

“Hoe denken cliënten van de RIBW AVV over zelf rapporteren in hun dossier”



“Rapporteren moet een doel hebben”

cliënte Marlies
21-01-2016

April 2016
Krol, de Kleijn & de Koning
Projectresultaat - Onderzoek en Innovatie

Onderzoek bij de Regionale instelling voor Beschermd Wonen
Arnhem en Veluwe Vallei in samenwerking met de
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Maatschappelijk werk en Dienstverlening



Voorwoord

Als vierdejaars studenten Maatschappelijk werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen hebben wij ons afstudeerproject binnen de RIBW Arnhem & Veluwe Vallei vorm mogen geven. De afgelopen periode hebben wij met heel veel plezier gewerkt aan het onderzoeksrapport dat nu voor u ligt.

Vanuit onze visie op hulpverleners is onze afstudeeropdracht ontstaan. Onze visie is dat de cliënt een mens is met een kwetsbaarheid, niet een kwetsbaarheid en daarnaast mens. Wij geloven er sterk in dat alleen wanneer de cliënt voelt dat er oprecht contact is er vertrouwen ontstaat en er empowerment kan zijn. Vanuit dit empowerment kan er groei en eigen regie ontstaan. De eigen regie kan onder andere inhouden dat een cliënt meer en meer sturing kan geven aan zijn eigen herstelproces. Onderzoeken wat cliënten nodig hebben om dit te bereiken, is onze intrinsieke drive geweest tijdens het gehele onderzoeksproces. Daarnaast was het onze wens om binnen de RIBW AVV een product af te leveren dat daadwerkelijk op termijn een bijdrage kan leveren aan de ontwikkelingen binnen het primaire proces. Met dit praktijkonderzoek willen wij een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en professionalisering van het beroep van de maatschappelijk werkende.

In dit voorwoord willen we een aantal mensen in het bijzonder bedanken; Allereerst de cliënten die aanwezig waren bij de interviews en hun visie met ons wilden delen. Zij hebben ons voorzien van informatie die nodig was om de probleemsituatie te onderzoeken. Aan de hand van hun informatie was het mogelijk een aanbeveling te schrijven.

Hiernaast bedanken we Godelieve Kip (HAN) en Jessica Gerritsen (RIBW AVV) voor hun aanvullingen en enthousiasmerende houding ten aanzien van het onderwerp tijdens het onderzoek, en de afdeling kwaliteit en beleid van de RIBW AVV voor de opdracht om dit onderzoek te mogen uitvoeren.

Diana Krol (426342)
Edith de Koning (516756)
Ingrid de Kleijn (508846)

Samenvatting

In opdracht van de RIBW AVV is onder hun cliënten onderzoek verricht in het kader van het meerjarenbeleidsplan waarin is opgenomen tussen 2016 en 2020 een cliëntportaal in gebruik te nemen. In deze samenvatting leest u de belangrijkste conclusies uit het onderzoek en de daaruit voortgekomen aanbevelingen.

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd en onderzocht: *“Hoe denken cliënten van de RIBW AVV over zelf rapporteren in hun dossier binnen het cliëntportaal en waar liggen hun wensen en behoeften ten aanzien van het rapporteren?”*

Belangrijkste conclusies

Uit het onderzoek is gebleken dat cliënten openstaan voor het zelf gaan rapporteren. Hierbij willen zij zelf de regie behouden, maar is ondersteuning vanuit de begeleider wenselijk. Cliënten hebben tijdens de afgenomen interviews aangegeven veel vertrouwen te hebben in de begeleiders van de RIBW AVV ten aanzien van rapporteren in hun dossier. Ondersteund voelt de cliënt zich wanneer hij samen met de begeleider in gesprek gaat over de rapportage. Hierdoor verwacht de cliënt tot een gezamenlijke waarheid te komen. De cliënt heeft hierbij behoefte aan uitleg en handvatten over wat er van hem verwacht wordt.

Het waarborgen van de privacy is een issue dat in de interviews en vragenlijsten regelmatig naar voren is gekomen. De cliënt is bezorgd over wie inzage krijgt in hetgeen hij heeft geschreven.

Uit literatuuronderzoek kwam naar voren dat het motiveren en gemotiveerd houden van cliënten lastig is. Uit dit onderzoek komt naar voren dat cliënten gemotiveerd zijn om deel te nemen maar dat zij hierbij wel ondersteuning nodig hebben. De motivatie kan worden vergroot door het voeren van gesprekken en het verhelderen van het doel en de verwachtingen in het zelf rapporteren.

Aanbevelingen

Om de wensen en behoeften van de cliënten naar de organisatie over te brengen hebben de onderzoekers een aantal aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn: het verschaffen van helderheid voor de cliënten door een taakomschrijving te maken. Hiermee wordt voorkomen dat cliënten zich onzeker zullen voelen in het zelf rapporteren. Cliënten zullen gemotiveerd en gestimuleerd moeten worden om deel te (blijven) nemen. De cliënt, de begeleider en de organisatie moeten het belang en doel van het zelf rapporteren leren inzien. De begeleiders moeten leren verdragen dat hun rol verandert. Hiervoor is steun nodig vanuit de organisatie. De organisatie zal dan ook verder onderzoek moeten verrichten om dit vorm te kunnen geven. De cliënt wil op een eigen creatieve manier rapporteren, zo wil men bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van emoticons, een tekening, app of sms of een gesproken bericht. Tijdens de implementatie zal dit ICT technisch gerealiseerd moeten worden.

Met dit onderzoek hebben de onderzoekers geprobeerd een bijdrage geleverd aan een verbetering van het primaire proces. Het onderzoek is daarmee een bijdrage aan en relevant voor, de implementatie van het cliëntportaal. De cliënt heeft een duidelijke behoefte gehoord te worden waar dit onderzoek bewijzen voor levert. Hierdoor zullen innovatieve ideeën ontstaan.

Hoe deze conclusies en aanbevelingen tot stand zijn gekomen leest u in onderstaand verslag.

Inhoud

Samenvatting	3
Begrippenlijst.....	5
1 Inleiding.....	7
2. Aanleiding	8
3. Probleemanalyse.....	8
4. Vraag en doelstelling	20
4.1 Vraagstelling	20
4.2 Doelstelling	20
5 Onderzoeksopzet	20
5.1 Onderzoeksbenadering.....	20
5.2 Databronnen	21
5.3 Dataverzamelingstechniek	22
5.4 Kwaliteit	25
6 Onderzoeksresultaat	27
6.1 Focusgroepsinterviews	27
6.2 Vragenlijsten	28
7 Conclusie	29
7.1 Beantwoorden onderzoeksvraag.....	29
8 Aanbeveling	31
9 Implementatie.....	32
10 Discussie.....	33
Literatuurlijst.....	35
Bijlage 1: 5xW+H formule	37
Bijlage 2: Fonteynenburg.....	38
Bijlage 3: Howie the Harp	41
Bijlage 4: Vragenlijst focusgroepsinterview.....	42
Bijlage 5: Vragenlijst.....	43
Bijlage 6: Data focusgroepsinterview	44
Bijlage 7: Data vragenlijsten	52
Bijlage 8: Boekenlegger.....	59
Bijlage 9. Uitnodigingsbrief deelname onderzoek	60
Bijlage 10. Zelfredzaamheid-Matrix	61

Begrippenlijst

Cliëntportaal

Nieuwe digitale techniek waardoor de cliënt altijd digitaal beschikt over het meest recente plan, afspraken kan maken en waar beeldbellen met de persoonlijk begeleider mogelijk is (Beleidsplan RIBW AVV, 2016).

“De bedoeling”

Het ankerpunt waaraan op te hangen is wat in systeemwereld en leefwereld gebeurt. In de organisatie is er één formele bedoeling: waartoe bestaat de organisatie (Hart, 2012).

Empowerment

De initiatieven die cliënten zelf nemen om zich sterker te maken (Pro Mente, 2011).

Geestelijke gezondheid zorg (Ggz)

De geestelijke gezondheidszorg is, als vakgebied van de gezondheidszorg, een toegepaste wetenschap die zich met de psychische gezondheid van mensen bezighoudt. Het omvat onderzoek, studie en kennis om de geestelijke gezondheid van mensen te bevorderen en/of te herstellen en streeft er naar psychische problemen te voorkomen (ggznederland, zd).

Herstel

Herstel betekent dat je leert zien waar je eigen kwetsbaarheden en talenten liggen waardoor je weer regie krijgt over je eigen leven. In de Ggz is herstel een relatief nieuw concept dat verwijst naar iets anders dan genezing van ziekte alleen. In een herstelproces wordt de persoonlijke balans hervonden na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting (Wilken, 2012).

Herstel ondersteunende zorg

Herstelondersteuning omvat alles wat helpt bij herstel van de ontwrichtende psychische ervaringen en de gevolgen daarvan. Herstel ondersteunende zorg sluit aan bij de vraag van cliënten, is flexibel en integraal. Herstelondersteuning staat centraal in de werkwijze van de RIBW AVV. De aanpak is gericht op herstel, eigen kracht en ervaringsdeskundigheid (Hollander, 2012).

Internationale Standaardisatie Organisatie (ISO) voor Zorg & Welzijn certificering

Eisen waaraan een organisatie dient te voldoen wanneer men een ISO-certificaat wenst te behalen. Om aan de normen te voldoen dient de organisatie haar bestaande managementsysteem kritisch te beoordelen om, indien nodig, bestaande processen en procedures conform aan te passen (isoregister, 2016).

Nieuwe werken (HNW)

Het Nieuwe Werken (HNW) is een visie waarbij ontwikkelingen in de informatietechnologie zorgen voor een betere inrichting en bestuur van het kenniswerk. Het gaat om vernieuwing van de fysieke werkplek, de organisatiestructuur en -cultuur, de managementstijl en de mentaliteit van de kenniswerker en zijn manager (invoeringwmo, zd).

Psychosociaal

Term die verwijst naar situaties en relaties waarin psychische en maatschappelijke aspecten een belangrijke rol spelen (Dokterdokter, 2001).

Psychosociale hulpverlening

Hulpverlening volgens de methoden van de sociale psychologie, die het accent legt op de wisselwerking tussen het gedrag van de mens en zijn omgeving (Thesaurus, 2014).

Psychiatrisch

Met betrekking tot de behandeling van geestesziekten (Dokterdokter, 2001).

Regionale instelling voor Beschermd Wonen Arnhem & Veluwe Vallei (RIBW AVV)

RIBW AVV begeleidt mensen met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen bij het wonen, werken en leven.

RIBW AVV is een van de 24 Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) in Nederland, die allen zijn aangesloten bij de landelijke vereniging RIBW Alliantie (RIBW AVV, zd).

RIBW Alliantie

De landelijke vereniging RIBW Alliantie is het samenwerkingsverband van 24 RIBW 's in heel Nederland. De RIBW Alliantie zet zich in voor de best mogelijke vormen van ondersteuning en begeleiding voor mensen met stevige psychische en psychosociale problemen (RIBW, zd).

Systematische Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)

Methodiek waarin de rehabilitatie van de cliënt centraal staat (Wilken, 2012).

Welzijn Nieuwe Stijl (WNS)

Welzijn Nieuwe Stijl, afgekort WNS, is een beweging die erop gericht is de kracht van welzijn beter te benutten. WNS kent acht bakens (kenmerken) die richting geven aan de kwaliteitsontwikkeling van de welzijnssector (invoeringwmo, zd).

Verklaring gebruikte afkortingen

Het woord *geestelijke gezondheidszorg* schrijf je met kleine beginletters. De kleine letters volstaan omdat het een afkorting van een (redelijk) gangbaar begrip is. Jeugdgezondheidszorg is dan ook jgz.

