

Groeien binnen de FPA



fivoor

Titelpagina

Toegepaste Psychologie

Hogeschool Saxion
Handelskade 75
7417 DH Deventer

Onderzoek bij de Palier forensische psychiatrische afdeling

Nico Broekhuyslaan 5
2553 PV Den Haag

Begeleider Palier

Liza Haring

Beoordelaars

Rianne Marsman (Eerste beoordelaar)
Mirella Ordeman (Tweede beoordelaar)

Auteur

Suzan Nieuwenhuis

Plaats & Datum

Den Haag, Februari 2018 tot en met Juni 2018

Voorwoord

Hoewel je bij het schrijven van zo'n scriptie soms het gevoel hebt dat er niemand precies begrijpt wat je doormaakt en dat je het uiteindelijk toch allemaal zelf moet doen, besef je achteraf al snel dat het je nooit gelukt zou zijn zonder de mensen die ieder op hun eigen manier lieten blijken met je begaan te zijn. Die mensen wil ik dan ook bedanken.

Liza en Rianne bedankt! Voor het beantwoorden van al mijn vragen en de begeleiding die jullie hebben gegeven. Ook al het personeel binnen de FPA voor het helpen met de enquêtes en de interviews en vooral de mensen van unit 6, bedankt!

Samenvatting

Vele instellingen in Nederland zijn op dit moment bezig met het introduceren van het positieve leefklimaat. Het positieve leefklimaat wordt gekenmerkt door een goede sfeer op de afdeling, de patiënten ervaren groeimogelijkheden, er is een goed evenwicht in de geboden veiligheid voor de patiënten door medewerkers en ervaren de patiënten ondersteuning van de medewerkers. Ook is op dit moment is de forensisch psychiatrische afdeling (FPA) van de Palier bezig met de introductie van het positieve leefklimaat.

Vorig jaar is er een onderzoek gedaan naar het leefklimaat binnen de FPA. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de mogelijkheden tot groei laag scoren. Daarom wordt er onderzoek gedaan op de FPA naar de groei mogelijkheden. Zodat er gekeken kan worden hoe zij deze score omhoog kunnen krijgen en de patiënten de juiste zorg aan te bieden.

Om gegevens van de patiënten te kunnen verzamelen worden er enquêtes op alle units afgenomen. Tijdens de afnames konden er 51 patiënten bereikt worden en er hebben 25 patiënten de enquête ingevuld. Vanuit deze 25 patiënten zijn 6 patiënten geselecteerd om geïnterviewd te worden. Vanuit deze interviews is er een beter beeld gecreëerd van de gegeven antwoorden op de enquêtes.

Op basis van de resultaten kan er geconcludeerd worden dat de patiënten een gemiddelde tot bovengemiddelde groei ervaren binnen de FPA. Dit betekent dat zij groei mogelijkheden ervaren binnen de FPA, maar deze groei mogelijkheden nog meer aangeboden kunnen worden. De aanbevelingen zijn geschreven aan de hand van de resultaten en de conclusie. De aanbevelingen die er gedaan zijn gaan onder andere over het aanbieden van verschillende en/of meer activiteiten binnen de FPA.

Inhoudsopgave

VERKLARENDE WOORDENLIJST	7
HOOFDSTUK 1 INLEIDING VAN HET ONDERZOEK	8
1.1 AANLEIDING	8
1.2 ONDERZOEKSVRAAG	10
1.3 DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK	10
HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER	12
2.1 ZELFDETERMINATIETHEORIE	12
2.2 FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN	13
2.3 AUTONOMIE	13
2.3.1 AUTONOMIE EN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN	14
2.3.2 AUTONOMIE EN LEEFTIJD	14
2.4 COMPETENTIE	14
2.4.1 COMPETENTIE EN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN	15
2.4.2 COMPETENTIE EN LEEFTIJD	15
2.5 VERBONDENHEID	15
2.5.1 VERBONDENHEID EN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN	16
2.5.2 VERBONDENHEID EN LEEFTIJD	16
2.6 CONCEPTUEEL MODEL	16
2.7 HYPOTHESE	17
2.8 OPZET VAN HET ONDERZOEK	19
HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSDESIGN	20
3.1 ONDERZOEKSMETHODE	20
3.1.1 KWANTITATIEVE ONDERZOEKSMETHODE	20
3.1.2 KWALITATIEVE ONDERZOEKSMETHODE	20
3.2 ONDERZOEKSDOELGROEP	21
3.2.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK	21
3.2.2 KWALITATIEF ONDERZOEK	21
3.3 ONDERZOEKSINSTRUMENT	21
3.3.1 KWANTITATIEVE ONDERZOEKSINSTRUMENT	21
3.3.2 KWALITATIEVE ONDERZOEKSINSTRUMENT	22
3.4 PROCEDURE	23
3.4.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK	23
3.4.2 KWALITATIEF ONDERZOEK	23
3.5 ANALYSE	24
3.5.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK	24
3.5.2 KWALITATIEF ONDERZOEK	24
HOOFDSTUK 4 ONDERZOEKSRESULTATEN	25
4.1 UITVOERING EN RESPONS	25
4.2 BETROUWBAARHEID VAN HET MEETINSTRUMENT	26
4.3 DEELVRAGEN	26
4.3.1 DEELVRAAG 1	26
4.3.2 DEELVRAAG 2	27

4.3.3 DEELVRAAG 3.....	27
4.3.4 DEELVRAAG 4.....	27
4.3.5 DEELVRAAG 5.....	28
4.3.6 DEELVRAAG 6.....	28

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELING..... 31

5.1 DEELVRAGEN	31
5.1.1 DEELVRAAG 1.....	31
5.1.2 DEELVRAAG 2.....	31
5.1.3 DEELVRAAG 3.....	31
5.1.4 DEELVRAAG 4.....	32
5.1.5 DEELVRAAG 5.....	32
5.1.6 DEELVRAAG 6.....	32
5.2 HOOFDVRAAG	33
5.3 DISCUSSIE.....	33
5.3.1 VALIDITEIT	33
5.3.2 BETROUWBAARHEID.....	34
5.3.3 BRUIKBAARHEID	35
5.4 AANBEVELING	35
5.4.1 AANBEVELING FPA	35
5.4.2 AANBEVELING TOEKOMSTIG ONDERZOEK	36
5.5 DE ROL VAN DE TOEGEPAST PSYCHOLOOG	36

LITERATUURLIJST 38

BIJLAGE 1, ENQUÊTE NEDERLANDS..... 41

BIJLAGE 2, ENQUÊTE ENGELS..... 43

BIJLAGE 3, TABELLEN..... 45

BIJLAGE 4, FIGUREN..... 47

BIJLAGE 5, OPZET INTERVIEW..... 49

BIJLAGE 6, VIJF STELLINGEN 50

BIJLAGE 7, EIGENWERK VERKLARING 51

Verklarende woordenlijst

Cronbach's Alpha	Is een maat voor de betrouwbaarheid van een vragenlijst
FOU	Forensische Oefen Unit
FPA	Forensische Psychiatrische Afdeling
Gesloten setting	1/2/3
Licht verstandelijke beperking	Mensen hebben een licht verstandelijke beperking als ze een IQ tussen de 50 en 70 hebben en aanpassingsvermogen niet voldoet aan dat wat gezien zijn leeftijd en zijn cultuur wordt verwacht.
Mean	Gemiddelde
Open setting	Unit 4/5/6/FOU
Psychotische kenmerken	De meest voorkomende kernmerken zijn: Verwardheid en hierdoor bijvoorbeeld niet meer geordend kunnen praten. Wanen, dat zijn verkeerde denkbeelden over bepaalde situaties. Hallucinaties, dat zijn dingen zien, ruiken, voelen horen of proeven die er niet echt zijn. Intrusies, het hebben van bizarre gedachten.
Standaard Deviatie	Is een maat voor de spreiding van een variabele of van een verdeling
Unit	Afdeling

Hoofdstuk 1 Inleiding van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Er wordt verteld over de instelling en waarom zij dit onderzoek nodig achten. Aan de hand van de gegeven opdracht van uit de instelling zijn er onderzoeksvragen en een doelstelling geformuleerd.

1.1 Aanleiding

De Palier is een instelling die zeer intensive forensische psychiatrische hulp aanbiedt, zij werken samen met de Klijvelanden en Aventurijn onder de naam Fivoor. Het onderzoek vindt plaats op de forensische psychiatrische afdeling (FPA) van de Palier. Hier worden patiënten behandeld met gedragsproblemen die een psychiatrische oorzaak hebben. Er is een kans dat de patiënten binnen de FPA in aanraking zijn gekomen met justitie (Fivoor z.j.). Binnen de FPA zijn er 7 units. Bij binnenkomst worden de meeste patiënten geplaatst op unit 1, dit is de observatie unit. De andere units werken er stap voor stap aan om de patiënten klaar te stomen voor terugkeer in de maatschappij. Hoe hoger het getal van de unit, hoe meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid er van de patiënt wordt verwacht.

De FPA is op dit moment bezig met het introduceren van een positief leefklimaat. Het leefklimaat zijn de omstandigheden waarin mensen leven, dit geldt ook voor mensen binnen de FPA. Binnen een positief leefklimaat is er een goede sfeer op de afdeling, ervaren de cliënten de mogelijkheden tot groei, is er een goed evenwicht in de geboden repressie door medewerkers en ervaren de cliënten ondersteuning van de medewerkers (van der Helm, Klapwijk, Stams & van der Laan, 2009).

Vorig jaar is er onderzoek gedaan naar het leefklimaat binnen de FPA. Binnen dit onderzoek scoorde de patiënten laag op de mogelijkheid tot groei (Bartelink & Haan, 2017). Voor het probleem van de lage scores zijn er verschillende oorzaken te formuleren. Een van deze oorzaken kan zijn, dat medewerkers in de forensische psychiatrie vaak te maken hebben met gewelddadig en agressief gedrag van de patiënten (Harte, Theeuws & van Leeuwen, 2011). Dit gedrag heeft een grote invloed op het professioneel handelen van de sociotherapeuten. Hierdoor passen zij vaker beperkende maatregelen, straf en discipline toe. Binnen de gesloten instelling kan het veelvuldig toepassen van beperkende maatregelen, straf en discipline gemakkelijk uitmonden in onderdrukking en vernedering. Hierdoor tast je de autonomie van de patiënten aan waardoor de mogelijkheid tot groei wordt belemmerd (Hanrath, 2013). Binnen dit onderzoek moet er ook rekening gehouden worden met de doelgroep. Een groot deel van de doelgroep zit gesloten en ervaren hiermee een vrijheidsbeperkende situatie. Door deze

setting zijn er vrijheidsbeperkende maatregelen, waardoor de patiënten niet kunnen doen en laten wat zij willen.

Een ander oorzaak kan zijn de interne gerichtheid. Interne gerichtheid binnen het gedwongen kader ontstaat als er afgrenzing ontstaat binnen een afgeschermd milieu. Dit houdt in dat de grenzen en waarden en normen met de maatschappij zijn vervaagd. Doordat deze grenzen vervagen is het gevaar dat medewerkers zich niet meer inspannen voor de patiënten. Dit kan leiden tot vernauwing van het blikveld. Hierdoor kan het team overmatig gericht zijn op zijn eigen werkwijze en weinig openstaat voor verandering. Doordat ze weinig open staan voor verandering kunnen ze minder naar de patiënten gaan luisteren. Waardoor de patiënt zich minder gehoord voelt en de verbondenheid tussen patiënt en sociotherapeut verminderd (van der Helm, Kröger, Schaftenaar & van Vliet, 2013).

In de vorige twee alinea's komt het belang van het meten van autonomie en verbondenheid naar voren. Over het construct competentie en deze in samenhang met de doelgroep, daar is weinig onderzoek naar gedaan. Wel is bekend dat het niet ervaren van groei de behandelmotivatie doet verlagen (Van der Helm, Beunk, Stams & Van der Laan, 2011).

