplanbespreking tot gevolg. Daarom is de werkgroep Zorgproces in het leven geroepen. Deze werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van deelbehandelaars (therapeuten, psychologen etc.), sociotherapie en behandelverantwoordelijken. De werkgroep heeft zich gebogen over het herontwerp van de werkvorm bij de behandelplanbesprekingen en is de opdrachtgever voor dit onderzoek.

De vernieuwingen binnen de behandelplanbespreking zijn doorgevoerd om de nadruk weer te leggen op het hoofddoel ervan: het bereiken van duidelijkheid en overeenstemming tussen een patiënt en zijn behandelteam over hetgeen binnen zijn behandeling moet worden gedaan en bereikt (persoonlijke communicatie, 2 juli 2020). Hierbij wordt de focus gelegd op het leerproces van de patiënt en is het streven om beter aan te sluiten bij de patiënt en hem meer te betrekken bij de behandelplanbespreking (persoonlijke communicatie, 2 juli 2020). Hij krijgt inspraak bij het opstellen van de behandeldoelen, de behandelaars houden rekening met zijn motivatie en cognitieve niveau en er worden minder doelen gesteld. De doelen zijn concreter en simpeler geformuleerd dan voorheen. Daarnaast is een nieuw format ontworpen voor de behandelplannen en is de trajectkaart geïntroduceerd. Deze combinatie zou moeten leiden tot een hogere behandelmotivatie bij de patiënten. Dit zal verder toegelicht worden in het theoretisch kader.

Concreet samengevat zijn de volgende veranderingen doorgevoerd in de behandelplanbespreking:

1. De frequentie van de besprekingen is verhoogd naar vier keer per jaar.
2. De deelnemers aan de bespreking zijn teruggebracht tot enkel de patiënt, zijn mentor en de behandelcoördinator.
3. Motiverende gespreksvoering wordt opnieuw benadrukt met het specifieke doel om patiënten te betrekken in de formulering van hun behandeldoelen.
4. Er worden minder doelen dan voorheen geformuleerd. De formulering is in concrete en voor de patiënt begrijpelijke taal. De doelen worden gepresenteerd in een behandelplan aan de hand van een nieuw behandelplanformat.
5. Naast een nieuw format voor de behandelplannen is de trajectkaart geïntroduceerd. Deze kaart geeft een globaal overzicht van het gehele behandeltraject. Deze geeft niet alleen de patiënt, maar ook advocaten, justitie, behandelaars en andere betrokkenen een beeld van de behandeling en het verwachte resultaat.

Afgelopen voorjaar is de overgang naar de nieuwe vorm voor behandelplanbesprekingen gefaseerd ingezet. In september hebben alle patiënten van de Mesdag minimaal één behandelplancycclus doorlopen en dus minimaal één behandelplanbespreking in de nieuwe vorm meegemaakt. Voor de werkgroep Zorgproces is het tijd voor een evaluatie. De werkgroep wil weten welke ervaringen de patiënten hebben met de nieuwe werkvorm en wat er veranderd is in hun behandelmotivatie.

1.2. Theoretisch kader

In deze paragraaf wordt het theoretisch kader geschetst waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd. Allereerst wordt verduidelijkt wat onder motivatie verstaan wordt en welke vormen van motivatie bestaan. Vervolgens wordt besproken wat het belang is van motivatie bij gedwongen behandeling en op welke wijze motivatie bevorderd kan worden.

1.2.1. Wat is motivatie?

Motivatie bepaalt de richting van gedrag. Het kan gezien worden als de beweegreden van een individu om bepaald gedrag te tonen, of juist niet te laten zien (Van Dam & Mulder, 2008). Robbins en Judge (2015) benoemen motivatie als “het proces binnen in een individu dat bepalend is voor de intensiteit, richting en volharding waarmee het poogt een bepaald doel te bereiken”.

Er bestaan drie hoofdvormen van motivatie: intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie en amotivatie (Ryan & Deci, 2000). Intrinsieke motivatie geeft aan dat de beweegredenen voor gedrag vanuit de persoon zelf komen (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010). Hierbij kan gedacht worden aan gedragingen die voortkomen vanuit interesse of uitdaging. De gedraging zelf is dan het doel en wordt als bevredigend ervaren. Een voorbeeld hiervoor is, dat je elke dag een groot stuk gaat wandelen, omdat je van wandelen houdt en geniet van het buiten zijn en de lichaamsbeweging.

Extrinsiek motivatie duidt op gedrag dat op zichzelf geen doel is, maar een middel dat een ander doel dient (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010). Een voorbeeld hiervoor is een dagelijkse wandeling om door de lichaamsbeweging af te vallen. Een ander voorbeeld hiervan is naar het werk te gaan om geld te verdienen. Het wandelen of werken op zich geeft geen bevredigd gevoel, maar het doel dat het dient, afvallen of loon, geeft wel die bevrediging.

Ryan en Deci (2000) benoemen amotivatie als het ontbreken van de intentie om te handelen.

1.2.2. Motivatie bij gedwongen behandeling

Uit een meta-analyse van Parhar et al. (2008) blijkt, dat de effectiviteit van een behandeling sterk vermindert, wanneer deze voortkomt uit dwang in plaats van uit eigen motivatie. Dit kan voorkomen binnen een justitieel kader. Voor effectieve behandeling is motivatie van de patiënt dus van essentieel belang.

De motivatie voor behandeling is bij tbs-patiënten vaak geenszins optimaal (Van Dam & Mulder, 2008). Veelal is sprake van extrinsieke motivatie of amotivatie. Dit laatste ontstaat bijvoorbeeld wanneer de patiënt geen ziekte-inzicht heeft en behandeling onnodig vindt (Van Dam & Mulder, 2008). Patiënten raken

extrinsiek gemotiveerd wanneer ze zich realiseren dat ze pas vrijkomen wanneer ze gesocialiseerd zijn. Meewerken aan de behandeling is dé manier om vrijlating te verdienen (Jongeneel & Claessen, 2018). Intrinsiek gemotiveerde gedragingen zijn volgens Condry (1977) en Appelo (2007) echter standvastiger bij tegenslagen dan extrinsiek gemotiveerde gedragingen. Intrinsieke motivatie voor behandeling zou een soepeler verloop van de behandeling kunnen betekenen, evenals meer standvastigheid in het aangeleerde gedrag na vrijlating. Om deze reden zouden patiënten in een ideale situatie intrinsiek gemotiveerd zijn.

1.2.3. Het bevorderen van intrinsieke motivatie

Bij de nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen die is geïntroduceerd, ligt de nadruk op het aansluiten bij de wensen van de patiënt. De patiënt wordt veel ruimte geboden om zelf aan te geven wat hij wil en regie te nemen over zijn behandeling. De nieuwe werkvorm speelt in op voorzien in een drietal psychologische basisbehoeften, die volgens Ryan en Deci (2000) intrinsieke motivatie bevorderen. Deze behoeften zijn autonomie, competentie en verbinding.

Autonomie is de vrijheid om zelf een richting te kunnen bepalen. Het is de vrijheid om zelf te kunnen kiezen wat je doet, denkt of voelt zonder dat deze keuzes afgedwongen worden (Van der Veen & Goijarts, 2012). Bij de nieuwe werkvorm krijgt de patiënt de ruimte om zijn mening en wensen kenbaar te maken en worden beslissingen zo veel mogelijk samen met hem genomen. De patiënt kan daardoor zelf invloed uitoefenen op de vormgeving van zijn behandeling.

Competentie gaat over het gevoel dat je capabel genoeg bent om aangewezen taken succesvol te voltooien. Het geeft aan dat je vertrouwen hebt in de vaardigheden die je bezit of je vermogen om nieuwe vaardigheden aan te leren (Van der Veen & Goijarts, 2012; Bandura, 1986). Successen zullen dit vertrouwen opbouwen en mislukkingen breken het af, maar naarmate het vertrouwen in eigen kunnen sterker wordt, zal mislukking minder effect krijgen (Bandura, 1986). Het nieuwe behandelplanformat en de trajectkaart zijn geïntroduceerd om voor patiënten inzichtelijk te maken waar zij aan toe zijn en wat precies van hen verwacht wordt. Behandeldoelen worden in het nieuwe format bijvoorbeeld zo concreet mogelijk geformuleerd, wat de kans op succes vergroot. Wiekens (2012) stelt dat hoe groter het doel is, des te groter de kans op succes is. En zoals Bandura (1986) stelt zullen successen het gevoel van competentie bevorderen.

De behoefte aan verbinding betreft relaties en betrokkenheid. Het is de wens om ergens bij te horen, een waardevolle toevoeging te zijn aan een gemeenschap waar je gerespecteerd wordt en waar je ondersteund wordt wanneer dit nodig is (Van der Veen & Goijarts, 2012). Het uitgangspunt van de nieuwe werkvorm bij behandelplanbesprekingen is de gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de vertegenwoordigers van zijn behandelteam. De behandelaars zullen echter het vetorecht behouden wanneer geen overeenstemming bereikt kan worden over de invulling van de behandeling. Er wordt gestreefd naar samenwerking waaraan de patiënt actief deelneemt en waar ook zijn meningen en wensen gehoord worden.

Voldoen aan deze drie basisbehoeften bevordert intrinsieke motivatie (Ryan & Deci, 2000). Wanneer aan één of meerdere van de drie basisbehoeften niet voldaan wordt, zal een individu eerder extrinsieke motivatie of amotivatie ervaren (Ryan & Deci, 2000; Rouse, Ntoumanis, Duda, Jolly, & Williams, 2011). Op het eerste gezicht lijkt dwang hierdoor de kans op intrinsieke motivatie bij voorbaat te elimineren. Patiënten hebben immers niet zelf gekozen voor de behandeling en hebben tijdens hun verblijf in een forensisch psychiatrisch centrum relatief weinig keuzevrijheid. Aan de behoefte aan autonomie lijkt daarin niet voldaan te kunnen worden. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat autonomie-ondersteunende interactie tussen patiënt en behandelaar het mogelijk maakt dat patiënten opgelegde regels toch op een autonome manier kunnen naleven. Het uitgangspunt van autonomie-ondersteunende interactie is dat patiënten het nut van opgelegde regels of activiteiten gaan begrijpen, waardoor zij hier ook sneller van overtuigd raken. Hierdoor kunnen zij verplichtingen nakomen zonder gevoelens van dwang te ervaren (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008).