Bovendien zijn geestelijke gezondheidszorg noch jeugdgezondheidszorg een eigennaam. Bureau Jeugdzorg is het officiële loket van de jeugdzorg in Nederland. Bij deze instelling gebruik je zowel voor de term als de afkorting hoofdletters (Notadokter, 2007).

1 Inleiding

Regionale Instelling voor Beschermd Wonen Arnhem en Veluwe Vallei (RIBW AVV) begeleidt mensen met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen bij het wonen, leven en werken. RIBW AVV is een Internationale Standaardisatie Organisatie (ISO) voor Zorg & Welzijn gecertificeerde organisatie en is één van de 24 Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) in Nederland. Alle RIBW 's zijn aangesloten bij de landelijke vereniging RIBW Alliantie (RIBW AVV, zd).

Het werkgebied van de RIBW AVV is onderverdeeld in 14 regio's. Elke regio is georganiseerd in een zogenaamd 'spinmodel' met een regiokantoor van waaruit medewerkers de wijk, stad of het dorp ingaan. In het hart van elke regio liggen woningen van cliënten die de meeste zorg nodig hebben. Alle andere woonvarianten liggen daaromheen, verspreid door de wijk.

Begeleiding in het werkgebied van de RIBW AVV



De RIBW heeft de volgende visie, missie, kernwaarden en motto:

Visie: Iedereen mag er zijn.

“Een samenleving waar iedereen zich thuis voelt en meedoet naar eigen vermogen. Als specialist in herstel ondersteunde begeleiding maken we gebruik van de kracht en mogelijkheden van onze cliënten. Deze vormen de basis voor een voorspoedig herstel, geven onze cliënten zelfvertrouwen, Hernieuwde levenslust en zorgen voor de gewenste persoonlijke ontwikkeling. In onze werkwijze staat het herstelproces van cliënten centraal. Samenwerking met maatschappelijke partners op basis van kerncompetenties is ons beste uitgangspunt. Zo bereiken we het beste resultaat”

Missie: Herstellen en weer meedoen.

“De RIBW AVV helpt en begeleidt jongeren (vanaf 11 jaar), volwassenen en ouderen die langere tijd psychiatrische en /of psychosociale problemen hebben bij wonen, leven en werken. In een beschermde woonsetting of ambulant aan huis. Met behulp van onze specialistische begeleiding ontwikkelen cliënten zelf de gereedschappen waarmee zij de regie over hun leven duurzaam kunnen voeren waarmee zij op de door hen gewenste wijze mee kunnen doen in de samenleving”

Kernwaarden

Zelf: Wij waarderen en stimuleren de eigenheid en kracht van ieder mens.

Samen: Wij zijn ons bewust van de meerwaarde van de samenwerking. We denken in netwerken en het verbinden daarvan.

Stabiliteit: Wij versterken de stevigheid die ieder mens in de basis nodig heeft. Een fundament voor verdere ontwikkeling.

Ontwikkeling: Wij blijven zoeken naar mogelijkheden om onszelf en onze zorgverlening verder te ontwikkelen.

Motto: *Zijn wie je bent.*

“We kijken steeds naar de mens achter de cliënt, medewerker of samenwerkingspartner.”

(Beleidsplan RIBW AVV, 2016)

2. Aanleiding

De aanleiding van het onderzoek is één van de doelstellingen uit het meerjarenbeleidsplan van de RIBW 2016. Deze doelstelling luidt als volgt: in 2020 is een digitaal cliëntportaal is ontwikkeld waardoor de cliënt nog meer eigenaar wordt van zijn eigen plan (Beleidsplan 2016, RIBW AVV). Dit betekent dat de cliënt uiterlijk in 2020 toegang heeft tot zijn eigen digitale dossier. Dit houdt in dat de cliënt een inlogcode krijgt waarmee hij in een beschermde internetomgeving toegang heeft tot het eigen dossier.

De RIBW AVV heeft de onderzoekers gevraagd onderzoek te doen naar het zelf rapporteren door cliënten in het eigen dossier binnen het cliëntportaal. De vraag is of cliënten dit ook daadwerkelijk willen, en wat ze ervoor nodig hebben om dit te kunnen. Parallel aan dit onderzoek loopt vanuit de afdeling kwaliteit en beleid van de RIBW AVV een onderzoek naar wat de begeleiders nodig hebben om cliënten te ondersteunen bij het gebruik gaan maken van het cliëntportaal. De uitkomsten worden bij elkaar gebracht zodat de RIBW AVV het primaire proces kan optimaliseren vanuit de visie van cliënten en medewerkers.

Deze ontwikkelingen van het cliëntportaal staan in de kinderschoenen. Er moet nog veel werk verricht worden om dit Cliëntportaal te realiseren. Dit onderzoek, samen met het onderzoek vanuit de afdeling kwaliteit en beleid is een eerste stap naar de doelstelling van 2020.

3. Probleemanalyse

De problematiek rondom zelfstandig rapporteren wordt geanalyseerd op beschouwingsniveau. Onderscheid wordt gemaakt tussen micro-, meso-, en macroniveau van beïnvloeding. Microniveau betreft de hulpverlening en begeleiding van individuen en kleine groepen. Mesoniveau heeft betrekking op groepen, organisaties en netwerken. Macroniveau heeft betrekking op grotere samenlevingsverbanden zoals een buurt, stad of hele samenleving (Donkers, 2011). In de probleemanalyse wordt de problematiek beschreven, geanalyseerd en in een theoretisch kader geplaatst.

Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten

Nederland is sinds 2007 bezig met een heroriëntatie op het gebied van gezondheid, zorg en ondersteuning. Sinds de invoering van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) in 2007 is er veel veranderd in het zorglandschap. De manier van werken die paste bij een verzorgingsstaat past niet meer bij deze tijd en de vergrijzing van de maatschappij. Om de zorg voor iedereen in de toekomst toegankelijk te houden en om financieel gezond te blijven,

zijn diverse wetsvoorstellen gedaan, programma's ontwikkeld en veranderingen in gang gezet. De overheid zet in op het afremmen van de zorg, waardoor een verschuiving te zien is van professionele hulp naar hulp binnen het eigen netwerk of het versterken van zelfhulp. Het accent komt meer te liggen op het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie van cliënten. Al deze ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de zorg. Van de cliënt wordt vanuit de nieuwe visie binnen de hulpverlening steeds meer verwacht dat hij de regie gaat voeren over zijn eigen leven. De overheid en de gemeenten willen de inwoners meer in hun kracht zetten en de ondersteuning richten op het vergroten van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie (Zorgwijzer, zd).

In het begrotingsakkoord van Rutte-1 heeft de eerste bezuinigingsslag plaats gevonden in de zorg. De zorg zoals die in 2012 was ingedeeld zou in de toekomst onbetaalbaar worden. Nederland was een verzorgingsstaat, mensen hadden recht op ondersteuning en maakten daar gebruik van. Om de kosten in de hand te houden kwamen de eerste voorzetten voor een participatiemaatschappij. In 2012 zijn de eerste stappen genomen om het scheiden van wonen en zorg in te zetten. Mensen hebben geen recht meer op verblijf in een zorginstelling maar kunnen er gebruik van maken op het moment dat de zorgvraag niet meer in de thuissituatie geboden kan worden. Hierdoor zijn veel cliënten ambulant gaan wonen en participeren zij nu in de maatschappij (kenniscentrumwonzorg, 2013).

Op 1 januari 2015 heeft de decentralisatie van de zorg naar de gemeenten plaatsgevonden. De Wmo die op deze datum van kracht werd is de opvolger van de 'oude' Wmo die in 2007 van start ging. De wet vormt de basis van het stelsel van Zorg en Welzijn. Dit stelsel bestaat naast de Wmo 2015 ook uit de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Dorpshuizen, 2015). Een grote verandering is dat het takenpakket van de gemeenten is uitgebreid en er een grote bezuinigingsmaatregel in de zorg van kracht is. Hierdoor is het budget voor jeugdzorg, hulp bij het vinden van werk en zorg aan langdurig zieken of ouderen, grotendeels overgeheveld naar de gemeenten. Naast deze maatregelen moeten gemeenten bezuinigen. De gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor de ondersteuning van cliënten in de thuissituatie. Het doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en te laten deelnemen aan de maatschappij. De rol van cliënten, zorgverleners, verzekeraars/zorgkantoren en gemeenten verandert daarmee ingrijpend. Dit wordt ook wel de "kanteling" genoemd. Zelfredzaamheid en participatie bevorderen, is vanaf 2015 de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Gemeenten zijn wettelijk verplicht om te onderzoeken wat de situatie is van mensen die zich melden voor Wmo ondersteuning. Bij dat onderzoek kijken de gemeenten naar wat iemand zelf nog kan en hoe diens directe omgeving hierbij kan helpen (Zorgwijzer, zd).

Welzijn Nieuwe Stijl (WNS)

Het doel van het Basisstelsel Zorg en welzijn is een nieuwe impuls geven aan de invulling van de Wmo om zo de zelfredzaamheid en participatie van burgers te vergroten. Binnen de Wmo wordt gewerkt in het kader Welzijn Nieuwe Stijl.

Overall in het land hebben gemeenten, instellingen en burgers de handen ineengeslagen om de maatschappelijke ondersteuning anders en beter te organiseren:

- Beter beantwoordend aan de vraag.
- Meer gericht op het behalen van resultaten.
- Efficiënter in de aanpak.

Hierbij is welzijnswerk weer sterk in beeld gekomen. Gemeenten realiseren zich dat welzijnsorganisaties, waarmee ze sinds jaar en dag een subsidierelatie onderhouden, de potentie hebben om burgers meer te laten participeren (invoeringwmo, 2010).

Welzijn Nieuwe Stijl (WNS) richt zich op meer overeenstemming tussen gemeenten, instellingen en burgers en meer professionaliteit en effectiviteit in de aansturing door gemeenten. Acht bakens geven richting aan de omslag naar werken volgens WNS. Ze bieden

zowel de welzijnsorganisaties als de gemeenten houvast. De bakens zijn echter niet gedetailleerd uitgewerkt. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de uitwerking daarvan ligt daar waar de verandering moet plaatsvinden: bij de gemeenten, de welzijnsinstellingen en de professionals.

De 8 bakens van Welzijn Nieuwe Stijl

1. Gericht op de vraag achter de vraag
 2. Eigen kracht van de burger
 3. Direct eropaf
 4. Formeel en informeel in verhouding
 5. Balans van collectief en individueel
 6. Integraal werken
 7. Resultaatgericht
 8. Ruimte voor de professional
- (invoeringwmo, 2010)

De acht bakens van WNS zijn in een richting gevend kader ontwikkeld dat mag worden gezien als ondersteunend en stimulerend voor verbeterinitiatieven die gemeenten en instellingen ontplooiën. Het gaat erom samen zicht te krijgen op het probleem door de dialoog aan te gaan met de cliënt. Het is gebaseerd op de eigen kracht van de cliënt door hem te empoweren en te activeren (afhankelijkheid versus zelfredzaamheid). Het zoeken naar de mogelijkheden van de cliënt. De professionele inzet is hierbij zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig.

Onderzoeken of cliënten zelfstandig kunnen en willen rapporteren sluit daarbij aan omdat er een beroep wordt gedaan op de eigen mogelijkheden.