De gekozen theorie voor dit onderzoek is de zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000). Deze theorie heeft als uitgangspunt dat de mens van nature gericht is op groei en ontwikkeling. Deze motivatie tot groei wordt bevorderd als de drie basisbehoefte aanwezig zijn; autonomie, competentie en verbondenheid. Bij het aanwezig zijn van deze drie componenten verandert het moeten veranderen in het willen veranderen. Dit is de reden dat deze theorie binnen het gedwongen kader ook wordt gebruikt om behandelmotivatie te meten bij de patiënten.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de patiënten de mogelijkheden tot groei ervaren binnen de FPA. Vanuit dit onderzoek wordt er een aanbeveling gedaan richt de FPA om eventueel de groeimogelijkheden te vergroten binnen de FPA. Door deze groei te bevorderen kan het positieve leefklimaat worden vergroot. Hierdoor gaat de behandelmotivatie omhoog bij de patiënten, waardoor de kans op recidiveren wordt verlaagd (Jongeling, 2011).

1.2 Onderzoeksvraag

Met de verkregen informatie wordt de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

In hoeverre ervaren de patiënten de mogelijkheid tot groei binnen de FPA aan de hand van de zelfdeterminatie theorie?

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn de volgende drie deelvragen geformuleerd:

- In hoeverre ervaren de patiënten van de FPA autonomie?
- In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA competentie?
- In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA verbondenheid?
- In hoeverre is er een verschil per unit te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?
- In hoeverre is er een samenhang op het gebied van leeftijd te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?
- Welke behoeftes ervaren de patiënten met betrekking tot de autonomie, de competentie en de verbondenheid?

1.3 Doelstelling van het onderzoek

De FPA biedt zorg aan mensen die last hebben van complexere ziektebeelden. Bij deze mensen is er veelal sprake van crimineel gedrag of agressie. Zij leveren aan deze mensen de zorg, zodat zij geleidelijk en veilig kunnen terugkeren in de maatschappij (Fivoor, z.j.)

Aan de hand van dit onderzoek kan de FPA inzicht krijgen op welke units de groei van de patiënten goed verloopt en op welke units de patiënten graag meer mogelijkheden willen om hun groei te kunnen bevorderen. Op dit moment biedt de FPA enkele activiteiten voor de patiënten. Voor de patiënten is er de mogelijkheid om te gaan sporten, er is productiewerk, houtbewerking, High Q, groen werk, klein westland, PLUK (stadsboerderij), fietsen werkplaats, dit zijn verschillende plekken waar patiënten eventueel kunnen werken. Op unit 1,2 en 3 wordt er elke vrijdag de mogelijkheid geboden om te koken, op unit 4 wordt erop donderdagavond gekookt en op 5 en 6 zijn er enkele patiënten of de patiënt is zelf verantwoordelijk voor het avondeten. Ook wordt er een dagdeel creatief aangeboden en de Liberman module waarbij patiënten kunnen leren om te gaan met psychotische symptomen of hun verslaving. Naast de Liberman module zijn ze begonnen met de Health 4 You module. Deze module staat in het teken van gezond leven. Naast de huidige activiteiten die er worden aangeboden zijn er meer activiteiten die er ingezet kunnen worden om de basisbehoeften te

kunnen bevorderen. Een paar voorbeelden hiervan zijn: Op unit 1,2 en 3 vaker te koken, een moestuin, hierdoor leren de patiënten een nieuwe vaardigheid en worden ze ook op hun verantwoordelijkheid aangesproken. Een activiteit of vaardigheid waar de patiënten behoefte aan hebben, waardoor de motivatie hoger ligt bij de patiënten. Dit kan een brainstormsessie zijn die samen met de patiënten wordt uitgevoerd, zodat zij zich ook betrokken voelen in het proces.

Door het te formuleren van uit de zelfdeterminatie theorie kan er vanuit de numerieke gegevens gekeken worden aan welke basisbehoefte er op de units nog gewerkt moet worden en welke activiteiten er meer ingezet kunnen worden om de basisbehoefte te bevorderen. Zodat de mogelijkheden tot groei op de units omhoog gaat.

Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt de theorie achter het onderzoek beschreven. Als eerste wordt er een definitie gegeven van de zelfdeterminatie theorie en de daarbij behorende constructen: Autonomie, competentie en verbondenheid. Daarnaast worden de begrippen groei, de doelgroep en de doelgroep in samenhang met autonomie, competentie en verbondenheid ook nader toegelicht. Ook de samenhang van leeftijd met de constructen; autonomie, competentie en verbondenheid worden besproken.

2.1 Zelfdeterminatietheorie

De Zelfdeterminatie theorie is ontwikkeld door Deci & Ryan (2000). Deze theorie gaat ervan uit dat mensen naast hun fysieke behoeften ook psychologische behoeften hebben. De behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid, deze psychologische basisbehoeften vormen de vitamines van de groei (Vansteenkiste & Soenens, 2013,). Als deze behoeften vervuld worden, wordt er gesproken over optimaal menselijk psychologisch functioneren. Bij het bereiken van deze vorm van optimaal functioneren zijn mensen in hun beste staat om groei te ervaren en zich te ontwikkelen (Van den Broeck, Ferris, Chang & Rosen, 2016; Van den Broeck, 2013). De theorie heeft als uitgangspunt dat mensen van nature gericht zijn op groei en ontwikkeling (Deci & Ryan, 2000). Maar door in de staat van optimaal menselijk psychologisch functioneren te zijn, verandert het moeten veranderen in het willen veranderen, waardoor de groei bij de mensen beter verloopt (Deci & Ryan, 2000; Van den Broeck, Ferris, Chang & Rosen, 2016).

De Zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000) gaat ervan uit dat de mens een aangeboren kracht bezit om te willen groeien en zich te ontwikkelen. Deze aanwezige kracht kan door de omgeving worden gestimuleerd of worden tegengewerkt. Hierdoor kan er gesteld worden dat er een samenspel is tussen een op groei gerichte persoon en de omgeving (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008; Assor, 2012). Van Dierendonck (2005) vult aan dat groei het kernelement is van een goed leven. Dit verwijst naar het gevoel van continue persoonlijke ontwikkeling. Daarnaast formuleren Van der Helm, Klapwijk, Stams & Van der Laan (2009) vanuit het leefklimaat dat groei verwijst naar zingeving, perspectief en de omstandigheden in een instelling die het voor de patiënten/cliënten het leren vereenvoudigt of vermoeilijkt. Deze omstandigheden kunnen gecreëerd worden door sociotherapeuten. Een belangrijke rol voor de sociotherapeuten binnen het gedwongen kader is de groei van de cliënt/patiënt te benoemen en te stimuleren

Van der Helm, Beunk, Stams & Van der Laan(2011) benoemt dat het niet ervaren van groei de behandelmotivatie doet verlagen. Door de groei te bevorderen kan het positieve leefklimaat worden vergroot, hierdoor gaat de behandelmotivatie omhoog bij de cliënten. Door een verhoogde behandelmotivatie is de kans op recidiveren ook kleiner (Jongeling, 2011).

De Zelfdeterminatie theorie is een andere evolutie ondergaan. Deze theorie is ontstaan vanuit het laboratorium (Deci, 1971). In deze periode werd er door studies nagegaan wat de beste wijze is om mensen optimaal te motiveren tot groei. Waarbij de theorie geleidelijk aan werd toegepast en onderzocht in verschillende levensdomeinen. Op deze manier vond de Zelfdeterminatie theorie meer zijn plek in de praktijk (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008). Zo blijkt de toepassing van deze theorie motiverend te zijn voor cliënten/patiënten met gedrag- en/of verslavingsproblemen (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995; Wild, Cunningham, & Ryan, 2006).

2.2 Forensisch psychiatrische patiënten

Binnen de FPA worden patiënten behandeld met gedragsproblemen die een psychiatrische oorzaak hebben. De psychische problematiek die er veel al wordt gezien binnen de FPA zijn: Psychotische kenmerken, licht verstandelijke beperking (LVB), ook zijn er patiënten waarbij er sprake is van verslavingsproblematiek. Vele van deze patiënten zijn in aanraking gekomen met justitie (Fivoor z.j.) Deze patiënten ondergaan hier een psychiatrische behandelingen gericht op het voorkomen van recidiverend delinquent gedrag. Deze behandeling kan deel uitmaken van een rechterlijk vonnis (Kaasenbrood, Schuthof en Verschuur, 2003). Doordat deze behandeling deel kan uitmaken van een rechterlijk vonnis en hierdoor gekenmerkt, wordt door vrijheidsbeneming en eventueel gedwongen behandelingen (van der Helm & Klapwijk, 2009).

2.3 Autonomie

Autonomie verwijst naar de mogelijkheid om psychologisch vrij te kunnen handelen en zelf beslissingen te kunnen nemen en hierbij niet onderdruk te staan (DeCharms, 1968; Deci & Ryan, 2000). Dit betekent dat mensen graag willen dat hun gedrag aansluit met hun eigen ideeën, waarden, doelen en interesses (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008).

2.3.1 Autonomie en Forensisch psychiatrische patiënten

Door binnen het gedwongen kader zoveel mogelijk keuzemogelijkheden in te bouwen en inspraak te verlenen aan de cliënt/patiënt kan de betrokkenheid van de cliënt/patiënt worden verhoogd, waardoor de cliënt/patiënt meer achter de regels en zijn mogelijke gedragsverandering staat (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008).

De interne gevangenisregels zijn de grootste begrenzing in de gevangenis als het aankomt op het vrij handelen (Van de Weygaert & Vander Laenen, 2011). Door deze begrenzing tast je de cliënten/patiënten aan in hun autonomie. Ashkar en Kenny (2008) geven aan dat deze aantasting van de autonomie en vooral het verlies van autonomie, bij deze doelgroep samenhangt met negatieve gevoelens zoals, angst, stress, frustraties en droefheid. De mogelijkheid tot keuze blijkt een positieve invloed te hebben op het geheugen, probleemoplossend denken en verhoogd eveneens de motivatie en vermindert de stress (Goodstein, Mackenzie en Shotland, 1984).

2.3.2 Autonomie en leeftijd

Voor de specifieke doelgroep waar dit onderzoek mee werkt is er geen informatie te vinden over de leeftijd en de samenhang met autonomie. Wel is deze informatie gevonden voor de gemiddelde persoon.

Uit onderzoek van Sheldon Kasser, Houser-marko, Jones & Turban (2005) blijkt dat hoe ouder de persoon is hoe meer autonomie hij/zij ervaart bij het uitvoeren van verschillende taken in vergelijking met jongeren. Perring-Chiello, Perring, Uebelbacher & Stähelin (2006) vertellen dat autonomie een kernvoorwaarde is voor het succesvol ouder worden. Het maximaliseren van het autonoom functioneren is belangrijk, zodat onnodige afhankelijkheid op oudere leeftijd voorkomen kan worden. Losier, Bourque & Vallerand (1993) en Vallerand & O'Conner (1989) vullen aan dat ondanks ouderen zich eerder voldaan voelen zij zich willen blijven ontwikkelen binnen de autonomie.

2.4 Competentie

Competentie wordt binnen dit onderzoek gedefinieerd als het willen beheersen van vaardigheden en deze vaardigheden ook uit te kunnen voeren en te volbrengen (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008; Neyrick, Soenens, Vansteenkiste & Verstuyf, 2009). Verstuyf et al (2014) geeft aan dat de behoefte competentie verwijst naar de behoefte om vooruitgang te boeken. Dat mensen zich bekwaam willen voelen om hun eigen doelen te behalen.

2.4.1 Competentie en Forensisch psychiatrische patiënten

Het competent voelen is voor de mens belangrijk. Wanneer een patiënt binnen het gedwongen kader het gevoel heeft dat hij/zij een vaardigheid niet zal kunnen uitvoeren of het gevoel ervaart er geen controle over te hebben dan wordt hij/zij hulpeloos en kan er frustratie optreden. Hierdoor verliest men het zelfvertrouwen, waardoor de persoon passief kan worden. Het willen uitvoeren van vaardigheden kan over vele vaardigheden gaan. Dit hangt af van de interesse van de patiënt (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008; Verstuyf et al, 2014).

