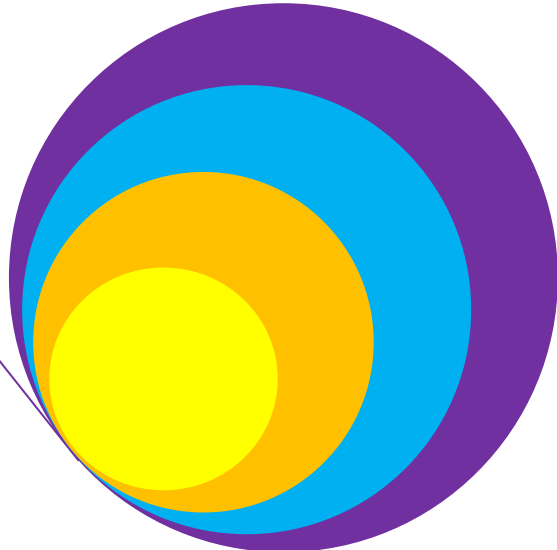


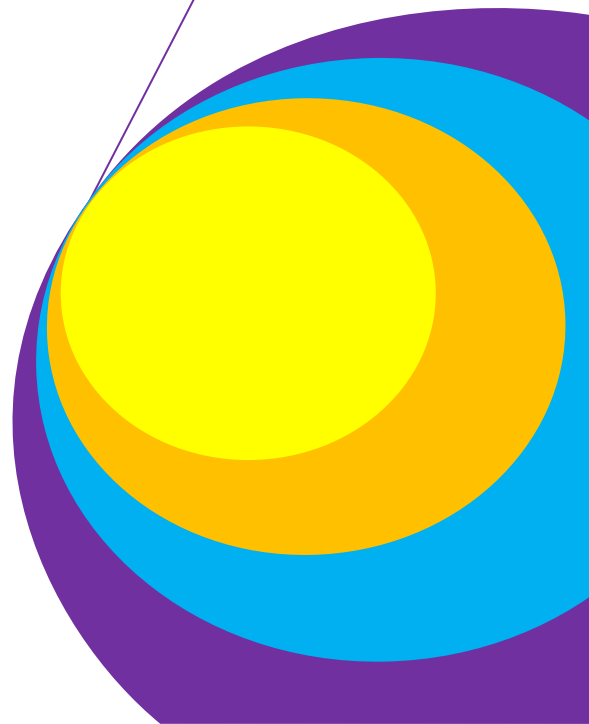
De zelfredzame cliënt

Het behouden en bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten binnen het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP) te Assen

Melissa de Boer
Loes van Groningen à Stuling

Onderzoeksoopdracht jaar 4, Social Work
Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen

Centrum
Verstandelijke Beperking
en Psychiatrie



De zelfredzame cliënt

Het behouden en bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten binnen het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP) te Assen

Auteurs	: Melissa de Boer & Loes van Groningen à Stuling
Studentnummers	: 328744 en 322050
Onderwijsinstelling	: Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen
Opleiding	: Social Work (MWD)
Cursus	: Onderzoeksopdracht jaar 4, SSVB16OO/SSDB16OO
Docent	: Isabell Drewes
Instelling	: Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie te Assen
Opdrachtgever	: Ignaas Folkers
Datum	: 07-06-2018
Aantal woorden	: 11.810



Voorwoord

In het kader van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening van de Academie voor Sociale Studies is onderzoek verricht naar de zelfredzaamheid van de cliënten binnen het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie in Assen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden van februari 2018 tot juni 2018.

Allereerst willen wij Ignaas Folkers, leidinggevende binnen het centrum, bedanken voor alle hulp die wij van hem mochten ontvangen. Ook willen wij de medewerkers en cliënten van het CVBP bedanken dat wij het onderzoek, dankzij hun medewerking, hebben kunnen uitvoeren. Tot slot willen wij Isabell Drewes bedanken en daarnaast onze studiegenoten voor de begeleiding, het meedenken en de feedback die wij van hen mochten ontvangen.

Assen, 7 juni 2018

Melissa de Boer

Loes van Groningen à Stuling



Samenvatting

Door de vele bezuinigingen in de zorg lijkt in de afgelopen jaren een verandering te hebben plaatsgevonden van de manier waarop de overheid voor haar burgers zorgt. Hierdoor worden burgers gedwongen zelfredzamer te zijn. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met een psychische stoornis kan het lastig zijn om op hun zelfstandigheid aangewezen te zijn.

Uit de eerste gesprekken met het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie is gebleken dat de vraag vanuit het centrum is in hoeverre cliënten zelfredzaam zijn en hoe de medewerkers hieraan bijdragen, dus hoe dit bevorderd kan worden en wat medewerkers hierin kunnen betekenen. Om deze doelstelling te behalen is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

‘Hoe dragen sociaal werkers binnen het Centrum Verstandelijke Beperking Psychiatrie (CVBP) bij aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt?’

Uit de literatuur komt naar voren dat het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt bij het ontwikkelen en behouden van zelfredzaamheid. Bij ‘zelfredzaamheid’ draait het om met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden. In het verlengde van de term zelfredzaamheid staat de term ‘samenredzaamheid’. Bij samenredzaamheid ligt de nadruk het samenwerken met het sociaal netwerk.

Ter bevordering van zelfredzaamheid bestaan een aantal methodieken. Binnen het CVBP staat de methodiek ‘Oplossingsgericht werken’ centraal. Deze methodiek richt zich op het activerend, motiverend en effectief begeleiden van de cliënt.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn interviews afgenomen onder verschillende medewerkers, namelijk de behandelcoördinator, twee groepsmedewerkers van de kliniek, een werknemer van de dagbesteding en de psychomotorisch therapeut. Daarnaast zijn twee cliënten, die opgenomen zijn binnen het centrum, geïnterviewd. Bij de interviews is onder andere naar de kijk op zelfredzaamheid, de invloeden op zelfredzaamheid en methodieken gevraagd.

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat de medewerkers het sociaal netwerk als belangrijk aspect zien bij de zelfredzaamheid van de cliënten. De geïnterviewde cliënten geven aan zelf veel steun van hun familie en vrienden te ervaren. Daarnaast komt uit de resultaten naar voren dat medewerkers de methodiek Oplossingsgericht werken niet optimaal gebruiken. Alle medewerkers geven aan dat per cliënt gekeken zal moeten worden naar de begeleidingsbehoefte, omdat iedere cliënt een ander niveau heeft. Daarnaast bestaat verschil in de mate van zelfredzaamheid. Ook blijkt vanuit de resultaten dat verveling tijdens rustmomenten een rol speelt bij de cliënten.

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat op meerdere manieren bijgedragen wordt aan de (bevordering van) zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP. Dit wordt gedaan door naar de behoefte, het niveau én de reden van opname van iedere cliënt te kijken. Daarentegen is vanuit het team geregeld sprake van onderstimulatie van cliënten. Zo nu en dan worden zaken voor cliënten geregeld of bepaald zonder dat cliënten hierbij betrokken worden.

De aanbevelingen die naar aanleiding van dit onderzoek gedaan kunnen worden hebben betrekking op het hanteren van een methodiek, de samenwerking met cliënten meer opzoeken en het ter discussie stellen van rustmomenten.



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
1.1	Context	6
1.2	Probleemanalyse	6
1.3	Doelstelling	7
1.4	Vraagstelling	7
1.5	Leeswijzer	8
2.	Zelfredzaamheid	9
2.1	Zelfredzaamheid en samenredzaamheid	9
2.2	Zelfredzaamheid van mensen met een licht verstandelijke beperking binnen de psychiatrie	11
	De doelgroep en zelfredzaamheid	11
	De doelgroep en burgerschap	12
	De doelgroep en de begeleidingsbehoefte	12
2.3	Methodieken ter bevordering van zelfredzaamheid	13
2.4	Conclusie	16
3.	Methodehoofdstuk	18
3.1	Type onderzoek	18
3.2	Respondenten/informatiebronnen	18
3.3	Beschrijving van het onderzoeksinstrument	19
3.4	Procedure van de gegevensverzameling	21
3.5	Analyseplan	22
4.	Resultaten	23
4.1	Resultaten interview behandelcoördinator	23
4.2	Resultaten interview groepsmedewerkers	24
4.3	Resultaten interview medewerker dagbesteding	25
4.4	Resultaten interview psychomotorisch therapeut	26
4.5	Resultaten interview cliënten	27
4.6	Opvallende zaken vanuit de resultaten	28
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen	29
5.1	Conclusie	29
5.2	Discussie	29



5.3 Aanbevelingen.....	32
6. Literatuurlijst	34
Bijlagen.....	37
1. Interview medewerkers	37
2. Interview cliënten.....	38
3. Praktijkvoorbeeld Community Support.....	39
4. Uitwerking Zelfredzaamheid-Matrix.....	41
5. Beoordeling zorgvuldigheid door opdrachtgever.....	42



1. Inleiding

Dit onderzoeksrapport is geschreven vanuit de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening van de Hanzehogeschool in Groningen en dient als afstudeeropdracht. De uitvoering van het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie in Assen, dat in de rest van het rapport aangeduid zal worden als het CVBP. Het centrum is onderdeel van GGZ Drenthe.

Het onderzoek is uitgevoerd door twee vierdejaars studenten. Het onderzoek heeft betrekking op de mate van zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP. Daarnaast wordt gekeken in hoeverre de medewerkers aan de zelfredzaamheid bijdragen. In dit hoofdstuk wordt allereerst de context van het onderzoek weergegeven. Vervolgens komt de probleemanalyse aan bod, waarna de doel- en vraagstelling naar voren komen. Ten slotte staan in de leeswijzer de onderdelen van het rapport vermeld.

1.1 Context

GGZ Drenthe is een organisatie die werkt aan herstel. Dit herstel richt zich op de genezing en/of het leren omgaan met een psychisch probleem. De missie van GGZ Drenthe is het met bevoegdheid en respect voor eigenheid van mensen toewerken naar herstel, optimaal welzijn en welbevinden (GGZ Drenthe, 2018a). Het CVBP is een onderdeel van GGZ Drenthe. Wanneer er vragen zijn met betrekking tot een verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problemen, gedragsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen of somatische problemen, kunnen cliënten, ouders, hulpverleners of instanties terecht bij het CVBP. Het Centrum VBP bestaat uit een polikliniek en een kliniek. De kliniek van het CVBP heeft ruimte voor crisisplaatsingen en biedt klinische diagnostiek. De hulpverlening vindt plaats in zowel onvrijwillig kader als in vrijwillig kader (Hubers, Huiskamp, Schlee & Van Mossel, 2015). De teamleider van het CVBP heeft verteld dat de kliniek bestaat uit vier vleugels: drie voor klinische diagnostiek en één voor crisiszorg. Iedere vleugel telt ongeveer acht meerderjarige cliënten. De cliënten hebben een licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met een psychische stoornis. In de meeste gevallen verblijven cliënten die voor klinische diagnostiek en behandeling opgenomen zijn drie tot negen maanden binnen de kliniek. Cliënten die voor crisis opgenomen zijn, blijven maximaal zes weken. De kliniek telt ongeveer 40 medewerkers, waaronder psychologen, psychiaters, artsen, orthopedagogen en agogisch medewerkers (I. Folkers, persoonlijke communicatie, 5 februari 2018).

Het doel van het CVBP is om in samenwerking met de cliënt naar een passende oplossing te zoeken voor zijn/haar problemen. Hierbij ligt de nadruk op de individuele levensloop van cliënten. Er wordt gekeken naar enerzijds levensfasen en anderzijds hulpverleningstrajecten in verleden, heden en toekomst (GGZ Drenthe, 2018a).

1.2 Probleemanalyse

Binnen GGZ Drenthe zijn cliënten met een verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische stoornis in behandeling. De cliënten hebben vaak een beperkt sociaal netwerk en zijn afhankelijk van hulpverlening. Het CVBP dient als tijdelijke woonplek. De bedoeling is dat cliënten na een bepaalde periode naar huis gaan of naar een vervolginstelling (I. Folkers, persoonlijke communicatie, 5 februari 2018).

Zelfredzaamheid is van belang om je binnen de maatschappij staande te kunnen houden. Het is belangrijk om zelf keuzes te kunnen maken om zo je leven op je eigen manier te kunnen leiden, ofwel zelfredzaam te kunnen zijn (Movisie, 2013a).



Door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) die in 2007 van start is gegaan, hebben veel veranderingen plaatsgevonden rondom de financiering van de zorg. Er is veel bezuinigd op de zorg, waardoor cliënten tegenwoordig meer op hun zelfredzaamheid worden aangesproken. In vergelijking met Nederland heeft iedere inwoner in Engeland recht op gratis gezondheidszorg, waardoor mensen sneller de steun van de huisarts, specialistische behandeling in het ziekenhuis en geestelijke gezondheidszorg kunnen inschakelen (ZorgWijzer.nl, 2016).

In Nederland wordt tegenwoordig van de maatschappij meer samenredzaamheid verwacht. Dit houdt in dat mensen met een psychische aandoening en/of een verstandelijke beperking meer aangewezen zijn op de ondersteuning vanuit het sociaal netwerk. Zo staan deze mensen niet alleen, maar worden ze vanuit hun omgeving geholpen (Overheid.nl, 2018).

Het CVBP streeft, samen met de cliënt, naar het zoeken van passende oplossingen voor de cliënt zijn of haar problemen. Hierbij staat de cliënt centraal (GGZ Drenthe, 2018a). Vanuit het CVBP is de vraag ontstaan in hoeverre cliënten daadwerkelijk zelfredzaam (kunnen) zijn. In dit rapport wordt het onderzoek weergegeven wat gedaan is naar in hoeverre de sociaal werkers de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen. Ook zal worden gekeken naar welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ter bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP.