Naast de inzet van professionals, wijkinitiatieven, sociale netwerken en vrijwilligers zijn nog twee items van belang, namelijk: samenwerking op alle vlakken en onderzoek bij de cliënt naar wat nodig is om zelf te kunnen rapporteren. Er wordt ingezet op het eigen probleemoplossend vermogen en het voorkomen van afhankelijkheid van professionele hulpverlening. Er wordt gewerkt aan één plan en gezocht naar samenwerking tussen betrokkenen: het integraal werken. De cliënt is eigenaar en regievoerder van zijn eigen plan en dus ook van zijn eigen dossier. De cliënt mag hierin zijn eigen stem laten horen. Door zelf zijn voortgang te rapporteren wordt de cliënt ook daadwerkelijk regievoerder van zijn eigen plan. Het WNS is niet vrijblijvend maar resultaatgericht. Door de bakens van WNS te vertalen naar het zelf rapporteren door de cliënt wordt de zelfredzaamheid vergroot (invoeringwmo, 2010).

Regionale instelling voor beschermd wonen Arnhem en Veluwe Vallei

De RIBW Arnhem & Veluwe Vallei (RIBW AVV) begeleidt mensen met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen bij het wonen, werken en leven. De RIBW AVV is er voor volwassenen, kinderen en jongeren. Het aanbod bestaat uit:

- ambulante begeleiding in de thuissituatie.
- begeleiding in beschermende woonvormen.
- bemiddeling en coördinatie.
- participatie-activiteiten.

Beleid en werkwijze

In 2015 is het 25-jarige bestaan van de RIBW AVV gevierd. De laatste jaren is er een vernieuwde visie ontstaan op de hulpverlening. Meer vanuit de kracht van de cliënt en gericht op rehabilitatie. De RIBW AVV heeft hierin al 25 jaar een voortrekkersrol. Beschermd woonvormen van de RIBW AVV hebben bijvoorbeeld altijd bewust in de wijken van de wijken van gemeenten gestaan, om cliënten zo normaal als mogelijk te laten wonen, terwijl van oudsher de herstellingsoorden afgelegen lagen van de bewoonde wereld. De RIBW AVV wil hiermee hospitalisering tegengaan en zelfredzaamheid, empowerment en participatie vergroten.

De wereld van de RIBW AVV is sterk in beweging. De actuele maatschappelijke ontwikkelingen vragen om vernieuwde ontwikkelingen op zorgvraagstukken. De zorg aan de cliënten veranderd en er worden nieuwe eisen aan de RIBW AVV gesteld. In het veranderde zorgklimaat is er succesvol invulling gegeven aan 'de bedoeling', wat staat voor: herstel ondersteunende specialistische begeleiding voor cliënten. Er zijn dromen en ambities geformuleerd voor de zorgverlening in de toekomst waar 'de bedoeling' centraal blijft staan. Deze dromen hebben vorm gekregen in het meerjarenbeleidsplan 2016 (Beleidsplan RIBW AVV, 2016).

De RIBW AVV is steeds op zoek naar innovaties om de cliënt tot zijn recht te laten komen in de samenleving. Deze innovaties werden voorheen vooral top-down geïntroduceerd. Hier is de laatste jaren een kanteling in gekomen. De stem en de positie van de cliënt is steeds duidelijker naar voren gekomen en steeds belangrijker geworden. Dit past bij de visie van de RIBW AVV en bij 'de bedoeling' waarin de cliënt centraal staat.

Ambities en eindresultaten

In het beleidsplan 2016 zijn de beoogde eindresultaten geformuleerd voor 2020. Een van de eindresultaten is gericht op de ondersteunende processen.

Beoogd eindresultaat voor 2020 is:

"De RIBW AVV ondersteunt het herstel van cliënten met nieuwe (digitale) techniek (en) op het gebied van eigen regie/zelfzorg/preventie. Een cliëntportaal* is ontwikkeld waardoor de cliënt nog beter eigenaar kan zijn** van zijn eigen plan. Cliënten beschikken digitaal altijd over het meest recente plan, kunnen hiermee afspraken maken en het maakt beeldbellen met de persoonlijk begeleider mogelijk (Beleidsplan RIBW AVV, 2016)".

*Een cliëntportaal is een extra beveiligde website waarmee de cliënt digitaal toegang krijgt tot het eigen cliëntdossier.

**Doordat de cliënt kan inloggen in het cliëntportaal op een eigen gekozen moment en zelf kan rapporteren binnen het eigen dossier wordt hij meer eigenaar van zijn herstelproces en wordt de verantwoordelijkheid binnen dit proces vergroot.

Ambities uit het meerjarenplan komen vanuit de visie de cliënt centraal te stellen, maar ook vanuit het veranderde zorglandschap. De financiering is anders geregeld vanaf 2015 en de RIBW AVV is voor de toewijzingen afhankelijk geworden van de gemeenten. De RIBW AVV blijft kijken hoe overheidsmiddelen goed ingezet kunnen worden en er resultaatgericht gewerkt kan worden zonder de visie uit het oog te verliezen. Op cliënt overstijgende manier heeft dit vorm gekregen door het nemen van de volgende drie stappen (RIBW AVV, 2015).

Een eerste stap om te werken aan de eindresultaten was het in 2015 faciliteren van medewerkers met een tablet zodat de ondersteuning meer in de eigen thuissituatie van de cliënt kan plaatsvinden. De cliënt kan hierdoor gemakkelijker in zijn eigen dossier kijken. Er is minder kantoorwerk nodig en face-to-face tijd kan effectiever worden ingezet waardoor kosten worden beperkt. De bedoeling om herstel ondersteunende zorg te bieden aan cliënten blijft hierbij centraal staan.

De tweede stap is het aanpassen van de begeleidingsdoelen van de cliënt. De begeleidingsdoelen zijn gestandaardiseerd. De nieuwe gestandaardiseerde begeleidingsdoelen zijn afgeleid van de zelfredzaamheidsmatrix. De doelen op de verschillende levensgebieden zijn gericht op ontwikkeling en groei van de cliënt in zijn herstelproces. Deze doelen zijn terug te vinden in het huidige digitaal dossier. Tot op heden (2016) heeft alleen het personeel van de RIBW AVV toegang tot de dossiers. De begeleider en de cliënt stellen samen de doelen op waarbij de cliënt eigenaar en regievoerder is. Door doelen op de verschillende levensgebieden op te stellen kan er op meerdere momenten getoetst worden op de vooruitgang. De rapportage is meer gericht op de voortgang van de

cliënt. De twee bovenstaande stappen zijn geïmplementeerd vanuit de organisatie. De cliënt heeft daar geen bijdrage in gehad en kan tot op heden niet zonder zijn begeleider toegang krijgen tot zijn dossier.

Op het moment is het gangbaar dat de begeleider vanuit de RIBW AVV van elke cliënt een dossier vormt. De cliënt heeft het recht om dit dossier in te zien. Het dossier is echter eigendom van de RIBW AVV. De cliënt heeft daarom niet het recht het dossier mee te nemen. Wel kan de cliënt een kopie van zijn dossier opvragen en ontvangen. De cliënt kan gegevens in zijn dossier laten aanvullen. Ook kan hij delen van zijn dossier laten vernietigen, tenzij het bewaren ervan belangrijk is voor derden.

Een derde stap is de cliënt meer eigenaar te laten worden van zijn dossier. De cliënt heeft inzagerecht maar het dossier voelt vaak nog niet als van zichzelf. Het persoonlijk plan en de persoonsprofielen zijn van de cliënt maar worden door de medewerkers verwerkt in het dossier.

Inzagerecht

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) regelt de relatie tussen cliënt en hulpverlener. In de Wgbo staat het volgende:

“Van iedere patiënt wordt een medisch dossier bijgehouden. Hierin staan alle gegevens die betrekking hebben op uw behandeling. Omdat het dossier gaat over úw lichaam en gezondheid kunt u het uiteraard inzien, met uitzondering van de gegevens die niet over uzelf gaan. Op de hulpverlener na mag niemand anders het dossier inzien, tenzij u daar toestemming voor geeft. Tot inzage dient zo spoedig mogelijk gelegenheid te worden gegeven. U heeft recht op kopieën van uw dossier, waarvoor de zorgverlener een redelijk bedrag in rekening mag brengen. Als u een andere visie heeft dan welke in uw dossier staat, dan mag u aan de zorgverlener vragen om het dossier te wijzigen of om uw visie toe te voegen aan het dossier” (wetten.overheid, 2006).

Uit een onderzoek van de consumentenbond komt naar voren dat het niet eenvoudig is om het eigen dossier in te zien. Er zijn drempels zoals schriftelijk toestemming vragen, een vergoeding betalen of cesuur. Deze drempels komen voor binnen diverse sectoren, dus ook in de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek was in 2014 aanleiding tot Kamervragen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevr. E. Schippers (Rijksoverheid, 2014).

Kamervragen aan minister E. Schippers:

“Deelt u de mening dat een patiënt volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) recht heeft op inzage in het eigen medisch dossier en dit dan ook, zonder drempels te ervaren, moet krijgen?”

- *“Ja”.*

“Wat is uw reactie op het onderzoek van de Consumentenbond over gebrek aan inzage in het eigen medisch dossier?”

- *“Uitgangspunt is dat elke patiënt recht heeft op inzage in, dan wel afschrift van zijn of haar dossier. Het is belangrijk dat patiënten betrokken zijn bij hun behandeling en daarover goed geïnformeerd (mee)beslissen. Daarom is het van belang dat (huis)artsen geen onnodige drempels opwerpen voor deze inzage”.*

“Weet u hoe vaak het weigeren van inzage in eigen medische dossiers voorkomt in de verschillende sectoren in de zorg en wat hiervan de oorzaak is?”

- *“Ik heb geen inzicht in het aantal weigeringen van inzage per zorgsector en de oorzaken hiervan. Het recht op inzage, dan wel afschrift van het eigen medisch dossier is geregeld in de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) en is daarmee een civielrechtelijke aangelegenheid. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) ziet niet toe op de naleving. Wel heeft de IGZ in 2012 en 2013 zeventien meldingen van*

patiënten ontvangen. Deze meldingen blijken evenredig over de zorgsectoren verdeeld te zijn” (Rijksoverheid, 2014).

Naast de organisatorische drempels om het dossier in te zien, zijn er de persoonlijke drempels en de ontwikkeling van de maatschappij die de cliënt belemmerden gebruik te maken van zijn inzagerecht. Bij een behandeling in een psychiatrische instelling was vroeger, rond 1960, de psychiater de autoriteit. Hij nam beslissingen en schreef medicatie voor. De afgelopen 50 jaar is hier veel in veranderd. Patiënten zijn mondiger geworden en kunnen zelf informatie opzoeken. Cliënten kwamen los van vanzelfsprekende gezagsverhoudingen (democratisering). Patiënten worden cliënten, cliënten worden burgers met een kwetsbaarheid. Het vergroten van de vrijheid om zelf beslissingen te nemen wordt gestimuleerd (individualisering). Cliënten willen meer regie in hun behandeling. Het mondiger worden en zelf beslissingen nemen is echter niet voor alle cliënten vanzelfsprekend.

Bovengenoemde drempels van weigeren tot inzage, schriftelijk toestemming vragen, cesuur, vergoeding vragen tot persoonlijke drempels leiden tot weinig gebruik van het inzagerecht. Door cliënten meer te betrekken bij de rapportage wordt de cliënt zich meer bewust van zijn rechten. Dit heeft tot gevolg dat de organisatie er wat mee moet doen. De organisatie heeft zich tot doel gesteld cliënten eigenaar te laten worden van hun dossier. Daarom is het van belang om te horen wat de cliënten er zelf van vinden. Wat heeft deze doelgroep nodig om zich eigenaar te voelen van het dossier?

