

Petra
Schaftenaar

Contact gezocht

Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg



Contact gezocht

Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg
Petra Schaftenaar

ISBN 978 90 8850 840 0
NUR 740/875

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost).

*(...) and to him, the meaning of an episode was not inside like a kernel but outside,
enveloping the tale which brought it out only as a glow brings out a haze,
in the likeness of one of these misty halos that, sometimes,
are made visible by the spectral illumination of moonshine.*

Joseph Conrad

Voor Henk

Inhoud

1	De achtergrond en aanleiding tot het onderzoek	11
1.1.	Aanleiding tot het onderzoek	12
1.2.	Relationele zorg en contact na behandeling	14
1.3.	Onderzoeksdoel en probleemstelling	15
1.4.	Onderzoeksopzet en methodologie	16
1.5.	Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren	19
1.6.	De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer	20
1.7.	Referenties	21
2	Een theoretisch kader van waaruit de waarde en de betekenis van relationele zorg in de forensische psychiatrie kunnen worden gezien	23
2.1.	Inleiding	24
2.2.	Forensische zorg en de klinische forensische psychiatrie	24
2.3.	Heersende paradigma's in de forensische psychiatrie	27
2.4.	Naar een ander paradigma	33
2.5.	De zorgethiek	34
2.6.	De presentiebenadering als zorgethische benadering	38
2.7.	De presentiebenadering in de klinische forensische psychiatrie	46
2.8.	Contact na behandeling in de forensische psychiatrie	50
2.9.	Kritieken en afrekenbaarheid	56
2.10.	Integratie	60
2.11.	Referenties	60
3	'Ze zijn zo aardig en geduldig, het zit in hun karakter, of zo'	69
3.1.	Inleiding	70
3.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	70
3.3.	Een dag op een leefgroep in een Forensisch Psychiatrische Kliniek	76
3.4.	Analyse	88
3.5.	Conclusie en discussie	102
3.6.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	107
3.7.	Tot slot	110
3.8.	Referenties	111

4	'Ik weet zeker dat ze trots op me zijn...'	113
4.1.	Inleiding	114
4.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	114
4.3.	De narratieven	121
4.4.	Analyse	146
4.5.	Conclusie en discussie	179
4.6.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	182
4.7.	Tot slot	187
4.8.	Referenties	187
5	'Uit het oog, maar niet uit het hart'	189
5.1.	Inleiding	190
5.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	190
5.3.	Resultaten en analyse	196
5.4.	Conclusie en discussie	213
5.5.	Sterkte en beperkingen van deze deelstudie	216
5.6.	Tot slot	218
5.7.	Referenties	218
6	De 2-jaarlijkse strafrechtelijke recidive na strafrechtelijke plaatsing (art. 37 WvSr) van drie groepen cliënten vergeleken	221
6.1.	Inleiding	222
6.2.	Methodologie van dit deelonderzoek	224
6.3.	Resultaten	226
6.4.	Discussie	232
6.5.	Conclusie	234
6.6.	Referenties	234
7	Slotbeschouwing: bredere kwesties en conclusie	237
7.1.	Inleiding	238
7.2.	De belangrijkste bevindingen op een rij	238
7.3.	De beroepspraktijk	239
7.4.	Wetenschappelijke vragen	246
7.5.	Maatschappelijke kwesties	249
7.6.	Conclusie	252
7.7.	Referenties	253
	Samenvatting	257
	Summary	263

Bijlage 1 Verklaring METC	267
Bijlage 2 Informatiebrief deelnemers onderzoek	269
Bijlage 3 Informed Consent	271
Bijlage 4 Wie-is-wie?	273
Bijlage 5 Het relationeel werken van Sasja en Valerie	275
5.1. Relationeel en situationeel werken	275
5.2. Aansluiten en afstemmen	276
5.3. Ondersteuning en grenzen	277
Bijlage 6 Presentietheoretische analyse	279
6.1. Inleiding	280
6.2. De kaart van relationeel werken	280
6.3. Relationeel werken: ruimte	282
6.4. Relationeel werken: mismatch	287
6.5. Relationeel werken: aansluiten en afstemmen	289
6.6. Relationeel werken: functies van relaties	292
6.7. Relationeel werken: attitude en rol zorgverleners	297
6.8. Aanvullingen uit deze praktijk op de 'kaart van relationeel werken'	302
6.9. Conclusie van deze presentietheoretische analyse	304
6.10. Referenties	304
Bijlage 7 Opzet questionnaire	307
Bijlage 8 Cox-regressieanalyse (figuur en tabel)	311
Bijlage 9 De kosten van recidive en behandeling	313
9.1. Opsporing en berechting	313
9.2. Kosten verblijf en behandeling	313
9.3. Kosten verpleegkundige op jaarbasis	314
9.4. De tijd die 'contact na behandeling' kostte in 2015	314
Dankwoord	315
Over de auteur	317

