

# Zorgmijders met een psychische aandoening niet vermijden, maar begeleiden

*Een onderzoek naar wat professionals van organisatie X nodig hebben om mensen met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar de juiste hulp, zodat verdere zorgmijding wordt voorkomen.*

Naam onderzoeker	:	Brian Gerrits
Studentnummer	:	2202731
PCN	:	274790
Klas	:	4V01M
Vak	:	Afstudeeronderzoek
Afstudeerrichting	:	Maatschappelijk agoog
Opleiding	:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Begeleiders	:	Stefan Assink & Marianne Sommers
Progresscode	:	67V4M-AFOZ
Inleverdatum	:	22-6-2017
Deadline	:	23-6-2017
Versie	:	1

*Alle namen in dit verslag zijn fictieve namen, om de privacy en anonimiteit van cliënten en professionals te kunnen waarborgen.*

*De woorden als psychische aandoening of psychiatrische stoornis worden door elkaar gebruikt. De betekenis uit de begripsafbakening is leidend.*

## **Samenvatting**

In dit onderzoek wordt onderzocht wat professionals van organisatie X nodig hebben om mensen met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar de juiste hulp, zodat verdere zorgmijding wordt voorkomen. Organisatie X helpt slachtoffers en getuigen van misdrijven en ongevallen bij het vinden van herstel. Zij krijgen steeds vaker te maken met zorgmijders met een psychische aandoening, omdat mensen met een psychische aandoening vaker slachtoffer of getuige worden van misdrijven dan de algemene bevolking en omdat organisatie X snel en makkelijk toegankelijk is. De persoonlijke en laagdrempelige aanpak en het drempelloos tijd hebben voor de cliënt zorgt ervoor dat cliënten de hulp van organisatie X in tegenstelling tot andere hulpverlenende instanties wel accepteren en dat deze kracht gebruikt kan worden om zorgmijding te stoppen. Het probleem zorgmijding is een maatschappelijk probleem met veel oorzaken en gevolgen. Uit de probleemanalyse van het onderzoek blijkt dat cliënten met een psychische aandoening vaak zonder hulp thuis zitten en hulpverleners vaak niet weten op welke manier ze deze cliënten kunnen begeleiden naar de juiste hulp. Wanneer de cliënten zorg blijven vermijden kan dat ernstige en negatieve gevolgen hebben op diverse leefgebieden. Denk hierbij aan isolatie, suïcide, verwaarlozing en uitsluiting. Het doel van dit onderzoek is hoe zorgmijders met een psychische aandoening door professionals van organisatie X doeltreffend kunnen worden bewogen tot het accepteren van de juiste hulp. Dit alles om verdere zorgmijding te voorkomen. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is dan ook: wat hebben professionals bij organisatie X nodig om zorgmijders met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening? Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag zijn er halfgestructureerde interviews afgenomen bij 5 cliënten en 3 professionals met behulp van een topiclijst. Daarna zijn er van de interviews transcripties gemaakt en zijn deze gecodeerd, volgens axiaal-, open- en selectief coderen. Deze codes zijn opgenomen in een codeboek. Uit het onderzoek is gebleken dat professionals van organisatie X, behoefte hebben aan kennis en handvatten zodat ze meer begrip kunnen hebben voor cliënten met een psychische aandoening en ze deze doelgroep ook beter kunnen begeleiden. Cliënten hebben behoefte aan professionals of een sociaal netwerk dat klachten en gedragsveranderingen kan signaleren. Het is daarbij belangrijk dat ze de klachten benoemen en cliënten confronteren met de signalen of klachten die bij de aandoening horen. Daarnaast hebben cliënten behoefte aan laagdrempeligheid, persoonlijke benadering, vertrouwen en steun vanuit de professional. Uit het onderzoek blijkt ook dat de multidisciplinaire samenwerking met ketenpartners nog onvoldoende is en professionals van organisatie X niet altijd serieus worden genomen. De samenwerking met ketenpartners moet daarom beter en er moeten meer specifieke trainingen en themadagen komen die gaan over de doelgroep. Op deze manier moet de organisatie professionals meer voorzien van kennis en expertise en moeten de verwijzingen makkelijker verlopen door nauwere samenwerking met ketenpartners.

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek van de opleiding Sociale Studies aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. Tijdens deze opleiding heb ik bij 4 verschillende organisaties stage gelopen waarbij ik bij de laatste twee te maken kreeg met zorgmijders met een psychische aandoening. Ik ben mijn stageperiode begonnen bij het maatschappelijk werk van de Politie-eenheid Limburg, waar ik onder andere begeleiding gaf aan deze doelgroep. Daarna heb ik mijn stageperiode vervolgd bij organisatie X, waar ik net als bij de Politie veel problemen signaleerde rondom zorgmijders met een psychische aandoening en ook hier met onder andere deze doelgroep werkte. Professionals bij de Politie en professionals van organisatie X gaven vaker tijdens intervisiebijeenkomsten aan dat ze niet wisten hoe ze de doelgroep konden begeleiden naar de juiste hulp. Daarnaast was er vaak onduidelijk wat de werkelijke hulpvraag of behoefte was van zo'n cliënt. Door een toename van deze cliëntenstroom bij organisatie X, vond ik het belangrijk om te onderzoeken hoe professionals van organisatie X, deze cliëntgroep konden begeleiden naar de juiste hulpverleningsinstantie.

Door vakken en modules zoals politicologie, economie voor zorg en welzijn, maar ook de diverse trainingen over signaleren en motiveren heb ik de afgelopen jaren veel problemen kunnen signaleren en veel veranderingen in de zorg kunnen herkennen. Ik las vaak nieuwsartikelen en beleidsdocumenten rondom zorgmijders met een psychische aandoening. Deze interesse is nooit weggegaan en ik heb het altijd belangrijk gevonden dat juist deze kwetsbare groep cliënten de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Helaas kan ik het landelijke overheidsbeleid rondom de geestelijke gezondheidszorg niet veranderen, maar ik kan wel door middel van dit onderzoek bewustwording creëren bij organisatie X, waardoor zij deze cliënten toch kunnen begeleiden naar de juiste hulpverleningsinstantie zonder dat de cliënt alleen nog maar drempels ziet. Met behulp van de conclusies, resultaten en aanbevelingen in de vorm van dit onderzoeksverslag en een presentatie aan organisatie X, kan ik de organisatie X aan het denken zetten over het verbeteren of verruimen van beleid, zodat professionals meer handvatten krijgen om de cliënten te kunnen begeleiden naar de gespecialiseerde hulp. Daarnaast hoop ik dat er voor u als lezer, maar ook voor de professionals van organisatie X meer bewustwording ontstaan rondom het onderzoeksthema. Dit is belangrijk en misschien wel noodzakelijk om ernstige gevolgen voor de cliënt te kunnen voorkomen. Het onderzoek is tot stand gekomen door de vrijwillige medewerking van een aantal personen die ik wil bedanken. Allereerst wil ik organisatie X en in het bijzonder mijn teamleider bedanken, vanwege het feit dat ik onderzoek mocht doen binnen organisatie X. Daarnaast wil ik alle cliënten en professionals van organisatie X bedanken dat ze hebben deelgenomen aan het interview en dat ze zich hierin kwetsbaar en eerlijk durfde op te stellen. Tenslotte wil ik mijn afstudeerbegeleiders Stefan Assink en Marianne Sommers bedanken voor de goede begeleiding, uitgebreide feedback en de lessen het afgelopen half jaar. De lessen en consulten die jullie hebben gegeven waren erg prettig, erg professioneel met een vleug humor die zorgde voor een ontspannen afstudeertraject. Hartelijk dank hiervoor.

Brian Gerrits

Juni, 2017

# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING</b>	<b>2</b>
<b>VOORWOORD</b>	<b>3</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>1. CONTEXT EN PROBLEEMSCHETS</b>	<b>7</b>
1.1. Probleemanalyse	7
1.2. Probleemstelling en verificatie	11
1.3. Onderzoeksdoelstelling	11
1.4. Hoofdvraag en deelvragen	12
1.5. Begripsafbakening	12
<b>2. THEORETISCH KADER</b>	<b>13</b>
2.1. Zorgmijders en motivatie	13
2.2. Slachtofferschap in de psychiatrie	15
2.3. De organisatie als goede basis	16
2.4. Zorgmijders en ACT-teams	16
<b>3. METHODOLOGIE</b>	<b>17</b>
3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef	17
3.2. Dataverzamelmethode	18
3.3 Meetinstrument	20
3.4. Data-analyse	21
<b>4. RESULTATEN</b>	<b>23</b>

<b>4.1. Wat zijn de redenen van cliënten uit organisatie X om geen hulp te zoeken of te accepteren?</b>	<b>23</b>
<b>4.2. Wat hebben cliënten uit organisatie X nodig om zorgmijding te voorkomen?</b>	<b>25</b>
<b>4.3. Wat gebeurt er als cliënten uit organisatie X niet op tijd geholpen worden?</b>	<b>28</b>
<b>4.4. Hoe begeleiden professionals van organisatie X de cliënten uit organisatie X op dit moment naar gespecialiseerde hulpverlening?</b>	<b>29</b>
<b>5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Conclusies deelvragen en hoofdvraag</b>	<b>32</b>
<b>5.2. Aanbevelingen</b>	<b>34</b>
<b>6. DISCUSSIE</b>	<b>36</b>
<b>6.1. Betekenis en bruikbaarheid</b>	<b>36</b>
<b>6.2. Sterke punten en zwakke punten</b>	<b>37</b>
<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>40</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>44</b>
<b>Bijlage 1: Overeenkomst interview</b>	<b>44</b>
<b>Bijlage 2: Topiclijst met vragenlijst professionals</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 3: Topiclijst met vragenlijst cliënten</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 4: Codeboek</b>	<b>53</b>

## Inleiding

In 2015 werd met behulp van een meldactie onder psychiatrische patiënten door het landelijk platform GGZ bekend gemaakt dat veel mensen met een psychische aandoening vaak zonder hulp zitten. (Landelijk platform ggz, 2015) In Nieuwsuur en een bericht geplaatst door de NOS in dat jaar werd ook aandacht besteed aan dit probleem. (Roerdink, 2015) Uit diverse theorieën en berichtgeving, die gebruikt is in dit onderzoek blijkt dat mensen vaak zonder hulp zitten door veel verschillende oorzaken. De oorzaken zijn ook verschillend per persoon. Bij de ene cliënt ligt het aan zijn eigen motivatie en kracht bijvoorbeeld en bij de andere cliënt is er sprake van slechte ervaringen met hulpverleners. Daarnaast spelen maatschappelijke factoren en politieke veranderingen een grote rol in het uitblijven van hulp. Dat blijkt uit de praktijkervaringen van de onderzoeker en uit diverse bronnen gebruikt in het onderzoek. Doordat de doelgroep 1,5 tot 2 keer vaker slachtoffer wordt van een misdrijf dan de algemene bevolking en cliënten zonder hulp thuis zitten (Weeghel, Pijnenborg, Veer, & Kienhorst, 2016, p. 275), komen professionals van organisatie X, steeds vaker met deze doelgroep in aanraking. (J.L., persoonlijke communicatie, 23 januari 2017) Omdat zorgmijding ernstige gevolgen kan hebben, moet onderzocht worden wat professionals van organisatie X nodig hebben om zorgmijders met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening. Vanwege de ernstige gevolgen die zorgmijding kan hebben en het feit dat het probleem steeds groter wordt, is het belangrijk dat er wat aan gedaan wordt. De doelstelling van het onderzoek is om zorgmijders met een psychische aandoening doeltreffend te kunnen begeleiden naar de gespecialiseerde hulp om verdere zorgmijding te voorkomen. Voordat er naar oplossingen kan worden gezocht en de doelstelling behaald kan worden, is het belangrijk dat men ook weet welke factoren het probleem in stand houden en welke mogelijkheden er zijn om het probleem op te lossen. Dit kunnen zowel theorieën en factoren zijn op landelijk niveau, organisatieniveau en cliëntniveau. Daarom zal de onderzoeker eerst literatuuronderzoek doen, en daarna interviews afnemen bij cliënten en professionals van organisatie X. Alvorens resultaten omschreven kunnen worden en conclusies getrokken kunnen worden, zal in hoofdstuk 3 eerst onderzocht worden welke onderzoeksmethode en dataverzameling het meest geschikt is voor dit onderzoek en hoe deze informatie op een betrouwbare en valide wijze geanalyseerd kan worden. Vanuit de probleemanalyse in hoofdstuk 1, het theoretisch kader in hoofdstuk 2 en de resultaten in hoofdstuk 4, kunnen er uiteindelijk conclusies worden getrokken die antwoord geven op de hoofdvraag en de deelvragen in dit onderzoek. De conclusies en aanbevelingen die de onderzoeker vanuit het onderzoek kan doen, staan omschreven in hoofdstuk 5. Tenslotte zal de onderzoeker in hoofdstuk 6, het discussiehoofdstuk sterke en zwakke punten van het onderzoek omschrijven, reflecteren op de conclusies, resultaten en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

## **1. Context en probleemschets**

### **1.1. Probleemanalyse**

Mensen met een psychische aandoening zitten vaak zonder hulp of de zorg is niet op orde waardoor de cliënt niet de juiste hulp krijgt die hij nodig heeft. (Landelijk platform ggz, 2015) Daarnaast is er weinig vertrouwen ontstaan in hulpverleningsinstanties waardoor de cliënten hulp weigeren en ook zonder hulp zitten. (Doorn, 2004, p.40) Medewerkers van organisatie X, andere professionals en onderzoeken signaleren deze problemen. Waardoor dit probleem op diverse niveaus in stand wordt gehouden leest u in dit hoofdstuk, de probleemanalyse.

### **Maatschappelijke factoren**

In de voorgaande jaren werden de kosten voor de geestelijke gezondheidszorg jaarlijks verhoogd met 5%, nu is dat jaarlijks nog maar 2,5%. Om tot deze bezuinigingsmaatregel te komen is besloten het aantal bedden in ggz-instellingen terug te dringen en patiënten meer ambulante te gaan begeleiden. Dit vereist een behoorlijke mate van zelfstandigheid en zelfregie. De patiënten kunnen door het wonen in de wijk, ook meedoen in de participatie. Door deze ontwikkeling op landelijk niveau zijn de opnames ook verminderd, waardoor mensen met ernstige psychiatrische klachten thuis zitten, terwijl er eigenlijk gespecialiseerde zorg nodig is binnen een instelling. De huisarts moet de patiënt motiveren om meer te doen aan zelfregie, zonder direct de hulpverlenersrol op zich te moeten nemen. (Dorresteijn, 2012) De ambulante ggz is ook nog niet overal goed ingericht, hulpverleners in de ambulante ggz zouden namelijk te veel bezig zijn met het voorschrijven van medicatie. Er wordt te weinig tijd besteedt aan activering, wat juist bij deze kwetsbare doelgroep extra hard nodig is. Vaak hebben de hulpverleners weinig tijd om hier aandacht aan te besteden. Meer tijd kost meer geld, en dat is er niet. Zo ontstaat er minder aandacht voor dagbesteding en de cliënt als persoon. (Sweers, 2015) Het eigen risico van de zorgverzekeraars wordt weer hoger en de wetgeving is veranderd. Cliënten met een psychische aandoening moeten voor de geestelijke gezondheidszorg voor de basis-ggz, specialistische en langdurige ggz vaak een eigen risico betalen. Daarnaast moeten zij naast het eigen risico ook voor sommige hulp een eigen bijdrage betalen. Dit zorgt ervoor dat de geestelijke gezondheidszorg duur is. Misschien wilt de cliënt wel hulp, maar kan hij deze niet of niet volledig betalen. (Budding, 2015) Voor de lichtere psychische klachten kunnen cliënten bij de huisarts terecht. Deze is poortwachter en kan tevens door middel van het inschakelen van een POH-ggz (praktijkondersteuner huisarts gespecialiseerd in geestelijke gezondheid) vanuit de basisverzekering iemand verder helpen. Wanneer de klachten te complex van aard zijn wordt de cliënt alsnog doorverwezen naar de basis-

ggz, specialistische of langdurige ggz. Wanneer een cliënt vanuit de basis-ggz naar de specialistische ggz moet worden doorverwezen, gebeurt dit via de poortwachter oftewel de huisarts. Deze krijgt een terugkoppeling rondom de behandeling en maakt een verwijzing naar een andere hulpverlener binnen de ggz. Onderling doorverwijzen is niet meer mogelijk, alles verloopt nu elke keer weer via de huisarts. (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016) Hier gaat veel tijd in zitten, het blijkt namelijk dat cliënten vaak al bij de huisarts en de praktijkondersteuner in de wacht staan en dan vaak zonder hulp thuis zitten. (Vleugels & Vries, 2016) Door veranderingen in wetgeving valt ook een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg binnen de zorgverzekeringswet (Zvw). Doordat de verzekeraar hiervoor verantwoordelijk is bepalen zij ook de hoogte van de eigen bijdrage en het eigen risico, daarnaast zijn de kosten en het aanbod afhankelijk van hoe de cliënt verzekerd is. (Zorgwijzer, 2016) De kosten en de wachtlijsten voor goede geestelijke gezondheidszorg zijn voor de cliënten vaak een drempel tot de hulpverlening. (Oosterom & Kreulen, 2017) Wanneer een cliënt jonger is dan 18 jaar en psychische hulp nodig heeft valt deze hulp onder de Jeugdwet. Deze hulp wordt betaald door de gemeenten, waardoor jongeren niet hoeven te betalen voor psychische hulp. Zij kunnen op kosten van de gemeente psychische hulp krijgen. De gemeente heeft ook taken binnen de WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) gekregen om de zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg vorm te geven. Zo kunnen cliënten voor woonbegeleiding en dagbesteding bij het Wmo-loket of een sociaal wijkteam van de gemeente terecht. In hoeverre zij daarvoor in aanmerking komen en wat de gemeente te bieden heeft is per gemeente verschillend. (Zorgwijzer, 2016) Een ander maatschappelijk probleem is stigmatisering. Psychiatrische patiënten worden al sinds vroeger als gek of anders bestempeld. Veel mensen of hulpverleners handelen daar zelfs naar. Voor de patiënt zelf is dit extra lastig. Doordat zij negatief worden bestempeld kan er zelfstigma ontstaan. De gevolgen van stigmatisering zijn groot. De cliënten met een psychische aandoening verbergen de aandoening liever. De gevolgen: ze komen niet meer naar buiten, durven niet deel te nemen aan de maatschappij of verwaarlozen zichzelf en hun leefomgeving. Deze mensen raken dan in een negatieve spiraal. Niet door zichzelf of hun ziektebeeld, maar door de mening of gedragingen richting hen door de omgeving of de maatschappij. Stigmatisering is een sociologisch begrip en betekent letterlijk het afwijzen, negeren of weren van mensen die anders zijn vanwege hun ziekte, huidskleur, aandoening of bijvoorbeeld seksuele geaardheid. (Kenniscentrum Phrenos, z.d.)