Methodiek bij de RIBW AVV

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen methodiek (SRH)

De SRH is de basis van de werkwijze binnen de RIBW AVV. De SRH was de eerste methodiek in rehabilitatiegericht handelen op de krachten en mogelijkheden van de cliënt. De laatste jaren zijn meerdere bewegingen opgekomen in Nederland. De belangrijkste elementen die hieruit zijn voortgekomen zijn opgenomen in de SRH. Dit zijn: herstel, eigen kracht (empowerment) en ervaringsdeskundigheid. Deze elementen passen bij de eerdergenoemde visie van de RIBW AVV.

De SRH richt zich op de kwaliteit van leven van mensen met een psychische en sociale kwetsbaarheid. De SRH is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld in Nederland. De methodiek is geïnspireerd op de rehabilitatiebenadering uit Engeland en Amerika, en de beweging van de democratische psychiatrie in Italië.

Het hart van de SRH is simpel: Het eerdergenoemde aangaan van een persoonlijke-professionele relatie en daarbij nauw aansluiten bij de wensen, behoeften en ervaringen van de cliënt. Het doel daarbij is het bieden van effectieve ondersteuning (Wilken, 2012).

In de praktijk houdt dit in dat de hulpverlening bestaat uit een persoonlijk begeleider die de cliënt ondersteunt in zijn proces en indien nodig zijn belangen behartigt. De samenwerking is gebaseerd op persoonlijke ontmoeting waarbij de hulpverlener voldoende tijd en aandacht heeft voor de cliënt. Voor de hulpverlening betekent dit dat zij moet anticiperen op wat de cliënt zegt en schrijft. Dit kan leiden tot diepere gesprekken indien er over onderwerpen verschillend gedacht wordt. Het geeft zowel de hulpverlener als de cliënt mogelijkheden tot ontwikkeling. Het zelf rapporteren in het eigen dossier moet de basis worden tot nadenken over het handelen en denkwijze. Gezien vanuit de SRH is het van belang dat de cliënt en de hulpverlening gaan samenwerken aan het herstel door middel van het zelf rapporteren door de cliënt.

De cliënt krijgt in de toekomst de regie over zijn eigen dossier en wordt hierbij ondersteund. De cliënt bepaalt wat er wel en niet voor hem werkt in het verwezenlijken van zijn doelen. Wat in dat werken aan zijn doelen gebeurt wordt inhoudelijk vastgelegd in de rapportage. Hoe meer dit vanuit de cliënt is, hoe beter dit de voortgang van zijn herstelproces weergeeft zoals blijkt

uit de good-practice en bestaande studies over herstel ondersteunende zorg, empowerment en ervaringsdeskundigheid (Wilken, 2006).

Herstel

Het herstelproces staat centraal in de werkwijze van RIBW AVV. In de herstelbeweging hebben ervaringsdeskundigen uit allerlei landen ons van het feit doordrongen hoe belangrijk het is dat hulpverleners het unieke proces van iedere persoon goed begrijpen en erbij aansluiten. In Nederland is Wilma Boevink met het HEE-programma een belangrijke exponent van de herstelbeweging (Wilken, 2012).

Het HEE-programma bestaat uit Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) en omvat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met psychische kwetsbaarheden om zichzelf te (leren) helpen (HEE-team, zd).

Herstel ondersteunende zorg

Herstel betekent hier niet dat iemand beter wordt na bijvoorbeeld een periode van ziek zijn. Het betekent dat de persoon een manier vindt die hem helpt in het dagelijks welzijn. Herstel is gericht op de kwaliteit van leven. We onderscheiden persoonlijk en sociaal herstel. Persoonlijk herstel heeft betrekking op de verwerking van gebeurtenissen, omgaan met kwetsbaarheid en het opnieuw oriënteren op heden en toekomst. Sociaal herstel heeft te maken met participatie en het weer meedoen in de samenleving. Voor het inzetten van sociaal en persoonlijk herstel moet er sprake zijn van gelijkwaardigheid. Als iemand langere tijd een beroep doet op professionele zorg moet hij de weg terug naar de samenleving vinden. De cliënt wil weer burger worden. Herstel betekent dus ook: herstel van burgerschap. Herstel vraagt iets van de persoon (het individu) maar vraagt ook acceptatie en gastvrijheid van de samenleving.

Een positieve en bemoedigende manier van werken wordt op prijs gesteld. Een manier van werken die ruimte biedt voor expressie, zelfbepaling en zelfontwikkeling. De aanwezigheid en steun van professionals is belangrijk. Zij moeten positieve verwachtingen hebben en op een positieve en bemoedigende manier werken (Wilken & Hollander, 2012).

Volgens Dirk den Hollander schrijft in zijn boek: *Handboek integrale rehabilitatie gerichte benadering* (2012), hoe belangrijk het is dat de professional de regie en de verantwoordelijkheid in de handen van de cliënt laat. Eigen regie en verantwoordelijkheid zijn belangrijke elementen voor herstelgerichte zorg. Uit studies naar dit onderwerp blijkt dat de professionals niet alleen geïnteresseerd moeten zijn in symptomen en problemen, maar vooral in de persoon als geheel (Hollander, 2011).

Er zijn globaal twee typen studies te onderscheiden. Het eerste type is het klassieke longitudinale onderzoek waarbij op basis van een aantal 'klinische' variabelen, zoals symptomatologie, sociaal functioneren en heropname, gekeken wordt naar verandering. Deze onderzoeken vonden vooral plaats in de periode 1970-1990. Het tweede type onderzoek is narratief van aard. Narratief onderzoek is gericht op het in beeld brengen van de verhalen van cliënten om hieruit kennis te verzamelen. Bij dit onderzoek, dat de laatste tien jaar op gang gekomen is, worden individuele cliënten geïnterviewd of wordt de methode van focusgroepen gebruikt. De laatstgenoemde methode houdt in dat een groep cliënten een aantal keren bij elkaar komt om elkaar te vertellen over hun ervaringen. Met name het ordenen van emotioneel geladen gebeurtenissen tot een samenhangend verhaal wordt geacht een genezende werking te hebben. Evenals bij interviews wordt deze informatie op een systematische wijze verzameld en verwerkt. Twee voorbeelden in Nederland zijn het project "Samen werken aan herstel" in Utrecht (Boevink e.a., 2002) en het project "Keerpunt in herinneringen" in Tilburg (Langenberg e.a., 2004).

In deze studies is gezocht naar informatie over herstelfactoren en herstelprocessen, hoe verlopen herstelprocessen en wat zijn belangrijke factoren voor herstel? Veelvoorkomende begrippen of fenomenen zijn in deze studies ondergebracht in concepten en geclusterd in

categorieën. Iedere categorie krijgt een betekenisvolle naam en heeft een aantal eigenschappen en dimensies.

Uit de analyse kwamen vijf categorieën/clusters naar voren.

1. Herstel als een ontwikkelingsproces.
2. Motivatie/versterkende krachten voor herstel.
3. Competenties/vaardigheden om met de ziekte en de omgeving om te gaan, en voor zichzelf te zorgen.
4. Sociale participatie en integratie, het veranderen van de sociale status.
5. Omgevingsbronnen/steun voor herstel.

De factoren binnen deze clusters hebben een relatie met elkaar, maar ook (factoren tussen) de clusters onderling. In de onderstaande multidimensionaal model staan de clusters en de belangrijkste factoren weergegeven (Wilken, 2006).

EEN MULTIDIMENSIONEEL MODEL VAN HERSTEL

PROCES

(1) Tijdsdimensie: herstel als een ontwikkelingsproces in de tijd

Desintegratie – Stabilisatie – Heroriëntatie – Reïntegratie– Integratie

Aansluiting verbroken – Aansluiting vinden bij het Zelf – Aansluiting vinden bij de samenleving –
Aansluiting hersteld

PERSOONLIJKE FACTOREN

(2) Motivatie; versterkende krachten voor herstel

- * Zingeving: geloven in jezelf, dat herstel mogelijk is; spiritualiteit en hoopgevendheid anderen als bronnen
- * Wilskracht: zelfvertrouwen ontwikkelen, streven naar autonomie (onafhankelijkheid, zelfstandigheid, zelfbepaling, zelf opkomen voor rechten)
- * Beslissingen nemen voor verandering; doelen stellen; plannen maken en uitvoeren

(3) Competenties ontwikkelen

- * **Actieve adaptatie:** leren om te gaan met de ziekte en de gevolgen (vaardigheden hoe om te gaan met de aandoening en beperkingen in activiteiten en participatie)
- * Ontwikkelen van psychologische competenties om het leven (met ziekte/beperkingen) en de identiteit in (nieuw) perspectief te plaatsen
- * Zelfzorgvaardigheden
- * Sociale vaardigheden

(4) Sociale participatie en integratie / het veranderen van de sociale status

- * Gaan deelnemen aan zinvolle activiteiten
- * Sociale rollen gaan vervullen

(5) Omgevingsbronnen: steun voor herstel

- * **Materiële bronnen**
o.a. medicatie, financiën, huisvesting
- * **Sociaal netwerk bronnen**
familie, vrienden, medecliënten
- * **GGz-bronnen**
professionals, programma's, voorzieningen

INTERACTIE TUSSEN PERSOON EN OMGEVING

OMGEVINGSFACTOREN

Meerwaarde

Het expliciteren van ervaringen, door erover te schrijven en ze te delen, kan op verschillende niveaus bijdragen aan processen van persoonlijke subjectwording. Subjectwording staat voor het ontwikkelen van de cliënt tot eigenwaardig denken, verantwoording nemen, authenticiteit en betrokkenheid (uitgesprokenbijzonder, 2012). Het zelf beschrijven van het eigen proces en ervaring in de rapportage kan bijdragen aan het herstel. Dit komt door de reflectie die gepaard gaat met het construeren van een logisch verhaal wat kan helpen om persoonlijke veerkracht te ontwikkelen.

In ervaringsverhalen zit veel kennis. Kennis die aan anderen aanknopingspunten biedt over persoonlijke processen van empowerment en over het ontwikkelen van veerkracht. Ervaringsverhalen laten bij uitstek zien dat ziekte, beperking, tegenslag, angst, onderdrukkende structuren of andere situaties van machteloosheid onherroepelijk verweven zijn met de levensloop van degene die zich ermee geconfronteerd ziet. Achter woorden als 'kwetsbaar', 'probleem', of 'beperking' gaat altijd een hele wereld schuil van coping, overleven, managen, herstellen, ontdekken, worstelen, discriminatie overwinnen, zegevieren, bevrijd worden, groeien en het leven leiden (Wilken, 2006).

Het is voor de cliënt belangrijk om zelf te rapporteren omdat dit op zich al herstelgericht is. Het geeft de cliënt regie wat een belangrijk onderdeel is van empowerment en herstelgerichte zorg. Een onderdeel van de herstel ondersteunde visie van de RIBW AVV is dat de cliënt in zijn doelen gesterkt wordt. Het schrijven van de eigen rapportage betekent mede dat de cliënt de eigen doelen kan formuleren en de voortgang in eigen woorden kan beschrijven (Wilken, 2006).

Ervaringsdeskundigheid

De RIBW AVV sluit aan bij het inzetten van ervaringsdeskundigen in het werkveld. Naast het inzetten van begeleiders met ervaringsdeskundigheid is de RIBW AVV een nauwe samenwerking aangegaan met de opleiding "Howie the Harp"(HtH). Deze opleiding is opgezet in Amerika door Howard Geld. Hij heeft zelf ervaring als cliënt. Howard Geld was kwaad over wat hem en anderen met een 'psychiatrisch stempel' in de samenleving overkwam. Hij raakte meer en meer overtuigd van zijn positieve kracht en heeft zich vanaf de jaren '70 opgewerkt tot bevlogen en geliefd voorvechter voor de rechten van mensen met een psychiatrische aandoening. In 1993 werd Howard Director of Advocacy bij Community Access in New York City. In die rol introduceerde hij het 'peer-to-peer'-concept:

"Mensen met een psychiatrische geschiedenis zetten hun levenservaring en talenten in om elkaar te ondersteunen in hun herstel. Vanuit deze gedachte is een baanbrekend programma ontwikkeld dat de deelnemers traint om zelfcontrole te behouden over hun welzijn en hen opleidt om te functioneren als professional in de sociale hulpverlening" (howietheharp, zd).