1.3. Doelstelling

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten met de nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen en van de verandering die zij ervaren in hun behandelmotivatie sinds de invoer van de nieuwe werkvorm. Hiermee beoogt de onderzoeker duidelijk te maken welke invloed de nieuwe werkvorm heeft op de behandelmotivatie van patiënten. Op basis hiervan doet de onderzoeker aanbevelingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling en finetuning van de nieuwe werkvorm. Zodat deze de intrinsieke motivatie onder de patiënten van de Mesdag kan bevorderen.

1.4. Onderzoeksvraag en deelvragen

Om de doelstelling van dit onderzoek te bereiken, zijn een onderzoeksvraag en een viertal deelvragen opgesteld. De vraag die in dit onderzoek centraal staat, de onderzoeksvraag, luidt als volgt:

Welke invloed hebben de ervaringen met de nieuwe werkvorm voor behandelplanbespreking op de behandelmotivatie van patiënten van de Mesdag?

Om tot een antwoord op deze onderzoeksvraag te komen, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe ervaren patiënten de ruimte voor autonomie die hen in de nieuwe werkvorm geboden wordt?
2. Hoe ervaren patiënten de nieuwe werkvorm op het gebied van competentie?
3. Hoe ervaren patiënten de verbinding met hun behandelteam in de nieuwe werkvorm?
4. Welke veranderingen ervaren patiënten in hun behandelmotivatie sinds de invoering van de nieuwe werkvorm?

2. Methodologie

Na het verkennen van de wensen van de opdrachtgever is besloten om dit onderzoek op kwalitatieve wijze uit te voeren. Bij kwalitatief onderzoek staat het onderzoeken van gevoelens, ervaringen en belevingen van respondenten centraal (Baarda & Bakker, 2018). Dit sluit aan bij de wens van de opdrachtgever om in kaart te brengen hoe de nieuwe vorm voor behandelplanbesprekingen door patiënten wordt ervaren. In gevallen als deze leent kwalitatief onderzoek zich uitstekend voor verkennend onderzoek (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Er is weinig bekend over de ervaringen van patiënten met de nieuwe werkvorm, omdat hiernaar geen onderzoek is verricht.

2.1. Steekproeftrekking

De onderzoekspopulatie voor dit onderzoek bestaat uit patiënten die intramuraal behandeld worden door de Mesdag. Het gaat hierbij dus alleen over de patiënten die binnen de muren van de Mesdag verblijven en behandeld worden. Patiënten die nog wel onder de verantwoordelijkheid van de Mesdag vallen maar buiten de kliniek woonachtig zijn, bijvoorbeeld door transmuraal verlof of proefverlof, zijn niet betrokken in dit onderzoek. In gesprek met een onderzoeker van de Mesdag is besloten om vanwege de beperkte tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek, een steekproef te trekken middels zelfselectie. Patiënten die behoren tot de onderzoekspopulatie, zijn geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd om deel te nemen aan een interview. Zij konden zelf beslissen om deze uitnodiging te accepteren. Bij het willekeurig selecteren van patiënten was de kans aanzienlijk, dat (het plannen van) een afspraak lastig zou zijn in verband met eventueel opgelegde beperkingen, beperkt cognitief functioneren van de geselecteerde patiënt of weerstand van de patiënt tegen activiteiten die gerelateerd zijn aan de behandeling.

Het risico bij een gelegenheidssteekproef als deze is de grote selectiviteit binnen de steekproef (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Het is aannemelijk dat de mondige en proactieve patiënten zich wel aanmelden en de verlegen patiënten niet. Dit maakt de resultaten minder of niet betrouwbaar voor generalisering (Brinkman & Oldenhuis, 2016). De resultaten van het onderzoek zullen dan ook enkel als indicatie van de stand van zaken rondom de behandelplanbesprekingen beschouwd worden.

2.2. Dataverzameling en procedure

Vanwege COVID-19 was het voor de onderzoeker niet mogelijk om patiënten direct te benaderen. Daarom is de patiënten raad, bestaande uit een achttal patiënten, benaderd en hebben zij het onderzoek gepromoot op hun verblijfsunits. Verder zijn alle (assistent)behandelcoördinatoren van de interne afdelingen van de Mesdag per mail benaderd met een uitnodiging voor patiënten voor de interviews. Deze is opgenomen in Bijlage 1. Later zijn de sociotherapeutische teams van afdelingen waar nog geen respons van was gekomen nogmaals benaderd met een uitnodiging voor patiënten. Ten slotte heeft een zorginhoudelijk manager per mail een verzoek tot deelname verspreid onder behandel- en unitcoördinatoren en is door de onderzoeker een flyer voor patiënten verspreid onder alle sociotherapeutische teams. Ook de flyer is in Bijlage 1 opgenomen.

Ondanks de inspanning van de onderzoeker bleef de respons van patiënten zeer laag. Daarom is besloten ook de andere deelnemers van de behandelplanbespreking, behandelcoördinatoren en mentoren, te interviewen. Zij bezitten door hun observaties van de patiënt en interactie met de patiënt ook waardevolle informatie over de ervaringen van hun patiënten. Ook (assistent)behandelcoördinatoren zijn per mail uitgenodigd voor een interview. Deze uitnodiging is opgenomen in Bijlage 2.

Medewerkers en patiënten die aangaven te willen deelnemen aan een interview zijn telefonisch benaderd om een interview in te plannen en eventuele vragen over het onderzoek of interview te beantwoorden. Na overleg met de opdrachtgever is, gezien de omstandigheden omtrent COVID-19 en bijbehorende restricties besloten de voorkeur te geven aan interviewen op afstand. Dit kan bijvoorbeeld telefonisch of via videoverbinding. Uit onderzoek is gebleken dat telefonische interviews

en video-interviews zeer geschikte alternatieven zijn voor face-to-face interviews bij kwalitatief onderzoek, omdat er vrijwel geen verschil is tussen informatie verkregen via face-to-face contact en informatie verkregen via telefoon of videoverbinding (Tucker & Parker, 2014). Het is hierbij een vereiste dat respondent én interviewer zich comfortabel voelen met het gebruik van een telefoon of het device voor videobellen (Farooq & De Villiers, 2017). Omdat beide alternatieven geschikt zijn bevonden waren respondenten vrij om te kiezen tussen een telefonisch interview of interview via een videoplatform zoals Skype. Slechts één interview is face-to-face afgenomen, omdat de respondent aangaf zich niet comfortabel te voelen bij een gesprek via de telefoon of computer. Bovengenoemde onderzoeken in acht nemend was dit geen reden om dit interview te verwerpen. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode van november 2020 tot en met januari 2021. De duur van interviews was bij patiënten gemiddeld 25 minuten en bij behandelcoördinatoren en mentoren gemiddeld 45 minuten. De onderzoeker heeft geen opvallende verschillen waargenomen tussen de verschillende contactvormen bij de interviews. De respondenten gaven aan mede door de omstandigheden rondom COVID, gewend te zijn geraakt aan gespreksvoering via de telefoon of door middel van videobellen en zich daardoor wel op hun gemak te voelen. Er leken geen aanwijzingen te zijn dat de contactvorm de interviewresultaten beïnvloed heeft.

2.3. Respondenten

In totaal zijn twintig interviews gehouden. Zes hiervan zijn met patiënten afgenomen. Vanwege de lage respons van patiënten, zijn er ook elf (assistent-)behandelcoördinatoren en drie mentoren geïnterviewd.

Behandelcoördinatoren zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van de behandeling. Zij stellen behandelplannen op, sturen anderen aan in de vormgeving van de behandeling en controleren het verloop van de behandeling. Naast de driemaandelijke behandelplanbespreking voert de behandelcoördinator ook tweewekelijkse voortgangsgesprekken met de patiënt. Tijdens deze gesprekken ligt de focus op het verloop van de behandeling en het welzijn van de patiënt. Besproken wordt hoe het gaat met de patiënt, hoe de therapieën verlopen, of de nodige modules opgestart zijn, tegen welke obstakels de patiënt oploopt en of aanpassingen in de behandeling nodig zijn. Behandelcoördinatoren en assistent-behandelcoördinatoren verrichten dezelfde werkzaamheden. Het verschil tussen beiden is, dat een assistent-behandelcoördinator werkt onder supervisie van de behandelcoördinator (Behandelcoördinator, persoonlijke communicatie, 30 november 2020). Een mentor is werkzaam op een woonunit als sociotherapeut. Een sociotherapeut begeleidt patiënten bij het oefenen van vaardigheden die aansluiten bij de algemene dagelijkse levensbehoeften. Mentoren hebben daarnaast een coördinerende functie en monitoren het behandeltraject van hun patiënten. Zo is de mentor verantwoordelijk voor de financiën en het contact met het netwerk van de patiënt. De mentor onderhoudt contact met de verschillende behandel disciplines, is het aanspreekpunt voor zowel de patiënt als zijn behandelteam en overlegt bij bijzonderheden met de behandelcoördinator welke acties ondernomen moeten worden (Sociotherapeut, persoonlijke communicatie, 29 januari 2021). Naast het vele contact dat een mentor vanuit zijn functie als sociotherapeut met een patiënt heeft, is hij aanwezig bij de behandelplanbespreking en voert hij wekelijks gesprekken met zijn patiënten. Besproken wordt hoe het met de patiënt gaat, waar hij ondersteuning nodig heeft en hoe dat vormgegeven kan worden. Daarnaast worden praktische zaken als financiën en eventuele verlopen besproken.

De patiënten zijn mannen die in de Mesdag verblijven en intensieve behandeling ontvangen om hun gedrag zodanig te veranderen dat de kans op het opnieuw plegen van een delict zeer klein is (Van Mesdag, z.d.a). Zij volgen vijf dagen per week een gestructureerd programma met therapieën, dagbesteding, recreatie en eventueel verlof. Naast de behandeling gericht op delict-gerelateerde factoren, wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van alledaagse vaardigheden. Deze vaardigheden zijn bijvoorbeeld het schoonhouden van de eigen kamer, persoonlijke verzorging of het behouden van een adequaat dag-en-nachtritme.