Hoofdstuk 1

De achtergrond en aanleiding tot het onderzoek

1.1.	Aanleiding tot het onderzoek	12
1.1.1.	Maatschappelijke ontwikkelingen en relevantie	12
1.1.2.	Wetenschappelijke ontwikkelingen en relevantie	12
1.1.3.	Lokale ontwikkelingen en relevantie	13
1.2.	Relationele zorg en contact na behandeling	14
1.3.	Onderzoeksdoel en probleemstelling	15
1.3.1.	Onderzoeksdoel	15
1.3.2.	Het onderzoeksprobleem	15
1.3.3.	De hoofdvraag	16
1.3.4.	Deelvragen	16
1.4.	Onderzoeksopzet en methodologie	16
1.4.1.	De praktijk van relationele zorg	17
1.4.2.	De zorgontvangers	17
1.4.3.	De zorgverleners	17
1.4.4.	Strafrechtelijke recidive	18
1.4.5.	Validiteit en betrouwbaarheid	18
1.4.6.	Ethische aspecten	18
1.5.	Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren	19
1.6.	De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer	20
1.7.	Referenties	21

1.1. Aanleiding tot het onderzoek

1.1.1. Maatschappelijke ontwikkelingen en relevantie

In Nederland ligt de zorg voor gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten permanent onder een vergrootglas. De samenleving reageert panisch als forensische cliënten weglopen uit begeleiding of de kliniek ontvluchten (Van der Helm, 2013). Het incident uit 2006 waarbij ter beschikking gestelde (tbs'er) Wilhelm S. wegliep uit begeleiding en iemand om het leven bracht, heeft geleid tot een herziening van het systeem van de terbeschikkingstelling (tbs) (Van der Wolf, 2012). Ook hierna zijn er incidenten geweest die in de media breed uitgemeten werden en maatschappelijke onrust veroorzaakten (Muijen, 2011). Dit lot is niet alleen de tbs beschoren. De arrestatie van Michael P., in behandeling bij een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), als verdachte in een verkrachtings- en moordzaak, hield Nederland eind 2017 in zijn greep. De vragen die daarbij hardop gesteld werden, zijn 'Moeten we dit wel zo doen?' en 'Waarom krijgen misdadigers nieuwe kansen?' In het *AD* van 14 november 2017 schrijft journalist Goossens: 'Het was inderdaad beter geweest als justitie na P's veroordeling de sleutel van zijn cel had weggegooid', waarna hij het Nederlandse systeem naast 'humaan en goeddeels succesvol', ook 'laks' noemt. Het is slechts een enkel voorbeeld van uitspraken over de forensische zorg, maar het brengt ons meteen bij de kern van de zaak. De opdracht van de forensische zorg is recidivereductie. En hoewel resocialiseren en behandelen beter lijken te werken dan opsluiten (Andrews & Bonta, 2010; Wartna, Alberda, & Verweij, 2013), is de maatschappelijke vraag na elk tragisch incident hoe het er in die instellingen aan toe gaat dat dit heeft kunnen gebeuren. Dit perspectief van de samenleving wordt in dit proefschrift niet behandeld, maar het is wel een relevante aanleiding. Dit proefschrift gaat namelijk over de forensische zorg. Vanuit het perspectief van werkers en cliënten in de zorg, het binnenperspectief, wordt onderzocht wat het betekent om zorg te ontvangen of te geven. Wat helpt cliënten? En hoe kunnen we door middel van zorg bijdragen aan het terugdringen van recidive?

1.1.2. Wetenschappelijke ontwikkelingen en relevantie

In zijn proefschrift stelde Gildberg (2012, p. 153) een soortgelijke vraag, maar dan vanuit het perspectief van de zorggevers. Willen we forensische patiënten opsluiten en medicatie geven tot ze doen wat wij willen (*Lock them up and medicate them until they act 'normal' according to our own understanding of normality*)? Of willen we een manier vinden die hen terug naar de samenleving helpt zonder gebruik te maken van macht, dwang en vijandigheid?