1.3 Doelstelling

Het doel is te onderzoeken hoe professionals de zelfredzaamheid van de cliënt stimuleren en hoe dit, zo nodig, verbeterd kan worden. Hierbij wordt gekeken naar wat binnen de kliniek kan worden aangepast en/of ontwikkeld ten aanzien van dit thema, zodat cliënten hun zelfredzaamheid ook daadwerkelijk zullen toepassen binnen hun maatschappelijke rol als burger. Door dit te onderzoeken wordt duidelijk wat sterke en minder sterke punten zijn van de betrokken professionals ten aanzien van dit thema. Aan de hand daarvan zullen aanbevelingen worden gedaan om eventuele verbeterkansen aan te dragen.

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

‘Hoe dragen sociaal werkers binnen het CVBP bij aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt?’

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn allereerst voor- en deelvragen opgesteld.

Voorvragen:

1. Wat wordt verstaan onder zelfredzaamheid en samenredzaamheid en wat is het belang van deze termen?
2. Hoe ziet zelfredzaamheid in de psychiatrie eruit?
3. Welke methodieken bestaan ter bevordering van zelfredzaamheid?



Deelvragen:

1. Wat verstaan sociaal werkers onder zelfredzaamheid van de cliënt?
2. Op welke wijze dragen de sociaal werkers bij aan het behouden en ontwikkelen van de zelfredzaamheid van de cliënt?
3. In hoeverre behouden en ontwikkelen cliënten binnen het CVBP hun zelfredzaamheid zowel tijdens de behandeling als in vrije tijd?
4. Wat is de invloed van het sociaal netwerk van de cliënt?
5. Wat is de invloed van de groepsdynamiek op de zelfredzaamheid van cliënten?
6. Hoe draagt de methodiek 'Oplossingsgericht werken' bij aan de zelfredzaamheid van cliënten?

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt door middel van wetenschappelijke literatuur antwoord gegeven op de voorvragen met betrekking tot de zelfredzaamheid van de doelgroep. Hoofdstuk 3 beschrijft de methode van het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt benoemd welke onderzoeksinstrumenten worden gebruikt, namelijk interviews. In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten van de interviews weergegeven en vergeleken. In hoofdstuk 5, het laatste hoofdstuk, zijn de conclusie, discussie en aanbevelingen te lezen. Hierop volgend staat de literatuurlijst weergegeven en tot slot zijn in de bijlagen de interviews te vinden.



2. Zelfredzaamheid

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt beschreven wat de termen zelfredzaamheid en samenredzaamheid inhouden. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf een koppeling gemaakt tussen zelfredzaamheid en de psychiatrie. In de laatste paragraaf wordt weergegeven welke methodieken er bestaan ter bevordering van zelfredzaamheid. Er wordt hierbij ook gekeken naar welke methodieken al in gebruik zijn binnen het CVBP. Ten slotte is een conclusie van dit hoofdstuk te lezen, waarin de relevantie van de literatuur wordt toegelicht voor het veldonderzoek.

Mensen met een LVB hebben een verhoogde kans om op een bepaald moment in hun leven een psychische stoornis te ontwikkelen. Zij moeten leven in een toenemend ingewikkelde maatschappij die hoge eisen stelt aan hun cognitieve en adaptieve vaardigheden. Wanneer er ook nog eens onvoldoende steun is vanuit het eigen netwerk, is de kans op een stoornis groot (Didden, Groen, Moonen & Troost, 2016).

2.1 Zelfredzaamheid en samenredzaamheid

Huidige maatschappelijke ontwikkelingen vragen kennis van iedereen die betrokken is bij de begeleiding en hulpverlening van mensen met een LVB en psychische stoornissen. Voorbeelden hiervan zijn de toenemende nadruk op zelfredzaamheid in een participatiesamenleving en de transitie van zorgtaken van rijk naar gemeente. Daarnaast spelen ook inhoudelijke ontwikkelingen zoals de introductie van de DSM-5 en nieuwe inzichten in diagnostiek, begeleiding en behandeling een belangrijke rol (Didden et al., 2016). Het kabinet-Rutte draagt zelfredzaamheid hoog in het vaandel. Minister Mark Rutte vatte het nieuwe motto in één zin samen in een Kamerdebat op 7 december 2011: “We willen mensen stimuleren meer zelf te doen” (Cloïn & Peeters, 2012).

Het lijkt erop dat de mate waarin de overheid nu voor haar burgers zorgt erg veranderd is in de afgelopen jaren. Dit zorgt ervoor dat burgers gedwongen worden zelfredzamer te zijn. ‘De verzorgingsstaat is te duur geworden’ is een veelgebruikte zin tegenwoordig. Deskundigen stellen dat het goed is dat burgers zo lang mogelijk voor zichzelf en anderen zorgen. Dit is het gevolg van de bezuinigingen in de zorg (Cloïn & Peeters, 2012).

Volgens de Staatssecretaris Edith Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan pas beroep worden gedaan op voorzieningen van de overheid als mensen zelf eerst ingezet hebben op ‘zelfredzaamheid’, ‘eigen verantwoordelijkheid’ en ‘eigen kracht’.

Door het inschakelen van informele netwerken voor zorg en ondersteuning, worden de zelfredzaamheid en de bezuinigingen in de praktijk gebracht (Hoek, 2014).

Wanneer mensen hun eigen netwerk kunnen inschakelen in plaats van afhankelijk te zijn van door de overheid betaalde professionele zorg, worden mensen meer zelfredzaam genoemd (Movisie, 2013b).

De definitie van zelfredzaamheid

Volgens Gruijter et al. (zoals weergegeven in Hoek, 2014) wordt de term zelfredzaamheid in het kader van de WMO als volgt beschreven: *het lichamelijke, verstandelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken.*



De Boer en Van der Lans (zoals weergegeven in Hoek, 2014) geven de volgende beschrijving voor de term zelfredzaamheid in het kader van maatschappelijk werk en dienstverlening: *het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden.*

Op basis van de bovenstaande definities kan het begrip zelfredzaamheid voor de sector zorg en welzijn als volgt omschreven worden: *het lichamelijke, verstandelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen met zo min mogelijk steun van de overheid.*

Het begrip zelfredzaamheid betekent niet voor alle mensen en situaties hetzelfde. In onderstaande piramide (figuur 1: Piramide van zelfredzaamheid) is een verdeling te zien waarin de afhankelijkheid en ondersteuning van de bevolking is weergegeven (Movisie, 2013b).



Figuur 1: Piramide van zelfredzaamheid

De één procent 'niet bij machte de regie ooit terug te krijgen', bestaat uit de doelgroep van bemoeizorg. De beschikbaarheid van bemoeizorg en de aansluiting op de reguliere zorg zijn voor deze doelgroep belangrijk.

De mensen met zware psychische of lichamelijke beperkingen, die permanent opgenomen zijn én hun wensen en voorkeuren niet/nauwelijks kenbaar kunnen maken behoren tot de vier procent van de bevolking. Deze mensen zijn afhankelijk van permanente zorg. Zij kunnen de regie niet actief voeren, maar doordat de hulp aansluit bij deze personen, kunnen zij op deze manier toch kenbaar maken wat zij prettig en belangrijk vinden. Vaak hebben mensen die permanent afhankelijk zijn van ondersteuning te maken met meerdere ondersteuners, namelijk mantelzorgers, vrijwilligers en professionals. Het is voor mensen die afhankelijk zijn van ondersteuning belangrijk dat vormen van hulp goed aansluiten bij de hulpvraag.

Voor mensen die afhankelijk zijn van ondersteuning is het belangrijk dat de ondersteuners aansluiten bij het leven van deze personen en bij dat wat zij belangrijk vinden. Als ondersteuners zich volgend opstellen, laten zij ruimte open voor de personen om de regie over het leven en ondersteuning te blijven voeren.

De mensen die geheel zelfstandig levend zijn, dus de mensen die het goed redden, hebben de mogelijkheden om meer zelf te doen. Voorbeelden hiervan zijn het doen van vrijwilligerswerk en burgerinitiatieven. Voor deze laag van de piramide is het dan ook



belangrijk dat zij de ruimte krijgen om keuzes op gebied van wonen, werken en vrije tijd op hun eigen manier te kunnen maken (Movisie, 2013b).

Samenredzaamheid

Het begrip 'samenredzaamheid' wordt ook wel gebruikt als alternatief voor de term 'zelfredzaamheid'. De nadruk ligt op het feit dat iemand verminderd zelfredzaam kan zijn, maar met hulp van lotgenoten, het eigen netwerk en overige vormen van informele zorg toch mee kan doen in de samenleving zonder hierbij hulp te ontvangen van de overheid (Movisie, 2013b).

2.2 Zelfredzaamheid van mensen met een licht verstandelijke beperking binnen de psychiatrie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de zelfredzaamheid binnen de psychiatrie. Er wordt een beeld gegeven van wat de zelfredzaamheid voor specifiek cliënten binnen de psychiatrie met een LVB inhoudt. Verder wordt ingegaan op burgerschap van mensen met een beperking; in hoeverre er sprake is van burgerschap en wat de mogelijkheden hierin zijn. Tot slot wordt de begeleidingsbehoefte van de doelgroep beschreven.

De doelgroep en zelfredzaamheid

Net als in de samenleving is ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sterk in beweging: zelfredzaamheid en eigen kracht spelen een steeds belangrijkere rol (Den Boer, 2014). Er ontstaat al makkelijk een geïsoleerd bestaan wanneer niet deelgenomen kan worden aan reguliere voorzieningen, diensten en activiteiten. Er wordt van burgers verwacht dat zij een zelfstandig bestaan kunnen leiden. Ze zijn steeds meer aangewezen op zelfredzaamheid en hulp uit de directe omgeving, voordat een beroep kan worden gedaan op de directe omgeving. Het leven in een samenleving is voor deze doelgroep niet eenvoudig (Dankers, 2016).

Zoals beschreven in hoofdstuk 2.1, hebben mensen met psychische, verstandelijke of lichamelijke beperkingen permanente zorg nodig.

Verder spelen al sinds 2002 een aantal complicerende factoren voor mensen met een beperking een rol (Schuurman, 2002):

- Binnen de samenleving hebben twee groeperingen met elkaar te maken. Mensen met een psychische beperking, inclusief hun noden en wensen, leven samen met de lokale samenleving, dus mensen zonder een psychische beperking die ook zelfredzaam zijn. Hierbij kan sprake zijn van enerzijds de bereidheid om te ondersteunen van de mensen uit de lokale samenleving en anderzijds weerstand om te ondersteunen, of om mensen met een beperking op te nemen.
- Binnen de populatie van mensen met een psychische beperking is sprake van een grote diversiteit; bijvoorbeeld in de aard en ernst van de beperking, de persoonlijke geschiedenis en de zelfredzaamheid. Deze diversiteit vraagt om een consequente en persoonlijke aanpak, omdat dit bij veranderingen die bedoeld zijn om participatie in de samenleving te vergroten, van groot belang is.
- De overgang naar leven in de lokale samenleving kost tijd en is dus een proces. Dit houdt in dat niet alles vooraf voorzien kan worden. Constante alertheid en sturing vanuit de zorgverleners en betrokkenen van de cliënt, is gedurende het gehele



hulpverleningsproces van belang. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het verloop, de voortgang en de resultaten van het hulpverleningsproces.

De doelgroep en burgerschap

Mensen met een beperking hebben dezelfde rechten als ieder ander. De rechten van mensen met een beperking staan beschreven in het VN-verdrag handicap. Dit verdrag omschrijft alle terreinen van het leven, zoals onderwijs, werk, toegankelijkheid tot informatie en wonen. Verder geldt in Nederland de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte, een wet die discriminatie verbiedt.

Het verdrag verplicht de overheid te zorgen voor een samenleving waarin iedereen mee kan doen en keuzevrijheid heeft. Mensen met een beperking hebben, net als ieder ander, het recht om deel te nemen aan sport, cultuur en recreatie. Ze hebben het recht om zelfstandig te wonen en zelf beslissingen te nemen (zo nodig met ondersteuning). Dit wordt de inclusieve samenleving genoemd (College voor de Rechten van de Mens, 2018).

Het begrip 'inclusie' kan volgens Scholten en Schuurman (zoals weergegeven in Schuurman & Nass, 2015) als volgt worden gedefinieerd:

“De situatie waarin iemand geen obstakels ervaart om mee te kunnen doen aan de samenleving en specifieke maatregelen voor mensen met een beperking vrijwel niet nodig zijn. Het betekent dat iedereen ongeacht zijn achtergrond of huidige situatie er als vanzelfsprekend bij hoort, ervaart dat hij welkom is en contact kan maken met zijn omgeving.”

Om deel te kunnen nemen aan de maatschappij en een actief burgerschapsbestaan te kunnen leiden, vergt dit betrokkenheid van de omgeving van de persoon met een beperking. Steeds meer burgers met een verstandelijke en/of psychische beperking wonen in een wijk, in reguliere woningen waar ze vaak (begeleid) zelfstandig wonen. Sociale integratie is hierbij niet vanzelfsprekend; burgers met een beperking blijken vaak een klein sociaal netwerk te hebben, waarbij dit voornamelijk bestaat uit contact met familie en begeleiders (Mogendorff, Tonkens & Verplanke, 2012). Eigen kracht en verantwoordelijkheid van de burger worden steeds belangrijker. Het is hierbij van belang dat mensen met een beperking hierin steun ervaren vanuit hun sociaal netwerk, die hierin een ondersteuningsfunctie kunnen vervullen (Vilans, z.d.).