2.4. Topiclijst

De interviews zijn semigestructureerd vormgegeven. Dit houdt in dat de onderwerpen van het interview vaststonden, maar de vragen en doorvragen niet (Baarda, Van der Hulst, & De Goede, 2012). Dit bood houvast voor de interviewer om alle nodige onderwerpen te behandelen, maar ook veel vrijheid om zich aan de respondent aan te passen in het uitvragen van deze onderwerpen. Deze methode wordt veel gebruikt voor explorerend onderzoek om een brede hoeveelheid data te verzamelen over onderwerpen waar de ervaringen van de respondent een belangrijke rol spelen (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2010). Omdat de opdrachtgever het meest geïnteresseerd is in de mening, ervaringen en attitudes van patiënten is deze methode het meest geschikt bevonden.

Voor patiënten en behandelaars zijn verschillende topiclijsten opgesteld. De topics zijn gebaseerd op de aspecten van de behandelplanbesprekingen die zijn veranderd ten opzichte van de oude vorm. Voor het samenstellen van de topiclijst is ook gebruikgemaakt van relevante literatuur. De topiclijsten zijn opgenomen in Bijlage 3 en Bijlage 4.

2.5. Data-analyse

De interviews zijn met behulp van een audiorecorder opgenomen. Deze opnames zijn teruggeluisterd en uitgeschreven in interviewverslagen. Deze verslagen bevatten samenvattende transcripties van de afgenomen interviews. Deze transcribeermethode is gehanteerd om de antwoorden van de respondent kernachtig, doch volledig, weer te kunnen geven zonder uitgebreide voorbeelden, parafrasen en hardop uitgesproken denkprocessen uit de interviews te hoeven transcriberen. Transcriptie is een zeer tijdrovend proces. Omdat linguïstische factoren zoals woordkeuze en intonatie niet relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag is het niet nodig geacht uitgebreidere transcribeermethodes, zoals letterlijk of woordelijk transcriberen, in te zetten. Om te waarborgen dat bij de samenvatting geen relevante informatie verloren zou gaan zijn de opnames enige tijd na het schrijven van het transcript nogmaals teruggeluisterd met het transcript erbij. Zo kon waar nodig nog een aanvulling gedaan worden.

Bij het transcriberen zijn twee interviews met patiënten verworpen. Eén opname bleek door ruis op de skypeverbinding onverstaaanbaar te zijn. De gespreksaantekeningen van de onderzoeker waren niet voldoende om een accuraat transcript te vormen. Omdat het risico op onjuiste aannames en invulling door de onderzoeker te groot werd geacht, is dit interview verworpen. Het tweede verworpen interview betrof een patiënt die sinds een aantal maanden op een instroomafdeling verbleef en nog geen behandelplanbespreking had meegemaakt binnen de Mesdag. Hij gaf aan wel ervaring te hebben met behandelplanbesprekingen bij zijn voormalige zorginstelling. Maar deze informatie vormde geen relevante bijdrage voor dit onderzoek, dat zich richt op de situatie binnen de Mesdag.

De transcripten zijn geanalyseerd aan de hand van de interviewtopics. De transcripten zijn per interviewtopic opgedeeld in fragmenten, die zijn ondergebracht bij de bijhorende deelvraag. Hierna zijn de data per deelvraag beoordeeld en is gezocht naar overeenkomsten en tegenstellingen. Ook is onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve ervaringen. De ervaringen van patiënten zijn vervolgens per deelvraag kernachtig weergegeven in het resultatenhoofdstuk.

2.6. Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een interview betreft de mate waarin de antwoorden die gegeven worden, onafhankelijk zijn van toeval (Baarda, Van der Hulst, & De Goede, 2012). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen zijn de interviews, voor zover dat mogelijk was, onder gelijke omstandigheden afgenomen. Eerder werd al benoemd dat het verschil in methode (telefonisch, face-to-face of via videoverbinding) geen invloed hoeft te hebben op de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat er

vrijwel geen verschil is in de informatie die de verschillende methodes opleveren. De onderzoeker heeft geen aanwijzingen gevonden die wijzen op vertekening in de resultaten door de verschillende contactvormen. Verder zijn alle interviews door dezelfde interviewer afgenomen, die zich ook bij elk interview in dezelfde neutrale omgeving bevond. Respondenten bevonden zich allen in een rustige en afgezonderde ruimte tijdens de interviews. Daarnaast is voor elk interview gebruik gemaakt van hetzelfde vooraf vastgestelde meetinstrument, de topiclijst. Ook zijn de interviews met een audiorecorder opgenomen. Dit vergroot de kwaliteit van de gegevens omdat de onderzoeker zich op het gesprek kan richten. Zo hoeft de onderzoeker zich niet druk te maken over de aantekeningen en heeft achteraf toch toegang tot alle informatie die tijdens het interview aan bod is gekomen (Boeijs, 2014).

Validiteit zegt iets over de mate waarin de verzamelde informatie een juiste afspiegeling van de werkelijkheid vormt (Baarda, Van der Hulst, & De Goede, 2012). Om de validiteit te waarborgen is tijdens de interviews veelvuldig gebruik gemaakt van herhaling en parafrase om te toetsen of de interpretatie van de onderzoeker overeenkwam met het antwoord zoals de respondent dat bedoelde.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de interviewresultaten gepresenteerd per deelvraag. De uitkomsten van de interviews met de patiënten zijn onderscheiden van de resultaten van de interviews met behandelcoördinatoren en mentoren.

3.1. Deelvraag 1

Hoe ervaren patiënten de ruimte voor autonomie die hen in de nieuwe werkvorm geboden wordt?

Uit het onderzoek blijkt dat patiënten positief zijn over de ruimte voor autonomie die de nieuwe werkvorm biedt. Ze zijn zeer te spreken over het feit dat zij bij de gehele behandelplanbespreking aanwezig mogen zijn. Zij zijn het onderwerp van de bespreking en vinden het dan ook netjes dat zij daarbij aanwezig mogen zijn en kunnen horen wat over hen besproken wordt. De geïnterviewde patiënten geven aan in de oude vorm ook al deel te nemen aan de bespreking, maar dit ging veelal om het laatste kwartier van de bespreking. In deze tijd werd hen uitgelegd wat daarvoor door het behandelteam besproken en besloten was. Patiënten ervaren dat zij in de nieuwe vorm meer betrokken worden in het gesprek. Zij ervaren meer ruimte voor eigen inbreng en voelen dat hun meningen en wensen gehoord worden, ook als deze niet gehonoreerd kunnen worden. Vooral als het gaat om de behandeldoelen merken patiënten dat zij nu meer betrokken worden bij de besluitvorming dan in de oude werkvorm.

Patiënten zien hun behandelproces nu meer als een samenwerking met hun behandelaars. Zij geven aan dat hen nu minder opgelegd wordt en dat het vormgeven en uitvoeren van de behandeling meer een gezamenlijk proces is geworden, waar ook zij als patiënten invloed op kunnen uitoefenen. Een patiënt geeft als voorbeeld: *“ik had een therapie en die vond ik nergens op slaan voor mij. Dat heb ik toen aangegeven. Ik kon toen uitleggen waarom dat niet op mij aansloot en toen is dat er af gehaald. Of ik kan juist aankaarten dat iets uitgebreid moet worden. Daar doen ze wel wat mee.”*

Slechts één patiënt geeft aan de ruimte voor eigen inbreng niet passend te vinden. Hij vindt het ongepast dat zijn behandelaars hem vragen hoe hij de behandeling vorm zou willen geven. Hij is van mening dat de behandelaars de professionals zijn om hem te helpen en dat zij hem daarom horen te vertellen wat er moet gebeuren. Dat hoort in zijn ogen niet bij de verantwoordelijkheden van een patiënt.

Observaties van behandelcoördinatoren en mentoren

Behandelcoördinatoren en mentoren zien grote verschillen tussen de wijzen waarop patiënten de geboden ruimte voor autonomie ervaren. Voor kwetsbare patiënten is de behandelplanbespreking te lang, heeft deze te veel prikkels en geeft deze te veel informatie. Voor hen is het niet haalbaar om bij de gehele bespreking aanwezig te zijn en actief deel te nemen. Zij vinden het juist prettig dat hun behandelcoördinator en mentor voor hen beslissen en dit kort aan hen terugkoppelen. Andere patiënten vinden het prettig om meer regie te krijgen en grijpen die kans met beide handen aan. Zij zijn blij om de hele bespreking aanwezig te mogen zijn en dragen zelf doelen aan. Weer andere patiënten zijn uit achterdocht bang dat hun inbreng later tegen hen gebruikt kan worden en zijn daarom terughoudend.

Een algemene trend die behandelcoördinatoren en mentoren zien, is dat patiënten het prettig vinden om aanwezig te zijn, maar dat het voor vele van hen niet vanzelfsprekend is om initiatief te nemen. Ze zijn gewend om de behandelplanbesprekingen te ondergaan, vinden het vaak lastig om zelf te bedenken waar ze aan willen werken en voelen zich geen probleemeigenaar.

3.2. Deelvraag 2

Hoe ervaren patiënten de nieuwe werkvorm op het gebied van competentie?

Alle geïnterviewde patiënten tonen een zekere mate van ziekte-inzicht. De een kan specifiek gedrag benoemen dat bij hem voor problemen zorgt, de ander spreekt enkel de erkenning uit dat hij problemen heeft die hulp behoeven. Allen geven aan te geloven in hun vermogen om de gestelde doelen te realiseren. Dit betekent niet dat alle doelen eenvoudig te bereiken zijn. Patiënten geven aan dat sommige doelen leerpunten van hen raken die moeilijk voor ze zijn. Daarbij spreken zij wel het vertrouwen uit dat zij die doelen haalbaar achten door in kleine stapjes daarnaartoe te werken. Patiënten geven aan dat het geen negatieve invloed heeft op hun gevoel van competentie of motivatie om aan nieuwe doelen te werken, wanneer doelen blijven staan. Door de feedback van hun behandelcoördinator en mentor kunnen patiënten in die gevallen zien dat er wel vooruitgang is geboekt, ondanks het niet behalen van het doel.