Het concept is naar Nederland gehaald door Stichting Pameijer te Rotterdam. Omdat de RIBW dit een mooi concept vond, is er een samenwerking aangegaan met deze stichting. De meeste medewerkers van HtH hebben zelf cliëntervaring en hebben gebruik gemaakt van begeleiding door de RIBW AVV. Het project bestaat uit het opleiden van ex-clianten tot ervaringsdeskundigen. Zij volgen gedurende een jaar een opleiding, verspreid over tien lesblokken. Hier komen verschillende onderwerpen aan bod die hen helpen de eigen kracht te benoemen en in te zetten voor anderen. In het tweede gedeelte van de opleiding ontwikkelen zij in de praktijk de beroepsvaardigheden van een ervaringsdeskundige. Tijdens deze periode van een half jaar vindt een verkenning van de verschillende aspecten van het werk plaats. De opleiding wordt afgesloten met een erkend certificaat (howietheharp, zd).

In 2013 boden Ggz Nederland, Trimbos-instituut, HEE en Kenniscentrum Phrenos het Beroepscompetentieprofiel "Ervaringsdeskundigheid Ggz" aan onderwijs en werkveld aan tijdens de mini-conferentie "Het nieuwe beroep ervaringsdeskundige". Het beroepscompetentieprofiel is ontwikkeld om te zorgen voor meer duidelijkheid en

eenduidigheid omtrent de inzet en het opleiden van ervaringsdeskundigen binnen de Ggz (movisie, zd).

Door de modernisering van de Nederlandse cultuur komen cliënten op voor zichzelf en maken zij zich los van vanzelfsprekende gezagsverhoudingen. De individualisering vindt ook plaats in de psychiatrie. De zorg is van aanbodgericht naar vraaggericht gegaan waarin de cliënt centraal is komen te staan. Ervaringsdeskundige en onderzoeker aan de Universiteit van Maastricht, Wilma Boevink, vat het aanbodgericht werken in één zin samen: “We worden geobserveerd maar niet werkelijk gezien, beluisterd maar niet werkelijk gehoord” (Brinkman, 2001).

Ervaringsdeskundigen zetten hun ervaringen vraaggericht in om cliënten te helpen en te leren leven met hun aandoening. Zij zijn zelf immers cliënt geweest. Hierbij staat niet de genezing centraal, maar het leren leven als volwaardig burger. Ervaringsdeskundigen fungeren als rolmodel. Doordat zij vergelijkbare ervaringen hebben, is er veel meer sprake van gelijkwaardigheid in de begeleidingsrelatie. Uit een interview met Jeroen Zwaal, ervaringsdeskundige en docent bij de opleiding Howie the Harp komt naar voren dat door het schrijven in het eigen dossier de reflectie wordt bevorderd. Als je afsprekt om zelf te rapporteren in het dossier wordt het de verantwoordelijkheid van de cliënten en leg je de regie bij hen. In het interview geeft deze ervaringsdeskundige aan dat hij graag zelf in zijn rapportage had willen kunnen rapporteren.

“Rapporteren is een reflectie. Mensen doen dit op hun eigen manier. In welke fase dan ook. Het is vooral belangrijk dat de begeleider een coachende houding heeft. Laat je verrassen en hou je niet te veel aan een format. Of maak een format dat heel breed is. Maak samen een collage, een tekening et cetera. Dat is wat de cliënt nodig heeft om iets te vertellen” (J. Zwaal, 2015).

Eigen kracht (empowerment)

Empowerment is vooral verbonden met zelfhulp; de initiatieven die cliënten zelf nemen om zichzelf sterker te maken. Judith Chamberlin omschreef de 15 belangrijkste elementen van empowerment in 1998 (Pro Mente, 2011).

Een aantal van deze punten is:

- Belangrijke beslissingen zelf kunnen nemen.
- Echte keuzemogelijkheden hebben.
- Nieuwe hoop krijgen.
- Samen sterk staan.
- Zelf veranderingen bewerkstelligen; controle krijgen over je bestaan.
- Groeien en blijven veranderen.
- Positief zelfbeeld opbouwen.

Empowerment speelt op verschillende niveaus, van mee-weten, meedenken, meepraten tot meebeslissen. In het individuele proces van de zorgafstemming, in de woongroep, op niveau van de organisatie als geheel en tenslotte op maatschappelijk niveau.

De motivationele factoren liggen besloten in de term empowerment, waarmee het proces aangeduid wordt als een toenemende (zelf)bekrachtiging. Er ontstaat een verlangen naar onafhankelijkheid, zelfstandigheid en zelfbepaling. Het meest belangrijk is het geloof in eigenheid en eigen kunnen (Pro Mente, 2011).

Zelfredzaamheidsmatrix

De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een instrument dat wordt gebruikt bij de intake, bij de voortgang en bij de afsluiting van het ondersteuningstraject. De doelen van de diverse levensgebieden zijn afgeleid van de ZRM. Met de ZRM kan de mate van zelfredzaamheid van cliënten eenvoudig en volledig in beeld worden gebracht.

De ZRM toetst op de onderstaande leefgebieden.

- Inkomen,
- Dagbesteding,
- Huisvesting,
- Gezinsrelaties,
- Geestelijke gezondheidszorg,
- Fysieke gezondheid,
- Verslaving,
- Vaardigheden bij activiteiten in het dagelijks leven (ADL),
- Sociaal netwerk,
- Maatschappelijke participatie,
- Justitie.

Per leefgebied is aangegeven welke feitelijke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen. Door op meerdere momenten te toetsen, krijgt men inzicht in de vooruitgang die is geboekt. Dit stimuleert de cliënt en helpt bij het rapporteren. Het betrekken van de cliënt bij het rapporteren vergroot het inzicht van de cliënt over zijn vooruitgang (movisie, zd).

Iedere cliënt van de RIBW AVV stelt samen met zijn persoonlijke begeleider een persoonlijk plan op. Hierin staan de doelen op de diverse levensgebieden concreet geformuleerd. De doelen zijn gekoppeld aan tijdstermijnen en prioriteiten. Doelen kunnen bijvoorbeeld zijn: zelfredzaamheid, wonen, vrienden of participatie via vrijwilligerswerk, betaald werk of activering (RIBW AVV, zd).

Good-practice

In Amerika is in 2003, 2004 en 2011 onderzoek gedaan naar de implementatie en uitvoering van een cliëntportaal. De conclusies uit deze onderzoeken, gericht op één interventie, zijn gebruikt als good-practice. In 2003 is het cliëntportaal van deze onderzoeken geïntroduceerd, in 2004 is er aanvullend onderzoek gedaan en in 2011 is op cliëntniveau geëvalueerd.

In 2003 is een start gemaakt met de introductie van de onlinecommunicatie tussen patiënten en hulpverleners. Deze introductie is uitgevoerd door J Am Med Inform Assoc. (2003 May-Jun); "Web Messaging: A New Tool for Patient-Physician Communication" naar het gebruik van elektronische communicatie tussen de staf, de patiënten en Doktoren van UC Davis community Primary Care Network (PCN) clinic. Uit een aanvullend onderzoek uitgevoerd in 2004 blijkt dat het elektronisch berichten systeem wordt geprefereerd boven telefonisch contact door zowel de aanbieders als de patiënten bij niet urgente problemen. Het overgrote van de patiënten vond het systeem makkelijk in gebruik en was tevreden. Ook de hulpverleners (Doktoren) zijn voorstander van het systeem ondanks bedenkingen die zij eerder hadden. Doktoren waren bang overspoeld te worden door berichten. In de praktijk bleek dit niet het geval. Over het algemeen is het systeem positief ontvangen en zijn er geen negatieve gevolgen vastgesteld op de productiviteit van Doktoren.

In 2011 is geïnventariseerd welke obstakels cliënten hebben ervaren in het deelnemen aan het cliëntportaal. Uit deze inventarisatie blijkt dat het inschrijven door een groot aantal patiënten, ondanks herinneren, niet werd gedaan wegens gebrek aan motivatie en een negatieve houding ten opzichte van het cliëntportaal. Ook computer gerelateerde obstakels speelden mee bij het niet deelnemen aan het cliëntportaal. De patiënten die wel deelnamen waren, over het geheel genomen, positief gestemd.

Conclusie uit dit onderzoek is dat er strategieën moeten worden ontwikkeld waardoor meer patiënten zich gaan inschrijven in het cliëntportaal en het nut ervan gaan inzien. Patiënten moeten de functies van het cliëntportaal begrijpen en herinneringen ontvangen voor opvolging. Patiënten moeten gemotiveerd worden om in het cliëntportaal te werken. Het cliëntportaal

moet gericht zijn op de verbetering van het gebruik door de patiënt, niet op de toegang tot het gebruik (J Am Med Inform Assoc. 2003, 2004, 2011).

4. Vraag en doelstelling

Vanuit de probleemanalyse op macro-, meso-, en microniveau is de vraag en doelstelling geformuleerd. De conclusie van de probleemanalyse is dat duidelijk moet worden of en hoe cliënten zelf kunnen gaan rapporteren in het cliëntportaal. Een tweede conclusie is dat duidelijk moet worden wat daarvoor nodig is. De vraag- en doelstelling zijn voortgekomen uit de 5xW+H-formule (Migchelbrink, 2008) (bijlage 1).

De volgende onderzoeksvraag en doelstelling zijn geformuleerd:

4.1 Vraagstelling

“Hoe denken cliënten van de RIBW AVV over zelf rapporteren in hun dossier binnen het cliëntportaal en waar liggen hun wensen en behoeften ten aanzien van het rapporteren?”

4.2 Doelstelling

Kennis en inzicht vergaren in de wensen en behoeften van de cliënten van de RIBW AVV met betrekking tot het zelf rapporteren in hun dossier binnen het cliëntportaal.

Het beoogde projectresultaat is een bijdrage te leveren aan het primaire proces rondom specialistische herstel ondersteunde zorg aan de cliënt in de vorm van een aanbeveling. Met het beantwoorden van de onderzoeksvraag is er kennis vergaard over wat de cliënt wil. Deze kennis is voor de RIBW AVV van waarde om de begeleiders en ander ondersteunend personeel samen met de cliënt toe te laten werken naar het beoogde eindresultaat van het beleidsplan in 2020. Dit einddoel is cliënten te laten participeren binnen het cliëntportaal. Hierdoor blijft het ankerpunt waar de organisatie voor staat, herstel ondersteunende specialistische begeleiding te bieden centraal staan. De ervaringskennis, mening en wens van de cliënten wordt meegenomen in de besluitvorming.

5 Onderzoeksopzet

Het maken van een onderzoeksontwerp bestaat uit het vaststellen van hoe, waar en wanneer gezocht wordt. In het onderzoeksontwerp komen de volgende zaken aan bod;

- Welke informatie is nodig voor de vraag en doelstelling,
- Welke onderzoeksbenadering is van toepassing,
- Welke databronnen en welke dataverzamelingstechnieken worden toegepast.

Deze punten vormen de basis voor het onderzoeksontwerp (Migchelbrink, 2008).

5.1 Onderzoeksbenadering

Om de vraagstelling en doelstelling te kunnen beantwoorden is het van belang dat er meer inzicht wordt verkregen in het individu (de cliënt van de RIBW AVV) en het sociaal verschijnsel (zelf rapporteren). Kennis over het te onderzoeken onderwerp kan alleen verkregen worden door het onderwerp van binnenuit te bestuderen.