While it does not seem possible to let go of the custodial element in care because of the nature of forensic mental health care, a shift in focus towards possibilities instead of restrictions could prove fruitful. This shift, combined with research into the untapped therapeutic potential in staff interactions, along with a more systematic clinical approach to practice, could perhaps benefit the forensic mental health inpatient. (Gildberg, 2012, p. 153)

Met andere woorden: kunnen we in de forensische zorg zorgen? En hoe dan? Dit ligt in de lijn van meerdere onderzoeken waarin de spanning tussen zorgen en bewaken wordt geadresseerd (bijvoorbeeld in: Van der Helm, 2011; Hörberg & Dahlberg, 2015; Ros, Van der Helm, Wissink, Stams, & Schaftenaar, 2013).

1.1.3. Lokale ontwikkelingen en relevantie

Medio 2011 stond de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) van Inforsa op een keerpunt in haar bestaan. Er was landelijk al enige tijd sprake van een vermindering van het aantal tbs-opleggingen¹, wat specifieke vraagstukken met zich meebracht ten aanzien van de bedrijfsvoering en de inrichting van de behandelcapaciteit. Het was aan de orde om minder tbs-behandelingen uit te voeren en meer patiënten te behandelen met een andere juridische titel, vaak als groep aangeduid als 'Overige Forensische Zorg' (OFZ). De opdracht tot recidivereductie bleek bij patiënten met een overige forensische titel echter problematisch (Peek & Nugter, 2009). Specifiek was dit het geval bij patiënten die opgenomen waren in het kader van een 'strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis' (artikel 37 Wetboek van Strafrecht, WvSr). De FPK, die gespecialiseerd is in het behandelen van forensische patiënten met een psychotische stoornis, trok zich dit met name aan, omdat deze groep patiënten bij uitstek de doelgroep is waar zij behandeling aan biedt². Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de FPK zich, in een traject waaraan alle medewerkers konden deelnemen, opnieuw heeft bezonnen op haar opdracht (recidivereductie door behandeling) en hoe deze uit te voeren.

De groep cliënten die de FPK behandelt, wordt gekenmerkt door vele eerdere hulpverleningscontacten en een intensieve justitiële voorgeschiedenis. Maatschappelijke integratie ontbreekt grotendeels. De levens van cliënten lijken gefragmenteerd. Er is geen duurzame sociale verbondenheid via bijvoorbeeld werk, familie of zorg (Van Outheusden & Schaftenaar, 2016). Er lijkt sprake te zijn van draaideurpsychiatrie: cliënten gaan van de ggz naar justitie, van justitie naar de forensische psychiatrie, weer (terug) naar de ggz en na een of meerdere delicten weer retour naar justitie (Van Outheusden & Schaftenaar, 2013). De cliënten 'ontsnappen' op die manier aan de zorg en er is sprake van een mismatch (Goossensen & Oude Egberink, 2013). Het lijkt erop dat de bereikte stabiliteit tijdens de klinische behandeling niet beklijft noch toereikend is om recidive te voorkomen.

In het zoeken naar oplossingen of manieren om de recidive door deze groep cliënten terug te dringen, bieden bestaande praktijken weinig houvast. Het juridische systeem kent in geval van artikel 37 WvSr geen mogelijkheid om toezicht en risicomanagement af te dwingen waarvan onderzoek uitwijst dat dit een bijdrage levert aan de reductie van

1 Wat op dat moment in die tijd voor alle klinieken een probleem werd, omdat er meer beschikbare plaatsen waren dan 'aanbod'.

2 Voor oplegging van artikel 37 WvSr is volledige ontoerekeningsvatbaarheid een vereiste, wat betekent dat het delict door de dader gepleegd is, maar hem niet toegerekend kan worden vanwege gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens. In de praktijk betekent dit dat er altijd sprake is van een gediagnosticeerde stoornis op As I van de DSM, zijnde psychotische stoornissen, schizofrenie of stemmingsstoornissen.

recidive (Harte, Van Kalmthout, & Knuppe, 2010). De relatief korte justitiële maatregel, als onderdeel van de keten, versterkt daarbij het versnipperde contact met de (forensische) ggz en het gefragmenteerde leven in het algemeen. Hoe het tij dan te keren? De huidige werkwijze kent weliswaar *state-of-the-art* behandelingen gebaseerd op geldende richtlijnen en met interventies gericht op resocialisatie; zij leidt echter niet tot de gewenste recidive-reductie, wat dé opdracht is van de forensische zorg voor de samenleving. Daarmee komt er geen einde aan de draaideur en het gefragmenteerde zorgaanbod.