### **Slachtofferschap onder de doelgroep en ondersteuning vanuit organisatie X**

In het algemeen komen slachtoffers bij organisatie X binnen via een digitale overdracht van de politie. De politie moet echter aangeven of de aangever hulp wilt of dat de politie zelf het idee heeft dat de aangever hulp nodig heeft. Daarna worden de slachtoffers actief benaderd door organisatie X. In dit gesprek van de actieve benadering wordt pas duidelijk wat de hulpvraag van de cliënt is en hoe de situatie er op dat moment voor staat. Er is op dat moment nog veel onduidelijk over andere stressfactoren, zoals een psychiatrisch ziektebeeld. Uit gesprekken en praktijkervaringen van de onderzoeker blijkt dat het vaak moeilijk is voor medewerkers om te signaleren of het gaat om een slachtoffer met een psychiatrisch ziektebeeld. Soms laten ze blijken dat ze geen steun hebben van allerlei instanties, of laten zij doorschemeren dat hulpverleners uit het verleden of heden niets doen



aan de problemen waar de cliënt mee zit. Vaak zijn deze signalen voor medewerkers genoeg om te concluderen dat het gaat om iemand met meerdere stressbronnen en vaak een psychiatrisch ziektebeeld. Uit de ervaringen van de onderzoeker blijkt ook dat de medewerkers vaak al bij de actieve benadering iemand 'koud' doorverwijzen. Dat wil zeggen dat zij iemand mondeling verwijzen zonder te controleren of de cliënt daar ook is aangekomen en daadwerkelijk een hulpverleningstraject ingaat. Zo gebeurt dit ook vaker tijdens een eerste huisbezoek met de cliënt. Een teamleider van organisatie X (J.L., persoonlijke communicatie, 23 januari 2017) gaf in een gesprek met de onderzoeker aan dat veel medewerkers in zijn organisatie niet altijd weten hoe ze een cliënt met een psychiatrisch ziektebeeld kunnen motiveren om te starten met een hulpverleningstraject. Vaak omdat blijkt dat ze tevreden zijn over de ondersteuning van organisatie X en ze door andere instanties in de steek zijn gelaten. Uit de gesprekken en praktijkervaringen is gebleken dat de doelgroep wel in aanraking komt met de hulp en ondersteuning van de medewerkers van organisatie X. Wanneer de handelings- en benaderingswijze van organisatie X wordt vergeleken met de handelings- en benaderingswijze die omschreven wordt in het boek 'Outreachinge hulpverlening' (Doorn, 2004), maakt de organisatie gebruik van geslaagde methodieken, om ook de zorgmijders te bereiken. In hoofdstuk 5 van dit boek gaat het over het ongevraagd contact leggen met cliënten. Zo worden er in dit hoofdstuk stappen doorlopen die een gelijkenis hebben op die van organisatie X. Stap 1 in het boek is het verzamelen van voorinformatie, iets dat bij organisatie X door de administratie of medewerkers actieve benadering wordt gedaan. Stap 2, is het maken van een analyse van de cliënt, iets dat door medewerkers actieve benadering wordt gedaan in het telefoongesprek. Hierbij wordt gekeken of de hulpvraag binnen de ondersteuning valt van organisatie X. Daarna wordt er een plan van aanpak gemaakt. Dit is bij de organisatie niet het geval. Tenminste niet zo erg uitgebreid. Daarnaast is het per medewerker verschillend of hij of zij zich voorbereiden op een huisbezoek, en daarvoor verschillende dingen geregeld moeten worden. Wanneer de medewerker algemene dienstverlening bij organisatie X een afspraak wilt maken omdat de actieve benadering de hulpvraag heeft goedgekeurd, wordt er meerdere malen gebeld voor het maken van een afspraak. Wanneer dit meerdere keren niet lukt wordt er een brief gestuurd. Deze herhaalde pogingen tot contactlegging, waarvoor tevens geduld en tijd voor nodig is komen ook weer overeen zoals ze in hoofdstuk 5 voor maatschappelijk werkers omschreven zijn. Cliënten komen vaak ook via signaleringsnetwerken binnen zoals de politie, het Veiligheidshuis etc. Kortom, het binnenkomen bij de cliënt is voor medewerkers vaak geen enkel probleem. Uit de gesprekken en intervisiebijeenkomsten van medewerkers blijkt dat het motiveren van cliënten met een psychische aandoening naar de juiste hulpverleningsinstantie juist moeizaam verloopt. Een teamleider van organisatie X (J.L., persoonlijke communicatie, 23 januari 2017) gaf in gesprekken aan dat dit komt omdat medewerkers en teamleiders nog niet over de kennis en expertise beschikken om deze doelgroep optimaal te kunnen ondersteunen en begeleiden. Cliënten komen door het ontbreken van deze kennis en expertise niet terecht bij een (juiste) hulpverleningsinstantie en blijven zonder hulp thuis zitten. Door ambulantisering in de geestelijke gezondheidszorg, is deze kennis juist wel extra belangrijk. (Trimbos, z.d.) Het risico is groot dat mensen met een psychische aandoening, nog geen hulp hebben maar wel in beeld komen bij

organisatie X. Dat blijkt uit zowel praktijkervaringen als uit onderzoek. Zo is de kans voor mensen met een psychiatrisch ziektebeeld 1,5 tot 2 keer zo groot om slachtoffer te worden van een misdrijf dan voor mensen uit de algemene bevolking. (Weeghel et al., 2016, p. 275)

### **Cliënten zonder hulp**

Veel cliënten die zonder hulp zitten hebben vaak problemen met hulpverleningsinstanties of zijn nog niet in beeld bij deze instanties. Ze zijn vaak ontevreden of vertrouwen de instanties niet meer, waardoor ze vaak ook geen hulp meer zoeken. De cliënten die al eens in aanraking zijn geweest met hulpverlening hebben ook vaak een allergie voor de 'standaard' hulpverleners en het bureaucratisch gedrag. Er zijn ook cliënten die nog nooit in beeld zijn geweest bij de hulpverlening. Zij blijven uit beeld omdat zij niet op eigen initiatief naar een hulpverlener of hulpverleningsinstantie gaan. De redenen hiervoor zijn erg verschillend. Als eerste is het belangrijk dat de mensen aan zichzelf merken dat het slechter gaat en dat ze beseffen dat ze voor hun problemen in aanmerking kunnen komen voor hulp. Daarnaast zijn er weer andere cliënten die aangeven dat het voor hen te moeilijk is om de juiste weg naar een instantie of hulpverlener te vinden. Er zijn namelijk heel veel instanties of hulpverleners waaruit zij kunnen kiezen. Daarnaast is de vraag of de hulpverlener of instantie wel aan kan sluiten bij de behoefte of hulpvraag van de cliënt. De taal en omgangsvormen van instanties of hulpverleners zijn voor de cliënten vaak te complex. De regels van instanties zijn strenger geworden waardoor cliënten nu al erg snel in de problemen kunnen komen. Ze hebben niet graag dat hulpverleners of instanties over hun leven beslissen. De instanties of hulpverleners hebben weer te weinig tijd en geld om met cliënten te praten over deze situaties. De kleinere problemen voor de cliënt worden door hulpverleners of instanties gezien als grote problemen voor de cliënt. Uiteindelijk wordt tijdens het hele hulpverleningstraject niet aangesloten op de hulpvragen van de cliënt. Zoals eerder in deze probleemanalyse benoemd zijn geld en stigma's grote belemmeringen om hulp te zoeken. Cliënten schamen zich voor hun problemen en vinden hierdoor de stap tot de hulpverlening te groot. Daarnaast kost hulpverlening vaak geld, vooral als men het heeft over de geestelijke gezondheidszorg. Wat cliënten vanuit deze gedachte vaak niet beseffen is dat wanneer er geen actie wordt ondernomen om een hulpverleningstraject in te stappen, er ook geen oplossing zal komen en ze uiteindelijk nog meer problemen ontwikkelen op diverse leefgebieden. Er kan dan ook comorbiditeit ontstaan. Cliënten hebben vaak niet het idee dat ze zelf problemen hebben of problemen veroorzaken. Ze hebben hun eigen visie en levensstijl. De instanties en buurtbewoners gaan zich na verloop van tijd verzetten tegen de levensstijl en het gedrag van de cliënten. Dit verzet ontstaat meestal pas wanneer de maat vol is en er al regelmatig is geklaagd bij bijvoorbeeld instanties als de politie, woningbouwvereniging etc. Cliënten geven dan aan dat de buurtbewoners of instanties een probleem hebben met hun en niet andersom. Wanneer hulpverleners het gedrag en de klachten van alle partijen onderzoeken blijkt er toch een verborgen hulpvraag te zijn bij de cliënten. Alleen zien de cliënten dit zelf niet als probleem. Ze willen gewoon hun eigen leven leiden. Er is ook een groep cliënten die vaker in aanraking is geweest met de hulpverlening maar door omstandigheden zijn uitgevallen. Bij deze cliënten sluit het hulpaanbod bijvoorbeeld niet aan bij de hulpvraag, wensen en behoeften van de cliënt. Daarnaast

kunnen de hulpvragen zo complex van aard zijn dat hulpverleners of instanties niet weten hoe ze de cliënt kunnen helpen. Andere cliënten hebben weer het gevoel dat hulpverleners het leven van de cliënt willen bepalen en ervaren de hulpverlener als bemoeizuchtig. Daarnaast zijn er ook mensen die niet goed geholpen zijn door instanties of hulpverleners. De cliënten gaan naar hulpverleners toe wanneer ze in een crisissituatie verkeren en haken daarna weer af. Cliënten hebben vaak ook een laag zelfbeeld, waardoor ze denken dat hulpverleners hun niet begrijpen. Ze zoeken daarom maar geen hulp, alleen als de problemen te complex van aard zijn. (Doorn, 2004) De lange wachtlijsten zorgen ook voor frustraties, deze frustraties kunnen zelfs zorgen voor een lijdensweg waardoor suïcidale gedachten ontstaan om van de problemen verlost te zijn. (Beurden, 2017)

## **1.2. Probleemstelling en verificatie**

Uit de probleemanalyse blijkt dat cliënten met een psychische aandoening vaak zonder hulp thuis zitten. Hulpverleners weten vaak niet op welke manier ze cliënten kunnen begeleiden naar de juiste hulp. Uit de probleemanalyse blijkt ook dat wanneer de cliënten zonder hulp thuis blijven zitten, dit ernstige en negatieve gevolgen kan hebben op diverse leefgebieden. Denk aan suïcide, isolatie, uitsluiting, verwaarlozing enzovoorts. Dit betekent dat de problemen zich alleen nog maar opstapelen, naast de bestaande problematiek. Het begeleiden van deze cliënten wordt dan ook steeds lastiger. Het is belangrijk dat professionals van organisatie X de cliënten, die gespecialiseerde hulp nodig hebben, niet vermijden, maar juist tijdig begeleiden naar die hulp.

### *Verificatie*

Het risico om slachtoffer te worden van een misdrijf voor psychiatrische patiënten is 1,5 tot 2 keer zo groot als iemand uit de algemene bevolking. (Weeghel et al., 2016, p. 275) Het is voor professionals en teamleiders van organisatie X belangrijk dat zij cliënten met een psychische aandoening goed kunnen begeleiden naar de juiste hulpverleningsinstantie. De organisatie loopt namelijk een grote kans om in contact te raken met de doelgroep. Omdat zorgmijding voor cliënten ernstige en negatieve gevolgen kan hebben en medewerkers van organisatie X, vaker in contact komen met de doelgroep vinden professionals en teamleiders het belangrijk dat de cliënten op tijd geholpen worden door de gespecialiseerde hulpverlening. Organisatie X, is namelijk niet gespecialiseerd in hulpverlening aan de doelgroep. De organisatie heeft namelijk ook een ander doel en als professionals buiten dit doel die begeleiding toch willen geven aan de doelgroep, missen zij vaak de kennis en ervaring over psychische aandoeningen en de gevolgen.

## **1.3. Onderzoeksdoelstelling**

Het doel van het onderzoek is zorgmijders met een psychische aandoening doeltreffend te kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulp om verdere zorgmijding te voorkomen. In het onderzoek wordt ook gekeken wat cliënten nodig hebben om gespecialiseerde hulp te accepteren en wat de medewerkers van organisatie X hierin kunnen betekenen. Dit alles om de kans op zorgmijding bij cliënten met een psychische aandoening te verkleinen, wanneer zij hulp hebben gehad van medewerkers van organisatie X.

#### **1.4. Hoofdvraag en deelvragen**

Wat hebben professionals bij organisatie X nodig om zorgmijders met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening?

##### *Deelvragen*

Wat zijn de redenen van cliënten uit organisatie X om geen hulp te zoeken of te accepteren?

Wat hebben cliënten uit organisatie X nodig om zorgmijding te voorkomen?

Wat gebeurt er wanneer cliënten uit organisatie X met een psychische aandoening niet op tijd geholpen worden?

Hoe begeleiden professionals van organisatie X de cliënten uit organisatie X op dit moment naar gespecialiseerde hulpverlening?

#### **1.5. Begripsafbakening**

##### *Organisatie X*

Organisatie X, is een organisatie die werkzaam is binnen de slachtofferzorg. De organisatie verleent hulp aan cliënten die slachtoffer, getuige of nabestaande zijn geworden door misdrijven, verkeersongevallen en calamiteiten. Zij werken zowel met betaalde als vrijwillige medewerkers. (Steenhuis & Lorijn, 2016)

##### *Professionals organisatie X*

Professionals van organisatie X werken op betaalde of vrijwillige basis. Zij ondersteunen cliënten om de draad van het leven weer op te kunnen pakken na een ingrijpende gebeurtenis. Dit kan aan de hand van een gesprek, praktische hulp of middels een verwijzing naar een ketenpartner of gespecialiseerde hulpverlener. Professionals van organisatie X werken laagdrempelig en vanuit een persoonlijke en actieve benadering. Zij proberen samen met de cliënt balans aan te brengen in het leven van de cliënt, wanneer de balans door een ingrijpende gebeurtenis verstoord is geraakt. Tenslotte hebben zij een signalerende functie, op de momenten dat de veiligheid van de cliënt of de omgeving in het geding is. Denk aan: kindermishandeling, huiselijk geweld, verwaarlozing, suïcide en andere problemen op diverse leefgebieden. (Steenhuis & Lorijn, 2016)

##### *Psychische aandoening*

Een psychische aandoening, ook wel psychische stoornis of geestesziekte genoemd is het geheel van afwijkende emoties, gedachten en of gedrag dat zorgt voor een belemmering in het functioneren van de mens in zijn dagelijks leven. Daarnaast kan de aandoening zorgen voor persoonlijk lijden. Ongeveer 1 op de 2 mensen in Nederland krijgt op een bepaald moment in zijn leven rechtstreeks te maken met een psychische aandoening of stoornis. (Nevid, Rathus, & Green, 2012, pp. 4-5)

##### *Gespecialiseerde hulpverlening*

In dit onderzoek bedoelt de onderzoeker met dit begrip, alle hulpverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen of professioneel begeleiden van cliënten met lichte of complexe psychische

problematiek. Dit zijn hulpverleners die werken binnen de eerste of tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Hulpverleners die in de eerste lijn werken bieden basis-ggz zoals de huisarts en diens praktijkondersteuner, de eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers. Deze zorg is makkelijk en snel toegankelijk. In de tweede lijn werken diverse professionals vanuit de specialistische ggz die hulp bieden binnen en vanuit de ggz-instellingen. De huisarts kan een cliënt die gespecialiseerde zorg nodig heeft verwijzen naar de tweedelijnszorg. (GGZ Nederland, z.d.)

### *Zorgmijders*

Zorgmijders zijn mensen met psychosociale problematiek of een psychiatrische stoornis die niet of nauwelijks te motiveren zijn voor behandeling of begeleiding om aan hun problematiek of aandoening te werken. Zij hebben vaak meerdere problemen op diverse leefgebieden. Bijkomende problemen zijn vaak schulden, isolatie, verwaarlozing, overlast, verslavingsproblematiek etc. (Movisie, 2013) In dit onderzoek wordt er ook gesproken over zorgmijders, wanneer de cliënten geen zorg hebben om welke reden dan ook. Dit kan bijvoorbeeld ook zijn wanneer de wachtlijst te lang is of wanneer een cliënt geen hulp durft te gaan zoeken. Daarnaast vallen de zorgmijders ook vaak tussen wal en schip, omdat de problemen niet ernstig genoeg zijn om specialistische hulp te krijgen. (Lohuis, Schilperoort, & Schout, 2008, p.10) De doelgroep zorgmijders is de doelgroep waar het onderzoek over gaat en hoe professionals van organisatie X hun kunnen begeleiden naar de gespecialiseerde hulpverlening.

### *Zorgmijding*

Wanneer er in dit onderzoek over zorgmijding wordt gesproken, gaat het over het weigeren van zorg of wanneer cliënten nog geen zorg hebben vanwege andere redenen. Zorgmijding valt samen met de bovenstaande definitie van zorgmijders. Zorgmijding gaat over het vermijden van hulp door drempels, die die hulp ontoegankelijk maken voor de zorgmijder. Zorgmijding gaat vaak samen met zorgverlamming, dat is wanneer hulpverleners de cliënt als lastig of ongemotiveerd gaan beschouwen. Zorgverlamming is belangrijk om te benoemen in dit hoofdstuk omdat het laat zien hoe diverse hulpverleners over de cliënt denken, wanneer het over zorgmijding gaat. (Lohuis et al., 2008, p.10)

## **2. Theoretisch Kader**

Eerder in dit onderzoek werd er gesproken over de problemen die zorgmijding veroorzaken en oorzaken van te hoge drempels voor de hulpverlening. In dit hoofdstuk zal de onderzoeker juist meer ingaan op de theoretische inzichten die betrekking hebben op de behoeften van verandering.

### **2.1. Zorgmijders en motivatie**

In het boek *motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen* (Dam & Mulder, 2008) wordt er gesteld dat gebrek aan motivatie een oorzaak is van zorgmijding. Vanuit dit uitgangspunt zal er in deze paragraaf aandacht worden besteed aan theorieën die te maken hebben met motivatie voor veranderingsprocessen binnen de hulpverlening.

### *Stages of change-model*

In 1983 ontwikkelden de hoogleraren psychologie Prochaska en di Clemente, het 'stages of change'-

model. Dit model beschrijft de fasen van een veranderingsproces bij cliënten zodat hulpverleners hierop kunnen aansluiten. Het 'stages of change'-model omschrijft 6 stadia van verandering die eenieder doorloopt, waarbij in de eerste drie fasen van het model de ontwikkeling en motivatie tot verandering centraal staat. Dit model kan erg belangrijk zijn wanneer cliënten zich al in een veranderingsproces bevinden en nog geen besef hebben van hun 'probleem' en de behoefte aan verandering. De eerste fase gaat over de voorbeschouwing, ook wel de precontemplatie genoemd. Dit is een fase waarin de cliënt nog geen behoefte heeft om te veranderen. Er is nog geen motivatie en besef van het 'probleem'. De omgeving van de cliënt oefent druk uit en wenst dat de cliënt verandert. Ook de behandelaar benoemt in deze fase het 'probleem' waar de cliënt mee te maken heeft. De cliënt zal in deze fase weigeren om te starten met een hulpverleningstraject of een medicijn. Er is dus een enorme mate van weerstand tegen het veranderingsproces, de hulpverlener en de omgeving. De cliënt weigert hulp of zorg. Een veel gehoorde uitspraak is dan: 'Ik heb geen probleem, de omgeving heeft een probleem met mij'. (Doorn, 2004) Wanneer de cliënt niet openstaat voor verandering en weerstand vertoont komt hij of zij niet verder dan de eerste fase van het model en spreekt men van een zorgmijder. Cliënten die zich in de tweede fase van het model bevinden, zijn zich juist bewust van hun 'probleem' en bedenken daar de mogelijke oplossingen voor. De tweede fase wordt de contemplatie genoemd, maar ook wel de fase van overpeinzing. In die fase is er wel motivatie, maar komt de cliënt nog niet in actie tot verandering. De cliënt staat dan wel open voor bewustwording van essentiële aspecten van het 'probleem' en laat zich hierover ook informeren en adviseren. De acceptatie ontstaat pas wanneer de cliënt zich bewust is van het probleem en hij of zij gemotiveerd is er iets mee te doen. (Dam & Mulder, 2008, p.19) Het gesignaleerde probleem en het daaruit voortvloeiende onderzoek heeft betrekking op cliënten die zich in de eerste twee fasen van het 'stages of change'-model bevinden.