Het onderzoektype dat in dit onderzoek is gehanteerd is inventariserend onderzoek. Essentieel voor inventariserend onderzoek is dat er nagegaan wordt wat er aan de hand is. Aansluitend aan het inventariserend onderzoek heeft het onderzoek zich gericht op het subtype behoefte onderzoek. Behoeft onderzoek is essentieel voor het kunnen bepalen van het verschil tussen de huidige en de gewenste situatie (Migchelbrink, 2008).

De kwalitatieve benadering sluit aan bij dit onderzoek omdat de sociale werkelijkheid niet losstaat van mensen. Sociale werkelijkheid ontstaat door bewuste handelingen en interactie. Voor dit onderzoek was het belangrijk om de ervaringen en behoeften van de onderzochte doelgroepen in kaart te brengen (Migchelbrink, 2008).

Kwalitatief onderzoek is veelal gebaseerd op de interpretatieve benadering. De interpretatieve benadering houdt in dat er geen eenduidige, enkelvoudige werkelijkheid bestaat. Kennis kan alleen verkregen worden door de werkelijkheid van binnenuit te bestuderen. De onderzoekers wilden zicht krijgen op de sociale werkelijkheid, de belevingswereld en de belevingswaarde. Het onderzoeksveld was de sociale setting en de mensen die daar in leven. Het vooraf al teveel weten van de te onderzoeken situatie kon leiden tot een vorm van sturen en daardoor de vraag vanuit de cliënt doorkruisen. De essentiële gereedschappen in het onderzoek waren subjectiviteit, opgevat als persoonlijke empathische betrokkenheid op het onderzoekssubject en menselijke zintuigen.

De primaire taak van de onderzoekers was inzicht te verkrijgen en verdieping te zoeken in hoe cliënten van de RIBW AVV de werkelijkheid ervaren. De onderzoeksvraag gaat daarom enkel en alleen uit van wat de cliënt nodig heeft. De onderzoekers wilden de onderzoekersbril opzetten en die van begeleider afzetten. De opzet van de onderzoekers was mee te beleven met de onderzoeksgroep, met als doel inzicht verkrijgen in de cliënt (belevingswereld en belevingswaarde) en het sociaal verschijnsel.

5.2 Databronnen

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende databronnen waaronder directe databronnen en indirecte databronnen.

Het op te leveren product is gericht op mensen met een psychiatrische diagnose die begeleiding en ondersteuning ontvangen van de RIBW AVV. Deze groep wordt de generalistisch doelgroep genoemd. De RIBW AVV heeft ook zorg voor mensen die behoren tot de specifieke doelgroep. Onder deze groep vallen cliënten met een psychiatrische diagnose in combinatie met een andere diagnose of in een bijzondere fase in hun leven. Er is gekozen voor onderzoek onder de generalistische doelgroep omdat dit een blauwdruk geeft voor alle cliënten van de RIBW AVV. De opgeleverde aanbeveling is daarmee gericht op de generalistische doelgroep. De aanbeveling biedt de mogelijkheid om aangepast te worden aan de diverse specialistische doelgroepen (bijvoorbeeld: cliënten met een autisme spectrum stoornis, moeders & kind en cliënten met niet aangeboren hersenletsel).

De belangrijkste databron in dit onderzoek was: de cliënt. De meeste gegevens die de onderzoekers nodig hadden voor hun onderzoek zijn te vinden bij de cliënten van de RIBW AVV. De cliënt is deskundig over zijn eigen leven en daardoor een grote informatiebron. Er valt veel te leren door goed te luisteren. De sociale werkelijkheid en alle factoren die dat beïnvloeden konden alleen onderzocht worden als dat aan de betrokkenen gevraagd werd. Verdere databronnen die geraadpleegd zijn in de oriëntatiefase, probleemanalyse en dataverzameling zijn:

In de oriëntatiefase gesprekken gevoerd met:

- RIBW Fonteyenburg te Rijswijk.

Op bezoek geweest bij projectleider implementatie SRH, Natasha Mouwen. We hebben met haar gesproken over de manier waarop de RIBW Fonteynenburg de SRH implementeert, waarom en hoe (bijlage 2).

- **Howie the Harp te Arnhem.**
Interview met Jeroen Zwaal, docent ervaringsdeskundigheid bij Howie the Harp. Doel van het bezoek was inzicht krijgen in de koppeling tussen ervaringsdeskundigheid, eigen regie en zelf rapporteren (bijlage 3).
- **Cliënten en collega's op de werkvloer van de RIBW AVV.**
Signalen over rapporteren door de cliënt en de vraag hiernaar zijn meegenomen in de oriëntatie over het onderzoeksonderwerp.
- **Uitvoerders van dit onderzoek.**
Onderzoekers zien de alledaagse werkelijkheid tijdens het uitoefenen van hun functie als begeleider bij de RIBW AVV. Zij hebben toegang tot informatie van binnenuit.

In de probleemanalyse

- Reeds bestaande documenten met innovaties op het gebied van rapportage.
- Databank; zonmw.nl en Google scholar, pubmed.
- Literatuur over methodieken,
 - Empowerment
 - SRH
 - Herstel ondersteunende zorg.
 - Good-practice
 - Literatuur over praktijkbeschrijvingen hoe herstel ondersteunende zorg werkt, is gebruikt ter onderbouwing van het onderzoek.

Dataverzameling

- Sociale werkelijkheid
 - Onderzoek bij de directe informatiebronnen, de cliënten van de RIBW AVV.

5.3 Dataverzamelingstechniek

Er zijn verschillende technieken toegepast om informatie te krijgen over de huidige manier van rapporteren en de gewenste situatie. In deze paragraaf worden de gebruikte technieken beschreven.

De eerste techniek die is toegepast, zijn interviews onder de focusgroepen. De tweede techniek was het afnemen van aanvullende vragenlijsten. De doelgroep van het onderzoek bestond uit cliënten van de RIBW AVV. Deze twee technieken van data verzamelen hebben ervoor gezorgd dat de onderzoekers een beeld kregen vanuit de beleving van cliënten.

Focusgroepsinterview

Een groepsinterview is een efficiënte techniek om kwalitatieve gegevens te verzamelen. De onderzoekers wilden inzicht verkrijgen op de werkelijkheid van binnenuit. Wanneer een onderwerp aan meerdere mensen tegelijk wordt voorgelegd treden er groepsprocessen op. Praten in een groep stimuleert de deelnemers. Er is meer om op te reageren en er kunnen spontane reacties uitgelokt worden. De aanwezigheid van anderen en hun verhalen heeft de deelnemers geholpen hun eigen gedachten, ideeën en opvattingen naar voren te brengen. Groepsinterviews kunnen op verschillende manieren worden uitgevoerd. Binnen dit onderzoek is gekozen voor een gericht groepsinterview, beter bekend als het focusgroepsinterview (Migchelbrink, 2008).

Vragenlijsten

Na het focusgroepsinterview is er onder de deelnemers een aanvullende vragenlijst afgenomen. De vragen zijn vooraf vastgesteld en voor alle deelnemers hetzelfde. Met dit instrument konden snel gegevens en informatie van een grote groep worden verzameld. In een korte tijd konden indrukken ontstaan over houdingen, gevoelens, motieven, intenties en aspiraties (Migchelbrink, 2008).

Waarom focusgroepsinterview gebruiken?

Er is gekozen voor een focusgroepsinterview omdat het onderzoek specifiek over één onderwerp gaat. Alleen het onderwerp 'wat heb je nodig om zelf te rapporteren' is aan bod gekomen. Op dit thema heeft de focus gelegen. De taak van de gespreksleider was om de deelnemers op het thema 'gefocust' te houden. Hierdoor is direct persoonlijk contact ontstaan met de deelnemers. Deze manier van interviewen heeft ervoor gezorgd dat er geanticipeerd en doorgevraagd kon worden op houdingsaspecten. Ook heeft dit ervoor gezorgd dat er ingegaan kon worden op non-verbale informatie. Het afnemen van een focusgroepsinterview geeft deelnemers ruimte om interactief met elkaar in gesprek te gaan en zo op een veilige manier hun ideeën en meningen te geven. Het geeft ruimte om mee te praten in de groep. De keuze voor een focusgroepsinterview is gemaakt om opinies, waarden, gevoelens en ervaringen te inventariseren welke konden worden meegenomen. Hiernaast is ook gekeken naar de houding van de deelnemers. Deze manier past bij de respondenten omdat zij hierdoor uitgenodigd worden hun eigen verhaal te vertellen over het onderwerp. Gelet is op onder andere actieve deelname, houding van de cliënt en ambivalentie in gezichtsuitdrukkingen versus uitspraken. Door de onderwerpen van de open vragenlijst te bespreken zijn alle punten meegenomen van waaruit gegevens konden worden verzameld. De gespreksleider heeft de groep geleid en gestimuleerd om mee te praten (Migchelbrink, 2008).

Opzet van de focusgroepen

De groepssamenstelling van de focusgroepen heeft bestaan uit generalistische cliënten van de RIBW AVV. De homogeniteit is gewaarborgd door het feit dat iedere cliënt een psychiatrische diagnose heeft en de regisseur is van zijn eigen leven. Er is door de onderzoekers vanuit gegaan dat de deelnemende cliënten, door hun responsief vermogen, hun mening konden geven over het onderwerp rapporteren. Tevens is uitgegaan van het kunnen aangeven van wensen en behoeften omtrent het onderwerp. De selectie van cliënten is voortgekomen uit inhoudelijke overwegingen. Er is regio breed geselecteerd op zowel beschermd wonen als ambulante begeleiding, verschillende leeftijden en duur van ondersteuning door RIBW AVV. Er is naar gestreefd om die personen te selecteren waarvan verwacht werd dat ze informatie konden opleveren met voldoende garanties inzake de reikwijdte, overdraagbaarheid of representativiteit van die informatie (Migchelbrink, 2008).

In dit onderzoek is gekozen voor twee focusgroepen. Deze keuze is gemaakt na het afnemen van het tweede focusgroepsinterview waaruit bleek dat het verzadigingspunt van informatie was bereikt. Er kwam geen nieuwe informatie naar voren tijdens het tweede focusgroepsinterview. De termen en kretologieën die naar voren kwamen bleken met elkaar overeen te komen. De focusgroepsinterviews hebben plaatsgevonden in de regio's Wageningen en Westervoort.

Sociale inclusie

Mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid willen net als andere burgers 'erbij horen' en zoveel mogelijk meedoen in de maatschappij. Dit 'erbij horen en meedoen' wordt sociale inclusie genoemd.

"Inclusie betekent dat ook mensen met een beperking serieus genomen worden, leren op de gewone school, wonen in een huis in de straat, lid zijn van de club in de wijk of de stad, werken in een gewoon bedrijf. Precies zoals alle mensen dat willen. Het betekent een leven vol kwaliteit, een leven zoals iedereen dat voor zichzelf wil" (Schuurman & Van der Zwan, 2009).

Vanwege bovenstaande is gekozen om de interviews niet te laten plaatsvinden in de regiokantoren van de RIBW AVV. In Wageningen is gekozen om het focusgroepsinterview plaatst te laten vinden in het eetcafé. Deze locatie staat los van het regiokantoor. In Westervoort is gebruik gemaakt van het eetcafé gevestigd in hetzelfde gebouw als het regiokantoor van de RIBW AVV.

Uitvoering

Tijdens de focusgroepsinterviews is gewerkt met gestructureerde open vragen met gerichte items over rapporteren. Het gespreksitem was toegesneden op de onderzoeksvraag en de deelvragen. Dit om productieve communicatie mogelijk te maken. De open vragen moesten goed toegespitst zijn op de interesses van de deelnemers zodat iedereen er wat over kon zeggen (Migchelbrink, 2008).