Afdwingen van toezicht kan (wettelijk) niet, maar zou er een mogelijkheid gevonden kunnen worden om met de cliënt contact te houden na afronding van de klinische behandeling? Die manier zou dan kunnen steunen op het contact en het vertrouwen die tussen de cliënt en zijn hulpverleners zijn opgebouwd. Op deze manier komen relationele zorg en de presentiebenadering (Baart, 2001) in zicht. Zou relationele zorg van toegevoegde waarde kunnen zijn in de zorg aan forensische cliënten die ‘in de draaideur zitten’? Kan ze bijdragen aan iets minder fragmentatie? Biedt het mogelijk meerwaarde voor de zorgrelatie, de effectiviteit van de zorg en de zorggever?

1.2. Relationele zorg en contact na behandeling

Om (goede) zorg te geven in deze lijn, besloot de FPK van Inforsa per 1 september 2012 met alle cliënten die met ontslag gingen, vrijwillig contact na hun behandeling te houden. Dit werd ‘duurzame verbinding’ genoemd. Om dit te kunnen bereiken is een verandertraject gestart met als doel de medewerkers en de organisatie zo toe te rusten dat de uitvoering van dit beleid tot stand kon komen. Medewerkers hebben met elkaar nieuwe kernwaarden vastgesteld, leidinggevenden en medewerkers zijn zich gaan scholen in relationele zorg met behulp van de presentiebenadering (Baart, 2001) en maandelijks werden bijeenkomsten gehouden met de medewerkers waarin gereflecteerd werd op deze ontwikkelingen in de praktijk. Het behandelprogramma werd gebaseerd op de concepten van relationele zorg en de presentiebenadering (Baart, 2001) en een zogenaamd open leefklimaat, dat op relatievorming en ondersteuning is gebaseerd (Van der Helm, 2011). Voorbeelden hiervan zijn het zo min mogelijk intern overplaatsen van patiënten (om de interne fragmentatie te voorkomen), het werken vanuit vertrouwen (in plaats van uit wantrouwen), het creëren van een klimaat waarin weinig repressie wordt uitgeoefend en waarin patiënten zich ondersteund voelen door hun begeleiders. Ook wordt aandacht besteed aan ‘het gewone leven’, leuke dingen doen met elkaar en het vieren van successen (Schaftenaar & Van Outheusden, 2014). Door na de behandeling contact te houden wordt geprobeerd de verbinding die tijdens de behandeling in de kliniek met de cliënt is gelegd te verduurzamen.

1.3. Onderzoeksdoel en probleemstelling

1.3.1. Onderzoeksdoel

(Inter)nationaal onderzoek naar de toepassing van relationele zorg in de forensische psychiatrie is schaars. Het belang van therapeutische relaties, de rol van therapeuten en de bijdrage van de therapeutische relatie aan de effectiviteit van de (forensische) behandeling zijn wel uitgebreid onderwerp van internationaal onderzoek (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015; Norcross, 2002; Wilson & Yates, 2009). Ook is er aandacht voor het therapeutische milieu (Boone, Althoff, & Koenraadt, 2016; Van der Helm, Kröger, Schaftenaar, & Van Vliet, 2013; De Leede, Van der Helm, & Voskes, 2016; Schaftenaar, 2015), het meten daarvan (Bulten & Fluttert, 2007; Van der Helm, 2011) en de relatie met recidive (Barton & Mackin, 2012). Daarnaast heeft de forensische psychiatrie zich de afgelopen decennia sterk geprofessionaliseerd door het ontwikkelen van nieuwe inzichten en kennis over risicofactoren, risicotaxatie en risicomangement (Andrews & Bonta, 2010; Douglas & Webster, 1999; Heffernan & Ward, 2017; Nagtegaal, 2010; De Vogel, 2005).

De laatste jaren is er toenemend aandacht voor positieve en ondersteunende elementen in de forensisch psychiatrische behandeling. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek naar beschermende factoren (Nagtegaal & Schönberger, 2013; De Vries Robbé, 2014). Ook is er onderzoek op het gebied van positieve psychologie in de forensische psychiatrie (Place, 2011; Walburg, 2009). Daarnaast vindt het denken over herstelondersteunende zorg zijn weg binnen de forensische psychiatrie (Van Gestel-Timmermans, Place, Van Vugt, Van Rooijen, & Van Nieuwenhuizen, 2015).