### *Self Determination Theory*

Een andere theorie is de 'Self Determination Theory', ontwikkeld door hoogleraren Ryan en Deci. Volgens de 'Self Determination Theory', hebben mensen psychologische basisbehoeften. Deze basisbehoeften zijn: autonomie, competentie en verbondenheid. Het is belangrijk dat deze basisbehoeften min of meer in balans zijn om de cliënt te laten groeien. De motivatie speelt hier ook weer een belangrijke rol. Deze theorie stelt namelijk dat de extrinsieke motivatie, de intrinsieke motivatie kan schaden. Het is belangrijk dat het doel vanuit de cliënt komt, er is dan sprake van autonomie en intrinsieke motivatie, de cliënt moet namelijk zelf voldoende in staat en zich in staat voelen om het doel te bereiken (competentie). Daarnaast speelt verbondenheid een belangrijke rol, want wanneer niemand vertrouwen heeft in het bereiken van het doel, gaat dat ten koste van de competentie. Daarnaast zal de cliënt onvoldoende autonoom worden wanneer hij een doel wilt bereiken voor de ander of zijn omgeving. Het doel is dan niet autonoom en er is geen sprake van intrinsieke motivatie. Kortom, wanneer er integratie van deze psychologische behoeften nodig is, moet er sprake zijn van een harmonieuze samenhang. Dit is voor een veranderingsproces extra belangrijk, omdat de cliënt vanuit zichzelf een doel en wens tot verandering moet creëren alvorens te kunnen starten met een veranderingsproces. Voordat dit mogelijk is moet de cliënt zich bewust zijn van het

'probleem'. (Veen & Goijarts, 2012)

Wanneer ervan uit wordt gegaan dat motivatie een belangrijke factor is om een veranderingsproces op gang te brengen, of cliënten zich bewust moeten worden van een probleem, moeten ze wel in beeld komen bij hulpverleningsinstanties. Cliënten die niet in beeld zijn met instanties maar wel voor overlast zorgen of complexe problemen hebben, hebben vaak ook een problematische relatie met hulpverleningsinstanties. Ze hebben een hekel aan de ambtelijke opstelling van instanties en het klassieke hulpverlenersgedrag. Daarnaast zien mensen vaak niet in dat ze een 'probleem' hebben of dat ze voor hun 'probleem' hulp kunnen zoeken. Ze vinden het vaak ook moeilijk om functionele contacten te leggen. Naast bovenstaande kenmerken kost diverse gespecialiseerde hulp vaak geld en willen mensen dat niet betalen. Dan zijn er nog gevoelens van uitsluiting en schaamte. Cliënten schamen zich namelijk vaak voor hun 'probleem'. Dat laatste gaat vaak gepaard met zelfstigma en stigmatisering door de omgeving. Stigmatisering vanuit de omgeving en de daaropvolgende uitsluiting gebeurt meestal wanneer cliënten een onzichtbare grens bij instanties of buurtbewoners overschreden hebben. (Doorn, pp. 40-42, 2004)

#### *Humanistische visie Carl Rogers*

Psycholoog Carl Rogers geloofde dat ieder mens een aangeboren intentie heeft om te worden waartoe hij in staat is, dit wordt ook wel zelfactualisatie genoemd. Professionals en de omgeving van cliënten kunnen cliënten met afwijkend gedrag pas begrijpen wanneer ze kennis hebben genomen van de belemmeringen die cliënten tegenkomen in het streven naar zelfactualisatie, oftewel het ontwikkelen van een eigen unieke identiteit. Volgens deze visie moet de professional en de omgeving proberen aan te sluiten op de belevingswereld van de cliënt, door middel van het kijken door dezelfde bril, die de cliënt op heeft. Zo leert de omgeving en de professional de ervaringen van de cliënt begrijpen en kunnen zij de cliënt waarderen vanwege de fundamentele waarde. Daarnaast zouden ze cliënten ook kunnen waarderen omdat het gedrag op dat moment door de omgeving en professional goedgekeurd wordt. Deze visie is voor dit onderzoek belangrijk omdat zoals hierboven omschreven, de intrinsieke motivatie van de cliënt belangrijk is en professionals door middel van deze humanistische visie aansluiten bij de autonomie, competentie en verbondenheid die de cliënt nodig heeft voor zijn of haar ontwikkeling en groei. (Nevid, Rathus, & Green, 2012, pp.45-47)

## **2.2. Slachtofferschap in de psychiatrie**

De reden dat mensen met een psychische aandoening vaker in aanraking komen met organisatie X, heeft vaak te maken met het feit dat psychiatrische patiënten relatief vaker slachtoffer worden van een of meerdere misdrijven. Dat betekent dat deze doelgroep vaker in aanraking komt met organisaties zoals organisatie X. Veel misdrijven hebben betrekking op seksueel misbruik, huiselijk geweld, vermogensdelicten, maar ook delicten die worden gepleegd vanuit de naaste omgeving. Door de psychische kwetsbaarheid die ontstaan is vanuit een psychische aandoening, en het slachtofferschap na het plegen van misdrijven tegen de doelgroep ontstaat er verergering van psychische klachten. Zo kan er ook regressie optreden en kan het een hersteltraject belemmeren. Het risico op

slachtofferschap wordt hierdoor alleen maar groter. Dit komt doordat de doelgroep de negatieve ervaringen gaat toeschrijven aan zichzelf en er ook naar gaat handelen. Daarnaast doen zij aan zelfstigma, waardoor deze mensen geïsoleerd raken en zichzelf uitsluiten. Hulpverleners zijn zich nog niet altijd bewust van bovenstaande problemen. Ze weten ook nog niet precies hoe ze dit proces bij hun cliënten kunnen verbeteren. Vaak komen cliënten niet eens in beeld bij deze hulpverleners omdat ze juist door slachtofferschap te veel bezig zijn met zelfstigma en uitsluiting, maar ook steeds vaker geïsoleerd raken waardoor de doelgroep nog lastiger wordt bereikt. (Weeghel et al., 2016, p. 273-286)

### **2.3. De organisatie als goede basis**

Professionals weten echter niet hoe het komt dat de doelgroep door hun wel wordt bereikt, terwijl ze bij andere instanties vaak nog niet in beeld zijn. Na bestudering van de beleidsdocumenten en methodieken zoals bemoeizorg en assertive community treatment, kan er geconcludeerd worden dat de werkwijze van de organisatie en de methodieken veel overeenkomsten met elkaar hebben. In de beleidsdocumenten van de organisatie staat omschreven dat er een actieve benadering plaatsvindt in de eerste fase van het cliëntcontact. De professional werkzaam binnen de organisatie, belt de cliënt op om te informeren hoe het met de cliënt gaat en wat hij of zij nodig heeft van de organisatie of daarbuiten. De hulpvraag wordt geformuleerd aan de hand van het eerste telefoongesprek. De cliënt kan ook op eigen initiatief zich aanmelden voor hulp. In de meeste gevallen wordt de cliënt echter actief benaderd voor hulp. Daarnaast werken de meeste professionals van organisatie X als vrijwilliger, zij zoeken actief contact met cliënten vanuit een houding van oprechte zorgzaamheid. (Wagemakers & Lorijn, 2016) De houding die ervoor zorgt dat de cliënt zich gehoord voelt en dat hij of zij zich weet staande te houden. De harde eisen die de maatschappij vaak aan cliënten stelt, zorgt vaak voor uitsluiting. Wanneer een professional dan oprecht vraagt hoe het met de cliënt gaat zonder een oordeel te vellen over ras, levensstijl, uiterlijk etc. voelt de cliënt zich gehoord en minder buitengesloten. Het is belangrijk dat de professional problemen signaleert op diverse leefgebieden en multidisciplinair kan samenwerken om uiteindelijk de cliënt zo goed mogelijk te kunnen helpen. Dit wordt ook wel generalistisch werken genoemd. (Lohuis et al., 2008, pp. 9-26)

### **2.4. Zorgmijders en ACT-teams**

De GGZ West Noord- Brabant is enkele jaren geleden begonnen met het ontwikkelen van Assertive Community Treatment in hun behandelprogramma speciaal voor zorgmijders die te maken hebben met problemen op verschillende leefgebieden tegelijk. Zij werken in een zogenaamd ACT-team multidisciplinair. De cliënten worden aangemeld via de politie, woningbouwverenigingen en andere ketenpartners. Familie kan ook een familielid aanmelden wanneer zij zich zorgen maken over diens gezondheid of leefomstandigheden. ACT staat voor assertive community treatment. Deze methode richt zich op een actieve ongevraagde benadering van de cliënt (assertive), in diens leefomgeving (community). De ACT-teams zijn multidisciplinair en hebben medewerkers met veel kennis en vaardigheden in huis om de cliënt te motiveren en te helpen wanneer er op diverse leefgebieden problemen zijn. Naast deze teams is er ook nog een methode die professionals handvatten geeft om cliënten uit de eerste fase, met weinig tot geen motivatie te kunnen motiveren, of bewust te maken van



hun probleem. Deze methode heet 'motiverende gespreksvoering'. (Libbrecht & Gijzen, 2008, pp. 27-38)

### **3. Methodologie**

In dit hoofdstuk wordt duidelijk welke groep mensen behoort tot de onderzoekspopulatie en welke keuzes er zijn gemaakt voor een steekproef en het opzetten van de interviews. Daarnaast zullen de validiteit, betrouwbaarheid en de meetinstrumenten toegelicht worden en zal er aan de hand van een data-analyse een koppeling worden gemaakt met relevante literatuur en het vooronderzoek.

#### **3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef**

Alvorens de steekproef kan worden omschreven, moet eerst de onderzoekspopulatie van dit onderzoek omschreven worden. Het trekken van een steekproef is in dit onderzoek belangrijk, omdat de gehele populatie niet kan worden geïnterviewd voor het onderzoek. Het is namelijk een te grote en moeilijk bereikbare groep. Als laatste zal er in deze paragraaf aandacht worden besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

#### **3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef**

In dit onderzoek is gekozen voor een onderzoekspopulatie bestaande uit cliënten en professionals, omdat het voor het beantwoorden van de hoofdvraag en deelvragen belangrijk is vanuit twee perspectieven antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en deelvragen. De hoofdvraag is namelijk gericht op de professional in relatie tot de cliënt. De onderzoekspopulatie van dit onderzoek kan worden opgesplitst in respondenten en informanten. De groep respondenten is de groep volwassen cliënten bestaande uit 5 personen tussen de 24 en 64 jaar, die zich konden aanmelden voor het onderzoek door middel van zelfselectie met de volgende specifieke eisen. Ze vermeden psychische hulp voor hun aandoening minimaal 6 weken, werden minimaal 1 keer slachtoffer of getuige van een geweldsmisdrijven, huiselijk geweld, stalking, vermogensdelicten of bedreigingen. Daarnaast hebben ze ondersteuning van organisatie X geweigerd of geaccepteerd en durven ze zich kwetsbaar, eerlijk en open op te stellen tijdens de interviews. Tenslotte vinden ze het onderwerp zorgmijder goed bij hun eigen persoonlijke ervaring of gedrag passen en hebben zij zich vrijwillig aangemeld via een advertentie op social media. Deze eisen zijn vastgesteld volgens de persoonlijke ervaringen van de onderzoeker en de eerder genoemde theorieën over het onderwerp.

De tweede groep van de onderzoekspopulatie is de groep informanten. Dit zijn professionals werkzaam bij de organisatie X, die werken vanuit de zogeheten '0<sup>e</sup>-lijns-zorg' en bieden eerste opvang en ondersteuning of begeleiding aan slachtoffers en getuigen van misdrijven en ongevallen. Zij hebben op het gebied van ondersteuning en dienstverlening ervaringen met zorgmijders die minimaal 6 weken zorg vermeden of na een hulpverleningstraject af hebben gezien van hulp. Zij zijn tevens de groep die belangrijk is voor de onderzoeksvraag. De groep informanten heeft namelijk meer handvatten nodig om de cliënten beter te kunnen begeleiden. Deze informanten konden zich door

middel van zelfselectie via een e-mail opgeven. In deze e-mail werden ook eisen gesteld. Voor het interview zijn 5 professionals nodig die minimaal 5 jaar werkzaam zijn bij organisatie X en die de afgelopen maand een casus heeft gehad waarin er sprake was van een zorgmijdende cliënt met een psychische aandoening. Er hebben zich echter maar 3 professionals opgegeven. Daarnaast kunnen zij mogelijke oorzaken en gevolgen van zorgmijders benoemen en kunnen zij de eigen behoeften en die van organisatie X benoemen. Zij durven zich daarbij kwetsbaar op te stellen en durven open en eerlijk te zijn over hun werkzaamheden bij organisatie X. Het is niet noodzakelijk dat iedere professional die zich opgeeft voor het interview, ook de juiste begeleiding geeft. Dit maakt het onderzoek namelijk kritischer.

### *Steekproef*

In voorgaande hoofdstukken zijn diverse problematieken en theoretische inzichten naar boven gekomen die aan de hand van interviews kunnen worden getoetst. Daarnaast is het belangrijk dat door middel van theoretisch onderzoek en de interviews antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvraag. Er zijn theoretische afwegingen gemaakt bij de keuze van de onderzoekseenheden. In dit geval de respondenten en informanten. Zoals hierboven omschreven konden de respondenten en informanten zichzelf opgeven door zelfselectie, maar zijn de criteria vastgesteld vanuit de theorie in het theoretisch kader en de probleemanalyse. Door middel van een theoriegerichte steekproef is het mogelijk om kennis te verwerven die het beste aansluit bij het onderwerp van dit onderzoek. (Baarda et al., 2013, p. 94)

### *Anonimiteit*

Om de privacy van de respondenten en informanten te waarborgen zullen de namen zowel in de interviews als in het onderzoeksverslag veranderd worden in fictieve namen. Naast het waarborgen van de privacy wordt het geven van sociaal wenselijke antwoorden hiermee voorkomen. (Baarda et al., 2013, p.75) Van de interviews worden uitsluitend audio-opnames gemaakt, zodat de respondenten en informanten op de opnames niet herkenbaar zijn. De transcriptie en de opnames van de interviews worden na de onderzoeksperiode vernietigd en onbruikbaar gemaakt. Daarnaast worden de audio-opnames gemaakt met een voice recorder, die niet gekoppeld is met het internet. Dit voorkomt lekken van informatie en audio-opnames via internet. Tenslotte zal er een overeenkomst worden ondertekend door de onderzoeker en de respondent voordat de interviews worden afgenomen. Dit geldt uiteraard ook voor de interviews tussen de onderzoeker en informanten. Deze overeenkomst is toegevoegd als bijlage 1 in het onderzoeksverslag. De onderzoeker is namelijk verantwoordelijk voor het bewaren en beschermen van de vertrouwelijke gegevens van de respondenten en informanten. (Boeije, 2014, p. 53)

## **3.2. Dataverzamelmethode**

De onderzoeker wil onderzoeken hoe professionals van organisatie X, zorgmijders met een psychische aandoening beter kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening. Wanneer het onderzoek hier antwoord op geeft, kunnen professionals van organisatie X betere begeleiding bieden, aan de doelgroep waarmee zij tijdens het werk steeds vaker in aanraking komen. Om antwoord te

krijgen op de onderzoeksvraag en deelvragen, is het belangrijk dat de onderzoeker weet wat mensen willen, denken, voelen en al weten over het thema. Om dit te weten te komen, is het gebruik van een kwalitatief interview de meest geschikte manier om onderzoek te doen. (Baarda et al., 2013, p. 145)

#### Interview

Zoals eerder omschreven wilt de onderzoeker te weten komen wat de respondenten en informanten willen, denken, voelen en weten over het onderzoeksthema. Omdat de onderzoeker enige voorkennis heeft over het onderwerp vanuit zijn persoonlijke ervaringen, maar ook vanuit het theoretisch kader en de probleemanalyse zijn diverse onderwerpen en thema's belangrijk om tijdens het interview aan bod te laten komen. De onderzoeker wilt in de interviews graag gedetailleerde informatie verzamelen, verdiepende vragen stellen en een beetje sturing geven aan het interview. Daarom heeft de onderzoeker gekozen voor een halfgestructureerd interview met het gebruik van een topiclijst. Voor de interviews worden twee topiclijsten gemaakt: 1 voor de cliënten en 1 voor de professionals. Zij hebben namelijk allebei een andere rol in het hulpverleningsproces en dit onderzoek. Beide topiclijsten zijn opgenomen in bijlage 2 en 3 van dit onderzoeksverslag. Doordat niet alle vragen vast zullen staan in de topiclijst geeft het de onderzoeker de ruimte om door te vragen en om meer gedetailleerde informatie te kunnen verzamelen. Daarnaast zal de onderzoeker de volgorde en de onderwerpen in een verschillende volgorde aan bod laten komen wanneer de situatie daarom vraagt. Het kan namelijk zo zijn dat een respondent al eerder in het interview over een onderwerp begint te vertellen, dat eigenlijk later in het interview pas aan bod zou komen. Er kunnen ook nieuwe onderwerpen aan de orde komen, die juist nieuwe informatie geven over het onderwerp. Deze nieuwe informatie is ook belangrijk voor het onderzoek en zal daarom niet worden weggelaten. Dat zorgt er namelijk ook voor dat het de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek ten goede komt. Door middel van topiclijsten kan de onderzoeker het interview deels sturen en voorkomt hij dat bepaalde onderwerpen niet aan bod komen tijdens het interview en daardoor belangrijke informatie ontbreekt. Zo komen de meeste vragen en onderwerpen in elk interview aan bod. (Baarda et al., 2013, pp. 150 -151)

Verder is het voor de interviews belangrijk dat bij vragen rondom onderwerpen, begrippen of theorie de uitleg wordt gehanteerd zoals deze in de literatuur of begripsafbakening is opgenomen, zodat er geen verschillen zijn in definities of uitleg over onderwerpen, theorie of begrippen. Wanneer de respondent of informant in het interview bepaalde informatie belangrijk vindt om te bespreken, moet de onderzoeker hiervoor de ruimte geven in het interview. Deze houding zorgt er dan vaak voor dat de respondent of informant zich op zijn gemak voelt. (Boeije, 2014, pp. 79-81)

#### *Ethische verantwoording*

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van informed consent. (Baarda et al., 2013, p. 135) De onderzoeker ziet het als zijn plicht de respondenten en informanten die deelnemen aan het onderzoek goed te informeren over het doel van het onderzoek en het gebruik van verkregen informatie. De onderzoeker zal ook toelichten dat hij een neutrale positie heeft als onderzoeker. Dit om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen en de geïnterviewde op het gemak te stellen. Hij zal ook de respondenten en informanten mededelen waar het onderzoek voor wordt gebruikt, wat hij wilt

onderzoeken en waarvoor het onderzoek dient. Dit doet hij middels een gesprek vooraf aan het interview. Als laatste zal er vooraf aan het interview een overeenkomst worden getekend door alle partijen, zodat de privacy van de respondenten en informanten zal worden gewaarborgd, en de verkregen informatie en gegevens na de onderzoeksperiode zullen worden vernietigd. In deze overeenkomst geeft de respondent of informant ook toestemming tot een audio-opname en het gebruik van de opgenomen informatie en gegevens. Deze overeenkomst is opgenomen in bijlage 1 van het onderzoeksverslag.