2.4.2 Competentie en leeftijd

Voor de specifieke doelgroep waar dit onderzoek mee werkt is er geen informatie te vinden over de leeftijd en de samenhang met competentie. Wel is deze informatie gevonden voor de gemiddelde persoon.

Oudere mensen zien hun tijd op aarde nog kort en door de dingen die zij in hun leven hebben geleerd investeren zij hun tijd meer in het behalen van hun doelen. Hierdoor hebben zij eerder en vaker een voldaan gevoel (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Bandura (1997) zegt dat dit voldane gevoel ontstaat, doordat ouderen hun verwachtingen die zij stellen aan hun vaardigheden aan passen. Hierdoor behouden zij een algeheel gevoel van beheersing. Losier, Bourque & Vallerand (1993) en Vallerand & O'Conner (1989) vullen aan dat ondanks ouderen zich eerder voldaan voelen zij zich willen blijven ontwikkelen binnen de competentie.

2.5 Verbondenheid

Volgens onderzoek van Deci & Ryan (2000) hebben de constructen autonomie en competentie de grootste invloed op de mens. Deze twee componenten zorgen ervoor dat de mens zich het meest voldaan voelt, waardoor de motivatie tot verandering omhoog gaat. Het construct verbondenheid kan gezien worden als een stimulans voor de ontwikkeling van autonomie en competentie, zoals dit eerder beschreven staat in het hoofdstuk. De behoefte aan verbondenheid wordt gedefinieerd als de wens om positieve relaties met andere op te bouwen, zich geliefd en verzorgd voelen (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000). Het gaat bij deze relaties niet zo zeer om de hoeveelheid vrienden of populariteit. Het gaat bij deze relaties wel om het wederzijds respect, elkaar steunen en iemand kunnen vertrouwen (Verstuyf et al, 2014). De relaties binnen de FPA, gaan over de relaties tussen patiënt en begeleider.

2.5.1 Verbondenheid en Forensisch psychiatrische patiënten

De relaties binnen de FPA, gaan over de relaties tussen patiënt en begeleider.

Contact tussen cliënt/patiënt en medewerker is een van de belangrijkste aspecten om veiligheid en structuur te kunnen creëren binnen een afdeling (Van der Helm, Kröger, Schaftenaar & Van Vliet (2013). Daarnaast is uit de studie van Sainsbury, Krishnan & Evans (2004) naar voren gekomen dat het ervaren van ondersteuning van de medewerkers, het gevoel erbij te horen en positieve therapeutische relaties de factoren die patiënten motiveren tot behandeling. Schafer en Peterbelj-Taylor (2003) vertellen dat het niet gehoord worden, het geen stem mogen hebben binnen de afdeling, het niet ontvangen van feedback en niet als individu worden behandeld, volgens patiënten negatief werkt op de relatie met de medewerkers.

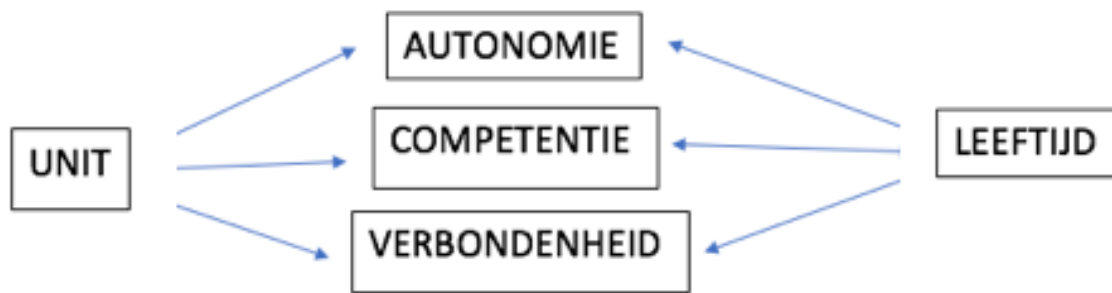
2.5.2 Verbondenheid en leeftijd

Voor de specifieke doelgroep waar dit onderzoek mee werkt is er geen informatie te vinden over de leeftijd en de samenhang met verbondenheid. Wel is deze informatie gevonden voor de gemiddelde persoon.

Het vinden en creëren van nieuwe relaties is een uitdagende onderneming. De meeste ouderen zijn deze fase ook gepasseerd. Het sociale leven veranderd met de jaren. Het sociale netwerk wordt kleiner, omdat de sociale relaties veranderen van kwantitatief naar kwalitatief. De investering in zinvolle lange relatie neemt toe en ze verwijderen de korte oppervlakkige relaties uit hun leven (Eastwick & Finkel, 2008; Charles en Carstensen 2010). Losier, Bourque & Vallerand (1993) en Vallerand & O'Conner (1989) vullen aan dat ondanks ouderen zich eerder voldaan voelen zij zich willen blijven ontwikkelen binnen de verbondenheid

2.6 Conceptueel model

Om een duidelijk beeld weer te geven hoe dit onderzoek zich vormgeeft, is er een conceptueel model opgesteld. In dit model wordt weergegeven dat de unit en de leeftijd effect hebben op de constructen autonomie, competentie en verbondenheid.



Figuur 1

Conceptueel model

2.7 hypothese

Aan de hand van de voorgaande paragrafen kunnen een aantal hypothese relevant voor dit onderzoek worden opgesteld.

1. Deelvraag 1: De patiënten van de FPA ervaren binnen de FPA vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen zijn grote begrenzungen als het aankomt op het vrij handelen (Van de Weygaert & Vander Laenen, 2011). Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten scoren laag (score lager dan 3) op autonomie.*
2. Deelvraag 2: De patiënten op de FPA ervaren beperkte mogelijkheden om te werken aan hun vaardigheden. Elk mens heeft de behoefte om vooruitgang te boeken en zich bekwaam te voelen (Verstuyf et al, 2014). Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten scoren beneden gemiddeld (score tussen 3.5 en 4) op competentie.*
3. Deelvraag 3: De patiënten op de FPA hebben dagelijks contact met hun begeleiders. Volgens Van der Helm, Kröger, Schaftenaar & Van Vliet (2013) is het contact tussen patiënt en medewerker een van de belangrijkste aspecten. Vanuit deze kennis wordt er de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten scoren gemiddeld op verbondenheid.*

4. Deelvraag 4:

- 1. Van de Weygaert & vander Laenen (2011) vertellen dat interne gevangenisregels de grootste begrenzers zijn in de gevangenis als het aankomt op vrij handelen. Dit soort regels zijn er ook op de FPA. En de regels met betrekking op het vrije handelen zijn meer aanwezig op unit 1/2/3 dan op unit 4/5/6/FOU. Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten op unit 1/2/3 scoren lager op autonomie dan de patiënten van unit 4/5/6/FOU.*
- 2. Wanneer een patiënt binnen het gedwongen kader het gevoel heeft dat hij/zij een vaardigheid niet zal kunnen uitvoeren of het gevoel ervaart er geen controle over te hebben kan deze persoon passief worden (Vansteenkiste & Verstuyf, 2008; Verstuyf et al, 2014). De patiënten op unit 1/2/3 hebben minder mogelijkheden om aan hun vaardigheden te werken binnen de FPA. De patiënten van unit 4/5/6/FOU. Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten op unit 1/2/3 scoren lager op competentie dan de patiënten op unit 4/5/6/FOU.*
- 3. Volgens Van der Helm, Kröger, Schaftenaar & Van Vliet (2013) is het contact tussen patiënten en medewerker een van de belangrijkste aspecten om structuur en veiligheid te creëren binnen een afdeling. Veel patiënten op unit 1/2/3 hebben geen dagprogramma, waardoor ze veel op de unit aanwezig zijn. Hierdoor is er meer contact met de medewerker. De patiënten op unit 4/5/6/FOU hebben vaker een dagprogramma en meer verantwoordelijkheden, waardoor er minder contact is met de medewerker. Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *De patiënten op unit 1/2/3 scoren hoger op verbondenheid dan de patiënten van unit 4/5/6FOU.*

5. Deelvraag 5:

- 1. Sheldon, Kasser, Houser-marko, Jones & Turban (2005) formuleren hoe ouder de persoon hoe meer autonomie hij/zij ervaart. Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en autonomie.*

- 2. Carstensen, Isaacowitz & Charles (1999) formuleren dat hoe ouder de persoon is hoe eerder hij/zij zich eerder voldaan voelt. Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en competentie.*

-3. Het sociale leven veranderd met de jaren. Mensen hechten steeds meer waarden aan zinvolle lange relaties en verwijderen oppervlakkig relaties uit hun leven (Eastwick & Finkel, 2008; Charles & Carstensen 2010). Vanuit deze kennis wordt de volgende hypothese geformuleerd: *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en verbondenheid*

2.8 Opzet van het onderzoek

Uit onderzoek blijkt dat een positief leefklimaat de behandelmotivatie vergroot en de kans op recidiveren verkleint. Dit is daarom ook de reden dat het positieve leefklimaat op dit moment op verschillende FPA's, forensisch psychiatrisch centra's (FPC's) en penitaire instellingen (PI's) wordt geïntroduceerd. Op de FPA in Den Haag is er al onderzoek gedaan naar het positieve leefklimaat waarbij scoorde de mogelijkheid tot groei laag.

Om de mening van de patiënten goed in beeld te krijgen over hun groeimogelijkheden, is er een onderzoek nodig. Dit onderzoek wordt gedaan aan de hand van enquêtes die de patiënten in kunnen vullen. De patiënten wie een opvallende scoren op deze enquête worden geïnterviewd om een beter beeld te krijgen van hun mening. De opdrachtgever is benieuwd naar de beleving van de patiënten, als het op groei mogelijkheden aankomt. Hierdoor kan er een duidelijk beeld weergegeven worden van de huidige situatie en hoe deze in de toekomst eventueel verbeterd kan worden.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming van de onderzoeksmethode, de onderzoeksdoelgroep en het onderzoeksinstrument beschreven. Vervolgens wordt er een uitleg gegeven van de procedure en de analyse van dit onderzoek.

3.1 Onderzoeksmethode

3.1.1 Kwantitatieve onderzoeksmethode

Er is allereerst gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksmethode om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Binnen deze onderzoeksmethode wordt er gebruik gemaakt van numerieke informatie (Verhoeven, 2014). Door gebruik te maken van een meetinstrument wordt deze informatie verkregen. Het gekozen meetinstrument is een enquête. Bij dit onderzoeksinstrument staan de vragen van tevoren vast en is er geen ruimte voor flexibiliteit. Dit wordt ook wel een gestructureerde dataverzamelmethode genoemd. Er is hierdoor een klein aantal antwoord mogelijkheden. Deze antwoorden vormen de basis van de dataset (Verhoeven, 2014). Er is gekozen voor deze methode, zodat alle numerieke informatie per unit met elkaar vergeleken kan worden. Vanuit deze informatie kan er geformuleerd worden binnen welke unit de patiënten de meeste groei ervaren en welk construct (autonomie, competentie of verbondenheid) de patiënten binnen hun unit graag meer willen zien. Ook is er voor een survey gekozen om er op deze manier snel informatie verkregen kan worden van een grote groep (Verhoeven, 2014).

3.1.2 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Als tweede is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Een kwalitatief onderzoek is niet verbonden aan cijfermatige informatie (Verhoeven, 2014). De gekozen onderzoeksmethode is een half gestructureerd interview. Voor deze interviews worden van tevoren open vragen geformuleerd (Verhoeven, 2014) over de behoefte van de patiënt betreft de autonomie, competentie en verbondenheid. Er is gekozen voor deze methode, zodat er een beter beeld gecreëerd kan worden welke behoeftes de patiënten hebben. Door deze behoeftes uit te vragen in een interview kan er gevraagd worden wat er binnen de FPA nog moet gebeuren om hun scores omhoog te krijgen, zodat er ook een beeld gecreëerd kan worden van wat de patiënten graag anders zien binnen de FPA.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

3.2.1 Kwantitatief onderzoek

Binnen dit onderzoek wordt de gehele populatie onderzocht. De populatie is, de patiënten van de FPA. Als alle cellen bij de FPA bezet zijn hebben zij 63 patiënten. Deze 63 patiënten zullen op hun eigen unit worden benaderd. Er wordt kort voor de afname met de begeleiders op elke unit overlegd of het bij de huidige groep patiënten een individuele aanpak of een benadering van de gehele groep beter werkt. Dit is afhankelijk van een aantal factoren, er kunnen patiënten op dat moment psychotisch of agressief zijn of vanwege groepsdruk op de unit. Ook is er een mogelijkheid dat er patiënten zijn met een kamerprogramma. Dit kan betekenen dat de patiënt niet van zijn kamer af mag komen, alleen voor de maaltijd.