De concrete formulering van behandeldoelen in het nieuwe behandelplanformat maakt dat het voor patiënten duidelijk is wat van hen verwacht wordt. Patiënten geven aan nu beter te weten welk gedrag zij moeten tonen om de behandeldoelen te realiseren. Eén patiënt geeft aan dat de behandeldoelen die voor hem opgesteld worden, naar zijn mening niet aansluiten bij de kern van zijn problematiek. Verder geven patiënten aan het prettig te vinden dat het behandelplan in het nieuwe format een stuk korter en concreter is geworden. Een patiënt zegt over het nieuwe behandelplanformat: *“Het is nu gewoon een korte samenvatting eigenlijk. Het is niet meer zo opgeblazen, het is gewoon concreet. Ik vind dat wel prettig. Ik hoef ook niet meer vier keer per jaar hetzelfde stuk te lezen, dat heeft ook helemaal geen nut. Het gaat echt elke keer over die drie maanden.”* Ondanks dat zeggen drie patiënten dat ze hun behandelplannen niet zelfstandig lezen. Dit heeft te maken met beperkte leesvaardigheden, maar ook met desinteresse. Patiënten vinden dat het behandelplan weinig toevoegt aan wat ze al weten door de behandelplanbespreking of andere besprekingen met hun mentor en behandelcoördinator.

De trajectkaart wordt door patiënten als een prettig hulpmiddel ervaren. De kaart maakt inzichtelijk wat nog gedaan moet worden voor een bepaalde verloffase, maar geeft ook weer wat een patiënt al gedaan heeft. Een patiënt legt uit hoe dat bijdraagt aan zijn gevoel van competentie: *“Als ik die vinkjes dan zie, sta ik voor mijn gevoel wel sterker. Want als ik al die vinkjes heb, waarom zou ik dan geen verlof gaan aanvragen? Het geeft het gevoel dat je iets goeds hebt gedaan of er in ieder geval goed mee bezig bent en het de goede kant op gaat.”* Ook voor patiënten die niet zo talig aangelegd zijn en voor wie de trajectkaart niet veelzeggend is, is het een prettig hulpmiddel. Een patiënt legt dat als volgt uit: *“Vroeger was er niet echt duidelijkheid over wat je nog moest doen. Dat moest allemaal nog opgezocht worden. Nu hebben mentoren en behandelcoördinatoren dat gewoon bij de hand. Het geeft me rust dat zij meteen het antwoord kunnen zien als ik iets wil weten. Dat was voorgaande jaren niet zo.”*

Observaties van behandelcoördinatoren en mentoren

Het gevoel van competentie onder patiënten is goed. Patiënten hebben over het algemeen goed vertrouwen in hun vermogen om de gestelde behandeldoelen te behalen. Wanneer een doel voorgesteld wordt dat zij niet zien zitten, geven zij dat aan en wordt het bijgesteld. Behandelcoördinatoren en mentoren zien dat het gevoel van competentie soms juist te goed is. Patiënten zijn dan geneigd zichzelf en hun vermogens te overschatten. Zij zijn van mening dat ze zichzelf prima zouden redden in de maatschappij en dat zij absoluut geen behandeling nodig hebben.

Behandelcoördinatoren en mentoren merken ook dat het door de nieuwe formulering van de behandeldoelen voor patiënten duidelijker is wat precies van hen verwacht wordt. Ook zijn doelen door deze concretisering acceptabeler voor patiënten. Een patiënt met beperkt ziekte-inzicht kan bijvoorbeeld enorm in de weerstand schieten bij een doel rondom agressieregulatie omdat hij vindt dat hij geen agressieproblemen heeft. Maar als het gaat om concreet gedrag dan ziet hij dat hij inderdaad dagelijks mensen uitscheldt en dat daar misschien wat aan veranderd moet worden. Door het concreet, haalbaar en meetbaar maken van de doelen worden deze over het algemeen sneller behaald dan bij de oude werkvorm. Daar moet wel de kanttekening bij geplaatst worden dat de nieuwe doelen vaak kleiner en eenvoudiger zijn dan de oude. Behandelcoördinatoren en mentoren zien dat dit een illusie van voortgang bij patiënten

creëert die niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid. Zij denken dat ze dan al hele grote stappen gemaakt hebben, want “Kijk hoeveel vinkjes ik al heb!”. Terwijl deze voortgang in werkelijkheid miniem is. Patiënten raken gefrustreerd omdat zij niet begrijpen waarom hun behandeling toch verlengd wordt of waarom ze geen verlof krijgen terwijl al zo veel doelen zijn afgevinkt.

Behandeldoelen worden in de nieuwe werkvorm sneller behaald dan bij de oude werkvorm, maar hier is vaak nog wel langer dan één behandelplancyclus voor nodig. Behandelcoördinatoren en mentoren geven aan dat dit deels te maken heeft met het feit dat nog steeds redelijk brede doelen opgesteld worden. Maar ook doordat noemenswaardige verandering in drie maanden vaak niet mogelijk is, mede door het leervermogen van veel patiënten. Toch merken behandelcoördinatoren en mentoren dat het niet behalen van doelen weinig invloed heeft op patiënten. Het leidt niet tot demotivatie of verlies van het gevoel van competentie. Patiënten begrijpen vaak wel dat doelen nog niet behaald zijn, of dat een behaald doel blijft staan omdat het een aandachtspunt blijft. Ze voelen zich gesterkt door de complimenten van hun behandelcoördinator en mentor over de vooruitgang die is geboekt, ondanks dat het doel nog niet behaald is. Die positieve feedback betekent vaak meer voor patiënten dan een vinkje achter een behandelgoal. Daarnaast zien behandelcoördinatoren en mentoren dat de focus van patiënten vaak meer ligt op vooruitgang in het vrijhedenbeleid dan op vooruitgang op behandelgoals of delict-gerelateerde factoren.

De grondgedachte van de trajectkaart, het inzichtelijk maken van waar de patiënt staat in zijn behandeling, wordt gewaardeerd onder patiënten. Ze willen graag weten wat ze moeten doen om vooruit te kunnen. De trajectkaart werkt motiverend doordat patiënten zien dat het volgen van bepaalde modules hen een stap dichtbij verlof brengt. Daarnaast doet het patiënten zichtbaar goed om punten op de trajectkaart te kunnen afvinken en te zien wat zij allemaal al behaald hebben. Behandelcoördinatoren en mentoren zien echter ook dat patiënten door de trajectkaart een vertekend beeld van de werkelijkheid krijgen. Ze zien niet dat verlof niet afhangt van afgeronde modules, maar van verminderde risico's. Patiënten kunnen aan alle voorwaarden van de trajectkaart voldoen en nog steeds geen toestemming voor verlof krijgen. Het kan ook zo zijn dat in de loop der tijd voorwaarden aan de trajectkaart toegevoegd worden. Dit leidt regelmatig tot frustratie bij patiënten.

3.3. Deelvraag 3

Hoe ervaren patiënten de verbinding met hun behandelteam in de nieuwe werkvorm?

Patiënten geven aan een goede samenwerkingsrelatie te ervaren met hun behandelaars. Eerder werd al benoemd dat patiënten zich onderdeel voelen van het vormgevingsproces van de behandeling en dat zij daarin echt iets toe mogen voegen. Patiënten vertellen dat zij goed en respectvol behandeld worden door hun behandelaars, ook bij een meningsverschil. Er wordt geluisterd naar hun mening, wanneer dat mogelijk is worden hun wensen gehonoreerd en wanneer dit niet kan wordt dat uitgelegd en gezocht naar een passend alternatief. Patiënten voelen zich gehoord en ervaren de ruimte en vrijheid om alles bespreekbaar te maken. Een patiënt vertelt dat hij eerlijk en geïnteresseerd wil zijn tegenover zijn behandelaars omdat hij merkt dat zij dat ook naar hem toe zijn. Daarnaast geven patiënten aan tevreden te zijn over de ondersteuning en betrokkenheid vanuit hun behandelcoördinator en mentor. Zij tonen oprechte interesse in patiënten en bieden voldoende ondersteuning waar nodig. Zowel bij praktische zaken zoals uitleg over bepaalde documenten als bij persoonlijke kwesties zoals familieomstandigheden.

Observaties van behandelcoördinatoren en mentoren

Een behandelcoördinator benoemde dat patiënten vaak ontevreden zijn over de ondersteuning die zij ontvangen omdat zij beperkt worden in hun directe behoeftebevrediging. Ze mogen bijvoorbeeld niet altijd snoep kopen wanneer ze willen, een PlayStation aanschaffen of op verlof. Maar behandelcoördinatoren en mentoren merken dat de meeste patiënten zich voldoende ondersteund voelen als het gaat om de behandeling en het behalen van de doelen. Ook merken zij dat patiënten het waarderen dat in de behandelplanbesprekingen meer tijd en aandacht is voor hen om hun mening te delen en dat zij daarin gehoord en serieus genomen worden.

3.4. Deelvraag 4

Welke veranderingen ervaren patiënten in hun behandelmotivatie sinds de invoering van de nieuwe werkvorm?

Eén patiënt geeft aan dat hij sinds de invoering van de nieuwe werkvorm meer motivatie heeft voor de behandeling dan bij de oude vorm. Als reden hiervoor geeft hij het feit dat hij dingen mag beslissen en meer zeggenschap heeft over zijn behandeling. Daarnaast geeft hij aan meer inzicht verkregen te hebben in waarom bepaald gedrag gewenst of ongewenst is en toont hij enig ziekte-inzicht. Maar ook dat de wil om vrij te komen een grote rol speelt in zijn motivatie.

De overige drie patiënten geven aan dat de nieuwe werkvorm geen invloed heeft gehad op de mate van behandelmotivatie die zij ervaren. Zo geeft een patiënt aan al sterk intrinsiek gemotiveerd te zijn voor behandeling omdat hij een einde wil maken aan de trend in zijn leven om keer op keer met justitie in aanraking te komen. De nieuwe werkvorm heeft hier niks aan veranderd.