### **3.3 Meetinstrument**

#### *Betrouwbaarheid*

De betrouwbaarheid van het onderzoek, is de mate waarin onderzoeksresultaten niet ontstaan zijn vanuit toeval en dat het onderzoek vrij is van willekeurige fouten. Om die betrouwbaarheid te waarborgen, is de topiclijst van het halfgestructureerd interview gebaseerd op de theorie uit het theoretisch kader en de probleemanalyse. Wanneer de respondent of informant de vraag of de theorie niet begrijpt zal de onderzoeker de vraag of theorie uitleggen vanuit de definities van het literatuuronderzoek, om te voorkomen dat de respondent of informant zomaar wat invult, zonder te weten wat er met de vraag bedoeld werd. De interviews worden individueel afgenomen, zonder bijzijn van anderen. De onderzoeker is zich ervan bewust dat door middel van kwalitatief onderzoek het moeilijk is om aan de replicatie-eis te kunnen voldoen. De situatie van het kwalitatief onderzoek is namelijk elke keer anders, hierdoor kunnen de resultaten elke keer afwijken. (Baarda et al., 2013, pp. 73-75) Daarom probeert de onderzoeker de situatie zo goed mogelijk te creëren zodat vertekeningen in de resultaten worden voorkomen. Wanneer een respondent of de onderzoeker bijvoorbeeld een slecht humeur heeft, zal de onderzoeker het interview proberen te verplaatsen naar een andere dag of locatie. De interviews worden met een voice-recorder opgenomen en zullen letterlijk worden uitgeschreven. Deze transcripties zullen identiek zijn aan wat er op de opname gezegd wordt. Na de onderzoeksperiode zullen de opnames worden verwijderd. Hierdoor wordt de onderzoeker in staat gesteld, om tijdens de onderzoeksperiode de opnames nogmaals te beluisteren om foutieve onderzoeksresultaten te voorkomen. In een presentatie die de onderzoeker zal geven aan organisatie X, zullen de resultaten, conclusies en aanbevelingen voor de praktijk gepresenteerd worden en zal er om feedback gevraagd worden. Op deze manieren wil de onderzoeker de betrouwbaarheid van het onderzoek aan kunnen tonen. Hierdoor komt het de validiteit van het onderzoek ook ten goede.

#### *Interne validiteit*

De interne validiteit in dit onderzoek is moeilijk te waarborgen, omdat de onderzoeker niet weet of de respondenten en informanten de waarheid spreken. Zo kan het zijn dat professionals niet durven toe te geven dat ze bijvoorbeeld wel eens fout hebben gemaakt of bang zijn een mening te geven. Ze kunnen zich hiervoor bijvoorbeeld schamen en zich van hun beste kant laten. Aangezien de onderzoeker in de praktijk werkzaam is geweest bij deze organisatie, kan hij dit achteraf toetsen aan observaties uit het verleden. Kortom, bij de interne validiteit wordt gekeken of de verzamelde onderzoeksgegevens overeenkomen met de praktijk. (Baarda et al., 2013, p.75) Door zowel

professionals als cliënten te interviewen over de onderwerpen en hen te vragen naar hun eigen mening en gevoelens, ontstaan er twee perspectieven die gericht zijn op praktijkervaringen, die weer kunnen worden getoetst aan de theoretische inzichten. Echter omdat de onderzoeker maar vier maanden de tijd heeft gehad om onderzoek te doen, en de onderzoekseenheid klein is, is het moeilijk om harde conclusies te trekken. Er zijn namelijk acht interviews afgenomen van de tien die er op de planning stonden. Er hebben zich echter twee professionals afgemeld op het laatste moment. De interviews die afgenomen zijn hebben elk een verschillende duur variërend van één uur tot anderhalf uur. In de signalering en het vooronderzoek is gebruik gemaakt van gesprekken met cliënten, professionals en teamleiders om overeenstemming te kunnen toetsen. Tenslotte, voert de onderzoeker een informeel gesprek met de respondenten en informant alvorens het interview wordt afgenomen. Hiermee probeert de onderzoeker een open houding te creëren en het vertrouwen te winnen zodat de respondenten en informant meer vanuit hun eigen mening en gevoel durven te spreken. Dit kan uiteindelijk zorgen voor een grotere geldigheid. (Baarda et al., 2013, p. 76)

#### *Externe validiteit*

Externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van het onderzoek en de onderzoeksresultaten. In de probleemanalyse, maar ook in het theoretisch kader wordt gesproken over maatschappelijke problemen of cliënten en professionals in het algemeen, of uit eerder onderzoek. In hoeverre de onderzoeksresultaten ook zo algemeen kunnen zijn hangt af van de eisen die de onderzoeker stelt aan de onderzoekspopulatie. Aangezien de onderzoekseenheid niet erg groot is en de onderzoeker de vijf geïnterviewde cliënten niet kan beschouwen als alle cliënten in de gehele samenleving, zullen de resultaten heel specifiek worden gehouden. Het onderzoek richt zich dan alleen op professionals werkzaam bij organisatie X en cliënten die al eens in contact zijn gekomen met professionals uit organisatie X. Doordat het onderzoek en de onderzoekseenheid gericht is op de organisatie en dit ook zo afgebakend is zullen de resultaten tevens betrouwbaarder zijn. (Baarda et al., 2013) De professionals en cliënten hebben zich aangemeld via een advertentie per e-mail of sociale media, waardoor zij zichzelf hebben geselecteerd aan de hand van criteria. Echter ontbreekt in dit onderzoek een diversiteit aan de populatie, zoals deze ook in de samenleving zou voorkomen. (Boeije, 2014, p. 66) De vrouwelijke informant en respondenten nemen de overhand in aanmeldingen op de advertentie. Van de acht geïnterviewden is er slechts één mannelijke deelnemer. De resultaten zullen dus niet generaliseerbaar zijn voor andere organisaties of voor alle cliënten. Hierdoor kunnen er ook diverse verschillen zijn in theorie en de praktijk.

#### **3.4. Data-analyse**

De informatie en gegevens uit de interviews zijn belangrijk voor de uitwerking van de resultaten van het onderzoek. Om een heldere analyse te maken van de onderzoeksgegevens maakt de onderzoeker gebruik van coderen. Coderen is het onderscheiden van diverse thema's of onderwerpen die in de interviews naar voren zijn gekomen. De code is een woord en begrip wat aan een deel informatie toegeschreven kan worden. In bijlage 4 van het onderzoeksverslag is een codeboek opgenomen, waarin de codes zijn vermeld die gebruikt zijn voor het onderzoek. Er zijn 3 verschillende

manieren van coderen die de onderzoeker doorloopt tijdens de analyse. Allereerst gaat de onderzoeker open coderen. Daarna zal hij gebruik maken van axiaal coderen en tenslotte selectief coderen. (Boeije, 2014, pp. 111-148)

#### *Open coderen*

De onderzoeker start met open codering zodra de eerste data is verzameld. Hiervoor leest hij alle verzamelde gegevens en deelt hij deze gegevens op in fragmenten. Alle fragmenten worden daarna met elkaar vergeleken en aan ieder fragment wordt een code toegekend. Het resultaat van open codering is een lijst met allemaal codes, dat ook wel een codeboom wordt genoemd. (Boeije, 2014, p. 112) Deze codeboom is toegevoegd als bijlage 4 van dit onderzoeksverslag. De onderzoeker maakt een codeboom die voor alle acht de interviews geldt. Er zullen dus geen aparte codebomen ontstaan die per interview verschillend zijn. De onderzoeker ontwerpt de codes aan de hand van de begrippen en woorden die de respondenten of informanten benoemd hebben en met behulp van de topiclijst. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om de codes aan de kantlijn van de transcripties te zetten. Het is mogelijk dat meerdere fragmenten dezelfde code hebben, dit komt omdat diverse onderwerpen nog eens aan bod komen in het interview. (Boeije, 2014, pp. 112-124)

#### *Axiaal coderen*

Na het open coderen maakt de onderzoeker gebruik van axiaal coderen. Hierbij worden codes opgedeeld in categorieën die belangrijk zijn voor het onderzoek. De codeboom verandert door het axiaal coderen, omdat codes worden samengevoegd, opgesplitst en worden hernoemd. Daarnaast ontstaan er hoofdcodes en worden fragmenten en codes vergeleken met de theorie die bekend is uit het vooronderzoek. Hierdoor worden er afwegingen gemaakt over het belang van de codes voor het onderzoek. Het doel van axiaal coderen is het geven van een omschrijving, het afbakenen en het vaststellen van relevante categorieën voor het onderzoek. Axiaal coderen vormt een brug tussen open coderen en selectief coderen. (Boeije, 2014, pp. 124-133)

#### *Selectief coderen*

Tenslotte maakt de onderzoeker gebruik van selectief coderen. Hierbij bepaalt hij welke categorieën belangrijk zijn voor het beantwoorden van de vraagstellingen uit het onderzoek. Daarnaast zullen begrippen met elkaar vergeleken worden en wordt er gekeken of er een duidelijke samenhang of uitzonderingen aanwezig zijn. Dat laatste is belangrijk voor de betrouwbaarheid en kritische kanttekening voor het onderzoek. Uitzonderingen zijn namelijk erg belangrijk en waardevol. Selectief coderen is de eindfase van de data-analyse. Er worden conclusies getrokken vanuit de codes en relevante literatuur in relatie tot de onderzoeksvragen. Wanneer de fase afgerond is kunnen de resultaten beschreven worden en kunnen er antwoorden gegeven worden op de vraagstellingen. (Boeije, 2014, pp. 133-137)

De onderzoeker heeft uitsluitend bruikbare codes opgenomen in het codeboek. Zo zal persoonlijke informatie, een uitgebreide uitleg over het ziektebeeld of algemene informatie van een casus bij professionals niet meegenomen zijn. Het zegt namelijk niets over de kern van het handelen, het

probleem, de oplossing, de gedachte, het gevoel etc. De achterliggende informatie of gedachte is belangrijk. Daarnaast onderzoekt de onderzoeker of de gegevens wel relevant zijn voor het beantwoorden van de hoofdvraag en deelvragen. Wanneer er nieuwe inzichten naar voren komen zal de onderzoeker deze ook meenemen in de analyse, omdat dit juist waardevolle informatie kan zijn.

#### **4. Resultaten**

In dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeker de resultaten die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews. Door gebruik te maken van de topiclijst, transcripties en de codeboom kunnen de resultaten op een betrouwbare en heldere wijze beschreven worden in dit hoofdstuk. De resultaten worden in sterke mate in verband gebracht met citaten uit de interviews, onderdelen uit het theoretisch kader en uit de probleemanalyse. Wanneer resultaten niet overeenkomen met wat er in de theorie gesteld is, zal de onderzoeker ook de uitzonderingen beschrijven om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

##### *De feitelijke steekproef*

Zoals eerder benoemd in het onderzoek is er gebruik gemaakt van 2 verschillende benamingen voor de respondenten. Er zijn vijf respondenten en drie informanten die deel hebben genomen aan het onderzoek. De vijf respondenten zijn cliënten van organisatie X met een psychische aandoening die zorg hebben vermeden of nog steeds zorg vermijden. Daarnaast zijn zij minimaal 1 keer slachtoffer geworden van een misdrijf, omdat zij anders ook nooit cliënt geweest kunnen zijn van organisatie X. De cliënten hebben zich door middel van zelfselectie met specifieke eisen aangemeld. De drie informanten zijn professionals werkzaam bij organisatie X, die veel ervaring hebben met het werken met de doelgroep. Ook zij hebben zich via zelfselectie aangemeld.

#### **4.1. Wat zijn de redenen van cliënten uit organisatie X om geen hulp te zoeken of te accepteren?**

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er erg veel verschillende redenen zijn waarom cliënten geen hulp zoeken of accepteren. In het stages of change model van Procheska en di Clemente, wordt er gesteld dat, wanneer iemand in de eerste fase van het model blijft hangen, men kan spreken van een zorgmijder. (Dam & Mulder, 2008) De eerste fase is de fase waarin cliënten geen motivatie hebben en ook niet beseffen dat ze hulp nodig hebben. Vier respondenten gaven aan dat zij langdurig geen motivatie en besef hadden om hulp te zoeken of te accepteren. Wanneer het besef er uiteindelijk is denken de respondenten dat de klachten vanzelf overgaan.

Marijke zegt: *“Ik denk over een weekje dan denk ik dan heb ik het wat rustiger en dan gaat het wel over denk ik dan, maar ja...niet dus.”* (Persoonlijke communicatie, 21 april 2017)

Ze hebben nog geen behoefte om hulp te zoeken of te accepteren. Het model weergeeft het proces tot verandering, zodat hulpverleners kunnen aansluiten bij de fase waarin de cliënt zich bevindt. We stuiten echter op het volgende probleem wat de respondenten aandragen en wat eerder in de

probleemanalyse van het onderzoek al duidelijk werd. 5 respondenten vertelden dat de intrinsieke motivatie belangrijk is, en daarnaast geven zij ook aan dat bij het accepteren van hulp, de eigen keuze belangrijk is. Bemoediging van buitenaf wordt namelijk niet op prijs gesteld volgens hen.

Annabelle zegt: *“...dat moest allemaal uit mezelf komen en dat heeft 24 jaar geduurd voordat dat uit mezelf kwam. Want het is ook echt zo...iemand die echt hulp wilt moet dat zelf willen. Als iemand geen hulp wilt, dan lukt dat niet.”* (Persoonlijke communicatie, 28 april 2017)

Er zijn ook redenen naar voren gekomen dat cliënten een bewuste keuze maken om geen hulp te zoeken en te accepteren. Zo geven 5 respondenten en 2 informanten aan dat cliënten vaker geen hulp meer willen door de negatieve ervaringen met hulp uit het verleden. Een van de informanten geeft aan dat zij juist een cliënt heeft gehad die door goede ervaringen uit het verleden, geen hulp meer accepteert in het heden. Het is voor hem moeilijk om de verbondenheid van vroeger weer te vinden bij een nieuwe hulpverlener.

Angelique zegt: *“...cliënt had in een instantie een hele positieve ervaring en dan was het met name een psychiater die werkt binnen een instantie waar hij verbondenheid mee voelde, daarna heeft hij dat nooit meer ergens kunnen vinden.”* (Persoonlijke communicatie, 24 april 2017)

Niet alleen in de “Self Determination Theory” van Ryan en Deci wordt gesteld dat de basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de mens, ook in de interviews wordt gesproken over het feit, dat bijvoorbeeld de basisbehoefte verbondenheid belangrijk is voor cliënten. Naast zo'n basisbehoefte is ook de klik die de cliënt heeft met een hulpverlener erg belangrijk. 4 respondenten vinden de klik namelijk een voorwaarde om hulp te accepteren. De houding van de hulpverlener en het gevoel dat de cliënt bij een hulpverlener heeft, zijn belangrijke factoren die bij de respondenten zorgt voor een klik.

De negatieve ervaringen uit het verleden met professionals of instanties is volgens de respondenten een drempel voor hulp in de toekomst. Zo werd er in de theorie gesproken over cliënten die een hekel hebben aan de bureaucratische houding van professionals en de ‘standaard’ hulpverlener. (Doorn, 2004) Zo geven respondenten aan dat ze niet gehoord worden door de hulpverlener. Daarnaast zeggen ze dat de hulpverlener een lijstje afwerkt en alleen maar bezig is met de hulpverlener uit te hangen. Een van de respondenten vertelde zelfs dat een hulpverlener haar dwong om acties te ondernemen en hij erg opdringerig was. Daarnaast zou hij instanties hebben ingeschakeld zonder haar toestemming. De respondent gaf aan dat de hulpverlener daarmee niet aansluit op de behoefte en ze ook niet wist wat hij ging doen.

Jacqueline zegt: *“...hij ging op een gegeven moment heel vaak bellen en dwingen wat ik allemaal moest doen en zus en zo en bleef doordrammen en gemeente aanbellen en ja... dat ik eigenlijk blij was om mijn hulpverlener te zeggen ik wil dat allemaal niet [...] dingen afdwingen voor mijn zoon, op*



*eigen houtje doen, terwijl je nog niet ja of nee hebt gezegd, dat je helemaal niet weet wat iemand gaat doen...” (Persoonlijke communicatie, 29 april 2017)*

Een andere reden volgens de respondenten en informanten waarom cliënten zorg vermijden is omdat ze er vaak alleen voor staan en geen steun uit de omgeving hebben, maar ook omdat het confronterend is om je bloot te geven en je een stempeltje hebt.

*Annabelle zegt: “...Dan moet je jezelf gaan spiegelen en dan moet je jezelf gaan confronteren he. Dat is gewoon heel moeilijk. Je wilt gewoon zijn zoals iedereen en je wilt geen stempeltje hebben [...] Ik denk dat dat ook wel het moeilijkste voor me was om daar ook gewoon mee te dealen en dat te accepteren en ik denk ook wel dat nu ik dat heb, dat dat ook heeft gespeeld waarom ik ook zolang heb gewacht om hulp te zoeken...” (Persoonlijke communicatie, 28 april 2017)*

In de probleemanalyse van het onderzoek werd volgens de theorie omschreven dat kosten en de wachtlijsten redenen zijn om zorg te mijden. (Oosterom & Kreulen, 2017) Uit het onderzoek onder de respondenten en informanten wordt er ook iets gezegd over kosten en wachtlijsten die een drempel of reden zouden zijn om zorg te mijden. 1 respondent en 1 informant geven aan dat de wachtlijsten ervoor zorgen dat cliënten niet geholpen worden op het moment dat het nodig is. Daarnaast is er 1 respondent die aangeeft dat de kosten ervoor kunnen zorgen dat zij geen hulp zou accepteren.

*Marjon zegt: “Ja, op het moment dat ik echt een eigen bijdrage moest betalen...dat ik heb, heb ik wel bij een psycholoog gehad, dat was maar 10 euro maar je begrijpt zelf ook wel als je in de bijstand zit en je moet 4 keer naar een psycholoog en dat kost maar 10 euro...Op dat moment beseft je gewoon niet dat die 10 euro voor je gezondheid is en toen had ik gewoon zoiets van dat kan ik niet betalen dus laat maar. Op dat moment vind je dat jezelf ook niet waard.” (Persoonlijke communicatie, 20 april 2017)*

Respondent Jacqueline geeft aan dat er een tussenstation moet zijn tussen de huisarts en de laagdrempelige hulpverlening in de 0<sup>e</sup> lijn. Zo kunnen cliënten ondersteuning krijgen in de tussentijd wanneer ze op de hulp moeten wachten. Daarnaast kan deze hulpverlener monitoren hoe het gaat met de cliënt in de tussentijd.

#### **4.2 Wat hebben cliënten uit organisatie X nodig om zorgmijding te voorkomen?**

Ryan en Deci hebben de “Self Determination Theory” ontwikkeld waarin zij zeggen dat de basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie in balans moeten zijn voor een optimale ontwikkeling. Hiervoor is ook een eigen wil en motivatie belangrijk. De extrinsieke motivatie kan namelijk de intrinsieke motivatie van de mens beschadigen. (Veen & Goijarts, 2012) Uit het onderzoek onder de respondenten komt de behoefte aan autonomie vaak naar voren en ook het feit dat de respondenten niet graag extrinsiek gemotiveerd worden.