3.2.2 Kwalitatief onderzoek

Voor het kwalitatieve onderzoek worden er zes patiënten geïnterviewd. Er worden van unit 1/2/3 twee patiënten geïnterviewd die laag scoren op autonomie, competentie en/of verbondenheid. Ook wordt er van unit 1/2/3 één patiënt geïnterviewd die hoog scoort op autonomie, competentie en/of verbondenheid. Deze manier van selecteren gebeurt ook op unit 4/5/6/FOU.

3.3 Onderzoeksinstrument

3.3.1 Kwantitatieve onderzoeksinstrument

Het eerste gekozen onderzoeksinstrument is een enquête. De enquête die afgenomen gaat worden binnen de FPA is de Basic Psychological Needs (BPN) (Deci & Ryan, 2000; Gagné, 2003). Deze enquête is gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000).

Daardoor zijn de constructen van deze enquête autonomie, verbondenheid en competentie.

Volgens Vlachopoulos en Michailidou (2006) is de BPN een valide enquête. Dit betekent dat de enquête meet wat hij zou moet meten. In dat onderzoek van Vlachopoulos en Michailidou (2006) staat ook dat de Cronbach's alpha voor de constructen zijn: .84 voor autonomie, .81 voor competentie, en .92 voor verbondenheid. Dit onderzoek is uitgevoerd in Amerika.

Tevens is de BPN ook gemeten in andere landen onder verschillende bevolkingsgroepen waaronder in België en China. In België is de Cronbach's alpha op de constructen: autonomie .69, verbondenheid .77 en competentie .81. In China is de Cronbach's alpha op de constructen: autonomie .47, verbondenheid .72 en competentie .79. Uit deze scores kan er geconcludeerd worden dat de verbondenheid en competentie intern consistent zijn. Voor de

autonomie is dat niet helemaal zeker te zeggen gezien de lage score in China (Beyers et al., 2014).

Daarnaast is de BPN niet sociaal wenselijk in te vullen (Vlachopoulos & Michailidou, 2006).

De huidige enquête is in het Engels. Deze wordt vertaald naar het Nederlands (bijlage 1), omdat voor een groot deel van de patiënten Nederlands hun moedertaal is. Hierdoor is de enquête voor hen beter te begrijpen. Daarnaast zijn enkele zinnen niet letterlijk vertaald. Waaronder ‘in my daily life, i frequently have to do what i am told’, omdat vele patiënten hebben aangegeven dat de FPA niet hun normale/dagelijkse leven is. Het normale/dagelijkse leven begint buiten de FPA. Dit is vertaald naar; Er wordt mij vaak verteld wat ik moet doen. Ook wordt er in de Engelse enquête over ‘people’ gesproken bij de vragen met betrekking tot betrokkenheid. Tijdens de vertaling is er gekozen om dit te specificeren naar de relatie tussen patiënt en begeleider.

Tevens worden er een paar Engelse enquêtes (bijlage 2) uitgedraaid. Door een paar Engelse enquêtes achter de hand te hebben is er een mogelijkheid om de patiënten die van huis uit geen Nederlands spreken een alternatief aan te bieden.

3.3.2 Kwalitatieve onderzoeksinstrument

Het tweede gekozen onderzoeksinstrument is een half gestructureerd interview (bijlage 4). De gestelde vragen richting de patiënt zijn afhankelijk van zijn scores op de enquête. De vragen die gesteld gaan worden zijn geformuleerd vanuit de constructen. Maar zijn tijdens het formuleren vereenvoudigd, zodat de termen voor de patiënten ook te begrijpen zijn. Voor autonomie is de volgende vraag geformuleerd, uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je hier niet veel zelf mag bepalen. Klopt dat? Voor competentie is de volgende vraag geformuleerd, Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je niet goed ben in de dingen die je doet. Klopt dat? En voor verbondenheid is de volgende vraag geformuleerd, Uit de enquête is gekomen dat jij je weinig verbonden voelt met je begeleiders. Klopt dat?

Bij de doorvraag wordt er aan de patiënten gevraagd of zij nog onderdelen binnen de FPA anders zouden willen zien en waar zij op dit moment hun behoeftes nog hebben liggen. Er worden dan open vragen aan de patiënt gesteld. Binnen het interview wordt de volgorde aangehouden om eerst autonomie uit te vragen, dan competentie en als laatste verbondenheid. Wel moet de interviewer rekening houden met de behoefte van de patiënt. Als de patiënt de behoefte voelt om iets te delen geef hem hiervoor de ruimte. Nadat de patiënt zijn verhaal heeft gedeeld wordt er door de interviewer weer terug gepakt naar het vorige onderwerp.

3.4 Procedure

3.4.1 Kwantitatief onderzoek

De enquêtes worden afgenomen binnen alle units op de FPA. De persoonlijk begeleiders die op de dag van de enquêteafname moeten werken krijgen persoonlijk een mail over de afname. In deze mail staat beschreven dat er op hun werkdag een enquête op hun unit wordt afgenomen. Tevens staat er de vraag in hoe de huidige groep patiënten het beste te benaderen is op de unit. Kan deze groep het best in een keer worden benaderd? Is persoonlijke benadering het beste? Zijn er patiënten wie deze enquête het beste kunnen maken onder begeleiding?

Voor de afname wordt er gebruik gemaakt van een enquête op papier en een pen om deze in te vullen. Deze worden persoonlijk overhandigd aan de patiënten, daarbij krijgen de patiënten dezelfde uitleg zoals deze vermeldt staat op het formulier en is ervoor en tijdens afname ruimte voor vragen bij de testleider deze al op de unit aanwezig blijven. Bij uitreiking van de enquête kan de patiënt er zelf voor kiezen of hij deze samen met de groep invult, deze op zijn cel invult en ook wanneer hij hem invult. Er is gekozen om deze mogelijkheid aan te bieden bij patiënten, omdat je te maken hebt met mensen met psychische problematiek en hierdoor veel prikkels kunnen ervaren in drukke groepen en daarom graag de rust opzoeken. Daarnaast vinden enkele patiënten dat hun antwoorden privé moeten blijven en deze ook niet met medepatiënten willen delen, daarom kiezen zij er ook voor om de enquête in te vullen op hun eigen kamer. De patiënten krijgen een tijdbestek waarin zij de enquêtes in kunnen vullen. In dit tijdsbestek is er iemand aanwezig op de unit om de patiënten te helpen en hun vragen te kunnen beantwoorden.

3.4.2 Kwalitatief onderzoek

Na de analyses in SPSS wordt er bij elk construct gekeken welke patiënt er het laagste gescoord heeft en welke patiënt er het hoogste gescoord heeft. Deze patiënten worden benaderd met de vraag of zij een paar vragen willen beantwoorden over hun ingevulde enquête. Mocht zij hierin geïnteresseerd zijn wordt er aan de patiënt gevraagd in welke ruimte zij zich het prettigst voelen om geïnterviewd te worden. Het interview is afgelopen als de interviewer alle antwoorden heeft ontvangen op de vragen of wanneer de interviewer zich niet meer veilig voelt bij de patiënt.

3.5 Analyse

3.5.1 Kwantitatief onderzoek

Met de verkregen gegevens kunnen er data-analyses in SPSS worden uitgevoerd. Met behulp van deze analyses worden de deelvragen beantwoord. Daarom wordt er per deelvraag bekeken welke statistische analyses er uitgevoerd moeten worden.

Deelvragen 1,2 en 3 meten zijn beschrijvende vragen voor de variabele autonomie, competentie of verbondenheid (interval). Deze kunnen beantwoord worden door een frequentieanalyse en kengetallen. Voordat deze analyses uitgevoerd kunnen worden moeten items 3, 4, 7, 11, 15, 16, 18, 19, en 20 worden hercodeerd. Na het hercoderen wordt de Cronbach's alpha berekend om te zien of de items hetzelfde concept meten. Ten slotte worden er schalen geconstrueerd, door het gemiddelde te berekenen van de items die bij de schalen horen. Alle items van autonomie, competentie en verbondenheid worden bij het juiste construct samengevoegd.

Deelvraag 4 meet het verschil tussen de splitsingsvariabele unit (nominaal) en de testvariabele autonomie, competentie of verbondenheid (interval). De eigenlijke toets zou ANOVA zijn, maar omdat de groepen klein zijn wordt er daarom gekozen voor de Kruskal Wallis.

Deelvraag 5 meet de samenhang tussen variabele 1 leeftijd (ratio) en variabele 2 autonomie, competentie of verbondenheid (interval). Omdat er binnen deze deelvraag het gaat om een ratio en een interval variabele wordt er gekozen voor de Pearson. Voor de Pearson is de minimale steekproef 30 personen, mocht de steekproef lager zijn dan wordt de Spearman gebruikt.

3.4.2 Kwalitatief onderzoek

Deelvraag 6 geeft antwoord op welke behoeften de patiënten hebben. Dit wordt gedaan door de interviews uit te werken door middel van een kwalitatieve analyse. De interviews worden verdeeld in kleine fragmenten en deze worden samengevat in één woord, dit wordt open coderen genoemd. Deze worden vervolgens axiaal gecodeerd om deze codes onder te verdelen in hoofd- en subthema's. Ten slotte wordt er selectief gecodeerd om een samenhang te zoeken om op deze manier verbanden te leggen, zodat de deelvraag beantwoord kan worden.

Hoofdstuk 4 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek beschreven. Allereerst wordt de uitvoering en de respons beschreven. Daarna wordt de betrouwbaarheid besproken van het meetinstrument. Vervolgens wordt er ingegaan op de numerieke gegevens van dit onderzoek. Als laatste worden de gegevens van de interviews besproken.

4.1 Uitvoering en respons

Het eerste onderdeel van het onderzoek bestaat uit een enquête deze is aangeboden aan alle patiënten op de FPA. Op elke unit is de onderzoeker persoonlijk langs geweest om deze enquête aan te bieden aan de patiënten. Op deze manier konden er 51 patiënten bereikt worden. Van deze 51 patiënten hebben 25 patiënten de enquête in gevuld. Van deze 25 patiënten waren er 23 mannen en twee vrouwen. Omdat er binnen dit onderzoek niet genoeg patiënten de enquête hebben ingevuld is ervoor gekozen om binnen het onderzoek niet apart uitspraak te doen over de units, maar de units onder te verdelen in open en gesloten setting.

Tabel 1

Demografische gegevens enquetes

	Aantal	Gem. leeftijd	Max. leeftijd	Min. leeftijd
Man	23	38.45	61	20
Vrouw	2	61	72	50

Tabel 2

Verdeling units

	Aantal mensen
Unit 1	7
Unit 2	1
Unit 3	2
Unit 4	4
Unit 5	3
Unit 6	5
FOU	3
Totaal	25

Het tweede onderdeel van het onderzoek bestaat uit zes interviews met patiënten. Van de 25 ingevuld enquêtes wordt er gekeken voor unit 1/2/3 en daarvan worden twee patiënten met een lage score geïnterviewd en één patiënt met een hoge score. Ditzelfde geldt voor unit

4/5/6/FOU. Tijdens de interviews zijn alle constructen uitgevraagd en alle interviews zijn afgerond. Alle zes de patiënten die zijn geïnterviewd zijn man.