Een andere patiënt is juist sterk extrinsiek gemotiveerd voor behandeling. Hij is vooral gedreven om zijn vrijheid terug te krijgen. Dat hij waardevolle lessen leert in de behandeling, vindt hij een toevoeging, maar hij wil vooral goed presteren om sneller de kliniek te mogen verlaten. Omdat de nieuwe werkvorm geen verandering heeft gebracht in de vrijheden die deze patiënt kan verdienen, heeft het daarmee ook geen verandering in zijn motivatie gebracht. De patiënt geeft wel aan dat hij de duidelijkheid en transparantie die de nieuwe werkvorm biedt zeer waardeert. Hij heeft meer inzicht in wat over hem besproken en besloten wordt en weet beter waar hij aan toe is. Dit heeft niet direct tot een toename in motivatie geleid, maar heeft wel een stuk wantrouwen tegenover het systeem weggenomen. De derde patiënt geeft aan zich niet gemotiveerd te voelen voor behandeling en door de nieuwe werkvorm ook geen nieuwe motivatie te ervaren. De nieuwe werkvorm heeft juist zijn woede tegenover het tbs-systeem gevoed, omdat deze manier van werken niet aansluit bij zijn visie op behandeling en zijn problematiek.

Observaties van behandelcoördinatoren en mentoren

Behandelcoördinatoren en mentoren zien weinig verandering in de behandelmotivatie van hun patiënten sinds de invoering van de nieuwe werkvorm. Voor patiënten die al gemotiveerd waren lijkt de nieuwe werkvorm bij te dragen aan een lichte toename in motivatie doordat zij meer verantwoordelijkheid krijgen. Maar waar geen motivatie was zien behandelcoördinatoren het ook niet ontstaan door de nieuwe werkvorm. Behandelcoördinatoren en mentoren zien vooral amotivatie en extrinsieke motivatie onder patiënten. Wat veelal vanuit gebrekkig ziekte-inzicht en de drive om vrij te komen ontstaat, daar heeft de nieuwe werkvorm geen invloed op.

Ondanks de geringe verandering in behandelmotivatie zien behandelcoördinatoren dat de nieuwe werkvorm wel degelijk wat oplevert. Het commitment van patiënten aan de samenwerking met zijn behandelaars is groter geworden. Doordat patiënten serieus genomen wordt en een stem hebben gekregen zijn ze welwillender om de behandeling samen met hun behandelaars aan te gaan. Patiënten krijgen steeds meer het idee dat behandelaars het beste met hen voor hebben en dat ze de behandeling echt samen met hen willen doen. Een aantal behandelcoördinatoren en mentoren zien nu bijvoorbeeld meer patiënten deelnemen aan de behandelplanbespreking dan in de oude vorm.

Patiënten lijken ook meer verbonden te zijn met de behandeldoelen, omdat deze nu veel beter te begrijpen zijn en ze aansluiten bij hun taal en belevingswereld. Patiënten zijn zich meer bewust van de behandeldoelen dan voorheen. De duidelijkheid, overzicht en transparantie die door de nieuwe werkvorm ontstaan zijn, maken dat wantrouwen van patiënten weggenomen kan worden. Een behandelcoördinator vertelt: *“Op het moment dat dingen onduidelijk zijn dan zijn mijn patiënten geneigd om dat wantrouwend in te vullen. Op het moment dat ze dat (behandelplan, trajectkaart ect.) heel erg voor zich zien en daarin meegenomen worden zie ik wel dat dat wantrouwen weg neemt en dat vind ik een voordeel”*.

3. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt het antwoord op de onderzoeksvraag gepresenteerd. Deze luidt als volgt:

‘Welke invloed hebben de ervaringen met de nieuwe werkvorm voor behandelplanbespreking op de behandelmotivatie van patiënten van de Mesdag?’

In het theoretisch kader is benoemd dat bij het bevorderen van intrinsieke motivatie gekeken moet worden naar een drietal psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbinding (Ryan & Deci, 2017).

Op basis van de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat aan de behoefte aan autonomie bij de geïnterviewde patiënten, op één na, voldaan wordt. Autonomie beslaat de vrijheid om zelf keuzes te maken (Van der Veen & Goijarts, 2012). Patiënten ervaren dat zij in de nieuwe werkvorm de vrijheid krijgen om bij een behandelplanbespreking zelf in te brengen waar zij aan willen werken of welke therapie zij zouden willen volgen. Waar de vormgeving en uitvoering van de behandeling voorheen vooral door de behandelaars werd gedaan, ervaren patiënten dat dit nu meer een samenwerking is tussen patiënt en behandelaar. Ze ervaren dat zij als patiënt ook invloed kunnen uitoefenen op hun behandelproces. Eén patiënt geeft aan dit ongepast te vinden, omdat het vormgeven van de behandeling bij de verantwoordelijkheden van de behandelaars hoort en niet bij die van de patiënt.

Behandelcoördinatoren en mentoren zien bij hun patiënten dat minder aan de behoefte aan autonomie voldaan wordt. Patiënten lijken het prettig te vinden om aanwezig te zijn bij de behandelplanbespreking maar zijn het niet gewend om initiatief te nemen. Zij zijn het gewend om de behandelplanbespreking aan te horen in plaats van actief deel te nemen. Het is voor patiënten moeilijk om te bedenken waar zij aan willen werken en ze voelen zich vaak niet verantwoordelijk voor de oplossing van hun problemen.

Aan de behoefte aan competentie lijkt op basis van de onderzoeksresultaten ook voldaan te worden. Alle geïnterviewde patiënten geven aan te geloven in hun vermogen om de gestelde doelen te realiseren. Dit geldt ook voor de doelen die moeilijk voor hen zijn. Daarnaast geven patiënten aan dat negatieve ervaringen, zoals het niet behalen van een doel, geen invloed heeft op hun gevoel van competentie of motivatie om aan een doel te blijven werken. Dit komt door de positieve feedback die zij ontvangen, ongeacht of een doel behaald is of niet. Volgens Bandura (1986) is het geringe effect van negatieve ervaringen een teken van een sterk gevoel van competentie.

Patiënten geven aan door de nieuwe formulering van de behandeldoelen beter te weten welk specifiek gedrag zij moeten tonen om behandeldoelen te realiseren. Overigens is het behandelplan in het geheel korter en concreter geworden, wat patiënten prettig vinden.

Ook de trajectkaart maakt voor patiënten inzichtelijk wat ze nog moeten doen om in aanmerking te komen voor verlof. Daarnaast sterkt het afvinken van een doel en kunnen zien wat allemaal al afgerond is de patiënt in zijn gevoel van competentie, dat hij goed bezig is.

Behandelcoördinatoren en mentoren zien ook dat het gevoel van competentie bij patiënten goed is. Behandeldoelen worden door de concrete formulering sneller gehaald dan bij de oude vorm. Dit sterkt het gevoel van competentie onder patiënten. Doordat zij telkens behandeldoelen kunnen afvinken denken zij enorme stappen te maken in de behandeling. Door de nieuwe formulering zijn de doelen echter ook veel kleiner en eenvoudiger dan bij de oude vorm. Hierdoor overschatten patiënten vaak de vooruitgang die zij maken. Dit leidt tot frustratie of onbegrip wanneer de behandeling toch verlengd wordt of wanneer geen verlof aangevraagd wordt. Ook bij de trajectkaart zien behandelcoördinatoren en mentoren deze misleiding ontstaan. Patiënten vinden het prettig om duidelijkheid te krijgen over wat van hen verwacht wordt om voor verlof in aanmerking te komen. En het doet hen goed om door middel van vinkjes hun vooruitgang te kunnen zien. Patiënten zien echter niet dat verlof niet afhangt van afgeronde modules, maar van verminderde risico's. Zij zijn in de veronderstelling dat het verkrijgen van alle vinkjes op de trajectkaart automatisch leidt tot verlof. Dit is echter niet het geval en dat leidt regelmatig tot frustratie bij patiënten. Men zou dus kunnen concluderen dat de nieuwe werkvorm het gevoel van competentie bevordert, maar dat dit doorschiet in zelfoverschatting.

De behoefte aan verbinding lijkt ook door de nieuwe werkvorm voldaan te worden bij de geïnterviewde patiënten. Deze behoefte bestaat uit de wens om ergens bij te horen, waar je van toegevoegde waarde kan zijn en gerespecteerd en ondersteund wordt (Van der Veen & Goijarts, 2012). Waar patiënten voorheen enigszins buitenstaanders waren tijdens de behandelplanbespreking, voelen zij zich in de nieuwe vorm volledig onderdeel van de bespreking. Zij mogen ook ideeën aandragen voor behandeldoelen en hun mening wordt gehoord en gerespecteerd. Daarnaast ervaren patiënten oprechte interesse vanuit hun mentor en behandelcoördinator en voelen zij zich adequaat ondersteund waar dat nodig is.

Behandelcoördinatoren en mentoren merken soms onvrede onder patiënten over de ondersteuning die zij ontvangen omdat zij bijvoorbeeld niet op elk gewenst moment mogen eten, gamen of op verlof. Maar als het gaat over de behandeling voelen de meeste patiënten zich adequaat ondersteund. Patiënten lijken het zeer te waarderen dat tijdens de behandelplanbespreking meer ruimte is voor hun mening en dat deze ook gehoord en serieus genomen wordt.

Alles tezamen genomen lijkt er met de nieuwe werkvorm voldaan te worden aan de voorwaarden om tot intrinsieke motivatie te komen. Aan de psychologische basisbehoeften autonomie, competentie en verbinding lijkt alle drie voldaan te worden, wat volgens de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2017) tot intrinsieke motivatie zou moeten leiden. Zowel patiënten als behandelcoördinatoren en mentoren geven echter aan dat dit niet op lijkt te gaan voor patiënten binnen de Mesdag. Slechts één patiënt geeft aan meer motivatie te ervaren dan bij de oude werkvorm, maar ook dat de wil om vrij te komen een prominente rol speelt in zijn behandelmotivatie. Dit is dus niet een zuiver intrinsieke motivatie. Andere patiënten geven aan dat de nieuwe werkvorm geen aansluiting heeft met hun drijfveren en daarom niets verandert. Het verandert bijvoorbeeld niets aan de vrijheden die verdiend kunnen worden. Behandelcoördinatoren en mentoren zien slechts bij een kleine groep patiënten enige verandering. Dit zijn met name patiënten die al gemotiveerd waren voor de behandeling. De nieuwe werkvorm lijkt geen nieuwe motivatie aan te boren. De behandelcoördinatoren en mentoren menen dat die geringe verandering slechts bij een kleine groep patiënten plaatsvindt, doordat amotivatie en extrinsieke motivatie ontstaat vanuit gebrekkig ziekte-inzicht en de wens om vrijheden te verdienen. Deze aspecten worden niet beïnvloed door de nieuwe werkvorm.