Angela zegt hierover het volgende: *“Als ik zelf het gevoel heb van nou heb ik het nodig, dan zou ik gaan maar anders niet, niet omdat iemand mij dat zegt”* (Persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

Zoals eerder in dit hoofdstuk omschreven heeft bemoeien of extrinsiek motiveren geen enkele zin volgens de respondenten. Het overtuigen en zorgen voor eigen motivatie is daarentegen volgens de respondenten iets wat ze nodig hebben. 3 informanten vertellen in het onderzoek dat zij denken dat er een balans aanwezig moet zijn tussen de basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie, zodat de cliënt er weer bovenop komt.

Angelique zegt hierover het volgende: *“Bij zorgmijders is er toch minder balans. Want ze kunnen zich niet zelf de dingen regelen of voor zichzelf instaan, want anders hebben ze ook de kracht genoeg... kijk als dat allemaal in balans is dan sta je ook wat stabiel...”* (Persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

In de theorie over het “stages of changes-model” wordt er gesproken over de twee fases waarin zorgmijders meestal blijven hangen en geen hulp hebben. In de eerste fase is er geen bewustwording, acceptatie en besef van het probleem, daarnaast is er ook nog geen motivatie aanwezig. Druk of motivatie vanuit de omgeving werkt averechts en cliënten moeten eerst naar fase 2 komen alvorens over te kunnen gaan tot actie. Wanneer ze uiteindelijk in fase 2 terecht zijn gekomen, komen de cliënten alleen nog niet tot actie. De overige factoren zijn dan wel aanwezig. (Dam & Mulder, 2008) Uit het onderzoek onder de respondenten blijkt dat dit model in de praktijk bij de meeste respondenten zo werkt. Zo geven 4 van de 5 respondenten aan dat op het moment dat er nog geen hulp aanwezig was, de respondenten ook nog geen besef hadden, zich niet bewust waren van de problemen en er nog geen acceptatie was. 1 respondent geeft echter aan dat ze wel al het besef had, alleen niet wist dat je ervoor hulp moest gaan zoeken.

Angela zegt: *“Ik denk als ik niet voor andere klachten zoals altijd moe zijn of pijn die ik had uiteindelijk door fibromyalgie denk ik dat ik nu nog niet naar een arts was geweest. Want tenminste bij mij is het zo geweest dat je op een gegeven moment alles normaal gaat vinden. Je gaat eigenlijk niet beseffen er is echt iets mis...”* (Persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

Angela is nog niet tot de actie overgegaan en heeft volgens haar zelf veel moed en vertrouwen nodig om nogmaals tot die actie over te gaan. Daarnaast moet iemand ergens de vinger op kunnen leggen voordat ze voor de klachten hulp gaat zoeken. Respondenten geven aan dat wanneer ze vaker contact hebben met een hulpverlener, er ook een band opgebouwd kan worden. Die band is belangrijk omdat eerdere negatieve ervaringen, het vertrouwen in de hulpverlening heeft geschaad. (Doorn, 2004) Respondenten geven aan dat ze dat vertrouwen weer terug moeten krijgen voordat de hulp slagend kan zijn. De informanten geven zelfs aan dat cliënten vaak niet gehoord worden, of dat

cliënten de opstelling en houding van hulpverleners slecht vinden.

Marjon zegt: *“...als ik echt het geluk had gehad als ik iemand tegenover me had zitten die mij oprecht het gevoel gaf te willen luisteren en mij te willen helpen, dan had ik misschien wel andere keuzes gemaakt...”* (Persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

In de vorige paragraaf blijkt dat extrinsieke motivatie of druk uitoefenen niets helpt. Bovenstaande respondent geeft ook in het onderzoek aan dat zij juist dwang en duidelijke grenzen nodig had om bij de hulpverlening terecht te komen. Andere respondenten geven aan dat dit niet werkt, mits ze een gevaar voor zichzelf zijn en het echt helemaal verkeerd dreigt te gaan. De informanten geven in het onderzoek aan dat wanneer ze net als andere hulpverleners duidelijke eisen of grenzen gaan stellen, het averechts werkt omdat de positieve invloed van organisatie X dan verloren gaat.

Harry zegt hierover het volgende: *“...Op het moment dat wij als ook een professionele houding hebben en bepaalde eisen aan de cliënt moeten stellen dan denk ik dat je precies op hetzelfde uitkomt. Dat is namelijk het probleem bij die mensen...”* (Persoonlijke communicatie, 1 mei 2017)

Aansluiten bij de belevingswereld en de hulpvraag van de cliënt is nog een ander belangrijk punt om cliënten de juiste hulp te kunnen bieden. Wanneer het aansluiten ontbreekt ontstaat er weerstand en zien cliënten af van de hulp. (Doorn, 2004) Niet alleen aansluiten bij de behoeften van de cliënt, maar ook rekening houden met de aandoening is volgens 1 van de respondenten belangrijk. Begrip en steun zijn daarnaast belangrijke begrippen voor de respondenten.

Annabelle zegt hierover het volgende: *“...ik vind wel dat hulpverleners zich niet zo snel aangevallen moeten voelen want ik vind wel, je weet waar je mee te maken hebt en bijvoorbeeld als ik zo reageer dan had ik wel zoiets van ja je weet toch dat ik op dit moment dat ik in mijn pannetje 4 zit en dan had ik zoiets van ja...uhm...[...] een ander voorbeeld dat ik kan noemen... ik heb toen aangegeven dat ik traumatherapie wou hebben om bepaalde dingen af te sluiten en er werd gewoon op een gegeven moment gezegd van dat gaan we niet met jou doen.”* (Persoonlijke communicatie, 28 april 2017)

Signaleren en benoemen van klachten is voor cliënten erg belangrijk om bewust te worden van een verandering in gedrag of de situatie. Doordat veel cliënten te veel bezig zijn met stigmatisering en uitsluiting en hierdoor steeds vaker geïsoleerd raken, is tijdig signaleren belangrijk. (Weeghel et al., 2016, p.273-286) Respondent Marjon geeft zelfs aan dat wanneer een professional uit organisatie X, beter had gesignaleerd of door had gevraagd, een verergering van klachten voorkomen had kunnen worden.

*“Ik wilde wel, maar ik durfde gewoon niet omdat het werd gewoon geaccepteerd toen ik telefoon kreeg dat ik nee zei, was het daar ook meteen mee klaar eigenlijk. Er werd niet gekeken naar wat mijn werkelijke behoefte was, er werd niet doorheen geprikt...[...]...Terwijl ze ook verdomd goed wisten of weten dat zo'n situatie impact kan hebben.”* (Marjon, persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

Ook hieruit blijkt dat aansluiten op de werkelijke behoefte belangrijk is voor het vervolg. Tenslotte geven Marijke, Annabelle, Jacqueline en Marjon aan dat het sociale netwerk erg belangrijk is als steunbron. Ze hebben namelijk alle 4 niet voldoende steun gehad uit het netwerk waardoor ze hulp zijn gaan zoeken, terwijl het netwerk wel zag dat er wat aan de hand was met hun familielid.

#### **4.3. Wat gebeurt er als cliënten uit organisatie X niet op tijd geholpen worden?**

Wanneer cliënten niet op tijd geholpen worden ontstaan er problemen als stigmatisering, uitsluiting en isolatie. Hierdoor worden de cliënten nog slechter bereikt en verdwijnen ze uit beeld. De doelgroep wordt dan ook steeds vaker slachtoffer van misdrijven omdat ze extra kwetsbaar zijn. Er ontstaat een toename van slachtofferschap. (Weeghel et al., 2016, pp. 273-286) Naast deze gevolgen verwaarlozen cliënten zichzelf of diens leefomgeving. De mensen raken dan in een negatieve spiraal met alle gevolgen van dien. (Kenniscentrum Phrenos, z.d.) Daarnaast kunnen frustraties over de lange wachtlijsten zorgen voor een lijdensweg waardoor er suïcidale gedachten kunnen ontstaan. (Beurden, 2017) Uit het onderzoek onder de respondenten en informanten blijkt dat er heel veel gevolgen zijn wanneer cliënten thuis zonder hulp blijven zitten. Allereerst geven 4 respondenten en 3 informanten aan dat cliënten zich gaan isoleren. Zoals hierboven beschreven, raken mensen hierdoor in een negatieve spiraal en is het daarna nog moeilijker om ze in een hulpverleningstraject te krijgen. Een manier van coping, omgaan met stressklachten verandert uiteindelijk in een ongezonde levensstijl zoals Annabelle.

*“Ik was op dat moment heel erg aan de drank, ik blowde en ik zorgde heel erg slecht voor mezelf.”* (Annabelle, Persoonlijke communicatie, 28 april 2017)

Wanneer iemand geen of niet de juiste hulp krijgt die hij nodig heeft, ontstaan er nog andere klachten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Zo vertelde Jacqueline dat zij zelfmoord wilde plegen met haar kinderen, omdat ze geen uitweg meer zag en zo haar kinderen niet alleen achter zou laten.

*“De eerste keer met 28 jaar [...] De behandelingen daar zat ik niet op de juiste plaats, daar ben ik ook echt na een paar maanden gestopt tot...mijn 38<sup>e</sup> en ik eigenlijk zelfmoord wilde plegen met mijn kinderen erbij dat was ik toen aan het plannen...”* (Jacqueline, Persoonlijke communicatie, 29 april 2017)

Suïcidale gevolgen worden in de voorgaande literatuur niet specifiek benoemd, terwijl de respondenten duidelijk aangeven dat dit gevolgen kunnen zijn. Niet alleen Annabelle en Jacqueline

spreken namelijk over zelfmoord. Ook Marjon geeft aan suïcidale plannen te hebben gehad, toen ze helemaal aan de grond zat. Maar ook professional Marloes, vertelde dat een ggz-instelling een cliënt in crisis afwees vanwege een wachtlijst van 3 weken. De cliënt was echter op dat moment een gevaar voor zichzelf.

Bij 3 respondenten kwamen lichamelijke klachten tot uiting waardoor ze naar de huisarts moesten. De lichamelijke klachten waren een gevolg van een psychische aandoening. Dit is een keerpunt geweest voor de respondenten, maar ook tevens een gevolg van een al langer durende psychische aandoening. Angela is een van deze respondenten.

*“...ik ben naar de huisarts gegaan met heel veel klachten en pijn...hartklachten en... en ja daaruit is eigenlijk. Ik weet eigenlijk niet meer hoe het gegaan is. In ieder geval daardoor kwam ik ineens bij een psycholoog terecht.”* (Angela, persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

Tenslotte is een belangrijk gevolg het vastlopen van de cliënt. Door het vastlopen hebben of krijgen cliënten zoveel problemen waar ze zelf niet meer uit kunnen komen. De respondenten geven tevens aan dat er dan ook geen motivatie meer is.

*“Op een gegeven moment zit je zo lang thuis en je wordt nergens geloofd en je hebt gewoon zoiets van het zal allemaal wel. Ik vond het wel prima dat je mij alleen thuis liet zitten en geen contact met de buitenwereld...Nee ik had helemaal geen motivatie en het kwam niet eens in me op om erover na te denken.”* (Marjon, persoonlijke communicatie, 20 april 2017)

#### **4.4. Hoe begeleiden professionals van organisatie X de cliënten uit organisatie X op dit moment naar gespecialiseerde hulpverlening?**

De GGZ West Noord-Brabant is enkele jaren geleden begonnen met het ontwikkelen van een methodiek, om zorgmijders met problemen op diverse leefgebieden te begeleiden of te helpen door het bieden van de juiste hulp en ondersteuning. De cliënten worden via de politie, woningbouwvereniging en andere ketenpartners aangemeld bij het ACT-team, dat staat voor Assertive Community Treatment. Deze teams werken volgens een actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt. Daarnaast werken ze multidisciplinair samen. (Libbrecht & Gijzen, pp. 27-38, 2008) Volgens de beleidsdocumenten van organisatie X werken de professionals daar ook volgens een actieve benadering. Het enige verschil is dat professionals bij organisatie X de cliënt bellen en ACT-teams vaker direct achter de voordeur proberen te komen. Die actieve benadering zou er volgens professionals van organisatie X voor kunnen zorgen dat cliënten de hulp van organisatie X sneller accepteren. Het zou de eerste drempel tot hulp wegnemen.

*“Maar, ik denk ook wel dat het sneller is als de actieve benadering dat die eerste instap wat sneller gaat.”* (Angelique, persoonlijke communicatie, 24 April 2017)

Naast de actieve benadering vertellen de informanten, dat ook de laagdrempelige manier van binnenkomen en open houding ervoor zorgt dat cliënten de hulp van organisatie X sneller accepteren. *“Ik denk dat het de opstelling van ons is. Je gaat in de zaak gewoon open naar de cliënt toe van: nu ga ik je helpen en dan kunnen ze zeggen van ja goh dat zou ik kunnen proberen, dat juist niet. Het is onze openstelling, onze opstelling.”* (Harry, persoonlijke communicatie, 1 mei 2017)

De meningen over hoe professionals bij organisatie X, de cliënten voldoende en prettig begeleiden is wisselend. Naast de opstelling en actieve benadering, geven cliënten wisselende reacties. In een situatie, zoals in een eerdere paragraaf omschreven vraagt de professional aan de telefoon niet door, waardoor de cliënt niet geholpen wordt. In weer een andere situatie is de professional te opdringerig geweest. Professional Marloes en Angelique geven aan hoe het zou kunnen komen, waardoor niet elke professional de juiste aanpak heeft.

*“Ik denk dat daar voor sommige mensen het referentiekader niet naar is. Die hebben nog nooit zoiets meegemaakt of die weten niet wat het inhoudt en dan wordt het heel moeilijk.”* (Marloes, persoonlijke communicatie, 21 april 2017)

*“En of dat voor iedereen weggelegd is weet ik niet...[...] Of iedereen in de organisatie dat moet kunnen of dat je daar ook specialisten voor moet hebben.”* (Angelique, persoonlijke communicatie, 24 april 2017)

Marloes geeft aan dat de teamleider meestal een inschatting maakt welke cliënten aan welke professional worden gekoppeld. Dat zorgt er vaak al voor dat cliënten op een juiste manier geholpen kunnen worden. Om zorgmijding te voorkomen en cliënten op de juiste manier te begeleiden naar de hulpverlening is meegaan met de cliënt soms geen overbodige luxe. De 3 informanten die werkzaam zijn bij organisatie X, geven aan vaker mee te gaan naar hulpverleners zoals de huisarts of de psycholoog. Dit doen ze om zeker te weten of de cliënt de juiste hulp krijgt en of hij wel daadwerkelijk daar terecht komt. Respondent Jacqueline geeft in het onderzoek aan dat veel cliënten niet zullen gaan wanneer ze alleen verwezen worden. Zelfs als de verwijzing via de huisarts loopt.

*“Loop mee tot aan het project totdat de cliënt daadwerkelijk in behandeling is...[...]...als nu iemand ermee naar de huisarts gaat en hij wordt daarna op de stoep gezet met een briefje voor de verwijskaart bij de ggz-instelling...die gaat niet. Ik denk dat 90% nog niet gaat.”* (Jacqueline, persoonlijke communicatie, 29 april 2017)

Twee van de drie informanten geeft aan dat de meeste professionals van organisatie X die moeite niet zouden doen. Daarnaast werken deze informanten ook wat vaker buiten de grenzen van de organisatie als de cliënt daarmee op een juiste manier geholpen kan worden. Alle 3 de informanten

geven aan dat ze steeds vaker tegen het probleem aanlopen dat ketenpartners niet of onvoldoende willen samenwerken met professionals uit organisatie X. Een van de informanten geeft zelfs aan, niet serieus genomen te worden door ketenpartners. Soms is de samenwerking goed, maar soms ook heel slecht. Volgens de eerder beschreven theorie zou multidisciplinaire samenwerking juist belangrijk zijn om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen helpen. (Lohuis, Schilperoort, & Schout, 2008, pp. 9-26) Een informant geeft aan dat dit op beleidsniveau door de teamleider opgepakt moet worden, zodat ze meer kansen en mogelijkheden hebben bij het verwijzen en ondersteunen van de cliënt. Een andere reden kan zijn dat de hulpvragen van cliënten kunnen vaak complex van aard zijn waardoor professionals niet weten hoe ze de cliënt kunnen helpen. (Doorn, 2004) Alle informanten en 4 respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat professionals kennis hebben over psychische aandoeningen en dat professionals meer handvatten moeten krijgen om begripvol met situaties om te kunnen gaan, maar ook het gedrag kunnen herkennen en begrijpen. Tenslotte is het voor hen allen belangrijk dat professionals klachten kunnen signaleren en herkennen. Die kennis ontbreekt nu nog, waardoor de professionals van organisatie X, vaak niet weten wat ze moeten doen met de cliënten die hulp weigeren. Die belemmeringen moeten volgens de theorie van Rogers bekeken worden door de ogen van de cliënt. Door aan te sluiten en door dezelfde bril te kijken als die van de cliënt, leer je de belemmeringen in het proces naar zelfactualisatie ook beter begrijpen. (Nevid, Rathus, & Green, 2012, pp. 45-47) Tenslotte vinden cliënten het erg prettig wanneer professionals de wegen kennen naar de juiste hulp en wanneer zij drempelloos tijd hebben voor de cliënt om een luisterend oor te bieden. Andere professionals en instanties hebben namelijk te weinig tijd om kwetsbare cliënten te activeren. (Sweers, 2015)

*“Blijkbaar is dat drempelloos tijd hebben voor iemand voldoende soms.” (Marloes, persoonlijke communicatie, 21 april 2017)*

Daarnaast is aansluiten, sturen, een vertrouwensband creëren, een klik maken, de open en persoonlijke houding, maar ook ondersteuning met behoud van autonomie iets waar cliënten behoefte aan hebben en wat de informanten uit het onderzoek toepassen in het dagelijks werk bij organisatie X. Ze doen dit door een manier van oplossingsgericht werken. Als de cliënt ergens niet in slaagt, waarom lukte het dan niet? Wat heeft hij nodig om het wel te laten lukken? Dit is de insteek van de 2 informanten, werkzaam bij organisatie X. Alle 3 de informanten geven aan dat je soms zelfs de regie van de cliënt over moet nemen of het handje vast moet houden. Dit kan zijn wanneer de cliënt niet in staat is om zelfstandig dingen te regelen, vooral niet als er sprake is van een crisis en wanneer je de huisarts moet inschakelen.

*“...ja..als dat even kan zal ik dat wel proberen te doen in overleg met de cliënt met toestemming. Dreigt het echt helemaal mis te lopen, zal ik zelf inschakelen van kom maar eens even op huisbezoek.” (Angelique, persoonlijke communicatie, 24 april 2017)*

## **5. Conclusies en aanbevelingen**

Naar aanleiding van de resultaten die in vorig hoofdstuk beschreven zijn zullen er in dit hoofdstuk conclusies worden getrokken en zullen er aanbevelingen worden gedaan voor het onderzoek. De conclusie die in dit hoofdstuk getrokken wordt, geeft antwoord op de onderzoeksvraag. Voordat deze vraag beantwoord kan worden, geeft de onderzoeker in dit hoofdstuk allereerst nog een beknopte samenvatting van de antwoorden op de deelvragen.