Echter is aangetoond dat wanneer te veel taken uit handen worden genomen om voorbeeldgedrag te laten zien, het risico op 'learned helplessness' ontstaat. Learned helplessness betekent aangeleerde hulpeloosheid. Wanneer mensen gaan geloven dat zij geen controle hebben over wat er met hen gebeurt, beginnen ze te denken, voelen en handelen alsof zij hulpeloos zijn. Het is aangeleerd gedrag, geconditioneerd door ervaringen waarin de persoon denkt te geloven geen controle te hebben over een situatie of omstandigheden (PositivePsychologyProgram, 2018).

De doelgroep en de begeleidingsbehoefte

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak te maken met een grote diversiteit aan problemen. Doordat mensen met een verstandelijke handicap vaak geen uiterlijke kenmerken hebben waaraan hun beperking te herkennen is, worden zij vaak op een te hoog niveau ingeschat. Volgens Diepenhorst en Hollander (zoals weergegeven in Zoon, 2011)



verwacht de omgeving van deze mensen dan teveel, wat leidt tot frustratie en faalervaringen, zowel bij de cliënt als diens omgeving.

Er wordt vaak een beroep gedaan op uiteenlopende hulpverleningsinstanties, van waaruit ze weer doorverwezen worden. Uiteindelijk krijgen de mensen met een verstandelijke beperking dan vaak niet de ondersteuning die ze nodig hebben en bevinden zich daarom net vaak tussen wal en schip (Soenen, 2016). Soenen (2016) constateerde dat cliënten met een LVB zich erg van elkaar kunnen onderscheiden, met name in hun begeleidingsbehoefte. Deze behoefte is bij iedereen verschillend. Er moet goed gekeken worden naar de zorgbehoefte, waarin duidelijk wordt wat de zorgvraag wordt en in hoeverre deze zorg geboden kan worden. Op deze manier kan betere zorg geboden worden, zodat de cliënten beter kunnen functioneren. Ondanks dat er een grote complexiteit is aan problemen van mensen met een LVB, zijn er ook vaak eigenschappen die gedeeld worden; er is veelal sprake van aanwezigheid van gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek. Vanuit de doelgroep is behoefte aan ondersteuning: deze is vaak groot en complex en zelfs van vergelijkbaar niveau als van mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking. Dit komt omdat problemen waar ze mee kampen nooit één en hetzelfde zijn en vaak ook niet direct zichtbaar, waar dat bij mensen met een zwaardere beperking wel sneller duidelijk is. De groep van mensen met een LVB is heel divers, zowel op het gebied van de problemen die spelen als op het gebied van ondersteuningsbehoeften. Ze hebben moeite met leren, hebben gedrags- en/of psychiatrische problemen en hebben vaak moeite met maatschappelijk functioneren. Door de diversiteit is het voor zowel de doelgroep als de hulpverlening lastig om de gepaste ondersteuning te vinden en in te zetten (Soenen, 2016). Het lijkt voor hulpverleners een bijzondere uitdaging om te werken met patiënten met een LVB. Dit kan met name spelen wanneer het cliënten met een niet-westerse achtergrond betreft. Beide partijen worden immers geconfronteerd met cultuurverschillen die moeten worden overbrugd. Hulpverleners dienen hierbij flexibel te zijn bij het zoeken naar een manier van omgaan met de patiënt zijn systeem (Didden et al., 2016).

2.3 Methodieken ter bevordering van zelfredzaamheid

Ter bevordering van zelfredzaamheid zijn verschillende methodieken te benoemen. Binnen het CVBP wordt gewerkt met de methode Oplossingsgericht werken. Deze methodiek is gericht op het activerend, motiverend en effectief begeleiden van de cliënt (De uitzondering, 2016). Het doel van Oplossingsgericht werken is het in staat stellen van mensen om samen met hun omgeving een probleem op hun eigen manier aan te pakken (Movisie, 2017).

Naast de methodiek Oplossingsgericht werken, zijn ook een aantal andere methodieken te benoemen met betrekking tot zelfredzaamheid. De methodieken die in deze paragraaf aan bod komen, zijn: Oplossingsgericht werken, Community Support, Zelfredzaamheid-Matrix en het Eigen Initiatief Model. Deze methodieken worden toegelicht, omdat deze allemaal geschikt zijn voor de doelgroep, namelijk mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met een psychische stoornis.

Naast deze methodieken, wordt de Noord-Amerikaanse Strengths Based Benadering, ofwel het Krachtgericht werken toegelicht. Deze methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor de GGZ (Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2013).



Oplossingsgericht werken

De methodiek Oplossingsgericht werken is ontwikkeld door De Shazer en Berg in de Verenigde Staten. De methodiek is bedoeld voor mensen die zich niet in staat voelen om zelf, of met hulp van mensen in hun omgeving, hun problemen aan te pakken. Dit wil zeggen dat ze tekortschieten op hun eigen oplossend vermogen. Een tekortschietend eigen vermogen heeft de volgende kenmerken:

1. Verlies aan eigen kracht: Iemand acht zichzelf niet meer in staat om zelfstandig of met hulp vanuit zijn/haar directe omgeving problemen aan te pakken. Hij of zij kan niet meer voldoen aan de eisen en/of verwachtingen die gesteld worden;
2. Verlies van copingvaardigheden: Bij het hanteren van problemen ervaart men dat kennis en/of vaardigheden missen;
3. Verlies aan zelfbeschikking: Het probleem heeft een grote invloed op de persoon, waardoor hij/zij de greep op (een deel van) het leven verliest (Movisie, 2017).

Zoals in hoofdstuk 2.1 eerder beschreven is, hebben mensen met psychische, verstandelijke of lichamelijke beperkingen permanente zorg nodig. Doordat Oplossingsgericht werken gericht is op het activerend, motiverend en effectief begeleiden van de cliënt, is deze methode onderdeel van deze permanente zorg.

Oplossingsgerichte therapie blijkt voor mensen met een licht verstandelijke beperking effectiever dan reguliere begeleiding. Naast dat het de veerkracht en het sociaal en psychisch welbevinden van mensen verbetert, bereiken mensen hun doelen ook beter (Klik, 2012).

Al in 2007 werd duidelijk door middel van effectenonderzoek naar Oplossingsgericht werken bij interpersoonlijke therapie vergelijkbare of betere resultaten ten opzichte van de toepassing van de methodiek bij normaal begaafde personen opleveren (Roeden & Bannink, 2007).

Voorbeelden van oplossingsgerichte vragen zijn (Bannink, 2013):

- Wat wilt u voor het probleem in de plaats?
- Hoe zal u leven eruit zien als het probleem er niet meer is?
- Als u 'droomt' over hoe u wilt dat u leven er in de toekomst uit ziet, wat droomt u dan?

Naast de methode Oplossingsgericht Werken, die binnen het CVBP gehanteerd wordt, zijn er nog een aantal andere methodieken te benoemen waarin de zelfredzaamheid van de cliënt bevorderd wordt. Deze methodieken worden echter niet gebruikt binnen het CVBP. De methodieken worden hieronder nader toegelicht.

Community Support

De methodiek Community Support heeft als belangrijk component het vergroten en verbeteren van de zelfredzaamheid en samenredzaamheid. Bij het ondersteunen van het oplossen van alledaagse problemen is de methodiek Community Support een effectieve hulpverleningsmethodiek. Het uitgangspunt van de methodiek is dat de cliënt de zelfredzaamheid verbetert en daarbij zijn of haar sociaal netwerk benut om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven (Community Support, z.d.).



Mensen met een lage samenredzaamheid worden in de interventie Community Support ondersteund door een supportmedewerker. De supportmedewerker gaat uit van de mogelijkheden en krachten van de cliënt. Deze componenten zijn dan ook van essentieel belang in de basishouding van de medewerker. De supportmedewerker is een persoon die zich goed kan inleven in het leven van de cliënt. Daarnaast helpt de medewerker de klant te ondersteunen bij het behalen van zijn/haar doelen. De focus in de benadering ligt op het feit dat de cliënt zijn eigen kracht benut en steun in zijn omgeving zoekt (Movisie, 2015a).

In bijlage 3 van dit rapport is een praktijkvoorbeeld weergegeven van Community Support (Movisie, 2013c).

Zelfredzaamheid-Matrix

De zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) brengt de mate van zelfredzaamheid van de cliënt in beeld. Deze methode kan worden gebruikt bij de intake, de voortgang en bij de afsluiting van het behandelproces van de cliënt. Om het proces zo goed mogelijk te kunnen analyseren, wordt het traject op meerdere momenten getoetst.

De ZRM bestudeert de zelfredzaamheid van de cliënt op verschillende gebieden. Voorbeelden van deze gebieden zijn: werk & opleiding, huiselijke relaties en maatschappelijke participatie.

Welke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen is per leefgebied aangegeven (Movisie, 2018). In bijlage 4 van dit rapport is een uitwerking te vinden van de zelfredzaamheid-Matrix (Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Tigchelaar & Fassaert, 2013).

Eigen initiatief model

Het Eigen initiatief model (EIM) is een methode die speciaal ontwikkeld is voor mensen met een verstandelijke beperking en hun begeleiders en familie. Deze methode is bedoeld voor het vergroten van de redzaamheid in het dagelijks leven. Het model gaat ervan uit dat mensen met een verstandelijke beperking zelf vaardigheden kunnen aanleren en zelfstandig kunnen denken. Hierdoor leren ze om zelf na te denken over verschillende mogelijkheden. Het EIM helpt de zelfstandigheid van cliënten in het dagelijks leven te vergroten (Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2013).

Door middel van het EIM leren cliënten zelf na te denken over hun mogelijkheden in verschillende situaties (Movisie, 2015b).

Het EIM bestaat uit drie denkfases. Deze fasen leert de cliënt toe te passen bij de taken die hij/zij uitvoert. De fasen luiden als volgt:

Fase 1: Oriënteren: Voordat men ergens aan begint moet eerst nagedacht worden over een plan voor het doel.

Fase 2: Uitvoeren: Terwijl aan een doel gewerkt wordt blijft men nadenken en in de gaten houden of het doel bereikt gaat worden.

Fase 3: Evalueren: Men controleert in deze fase of het doel bereikt is en kijkt terug naar het doorlopen proces. Hierdoor leert men (Movisie, 2015b).



Krachtgericht werken/Strengths Based Benadering (SBB)

De Strengths Based Benadering (SBB) is een Noord-Amerikaanse benadering van professor Charles Rapp. Deze methode gaat uit van de mogelijkheden en kracht van mensen. Het doel van de methode is om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen én de kwaliteit van leven te vergroten. In deze methode staat de samenwerking tussen professional, cliënt en zijn/haar omgeving centraal. Er wordt vanuit gegaan dat mensen in kwetsbare situaties krachten en (onvoorziene) mogelijkheden hebben. Dit wordt dan ook gezien als basiswaarde waar een professional over moet beschikken. In de Verenigde Staten wordt de GGZ gezien als oorspronkelijke doelgroep voor de SBB. In Nederland is deze benadering voor verschillende sectoren aangepast (Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2013).

De inspiratie voor het model is ontstaan vanuit de empowermenttheorieën waarin de eigen kracht van cliënten en het tot uiting brengen van deze krachten centraal staan (Rinogroep, z.d.).

Aanhangers van deze theorie geloven dat mensen en hun sociaal netwerk sterke punten, middelen en het vermogen hebben om te herstellen van tegenspoed. Men focust zich op de sterke punten in plaats van naar kwetsbaarheden (Hammond, 2010).

Samengevat houdt bovenstaande in dat cliënten het vermogen hebben om te herstellen en hun leven kunnen oppakken en veranderen (Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2013).

2.4 Conclusie

In de eerste voorvraag zijn de termen 'zelfredzaamheid' en 'samenredzaamheid' aan de orde gekomen. Hieruit is gebleken dat deze twee termen beiden een andere betekenis hebben, maar ze tegelijkertijd ook aan elkaar verbonden zijn. Voor beide termen zijn meerdere definities te benoemen. Bij de term zelfredzaamheid staat het vermogen om zelfstandig te leven en het oplossen van de eigen problemen centraal. De term samenredzaamheid richt zich op het vermogen om samen met het eigen netwerk problemen te kunnen oplossen en daardoor mee te kunnen draaien in de samenleving. Geconcludeerd kan worden dat zelfredzaamheid steeds belangrijker gevonden wordt in de maatschappij. Samenredzaamheid wordt daarmee ook belangrijker, omdat ervanuit gegaan wordt dat mensen elkaar hulp bieden/vragen wanneer dit nodig is.

De tweede voorvraag heeft betrekking op de zelfredzaamheid in de psychiatrie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het fenomeen zelfredzaamheid voor de doelgroep, namelijk mensen met een verstandelijke beperking, nog iets is wat lastig te realiseren valt. Het is niet één aspect wat dit moeilijk maakt, maar een combinatie van factoren die er voor zorgen dat de zelfredzaamheid negatief wordt beïnvloed. Hoe zelfredzamer men wordt, hoe meer men mee kan draaien in de maatschappij en er daarmee automatisch meer sprake is van burgerschap. Actief burgerschap voor deze doelgroep begint bij de steun vanuit het sociaal netwerk.