Tabel 3

Demografische gegevens interviews

	Aantal
Man	6
Vrouw	0
Unit 1	0
Unit 2	1
Unit 3	2
Unit 4	0
Unit 5	0
Unit 6	2
FOU	1

4.2 Betrouwbaarheid van het meetinstrument

Voor de drie schalen binnen de vragenlijst is er een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om te bepalen of de items per construct daadwerkelijk hetzelfde meten. De resultaten hiervan worden beschreven in tabel 1. Een Cronbach's alpha van boven de .60 wordt gezien als voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip (Verhoeven, 2014). Uit de resultaten is te zien dat twee schalen een hoge waarden hebben. Deze cijfers wijzen op een hoge betrouwbaarheid of een hoge interne consistentie. De schaal *verbondenheid* heeft een Cronbach's alpha van .66 over de schaal kan er gezegd worden dat er een homogeen beeld is van dit begrip. Aan de hand van de cijfers in tabel 1 kan er gezegd worden dat alle schalen een voldoende hoge Cronbach's alpha hebben.

Tabel 4

Cronbach's alpha

	Cronbach's alpha	Aantal items
Autonomie	.84	7
Competentie	.80	6
Verbondenheid	.66	8

4.3 Deelvragen

4.3.1 Deelvraag 1

Deelvraag 1: In hoeverre ervaren de patiënten van de FPA autonomie?

Uit de analyse van de schaal autonomie wordt er 4.03 gemiddeld gescoord op een schaal van 1 t/m 7 met een standaarddeviatie van 1.51.

Tabel 5

Verdeling scores autonomie

Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	2	2	4	8	6	1	2	25
Percentage	8%	8%	16%	32%	24%	4%	8%	100%

4.3.2 Deelvraag 2

Deelvraag 2: In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA competentie?

Uit de analyse van de schaal competentie wordt er 4.83 gemiddeld gescoord op een schaal van 1 t/m 7 gescoord met een standaarddeviatie van 1.30.

Tabel 6

Verdeling scores competentie

Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	1	1	0	6	6	10	1	25
Percentage	4%	4%	0%	24%	24%	40%	4%	100%

4.3.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3: In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA verbondenheid?

Uit de analyse van de schaal verbondenheid wordt er 4.66 gemiddeld gescoord op een schaal van 1 t/m 7 met een standaarddeviatie van 0.97.

Tabel 7

Verdeling scores verbondenheid

Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	0	1	1	10	6	7	0	25
Percentage	0%	4%	4%	40%	24%	28%	0%	100%

4.3.4 Deelvraag 4

Deelvraag 4: In hoeverre is er een verschil per unit te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?

Er is geen significant verschillen tussen de open setting en gesloten setting en hoe zij autonomie ($\text{Chi}^2 = 0.84$; $\text{df} = 1$; $p = 0.35$), competentie ($\text{Chi}^2 = 0.48$; $\text{df} = 1$; $p = 0.48$) en verbondenheid ($\text{Chi}^2 = 0.19$; $\text{df} = 1$; $p = 0.65$) ervaren. De gemiddelde rangorde score van de open setting zijn ($N = 15$), autonomie 4.43, competentie 4.78 en verbondenheid 4.55. De

gemiddelde rangorde scores van de gesloten setting zijn (n = 10), autonomie 3.72, competentie 4.9 en verbondenheid 4.82.

Tabel 8

Verskil meting open en gesloten setting

	Autonomie	Competentie	Verbondenheid
Gem. open setting	4.23	4.78	4.55
Gem. gesloten setting	3.72	4.9	4.82
p-waarde	0.35	0.48	0.65

4.3.5 Deelvraag 5

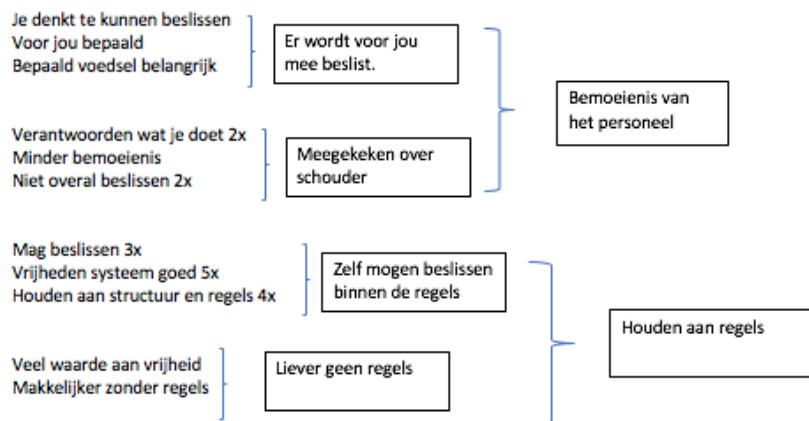
Deelvraag 5: In hoeverre is er een samenhang op het gebied van leeftijd te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?

Er blijkt geen samenhang te zijn tussen leeftijd en het ervaren van autonomie ($r_s = -0.056$, $p = 0.8$), competentie ($r_s = 0.033$, $p = 0.88$) en verbondenheid ($r_s = 0.27$, $p = 0.21$).

4.3.6 Deelvraag 6

Deelvraag 6: Welke behoeftes ervaren de patiënten met betrekking tot de autonomie, de competentie en de verbondenheid? Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden er interviews afgenomen bij zes patiënten.

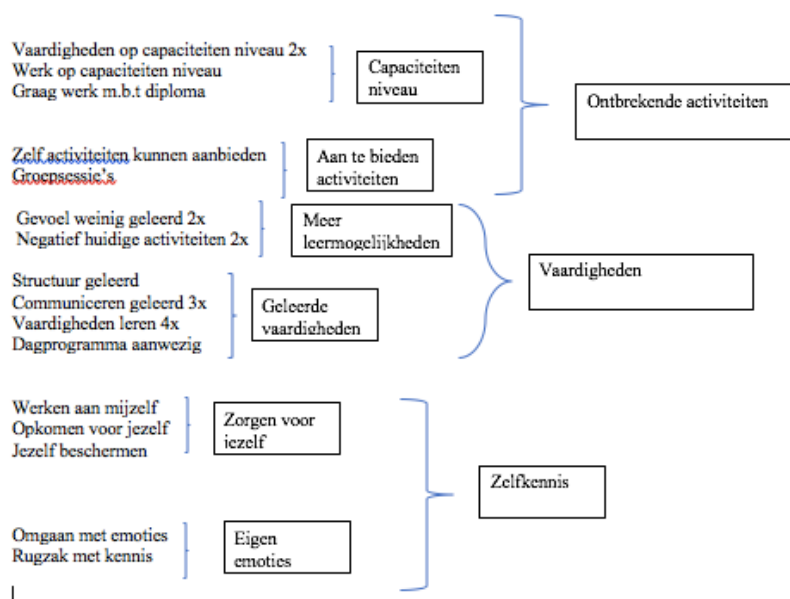
Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat een groot deel van de patiënten tevreden is over hun autonomie. Dit is ook te zien in het open coderen, vrijheden systeem goed 5x, houden aan structuur en regels 4x en het mogen beslissen 3x. De patiënten hebben aangegeven tevreden te zijn met het vrijheden systeem. De manier waarop je deze langzaam opbouwt is goed. Wel heeft een van de patiënten aangegeven graag meer vrijheden te willen, maar zelf wel begreep dat je deze langzaam moet opbouwen. Ook zijn enkele patiënten goed te spreken over de aanwezig structuur en regels. Zo vertelt een patiënt: *“Bepaalde regels moeten gewoon gehandhaafd worden en dat snap ik ook wel. Anders zou het hier een grote chaos worden”* (respondent 5) en zo vertelt nog een patiënt: *“Ik mag zelf bepalen wat ik doen, zolang dit maar binnen de regels is. Dan doe ik wat ik wil. Maar als het volgens de regels niet mag, dan doe ik het niet”* (respondent 2). Dit is weergegeven in figuur 2.



Figuur 2.

Coderen autonomie

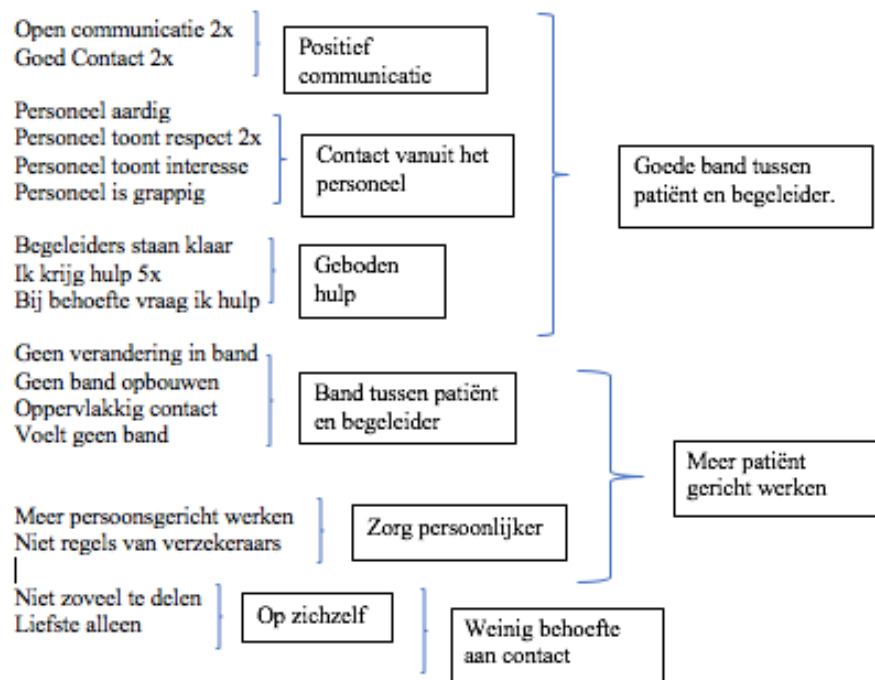
Voor het construct competentie gaven werd er 4x aangegeven dat er vaardigheden binnen de FPA zijn geleerd. Deze vaardigheden variëren van leren communiceren 3x, werken aan mijzelf 3x tot aan omgaan met emoties 1x. Ook is er aangegeven dat het gevoel er is dat er weinig is geleerd 2x, vaardigheden op capaciteiten niveau 2x en negatief over huidige activiteiten. Een patiënt zegt: “*Ik ben van huis uit docent en om dan enkele dagdelen stickertjes op zakjes te plakken is hersen dodend*”. (respondent 4) Dit is weergegeven in figuur 3.



Figuur 3.

Coderen Competentie

Over het construct verbondenheid uit een groot deel zijn tevredenheid. Ik krijg hulp 5x, open communicatie 2x, goede communicatie 2x en personeel toont respect 2x. Een van de patiënten (respondent 2) geeft aan dat het personeel binnen de FPA alles heeft gedaan, maar dat hij alleen niet alles oppakt. Dus het ligt aan hem en niet aan het personeel. Dit is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4.

Coderen verbondenheid

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbeveling

In dit hoofdstuk worden de conclusies per deelvraag besproken waarbij de hypothese worden aangenomen of verworpen. Tevens wordt de hoofdvraag beantwoord. Daarna volgt de discussie en wordt het onderzoek kritisch beoordeeld. Als laatste wordt er een aanbeveling gedaan richting de opdrachtgever.

5.1 Deelvragen

De gebruikte onderzoeksvragen in dit onderzoek is: In hoeverre ervaren de patiënten de mogelijkheid tot groei binnen de FPA aan de hand van de zelfdeterminatie theorie? Aan de hand van deze onderzoeksvraag is het doel om te zien binnen welke basisbehoefte er nog verbeterd kunnen worden, zodat de groeimogelijkheden binnen de FPA bevorderd kunnen worden voor de patiënten.

5.1.1 Deelvraag 1

Deelvraag 1: *In hoeverre ervaren de patiënten van de FPA autonomie?*

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten gemiddeld scoren op het ervaren van autonomie op de FPA. Aan de hand van tabel 5 kan er gezegd worden dat 32% van de patiënten gemiddeld scoort op autonomie en 36% hoog tot zeer hoog scoort. Door deze kennis kan hypothese 1, *De patiënten scoren laag (score lager dan 3) op autonomie*, worden verworpen.