### **5.1. Conclusies deelvragen en hoofdvraag**

Door de veranderende zorgstructuur van de geestelijke gezondheidszorg wonen mensen met een psychische aandoening steeds vaker in de wijk. Door een daling van het aantal bedden in de ggz-instellingen, worden mensen met een psychische aandoening steeds vaker ambulante behandeld. Niet iedere cliënt krijgt de tijd en hulp die hij daadwerkelijk nodig heeft, of vaak hebben ze slechte ervaringen met de hulp uit het verleden. Daarnaast zijn mensen zich vaak ook niet bewust van psychische problemen en hebben ze geen sterk sociaal netwerk of grijpt het netwerk niet in. Het zijn allemaal drempels die ervoor zorgen dat cliënten, het moeilijker vinden om hulp te zoeken of te accepteren. Doordat de doelgroep in de samenleving woont, die overigens voor hen erg ingewikkeld kan zijn, is de doelgroep erg kwetsbaar en is er een risico om vaker slachtoffer te worden van misdrijven. Aangezien organisatie X, vaak met slachtoffers te maken krijgt is er volgens de theorie en volgens de informanten in het onderzoek, is er een groot risico dat het aantal slachtoffers met een psychische aandoening zal stijgen of dat de cliënten vaker terugkomen bij organisatie X, omdat ze vaker slachtoffer worden. Het is belangrijk dat professionals van organisatie X hierop voorbereid zijn en weten hoe ze de cliënten kunnen begeleiden naar de juiste hulp.

De eerste bevinding uit het onderzoek is dat de cliënten zorg mijden omdat er nog geen sprake is van acceptatie, bewustwording, besef en motivatie. De meeste respondenten gaan ervan uit dat de problemen vanzelf overgaan of dat ze het alleen kunnen oplossen. Intrinsieke motivatie en een eigen keuze is belangrijk, bemoeienis van buitenaf wordt niet op prijs gesteld door de respondenten. Ze zullen dus geen hulp gaan zoeken omdat de omgeving dat vindt of zegt. Anderen kunnen de cliënt wel intrinsiek motiveren door bijvoorbeeld steun, overtuigen, aansluiten, creëren van bewustwording etc. Nog een reden waarom cliënten geen hulp willen of hebben is, omdat ze negatieve ervaringen hebben met hulpverleners uit het verleden. De cliënt voelt zich niet gehoord, sluit niet aan, heeft geen begrip, heeft een bureaucratische houding of bemoeit zich te veel met de cliënt.

De tweede bevinding uit het onderzoek is dat cliënten voor zorgmijding te voorkomen behoefte hebben aan hulpverleners of mensen die hun kunnen overtuigen of intrinsiek kunnen motiveren.



Daarnaast is een balans in de psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid belangrijk. Hulpverleners of de omgeving moet ervoor zorgen dat deze behoeften bij de cliënt weer in balans gebracht worden. Daarnaast willen cliënten dat er een goede band is opgebouwd tussen de hulpverlener en de cliënt en is het aansluiten op de belevingswereld en de werkelijke behoefte van de cliënt erg belangrijk. Naast deze eigenschappen geeft een respondent aan dat een hulpverlener ook begrip moet hebben voor de situatie en rekening moet houden met de aandoening. Wanneer de cliënt in crisis verkeert of het steeds slechter gaat mag de hulpverlener de regie overnemen, soms moet dat zelfs om erger te voorkomen. Wanneer hulpverleners problemen of klachten beter kunnen signaleren en benoemen, zou dit volgens de meeste respondenten veel ellende kunnen voorkomen. Hierdoor worden cliënten zich bewuster van de situatie. Tenslotte geven respondenten aan dat steun uit het sociaal netwerk erg belangrijk was geweest. Deze steun hebben de meeste respondenten namelijk niet gehad en heeft ervoor gezorgd dat ze langer zonder hulp hebben gezeten.

Een derde bevinding uit het onderzoek is dat cliënten die zonder hulp blijven zitten, steeds dieper wegzakken en ook uit beeld verdwijnen. Er kunnen diverse problemen ontstaan op verschillende leefgebieden waardoor het motiveren tot hulp steeds moeilijker wordt. Daarnaast gaan cliënten problemen normaal vinden waardoor ze er ook niet alleen meer uit kunnen komen. Er ontstaat isolatie, uitsluiting, verwaarlozing en ze hebben zelfs suïcidale gedachten of plannen. Tenslotte kunnen de psychische aandoeningen ook zorgen voor lichamelijke klachten waardoor zowel lichaam als geest ernstig achteruit gaat. Tijdig ingrijpen is dus noodzakelijk.

De laatste bevinding uit het onderzoek is dat sommige professionals van organisatie X, zoals de informanten goede eigenschappen of vaardigheden hebben om de cliënt naar de juiste hulp te kunnen begeleiden. Toch geven de informanten aan dat niet iedereen het referentiekader heeft om met de doelgroep om te kunnen gaan. Daarnaast is er bij diverse professionals ook geen sprake van het aansluiten bij de autonomie, belevingswereld of de behoeften van de cliënt. Dit blijkt namelijk uit de slechte ervaringen van de respondenten. Daarnaast werken 2 informanten vaak oplossingsgericht en werken zij vaker buiten de grenzen van de organisatie om het beste voor de cliënt te bereiken. Alle informanten uit het onderzoek geven aan dat ze behoefte hebben aan meer kennis en handvatten via themadagen, specifieke en heftige trainingen etc. Professionals willen ook begripvol om kunnen gaan met situaties, maar de kennis hebben ze er nog niet voor. Daarnaast weten de informanten niet of iedereen geschikt is om met deze doelgroep te werken. De ondervraagde professionals, de informanten geven aan dat zij vaak al met een open houding en op een persoonlijke manier met de cliënt omgaan waardoor het aansluiten, sturen en de band opbouwen geen probleem voor hen is. Volgens een respondent moeten de professionals ook de juiste wegen kennen naar de hulp en moeten zij meegaan met de cliënt naar hulpverleners, omdat de cliënt anders toch niet start en weer zorg gaat mijden. Tenslotte is de samenwerking met ketenpartners slecht of nemen ketenpartners de professionals van organisatie X niet serieus.

*Wat hebben professionals bij organisatie X nodig om zorgmijders met een psychische aandoening te kunnen begeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening?*

De professionals van organisatie X geven aan dat ze behoefte hebben aan kennis en handvatten zodat ze meer begrip kunnen hebben voor cliënten met een psychische aandoening en ze deze doelgroep ook beter kunnen begeleiden naar de gespecialiseerde hulpverlening.

Cliënten hebben behoefte aan steun, vertrouwen, een persoonlijke benadering, laagdrempelige instap en willen vooral overtuigd en bewust gemaakt worden over hun klachten en wat voor gevolgen deze kunnen hebben. In de theorie wordt er gesproken over motiverende gespreksvoering, een gespreksmethode die ervoor zou kunnen zorgen om cliënten intrinsiek te kunnen motiveren tot het zoeken of accepteren van hulp. Dit is een veelgebruikte gespreksmethode, die door ACT-teams gebruikt wordt. Uit het onderzoek blijkt ook dat cliënten behoefte hebben aan professionals of een sociaal netwerk dat klachten en gedragsveranderingen kan signaleren. Uiteindelijk moeten ze ook de klachten benoemen en cliënten confronteren met de signalen of klachten die bij de aandoeningen horen. Op deze manier kunnen ze de doelgroep overtuigen om hulp te zoeken of te accepteren. Organisatie X maakt al geruime tijd gebruik van professionals die cliënten actief benaderen voor een hulpaanbod. Volgens professionals, cliënten en de theorie uit het boek "Outreachinge hulpverlening" blijkt dat er voor cliënten een drempel om hulp te zoeken wordt weggenomen. (Doorn, 2004) Toch blijkt uit een interview met een respondent, dat wanneer iemand hulp weigert van organisatie X, dit snel wordt geaccepteerd door de professional. Het is verstandig dat bij ernstige gebeurtenissen vaker contact is om toch iemand te kunnen monitoren. Hiervoor is het belangrijk dat ook professionals bewust gemaakt worden van de gevolgen van zorgmijding. Professionals hebben in de interviews aangegeven dat ze ook niet weten of iedereen met de doelgroep moet kunnen werken, hoe goed je dit kunt is volgens hen per professional en referentiekader verschillend. Tenslotte zijn er volgens professionals problemen in de samenwerking met ketenpartners. Uit de theorie blijkt dat multidisciplinaire samenwerking belangrijk is. Die samenwerking zou ervoor moeten zorgen dat cliënten goed geholpen kunnen worden. Voor deze samenwerking is het belangrijk dat organisatie X bekender raakt bij ketenpartners en dat professionals van organisatie X ook serieus worden genomen bij ketenpartners. Nu is dit helaas nog niet het geval. Volgens professionals moet organisatie X hier op beleidsmatig niveau iets doen.

## **5.2. Aanbevelingen**

Vanuit de conclusies die antwoord gegeven hebben op de deelvragen en de hoofdvraag, worden er in deze paragraaf aanbevelingen gedaan op organisatieniveau, omdat de hoofdvraag betrekking heeft op professionals van organisatie X en niet direct op de cliënt. In de probleemanalyse wordt gesteld dat organisatie X gebruik maakt van de actieve benadering zoals deze ook in het theoretisch kader en de resultaten is omschreven. Er wordt een drempel weggenomen zodat cliënten makkelijker hulp accepteren. Professionals bij organisatie X, bellen de cliënt en vragen hoe het gaat en of de cliënt hulp nodig heeft bij het herstel van een ingrijpende gebeurtenis. Op dat moment is er nog veel

onduidelijk over andere stressfactoren zoals een psychische aandoening. Professionals vinden het vaak moeilijk om de klachten te signaleren en kunnen vaak geen link leggen met een psychische aandoening. Doordat cliënten aangeven dat ze geen steun ervaren en slechte ervaringen hebben met hulpverleners is dat vaak genoeg voor professionals van organisatie X om te concluderen dat iemand een psychische aandoening heeft. Dit is natuurlijk erg zwart-wit. De professionals verwijzen iemand vaak 'koud' door of hebben geen contact meer met een cliënt, zoals dit ook bij respondent Marjon gebeurde. Er is dan niets meer bekend over hoe het met de cliënt over een tijd gaat en of de cliënt echt de hulp heeft gekregen die hij nodig heeft. Naast het feit dat de professionals actieve benadering beter door moeten vragen of bij ernstige gebeurtenissen gewoon iemand aan de cliënt kunnen koppelen kan zorgmijding worden voorkomen. Bij aandoeningen wordt er in de meeste gevallen iemand telefonisch doorverwezen, terwijl professionals van organisatie X, een verschil kunnen en willen maken. Verder blijkt uit de probleemanalyse en het theoretisch kader dat cliënten vaak blijven hangen in de eerste twee fases van het stages of change-model. Professionals van organisatie X, hebben naar eigen zeggen en ook naar aanleiding van de gesprekken met de teamleider, nog onvoldoende kennis over psychische aandoeningen en zorgmijders. Zij weten ook niet goed hoe ze de cliënten intrinsiek kunnen motiveren, want cliënten willen met behoud van zelfstandigheid en keuzevrijheid, overtuigd worden in de hulp die ze nodig hebben op dat moment. Het intrinsiek motiveren gaat op dit moment lastig en niet elke professional kan op een juiste manier omgaan met deze cliënten. Intrinsiek motiveren kan zoals veel ACT-teams dat al doen met behulp van motiverende gespreksvoering. De professionals gaven in de interviews aan dat ze behoefte hebben aan meer kennis, specifieke trainingen en themadagen gericht op de doelgroep zodat iedereen meer begrip heeft voor de cliënt in zijn situatie, maar ook zodat professionals kunnen aansluiten op de belevingswereld van de cliënt. Daarnaast kunnen trainingen ervoor zorgen dat professionals aandoeningen en klachten beter kunnen signaleren en benoemen en de cliënt beter kunnen leren begrijpen. Daarnaast is het volgens de cliënten en de professionals soms belangrijk dat je meegaat naar hulpverleners, zodat men zeker weet dat de cliënt is gestart met hulp. Daarna moet je de cliënt niet uit het oog verliezen maar moet je blijven monitoren of de hulp blijvend is en of de hulp kans van slagen heeft. Naast de vaak goede eigenschappen die de professionals van organisatie X al hebben is het ook belangrijk dat de teamleiders op beleidsniveau afspraken maken met ketenpartners over het doorverwijzen en de samenwerking. Organisatie X kan dan multidisciplinair gaan samenwerken met andere ketenpartners waardoor de cliënt beter geholpen kan worden. Dit is belangrijk want vanuit de interviews en theorie blijkt ook dat de cliënten beter geholpen kunnen worden door multidisciplinaire samenwerking. Naast de samenwerking is drempelloos tijd hebben en vaker contact hebben met deze cliënten belangrijk. Vaak zijn ze hier al mee geholpen. Wanneer cliënten op een wachtlijst staan of nog niet klaar zijn voor de hulp, kunnen professionals steeds vaker gaan fungeren als tussenstation of tussenoplossing. Respondent Jacqueline gaf aan dat dit tussenstation er moet zijn om cliënten ondersteunende gesprekken te bieden en de gezondheid te blijven monitoren. Dit is ook belangrijk op de momenten dat cliënten in een crisis verkeren. De ernstige gevolgen in die crisis kunnen worden voorkomen doordat er iemand is die kan steunen, sturen, signaleren en actie kan ondernemen.

Professionals kunnen dan namelijk de regie overnemen door de huisarts of crisisdienst in te schakelen.

## **6. Discussie**

In dit hoofdstuk wordt er kritisch gereflecteerd op de conclusies binnen het onderzoek, gekoppeld aan informatie uit de probleemanalyse. Daarnaast wordt er gekeken naar de praktische bruikbaarheid van het onderzoek en wat de zwakke en sterke punten van het onderzoek zijn. Op basis daarvan worden de resultaten op waarde geschat en wordt er gereflecteerd op de keuzes en uitvoering van het onderzoek.

### **6.1. Betekenis en bruikbaarheid**

De bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg werden in de probleemanalyse als een van de oorzaken van zorgmijding benoemd. Professionals hebben minder tijd omdat er minder geld beschikbaar is. De kosten van het eigen risico zijn hoger geworden en doordat cliënten meer voor de zorg zouden moeten betalen zou ook een drempel zijn voor cliënten. Uit dit onderzoek blijkt dat deze kosten voor het eigen risico niet vaak een rol spelen als drempel tot hulpverlening. Naast de financiële drempel zouden lange wachtlijsten, stigmatisering en uitsluiting ook nog redenen zijn om zorg te mijden. Uit dit onderzoek blijkt dat er weliswaar wachtlijsten zijn maar dat die niet altijd een drempel vormen. Stigmatisering en uitsluiting speelt wel een grotere rol. Volgens dit onderzoek is dit zelfs een drempel om hulp te zoeken. Wanneer cliënten een stempel krijgen is dat voor hun moeilijk te accepteren, voelen ze zich buitengesloten en wachten ze langer om hulp te gaan zoeken. Dit onderzoek heeft ook aangetoond dat tijd hebben voor de cliënt belangrijk is, iets dat uit de probleemanalyse ook al bleek, omdat er werd gesproken over het feit dat er erg weinig tijd was, omdat daar ook weinig geld voor is. Dit wordt wel tijdens dit onderzoek besproken maar niet als drempel tot de hulpverlening beschouwd. Uit de probleemanalyse blijkt ook dat professionals van organisatie X het vaak moeilijk vinden om een psychische aandoening te signaleren. Deze cliënten laten vaak weten dat ze geen steun hebben van professionals of instanties en geven aan dat ze niets doen aan de problemen waar de cliënt mee zit. Uit dit onderzoek blijkt dat diverse cliënten inderdaad geen steun krijgen van professionals en soms zelfs niet van professionals van organisatie X. De cliënt krijgt vaak ook niet de hulp die zij nodig heeft. Daarnaast blijkt uit de probleemanalyse dat professionals van organisatie X vaak koud doorverwijzen zonder te controleren of de cliënt uiteindelijk wel in aanraking komt met hulp. Uit dit onderzoek komt dat nergens naar voren. Dit kan komen doordat de onderzoekspopulatie erg klein is en medewerkers van de actieve benadering niet zijn geïnterviewd, die doen het vaakst koud doorverwijzen. In de probleemanalyse wordt er gesproken over een gebrek aan kennis en expertise over psychische aandoeningen en over hoe professionals van organisatie X, cliënten kunnen motiveren tot hulp. Uit dit onderzoek komt naar voren dat professionals van organisatie X, een behoefte hebben aan kennis en expertise over psychische aandoeningen en dat deze nu nog niet specifiek genoeg is ingericht op de zorgmijders. Tenslotte wordt door middel van dit onderzoek bevestigd dat sommige cliënten met een psychische aandoening vaker slachtoffer worden en ook vaker terecht komen bij organisatie X, dan bij andere organisaties of professionals. Dit komt

door de laagdrempeligheid en actieve benadering van organisatie X. Uit de probleemanalyse op microniveau blijkt dat cliënten vaak niet beseffen dat ze een 'probleem' hebben. Doordat zij zonder hulp zitten krijgen ze nog meer problemen op diverse leefgebieden of zakken ze nog verder weg. Suïcidale gedachten omdat ze niet gehoord worden en hierover gefrustreerd raken, zijn gevolgen die zowel uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen als de probleemanalyse. De cliënten hechten volgens de probleemanalyse en dit onderzoek veel waarde aan autonomie, het hebben van een eigen regie. Soms vinden cliënten dat deze regie uit handen genomen moet worden als ze een gevaar zijn voor zichzelf of de omgeving, of wanneer mensen zien dat het nog slechter gaat met ze. Niet aan kunnen sluiten op de behoeften of hulpvraag van de cliënt is een probleem waar cliënten mee lopen. Dit blijkt zowel uit de probleemanalyse als uit dit onderzoek. Tenslotte vinden cliënten, professionals vaak bemoeizuchtig en dat is iets waar cliënten niet op zitten te wachten blijkt uit dit onderzoek waarin cliënten stellig aangeven dat ze geen bemoeienis van anderen willen. De resultaten geven aan dat professionals van organisatie X meer behoefte hebben aan kennis en themadagen over zorgmijders met een psychische aandoening. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat professionals cliënten moeten overtuigen en bewust maken over hun klachten en de gevolgen daarvan. Door trainingen aan te bieden en gespreksmethodieken als motiverende gespreksvoering kunnen professionals van organisatie X beter uitgerust worden om zorgmijders te begeleiden naar de juiste hulp. Tenslotte is het erg belangrijk dat de multidisciplinaire samenwerking beter gaat verlopen en organisatie X vaker wordt betrokken bij een overleg en zij bekender bij ketenpartners zijn. Deze aanbeveling is bruikbaar voor ketenpartners van organisatie X, als organisatie X zelf zodat zij meer gaan investeren in die samenwerking. De trainingen die vanuit de academie van organisatie X gegeven kunnen worden, zullen betrekking hebben op slachtoffers met een psychische aandoening waardoor de resultaten van het onderzoek rondom trainingen en themadagen alleen bruikbaar zijn voor professionals van organisatie X en andere professionals die continu met slachtoffers werken zoals VeiligThuis. Wanneer andere organisaties of professionals niet dezelfde problemen ervaren zijn de resultaten niet bruikbaar, de trainingen kunnen nog altijd als opfriscursus worden beschouwd, ook voor andere organisaties.

## **6.2. Sterke punten en zwakke punten**

In dit hoofdstuk worden de sterke en de zwakke punten van het onderzoek beschreven. Allereerst zullen de sterke punten van het onderzoek aan bod komen, alvorens de zwakke punten worden omschreven.