In de derde voorvraag worden methodieken ter bevordering van zelfredzaamheid weergegeven. Om goed aan te sluiten bij het niveau van de cliënten van het CVBP, wordt de methodiek 'Oplossingsgericht Werken' gehanteerd. Deze methodiek is gericht op het activeren, motiveren en begeleiden van de cliënt. Naast deze methode bestaan in Nederland meerdere methodieken ter bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënten. Ook in het buitenland wordt er gebruik gemaakt van vergelijkbare methodieken. Een voorbeeld hiervan is de Strengths Based Benadering (SBB) uit Noord-Amerika. In de Verenigde Staten wordt de GGZ gezien als oorspronkelijke doelgroep voor deze methodiek. Wetende wat de



begrippen zelfredzaamheid en samenredzaamheid inhouden én daarmee ook dat cliënten met een verstandelijke beperking moeite hebben met deelname aan actief burgerschap, is het van belang om te onderzoeken hoe sociaal werkers binnen het CVBP bijdragen aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt. De genoemde methodieken in deze paragraaf zullen als informatiebron dienen om een breder beeld te krijgen van bestaande methodieken en waar mogelijkheden liggen in het gebruik hiervan.

Bij het veldonderzoek zal rekening worden gehouden met de beperkingen van de cliënten. De vragen zullen bij het niveau van de cliënten aansluiten. Daarnaast wordt vanuit de literatuur duidelijk dat er verschillende methodieken worden gebruikt om de zelfredzaamheid te kunnen bevorderen. Om hier een zo goed mogelijk beeld van te kunnen krijgen, wordt hierover in gesprek gegaan met verschillende medewerkers van het CVBP aan de hand van een interview.

Het sociaal netwerk lijkt een belangrijk factor te zijn met betrekking tot de zelfredzaamheid van de cliënt. In het veldonderzoek zal daarom ook gekeken worden naar het sociaal netwerk van de cliënten binnen het CVBP. Dit zal worden gedaan door onder andere de cliënten hier vragen over te stellen, zodat duidelijk wordt of de cliënten het sociaal netwerk als steun ervaren en of dit overeenkomt met wat de literatuur zegt.



3. Methodehoofdstuk

Allereerst wordt in dit hoofdstuk de typering van het onderzoek weergegeven. Vervolgens wordt in paragraaf 2 besproken welke informatiebronnen gebruikt zijn. In de daaropvolgende paragraaf, paragraaf 3, is het onderzoeksinstrument beschreven. De procedure van de gegevensverzameling wordt in paragraaf 4 besproken en tot slot is een beschrijving gegeven van het analyseplan.

3.1 Type onderzoek

Het onderzoek betreft een praktijkgericht onderzoek. Praktijkgericht onderzoek gaat uit van ideeën, uitdagingen, vragen of problemen. Tijdens het onderzoek is in de praktijk gekeken in hoeverre cliënten hun zelfredzaamheid gebruiken en hoe sociaal werkers deze zelfredzaamheid kunnen verbeteren. Het type onderzoek past goed bij de doel- en vraagstelling, omdat deze gericht zijn op uitdagingen en vragen binnen zorg en welzijn.

Daarnaast is het praktijkgericht onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de betrokkenen of belanghebbenden en is het gericht op het produceren van bruikbare kennis (Migchelbrink, 2013).

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek houdt in dat het onderzoek zich richt op informatie die onderbouwd wordt door meningen, motivaties en wensen en behoeften van de onderzoeksgroep (De Graauw, z.d.). In dit onderzoek is in eerste instantie gevraagd naar meningen van medewerkers, zodat duidelijk wordt hoe de zelfredzaamheid van cliënten, volgens medewerkers, benut wordt. Vanuit het literatuuronderzoek is gebleken dat het sociaal netwerk ook een belangrijke rol speelt bij de zelfredzaamheid van de cliënten. Omdat het sociaal netwerk niet altijd even goed te benaderen is, is ervoor gekozen om dit onderdeel mee te nemen in de interviews met zowel de medewerkers als cliënten.

Binnen dit onderzoek is duidelijk geworden wáár het probleem precies ligt en hoe dit probleem getackeld kan worden. Het onderzoek betreft een inventariserend onderzoek, omdat in deze vraagstellingen behoefte is aan informatie over hoe het zat met de situatie, wat er gedaan werd aan, wat de omgang was van, hoe men omging met, enzovoort. Kortom wat er aan de hand was met betrekking tot het onderzochte verschijnsel (Migchelbrink, 2013). Binnen het onderzoek is gekeken hoe er op dat moment om werd gegaan met de bevordering van de zelfredzaamheid. Ging dit al goed of konden er aanpassingen worden gedaan? Over de aanpassingen die kunnen worden gedaan, zijn aanbevelingen gedaan aan het CVBP.

3.2 Respondenten/informatiebronnen

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het CVBP dat onderdeel is van GGZ Drenthe. Drie van de vier afdelingen binnen de instelling zijn gericht op opname en behandeling voor mensen vanaf 18 jaar. Daarnaast is er één afdeling die zich richt op crisisopnamen. Per afdeling zijn er ongeveer acht cliënten. In totaal zijn binnen het CVBP ongeveer 40 mensen werkzaam. Het betreft vaste krachten, flexmedewerkers en stagiaires. Wanneer alleen naar groepsmedewerkers gekeken wordt, zijn in totaal ongeveer 30 medewerkers werkzaam. Om tot een goed resultaat te kunnen komen zijn medewerkers vanuit verschillende disciplines geïnterviewd. Gekozen is voor twee groepsmedewerkers. Het betreft medewerkers die al voor langere tijd in dienst zijn en daardoor waarschijnlijk een brede visie hebben. Ook zijn deze beide medewerkers persoonlijk begeleider van verschillende cliënten, dit houdt in dat



zij specifieke zaken omtrent deze cliënten regelen en daardoor een goede kijk op de zelfredzaamheid van cliënten hebben. Tevens zijn deze vaste medewerkers met regelmaat aanwezig op de groep en daardoor ook vaak in contact met de cliënten. Zij hebben hierdoor een goed beeld van het gehele proces dat iedere cliënt doorloopt. Dit geldt in het algemeen in mindere mate voor flexmedewerkers en stagiaires. Daarnaast hebben stagiaires minder verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Naast de geïnterviewde groepsmedewerkers, waren van de ongeveer 20 cliënten 2 cliënten geschikt om te interviewen. Het betreft cliënten van een behandelgroep. In eerste instantie zouden vier cliënten geïnterviewd worden. Dit bleek echter niet haalbaar, omdat de overige cliënten niet geschikt waren om op dat moment deel te nemen. Dit hebben de onderzoekers in overleg met de groepsmedewerkers besloten. Volgens de groepsmedewerkers was de psychische gesteldheid van de cliënten op dat moment niet goed genoeg, waardoor zij niet deel konden nemen aan het interview.

Naast de groepsmedewerkers en cliënten, is ook een medewerker van de dagbesteding geïnterviewd. De meeste cliënten brengen een groot gedeelte van de dag door op de dagbesteding. Het zou kunnen zijn dat de medewerker op de dagbesteding een andere visie heeft met betrekking tot de zelfredzaamheid van cliënten, dan andere medewerkers en de cliënten zelf.

Ook de behandelcoördinator is geïnterviewd. Deze medewerker is erg betrokken bij de cliënt. De behandelcoördinator werkt niet op de groep, maar is wel regelmatig individueel betrokken bij de cliënten en heeft een goed beeld van het verloop en het vervolg van de opname. Daarnaast is de behandelcoördinator in contact met zowel medewerkers als eventuele naasten van de cliënt. Verder staan een aantal cliënten ook onder behandeling van een psychomotorisch therapeut, die ook geïnterviewd is. Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelmethode voor mensen met psychosociale of psychische problemen, waarbij gebruik gemaakt wordt van werkvormen, zoals ontspanningsoefeningen die gericht zijn op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties (GGZ Drenthe, 2018b). Ook de psychomotorisch therapeut heeft zijn eigen visie, doordat de therapeut de cliënt in een andere setting meemaakt.

Er is gekozen voor het interviewen van mensen met verschillende visies om een goed beeld te kunnen krijgen van hoe de verschillende partijen tegen het te onderzoeken verschijnsel aan kijken.

Het benaderen van zowel de medewerkers als cliënten is op een respectvolle manier gedaan. De respondenten zijn allemaal persoonlijk benaderd om deel te nemen aan een interview. Iedere respondent heeft vrije keuze gehad aan het wel of niet deelnemen aan de interviews. Iedere keuze hierin is door de onderzoekers gerespecteerd.

3.3 Beschrijving van het onderzoeksinstrument

In het praktijkonderzoek is gebruik gemaakt van interviews bij medewerkers en cliënten. Op deze manier is een brede visie ontwikkeld en is het onderzoek vanuit verschillende perspectieven bekeken. De aanbevelingen die opgesteld zijn, zijn in hoofdstuk 5.3 terug te vinden.

Interviews

De interviews zijn gebruikt om specifieke informatie te krijgen van de geïnterviewde respondenten. De informatie is gebruikt voor het komen tot nieuwe inzichten met betrekking



tot de zelfredzaamheid van cliënten van het CVBP. Door middel van interviews kon diep worden ingegaan op bepaalde onderwerpen, zoals de invloeden van het sociaal netwerk en de groepsdynamiek op zelfredzaamheid. Wat betreft het onderzoek, waren de interviews een belangrijke onderzoeksmethode. Er is gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews. Deze methode is gekozen, zodat wanneer de respondenten extra informatie zouden geven, hier dieper op kon worden ingegaan. Bij het half gestructureerde interview is vooraf een topiclijst opgesteld. Hierin stond beschreven welke onderwerpen aan bod moesten komen tijdens de interviews. Deze topiclijst gaf enige houvast. De onderwerpen die van tevoren opgesteld zijn bij het interview voor de medewerkers, zijn de volgende: A. Demografische gegevens (aantal relevante werkzame jaren en functie binnen het CVBP), B. Hoe de medewerkers tegen de zelfredzaamheid van de cliënten aankijken, C. De invloeden op de zelfredzaamheid van onder andere activiteiten en de groepsdynamiek en D. Methodieken. Voor de interviews van de cliënten zijn de volgende onderwerpen vastgesteld: A. De kijk van cliënten op zelfredzaamheid, B. Sociaal netwerk, C. Vrije tijd en dagbesteding. Door van tevoren vaste onderwerpen op te stellen konden de gegevens goed met elkaar vergeleken worden.

In de interviews met de cliënten is rekening gehouden met het niveau van de cliënten door geen moeilijk taalgebruik en moeilijke zinnen te gebruiken. Daarnaast hebben de onderzoekers expliciet benoemd dat wanneer er onduidelijkheden waren, de cliënten dit aan konden geven.

Bij een half gestructureerd interview bedenkt de interviewer ter plekke hoe hij/zij een vraag gaat stellen (Migchelbrink, 2013). De topics die van tevoren opgesteld zijn, dienden als richtlijn voor het opstellen van de deelvragen. Respondenten konden extra informatie geven over de verschillende topics (onderwerpen), waardoor dit van toegevoegde waarde kon zijn voor het te onderzoeken verschijnsel.

Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit houdt in dat je meet wat je wilt meten. Dit betekent dat de juiste vragen aan de respondenten moeten worden gesteld en deze antwoorden van toegevoegde waarde kunnen zijn voor het onderzoek. Van tevoren is goed nagedacht over hoe de vragen met betrekking tot de zelfredzaamheid van cliënten gesteld zouden worden in de interviews. De vragen die gesteld zijn, sluiten goed aan op de informatie die gegeven is in het literatuurhoofdstuk. Zo is in het literatuurhoofdstuk duidelijk te lezen dat cliënten binnen deze doelgroep in een bepaalde mate zelfredzaam zijn. Er bestaat een verschil in de mate van zelfredzaamheid tussen de gemiddelde burger en mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Hierbij lijkt het hebben van een sociaal netwerk van groot belang, om zo zelfredzaam mogelijk te kunnen zijn.

In de interviews zijn vragen opgesteld met betrekking tot dit onderwerp. Zo is in de interviews de vraag gesteld hoe medewerkers tegen de zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP aan kijken. Daarnaast hebben cliënten kunnen aangeven in hoeverre het sociaal netwerk van invloed is op hun zelfredzaamheid en hoe zelfredzaam zij zichzelf vinden.

Om de validiteit te kunnen optimaliseren zijn de gegevens geanonimiseerd, zodat eenieder zich vrij heeft kunnen voelen om zijn/haar mening te geven. Dit betekent dat er in het onderzoeksrapport geen namen, geen geslacht en geen leeftijden zijn genoemd. De respondenten zijn van tevoren ingelicht over deze anonimiteit. Ook hebben de onderzoekers een zo neutraal mogelijke houding proberen aan te nemen, zodat op deze manier de



validiteit gewaarborgd kon worden. Dit hebben de onderzoekers gedaan door suggestieve vragen proberen te vermijden en zo veel mogelijk door te vragen wanneer een gegeven antwoord onduidelijk voor hen was.

Naast de validiteit is de betrouwbaarheid ook erg belangrijk binnen het onderzoek. De betrouwbaarheid houdt in dat ook bij een herhaling van het onderzoek vergelijkbare resultaten bereikt zouden worden.

Het is van belang dat medewerkers, door middel van het interview, eerst een beeld krijgen van wat zelfredzaamheid is, vòòrdat zij überhaupt kunnen aangeven of zij deze zelfredzaamheid bij de cliënten van het CVBP kunnen bevorderen.

In dit onderzoek is in kaart gebracht welke aspecten van het handelen van medewerkers ten aanzien van het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten bijdragen aan die zelfredzaamheid en welke aspecten verbeterd kunnen worden. Dat draagt bij aan de bruikbaarheid van dit onderzoek op microniveau.