4. Discussie

Dit hoofdstuk bevat een beschouwende terugblik op de uitvoering van het onderzoek en de onderzoeksresultaten. Hierbij zullen opvallende onderzoeksuitkomsten, beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan bod komen.

4.1. Opvallende uitkomsten

Uit de onderzoeksresultaten blijkt nauwelijks verandering in de behandelmotivatie van de patiënten van de Mesdag. Deze geringe verandering in de behandelmotivatie is opvallend te noemen, aangezien uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de nieuwe werkvorm wel degelijk de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voldoet (Ryan & Deci, 2017). Gebaseerd op deze theorie was de verwachting dat de intrinsieke motivatie zou toenemen, maar dit lijkt niet op te gaan bij de patiënten van de Mesdag.

Onderzoek van Ryan en Deci (2000) geeft hiervoor een mogelijke verklaring, evenals onderzoek van Rouse et al. (2011). Zij stellen dat er vaak extrinsieke motivatie of amotivatie optreedt wanneer aan één of meerdere van de drie basisbehoeften niet voldaan worden. De kans is aanwezig dat bij individuele patiënten uit de steekproef niet aan bepaalde basisbehoeften wordt voldaan, maar dat de overige patiënten uit de steekproef dat compenseren. Hierdoor is de consensus dat een behoefte voldaan wordt, maar zijn er individuele patiënten waarbij dit niet het geval is. Als dit bij elke basisbehoefte een andere patiënt betreft, zou dat al betekenen dat bij driekwart van de geïnterviewde patiënten hoogstwaarschijnlijk geen intrinsieke motivatie zal optreden, omdat niet aan alle basisbehoeften voldaan wordt.

Ondanks de geringe verandering in de behandelmotivatie van patiënten, toont dit onderzoek aan dat de nieuwe werkvorm wel degelijk tot positieve resultaten leidt. Het gevoel van autonomie, competentie en verbondenheid is sterker geworden onder patiënten. Door de concrete behandeldoelen begrijpen patiënten beter wat er van hen verwacht wordt en is er meer verbinding met de doelen. Dit vergroot volgens Wiekens (2012) de kans op succes. De nieuwe werkvorm is transparanter voor patiënten, zij zijn beter op de hoogte van wat er over hen besproken en besloten wordt. De schriftelijke informatie die zij krijgen is eenvoudiger, korter en concreter geworden. Tezamen kan dit wantrouwen bij patiënten wegnemen. Over het algemeen zien behandelcoördinatoren dat er meer commitment is onder patiënten om de samenwerking met zijn behandelteam aan te gaan. Zo zien verschillende behandelcoördinatoren dat er meer patiënten aanwezig willen zijn bij de behandelplanbespreking dan voorheen. Het doel, het vergroten van intrinsieke motivatie onder patiënten, is duidelijk nog niet behaald. Maar er lijkt beter voldaan te worden aan de voorwaarden om tot (intrinsieke) motivatie te komen.

4.2. Beperkingen in het onderzoek

De COVID-19-pandemie, die heerste tijdens de gehele onderzoeksperiode, heeft op meerdere vlakken invloed gehad op de uitvoering van dit onderzoek.

Allereerst werd in het originele plan van aanpak beschreven dat er gebruik gemaakt zou worden van observatie bij behandelplanbesprekingen. De observaties zouden ingezet worden om het risico op selectiviteit, dat vaak hoog is bij gelegenheidssteekproeven (Brinkman & Oldenhuis, 2016), te verkleinen. Er zou geobserveerd worden bij patiëntgroepen die niet in de steekproef voor de interviews vertegenwoordigd zouden zijn. De COVID-19-restricties maakten het echter onmogelijk voor de onderzoeker om in de ruimte aanwezig te zijn tijdens een behandelplanbespreking. Het alternatief van het maken van een video-opname tijdens de bespreking werd verworpen. De opdrachtgever gaf aan dat patiënten hoogstwaarschijnlijk niet akkoord zouden gaan met het maken van een video-opname. Door het vervallen van de observaties, is het risico op grote selectiviteit binnen de steekproef onveranderd gebleven.

Vanwege COVID-19 is het gehele onderzoek, met uitzondering van één interview, zonder fysieke aanwezigheid in de Mesdag uitgevoerd. Dit bemoeilijkte de werving van respondenten. Mede door deze moeilijkheden en door ziekte van de onderzoeker zijn de interviews gespreid uitgevoerd. In de drie maanden waarin de interviews zijn afgenomen zijn er ingrijpende COVID-19-maatregelen ingevoerd. Vanaf 15 december 2020 gold er een lockdown in Nederland (Rijksoverheid, 2020). Deze lockdown had

ingrijpende gevolgen voor het dagelijks leven. Zo sloten niet-essentiële winkels, werden beperkingen opgelegd voor bezoek en sloten scholen en kinderdagverblijven. Deze maatregelen hebben geen effect gehad op de directe omstandigheden waarin de interviews zijn afgenomen, maar kunnen wel invloed gehad hebben op de gesteldheid van de respondenten. Zo zouden respondenten in die periode mogelijk meer negatieve emoties zoals stress, somberheid of frustratie kunnen ervaren dan in de periode voor de lockdown. Dit zou voor een vertekening kunnen zorgen in de interviewresultaten. De onderzoeker heeft echter geen opvallende verschillen waargenomen in de interviews die voor de lockdown zijn afgenomen en de interviews die na invoering van de lockdown zijn afgenomen.

Wat opviel tijdens de uitvoering van het onderzoek was de lage respons van patiënten. Patiënten spreken vaak hun onvrede uit over de mate waarin er naar hun mening geluisterd wordt en zij mogen meedenken over bepaalde processen (persoonlijke communicatie, 29 januari 2021). Nu hen de kans geboden werd om hun mening te delen en mee te denken door middel van dit onderzoek, gingen velen van hen echter niet in op de uitnodiging. Dit heeft ertoe geleid dat bij dataverzameling ook gebruikgemaakt is van secundaire bronnen. Secundaire bronnen interpreteren, analyseren of verklaren data vanuit primaire bronnen (Koekoek, z.d.). In dit geval zijn het de behandelcoördinatoren en mentoren die informatie vanuit de primaire bron, de patiënt, interpreteren, analyseren en verklaren. Over het algemeen worden secundaire bronnen minder betrouwbaar geacht dan primaire bronnen (Koekoek, z.d.). De informatie kan namelijk vertekend worden door de interpretatie door de secundaire bron.

De onderzoeker is van mening dat behandelcoördinatoren en mentoren toch relevante informatie bezitten over de ervaringen van hun patiënten. Dit komt door de relatie en het contact die zij hebben met de patiënt. De behandelcoördinator en mentor nemen deel aan de behandelplanbespreking met de patiënt en kunnen observeren hoe de patiënt reageert op de bespreking. Daarnaast voeren zij regelmatig gesprekken met de patiënt waarin behandelplanbesprekingen voor- en nabesproken worden. Toch moeten de data vanuit deze secundaire bronnen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

4.3. Generaliseerbaarheid van het onderzoek

Wat opvalt aan de steekproef die onder patiënten is getrokken, is de homogeniteit van de steekproef, bijvoorbeeld als het gaat om probleem-inzicht. Zowel de opdrachtgever als behandelcoördinatoren en mentoren hebben aangegeven dat een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van de Mesdag kampt met gebrekkig probleem-inzicht. Dit is niet terug te zien in de getrokken steekproef, wat de steekproef niet representatief maakt voor de gehele patiëntenpopulatie van de Mesdag. Ook bij andere factoren lijkt de steekproef af te wijken van de algemene trend die behandelcoördinatoren en mentoren bij hun patiënten zien. Deze vertekening kan ontstaan zijn door de zelfselectie op basis waarvan de steekproef is getrokken. Het is aannemelijk dat vooral patiënten met een proactieve houding zichzelf hebben aangemeld als respondent. Op basis van deze vertekening kan gesteld worden dat er een reële kans is dat de onderzoeksresultaten bij herhaling niet gelijk zullen zijn aan de uitkomst van deze meting. Daarmee zijn de onderzoeksresultaten niet valide en kunnen deze slechts als indicatie voor de gehele patiëntenpopulatie van de Mesdag gebruikt worden.

4.4. Suggesties voor vervolgonderzoek

Op grond van de generaliseerbaarheid van dit onderzoek lijkt het passend om als eerste vervolgstap dit onderzoek te repliceren met een representatieve steekproef en eventueel meer data vanuit primaire bronnen om de onderzoeksresultaten te toetsen over de gehele patiëntenpopulatie. Daarnaast gaven behandelcoördinatoren en mentoren aan, dat de nieuwe vorm lastig kan zijn voor patiënten, omdat zij het niet gewend zijn om actief deel te nemen aan de behandelplanbesprekingen en zelf initiatief te nemen in hun behandeling. Op het moment van dit onderzoek hadden patiënten twee à driemaal een behandelplanbespreking in de nieuwe vorm meegemaakt. Het kan voor vervolgonderzoek interessant zijn om dit onderzoek nogmaals uit te voeren wanneer zij langer de tijd hebben gehad om te wennen aan hun nieuwe rol bij de behandelplanbespreking. Ook kan het interessant zijn om dit onderzoek te repliceren bij de patiëntenpopulatie die na de invoer van de nieuwe werkvorm is ingestroomd en de overgang van de oude naar de nieuwe werkvorm niet heeft meegemaakt.

5. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een drietal aanbevelingen gepresenteerd aan de werkgroep Zorgproces van de Mesdag ter ontwikkeling van de nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen.