### *Sterke punten*

De onderzoeker is in twee organisaties werkzaam geweest afgelopen jaar. In beide organisaties trof hij veel cliënten met een psychische aandoening aan die zorg mijden. Doordat hij de ernstige gevolgen zag van deze cliënten vond hij het belangrijk dat deze mensen de hulp kregen die ze nodig hadden. In organisatie X, ervaarde hij dat veel collega's niet wisten hoe ze deze cliënten konden begeleiden naar de juiste hulpverleningsinstantie. Daarnaast kwam dit elke keer ter sprake in de intervisiebijeenkomsten waardoor de onderzoeker het een noodzaak vond om te onderzoeken wat de

professionals nodig hebben om de cliënten naar de juiste hulp te begeleiden. Doordat de onderzoeker onderzoek heeft gedaan is hij bewuster geworden van de vele drempels en complexe problemen die cliënten hebben om geen hulp te zoeken. Daarnaast hebben sommige aangrijpende interviews ervoor gezorgd dat de onderzoeker tijdens de presentatie professionals bewuster heeft gemaakt, zodat zij in het vervolg op tijd ingrijpen. De cliënten hebben zelfs tijdens de interviews nieuwe inzichten gekregen over hun gedrag en handelen, dat werd zelfs vaker benoemd. Ze werden aan het denken gezet over het eigen proces en hoe het anders had gekund. Dit was zowel voor hen als de professional erg belangrijke informatie.

### *Zwakke punten*

Aangezien het onderzoek afgerond moest zijn in vier maanden, konden er niet meer dan vijf respondenten en drie informanten geïnterviewd worden voor het onderzoek. Daarnaast hebben twee professionals op het laatste moment afgezegd waardoor er maar drie van de vijf professionals overbleven als onderzoekspopulatie. Daarnaast is er slechts één mannelijke informant en geen enkele mannelijke respondent die zich heeft opgegeven voor het onderzoek. Wanneer het onderzoek nogmaals gedaan wordt en er wel mannen deelnemen, bestaat de kans dat er afwijkingen zijn in de behoeften van vrouwelijke cliënten. Tenslotte vond de onderzoeker weinig wetenschappelijke literatuur die de gevolgen en oorzaken van zorgmijding uitgebreid beschreef in de vorm van modellen. Wanneer er veel van dit soort modellen waren, konden deze met elkaar vergeleken worden. De resultaten zijn een bevestiging en een verbreding van de theoretische inzichten, maar konden kritischer tegenover elkaar gezet worden wanneer er meer deelnemers waren en er meer theorie te vinden was. Nu ontbreekt er bijvoorbeeld wat de behoeften zijn van mannelijke zorgmijders, omdat er alleen vrouwelijke respondenten zijn.

### *Betrouwbaarheid en validiteit*

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen heeft de onderzoeker ervoor gekozen om een topiclijst te maken en deze ook te gebruiken voor de interviews. Deze topiclijst is gebaseerd op eerdere inzichten en theorieën uit de literatuur, probleemanalyse en het theoretisch kader. In een proefinterview is gecontroleerd of door middel van de topiclijst antwoord gegeven kan worden op de deelvragen en de uiteindelijke hoofdvraag. Door het terug te laten komen van dezelfde vragen in het interview, het gebruik maken van samenvatten en doorvragen heeft de onderzoeker kunnen controleren of hij de antwoorden van de respondent of informant op de juiste manier begrepen heeft. De onderzoeker heeft met alle respondenten en informanten afgesproken dat er niemand anders aanwezig mag zijn bij het interview om invloed van buitenaf te voorkomen. Bij een interview was er echter een monteur bezig met werkzaamheden op de bovenverdieping, wanneer deze de ruimte in kwam waar het interview plaatsvond zette ik het interview en de audio-opname stop. Een nadelig punt in kwalitatief onderzoek is de replicatie-eis, waaraan moeilijk voldaan kan worden omdat de situatie van het kwalitatief onderzoek steeds anders is. (Baarda et al., 2012, pp. 73-75) Zo ligt het ook aan de

houding en communicatietechnieken van de onderzoeker hoe vertrouwd en eerlijk een respondent of informant kan spreken. Om de betrouwbaarheid van het interview te waarborgen zijn er transcripties en audio-opnames gemaakt zodat de onderzoeker bij twijfel de informatie en resultaten nogmaals kan controleren en bij twijfel de respondent of informant kan raadplegen. Er is ook gebruik gemaakt van informed consent, waardoor de respondenten en informanten weten waar zij aan toe zijn. Tenslotte zijn de interviews gecodeerd aan de hand van open, axiaal en selectief coderen en is er een presentatie gegeven waarop de onderzoeker feedback heeft gekregen op onder andere de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Zoals eerder omschreven in dit hoofdstuk was er geen gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen die geïnterviewd zijn waardoor de behoeften van mannelijke cliënten niet bekend zijn. De conclusie van dit onderzoek is wellicht onbruikbaar voor andere organisaties, omdat de onderzoeker ook de behoeften van organisatie X heeft onderzocht. Een behoefte is organisatie- en persoonsgebonden en kan dus niet voor iedere organisatie of professional gelden. Dit heeft de onderzoeker al geconstateerd tijdens de interviews met de informanten, de professionals die veel houding en communicatieaspecten beheersten zoals cliënten die graag zien. Andere professionals beheersen niet over dezelfde vaardigheden, omdat ieder mens anders is en anders met de situaties omgaat. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van de topiclijst met vragen en heeft deze in ieder interview doorlopen, waardoor in elk interview dezelfde vragen aan bod kwamen zodat er duidelijke conclusies konden worden getrokken. Tenslotte is de onderzoeker van mening dat er in een interview enkele sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven door één van de informanten. Uit de praktijkervaringen van de onderzoeker bleek namelijk dat de uitspraken uit het interview niet overeen kwamen met de uitspraken uit de praktijkervaring. Dit heeft ervoor gezorgd dat de conclusie van deelvraag 4 een vertekend beeld geeft van hoe professionals nu handelen. De onderzoeker verwachtte namelijk vanuit zijn praktijkervaring een tegenstelling tussen diverse informanten. De wellicht sociaal wenselijke antwoorden werden later wel weer ontkracht door wellicht eerlijke uitspraken, waardoor de onderzoeker niet een harde conclusie kon trekken vanuit dit interview omdat het bij deze informant geen goed beeld weergeeft van de realiteit. Dit interview is daarom niet intern valide. De betrouwbaarheid van dit kwalitatief onderzoek kan vergroot worden wanneer er een grotere steekproef wordt gedaan, er een eerlijke verdeling is tussen mannen en vrouwen en wanneer er meer tijd is voor het onderzoek. De onderzoeker is echter van mening dat door de zelfselectie, de handelingen en de methodische keuzes dit onderzoek betrouwbaar kan worden geacht omdat de interviews goed verlopen zijn en er gebruik is gemaakt van triangulatie. De interviews zijn vanuit twee perspectieven afgenomen, namelijk de professionals en de cliënten. Ook zijn er open vragen gesteld in de interviews en om deze te controleren heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van samenvatten of een gesloten vraag. Er is aan de hand van de topiclijst en het coderen erg gestructureerd te werk gegaan en uitzonderingen of tegenstellingen zijn ook in dit onderzoeksrapport opgenomen. Tenslotte is de presentatie in het werkveld en de feedback belangrijk geweest om het onderzoek op bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit te kunnen toetsen.

## Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, M., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der., Goede, M., de. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.

Beurden, P., van. (2017). *Wachttijden ggz langer dan bekend*. Geraadpleegd op 7 maart 2017, van <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2017/1/Wachttijden-ggz-langer-dan-bekend/>

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma.

Budding, J. (2015, 5 februari). *Hoog eigen risico en stigmatisering drempel om naar psycholoog of de psychiater te gaan*. Geraadpleegd op 9 maart 2017, van <http://www.medicalfacts.nl/2015/02/05/hoog-eigen-risico-en-stigmatisering-drempel-om-naar-psycholoog-of-de-psychiater-te-gaan/>

Dam, A. van., & Mulder, N. (2008). *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Doorn, L. van. (2004). *Outreachinge hulpverlening: praktijkervaringen van 10 experimentele projecten*. Arnhem: Uitgeverij Hoogland en Zoon.

Dorresteijn, M. van, (2012, 18 juni). *Ggz akkoord: minder bedden en meer zelfzorg*. Geraadpleegd op 18 maart 2017, van <https://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/6/Ggz-akkoord-minder-bedden-en-meer-zelfzorg-ZVS014171W/>

GGZ Nederland. (2015). *Sectorrapport GGZ 2013*. Gedownload op 26 maart 2017, van <http://www.ggz nederland.nl/pagina/ggz-sector>

Kenniscentrum Phrenos. (z.d.) *Destigmatisering*. Geraadpleegd op 26 februari 2017, van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/stigma/>

Landelijk platform GGZ. (2015). *Meldactie Ambulantisering*. Gedownload op 7 maart 2017, van <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni003036>

Libbrecht, I., & Gijzen, M. (2008). Hulp aan zorgwekkende zorgmijders: Assertive Community Treatment. In A. van Dam en N. Mulder. (Red.), *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke mensen* (pp. 27-38). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lohuis, G., Schilperoort, R., Schout, G. (2008) *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken voor de*



OGGZ (3e druk). Houten: Noordhof Uitgevers.

Movisie. (2013). *Zorgmijders*. Geraadpleegd op 15 maart 2017, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/zorgmijders>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2016). *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz*. Gedownload op 20 maart 2017, van [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/.../LGA-opmaak\\_def.pdf](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/.../LGA-opmaak_def.pdf)

Nevid, J.S., Rathus, S.A., Greene, B. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.

Oosterom, R., & Kreulen, E. (2017, 16 januari). Zorg bereikt veel psychiatrische patiënten niet. *Trouw*. Geraadpleegd op 22 februari 2017, van <https://www.trouw.nl/home/zorg-bereikt-veel-psychiatrische-patienten-niet~a338db54/>

Roerdink, Y. (2015). *Psychiatrische patiënten zitten te vaak zonder hulp*. Geraadpleegd op 25 februari 2017, van <http://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2027178-psychiatrische-patienten-zitten-te-vaak-zonder-hulp.html>

Steenhuis, A., & Lorijn, A., de. (2016). *Doelgroep Slachtofferhulp Nederland*. Doelgroepenbeleid Slachtofferhulp Nederland Versie 1.5. waarin vastgesteld is welke slachtoffers, getuigen en nabestaanden in aanmerking komen voor de juridische en algemene dienstverlening van Slachtofferhulp Nederland. *Slachtofferhulp Nederland Binnenplaats Werkwijzer Documenten 474 Doelgroep SHN*.

Sweers, A. (2015, 2 maart). *Ambulante ggz te veel gericht op medicatie*. Geraadpleegd op 16 maart 2017, van <https://www.zorgwelzijn.nl/ggz/nieuws/2015/3/ambulante-ggz-te-veel-gericht-op-medicatie-1716329w/>

Trimbos. (z.d.) *Ambulantisering*. Geraadpleegd op 3 maart 2017, van <https://www.trimbos.nl/themas/ambulantisering>

Veen, M. van der. & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal-agogisch werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vleugels, A., & Vries, B. de. (2016). *Psychiatrische patiënt bij de huisarts al in de wacht*. Geraadpleegd op 16 maart 2017, van <http://nos.nl/artikel/2113697-psychiatrische-patient-bij-de-huisarts-al-in-de-wacht.html>

Wagemakers, F., & Lorijn, A., de. (2016). *Beleid psychosociale ondersteuning*. Nieuw beleid over hoe

de psychosociale ondersteuning binnen Slachtofferhulp Nederland de komende jaren toegepast kan worden. Slachtofferhulp Nederland Binnenplaats Werkwijzer Documenten AD beleid psychosociale ondersteuning.

Weeghel, J. van., Pijnenborg, M., Veer, J. van't., Kienhorst, G. (Red). (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho.

Zorgwijzer. (2016). *Wat is het GGZ-beleid in Nederland?*. Geraadpleegd op 22 maart 2017 van <http://www.zorgwijzer.nl/faq/ggz>



## Bijlagen

### Bijlage 1: Overeenkomst interview

Door middel van het ondertekenen van deze overeenkomst gaan beide partijen akkoord met onderstaande punten:

1. U gaat akkoord met de deelname aan een interview van maximaal één uur, dat zal worden gebruikt voor het onderzoek:  
"Zorgmijders met een psychische aandoening niet vermijden, maar begeleiden".

2. Er zijn twee partijen die deelnemen aan het onderzoek, te weten de onderzoeker onder de volgende gegevens:

Naam onderzoeker	:	Brian Gerrits
Studentnummer	:	2202731
PCN	:	274790
Klas	:	4V01M
Vak	:	Afstudeeronderzoek
Afstudeerrichting	:	Externe minor / MA
Opleiding	:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Begeleiders	:	Stefan Assink & Marianne Sommers

En de respondent/informant (omcirkelen wat van toepassing is)

Medewerker of cliëntnummer : .....

Naam : .....

Telefoonnummer : .....

3. De onderzoeker er zorg voor draagt, dat zowel bovenstaande gegevens en het interview afgelegd door de respondent of informant in een beveiligde omgeving bewaard zullen worden.
4. De onderzoeker er zorg voor draagt dat de interviews en de gegevens van de respondent of informant vernietigd zullen worden, wanneer het onderzoek positief is beoordeeld door de beoordelaars van de opleiding.
5. De respondent of informant gaat ermee akkoord dat uitspraken of vertelde informatie uit de interviews gebruikt mag worden in het onderzoeksverslag. De onderzoeker zal in het onderzoek fictieve namen gebruiken voor de respondent of informant, zodat de anonimiteit gewaarborgd blijft.
6. Tenslotte, gaan beide partijen ermee akkoord dat er audio-opnames worden gemaakt tijdens het interview. De opnames worden gemaakt met een voice-recorder die niet gekoppeld is met enige vormen van het internet. Op deze manier wordt lekkage via internet voorkomen.

Beide partijen gaan akkoord met bovenstaande punten, door het zetten van een handtekening.

Deze overeenkomst is in tweevoud opgemaakt en ondertekend op:

- - te .....

Handtekening onderzoeker:

Handtekening respondent/informant:

## Bijlage 2: Topiclijst met vragenlijst professionals

	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3	Deelvraag 4
Topic	Redenen geen hulp	Behoeften van cliënten voorkomen zorgmijding	Gevolgen wanneer cliënten niet op tijd geholpen worden	Begeleiding door professionals op dit moment naar gespecialiseerde hulpverlening

Geen hulp	Drempels	-Wat zijn voor cliënten redenen om gespecialiseerde hulp te weigeren? - Wat zijn voor cliënten redenen om geen hulp te zoeken? - Wat doen jullie als je dit signaleert?
	Verschillen hulpverleners	-Hoe kan het dat cliënten de hulp vanuit jullie organisatie en vanuit u als professional wel accepteert? - Wat noemen cliënten als verschillen tussen hulp van u en de 1e of 2e lijns hulpverleners?
	Stigma	-Hebben cliënten het wel eens over stigmatisering of uitsluiting?
	Houding instanties of hulpverleners	-Welke ervaringen hebben cliënten met instanties of andere hulpverleners? -Wat doen jullie met deze ervaringen?
	Stages of changemodel	Uitleg geven over kern van 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> fase. -Herkent u dit bij de cliënten die u heeft gehad? -Wat heeft u in fase 1 gedaan? - Wat heeft u in fase 2 gedaan? - Wat hebben cliënten volgens u nodig om in actie te kunnen komen na fase 2? -Wat heeft u als professional nodig om cliënten te helpen in beide fasen?
	<b>Onderdelen</b>	<b>Vragen</b>
Behoeften van cliënten voorkomen zorgmijding	Motivatie	-Kunt u iets vertellen over de motivatie van cliënten, wanneer ze hulp weigeren?

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoe belangrijk is motivatie?</li> <li>-Hebben cliënten behoefte aan intrinsieke of extrinsieke motivatie denkt u?</li> </ul>
	Psychologische basisbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kunt u iets vertellen over het zelfvertrouwen van cliënten?</li> <li>-Hoe merkt u aan cliënten dat er een wil tot verandering is?</li> <li>- Hebben cliënten behoefte aan autonomie?</li> <li>- Welke competenties hebben cliënten nodig om een doel te bereiken volgens u?</li> <li>- Op welke manier kunt u cliënten helpen om autonomie, competentie en verbondenheid te realiseren?</li> </ul>
	Zelfactualisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Wat doet u om cliënten te laten groeien tot wie ze willen zijn?</li> <li>-Welke belemmeringen komt u bij cliënten tegen bij dit proces?</li> <li>-Wat heeft u nodig om cliënten beter te kunnen helpen?</li> <li>- Waar ligt de grens om cliënten te kunnen helpen?</li> <li>- Waar ligt de grens van de organisatie om cliënten te helpen?</li> </ul>
	Behoeftte aan hulp	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Welke behoeften van hulp hebben cliënten?</li> <li>-Op welke manier kunt u cliënten in deze behoefte voorzien?</li> <li>- Op welke manier kan de organisatie cliënten helpen?</li> <li>-Wanneer gaan cliënten zelf hulp zoeken?</li> <li>- Wat wilt u voor cliënten doen als ze gespecialiseerde hulp nodig hebben?</li> <li>- Wat kunt u doen als cliënten gespecialiseerde hulp nodig hebben?</li> </ul>
	Stages of changemodel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Wat hebben cliënten nodig om hulp te accepteren?</li> <li>-Wat hebben cliënten volgens u nodig om over te gaan tot actie?</li> <li>-Zijn cliënten gemotiveerd in het begin?</li> </ul>
<b>Topic deelvraag 3</b>	<b>Onderdelen</b>	<b>Vragen</b>
Gevolgen geen hulp	Isolatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Heeft u ervaring met cliënten die zich isoleren?</li> <li>- Zo ja, wat zijn de redenen om</li> </ul>

		zich te isoleren? -Hoe merkt u dat cliënten zich isoleren? - Welke actie onderneemt u of de organisatie bij isolatie?
	Leefgebieden	-Kunt u iets vertellen over de gevolgen op diverse leefgebieden, wanneer cliënten geen hulp krijgen?
	Stigma	-Ziet u stigmatisering meer als een gevolg van geen hulp of een gevolg van hulp? - Op welke manier doen cliënten aan zelfstigma? -Zijn dit ook oorzaken zoals schaamte om geen hulp te zoeken?
	Uitsluiting	-Worden cliënten buitengesloten wanneer ze geen hulp zoeken? -Door omgeving of zichzelf?
	Stages of changemodel	- Wat zijn de gevolgen wanneer cliënten blijven hangen in fase 1 of 2? -Wanneer beseffen cliënten dat ze een aandoening hebben?