Op mesoniveau kunnen de nieuwe inzichten van dit onderzoeksrapport mee worden genomen in de praktijk, dus binnen het CVBP. Deze nieuwe inzichten zijn omgezet in aanbevelingen, die in hoofdstuk 5 terug te lezen zijn. Op macroniveau blijkt vanuit de literatuur dat de zelfredzaamheid en samenredzaamheid steeds belangrijker worden bevonden in de samenleving. Vanuit de overheid wordt van burgers verwacht dat zij eerst zelfstandig hun problemen op lossen. Doordat de zelfredzaamheid van cliënten bevorderd zal worden, zullen de cliënten zo zelfstandig mogelijk, binnen hun eigen mogelijkheden, terug kunnen keren in de maatschappij.

3.4 Procedure van de gegevensverzameling

Aan de hand van topics zijn de interviews vooraf opgesteld. Door middel van deze topics is een duidelijk beeld ontstaan van de onderwerpen die binnen het onderzoek van relevante waarde zijn. Door de topics kregen zowel de onderzoekers als de geïnterviewde respondenten een overzichtelijk beeld van de te bespreken onderdelen.

Omdat het een half gestructureerd interview betreft, werd bij iedere vraag de ruimte gegeven, zodat respondenten extra informatie konden verstrekken.

Alle interviews zijn aan de hand van de van tevoren opgestelde onderwerpen tot stand gekomen. Alle respondenten zijn persoonlijk benaderd, zodat meteen een uitleg gegeven kon worden over het onderwerp en de relevantie van het onderzoek. Op deze momenten zijn gelijk afspraken gemaakt over het moment van afname.

Op het interview met de cliënten na, zijn alle interviews opgenomen. Dit is van tevoren met de medewerkers besproken, zodat zij hiervoor toestemming hebben kunnen geven. De antwoorden die door de respondenten zijn gegeven zijn meteen nabesproken, zodat meteen gecontroleerd kon worden of de antwoorden goed geformuleerd waren of aangepast moesten worden. De antwoorden van de respondenten zijn tijdens het afnemen van de interviews ook opgeschreven.

Wegens privacy zijn de antwoorden van de cliënten alleen uitgeschreven en niet opgenomen. De uitkomsten van alle interviews zijn uitgewerkt in het resultatenhoofdstuk. De interviews hebben plaatsgevonden in een afgesloten ruimte, zodat de privacy ook op deze manier gewaarborgd kon worden.

Iedere respondent is persoonlijk benaderd door de onderzoekers. Tijdens deze momenten zijn de respondenten meteen om toestemming gevraagd en hebben de onderzoekers een



beeld gegeven over het te onderzoeken verschijnsel. Op deze manier konden respondenten gelijk vragen stellen over het onderwerp.

3.5 Analyseplan

Om een antwoord op de hoofdvraag te krijgen, was structuur belangrijk. Deze structuur was van tevoren al aangelegd, doordat er gebruik is gemaakt van verschillende topics. Deze topics dienden als hulpmiddel voor het opstellen van de resultaten uit de deelvragen. De topics zijn aan de hand van de hoofdvraag opgesteld.

De resultaten van de interviews zijn uitgeschreven en naast elkaar gelegd. De eerste stap bij de kwalitatieve gegevens uit de interviews was het terugluisteren en letterlijk uitschrijven. Hierna zijn deze gegevens doorgelezen. Dit is door de onderzoekers afzonderlijk van elkaar gedaan. Het resultaat van deze uitkomsten kwam in grote lijnen met elkaar overeen. Over de verschillen is vervolgens gediscussieerd en op basis van deze uitkomsten zijn de volgende labels voor medewerkers ontstaan: 'de kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid', 'invloeden op de zelfredzaamheid' en 'methodieken'.

Deelvraag één, twee en drie zijn verantwoord onder label 'de kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid'. Label 'invloeden op de zelfredzaamheid' verantwoordt deelvraag vier en vijf. De laatste deelvraag, deelvraag zes, is aan de hand van label 'methodieken' toegelicht.

Voor de cliënten zijn de volgende labels ontstaan: 'de kijk van cliënten op zelfredzaamheid', 'sociaal netwerk' en 'vrije tijd en dagbesteding'. 'De kijk van cliënten op zelfredzaamheid' kan gekoppeld worden aan deelvraag drie. Label 'sociaal netwerk' verantwoordt deelvraag vier en deelvraag drie wordt verantwoord door middel van het label 'vrije tijd en dagbesteding'.

Doordat de gegevens gelabeld zijn konden overeenkomsten en verschillen gevonden worden. Hierdoor kan gezegd worden dat de validiteit is verhoogd.

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten per genoemde labels beschreven. Om een duidelijk beeld te creëren van de geïnterviewde medewerkers, zijn de demografische gegevens én de uitwerking van deze interviews, per respondent beschreven. In paragraaf zes van hoofdstuk vier worden de opvallende zaken met betrekking tot de uitkomsten van de resultaten weergegeven.



4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de uitkomsten van de interviews beschreven. De interviews zijn afgenomen bij de behandelcoördinator, twee groepsmedewerkers, een medewerker van de dagbesteding, de psychomotorisch therapeut en twee cliënten. Het onderzoeksinstrument voor de medewerkers is opgenomen in bijlage 1 en het onderzoeksinstrument voor de cliënten is opgenomen in bijlage 2 van dit rapport.

In de eerste paragraaf zijn de uitkomsten van het interview met de behandelcoördinator weergegeven. Vervolgens worden in paragraaf 2 de resultaten van het interview met de groepsmedewerkers beschreven. In paragraaf 3 is de uitwerking van het interview met de medewerker van de dagbesteding te lezen. Daarna is de uitwerking van het interview met de psychomotorisch therapeut weergegeven in paragraaf 4. In paragraaf 5 de uitkomsten van de interviews met de cliënten beschreven. Tot slot worden de opvallende zaken vanuit de resultaten weergegeven in paragraaf 6.

Per geïnterviewde respondent zijn de resultaten weergegeven, zodat een beeld ontstaat van de verschillen in achtergronden en de daarbij behorende expertises. Hierdoor wordt overzicht gecreëerd in het vergelijken van de resultaten.

4.1 Resultaten interview behandelcoördinator

De resultaten in deze paragraaf zijn onderverdeeld in werkzame factoren, namelijk: 'relevante werkervaring', 'de kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van cliënten', 'invloeden op zelfredzaamheid' en 'methodieken'.

Relevante werkervaring

De behandelcoördinator is in 2008 als stagiaire (hbo) begonnen bij de Eekwal. De Eekwal en de PPG (Psychiatrisch Polikliniek Gehandicapten) zijn samengevoegd. Vanuit daar is de behandelcoördinator in 2013 begonnen met werken bij de Eekwal. Na de hbo-studie heeft de behandelcoördinator Orthopedagogiek gestudeerd.

2013 is het jaar dat het CVBP is ontstaan. Met de Eekwal erbij gerekend is de behandelcoördinator nu 9 jaar in dienst, waarvan bijna 3 jaar als behandelcoördinator. Deze medewerker heeft eerst op de groepen binnen het CVBP gewerkt.

De kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van de cliënten

De behandelcoördinator geeft aan dat het van belang is om erachter te komen wat het niveau van de cliënt is. Door een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van hoe de cliënt in het verleden zijn of haar zelfredzaamheid heeft benut, kan kennis ontstaan over hoe zelfredzaam de cliënt is. Daarnaast moet gekeken worden naar de reden van opname. De behandelcoördinator benoemt hierbij dat overvraging vaak een reden van opname is.

Het analyseren van dossiers en het verkrijgen van informatie van naastbetrokkenen is vooral een taak voor de medewerkers binnen het CVBP.

De behandelcoördinator benoemt dat er nog weleens sprake is van onderstimulatie. Medewerkers zijn sneller geneigd om taken van de cliënt over te nemen en daarnaast leunen sommige cliënten achterover, waardoor dit elkaar versterkt. Dit kan 'learned helplessness' aanwakken. Dit fenomeen is toegelicht in hoofdstuk 2.



De behandelcoördinator geeft hierbij als voorbeeld dat medewerkers 's avonds de tafels dekken voor de collega's van de vroege dienst, terwijl dit juist een mooie taak voor de cliënten zou zijn.

Door planmatig te werken, dus volgens behandelplannen en leerdoelen, dragen medewerkers binnen het CVBP bij aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid van cliënten.

Invloeden op zelfredzaamheid

Allereerst geeft de behandelcoördinator aan dat het sociaal netwerk voor iedere cliënt anders is. Het sociaal netwerk kan bijdragen aan de diagnostiek. Daarnaast kan het sociaal netwerk ook de oorzakelijke en in stand houdende factoren beïnvloeden. Voor iedere cliënt van het CVBP heeft het sociaal netwerk een andere betekenis.

Ook de groepsdynamiek heeft veel invloed op de zelfredzaamheid. Voorbeeldgedrag van zowel medewerkers als groepsgeenoten speelt hierbij een grote rol. Aangezien de groepssamenstellingen op de afdeling regelmatig verandert, is de cultuur op de groep steeds anders. Daarnaast spelen factoren als welke groepsmedewerkers aanwezig zijn en hoelang cliënten al bij elkaar zitten, ook een rol.

De behandelcoördinator vindt dat per cliënt gekeken moet worden in hoeverre hij of zij invulling kan geven aan vrije momenten (zoals kamermomenten), dus of zij deze momenten zelfstandig door kunnen komen. De behandelcoördinator vindt dat cliënten zelf meer inspraak moeten hebben over deze momenten.

Methodieken

Volgens de behandelcoördinator is de methodiek Oplossingsgericht werken in de praktijk niet altijd goed terug te zien en heeft ook niet iedere medewerker deze methode goed onder de knie. Hij vindt dat de methodiek meer onder de aandacht gebracht moet worden.

4.2 Resultaten interview groepsmedewerkers

Het interview met de twee groepsmedewerkers is in dezelfde werkzame factoren opgezet als het interview met de behandelcoördinator. Deze onderdelen zijn: 'relevante werkervaring', 'de kijk van de medewerkers op de zelfredzaamheid van cliënten', 'invloeden op zelfredzaamheid' en 'methodieken'.

Relevante werkervaring

Groepsmedewerker 1:

Groepsmedewerker 1 is sinds 4,5 jaar werkzaam binnen het CVBP. Daarvoor heeft deze medewerker bij Duurzaam Verblijf, wat ook onderdeel is van GGZ Drenthe, gewerkt.

Groepsmedewerker 2:

Groepsmedewerker 2 is vanuit stage (hbo) in 2006 binnen de Eekwal werkzaam gebleven. In 2013 is het CVBP opgezet en is deze medewerker binnen het CVBP werkzaam geworden.

De kijk van de medewerkers op de zelfredzaamheid van cliënten

Beide groepsmedewerkers geven aan dat er geen eenduidige verwachting bestaat met betrekking tot de zelfredzaamheid van de cliënten. Zij geven aan dat de verwachtingen afhankelijk zijn van onder andere het niveau en de hulpvraag van de cliënt. Een groot deel



van de verwachtingen rondom de zelfredzaamheid van de cliënt wordt gecreëerd bij de opname en het intakegesprek. In dit gesprek wordt veel duidelijk op het gebied van verschillende leefgebieden, zoals zelfverzorging, huishouden en relaties. Groepsmedewerker 1 benoemt letterlijk: “Ik vind over het algemeen dat wij hier erg betuttelend bezig zijn voor de cliënt.” De medewerker legt hierbij uit dat veel dingen worden gedaan en besloten voor de cliënt, zonder dat de cliënt hier direct bij betrokken wordt. Volgens deze medewerker is het van belang om de samenwerking met cliënten op te zoeken, dus meer naast de cliënt dan boven de cliënt te gaan staan.

Ook groepsmedewerker 2 geeft in het interview aan dat veel taken van de cliënt door medewerkers worden overgenomen.

De groepsmedewerkers zeggen beide dat zij uitgaan van het gezonde van de cliënt en denken in mogelijkheden bij het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid. Groepsmedewerker 2 geeft aan dat cliënten meer zelf zouden kunnen betekenen bij onder andere taken als het dekken van de tafel.

Invloeden op de zelfredzaamheid

Beide medewerkers geven aan dat het sociaal netwerk per cliënt verschilt. Het verschilt in de grootte, maar ook in hoeverre het voor de cliënt van betekenis kan zijn. Het ene sociaal netwerk wil bijvoorbeeld veel voor de cliënt uit handen nemen, terwijl andere cliënten helemaal geen steun van hun sociaal netwerk ervaren. Medewerker 1 geeft aan dat het sociaal netwerk een voorbeeld kan zijn, zowel in positieve als negatieve zin.

Volgens groepsmedewerker 2 heeft de groepssamenstelling een grote invloed op de zelfredzaamheid van cliënten. Dit is erg afhankelijk van het niveau. Het ene moment kunnen bepaalde cliënten het goede voorbeeld geven, waar dit op een ander moment niet kan. Groepsmedewerker 2 benoemt bijvoorbeeld dat op de crisisafdeling veel wisselingen zijn in cliënten, waardoor de groepsdynamiek constant in beweging is.

Beide groepsmedewerkers geven aan dat niet elke cliënt goed om kan gaan met lege momenten in een dag. Zij kunnen op deze momenten niet zelfstandig invulling geven aan deze momenten.

Methodieken

Beide groepsmedewerkers benoemen dat de methodiek Oplossingsgericht werken niet of nauwelijks wordt gebruikt. Groepsmedewerker 1 zegt het volgende over deze methodiek: “Ik snap ook wel dat hier iets geroepen wordt over hoe we dingen doen en waar we voor staan, maar ik vind dat we daar heel gering voor staan.” De medewerker geeft hierbij aan dat de trainingen en scholingen hiervoor heel minimaal zijn. En zegt weinig kennis te hebben van deze methodiek.