Echter, niet eerder is onderzocht of relationele zorg conform de presentiebenadering (Baart, 2001) van toegevoegde waarde kan zijn in het leven van forensisch psychiatrische cliënten. Wat is relationele zorg, hoe ziet die eruit, hoe werkt die door in levens van forensisch psychiatrische patiënten, wat betekent ze voor zorgverleners en heeft ze invloed op recidive?

Het doel van deze studie is het onderzoeken van de betekenis van relationele zorg in een forensisch psychiatrische praktijk. Hiermee wil ik een bijdrage leveren aan de kennis over de forensische zorgpraktijk en goede zorg helpen te bevorderen. Een bijkomend doel is het geven van een 'stem' aan zorgontvangers en werkers in de forensische psychiatrie. Ik hoop inzicht te verkrijgen in de betekenis van relationele zorg tegen de achtergrond van de biografieën van de levens van zorgontvangers en in het werken van zorgverleners. Ook onderzoek ik of relationeel werken een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van recidive.

1.3.2. Het onderzoeksprobleem

De gangbare manier van behandelen lijkt onvoldoende bij te dragen aan het stoppen van de draaideur en het terugdringen van recidive. Is er een werkwijze waardoor dit wel mogelijk is? Mogelijk lukt dit door het opbouwen van vertrouwen en het aangaan (en niet afbreken) van verbinding, tijdens én na de behandeling (Van Outhousden & Schaftenaar, 2013). In deze hernieuwde blik op forensisch psychiatrische behandeling verandert het

behandelmilieu van een gedrags- en beheersmatige aanpak naar een klimaat waarin vertrouwen, ruimte en relationele zorg centraal staan (Baart, 2001; Van der Helm, 2011; Van Outheusden & Schaftenaar, 2013; Schaftenaar, 2013).

Relatiegericht werken binnen de context van de forensische psychiatrie, zo is de aanneme, levert een bijdrage aan het succes van de behandeling. Het probeert het draaideureffect te voorkomen doordat de relatie met de patiënt tot inzet van de behandeling gemaakt wordt. Dat is een relatief nieuw paradigma in de huidige forensische zorg in Nederland. Deze toepassing van relatiegericht werken in deze zorgpraktijk (die theoretisch steunt op de zorgethiek en de presentiebenadering) en de waarde hiervan zijn het onderwerp van dit onderzoek.

1.3.3. De hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is daarmee: ‘Wat betekenen relatiegericht werken tijdens de behandeling en – als uitvloeisel daarvan – het vrijwillig houden van verbinding na behandeling in de forensische psychiatrie voor cliënten en medewerkers van Inforsa en wat levert het op in termen van strafrechtelijke recidive?’

1.3.4. Deelvragen

Om deze vraag te beantwoorden, zijn vier deelvragen geformuleerd. Deze luiden als volgt. Hoe zien forensische praktijken van relationele zorg eruit?

1. Wat betekent relationele zorg voor (ex-)cliënten tijdens de opname en bij het houden van contact na behandeling (wat is de waarde/opbrengst voor hen)?
2. Welke betekenis geven zorgverleners in de forensische psychiatrie aan relationele zorg in de vorm van contact na behandeling?
3. Wat is de opbrengst van deze manier van zorg verlenen voor de samenleving in termen van recidive?

1.4. Onderzoeksopzet en methodologie

In dit onderzoek worden kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt om tot beantwoording van de deelvragen te komen. Het is een *mixed methods* onderzoek. De idee is dat door meerdere onderzoeksmethoden en -paradigmata te gebruiken, er een beter beeld ontstaat en de accuraatheid en betekenis van de conclusies vergroot worden (Kumar, 2014, p. 19).

De kwalitatieve onderzoeksmethoden worden ingezet om de praktijk van relationele zorg te schetsen en te begrijpen en om de waarde en betekenis van relationele zorg te onderzoeken. Het kwalitatieve onderzoek valt in de interpretatieve onderzoekstraditie (Morehouse, 2012): de opgedane kennis kan niet tot slechts één perspectief of oorzaak-gevolgrelatie gereduceerd worden. Het begrijpen van mensen kan niet zonder het perspectief van hun (complexe) sociale en culturele wereld. Terugdringen van recidive is de centrale opdracht van de forensische psychiatrie, dat wordt in dit onderzoek kwantitatief onderzocht.