Aanbeveling 1: Behandelplanformat en trajectkaart onder de loep

Allereerst wordt aanbevolen om de trajectkaart en het behandelplanformat kritisch te bekijken. Uit de onderzoeksresultaten is namelijk naar voren gekomen dat de concretisering van behandeldoelen en verloffvoorwaarden in deze documenten bijdraagt aan bevordering van het gevoel van competentie onder patiënten, maar dat dit enigszins doorslaat in zelfoverschatting. Het zou wenselijk zijn om te onderzoeken hoe men voor de patiënt beter inzichtelijk kan maken hoe behandeldoelen en verloffvoorwaarden zich verhouden tot de behandeling in zijn geheel en welke consequenties daaraan verbonden zijn. Leren om tot tien te tellen en het bespreekbaar maken van je spanningen, draagt bijvoorbeeld bij aan adequate agressieregulatie, maar leidt op zichzelf niet tot verloff. Dit lijkt met de trajectkaart en het behandelplanformat in de huidige vorm niet altijd goed over te komen bij patiënten.

Aanbeveling 2: Inspelen op extrinsieke motivatie

Intrinsieke motivatie is als onderwerp gekozen voor dit onderzoek, omdat uit ander onderzoek is gebleken dat dit de meest standvastige vorm van motivatie is (Appelo, 2007; Condry, 1977) en de nieuwe werkvorm hier nauw op aansluit. Dat wil echter niet zeggen dat extrinsieke motivatie ongewenst is. Ook extrinsieke motivatie kan een positief effect hebben op de effectiviteit van de behandeling. Allereerst omdat een patiënt dan wel de wil heeft om deel te nemen aan de behandeling, wat de effectiviteit van de behandeling ten goede komt. Daarnaast, beredeneren Jongeneel en Claessen (2018), is extrinsieke motivatie vaak nodig om 'de motor op gang te helpen'. Een patiënt kan extrinsiek gemotiveerd aan de behandeling beginnen en gaandeweg kan dat overgaan in intrinsieke motivatie. Uit de onderzoeksresultaten blijkt, dat er veel sprake is van extrinsieke motivatie onder de patiënten van de Mesdag. De nieuwe werkvorm, die inspeelt op intrinsieke motivatie, blijkt hier niet op aan te sluiten. Patiënten, maar ook behandelcoördinatoren en mentoren, merken dat de nieuwe werkvorm geen invloed heeft op de externe factoren die de motivatie van patiënten voedt en daarom ook niet bijdraagt aan een groei in behandelmotivatie.

Aanbevolen wordt om te overwegen een werkvorm te ontwerpen die specifiek rekening houdt met factoren die samenhangen met extrinsieke motivatie. Dit geldt zeker voor de beginfase van de behandeling. Mogelijk kan er een werkvorm ontworpen worden waarbij patiënten gestimuleerd worden om zelf in beweging te komen en actief aan de slag te gaan met hun behandeling. Het is aannemelijk dat door de behandeling een zekere mate van ziekte-inzicht ontstaat. Die actieve en gemotiveerde houding en de aanwezigheid van enig ziekte-inzicht zou wellicht een betere basis vormen voor de introductie van de huidige werkvorm.

Aanbeveling 3: Behandelcoördinatoren en mentoren

Ten slotte wordt aanbevolen ook de ervaringen van behandelcoördinatoren en mentoren met de nieuwe werkvorm te betrekken bij de ontwikkeling van de werkvorm. In de interviews met behandelcoördinatoren en mentoren zijn een aantal factoren ter sprake gekomen die negatieve invloed hebben op de werkbaarheid van de nieuwe werkvorm. Deze factoren hebben veelal geen (directe) invloed op de behandelmotivatie van patiënten, maar kunnen wel invloed hebben op de inhoud en volledigheid van rapportages en stukken, zoals verlofaanvragen en verleningsadviezen. De informatie die uit de interviews met behandelcoördinatoren en mentoren is verkregen, zal in een apart rapport aangeboden worden.

Bibliografie

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.
- Baarda, B., & Bakker, E. (2018). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Baarda, B., Van der Hulst, M., & De Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen : Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews (3e ed.)*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Verenigde Staten: NJ: Prentice-Hall. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bleijenbergh, I. L. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties (1e ed.)*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen (2 ed.)*. Amsterdam, Nederland: Boom Uitgevers.
- Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2016). *Cijfers spreken : overtuigen met onderzoek en statistiek (6e ed.)*. Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Condry, J. (1977). Enemies of Exploration: Self initiated and other initiated learning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 459-447. doi:10.1037/0022-3514.35.7.459
- Farooq, M. B., & De Villiers, C. (2017). Telephonic qualitative research interviews: when to consider them and how to do them. *Meditari Accountancy Research*, 25(2), 291-316. doi:10.1108/MEDAR-10-2016-0083
- House of Words. (z.d.). *Transcriptie*. Opgehaald van <https://www.houseofwords.nl/transcriptie/27.html>
- Jongeneel, H., & Claessen, J. (2018, mei 17). *Naar een gevangenisstraf met behandeling*. Opgehaald van Nederlands Juristenblad: <https://www.njb.nl/blogs/naar-een-gevangenisstraf-met-behandeling/>
- Koekoek, W. (z.d.). *Primaire en secundaire bronnen*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/bronvermelding/primaire-en-secundaire-bronnen/>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2017). *Motiverende Gespreksvoering : Mensen helpen veranderen (4e ed.)*. Houten, Nederland: Ekklesia.
- Openbaar Ministerie. (z.d.). *Tbs*. Opgehaald van om.nl: <https://www.om.nl/onderwerpen/tbs>
- Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., & Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35(9), 1109-1135. doi:10.1177/009385480820169
- Rijksoverheid. (2020, december 14). *Nederland in lockdown*. Opgehaald van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/12/14/coronavirus-overzicht-nederland-in-lockdown>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Soorten tbs*. Opgehaald van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs-en-overige-forensische-zorg/tbs/soorten-tbs>

- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2015). *Gedrag in organisaties* (12e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux bv.
- Rouse, P. C., Ntoumanis, N., Duda, J. L., Jolly, K., & Williams, G. C. (2011). In the beginning: Role of autonomy support on the motivation, mental health and intentions of participants entering an exercise referral scheme. *Psychology and Health*, 26, 729-749. doi:10.1080/08870446.2010.492454
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in Motivation, Development, and Wellnes*. New York, Verenigde Staten: Guilford Press.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2010). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux.
- Tucker, B. P., & Parker, L. D. (2014). Comparing Interview Interaction Modes in Management Accounting Research: A Case to Answer? *SSRN Electronic Journal*, 1-54. doi:10.2139/ssrn.2480247
- Van Dam, A., & Mulder, N. (Red.). (2008). *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Veen, M., & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal-agogisch werk : coachen bij gedragsverandering*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Mesdag. (z.d.a). *Ons doel - Uw veiligheid!* Opgehaald van vanmesdag.nl: <https://www.om.nl/onderwerpen/tbs>
- Van Mesdag. (z.d.b). *Behandelfases*. Opgehaald van vanmesdag.nl: <https://www.vanmesdag.nl/behandeling-beveiliging/behandelfases/>
- Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedrasverandering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(3), 171-189. doi:10.1007/BF03096139
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Verstuyf, J., & Vansteenkiste, M. (2008). Willen versus moeten: de invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *AGORA (AMSTERDAM)*, 24(?), 7-22. Opgehaald van <http://hdl.handle.net/1854/LU-420579>
- Wiekens, C. J. (2012). *Beïnvloeden en veranderen van gedrag*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux bv.

Bijlage 1: Interviewuitnodigingen patiënten

Beste patiënt,

Mijn naam is Jiwon van Lenthe en ik werk bij de Mesdag aan mijn afstudeeronderzoek voor de studie Toegepaste Psychologie.

Voor dit onderzoek houd ik mij bezig met de dingen die zijn veranderd aan de behandelplanbespreking. Bijvoorbeeld dat deze nu vaker plaatsvinden en dat je er als patiënt nu zelf bij zit. Ik ben erg benieuwd naar wat jij van deze veranderingen vindt en zou hier graag over in gesprek gaan.

Daarom zou ik je graag willen uitnodigen voor een interview. Tijdens dit interview wil ik het graag met je hebben over wat jij van je laatste behandelplanbespreking vond. Wat je goed vond, dingen die je hielpen, maar ook dingen die je graag anders zou willen zien. Met deze informatie hoop ik de bedenkers van de nieuwe werkvorm advies te kunnen geven over hoe deze werkvorm eventueel verbeterd kan worden.

Zo'n interview zal ongeveer 30 minuten duren en we zullen elkaar helemaal corona-proof via skype of iets soortgelijks kunnen spreken. Als jij daar toestemming voor geeft, zou ik ons gesprek graag op willen nemen. Op die manier kan ik wat we zeggen nog een keer terugluisteren wanneer ik mijn verslag schrijf. Deze opname zal, net als jouw naam of andere informatie over jou, niet worden gedeeld met iemand anders zonder dat jij daar toestemming voor geeft. Als mijn eindverslag af is zal de opname vernietigd worden.

Wil jij wel met mij in gesprek over jouw mening over de behandelplanbespreking? Of het je hier vragen over? Vraag dan een van de sociotherapeuten om contact met mij op te nemen via j.van.lenthe@fpcvanmesdag.nl

Wellicht spreken wij elkaar binnenkort!

Vriendelijke groet,

Jiwon van Lenthe

Wat vind jij van de vernieuwde behandelplanbesprekingen?

Jouw mening telt!



Hoi!

Mijn naam is Jiwon. Ik werk bij de Mesdag aan mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Toegepaste Psychologie. Hierbij heb ik jouw hulp nodig!



Deel je mening met mij!

Ik ben erg benieuwd naar wat jij van de vernieuwde behandelplanbesprekingen vindt. Wat je er goed of fijn aan vindt. Maar ook wat je graag anders zou willen zien



Corona-proof

We kunnen elkaar helemaal coronaproof spreken via Skype of de telefoon. Dit gesprek zal ongeveer 30 minuten duren



Opname

Omdat ik mijn interviews uit moet typen voor mijn eindverslag zou ik ons gesprek graag op willen nemen. Dit gebeurt natuurlijk alleen als jij daar toestemming voor geeft. De opname zal alleen door mij beluisterd worden en je naam zal niet gebruikt worden in mijn verslag.