Groepsmedewerker 2 geeft aan dat een enkeling wel scholing heeft gehad, maar vooral dat iedereen op zijn of haar eigen manier werkt met zijn of haar eigen gevoel.

4.3 Resultaten interview medewerker dagbesteding

De volgende werkzame factoren zijn opgesteld voor het verwerken van de resultaten van het interview met de medewerker van de dagbesteding: ‘relevante werkervaring’, ‘de kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van cliënten’, ‘invloeden op zelfredzaamheid’ en ‘methodieken’.



Relevante werkervaring

De medewerker van de dagbesteding is 3,5 jaar werkzaam binnen het CVBP, waarvan een halfjaar stage vanuit de mbo-opleiding Sociaal Agogisch Werk. De medewerker werkt met name op de dagbesteding en af en toe binnen de kliniek, op de groep.

De kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van cliënten

De medewerker vertelt dat de activiteiten bedacht worden in overleg met collega's en cliënten. Cliënten worden hierbij betrokken, zodat ze zelf ook initiatief nemen en meedenken. Er wordt aan de hand van verschillende thema's gewerkt (zoals Kerst of Pasen), waarbij cliënten zelf invulling mogen geven aan de activiteit. De medewerker geeft aan dat de cliënten gewezen worden op het feit dat het hún dagbesteding is en dus ook hún invulling. Mochten de cliënten geen ideeën of inspiratie meer hebben, dan kunnen de medewerkers zo nu en dan meedenken met het verzinnen van een activiteit. De cliënten worden verantwoordelijk gesteld voor onder andere het pakken van benodigdheden, het opruimen van benodigdheden en worden gestimuleerd om dingen zo zelfstandig mogelijk te ondernemen. Hierin worden ze begrensd waar nodig. Sommige cliënten willen veel tegelijk doen en zijn dan de structuur even kwijt. De medewerker geeft aan dat de cliënten over het algemeen prima invulling kunnen geven aan hun zelfredzaamheid.

Verder wordt aangegeven dat de begeleiding op de dagbesteding niet te veel uit handen van de cliënten neemt. De medewerker zegt letterlijk: "met de handen op de rug begeleiden." Verder wordt rekening gehouden met in hoeverre de cliënten zelf in staat zijn om zelfstandig te werken.

Invloeden op zelfredzaamheid

De medewerker geeft eerst aan weinig te merken van de invloed van het sociaal netwerk gedurende de dagbesteding, omdat weinig familieleden langskomen. Wel heeft de medewerker een redelijk goed beeld van hoe het sociaal netwerk van de cliënt eruitziet, door het lezen van rapportages en dossiers. Gedurende de dagbesteding halen sommige cliënten plezier en waardering uit het maken van cadeautjes voor familieleden en/of vrienden, aldus de medewerker. Hier komen ook gesprekken uit voort, waarna een duidelijk beeld kan ontstaan over de toegevoegde waarde van het sociaal netwerk. Wel geeft de medewerker aan dat het verschilt per cliënt.

De groepsdynamiek heeft volgens de medewerker een grote invloed op de zelfredzaamheid van cliënten. De groep speelt op elkaar in door ideeën met elkaar te delen. Ook helpen cliënten elkaar af en toe, maar dit wordt niet te veel gestimuleerd, zodat cliënten zich met name kunnen focussen op hun eigen activiteit.

Methodieken

De medewerker geeft aan dat de cliënten gestimuleerd worden om zelf oplossingen te bedenken, zodat cliënten eerst zelf nadenken voordat de begeleiding oplossingen aandraagt. De medewerker heeft het idee dat de methodiek Oplossingsgericht werken wel degelijk wordt gebruikt en er zo veel mogelijk wordt gedacht wordt in oplossingen.

4.4 Resultaten interview psychomotorisch therapeut

Bij de uitwerking van de resultaten van het interview met de psychomotorisch therapeut worden de resultaten in de volgende werkzame factoren verwerkt: 'relevante werkervaring,



‘de kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van cliënten’ en ‘invloeden op zelfredzaamheid’.

Relevante werkervaring

De medewerker is 38 jaar als psychomotorisch therapeut werkzaam.

De kijk van de medewerker op de zelfredzaamheid van cliënten

De psychomotorisch therapeut geeft aan dat de volgende voorwaarden in balans moeten zijn om van zelfredzaamheid te kunnen spreken: denken, willen, voelen, doen, waarnemen en lijfelijkheid. De psychomotorisch therapeut verwacht van de cliënten de maximale ontwikkeling op deze gebieden voor zover zij hiertoe in staat zijn.

Volgens de therapeut benut iedere cliënt zijn of haar zelfredzaamheid anders. Waar de ene cliënt zelf ideeën heeft over de invulling van de therapie, geeft de andere cliënt aan het hem/haar niet uit te maken. De therapeut geeft aan dat tijdens de therapie de cliënten vaak zelf invulling moeten geven aan deze momenten. Veel cliënten geven dan aan dat het ze niet uitmaakt wat ze doen tijdens de therapie. De therapeut vindt het van belang dat het de cliënten wel wat gaat uitmaken, dus legt dit dan bij hen terug. De therapeut vertelt dat de vraag “wat gaan we vandaag doen?” aan het begin van een sessie aan de cliënt gesteld wordt. De therapeut benoemt tijdens het interview het volgende: “Alles wat niet lukt doet afbreuk aan je zelfredzaamheid en zelfstandigheid.”

De therapeut geeft aan dat aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid op verschillende manieren wordt gewerkt. Dit is namelijk afhankelijk van de hulpvraag van iedere cliënt.

Invloeden op zelfredzaamheid

Het sociaal netwerk wordt zoveel mogelijk meegenomen door de therapeut de zaal in, zodat de omgeving van de cliënt betrokken wordt in de therapie. De therapeut benoemt dat het sociaal netwerk kan bestaan uit familie, groepsleiding of wie maar belangrijk is voor de cliënt. Het is volgens de therapeut de vraag of het sociaal netwerk groot moet zijn of groot is. Sommige mensen ervaren meer steun van één persoon dan iemand die een sociaal netwerk heeft van tien personen. “Het is niet zozeer de grootte, maar de kwaliteit.”

De psychomotorisch therapeut werkt niet in groepsverband, maar benoemt wel dat dit een belangrijk aspect is bij de invloed op zelfredzaamheid. Mensen kunnen elkaar helpen of juist niet.

Methodieken

De psychomotorisch therapeut geeft in het interview aan hoe hij cliënten stimuleert om zelf invulling te geven aan de therapie. De psychomotorisch therapeut hanteert niet specifiek de methodiek Oplossingsgericht werken.

4.5 Resultaten interview cliënten

Voor de resultatenverwerking van de interviews met de twee cliënten, zijn de volgende werkzame factoren opgesteld: ‘de kijk van cliënten op zelfredzaamheid’, ‘sociaal netwerk’ en ‘vrije tijd en dagbesteding’.

Beide cliënten zijn opgenomen op een behandelgroep binnen het CVBP.



De kijk van cliënten op zelfredzaamheid

Beide cliënten geven aan zichzelf zelfredzaam te vinden. Ze zeggen weinig hulp nodig te hebben en wanneer ze iets nodig hebben dit te vragen aan de begeleiding. Cliënt 1 geeft aan eerst zelf dingen te proberen en wanneer dit niet lukt, dit aan te geven bij de begeleiding. Cliënt 2 geeft aan soms vergeetachtig te zijn met als gevolg dat de begeleiding nodig is om handvatten te bieden. Wanneer de vraag wordt gesteld of groepsleiders de cliënten eerst zelf dingen te laten proberen, geeft zowel cliënt 1 als cliënt 2 aan dat de groepsleiders weten dat beide cliënten redelijk zelfstandig zijn.

Sociaal netwerk

Cliënt 1 geeft aan veel steun te ervaren vanuit het sociaal netwerk. Het gaat hierbij om de beste vriendin, ouders en vriend van de cliënt. Cliënt 2 geeft aan een grote familie te hebben die hem ondersteunt bij onder andere zijn hulpvraag.

Over de groepsdynamiek zegt cliënt 1 zich snel te vervelen en snel de begeleiding opzoekt om haar tijd in te vullen. Cliënt 2 geeft aan zichzelf over het algemeen goed op de groep te kunnen redden en ook weleens hulp biedt aan andere cliënten en dit ook te ontvangen.

Vrije tijd en dagbesteding

Cliënt 1 geeft aan zich tijdens rustmomenten vaak te vervelen. Daarentegen zegt cliënt 2 zichzelf goed te kunnen redden tijdens deze rustmomenten. De cliënt geeft aan op deze momenten te gaan gamen.

Wanneer er wordt gevraagd naar de dagbesteding van de cliënten, geven beide cliënten aan zich hier goed te kunnen redden en zich niet te vervelen.

4.6 Opvallende zaken vanuit de resultaten

Wat vanuit de resultaten opvallend is, is dat de medewerker van de dagbesteding het gevoel heeft oplossingsgericht te werken. De overige medewerkers benoemden echter dat de nadruk niet op het oplossingsgericht werken ligt, maar dat medewerkers vooral vanuit gevoel werken. De geïnterviewde cliënten geven aan zichzelf zelfredzaam te vinden. Daarnaast valt op dat er een groot verschil is in de betrokkenheid van het sociaal netwerk. Zo geeft de medewerker van de dagbesteding aan dat het sociaal netwerk vrijwel nooit aanwezig is bij de dagbesteding, terwijl de psychomotorisch therapeut aangeeft het sociaal netwerk juist te betrekken bij de therapie.

Ook geven zowel een groepsmedewerker als de behandelcoördinator aan dat enerzijds sprake is van onderstimulatie: er wordt soms zonder overleg iets voor een cliënt geregeld. Anderzijds nemen cliënten hier weinig initiatieven in.

Tot slot geeft de behandelcoördinator aan te vinden dat per cliënt gekeken moet worden of de cliënt zelfstandig het rustmoment door kan komen. Dit lijkt één van de geïnterviewde cliënten te bevestigen door te zeggen dat geregeld sprake is van verveling tijdens rustmomenten.



5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord. Het antwoord op de hoofdvraag is te vinden in de paragraaf 1, de conclusies. In paragraaf 2 is de discussie weergegeven waarbij een kritische beschouwing op dit onderzoek is gegeven. In de laatste paragraaf worden aanbevelingen gedaan aan het CVBP ten behoeve van de zelfredzaamheid van de cliënten binnen de instelling.

5.1 Conclusie

Op de hoofdvraag: *‘Hoe dragen sociaal werkers binnen het CVBP bij aan het ontwikkelen en behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt?’* kan geconcludeerd worden dat op meerdere manieren bijgedragen wordt aan de (bevordering van) zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP.

De begeleiding binnen het CVBP houdt onder andere veel rekening met het niveau van de cliënten. Dit houdt in dat per cliënt gekeken wordt naar de reden van opname en hoe zelfredzaam een cliënt daadwerkelijk is. Binnen het CVBP is vanuit het team geregeld sprake van onderstimulatie van cliënten. Zo nu en dan worden zaken voor cliënten geregeld of bepaald zonder dat cliënten hier bij betrokken worden. Het niveau van de cliënten binnen het CVBP is uiteenlopend. De geïnterviewde cliënten geven aan zich zelfredzaam te voelen en zichzelf te kunnen redden. Wel wordt door een cliënt aangegeven dat regelmatig sprake is van verveling tijdens rustmomenten. Eén van de medewerkers heeft dan ook zijn vraagtekens over deze rustmomenten: de ene cliënt kan zichzelf redden, terwijl de andere cliënt niet om kan gaan met dit moment en juist nabijheid nodig heeft van de begeleiding.

Vanuit zowel de literatuur als de praktijk komt naar voren dat het sociaal netwerk erg belangrijk wordt bevonden. De rol van de omgeving is van groot belang. Dit geldt met name voor de impact van het sociale leven, de relaties, vriendschappen en het netwerk. Ook vanuit de interviews is naar voren gekomen dat zowel medewerkers als cliënten het sociaal netwerk van de cliënten als belangrijk aspect zien. De cliënten geven aan veel steun te ervaren van familie en vrienden.

Kijkend naar de methodiek Oplossingsgericht werken die binnen het CVBP centraal zou moeten staan, kan gezegd worden dat deze methodiek helpend kan zijn, maar vaak niet of weinig gebruikt wordt. Medewerkers geven hierbij onder andere aan dat zij weinig of geen kennis van deze methodiek hebben. Dit komt naar hun zeggen mede doordat medewerkers hierin onvoldoende geschoold zijn.

5.2 Discussie

In deze paragraaf wordt een kritische beschouwing gegeven op het onderzoek waarbij onder meer het onderzoeksproces en het onderzoeksinstrument ter discussie worden gesteld. In deze paragraaf wordt ook weergegeven hoe de onderzoeksresultaten zich verhouden tot de resultaten uit de literatuur. Verder wordt ingegaan op de validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid, het beoogde doel en de bijdrage aan het sociaal werk.

Op basis van de conclusies kan gezegd worden dat het doel van dit onderzoek, namelijk achterhalen *‘in hoeverre professionals de zelfredzaamheid van de cliënten stimuleren en hoe dit, zo nodig, verbeterd kan worden’* in hoge mate is behaald. Aan de hand van de verkregen resultaten komt naar voren wat sterke – en ontwikkelpunten zijn met betrekking tot het ontwikkelen en bevorderen van de zelfredzaamheid. Tevens kunnen aanbevelingen ter



verbetering van de ontwikkeling en bevordering van de zelfredzaamheid én aanbevelingen voor verder onderzoek worden gedaan.