De deelvragen worden beantwoord in vier deelstudies die, elk met een ander onderzoeksdesign, bijdragen aan het formuleren van een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. In de volgende paragrafen geef ik een overzicht van de vier deelstudies. In de betreffende hoofdstukken wordt de methodologische onderbouwing per deelstudie uitgebreid toegelicht en verantwoord.

1.4.1. De praktijk van relationele zorg

Door middel van participerende observatie (Creswell, 2013; DeWalt & DeWalt, 2011) op twee van de leefgroepen waar zorgontvangers met korte juridische titels verblijven, onderzoek ik hoe relationeel werken er in deze zorgpraktijk uitziet. In aanvulling daarop wordt een focusgroepbijeenkomst gehouden met een afvaardiging van zorgverleners van deze leefgroepen. Het doel van het focusgroepinterview is om het materiaal dat uit de observaties komt, kritisch te interpreteren. Het onderzoek is descriptief van aard: ik wil zo nauwkeurig mogelijk beschrijven wat er in de zorgpraktijk gebeurt. Het onderzoek is ook exploratief: ik ga op zoek naar onderliggende patronen en thema's. Van de observatie wordt een inductieve analyse (Boeije, 2005) gemaakt die de beschrijving kan onderbouwen. Door de analyse wordt inzichtelijk gemaakt of en zo ja hoe relationele zorg uitgevoerd wordt in deze praktijk. Het design van deze deelstudie wordt, inclusief relevante bronnen, volledig uitgewerkt in hoofdstuk 3.

1.4.2. De zorgontvangers

In een multiple-casestudy (Verschuren & Doorewaard, 2007) zullen levensverhalen en zorggeschiedenissen van acht zorgontvangers centraal staan. Dit narratieve, biografische onderzoek (Creswell, 2013) geeft antwoord op de vraag wat deze manier van werken betekent in de context van het leven en de eerdere hulpverleningsgeschiedenis van de betrokkenen. Deze reconstructie vindt plaats op basis van interviews. Het doel is comparatief, vergelijkenderwijs, het leven van de zorgontvangers in beeld te krijgen, de ervaren zorg daar in te passen en zo de waardering van de zorg inzichtelijk te maken. De interviews zullen inductief geanalyseerd worden in de narratieve traditie. Het design van deze deelstudie wordt in hoofdstuk 4 volledig uitgewerkt (inclusief de relevante bronnen).

1.4.3. De zorgverleners

Het doel van deze deelstudie is het geven van zicht op de ervaringen van werkers bij en de betekenis die zij verlenen aan het houden van contact met ex-cliënten na de behandeling. Dat zal in een *mixed methods* benadering onderzocht worden. De focus ligt op de uitkomst van de studie en de onderzoeksvragen, waarbij meerdere methoden van dataverzameling gebruikt worden. Om zicht te krijgen op de ervaringen van werkers zal een vragenlijst uitgezet worden, die gecombineerd wordt met een (kleine) dossierstudie. De betekenis die werkers geven aan het contact houden na behandeling, onderzoek ik door middel van een focusgroepbijeenkomst. Data-analyse wordt gedaan door inductieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2008). In hoofdstuk 5 wordt het design van deze deelstudie volledig verantwoord en met relevante bronnen onderbouwd.

1.4.4. Strafrechtelijke recidive

Door middel van kwantitatief multicenter dossieronderzoek bestudeer ik de strafrechtelijke recidive na behandeling onder artikel 37 WvSr (plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van één jaar). Hierbij gebruik ik de criteria van de WODC-recidivemonitor (Wartna, Blom, & Tollenaar, 2011). In het onderzoek zal de tweejaarlijkse strafrechtelijke recidive van drie groepen worden vergeleken. Groep één ($n = 45$) is tussen september 2012 en maart 2015 uitgestroomd en heeft relationele zorg en ‘contact na behandeling’ ontvangen. De tweede groep ($n = 43$) heeft voor 2010 ‘treatment as usual’ ontvangen in de FPK van Inforsa. De derde groep ($n = 23$) is samengesteld uit een vergelijkbare groep patiënten met artikel 37 WvSr die in de periode tussen september 2012 en maart 2015 is ontslagen uit de drie andere Forensisch Psychiatrische Klinieken in Nederland. Ik onderzoek in deze deelstudie de mogelijke opbrengst voor de samenleving in termen van vermindering van recidive. Het design van deze deelstudie wordt volledig verantwoord in hoofdstuk 6.