5.1.2 Deelvraag 2

Deelvraag 2: *In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA competentie?*

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten boven gemiddeld scoren op het ervaren van competentie binnen de FPA. Aan de hand van tabel 6 kan er gezegd worden dat 24% van de patiënten gemiddeld scoort op autonomie en 68% hoog tot zeer hoog scoort. Door deze kennis wordt hypothese 2, *De patiënten scoren beneden gemiddeld (score tussen 3.5 en 4) op competentie*, verworpen.

5.1.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3: *In hoeverre ervaren de patiënten binnen de FPA verbondenheid?*

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten boven gemiddeld scoren op het ervaren van verbondenheid binnen de FPA. Aan de hand van tabel 7 kan er gezegd worden dat 40% van de patiënten gemiddeld scoort op autonomie en 52% hoog tot zeer hoog scoort. Door deze kennis wordt hypothese 3, *De patiënten scoren gemiddeld op verbondenheid*, verworpen.

5.1.4 Deelvraag 4

Deelvraag 4: *In hoeverre is er een verschil per unit te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?*

Er is geen significant verschillen tussen de open setting en gesloten setting en hoe zij autonomie, competentie en verbondenheid ervaren. Aan de hand van deze kennis worden hypothesen 4.1 *De patiënten op unit 1/2/3 scoren lager op autonomie dan de patiënten van unit 4/5/6/FOU*, 4.2 *De patiënten op unit 1/2/3 scoren lager op competentie dan de patiënten op unit 4/5/6/FOU* en 4.3 *De patiënten op unit 1/2/3 scoren hoger op verbondenheid dan de patiënten van unit 4/5/6/FOU* verworpen.

5.1.5 Deelvraag 5

Deelvraag 5: *In hoeverre is er een samenhang op het gebied van leeftijd te zien in de autonomie, de competentie en de verbondenheid?*

Uit de resultaten blijkt dat er geen samenhang is tussen leeftijd en het ervaren van autonomie, competentie en verbondenheid. Aan de hand van deze kennis worden hypothesen 5.1, *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en autonomie*, 5.2 *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en competentie* en 5.3 *Er is een positieve samenhang tussen leeftijd en verbondenheid* verworpen.

5.1.6 Deelvraag 6

Deelvraag 6: *Welke behoeftes ervaren de patiënten met betrekking tot de autonomie, de competentie en de verbondenheid?*

Binnen het construct autonomie vertellen de meeste patiënten dat zij binnen de regels van de FPA goed zichzelf kunnen zijn en voor zichzelf mogen beslissen. Zij geven aan hierin niks te willen veranderen, omdat zij zich realiseren dat regels binnen deze setting erbij horen. Zonder regels zou het binnen de FPA één grote chaos worden.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er bij enkele patiënten de behoefte er is naar een breder aanbod aan activiteiten. In het aanbod van de activiteiten zien zij graag activiteiten meer op capaciteiten niveau.

Binnen het construct verbondenheid geven de meeste patiënten aan dat ze de communicatie tussen hen en de begeleiders goed vinden en hierin ook geen andere behoeftes hebben. Eén patiënt vertelde dat hij graag zou zien dat de zorg meer op maat wordt aangeboden en de begeleiders en de instelling minder naar de regels van de verzekeraars gaan kijken. Hierdoor

zou hij zich meer gehoord gaan voelen en beter een band kunnen opbouwen met de begeleiders.

5.2 Hoofdvraag

Hoofdvraag: *In hoeverre ervaren de patiënten de mogelijkheid tot groei binnen de FPA aan de hand van de zelfdeterminatie theorie?*

Aan de hand van de opgedane kennis in de voorafgaande paragrafen kan er geconcludeerd worden dat de patiënten een gemiddelde tot bovengemiddelde mogelijkheid tot groei ervaren binnen de FPA. Deze conclusie kan getrokken worden doordat er op alle drie de constructen autonomie, competentie en verbondenheid gemiddeld of bovengemiddeld wordt gescoord.

Vorige jaar is er binnen de FPA onderzoek gedaan naar de groei mogelijkheden door Bartelink en Haan (2017). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de FPA laag scoorde op groei mogelijkheden. Op dit moment is er een score van gemiddeld tot bovengemiddeld als het gaat om groei mogelijkheden voor de patiënten binnen de FPA. Deze score kan veranderd zijn door een andere groep patiënten, die de ervaringen tot mogelijkheden tot groei anders ervaren. Of de FPA heeft in het afgelopen jaar de aanbeveling vanuit dit onderzoek toegepast binnen de FPA met een positief effect, want de mogelijkheden tot groei zijn gestegen.

Volgens Van der Helm, Kröger, Schaftenaar en van Vliet (2013) is het contact tussen patiënt en medewerker een belangrijk aspect om veiligheid en structuur te creëren binnen een afdeling. Door een score van bovengemiddeld en patiënten die in de interviews aan hebben gegeven veel hulp te krijgen van de begeleiders en een goede band met hen te hebben. Kan er gezegd worden dat er geen interne gerichtheid (van der Helm, Kröger, Schaftenaar & van Vliet, 2013) aanwezig is binnen de FPA.

Door een gemiddelde tot bovengemiddelde score kan er gezegd worden vanuit Jongeling (2011) dat er behandelmotivatie aanwezig is bij de patiënten

5.3 Discussie

5.3.1 Validiteit

Interne validiteit zegt iets over de kwaliteit van je onderzoek. Een onderzoek is volgens Verhoeven (2014) intern valide, als je vanuit de gekozen onderzoeksmethode de deelvragen en hoofdvraag goed kunt beantwoorden. Door gebruik te maken van een enquête die volgens

onderzoek Vlachopoulos en Michailidou (2006) valide is. Bij een goede interne validiteit is een verband tussen de onderzoeksvragen en de resultaten en is de conclusie zuiver (Verhoeven, 2014). Binnen dit onderzoek kan er gezegd worden dat er een goede interne validiteit aanwezig is, doordat met de gevonden resultaten de onderzoeksvragen goed beantwoord konden worden.

Volgens Verhoeven (2014) is externe validiteit de mate waarin de conclusie te generaliseren is naar de gehele populatie. De resultaten mogen alleen generaliseerd worden als de steekproef een juiste afspiegeling vormt van de gehele populatie. De groep respondenten wordt gezien als representatief voor de huidige groep patiënten op de FPA. Er zijn binnen de steekproef patiënten van verschillende leeftijden en verschillende psychische problematieken.

5.3.2 Betrouwbaarheid

In hoofdstuk drie is er besproken waarom er gekozen is voor het gebruik van het onderzoeksinstrument de BPN, omdat deze vragenlijst een hoge Cronbach's Alpha's heeft. Daarnaast is in hoofdstuk vier gebleken dat voor dit onderzoek bij twee constructen de Cronbach's Alpha hoog ligt en bij een construct de Cronbach's Alpha acceptabel is. Hiermee is de interne consistentie gewaarborgd, zo kan er met betrouwbaarheid gesteld worden dat de constructen het juiste meten.

De interviews binnen dit onderzoek kunnen niet als volledig betrouwbaar worden gezien. Wanneer de interviews door een andere onderzoeker afgenomen zouden worden is het mogelijk dat de patiënten een ander antwoord geven. Dit kan komen doordat de onderzoeker de vraag net anders stelt, andere doorvragen stelt aan de patiënten of de relatie tussen de patiënt en onderzoeker is anders. Nog een reden dat de interviews niet als betrouwbaar gezien kunnen worden is, dat als er andere patiënten worden geïnterviewd zij een andere mening kunnen hebben. Hierdoor kunnen er andere antwoorden worden gegeven.

Ook kan de stabiliteit van dit onderzoek in twijfel worden getrokken. Dat heeft te maken met dat de enquêtes ingevuld zijn door mensen met psychische problematiek. Deze psychische problematiek kan van grote invloed zijn op iemands gemoedstoestand. Daarnaast zijn deze enquêtes ook ingevuld door mensen met psychotische klachten. Afhankelijk van de psychotische klachten kunnen deze patiënten de werkelijkheid net anders ervaren dan wij (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010).

5.3.3 Bruikbaarheid

Ongeacht dat er bij de betrouwbaarheid en de validiteit enkele onderdelen in twijfel worden getrokken, is dit onderzoek nog steeds bruikbaar. De onderzoeksvragen kunnen namelijk beantwoord worden en er kan een bruikbare aanbeveling gedaan worden richting de FPA.

5.4 Aanbeveling

5.4.1 Aanbeveling FPA

De aanbeveling die geschreven wordt richting de FPA wordt beschreven per deel construct.

Op deze manier kan er stapsgewijs een aanbeveling gedaan worden.

Op het construct autonomie wordt gemiddeld gescoord. Bij het interviewen van de patiënten om een beter beeld te krijgen van de autonomie kwam sterk naar voren dat deze score volgens hen niet omhoog kan. Dit heeft volgens de patiënten te maken met de setting waar zij op dit moment in wonen. Binnen deze setting zijn er regels en daar moet jij je als patiënt aanhouden. De patiënten zelf waren zeer te spreken over het vrijheden systeem. De vrijheden binnen de FPA moet je opbouwen. Op deze manier heb je volgens de patiënten iets om voor te werken en om op te bouwen. Binnen dit onderzoek wordt dit antwoord ook gezien als verklaring van de score op het construct autonomie. Er wordt ook vanuit gegaan dat deze score lastig is om hoger te krijgen. Hier wordt vanuit gegaan, omdat de FPA valt binnen het gedwongen kader en de patiënten zich altijd aan bepaalde regels moeten blijven houden. Bij het vragen hoe deze score omhoog kan en het gehoorde commentaar van patiënten is dit mogelijk als ze drugs mogen gebruiken binnen de FPA. Dit advies wordt niet als realiseerbaar gezien binnen deze setting

Op het construct competentie wordt bovengemiddeld gescoord. Tijdens de interviews kwam naar voren dat enkele patiënten graag activiteiten willen die op hun capaciteiten niveau wordt aangeboden. Deze patiënten hebben een opleiding afgerond op mbo-niveau 4 en hbo-niveau. Een van deze patiënten gaf zelf ook aan dat hij jaren docent is geweest en deze vaardigheden graag binnen de FPA had ingezet. Een voorbeeld die hij hierbij gaf, is Nederlandse les geven aan de allochtonen mensen de FPA. Vanuit deze kennis wordt de volgende aanbeveling gedaan richting de FPA voor het construct competentie. Kijk naar de capaciteiten van de patiënten en hun afgeronde opleiding. Ga met deze patiënten in gesprek om te kijken of zij hun vaardigheden willen inzetten op de FPA en hoe zij deze willen inzetten op de FPA. Door ze mee te laten denken creëer je meer autonomie bij de patiënt, maar door de patiënt zijn of

haar vaardigheid in te zetten kan er ook binnen de FPA een nieuwe activiteit worden georganiseerd en creëer je een hoger gevoel van competentie.

Op het construct verbondenheid wordt er bovengemiddeld gescoord. Bij de interviews gaven vele patiënten aan een goede band te hebben met het personeel en dat zij altijd kunnen rekenen op hen als ze een hulp vraag hebben. Bij de vraag of deze score hoger kan werd er door een groot deel nee geantwoord. Dit heeft volgens de patiënten te maken met dat het een patiënt-begeleider relatie blijft. Dus een hele hoge score zal volgens hun nooit volstaan. Vanuit deze score en positieve feedback hoeft er geen aanbeveling gedaan worden over de verbondenheid.

5.4.2 Aanbeveling toekomstig onderzoek

Voor toekomstig onderzoek worden er twee aanbeveling gedaan. De eerste aanbeveling die gedaan wordt voor toekomstig onderzoek is een onderzoek binnen de FPA op unit 2 en 3. Ik heb vernomen dat in het vorige onderzoek het respons op unit 2 en 3 laag is geweest. Tijdens dit onderzoek is de respons van unit 2 en 3 ook laag. Er kan een onderzoek gedaan worden binnen deze patiëntgroep en de begeleiders van deze units om onderzoek te doen hoe de respons in vervolg onderzoeken te verhogen binnen deze units. Door te weten hoe de respons te verhogen kan dit toegepast worden in vervolg onderzoeken, waardoor deze onderzoeken uitspraak kunnen doen over de units en zich niet hoeven te beperken tot open settingen en gesloten setting of de gehele FPA.