De uitkomsten van het onderzoek zijn op microniveau bruikbaar, omdat de cliënten hun ervaringen op het gebied van zelfredzaamheid kenbaar hebben gemaakt. Deze inzichten kunnen meegenomen worden door de medewerkers van het CVBP bij de ondersteuning en behandeling van cliënten. Op mesoniveau kan gezegd worden dat de nieuwe inzichten bruikbaar zijn en meegenomen kunnen worden in de praktijk, dus binnen het CVBP. De nieuwe inzichten zijn omgezet in aanbevelingen. Wanneer deze aanbevelingen gebruikt zullen worden, zal de zelfredzaamheid van de cliënten verder bevorderd worden, waardoor zij zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij kunnen terugkeren. Dit ligt op macroniveau in lijn met de doelstelling van de overheid om burgers zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren in de maatschappij.

Validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten

De validiteit tijdens het proces is gewaarborgd door een betrokken en actieve houding aan te nemen. De actieve houding houdt in dat de onderzoekers een duidelijke taakverdeling hadden bij het afnemen van de interviews. De interviews bij zowel de medewerkers als cliënten zijn gezamenlijk door de onderzoekers afgenomen. Doordat de één de vragen stelde, kon de andere actief meeschrijven en aanvullende vragen stellen bij eventuele onduidelijke zaken. Daarnaast zijn de afgenomen interviews bij de medewerkers opgenomen, waardoor de onderzoekers het gehele interview konden analyseren. Bij het interview met de cliënten is gebruik gemaakt van parafraseren en samenvatten, zodat de kern van het verhaal duidelijk werd.

Over de betrouwbaarheid van het onderzoek kan gezegd worden dat de interviews bij meerdere disciplines met verschillende expertises is afgenomen (behandelcoördinator, twee groepsmedewerkers, medewerker van de dagbesteding, psychomotorisch therapeut). Daarnaast zijn ook twee cliënten geïnterviewd. Deze cliënten zijn beiden opgenomen binnen het CVBP.

Wanneer het onderzoek opnieuw zou worden uitgevoerd, kan niet met zekerheid gezegd worden of hier vergelijkbare resultaten uit zullen komen. Dit heeft te maken met het feit dat er twee groepsmedewerkers zijn geïnterviewd, terwijl in totaal ongeveer 30 groepsmedewerkers werkzaam zijn binnen het CVBP. Het interviewen van andere groepsmedewerkers kan leiden tot andere resultaten. Daarnaast zou het kunnen zijn dat wanneer het onderzoek nogmaals uitgevoerd wordt en andere disciplines binnen het CVBP benaderd worden, een ander resultaat tot stand kan komen.

Er is een beperkte mogelijkheid binnen het CVBP om cliënten te interviewen. Dit heeft te maken met de beperkingen waar cliënten mee kampen. Mede omdat cliënten van te voren niet ingelicht kunnen worden om deel te nemen aan het interview (in verband met het ontwikkelen van eventuele stress) en dus ter plekke gevraagd moeten worden, heeft dit er toe geleid dat maar twee cliënten in staat waren om geïnterviewd te worden. Echter blijft de vraag in hoeverre cliënten de vraagstelling daadwerkelijk begrijpen. Daarnaast zijn twee van de in totaal 20 cliënten geïnterviewd. Dit zou invloed kunnen hebben op het onderzoek, doordat deze cliënten maar een klein deel van de gehele groep vertegenwoordigen en doordat deze cliënten misschien zelfstandiger zijn dan de andere cliënten.

Ook kan de betrouwbaarheid van de resultaten beïnvloed zijn, doordat de onderzoekers één definitie van het begrip zelfredzaamheid hebben gebruikt, terwijl er meerdere definities te



benoemen zijn, omdat het een breed begrip is. De onderzoekers hebben een eenduidige definitie aangedragen bij zowel het literatuurhoofdstuk als in het onderzoeksinstrument. De respondenten kunnen hierdoor beperkt zijn in het geven van antwoorden, omdat zij zelf een andere definitie zouden kunnen geven.

Over de anonimiteit van één medewerker kan gezegd worden dat deze niet optimaal gewaarborgd kon worden, aangezien er maar één behandelcoördinator is en deze ook is geïnterviewd.

In bijlage 5 van dit rapport is het document 'beoordeling zorgvuldigheid door opdrachtgever' bijgevoegd. Deze is getekend door de opdrachtgever nadat het rapport is gelezen. Doordat de opdrachtgever akkoord heeft gegeven op de gedeelde informatie, kan gezegd worden dat de betrouwbaarheid verhoogd is.

Validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument

Wat betreft het onderzoeksinstrument kan gesteld worden dat de gestelde vragen geen onduidelijkheden hebben veroorzaakt bij de geïnterviewde medewerkers. Bij de groep cliënten was de vraagstelling soms onduidelijk. Deze respondenten hebben een aantal keren om verduidelijking moeten vragen. Na het geven van extra uitleg door de onderzoekers, konden de cliënten alsnog antwoord geven op de gestelde vragen. Deze aanpak maakt de vraagstelling subjectiever, maar de oorspronkelijke vraagstelling zal geen valide resultaten opleverd hebben, aangezien de cliënten niet alles snapten.

Onderzoeksresultaten en de resultaten uit de literatuur

Wanneer de resultaten uit het onderzoek en de bevindingen uit de literatuur met elkaar vergeleken worden, komen geen verschillen naar voren. Wel is een opvallende overeenkomst tussen het literatuuronderzoek en de resultaten van het praktijkonderzoek te benoemen. Vanuit zowel het literatuur- als het praktijkonderzoek blijkt dat het sociaal netwerk een belangrijk aspect is bij de ontwikkeling en behouden van zelfredzaamheid. In zowel het interview met de medewerkers als het interview met de cliënten is het sociaal netwerk in de vraagstelling meegenomen. Als terug gekeken wordt naar het onderzoek, kan gezegd worden dat het perspectief van het sociaal netwerk zelf, in de vorm van familie, vrienden en kennissen, ontbreekt. Dit is een gevolg van het feit dat deze groep moeilijk te bereiken is. Wanneer deze groep wel meegenomen zou worden, zou het onderzoek een andere uitkomst kunnen hebben.

Daarnaast is een opvallende overeenkomst dat de zorgbehoefte voor iedere cliënt anders is. In het literatuurhoofdstuk wordt hierover gezegd dat cliënten met een LVB zich onderscheiden in hun begeleidingsbehoefte. Voor iedere cliënt is de zorgbehoefte anders, met andere woorden: de bemoeienis van medewerkers naar cliënten. Ook uit de verkregen resultaten blijkt dat iedere cliënt anders is en dat medewerkers vinden dat per cliënt en per situatie gekeken moet worden naar de behoeften.

Bijdrage aan het sociaal werk

Uit de literatuur blijkt dat tegenwoordig steeds meer sprake is van een participatiesamenleving. Mensen zijn steeds meer op zichzelf en op het sociaal netwerk aangewezen. Ook is in de literatuur beschreven dat steeds meer mensen met een LVB tussen wal en schip vallen, omdat de aard en de ernst van hun beperking verschilt. Het is dan ook vaak zoeken naar de bijbehorende zorg en begeleiding. Het kost tijd te onderzoeken



wat cliënten precies nodig hebben. Binnen het CVBP wordt dit door de medewerkers bevestigd en geven zij aan dat dit voor de cliënten ook geldt. Voor de sociaal werkers is het hierdoor zoeken naar passende begeleidingsbehoeften.

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de resultaten en conclusies kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden ten behoeve van de ontwikkeling en bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP. Allereerst zijn twee aanbevelingen opgesteld voor de praktijk en daarnaast twee aanbevelingen voor verder onderzoek.

Aanbevelingen voor de praktijk:

1. Stel rustmomenten ter discussie

Doordat medewerkers de rustmomenten voor cliënten ter discussie te stellen, wordt stil gestaan bij het feit of de zelfredzaamheid van cliënten tijdens rustmomenten bevordert wordt. De verschillende visies met betrekking tot dit onderwerp worden met elkaar gedeeld, waarna een eenduidig besluit kan ontstaan over de invulling van rustmomenten. Vanuit het onderzoek blijkt dat niet iedere cliënt invulling kan geven aan deze rustmomenten. Groepsmedewerkers zouden met cliënten kunnen spreken over hun wensen rondom rustmomenten. Hierdoor hebben cliënten een eigen inspraak, wordt de samenwerking aangegaan en de zelfredzaamheid van de cliënten bevordert doordat zij zelf keuzes maken.

2. Ga de samenwerking met cliënten aan

Vanuit de resultaten van de interviews blijkt dat medewerkers vinden dat de samenwerking met cliënten verbeterd kan worden. Dit omdat nu nog veel vóór de cliënt wordt besloten in plaats van mét de cliënt. Het is van belang dat cliënten inspraak krijgen in het regelen van zaken, zodat de zelfredzaamheid gestimuleerd kan worden.

3. Organiseer scholing met betrekking tot methodieken

Vanuit de resultaten van de interviews met medewerkers blijkt dat geen eenduidige methodiek wordt gebruikt binnen het CVBP. De methodiek Oplossingsgericht werken wordt nu nog vaak centraal gesteld. Echter wordt deze niet of nauwelijks toegepast in de praktijk. Medewerkers zeggen hierover onvoldoende geschoold te zijn om deze methodiek in de praktijk toe te passen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek:

4. Ga na of de methodiek 'Oplossingsgericht werken' passend genoeg is

De medewerkers hebben in de interviews aangegeven dat weinig kennis aanwezig is rondom de methodiek Oplossingsgericht werken. Van belang is om te onderzoeken of specifiek deze methodiek het meest passend is voor het CVBP. Op dit moment geven een aantal medewerkers aan hun eigen gevoel te volgen in het werken met cliënten en weinig houvast te ervaren aan een bepaalde methodiek, doordat zij te weinig scholing hebben gehad in deze methodiek.



5. Doe onderzoek naar passende methodieken

Als aanvulling op vierde aanbeveling zou gekeken moeten worden welke methodiek passend is binnen het CVBP. In hoofdstuk 2 van dit rapport zijn methodieken weergegeven die eventueel passend zullen zijn voor het CVBP.



6. Literatuurlijst

Bannink, F. (2013). *Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. (3^e druk). Amsterdam: Pearson.

Boer, P. den (2014). *Eigen kracht*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M. & Poll, A. (2013). *Methoden en instrumenten zelfregie*. Utrecht: Movisie.

Cloin, C. & Peeters, P. (2012). *Onder het mom van zelfredzaamheid*. Eindhoven: Pepijn B.V. Uitgeverij.

College voor de Rechten van de Mens (2018). *Mensenrechten van mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 7 mei 2018, van <https://www.mensenrechten.nl/beperking/nl/node/1>

Community Support (z.d.). *Verbeteren en vergoten zelfredzaamheid*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van <https://www.communitysupport.nl/hulpverlening/sociale-netwerken/verbeteren-en-vergroten-zelfredzaamheid.htm>

Dankers, T. (2016). *Eenzaamheid en sociaal isolement*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie en de Wmo-werkplaats.

De uitzondering (2016). *Oplossingsgerichte training en coaching*. Geraadpleegd op 20 april 2018, van https://www.deuitzondering.nl/oplossingsgericht-werken/2-3-daagse-cursus-oplossingsgericht-werken?gclid=EAIaIQobChMIqJWklqy-2gIVQb7tCh2SZADQEAAAYASAAEgIOgfD_BwE

Didden, R., Groen, W., Moonen, X. & Troost, P. (2016). *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

GGZ Drenthe (2018a). *Missie en Visie*. Opgevraagd op 1 maart 2018, van <https://ggzdrenthe.nl/over-ggz-drenthe/missie-en-visie>

GGZ Drenthe (2018b) *Psychomotorische therapie*. Opgevraagd op 26 maart 2018, van <https://ggzdrenthe.nl/behandelingen/psychomotorische-therapie>

Graauw, C. de (z.d.). *Effectmeting en doelbereik*. Opgevraagd op 10 april 2018, van <https://claudiadegraauw.nl/kwalitatief-en-kwantitatief-onderzoek-wat-wat/>

Hammond, W. (2010). *Principles of Strength-Based Practice*. Calgary: Resiliency Initiatives.

Hoek, N. (2014). *Zelfredzaamheid van welzijnscliënten* (Masterthesis). Arbeid, zorg en welzijn, Universiteit Utrecht, Utrecht.



Hubers, J., Huiskamp, L., Schlee, T., & Mossel, M. van. (2015). *Handboek Kliniek CVBP*. Assen: GGZ Drenthe.