1.4.5. Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek worden bewaakt door het toepassen van methodische triangulatie (Boeije, 2005; Flick, 2014). Er wordt gebruik gemaakt van vier verschillende methoden van dataverzameling. Het doel hiervan is door middel van verschillende onderzoeksstrategieën de waarde en betekenis van relationele zorg in deze forensische zorgpraktijk van meerdere kanten te bestuderen en te bezien of er een samenhangend beeld ontstaat. In elke deelstudie worden de specifieke aspecten van validiteit en betrouwbaarheid behorende bij de onderzoeksmethode besproken. Ik verantwoord dit vooraf. Bij de beschreven onderzoeksmethodologie beschrijf ik met welke specifieke validiteits- en betrouwbaarheidsaspecten ik op welke manier rekening zal houden. Na elke deelstudie geef ik ook achteraf een terugblik op de validiteit en betrouwbaarheid van het deelonderzoek. Daar blik ik terug op het verloop van de studie, wat de beperkingen zijn en wat de conclusies derhalve zijn over de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de betreffende deelstudie.

1.4.6. Ethische aspecten

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de directie van Inforsa. De Wetenschapscommissie van Arkin (waar Inforsa een onderdeel van is) heeft toestemming gegeven voor het onderzoek. De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het VU medisch centrum heeft een verklaring afgegeven dat het onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt. Deze verklaring is opgenomen in bijlage 1. Voor het onderzoek naar de strafrechtelijke recidive heeft de Justitiële Informatiedienst (JID) toestemming gegeven, na positief advies van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC). Na inzage van de resultaten heeft de divisiedirecteur Forensische zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen toestemming gegeven voor (inter)nationale publicatie van de studie naar de strafrechtelijke recidive.

Alle deelnemers aan het onderzoek zijn hierover mondeling en schriftelijk door mij geïnformeerd. De schriftelijke uitleg (zie bijlage 2 voor een voorbeeld, dat gebruikt is

voor de narratieve studie) waarin ook de manier om met mij in contact te komen vermeld wordt, is uitgereikt aan alle (ex-)cliënten die deelnemen. Alle deelnemers tekenden het *informed consent* (zie bijlage 3). Deelname aan de studie is geheel vrijwillig en met alle deelnemers is besproken dat zij zich op elk moment, ook na de dataverzameling, alsnog zonder opgaaf van redenen mogen terugtrekken uit het onderzoek.

In verband met de privacy van de respondenten worden de *informed consents* niet bij het onderzoeksmateriaal bewaard, maar op een aparte usb-stick. De onderzoeksdata worden tot vijf jaar na de promotiedatum digitaal bewaard, daarna worden ze vernietigd. De gegevens van de strafrechtelijke recidive worden, conform de procedure van de JID eerder vernietigd: na de promotie.

1.5. Mijn persoonlijke betrokkenheid en drijfveren

In 2011 trad ik in dienst bij Arkin/Inforsa als manager bedrijfsvoering van de FPK. Tussen 2011 en 2014 ontwikkelden mijn duale collega psychiater Ivo van Outheusden en ik, samen met de medewerkers het beleid van duurzame verbinding. We schoolden ons in (het leidinggeven aan) de presentiebenadering en Ivo en ik onderhandelden en bespraken onze visie net zo lang met onze directeurs tot we toestemming kregen om het (ongefinancierde) contact na behandeling met onze ex-cliënten werkelijk te houden. In 2013 dachten we na over de mogelijkheid om wetenschappelijk (promotie)onderzoek te doen naar deze praktijk, hetgeen resulteerde in mijn toelating tot de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek per 1 januari 2014. In 2013 werd ook helder dat mijn functie door een reorganisatie zou verdwijnen, wat in 2014 werd geëffectueerd. Ik kreeg de functie van zorginnovator om de ingezette koers verder te ontwikkelen, onderhouden en onderzoeken en tevens om binnen heel Inforsa (niet alleen de FPK) innovaties te begeleiden. Tussen 2014 en eind 2017 heb ik meerdere taken en onderzoeken verricht. Het onderzoek naar deze forensische praktijk is wel 'het onderzoek' waar ik de afgelopen jaren het meest intensief mee bezig ben geweest. Dat had ik niet kunnen doen als manager. Bij deze innovatie ben ik persoonlijk betrokken. Ik heb de innovatie mede ontwikkeld. In de afgelopen vier jaar heb ik de rol van ontwikkelaar terzijde geschoven en die van onderzoeker op me genomen. Dat was voor anderen, vooral op de afdelingen, niet altijd eenvoudig te begrijpen. Ik werd bijvoorbeeld regelmatig gevraagd mee te denken of mijn mening te geven. In de methodische verantwoording van het betreffende deelonderzoek beschrijf ik hoe ik hiermee ben omgegaan.