Afspraak maken?

Wil je met mij in gesprek over dit onderwerp of heb je vragen? vraag dan een sociotherapeut om contact met mij op te nemen via j.van.lenthe@fpcvanmesdag.nl. Wie weet spreken wij elkaar binnenkort!

powered by

 **PIKTOCHART**

Bijlage 2: Interviewuitnodiging behandelcoördinatoren en mentoren

Beste (...),

Mijn naam is Jiwon van Lenthe, ik ben studente Toegepaste Psychologie en momenteel bij de Mesdag bezig met mijn afstudeeronderzoek.

U zult vast meegekregen hebben dat er de afgelopen maanden het een en ander is veranderd binnen het zorgproces. Een van deze veranderingen is de vormgeving van de behandelplanbespreking. Mijn onderzoek is specifiek gericht op de effecten van de doorgevoerde verandering op de behandelmotivatie van patiënten. Ik voer dit onderzoek uit in opdracht van de werkgroep Zorgproces, die de veranderingen in het zorgproces heeft ingevoerd. De leden van deze werkgroep willen graag weten of nieuwe werkvorm het beoogde doel behaalt.

In uw rol als mentor/behandelcoördinator en deelnemer aan de behandelplanbespreking zou ik u graag willen uitnodigen voor een interview. Ik ben erg benieuwd naar hoe u de nieuwe werkvormen rondom de behandelplanbespreking ervaart maar ook hoe uw patiënten op de veranderingen reageren en welke veranderingen in behandelmotivatie u bij uw patiënten hebt waargenomen sinds de invoer van de nieuwe werkvorm.

De informatie die ik krijg uit de interviews die ik afneem zal ik verwerken tot een adviesrapport voor de werkgroep Zorgproces. Persoonsgegevens zullen door middel van codering geanonimiseerd worden. Dit houdt in dat uw naam en eventuele persoonsgegevens enkel bij mij bekend zullen zijn. In gespreksverslagen of andere stukken die met derden gedeeld zullen worden zal u met een respondentnummer benoemd worden en zal geen specifieke informatie worden gedeeld waaruit uw identiteit te herleiden is.

Wanneer u daar toestemming voor geeft zou ik het interview graag op willen nemen, zodat ik in de verwerking fragmenten terug kan luisteren. Voor deze opnames geldt dat ze puur voor mijn informatieverwerking zijn en zonder toestemming niet met derden gedeeld zullen worden. De opnames zullen ook gecodeerd opgeslagen worden en na afronding van het onderzoek vernietigd worden. Dit zal uiterlijk op 31 januari 2021 zijn.

Een interview zal c.a. 45 minuten tot maximaal een uur in beslag nemen. Gezien de huidige situatie met het coronavirus is het mogelijk om telefonisch of via skype of een soortgelijk platform met elkaar in gesprek te gaan.

Ik hoor graag van u of u bereid bent om aan een interview mee te werken, dan zal ik een aantal voorstellen sturen voor momenten om het interview af te nemen. Mocht u voorkeur hebben voor een specifieke dag of tijd, dan mag u dat meteen aangeven en dan probeer ik mij hier zo goed mogelijk op aan te passen.

Voor eventuele vragen of opmerkingen ben ik te bereiken via dit mailadres j.van.lenthe@fpcvanmesdag.nl of 0655061915.

Vriendelijke groet,
Jiwon van Lenthe.

Bijlage 3: Interviewschema patiënten

Opening Goedemorgen/middag, Mag ik tutoyeren? Wat fijn dat ik je mag interviewen. In mijn uitnodiging heb ik mijn onderzoek al toegelicht maar ik zal nogmaals kort uitleggen waarom we hier vandaag zijn. Mijn naam is Jiwon en ik ben student Toegepaste Psychologie. Ik doe bij de Mesdag mijn afstudeeronderzoek. Daarvoor Ik wil het vandaag graag met je hebben over wat jij van de behandelplanbesprekingen vindt. Afgelopen maanden is er best wel veel veranderd aan de behandelplanbespreking en nu doe ik onderzoek naar wat patiënten en medewerkers daarvan vinden. Het interview zal ongeveer een half uur duren, maar mocht je eerder behoefte hebben aan een pauze, vragen hebben of willen stoppen dan mag je dat gewoon zeggen. Oké? Ik zou het interview graag op willen nemen zodat ik het nog eens terug kan luisteren en helemaal kan uittypen voor mijn verslag. Die opname zal zonder jouw toestemming niet met iemand anders gedeeld worden. Resultaten worden geanonimiseerd, dat betekent dat andere mensen die mijn onderzoeksrapport lezen niet te weten kunnen komen dat jij hebt meegewerkt of welke antwoorden jij gegeven hebt, tenzij jij daar specifiek toestemming voor geeft. Vind je het dan goed dat ik een opname maak? Heb jij nog vragen over het interview? Dan start ik nu de opname.	
<u>Openingsvraag</u> Wat vond je van je laatste behandelplanbespreking?	
(Sub)Topics	Bron:
<u>Autonomie</u> - Aanwezigheid - Zelf keuzes maken - Eigenaar van je eigen proces	(Ryan & Deci, 2017) (Persoonlijke communicatie, september 2020) (Van der Veen & Goijarts, 2012)
<u>Competentie</u> - Het gevoel dat je in staat bent om te doen wat er van je gevraagd wordt? - Duidelijkheid - o Korte termijn (behandelplan) - o Lange termijn (trajectkaart)	(Ryan & Deci, 2017) (Bandura, 1986) (Miller & Rollnick, 2017)(Wiekens, 2012) (Persoonlijke communicatie, september 2020)
<u>Samenwerking/verbinding</u> - Betrokkenheid - Respect - Ondersteuning - Gehoord worden	(Ryan & Deci, 2017)(Van der Veen & Goijarts, 2012) (Persoonlijke communicatie, september 2020)

<u>Behandelmotivatie</u> - Motivatie voor behandeling - Verschil met de oude vorm	
<u>Afsluiting</u> <i>Dit waren al mijn vragen. Heb jij nog vragen of dingen die je toe zou willen voegen? Mocht je later nog wat te binnen schieten dan kan je mij dat via de sociotherapie laten weten. Zij hebben mijn contactgegevens.</i> <i>Als je op dit moment geen vragen of opmerkingen meer hebt wil ik je bij deze erg bedanken voor je tijd en medewerking en een fijne dag toewensen.</i>	
<u>Algemene doorvragen</u> - <i>Kan je daar wat meer over vertellen?</i> - <i>Wat bedoel je daar precies mee?</i> - <i>Wat doet dat met jou?</i> - <i>Wat maakt dat je dit zo ervaart?</i> - <i>Je zegt nu dat dit niet naar wens is, hoe zou je dat graag willen zien?</i> - <i>Wat heb je nodig om dit te bereiken?</i> - <i>Is dit anders dan bij de oude vorm? Waardoor komt dat?</i>	

Bijlage 4: Interviewschema Behandelcoördinatoren en mentoren

Opening Goedemorgen/middag, Mag ik tutoyeren? Wat fijn dat ik je mag interviewen. In mijn uitnodiging heb ik mijn onderzoek al toegelicht maar ik zal nogmaals kort uitleggen waarom we hier vandaag zijn. Mijn naam is Jiwon van Lenthe. Ik ben student Toegepaste Psychologie. Ik doe bij de Mesdag mijn afstudeeronderzoek over de veranderingen rondom de behandelplanbesprekingen. Mijn onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten, behandelcoördinatoren en mentoren met de nieuwe werkvorm en welke invloed deze hebben op de behandelmotivatie van patiënten. Daarvoor wil ik het vandaag graag met je hebben over jouw ervaringen met de nieuwe werkvorm voor behandelplanbesprekingen en wat jij hierover terugkrijgt van patiënten. Het interview zal drie kwartier tot maximaal een uur duren. Wanneer je behoefte hebt aan een pauze, vragen hebt of willen stoppen mag je dat gerust aangeven. Zoals ik bij de uitnodiging al aangegeven heb zou ik het interview graag op willen nemen. Die opname zal zonder jouw toestemming niet met derden gedeeld worden en de resultaten worden anoniem verwerkt. Vind je het dan goed dat ik een opname maak? Heb jij nog vragen over het interview? Dan start ik nu de opname.	
Openingsvraag Wat jouw algemene indruk van de nieuwe werkvorm van de behandelplanbesprekingen?	
Autonomie - Aanwezigheid patiënt - Patiënt zelf keuzes laten maken - Eigenaar van eigen proces	(Ryan & Deci, 2017) (Persoonlijke communicatie, september 2020) (Van der Veen & Goijarts, 2012)
Competentie - Het gevoel dat je in staat bent om te doen wat er van je gevraagd wordt? - Duidelijkheid - o Korte termijn (behandelplan) - o Lange termijn (trajectkaart)	(Ryan & Deci, 2017) (Bandura, 1986) (Miller & Rollnick, 2017)(Wiekens, 2012) (Persoonlijke communicatie, september 2020)
Samenwerking/verbinding - Betrokkenheid - Respect - Ondersteuning - Gehoord worden	(Ryan & Deci, 2017)(Van der Veen & Goijarts, 2012) (Persoonlijke communicatie, september 2020)
Behandelmotivatie - Motivatie voor behandeling - Verschil met de oude vorm	
Afsluiting <i>Dit waren al mijn vragen. Heb jij nog vragen of toevoegingen/antwoorden die je zou willen herzien? Mocht je later nog wat te binnen schieten dan kan je mij telefonisch of per mail benaderen.</i>	

Als je op dit moment geen vragen of opmerkingen meer hebt wil ik je bij deze erg bedanken voor je tijd en medewerking en een fijne dag toewensen.

Algemene doorvragen

- *Hoe reageren patiënten daarop?*
- *Wat vinden patiënten daarvan?*
- *Wat bedoel je daar precies mee?*
- *Wat merk je daarvan aan patiënten?*
- *Wat maakt dat patiënten dit zo ervaren?*
- *Je zegt nu dat dit niet naar wens is, hoe zou je dat graag willen zien?*
- *Is dit anders dan bij de oude vorm? Waardoor komt dat?*