<b>Topic deelvraag 4</b>	<b>Onderdelen</b>	<b>Vragen</b>
Begeleiding van cliënten door professionals op dit moment	Stages of changemodel	-Wat doet u met cliënten die in fase 1 blijven hangen? -Waar ligt de grens van de organisatie en die van u? -Wat doet u met cliënten in weerstand tot hulp? -Hoe krijgt u cliënten van fase 1 naar fase 2? - Wat doet u om cliënten te motiveren?
	Psychologische basisbehoeften	Op welke manier helpt u cliënten om autonomie, competenties en verbondenheid te vergroten zodat ze hun doel kunnen realiseren?
	Psycho-educatie	Op welke manier geeft u psycho-educatie?
	Belevingswereld	-Hoe sluit u aan op de belevingswereld van de cliënt? - Wat zijn de gevolgen voor u en voor de cliënt? -Begrijpen visie
	Belemmeringen	-Hoe lost u belemmeringen op in het proces naar

		zelfactualisatie?
	Slachtofferschap	-Komen cliënten met een psychische aandoening ooit bij u terug? -Hebben cliënten met een aandoening volgens u ergere klachten na een misdrijf, dan de 'algemene cliënten'? -In hoeverre kunt u de cliënten helpen?
	Multidisciplinair samenwerken	- Staan ketenpartners open voor samenwerking met uw organisatie? - Nemen ketenpartners u en de cliënt voldoende serieus? - Hoe begeleid u cliënten nu naar de gespecialiseerde hulp?
	Attitude	-Wat voor houding neemt u aan wanneer u deze cliënten ondersteunt?
	Communicatie	- Hoe communiceert u met deze cliënten?
	Contact	- Hoe maakt u contact?
	Vertrouwen	- Hoe zorgt u voor een goede vertrouwensband? -Hoe laat u zien dat u vertrouwen heeft in de behandeling?
	Signalen vanuit de cliënt	-Welke houding hebben cliënten richting u? - Wat zeggen en vinden cliënten over u als professional? - Welke houding hebben cliënten over andere professionals of instanties?
	Motivatie	- Hoe zorgt u ervoor dat cliënten gemotiveerd worden en blijven?
	Grenzen hulp	- Hoever gaat u voor de cliënt?
	Handelingen	- Hoe zorgt u ervoor dat cliënten bij gespecialiseerde hulp komen? - Wat vinden de cliënten daarvan?
	Kennis en vaardigheden	- Wat mist u in de trainingen voor medewerkers? - Wat zou u graag willen kunnen m.b.t. deze doelgroep?
	Kern zorgmijden	- Wat is de kern van het probleem zorgmijden volgens u?



### Bijlage 3: Topiclijst met vragenlijst cliënten

Voorafgaand aan het interview is uitgelegd wat er onderzocht wordt en is er duidelijk uitgelegd wat het begrip ‘zorgmijder’ betekent. Wanneer iets tijdens het interview voor de respondent onduidelijk blijkt te zijn, zal de onderzoeker uitleg of nadere toelichting geven. Onderstaande topiclijst met bijbehorende vragen zijn in willekeurige volgorde neergezet, omdat de onderzoeker, de respondent ook een beetje sturing wilt geven in het interview, hiermee geeft hij wat meer ruimte. Niet alle vragen uit de topiclijst zullen gebruikt worden tijdens het interview omdat er bij een eerste pilot naar voren kwam dat sommige vragen al beantwoord werden door een uitgebreid antwoord op een vorige vraag.

#### Startvragen:

Welke psychische aandoening heeft u?

Hoelang heeft u last van de klachten of aandoening?

Wanneer en hoe bent u in contact gekomen met een hulpverlener?

	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3	Deelvraag 4
Topic	Redenen cliënten geen hulp	Behoeften om zorgmijding te voorkomen	Gevolgen van geen hulp	Hoe begeleiden professionals nu

Topic deelvraag 1	Onderdelen	Vragen
Geen hulp	Stages of changemodel (fase 1)	-Kunt u mij iets vertellen over het beginstadium van de aandoening? -Wat waren uw behoeften toen of wat had u nodig? - Op welke manier kreeg u in deze fase advies of steun van naasten of professionals? - Weigering of acceptatie?
	Stages of changemodel (fase 2)	-Wanneer accepteerde u hulp? - Hoelang duurde het voordat u bewust werd van de aandoening of ‘probleem’? - Weigering of acceptatie? - Wanneer ging u over tot actie? - Wat had u in deze fase nodig van naasten of professionals, of van u zelf?
	Drempels tot hulp	-Welke redenen heeft u om zorg te mijden? -Waar ligt de grens om zorg te mijden? / Wanneer zou u het ondanks de drempels toch accepteren? - Hoe kunnen de drempels

		<p>verlaagd worden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer merkt u dat u geen hulp wilt of kan accepteren?</li> <li>- Heeft u kennis waarvoor u hulp kunt zoeken?</li> </ul>
<b>Topic deelvraag 2</b>	<b>Onderdelen</b>	<b>Vragen</b>
Behoeften ter voorkoming van	Psychologische basisbehoeften	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kunt u mij iets vertellen over uw zelfvertrouwen om er weer bovenop te komen?</li> <li>-Wat had u vanuit de omgeving of professionals nodig om uw zelfvertrouwen te vergroten?</li> <li>- Kunt u mij iets vertellen over de wil tot verandering?</li> <li>- Wilt u werken aan de aandoening vanwege uw eigen motivatie of de motivatie van anderen of professionals?</li> <li>-Welke competenties heeft u nodig om uw doel te bereiken?</li> </ul>
	Behoefte aan zelfactualisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Wat heeft u nodig om u zelf zo goed als mogelijk te kunnen ontwikkelen naar wie u echt wil zijn?</li> <li>- Op welke manier kan uw omgeving of de professional u steunen bij de behoefte tot zelfontwikkeling?</li> <li>-Welke houding of inzichten moet de omgeving of professional hebben?</li> <li>- Welke belemmeringen komt u tegen wanneer u zich wilt ontwikkelen?</li> <li>- Waar ligt voor u de grens van steun vanuit de omgeving of professional?</li> </ul>
	Behoefte aan hulp	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Wat vindt u ervan als u door een hulpverlener zelf wordt gebeld met een hulpaanbod?</li> <li>- Zou u zelf hulp gaan zoeken en op eigen initiatief hulp zoeken?</li> <li>- Wat als een hulpverlener ongevraagd aan de deur staat?</li> </ul>

<b>Topic deelvraag 3</b>	<b>Onderdelen</b>	<b>Vragen</b>
Gevolgen geen hulp	Isolatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer u geen hulp zou hebben gehad, denkt u dat u dan zich was gaan isoleren?</li> <li>- Hoe zou de omgeving op u reageren?</li> <li>- Hoe zou u daar weer op reageren?</li> </ul>

	Stigma	-Wat zijn de gevolgen voor de 'stempel' die u heeft gekregen?
	Uitsluiting	-Voelde u zich buiten gesloten omdat u een aandoening had?
	Leefgebieden	-Wat zou er zijn gebeurd wanneer u niet op tijd steun of hulp had gehad?
	Stages of changemodel	-Wat voelde u in het begin toen u nog geen hulp had? - Wat had u nodig om hulp te zoeken of te accepteren? - Had u voldoende aan uw naasten of familieleden? - Hoe was u motivatie om beter te worden helemaal aan het begin? - Was er sprake van besef van de aandoening? - Had u behoefte aan hulp? - Was er sprake van weerstand in het begin? - Wat moest er voor u gebeuren, zodat u sneller zonder weerstand gemotiveerd raakte?

Algemeen	Onderdelen	Vragen
Professionals en instanties	Attitude	-Wat voor houding moet een professional aannemen? - Welke ervaringen heeft u met goede houdingen van professionals? - Wat vindt u van de houding van instanties of professionals? - Welke houding mogen professionals bij u aannemen?
	Communicatie	-Op welke manier wilt u te woord gestaan worden door professionals of instanties? -Wat vindt u absoluut niet kunnen op het gebied van communicatie? - Welke manier van communiceren motiveert u om u hulp te zoeken? - Wanneer u in de weerstand schiet m.b.t. hulp of doorverwijzen, wat moet de professional dan doen om u alsnog te kunnen helpen? -Wat moet hij absoluut niet doen?
	Vertrouwen	-Hoe belangrijk is het vertrouwen in de behandeling vanuit de professional voor u?

		-Wat zijn voor u belangrijke factoren voor een goede vertrouwensband?
	Ervaringen	-Welke verschillen merkt u aan professionals tussen de verschillende lijnszorg? -Welke slechte ervaringen heeft u met professionals en instanties? - Welke goede ervaringen heeft u met professionals en instanties?
Psycho-educatie	Kennis	-Heeft u voldoende kennis over uzelf of psychische aandoeningen? -Weet u waar u terecht kan voor psychische hulp? - Wat zou u doen als u niet weet waar u terecht kan? -Zou u eerder hulp zoeken wanneer u uitleg krijgt over wat psychische klachten zijn en de gevolgen kunnen zijn? -Zou u door psycho-educatie meer besef krijgen van het probleem?
Functionele contacten	Contact maken	-Hoe heeft u contact gemaakt met uw professional of behandelaar? -Ging dit moeizaam of makkelijk en waarom?
Slachtofferschap	Slachtoffer of getuige	Merkt u dat u vaker getuige of slachtoffer wordt van een misdrijf? Hoe komt dat denkt u?

**Afsluitende vraag:**

Wat is voor u de perfecte hulpverlener in het beginstadium van een aandoening?

#### Bijlage 4: Codeboek

Code	Thema	Deelvraag
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ontkenning (4x)</li> <li>-Verdringing (4x)</li> <li>-Geen besef (4x)</li> <li>-Acceptatie (6x)</li> <li>- Besef (1x)</li> </ul>	Stages of changemodel	Wat zijn de redenen van cliënten uit organisatie X om geen hulp te zoeken of te accepteren?
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Onwetendheid (3x)</li> <li>-Gaat vanzelf over (5x)</li> <li>-Eigen regie (3x)</li> <li>-Eigenwijs (2x)</li> <li>-Geen klik (4x)</li> <li>-Geen vertrouwen (5x)</li> <li>-Alleen voor staan (6x)</li> <li>-Blootgeven (3x)</li> <li>-Niet durven (4x)</li> <li>-Handelen professional/organisatie (2x)</li> <li>-Zachte hulp (1x)</li> <li>-Kastje naar de muur (2x)</li> <li>-Slecht gevoel (3x)</li> <li>-Zelfzorg (1x)</li> <li>-Koude professional (2x)</li> <li>-Verwachtingen (3x)</li> <li>-Weten waar terecht kan (2x)</li> <li>-Motivatie hoog om door te gaan zonder hulp (3x)</li> <li>-Financieel (2x)</li> <li>-Eerdere ervaringen (7x) (1x +)</li> <li>-Dwang (3x)</li> <li>-Wachlijst (2x)</li> <li>-Valse beloftes (1x)</li> <li>-Coping (1x)</li> <li>-Geen steun uit omgeving (4x)</li> <li>-Zorgstructuur (7x)</li> <li>-Confronterend (3x)</li> <li>-Bemoeien (3x)</li> <li>-Anderen hebben een probleem (3x)</li> <li>-1<sup>e</sup> fase duurt langer (2x)</li> <li>- Alleen overleven (2x)</li> <li>- Niet begrepen voelen (4x)</li> <li>- Onzekerheid(2x)</li> <li>- Geen structuur (1x)</li> </ul>	Redenen zorgmijding	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te veel beschadigd (1x)</li> <li>- Geen besef uit omgeving (1x)</li> <li>- Afleiding (1x)</li> <li>- Draaglijk (2x)</li> <li>- Niet openstaan voor de hulp (3x)</li> <li>- Verwerking andere problemen(1x)</li> <li>- Geen zelfvertrouwen (1x)</li> <li>- Andere belevingswereld (1x)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gepest (2x)</li> <li>-Weinig zelfvertrouwen (4x)</li> <li>-Overall pech (3x)</li> <li>-Slachtofferschap (6x)</li> <li>-Grenzeloos (2x)</li> <li>-Schaamte (3x)</li> <li>-Ingewikkeldheid maatschappij (3x)</li> <li>-Individualisering (1x)</li> <li>- Oud zeer (2x)</li> <li>- Circuit (1x)</li> <li>- Weerstand lager (2x)</li> </ul>	Kwetsbaarheid	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Stempel (4x)</li> <li>-(Zelf)stigma (6x)</li> <li>-Buitengesloten gevoeld (2x)</li> <li>-Bestaansrecht (1x)</li> <li>-Geen acceptatie uit netwerk (1x)</li> <li>- Niet weten wat het is (2x)</li> <li>- Zelf buitensluiten (2x)</li> <li>- Acceptatie moeilijk (2x)</li> </ul>	Gevolgen diagnose	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Isolatie (7x)</li> <li>-Slecht voelen (2x)</li> <li>-Vermijdingsgedrag (3x)</li> <li>-Vastlopen (5x)</li> <li>-Stress (2x)</li> <li>-Lichamelijke klachten (3x)</li> <li>-Black-outs (1x)</li> <li>-Angstiger (1x)</li> <li>-Suïcidaal (4x)</li> <li>-Geen motivatie (4x)</li> <li>-Verkeerde interpretaties (1x)</li> <li>-Langdurige klachten (4x)</li> <li>-Sociaal wenselijk gedrag (1x)</li> <li>-Coping (2x)</li> <li>-Verzamelwoede (1x)</li> <li>- Vereenzaming (3x)</li> <li>- Vermoedheid (1x)</li> <li>- Grenzeloos (1x)</li> <li>- Verwaarlozing (4x)</li> <li>- Financieel (1x)</li> <li>- Geen steun uit omgeving (1x)</li> </ul>	Gevolgen zorgmijding	Wat gebeurt er wanneer cliënten uit organisatie X met een psychische aandoening niet op tijd geholpen worden?
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dwang (2x)</li> <li>-Voorwaarden / straffen belonen (2x)</li> <li>-Meer contact (5x)</li> <li>-Persoonlijk contact (3x)</li> <li>-Ontstaan besef /</li> </ul>	Voorkomen zorgmijding	Wat hebben cliënten uit organisatie X nodig om zorgmijding te voorkomen?

<ul style="list-style-type: none"> <li>bewustwording (4x)</li> <li>-Eigen keuze (6x)</li> <li>-Vertrouwen in hulp (6x)</li> <li>-Actief benaderen (4x)</li> <li>-Sociaal netwerk (4x)</li> <li>-Intrinsieke motivatie (5x)</li> <li>-Extrinsieke motivatie (3x)</li> <li>-Houding professional/ instantie (5x)</li> <li>-Sturen (2x)</li> <li>-Monitoren (5x)</li> <li>-Autonomie(3x)</li> <li>-Acceptatie (4x)</li> <li>-Besef(3x)</li> <li>-Overtuigd zijn (3x)</li> <li>-Steunbronnen (5x)</li> <li>-Sterk zijn (1x)</li> <li>-Vrijwilligheid (2x)</li> <li>-Toekomstbeeld (2x)</li> <li>-Zelfvertrouwen (3x)</li> <li>-Alternatieve hulpinstantie (1x)</li> <li>-Contact (3x)</li> <li>- Regie overnemen (4x)</li> <li>- Grenzen stellen (1x)</li> <li>- Structuur (1x)</li> <li>-Lotgenoten (1x)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oprecht (3x)</li> <li>-Vertrouwen (5x)</li> <li>-Geloof (2x)</li> <li>-Steun (3x)</li> <li>-Acceptatie (3x)</li> <li>-Menselijk (6x)</li> <li>-Oplossingsgericht (2x)</li> <li>-Monitoren (5x)</li> <li>-Aansluiten (4x)</li> <li>-Geen vooroordelen (1x)</li> <li>-Netwerkgericht (2x)</li> <li>-Moeite doen (2x)</li> <li>-Inleven / voelen (5x)</li> <li>-Kwetsbaar opstellen (2x)</li> <li>-Begrepen worden (3x)</li> <li>-Band opbouwen (4x)</li> <li>-Kennismakingsgesprek (2x)</li> <li>-Professionals met kennis over aandoeningen. (4x)</li> <li>-Signaleren en benoemen (6x)</li> <li>-Interesse in leven (2x)</li> <li>-Klik (6x)</li> <li>-Moed (1x)</li> <li>-Warmte (2x)</li> <li>-Doelen (3x)</li> <li>-Rust (3x)</li> <li>-Luisterend oor (5x)</li> <li>-Tijd nemen (2x)</li> <li>-Aansluiten bij tempo cliënt (2x)</li> <li>- Complimenten geven (1x)</li> <li>- Normaliseren (1x)</li> </ul>	<p>Gedrag en houding professional en omgeving</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbanden leggen (1x)</li> <li>- Observeren (1x)</li> <li>- Laagdrempelig instappen (1x)</li> <li>- Niet aangevallen voelen (1x)</li> <li>- Motiveren (1x)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Competentie (4x)</li> <li>-Verbondenheid (6x)</li> <li>-Autonomie (6x)</li> <li>-Motivatie (5x)</li> <li>-Balans (3x)</li> <li>-Zelfontwikkeling (5x)</li> </ul>	Psychologische basisbehoeften	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Meegaan naar hulp (3x)</li> <li>-Open houding (1x)</li> <li>-Laagdrempelig (2x)</li> <li>-Opstelling (1x)</li> <li>-Geen eisen (2x)</li> <li>-Hand vasthouden (2x)</li> <li>-Aansluiten (3x)</li> <li>-Uitsluitend verwijzen (2x)</li> <li>- Doorverwijzen (2x)</li> <li>-Geen hulpverleners taak (2x)</li> <li>-Ondersteunen (3x)</li> <li>-Psycho-educatie (2x)</li> <li>-Ervaringen uitwisselen (1x)</li> <li>- Oplossingsgericht (2x)</li> <li>-Beeldende uitleg aan cliënt (1x)</li> <li>-Fonds (1x)</li> <li>-Begeleiden (1x)</li> <li>-Adviseren (2x)</li> <li>-Trainingen psyche 'gezonde mensen' (1x)</li> <li>-Veroordelen van cliënt (1x)</li> <li>-Teamleider koppelt cliënt aan geschikte professional (1x)</li> <li>-Signalen vastleggen en doorgeven (1x)</li> <li>-Passende hulp vinden (2x)</li> <li>-Vertrouwen in professional (1x)</li> <li>-Drempels wegnemen (1x)</li> <li>-Huisarts bellen bij crisis als ze toestemming geven. (1x)</li> <li>Huisarts bellen bij crisis zonder toestemming. (1x)</li> <li>-Structuur aanbrengen (1x)</li> <li>-Overtuigen cliënt(2x)</li> <li>-Overtuigen ketenpartner (1x)</li> <li>-Toekomstgericht (1x)</li> <li>-Zelfverzekerd overkomen (1x).</li> <li>-Balans vinden (1x)</li> <li>-Uitsluitend volgen (2x)</li> <li>-Cliënt heeft altijd gelijk (1x)</li> <li>-Buiten grenzen van organisatie gaan als oplossing (1x)</li> <li>- Geen dwang (2x)</li> <li>- Nooit schrijven (1x)</li> </ul>	Handelen en houding Professionals organisatie X	Hoe begeleiden professionals van organisatie X de cliënten uit organisatie X op dit moment naar gespecialiseerde hulpverlening?



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet openstaan voor levensstijl of gedrag (1x)</li> <li>- Normaliseren (1x)</li> <li>- Vertrouwen winnen (2x)</li> <li>- Sturen tot zelfbesef (1x)</li> <li>- Monitoren (3x)</li> <li>- Geen kennis (3x)</li> <li>- Inleven (2x)</li> <li>- Actief benaderen (2x)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kennis (3x)</li> <li>-Themadagen(2x)</li> <li>-Specifieke training (3x)</li> <li>-Betere samenwerking met ketenpartner(2x)</li> <li>-Serieus genomen worden bij elke ketenpartner (3x)</li> <li>-Meer begrip (1x)</li> <li>-Motiverende handreikingen (1x)</li> <li>-Omgaan met drempels (1x)</li> <li>-Overtuigingskracht (1x)</li> <li>- Niet te veel trainingen (1x)</li> <li>- Specialisten (2x)</li> <li>- Bekendheid bij ketenpartner (1x)</li> <li>- Leidinggevenden die cliënten kunnen overdragen (1x)</li> <li>- Verder gaan voor deze cliënten (1x)</li> <li>- Bewustwording binnen organisatie en team (1x)</li> </ul>	<p>Behoeften Professionals organisatie X</p>	