Mijn betrokkenheid laat zich het best samenvatten door de bijzondere mogelijkheid die ik had om op twee manieren bij te dragen aan een innovatieve praktijk. Ik heb deze praktijk eerst mede ontwikkeld en vervolgens nauwgezet en diepgaand onderzocht. Ik ben dankbaar dat ik in de gelegenheid werd gesteld om beide te kunnen en mogen doen.

1.6. De opbouw van deze dissertatie en leeswijzer

Dit boek is, dit hoofdstuk meegeteld, opgebouwd uit zeven hoofdstukken.

In hoofdstuk 2 behandel ik het theoretisch kader waarop dit onderzoek is gestoeld. In hoofdstuk 3 wordt de eerste deelvraag, hoe een forensische praktijk van relationele zorg eruitziet, behandeld. In hoofdstuk 4 staat de vraag centraal wat de waarde en de betekenis van deze manier van zorg verlenen zijn voor de zorgontvangers. In hoofdstuk 5 gebeurt dit voor de zorgverleners. De studie naar de strafrechtelijke recidive is het onderwerp in hoofdstuk 6.

De hoofdstukken 3 tot en met 6 zijn de resultaten van de empirische onderzoeken die antwoord geven op de vier deelvragen. Omdat voor elk deelonderzoek een andere onderzoeksmethodologie is gekozen, presenteer ik deze hoofdstukken in de lijn van de structuur van wetenschappelijke publicaties in tijdschriften, met een beschrijving van de onderzoeksmethode(n), de resultaten, de conclusie en de discussie. Dit alles voeg ik samen in hoofdstuk 7, met een discussie over de gevonden resultaten in het licht van het hedendaagse forensische zorglandschap, met als conclusie de beantwoording van de hoofdvraag van het onderzoek. Daarna volgen de samenvattingen in het Nederlands en het Engels, de bijlagen, een dankwoord en een overzicht van publicaties en presentaties over deze studie.

In dit boek hebben alle mensen die deelnemen niet hun eigen naam. De (ex-)cliënten zowel als de familie en de zorgverleners. Voor velen van hen was dat helemaal niet nodig. Omwille van de privacy en omdat het doel van het onderzoek is om de praktijk te beschrijven en niet het acteren van een individueel persoon, heb ik hiervoor gekozen. De enige die geen andere naam heeft, ben ikzelf, de onderzoeker. In interviewfragmenten is dat terug te zien. Als ik wat zeg of vraag, staat er 'Petra'. Als de rol van de onderzoeker nader geëxpliciteerd wordt, doe ik dat ook in de ik-vorm. Dat is een minder gebruikelijke, maar bewuste keuze. Niet alleen bij relationele zorg, maar ook bij het onderzoeken hiervan, staat de relatie centraal. 'Ik' mocht er zijn, meedoen, toekijken en die ik was in dit geval geen willekeurige onderzoeker. Het is vanuit deze nabijheid dat dit onderzoek mogelijk was en ik kies ervoor om dat ook op deze manier uit te drukken.

Om de lezer door het woud van namen die in het empirische onderzoek voorkomen (hoofdstukken 3, 4 en 5 en de presentietheoretische bijlage behorende bij hoofdstuk 3) te leiden, is bijlage 4 opgenomen. In die bijlage staan alle namen van deelnemers aan het onderzoek en hun rol of functie. In sommige fragmenten is het namelijk niet meteen helder wie de werker en wie de cliënt is, of vanuit welke rol de werker spreekt. De bijlage kan daar verheldering in bieden. Daar staat ook een toelichting op de presentatie van de data uit het kwalitatief empirisch onderzoek.

Naar gelang de context gebruik ik verschillende omschrijvingen voor de zorgontvangers: cliënten, patiënten, justitiabelen, mensen, personen. Soms kies ik voor de woordkeuze uit de literatuur of wat anderen gebruiken. Dan weer bepaal ik zelf wat in de tekst de beste benaming zal zijn. Hetzelfde geldt voor de zorgverleners: hulpverleners, professionals, werkers. Of indien relevant de specifieke benaming: groepsleiding, behandelaar of psychiater.

Rest mij u op deze plek veel leesplezier te wensen!