De tweede aanbeveling die gedaan wordt voor toekomstig onderzoek is een onderzoek naar de therapeutische relatie aan de hand van de zelfdeterminatie theorie. Tijdens dit onderzoek zijn er enkele artikelen gevonden over de zelfdeterminatie theorie binnen de therapeutische relatie en dat de basisbehoefte van Deci en Ryan (2000) ook belangrijk zijn binnen een therapeutische relatie. Dit kan binnen de FPA ook onderzocht worden, zodat de kans op recidiveren nog kleiner kan worden.

5.5 De rol van de toegepast psycholoog

Binnen de opleiding toegepaste psychologie wordt er verteld dat er met dit diploma op vele banen gesolliciteerd kan worden, waaronder op functies waar gevraagd wordt naar een maatschappelijk werker of een sociaalpedagogisch hulpverlener. Binnen de FPA zou de toegepast psycholoog goed als begeleider aan het werk kunnen. Binnen deze functie werk je op een van de units waarbij je verantwoordelijk bent voor de begeleiding en ondersteuning

van patiënten. Zo ben jij als begeleider ook persoonlijk begeleider van enkele patiënten, waarbij jij als persoonlijk begeleider ook gesprekken hebt met jouw patiënt waarbij je eventueel interventies kunt uitvoeren gericht op verbetering en stabilisatie.

Literatuurlijst

- Ashkar, P. J. & Kenny, D.T. (2008). *Views from the inside: young offenders subjective experiences of incarceration. International Journal of Offender. Therapy and Comparative Criminology*, 52, 584-597.
- Assor, A. (2012). Allowing choice and nurtur- ing an inner compass: Educational practices supporting students' need for autonomy. In S.L. Christenson, A.L. Reschly & C. Wylie, *Handbook of research on student engagement* (pp. 421-439). New York: Springer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman
- Bartelink, P. & Haan, J. (2017). *Onderzoeksrapport: Van controle naar contact*. Hogeschool van Leiden
- Baumeister, R.F. en Leary, M.R. (1995), 'The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation', in: *Psychological Bulletin*, jaargang 117, nummer 3, pagina 497-529.
- Beyers, W., Boone, L., Chen, C., Deci, E.L., Duriez, B., Van der Kaap, J., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Van Petegem, S., Ryan, R.M., Sheldon, K.M., Soenens, B., Vansteenkiste, M. & Verstuyf, J. (2014) *Basic psychological need satisfaction, need frustrayion, and need strength across four cultures*. New York: Springer Science + Business Media.
- Boone, L., van der Kaap-Deeder, J., de Pauw, S., Vansteenkiste, M., Verstuyf, J. & Weymeis, H. (2014). Moetivatie of motivatie?: Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsverandering en groei.
- Broeck, A. Van den, (2013). *Het Job-demands resources model: Een motivationele analyse vanuit de Zelf Determinatie Theorie*. Amsterdam: Boom-Lemma
- Broeck, A. Van den, Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2016). Review of Self-Determination Theory's Basic Psychological Needs at Work. *Journal of Management*, 42(5), 1195-1229.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181
- Charles, S., & Carstensen, L. L.(2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409
- Decharms, R. (1968), *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York, Academic press
- Deci, E.L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). *The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. Psychological Inquiry.

- Eastwick, P. W., & Finkel, E. J. (2008). The attachment system in fledgling relationships: An activation rol for attachment anxiety. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Fivoor. (z.j.). *Wie zijn wij*. Geraadpleegd op: <https://www.fivoor.nl>
- Gagné, M. (2003). *The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement*. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223.
- Goodstein, L., Mackenzie, D. L. & Shotland, L. R. (1984). *Personal control and inmate adjustments to prison*. *Criminology*, 22, 343-369.
- Hanrath J. (2013). *De groepsleider als evenwichtskunstenaar*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Amsterdam: Boom-Lemma.
- Harte, J.M., Theeuws, R. & Van Leeuwen, M.E. (2011) Geweld in de psychiatrie. Wel of geen aangifte doen? *MGV* 2011, 66(10), 734-745.
- Helm, G.H.P. van der, Beunk, L., Stams G.J.J.M., & Laan, P.H. van der. (2011). Feeling to much at home behind bars. The role of group climate, coping and treatment motivation among incarcerated adolescents.
- Helm, G.H.P. van der, & Klapwijk, M. (2009). Onderzoek naar het pedagogisch milieu in Forensisch Centrum Teylingereind. Managementversie.
- Helm, G.H.P. van der, Klapwijk, M., Stams, GJJM., Laan, P.H. Van der (2009). *What Works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison*. *Journal of Children's Services* 2009
- Helm, G.H.P. Van der, Kröger, U., Schaftenaar, P. & Vliet, J. (2013) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (1^{ste} druk). Amsterdam: SWP
- Hout, M.A. van den, Molen, H.T. van der & Perreijn, S. (2010) *Klinische psychologie, Theorieën en psychopathologie*. (2^{de} druk) Houten: Noordhoff Uitgevers
- Jongeling, E. (2011). *Gedwongen vrijheidsbeneming en invloed daarvan op de ervaring van leefklimaat, behandelmotivatie en delinquente cognities*.
- Kaasenbrood, A., Schuthof, G. & Verschuur, J. (2003) *Delictketens*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Losier, G. F., Bourque, P. E., & Vallerand, R. J. (1993). A motivational model of leisure participation in the elderly. *The Journal of Psychology*, 127(2), 153–170.
- Michailidou, S., & Vlachopoulos, SP., (2006) *Development and Initial Validation of a Measure of Autonomy, Competence, and Relatedness in Exercise: The Basic Psychological Needs in Exercise Scale*. Amerika: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Neyrinck, B., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Verstuyf, J., *Psycho Praktijk* (2009)

- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 470–482.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment-relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sainsbury, L., Krishnan, G. & Evans, C (2004). Motivating factors for male forensic patients with personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 29-38.
- Schafer, P. & Peternelj-Taylor, C. (2003). Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 605-625
- Vansteenkiste, M. & Soenens, B. (2013). Vitamines van groei: over de motiverende rol van ouders in de opvoeding. Gent: Academia Press.
- Vansteenkiste, M., & Verstuyf, J. (2008). Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora*, 24, 7-22.
- Vallerand, R. J., & O'Conner, B. P. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(3), 538–550.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4^e druk). Den Haag: Boom Lemma
- Weygaert, J. van de, & Laenen, F. Vander, (2011). *Wij komen hier veel te kort: Een kwalitatiefonderzoek naar de behoeften van gedetineerde in de gevangenis van Oudenaarde*, Fatik, 132, 4-10.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion and client engagement at treatment entry: A self-determination perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.

Bijlage 1, enquête Nederlands

Beste meneer/mevrouw,

Hiervoor u ligt een enquête en ik wil graag uw mening weten! Ik wil graag van u weten hoe u de onderstaande stellingen ervaart binnen de FPA. Lees de volgende items rustig, denk na hoe deze items betrekking hebben op uw leven, en geef dan aan hoe waar het voor u is. Gebruik de volgende schaal om antwoord te geven:

1 2 3 4 5 6 7
 Helemaal Klein beetje Heel erg
 Niet waar Waar waar

Alle gegevens blijven anoniem.

Unit: Naam:
 Leeftijd: MAN/VROUW (omcirkel het juiste antwoord)

Vertrouwelijk met deze gegevens omgaan!

1. Ik heb het gevoel dat ik zelf mag beslissen over hoe ik mijn leven leef	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
2. De begeleiders met wie ik praat vind ik leuk	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
3. Ik heb vaak het gevoel nergens goed in te zijn	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
4. Ik voel mij onderdruk gezet	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
5. De begeleiders vertellen mij dat ik goed ben in wat ik doe	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
6. Ik kan goed overweg met de begeleiders op mijn afdeling	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
7. Ik ben het liefst alleen en ik heb niet veel sociale contacten	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
8. Ik heb het gevoel dat ik vrij mijn ideeën en meningen kan uiten	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
9. De begeleiders waarmee ik vaak contact heb zie ik als mijn vrienden	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
10. Ik heb binnen de FPA nieuwe dingen kunnen leren	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
11. Er wordt mij vaak verteld wat ik moet doen.	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
12. De begeleiders op mijn afdeling geven om mij.	1 Helemaal	2	3	4 Klein beetje	5	6	7 Heel erg

	Niet waar			Waar			waar
13. De meeste dagen heb ik een voldaan gevoel	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
14. De begeleiders bij mij op de unit houden rekening met mijn gevoelens	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
15. Op de FPA krijg ik weinig kans om te laten zien waar ik goed in ben	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
16. Er zijn weinig mensen waarmee ik close ben	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
17. Ik heb het gevoel dat ik mijzelf kan zijn binnen de FPA	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
18. De begeleiders op mijn afdeling lijken mij niet leuk te vinden	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
19. Ik heb vaak het gevoel dat ik nergens goed in ben	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
20. Ik mag weinig beslissingen maken binnen de FPA	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar
21. De meeste begeleiders zijn best aardig tegen mij	1 Helemaal Niet waar	2	3	4 Klein beetje Waar	5	6	7 Heel erg waar

Toelichting:

Bijlage 2, enquête Engels

Dear mister/miss,

I would like to know your opinion! I would like to know how you experience the following questions within the FPA. Please read each of the following items carefully. Thinking about how it relates to your life, and then indicate how true it is for you. Use the following scale to respond:

1 2 3 4 5 6 7
 Helemaal Klein beetje Heel erg
 Niet waar Waar waar

All the information will stay anonymous.

Unit: Name:
 Age: Male/Female (put a circle around the correct answer)

Confidential information!

1. I feel like I am free to decide for myself how to live my life	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
2. I really like the mentors I interact with	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
3. Often, I do not feel very competent	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
4. I feel pressured in my life	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
5. The mentors of mine unit tell me I am good at what I do	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
6. I get along with the mentors at my unit	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
7. I pretty much keep to myself and don't have a lot of social contacts	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
8. I generally feel free to express my ideas and opinions	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
9. I consider the mentors I regularly interact with to be my friends	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
10. I have been able to learn inside the FPA interesting new skills	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
11. In my daily life, I frequently have to do what I am told	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
12. The mentors at mine unit care about me	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
13. Most days I feel a sense of accomplishment from what I do	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true

14. The mentors I interact with on a daily basis tend to take my feelings into consideration	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
15. Within the FPA i do not get much of a chance to show how capable i am	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
16. There are not many mentors that i am close to	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
17. I feel like i can be myself	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
18. The mentors at mine unit I interact with regularly do not seem te like me much	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
19. I often do not feel very capable	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
20. There is not much opportunity for me to decide for myself within the FPA	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true
21. The mentors are generally pretty friendly towards me	1 Not at all true	2	3	4 somewhat true	5	6	7 very true

Toelichting:

Bijlage 3, Tabellen

Tabel 1

Demografische gegevens enquetes

	Aantal	Gem. leeftijd	Max. leeftijd	Min. leeftijd
Man	23	38.45	61	20
Vrouw	2	61	72	50

Tabel 2

Verdeling units

	Aantal mensen
Unit 1	7
Unit 2	1
Unit 3	2
Unit 4	4
Unit 5	3
Unit 6	5
FOU	3
Totaal	25

Tabel 3

Demografische gegevens interviews

	Aantal
Man	6
Vrouw	0
Unit 1	0
Unit 2	1
Unit 3	2
Unit 4	0
Unit 5	0
Unit 6	2
FOU	1

Tabel 4

Cronbach's alpha

	Cronbach's alpha	Aantal items
Autonomie	.84	7
Competentie	.80	6
Verbondenheid	.66	8