Aan de hand van de onderzoeksvraag is vastgesteld welke variabelen geoperationaliseerd moesten worden. Het doel hiervan was om zaken uit de vraagstelling grijpbaar te maken. Operationaliseren is het vertalen van begrippen en elementen van de onderzoeksvraag in onderzoekbare en meetbare kenmerken (Migchelbrink, 2008).

Vanuit de onderzoeksvraag waren enkele elementen makkelijk om te zetten in vragen. Concrete begrippen zoals; “maak je gebruik van inzage in je eigen dossier?” was één van deze elementen. Hiernaast bestonden er abstracte elementen die niet makkelijk te plaatsen waren, bijvoorbeeld het begrip “rapporteren en eigen regie”. Deze begrippen zijn ter verheldering bij aanvang van de focusgroepsinterviews uitgelegd aan de deelnemers. Cliënten waren nog niet bekend met het cliëntportaal. In de inleiding is dit begrip uitgelegd door concrete voorbeelden te noemen. Door het operationaliseren aan de hand van de onderzoeksvraag zijn de onderzoekers tot een open vragenlijst gekomen (bijlage 4).

Alle genodigden zijn per brief persoonlijk uitgenodigd om aanwezig te zijn. Om de respons zo hoog mogelijk te maken zijn cliënten na een aantal dagen nogmaals telefonisch persoonlijk uitgenodigd. Cliënten zijn op de hoogte gebracht van het gebruik van geluidsopnames om de informatie op te slaan en te analyseren. Na een korte inleiding door de onderzoekers zijn de vragen rondom rapporteren behandeld. De bijeenkomsten zijn gestart met een open vraag om cliënten te stimuleren te antwoorden. Na de open vraag zijn alle vragen van de gestructureerde open vragenlijst behandeld. Hiermee is alle informatie verzameld welke betrekking heeft op de onderzoeksvraag. De onderzoeker, werkzaam op de betreffende locatie, heeft de groep geleid en gestimuleerd. Het uitgangspunt was de interactie tussen alle deelnemers en de onderzoeker(s). Op een ongedwongen wijze heeft de onderzoeker iedereen aan bod laten komen. Door actief te luisteren, te stimuleren en door te vragen is er cohesie in de groepen ontstaan waardoor alle aanwezigen een bijdrage hebben kunnen leveren. Om te voorkomen dat de spanningsboog bij de deelnemers en onderzoekers voor het einde van de interviews zou afnemen is een maximale tijd van anderhalf uur uitgetrokken voor de bijeenkomsten (Migchelbrink, 2008).

Vragenlijsten

Het doel van de vragenlijsten in dit onderzoek was om aanvullende informatie te verzamelen ten behoeve van de onderzoeksvraag. Hiermee wilden de onderzoekers meer inzicht verkrijgen in de beleving van het onderwerp “zelf rapporteren”. Naast inzicht in de beleving wilden de onderzoekers helderheid krijgen in de beleving van de deelnemers tijdens de focusgroepsinterviews. Deze vraag is opgenomen om te onderzoeken of de deelnemers voldoende ruimte en vrijheid hebben ervaren tijdens de focusgroepsinterviews. Naast deze informatie is in de vragenlijst gevraagd naar veranderingen in het beeld over het eigen dossier. Dit was voor de onderzoekers relevant omdat zij hiermee inzicht konden krijgen in hoe het dossier leeft bij de cliënt en wat de wens van de deelnemers is voor de toekomst. De deelnemers hebben de mogelijkheid gekregen om eerst de informatie te laten bezinken en

daarna de vragenlijst in te vullen. Dit is gedaan door de deelnemers te vragen na de lunch de vragenlijst in te leveren (bijlage 5).

5.4 Kwaliteit

Praktijkonderzoek moet voldoen aan een aantal kwaliteitseisen waarvan bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid de belangrijkste eisen zijn (Mighelbrink, 2008).

Bruikbaarheid

Naast de kwaliteitseisen van praktijkonderzoek is er door de onderzoekers rekening gehouden met de kwaliteitseisen van de RIBW AVV als opdrachtgever. In overleg met het hoofd van de afdeling kwaliteit en beleid en de onderzoekbegeleider zijn de volgende kwaliteitseisen vastgesteld.

- Praktijkonderzoek vanuit de cliënt.
- Gebaseerd op de Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en “Zelf en Ontwikkeling” (ZO). De krachten en de herstelmogelijkheden van de cliënt centraal stellen.
- Vanuit de “passie” en de “bedoeling” die de RIBW AVV wil uitdragen.

Hierbij is de hoogste kwaliteitseis, vanuit de opdrachtgever, de passie om de cliënt centraal te laten staan in zijn of haar eigen herstelproces. In het onderzoek moet dit duidelijk terugkomen. Deze passie is terug te zien in de onderzoeksvraag waaruit blijkt dat niet het systeem maar de wens en het proces van de cliënt leidend zijn.

De onderzoekers zijn werkzaam in de praktijk en hebben domeinkennis. Het hebben van domeinkennis heeft het mogelijk gemaakt om ruim te oriënteren over wat de onderzoeksgroep en de organisatie nodig heeft. Tijdens de focusgroepsinterviews zijn de rollen van begeleiders losgelaten en zijn de onderzoekers in de huid van nieuwsgierige onderzoekers gekropen. Zij hebben geluisterd naar de wensen en opvattingen van de cliënten. In het hele proces van het onderzoek zijn er regelmatig evaluatiemomenten ingebouwd. Door middel van peer-assessments is besproken of er nog door de juiste bril gekeken werd. Om te monitoren zijn de volgende stappen uitgevoerd; wekelijks overleg tussen de onderzoekers, regelmatig met collega's spreken over de voortgang van het onderzoek waarbij hun input is meegenomen in het onderzoek, tweemaandelijks overleg met de afdeling kwaliteit en beleid om een goede afstemming te blijven garanderen en uiteraard is er regelmatig gereflecteerd op de eigen rol als onderzoeker.

Functionele eisen

De functionele eis aan het product was dat het gericht moest zijn op de cliënt. Het product dat voortvloeit uit de aanbeveling moest handzaam en gebruiksvriendelijk zijn. Het product moest duidelijk zijn, concrete informatie bevatten en duurzaam zijn in gebruik. Hiernaast moest het product voldoen aan de SRH-methodiek waar binnen de RIBW AVV mee gewerkt wordt.

Operationele eisen

Om te voldoen aan de operationele eisen moest het resultaat begrijpelijk zijn en duidelijk gericht zijn op en/of aan de cliënt. De cliënt moest door het product aangesproken worden waardoor hij de stap kan maken om zelf te gaan rapporteren. Er moest rekening mee gehouden worden dat er geen eenduidige manier is van goed of fout. Het moest een product zijn waaraan de cliënt zijn eigen draai kan geven, geen opgelegde methode.

Validiteit en Betrouwbaarheid

Om het onderzoek valide en betrouwbaar te maken is er gewerkt met drie onderzoekers vanuit verschillende regio's. Er is per mail of persoonlijk regelmatig contact gezocht met Jessica Gerritsen (afstudeerbegeleidster vanuit de RIBW AVV). Er is gebruik gemaakt van

verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken zoals; literatuurstudie, focusgroepsinterviews en vragenlijsten. Om de betrouwbaarheid en validiteit zo groot mogelijk te maken zijn de volgende stappen genomen.

Dataverzameling

Om voldoende data te verzamelen is besloten om twee focusgroepsinterviews af te nemen in twee regio's, te weten; regio Westervoort en regio Wageningen.

Interview Wageningen 20-01-2016.

1. De gestructureerde open vragenlijst voor de focusgroepsinterview is opgesteld aan de hand van de criteria van Migchelbrink (2008), werkwijze bij het maken van een vragenlijst.
2. Voorafgaand aan de focusgroepsinterviews hebben de onderzoekers overleg gehad. De rollen en taken zijn tijdens dit overleg verdeeld. Dit is gedaan om niets over het hoofd te zien en elke onderzoeker een afgebakende taak te geven. Een goede rol- en taakverdeling geeft de onderzoekers de mogelijkheid andere taken los te laten en zich te richten.
3. Persoonlijke meningen en opvattingen zijn besproken, zodat deze niet meegenomen zouden worden in de vragen en de focus te leggen op de rol van nieuwsgierige onderzoekers. Deze focus was nodig om mee te gaan in de beleving van de cliënt en de begeleidersrol los te laten.
4. Rollen waren als volgt verdeeld. Eén onderzoeker was gespreksleider, twee andere onderzoekers hebben het proces gevolgd en aantekeningen gemaakt. Voor deze rolverdeling is gekozen om de objectiviteit te waarborgen. Door het inzetten van observanten, die aantekeningen hebben gemaakt en de deelnemers en groepsleider hebben geobserveerd, naast de beleving van de groepsleider te leggen zijn verschillende kanten van de bijdrage van de deelnemers meegenomen.
5. Tijdens de groepsinterviews hebben twee opname apparaten meegelopen aan beide kanten van de ruimte. Deze geluidsopnames zijn gedeeld in de centrale map van de onderzoekers op de drive. De geluidsopnames zijn gebruikt in de analyse van waaruit de letterlijke uitspraken van de respondenten door iedere onderzoeker individueel op papier zijn geciteerd. Geluidsopnames zijn gemaakt om terug te kunnen luisteren wat er is gezegd indien de beleving van de observanten en de gespreksleider zouden verschillen of een uitspraak niet geheel duidelijk zou zijn. Hiermee is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.
6. Na het eerste interview is geëvalueerd op de rollen van de onderzoekers. Besproken zijn de onderwerpen: waardeoordelen, adviezen geven en sturen. Door te reflecteren zijn deze punten belicht en meegenomen naar het volgende interview. Er werd geconcludeerd dat het soms lastig was om dit los te laten maar dat het de kwaliteit van de sociale werkelijkheid van de onderzoeksgroep niet heeft beïnvloed. Deze valkuil is besproken en in het volgend interview meegenomen in de strategie.
7. Na het afnemen van de focusgroepsinterviews is de deelnemers verzocht een vragenlijst in te vullen. Dit heeft de onderzoekers inzicht gegeven in hoe het onderwerp leeft en wat men van het interview heeft gevonden, of er voldoende ruimte en veiligheid is geboden en wat er is veranderd in het beeld over rapporteren. Hiermee is aanvullende informatie ten bate van de onderzoeksvraag verkregen.

Interview Westervoort 21-01-2016.

De twee focusgroepsinterviews zijn direct achter elkaar gepland om geen vertekening te laten ontstaan. Omdat hierdoor het proces nog vers in het geheugen lag kon er tevens snel gestart worden met analyseren. De opzet van het tweede focusgroepsinterview is gelijk aan het eerste met uitzondering van de volgende punten.

1. De gespreksleider is gewisseld naar de onderzoeker van de regio waar het focusgroepsinterview plaats heeft gevonden. De gespreksleider is gewisseld omdat deze gespreksleider de deelnemende cliënten kent en daardoor richting kon geven aan

het proces van het interview. Hiernaast kon deze gespreksleider het proces coördineren en monitoren binnen de eigen regio. De andere twee onderzoekers hebben het proces gevolgd en aantekeningen gemaakt.

2. Er is wederom gereflecteerd op waardeoordelen, sturen van de groep en adviezen gegeven. Geconcludeerd is dat dit in dit tweede interview minder sturing is gegeven met betrekking tot de vraagstelling en de houding van de gespreksleider. Hiermee stellen de onderzoekers dat het minder sturen van de deelnemers beter is verlopen. Er was synergie in de groep waardoor de deelnemers vrijuit en zonder schroom hebben kunnen spreken. Het interview bestond daardoor uit het proces van de groep.