Klik (2012). *Oplossingsgericht begeleiden effectiever bij licht verstandelijk beperkten*. Geraadpleegd op 3 juni 2018, van <https://www.klik.org/nieuws/oplossingsgerichte-begeleiden-effectiever-bij-licht-verstandelijk-beperkten>

Lauriks, S., Buster, M.C.A., De Wit, M.A.S., Van de Weerd, S., Tigchelaar, G. & Fassaert, T. (2013). *Zelfredzaamheid-Matrix*. Geraadpleegd op 5 juni 2018, van file:///C:/Users/EasyNote/Downloads/zelfredzaamheid_matrix.pdf

Migchelbrink, F. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Mogendorff, K., Tonkens, E. & Verplanke, L. (2012). *Respect, waardering en ontplooiing*. Opgevraagd op 14 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/publicatie/respect-waardering-ontplooiing>

Movisie (2013a). *Zelfredzaamheid*. Geraadpleegd op 16 april 2018, van <https://www.movisie.nl/zelfredzaamheid>

Movisie (2013b). *Methoden en instrumenten zelfregie*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methoden-en-instrumenten-zelfregie%20%5bMOV-1924484-0.2%5d.pdf

Movisie (2013c). *Methodebeschrijving Community Support*. Geraadpleegd op 4 juni 2018, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Methodebeschrijving_Community_Support.pdf

Movisie (2015a). *Community Support*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van <https://www.movisie.nl/esi/community-support>

Movisie (2015b). *Eigen initiatief model*. Geraadpleegd op 5 juni 2018, van <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/eigen-initiatief-model>

Movisie (2017). *Oplossingsgericht werken*. Geraadpleegd op 16 april 2018, van <https://www.movisie.nl/esi/oplossingsgericht-werken>

Movisie (2018). *Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)*. Geraadpleegd op 23 april 2018, van <https://www.movisie.nl/tools/zelfredzaamheid-matrix-zrm>

Overheid.nl (2018). *Officiële bekendmakingen*. Geraadpleegd op 12 april 2018, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/gmb-2018-65662.html>

PositivePsychologyProgram (2018). *Learned Helplessness: Seligman's Theory of Depression (+ Cure)*. Geraadpleegd op 6 juni 2018, van



<https://positivepsychologyprogram.com/learned-helplessness-seligman-theory-depression-cure/>

Rinogroep (z.d.). *Het Strengths Model*. Geraadpleegd op 6 juni 2018, van <https://www.rinogroep.nl/opleiding/1154/het-strengths-model.html>

Roeden, J. & Bannink, F. (2007). *Handboek Oplossingsgericht Werken*. Amsterdam: Pearson.

Schuurman, M. (2002). *Mensen met een verstandelijke beperking in de samenleving*. Utrecht: Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg.

Schuurman, M.I.M. & Nass, G. (2015). *Mensen met verstandelijke beperkingen in de Wmo: verheldering van concepten en handelingsmogelijkheden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Soenen, S. (2016). *Betere hulpverlening voor mensen met een licht verstandelijke beperking*. (Proefschrift). Universiteit Leiden, Leiden.

Vilans (z.d.). *Werken aan sociale netwerken*. Opgevraagd op 3 juni 2018, van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/werkwijzer-werken-aan-sociale-netwerken-van-clienten.pdf>

Zoon, M. (2011). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 3 april 2018, van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf

Zorgwijzer.nl (2016). *Hoe is de zorgverzekering in andere landen geregeld?* Geraadpleegd op 5 juni 2018, van <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld>



Bijlagen

1. Interview medewerkers

Interview met medewerkers van het Centrum Verstandelijke Psychiatrie in Assen over de zelfredzaamheid van de cliënten

A. Demografische gegevens

Aantal jaren relevante werkervaring binnen het CVBP:

B. De kijk van medewerkers op de zelfredzaamheid van de cliënten

De definitie van het begrip zelfredzaamheid:

‘Het lichamelijke, verstandelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen met zo min mogelijk steun van de overheid.’

1. Wat verwacht je van de cliënten m.b.t. zelfredzaamheid?
2. In hoeverre vind je dat de cliënten binnen het CVBP invulling geven aan hun zelfredzaamheid?
3. Op welke manier dragen jij en je collega's bij aan het behouden en ontwikkelen van de zelfredzaamheid van de cliënten binnen het CVBP?

C. Invloeden op zelfredzaamheid

4. Wat is volgens jou de invloed van het sociaal netwerk van de cliënt op de zelfredzaamheid?
5. In hoeverre heeft de groepsdynamiek volgens jou invloed op de zelfredzaamheid van de cliënt?
5A. Waaruit blijkt dit? Concrete voorbeelden?
6. Zijn er verschillen in de mate van zelfredzaamheid tussen de vaste groepsmomenten en de vrije tijd?
6A. Welke verschillen? Wat valt je op?

D. Methodieken

7. Hoe en in welke mate draagt de methodiek Oplossingsgericht werken bij aan de zelfredzaamheid van cliënten?

Topics:

Ontwikkelen/behouden van zelfredzaamheid

Verschillen t.a.v. zelfredzaamheid

Verwachtingen naar cliënten

Invloeden

Oplossingsgericht werken



2. Interview cliënten

Interview met de cliënten van het Centrum Verstandelijke Psychiatrie in Assen over de zelfredzaamheid van de cliënten

A. De kijk van cliënten op zelfredzaamheid

Uitleggen wat zelfredzaamheid is door de begrippen 'zelfstandigheid', 'eigen keuzes maken', etc. te gebruiken (aansluitend bij het niveau van de cliënt).

1. Hoe goed kun jij jezelf redden?
2. Heb jij veel hulp nodig van de groepsleiders?
2A. Waar heb jij hulp bij nodig?
3. Helpen groepsleiders jou met verschillende dingen of laten zij jou eerst zelf dingen proberen?

B. Sociaal netwerk

4. Krijg jij ook hulp van familie en/of vrienden?
5. Kun jij jezelf goed op de groep redden?
5A. Helpen andere mensen op de groep jou wel eens?

C. Vrije tijd en dagbesteding

6. Kun jij jezelf goed redden in je vrije tijd (bijvoorbeeld tijdens rustmomenten)?
7. Kun jij jezelf goed redden op de Dobbe (dagbesteding)?

Topics:

Ontwikkelen/behouden van zelfredzaamheid

Hulp van groepsleiders

Sociaal netwerk

Groepsdynamiek

Vrije tijd/dagbesteding



3. Praktijkvoorbeeld Community Support

Startsituatie

Net als alle kinderen gaat Leonie in het dorp op school. Haar cijfers zijn best goed, maar ze is stil en verlegen. Ze heeft weinig vriendinnen. Thuis speelt ze vaak alleen en is ze vaak lastig en opstandig. Op school wordt ze een buitenbeentje. In groep 7 wordt ze psychiatrisch onderzocht. Ze krijgt de diagnose PDD-NOS. De ouders concluderen dat het opstandige gedrag komt door de PDD-NOS. Met het geven van de diagnose komt onbedoeld de stoornis, de beperking centraal te staan. Er is nauwelijks aandacht meer voor het spontane vrije kind. Leonie is een probleem geworden. Thuis is ze het onderwerp van sombere gesprekken. Op school ligt de nadruk op haar beperkingen. Het zelfbeeld van Leonie wordt negatiever en negatiever.

Leonie wordt met het opgroeien steeds meer een buitenbeentje. Thuis wordt ze nog opstandiger en haar ouders weten niet meer hoe te reageren. De ouders zijn overbezorgd en willen vooral dat ze normaal doet. Leonie ontmoet ook een jongen waar ze het goed mee kan vinden. Ze praten met elkaar over allerlei dingen die hen bezighouden. Ze voelen zich verbonden en verliefd. Haar vriend reageert aanvankelijk gelijkwaardig, luisterend, ruimte gevend. De ouders van Leonie vertellen dat ze PDD-NOS heeft en dat hij beter anders met haar om kan gaan. Juist dat verandert hun relatie. De vriend gaat het gedrag van de ouders overnemen. Ook bij haar vriend krijgt Leonie het gevoel anders te zijn. Haar gevoel van eigenwaarde gaat nog meer omlaag, ze voelt zich een verliezer.

De uitvoering

Leonie wil haar opleiding afronden en een baan in de verzorging. Ze wil op zichzelf wonen en graag een vaste vriend. Leonie wil zichzelf weer zien als een leuke jonge vrouw. Je idealen en dromen als uitgangspunt nemen, en van daaruit je richting zoeken in het leven: Leonie oefent met de supportmedewerker om gebruik te maken van haar sterke kanten, haar intelligentie en haar doorzettingsvermogen.

Leonie is steeds negatiever over zichzelf gaan denken. Ze is zich als verliezer gaan zien en kwam terecht in een nederlaagpositie. Ze gedraagt zich daardoor afwachtend en afhankelijk, of soms juist opstandig. Leonie oefent met de supportmedewerker om positief in het leven te staan: minder afwachtend en constructiever. Haar opleiding afronden is voor Leonie een eerste hoofddoel.

Haar ouders zijn VIPS voor haar. Zij vinden op zichzelf wonen nog te vroeg en verzetten zich daartegen. Daarom wordt daar niet mee begonnen. De leerkracht ziet een baan in de verzorging niet als haalbaar. De leerkracht is geen VIP. Hoogste prioriteit heeft het afronden van de opleiding.

Door haar teruggetrokken gedrag ontmoet Leonie nauwelijks nieuwe mensen. Veel mensen gaan met haar om alsof ze een beperking is, in plaats van dat ze een beperking heeft. Veel mensen hebben geen oog voor haar talenten. Leonie heeft weinig mensen om zich heen waarmee ze zich echt verbonden voelt. Wel weet ze zich gesteund door drie meiden op haar opleiding.



Leonie; "Drie melden die ik ken van school, willen bij mij in de steungroep zitten." Van de leden wordt verwacht dat ze positief betrokken zijn, van woorden daden maken, rolmodel zijn en meehelpen in het realiseren van de gestelde doelen. Mede daarom heeft Leonie drie vriendinnen in de steungroep gevraagd. De steungroep kiest als motto: "Leonie ziet een rooskleurige toekomst". De steungroep komt één keer per maand bij elkaar. De supportmedewerker legt in de steungroep uit, dat Leonie weliswaar een diagnose heeft, maar geen diagnose is. Leonie heeft net als iedereen een gebruiksaanwijzing. De steungroepleden helpen Leonie al flink op weg door over hun eigen gebruiksaanwijzing te vertellen. De steungroep is voor Leonie een veilige basis. Door met elkaar allerlei dagelijkse situaties te bespreken en ervaringen uit te wisselen, krijgt Leonie inzicht in diverse sociale situaties. Haar vriendinnen geven haar een gevoel van gelijkwaardigheid en het gevoel van verbondenheid neemt als vanzelf toe.

Leonie behaalt het diploma Verzorging niveau 3. Leonie zit nog in een fase, waarin zij nog niet voldoende in zichzelf en in haar eigen mogelijkheden gelooft om in het vrije bedrijf te werken. Zij vraagt een Wajong-uitkering aan. Deze wordt afgewezen. De functionaris van het UWV is van mening dat Leonie nooit in de zorg zou kunnen werken. Zij moet maar een baan zoeken in de productie. Leonie is teleurgesteld. Zij heeft het gevoel weer een nederlaag te lijden, maar laat het er niet bij zitten. Zij heeft inmiddels geleerd om op te komen voor zichzelf en haar grenzen aan te geven. Zij gaat fanatiek solliciteren en met de hulp van de supportmedewerker oefent zij sollicitatiegesprekken. Als zij wordt uitgenodigd voor een gesprek, besluit zij om haar diagnose PDD-NOS niet te noemen. Zij wil als Leonie beoordeeld worden. Zij wordt aangenomen voor 28 uur. Leonie is trots en het werken gaat haar goed af. Zij heeft geleerd om overzicht te houden en structuur aan te brengen. Binnen een half jaar ontvangt Leonie een vast contract. Inmiddels weet haar werkgever wel dat zij PDD-NOS heeft, maar Leonie wordt daar niet op beoordeeld. Langzaam aan krijgt de roos de voeding die nodig is om op te bloeien. Leonie kan deze verandering bijna nog niet geloven. Zij blijft wankel in haar gedrag, omdat het denken vanuit de problematiek er zo ingesleten is.

Eindsituatie

Leonie is ondertussen op zichzelf gaan wonen. De ouders hebben leren zien dat hun dochter zelfstandiger en weerbaarder is geworden. Hierdoor kunnen zij hun overbezorgdheid loslaten. Via internet *dating* heeft Leonie een nieuwe vriend ontmoet. Een man die geen vooroordelen heeft. Leonie heeft pas later verteld dat ze PDD-NOS heeft. Haar vriend wordt er niet anders van. Je bent wie je bent en iedereen heeft een 'gebruiksaanwijzing', is zijn opvatting. Leonie voelt zich erbij horen en ontwikkelt zich tot een prachtige roos. Haar sociale netwerk heeft nu voornamelijk groene stickers. De sociale contacten geven haar een goed gevoel, ze voelt zich verbonden.



4. Uitwerking Zelfredzaamheid-Matrix



Zelfredzaamheid-Matrix 2013

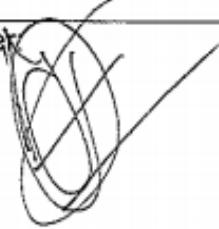
S.Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, G. Tigchelaar, en T. Fassaert.

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet en/of gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel en/of bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf en deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomsten mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding of arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding of volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk en/of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huur/hypotheek is niet betaalbaar en/of dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend en/of in onderhuur of niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en (huur)contract met bepalingen en/of gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en regulier (huur)contract en/of autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om en/of potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig en/of woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen en/of terugkerende suïcide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen en/of geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn en/of enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen en/of behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven en/of marginale beperking van functioneren en/of goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zelfredzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besloomingen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatig behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamenlijk gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamenlijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.

© GGD Amsterdam. Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Tigchelaar & Fassaert. 2012.



5. Beoordeling zorgvuldigheid door opdrachtgever

Naam opdrachtgever/organisatie: I.Folkers teammanager a.i. CVB&P GGZ Drenthe	
Handtekening opdrachtgever: 	
Datum: 6-6-2018	
Naam student 1: Melissa de Boer	
Naam student 2: Loes van Groningen à Stuling	
	Ja/nee
Zijn de feiten m.b.t. de organisatie juist weergegeven?	Ja
Is de privacy van respondenten voldoende gewaarborgd?	Ja
Is de rapportage in huidige vorm geschikt voor verspreiding binnen de organisatie?	Ja
Toelichting indien het antwoord op één van bovenstaande vragen nee is	