Tabel 5

Verdeling scores autonomie

Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	2	2	4	8	6	1	2	25
Percentage	8%	8%	16%	32%	24%	4%	8%	100%

Tabel 6

Verdeling scores competentie

Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	1	1	0	6	6	10	1	25
Percentage	4%	4%	0%	24%	24%	40%	4%	100%

Tabel 7

Verdeling scores verbondenheid

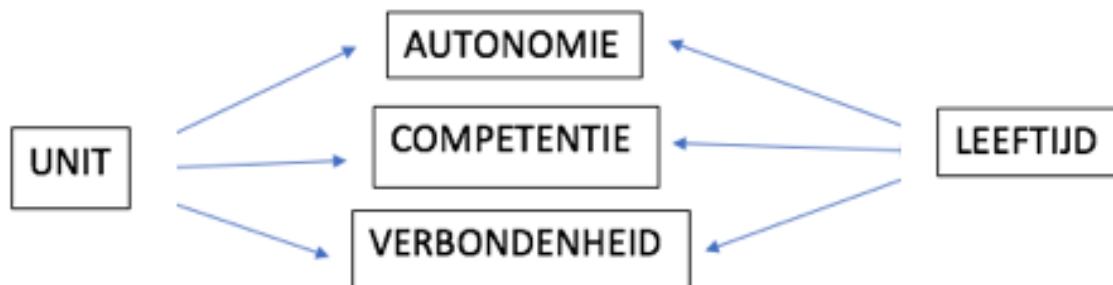
Antwoord mogelijkheden	1	2	3	4	5	6	7	Totaal
(n)	0	1	1	10	6	7	0	25
Percentage	0%	4%	4%	40%	24%	28%	0%	100%

Tabel 8

Verskil meting open en gesloten setting

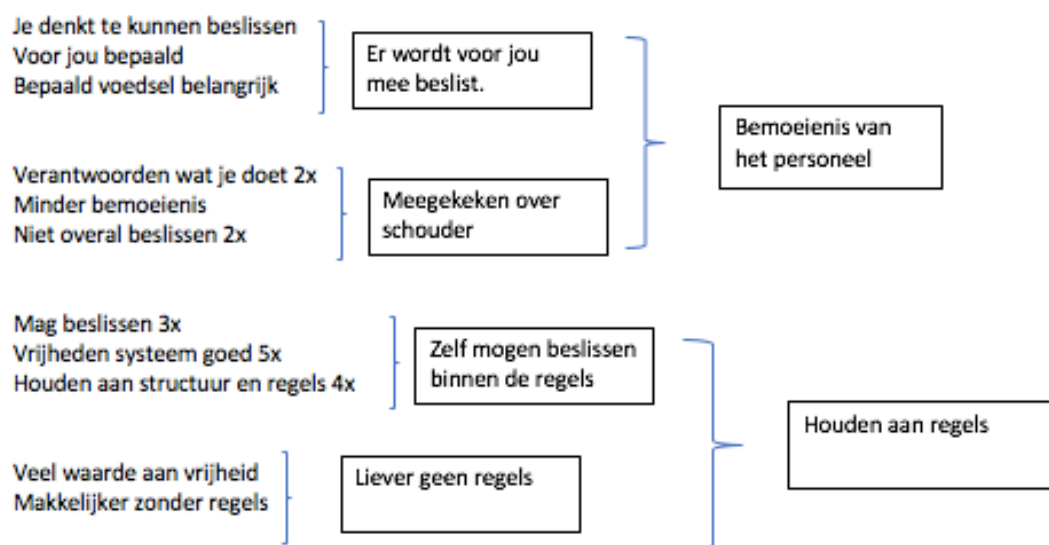
	Autonomie	Competentie	Verbondenheid
Gem. open setting	4.23	4.78	4.55
Gem. gesloten setting	3.72	4.9	4.82
p-waarde	0.35	0.48	0.65

Bijlage 4, figuren



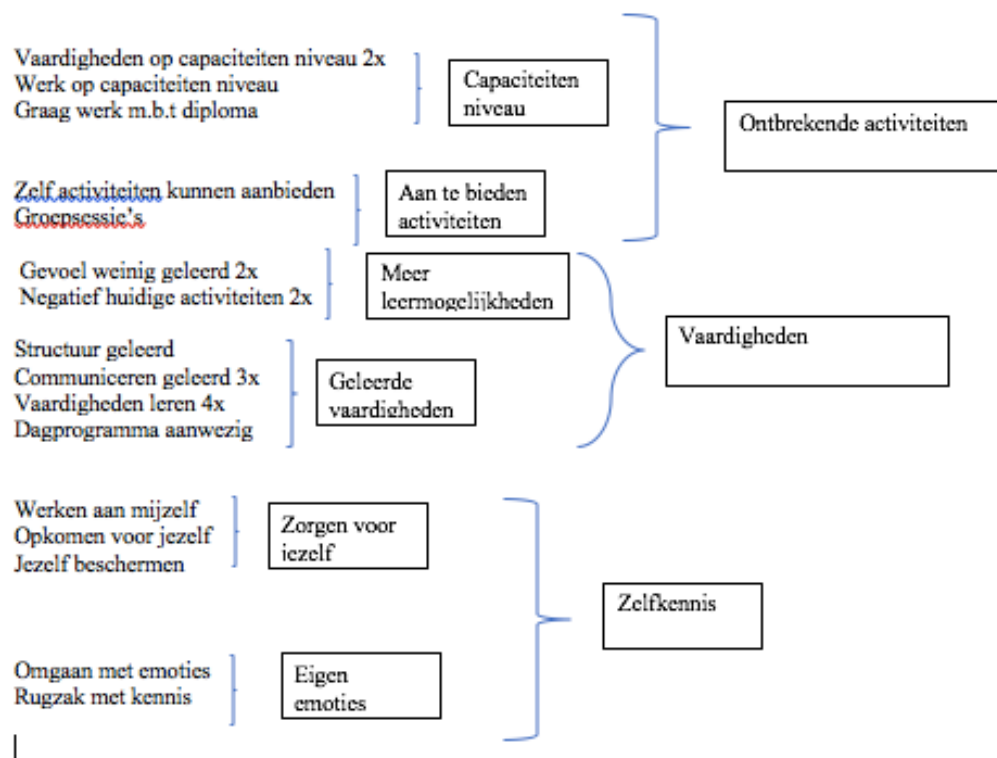
Figuur 1

Conceptueel model

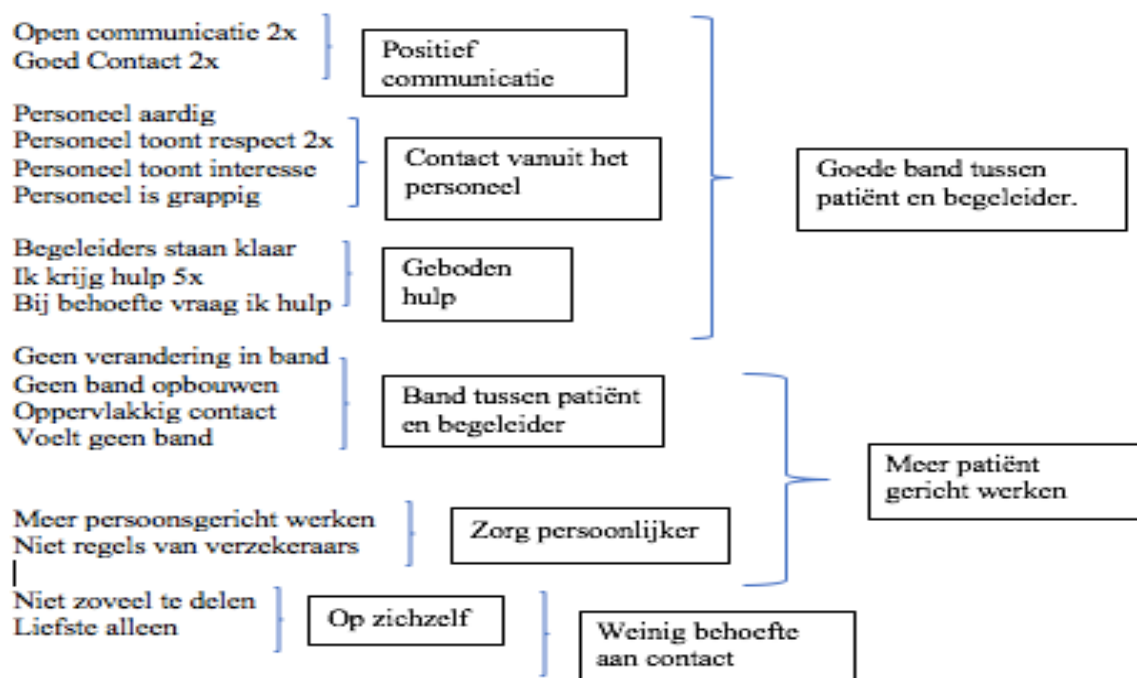


Figuur 2.

Coderen autonomie



Figuur 3.
Coderen Competentie



Figuur 4.
Coderen verbondenheid

Bijlage 5, opzet interview

- Jij hebt een enquête in gevuld.

1. Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je hier niet veel zelf mag bepalen.

Klopt dat?

2. Uit de enquête is gekomen dat jij je weinig verbonden voelt met je begeleiders. Klopt dat?

3. Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je niet goed ben in de dingen die je doet. Klopt dat?

Wat vind jij hiervan?

- Zou jij meer contact willen met je begeleiders/voor jezelf willen bepalen/ op de FPA willen leren?

- Wat zou jij graag hierin anders zien?

- Welke behoefte heb jij nog in het contact met de begeleiders/ in het leren van vaardigheden binnen de FPA/ in het iets zelf mogen bepalen?

- Wat zouden de begeleiders voor jou kunnen doen?

- Wat zou jij graag willen leren?

- Wat zouden ze kunnen veranderen in het dagprogramma?

- Wat voor activiteiten mis jij binnen de FPA?

- Waar zou jij graag meer inspraak over willen hebben?

- Waar zou jij graag meer vrijheden in willen hebben?

- Jij hebt een enquête in gevuld.

1. Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je hier veel zelf mag bepalen. Klopt dat?

2. Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat je goed contact hebt met jouw begeleiders. Klopt dat?

3. Uit de enquête is gekomen dat je het gevoel hebt dat jij binnen de FPA veel kan leren. Klopt dat?

Wat vind jij hiervan?

- Wat maakt het volgens jou dat deze score hoog is?

- Wat zouden ze kunnen doen om deze score nog hoger te kunnen krijgen?

Bijlage 6, Vijf stellingen

N.B. Je levert vijf uitdagende stellingen aan, je hoeft het hier niet persé mee eens te zijn

Studenummer : 404350

Naam student : Suzan Nieuwenhuis

Onderwerp scriptie : Groeimogelijkheden binnen de forensische psychiatrie

Stelling 1:

Patiënten binnen de gesloten setting moeten meer vrijheden krijgen

Stelling 2:

De patiënten moeten genoeg nemen met de aangeboden activiteiten

Stelling 3:

De begeleiders moeten zorg op maat bieden binnen de forensische psychiatrie

Stelling 4:

De patiënten zouden in samenspraak met de begeleiders zelf leefregels mogen formuleren

Stelling 5:

De patiënten met een diploma moeten tijdens hun verblijf op de FPA de mogelijkheid krijgen om hun vak te kunnen uitvoeren

Bijlage 7, eigenwerk verklaring

Ondergetekenden:

Suzan Nieuwenhuis 404350

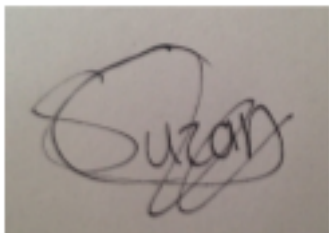
verklaren ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Den Haag

Datum: 30 mei 2018

Handtekeningen:

A handwritten signature in dark ink on a light-colored background. The signature is stylized, with the name 'Suzan' written in a cursive script. The letters are connected, and there are some loops and flourishes, particularly around the 'S' and the end of the word.