Analysefase

In totaal zijn 24 personen voor de focusgroepsinterviews uitgenodigd. Het aantal deelnemers tijdens de focusgroepsinterviews bestond uit 20 personen. Dit maakt de uiteindelijke opkomst 83% van de genodigden.

1. Alle geluidsbestanden, aantekeningen en notulen zijn gedeeld op de gezamenlijke werkplek op de drive. Geschreven aantekeningen zijn bewaard als naslagwerk.
2. In de analyse hebben de onderzoekers onafhankelijk van elkaar ontleedt welke aspecten in het interview relevant waren om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Alle onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de gesprekken geanalyseerd waarbij de tekst is teruggeluisterd, gecodeerd en gelabeld. Deze triangulatie is toegepast om de betrouwbaarheid te bevorderen. Daarbij is er gezocht naar opvallende zaken en patronen. De onderzoekers hebben gezocht naar steeds terugkerende punten en samenhang in het materiaal. Hiernaast is gekeken naar verschillen. In het materiaal is gezocht naar de meest voorkomende verschijnselen. Aanwezige tegenstellingen in het materiaal bijvoorbeeld meningsverschillen, belangtegenstellingen of dilemma's zijn meegenomen. Er is gelet op merkwaardige, verrassende of onverwachte zaken in het materiaal (Migchelbrink, 2008).
3. In samenwerking zijn door de onderzoekers de overeenkomsten uitgewerkt en is er overeenkomst gezocht in de labeling. De triangulatie tussen de onderzoekers heeft de validiteit vergroot omdat de data langs meerdere mensen en perspectieven is gekomen.
4. Er is geconcludeerd dat het verzadigingspunt van informatie was bereikt na twee focusgroepsinterviews. De aantekeningen en informatie van het eerste en tweede interview zijn naast elkaar gelegd. Er bleek geen nieuwe informatie naar voren te komen uit het tweede focusgroepsinterview. De woorden en uitspraken kwamen overeen met die van de eerste groep. Dezelfde vragenlijsten zijn ingevuld door de alle respondenten.

Het grondmateriaal is getranscribeerd naar een overzicht waarin alle woorden zijn geordend en gelabeld. De geluidsopnames zijn niet toegevoegd aan het verslag in verband met privacy.

6 Onderzoeksresultaat

De dataverzamelingstechnieken focusgroepsinterviews en vragenlijsten zijn gebruikt om de resultaten van het onderzoek te bereiken. Via deze technieken zijn onderstaande resultaten verzameld.

6.1 Focusgroepsinterviews

Uit de focusgroepsinterviews afgenomen onder 20 cliënten van de RIBW AVV komen de volgende resultaten naar voren (bijlage 6).

De deelnemers vinden het onderzoek relevant voor hun ontwikkeling en zien voordelen in het zelf gaan rapporteren in hun dossier. Ze zijn enthousiast over het verkrijgen van meer regie met betrekking tot het rapporteren. Voor de deelnemers is het belangrijk dat samengewerkt wordt met de persoonlijk begeleider. Deze samenwerking heeft betrekking op het schrijven op zich, maar ook op het vinden van een gezamenlijke waarheid. Enkele deelnemers geven aan dat het voor hen lastig kan zijn om geheel zelf te rapporteren. Hierdoor kunnen zij uit balans raken of de waarheid gaan vermijden. Ook de mogelijkheid om rapportages terug te lezen kan volgens enkele deelnemers onbalans veroorzaken. Het zelf rapporteren en de manier waarop hiermee omgegaan wordt behoeft (mede) hierom volgens deelnemers ondersteuning vanuit de begeleider. De begeleider kan inspelen op de emoties die kunnen spelen in deze nieuwe situatie. Volgens de deelnemers is dit erg belangrijk. De deelnemers geven aan dat deze ondersteuning noodzakelijk is om in evenwicht te blijven, en het een voorwaarde is om zelf te gaan rapporteren.

De beleving van de cliënt en de begeleider zullen volgens de deelnemers beiden belicht moeten worden vanuit de samenwerking. Dit is voor de cliënt belangrijk omdat het beleven van situaties vanuit de begeleider en de cliënt kunnen verschillen. Deze verschillen zullen alleen aan het licht komen als er samen een gesprek gevoerd wordt over wat er in de rapportage wordt opgenomen. In dit gesprek moet dieper dieper ingegaan worden op de beleving. Door deze gesprekken willen deelnemers openheid creëren en inzichten vanuit de cliënt en de begeleider verhelderen. Voor cliënten is het belangrijk dat de beide kanten van de beleving in de rapportage komen, ook als er geen overeenkomst gevonden wordt. De deelnemers geven aan dat zij beter zullen snappen wat er bedoeld wordt als de rapportage in samenwerking met de begeleider geschreven wordt dan wanneer dit door de begeleider alleen wordt gedaan. Als reden hiervoor wordt door de deelnemers aangegeven dat zij hierdoor aan het denken worden gezet en dat verschillende meningen en belevingen bespreekbaar worden gemaakt. Ook speelt hierbij dat de begeleidingsmethode onderwerp wordt van gesprek.

Zelfbeschikking is voor de deelnemers belangrijk. Zij willen zelf kunnen beslissen of ze gaan rapporteren in hun eigen dossier. De meeste deelnemers willen dit, maar hebben daarbij behoefte aan handvatten en houvast. Er bestaat een duidelijke behoefte aan een goede uitleg over wat er verwacht wordt en het doel van het zelf gaan rapporteren.

Ook de veiligheid en privacy van de rapportageomgeving via intranet, het cliëntportaal, is voor de cliënt een belangrijk issue. Ze vragen zich af wie er inzage heeft in de rapportage en met wie de rapportage gedeeld gaat worden.

Tijdens de interviews hebben de deelnemers ideeën geopperd over de manier waarop zij willen en kunnen gaan rapporteren. Zij gaven aan dat het voor sommige cliënten lastig kan zijn om te schrijven (dyslexie, analfabetisme). Als alternatief voor schrijven is het inspreken van de rapportage genoemd door meerdere deelnemers. Ook is het onder woorden brengen van belangrijke zaken niet voor iedereen gemakkelijk. Deelnemers komen met alternatieven zoals het maken van een tekening of het gebruik van emoticons.

Een (kort) telefonisch contact met de persoonlijk begeleider na het werken in de rapportage door cliënten wordt door de meerderheid van de deelnemers gezien als prettig en ondersteunend.

6.2 Vragenlijsten

Uit de vragenlijsten komen de volgende resultaten naar voren:

- Een derde van de deelnemers waardeert het onderwerp rapporteren met goed/zeer goed/prima. Een klein aantal meer geeft aan dit onderwerp interessant en boeiend te vinden. De belangrijkheid wordt iets lager beoordeeld. Hiernaast wordt genoemd dat het onderwerp nuttig, leuk, breed en verhelderend is.
- Deelnemers geven aan dat zij hun deelname als goed/heel goed/prima hebben ervaren. Een kwart van de deelnemers geeft aan dat ze het leuk hebben gevonden om

mee te werken en merken op dat ze het interessant hebben gevonden. Een enkeling geeft aan het spannend te hebben gevonden. Ook wordt aangegeven dat het als waardevol, zinnig en belangrijk is ervaren.

- Iets meer dan de helft van de deelnemers geeft aan dat hun beeld over rapporteren niet is veranderd, waarnaast een derde aangeeft dat dit wel het geval is. Anderen weten het niet. Deelnemers die met “ja” hebben geantwoord geven aan dat dit komt omdat ze er voorheen niet bij stil hebben gestaan, of niet wisten dat ze hun dossier in konden zien, maar nu beseffen dat hun eigen inbreng belangrijk is.
- Uit de vragenlijsten komt ook naar voren dat de manier waarop het interview is geleid en vormgegeven als positief is ervaren. Als tip hebben de deelnemers meegegeven dat de onderzoekers in het voortzetten van het onderzoek naar rapporteren door cliënten vooral cliënten moeten (blijven) betrekken bij het onderzoek. Cliënten geven aan vaker onderzoek als dit gerealiseerd te willen zien. Van de deelnemers wil meer dan de helft opnieuw deelnemen aan een onderzoek.
- Als wens voor de toekomst op het gebied van rapporteren springt eruit dat de deelnemers het rapporteren meer gepersonaliseerd wil zien. Deelnemers zien graag dat het rapporteren afgestemd wordt op de persoon. Zij willen vrijheid ervaren in het mogen meedenken. Het gebruik van een format is hierbij voor hen niet noodzakelijk. Een ander deel vindt een format juist prettig. Hiernaast komt sterk naar voren dat cliënten willen samenwerken in het rapporteren met hun begeleider. Het overgrote deel van de deelnemers geeft dit aan. Hierbij is de keuzevrijheid om zelf te mogen beslissen over het gaan rapporteren belangrijk.

7 Conclusie

De vraagstelling zal in dit hoofdstuk beantwoord worden op basis van de onderzoeksresultaten. In de beantwoording van de onderzoeksvraag zal de koppeling gemaakt worden met het theoretisch kader en de probleemanalyse.

7.1 Beantwoorden onderzoeksvraag

Vraagstelling

“Hoe denken cliënten van de RIBW AVV over zelf rapporteren in hun dossier binnen het cliëntportaal en waar liggen hun wensen en behoeften?”

Om een conclusie te verwoorden wordt de vraagstelling gesplitst in twee aparte vragen, uiteindelijk wordt alles samengevoegd.

Eerste deel van de hoofdvraag: *“Hoe denken cliënten van de RIBW AVV over het zelf rapporteren in hun dossier binnen het cliëntportaal?”*

Deelnemers staan open voor het zelf rapporteren in hun dossier waarbij zelfbeschikking belangrijk blijft. Om zelf te kunnen rapporteren zijn de volgende zaken van belang:

- Cliënten willen zorgvuldig geïnformeerd worden over:
 - De voortgang van de ontwikkelingen ten aanzien van het cliëntportaal
 - Wat er van hen verwacht wordt.
 - Wat de rol van begeleiding hierin kan, zal of moet zijn.
- Hoe de privacy gewaarborgd is.
 - Wie er inzage heeft.
 - Hoe de veiligheid van het systeem wordt gegarandeerd.

Tweede deel van de hoofdvraag: *“Wat zijn de wensen en behoeften van cliënten van de RIBW AVV ten opzichte van het zelf rapporteren in hun dossier?”*

- Het zelfstandig rapporteren in het cliëntportaal heeft ondersteuning door de persoonlijk begeleider.
- Samenwerking met een begeleider is een randvoorwaarde.
- Het is van essentieel belang dat helderheid en uitleg wordt gegeven over de verwachtingen met betrekking tot het zelf rapporteren in het dossier.
- Het doel van het zelf rapporteren moet helder zijn zodat het belang ervan wordt ingezien.
- Alle kanten van de voortgang en ontwikkeling van de cliënt moeten belicht worden in de rapportage.
- De manier waarop gerapporteerd wordt moet bepaald worden door de cliënten.
- Deelnemers hebben behoefte aan handvatten en houvast.
- Deelnemers hebben behoefte aan uitleg over het systeem.

Uit de literatuur komen bevindingen naar voren over rapporteren, herstelfactoren en herstelprocessen die aansluiten bij het onderzoek. In dit onderzoek is de informatie uit de literatuur, de resultaten uit de probleemanalyse en de verzamelde data vanuit de praktijk samengebracht tot categorieën. Deze categorieën zijn passend bij het multidimensioneel model van herstel (Wilken, 2006).

- **Ontwikkelingsproces.**
Deelnemers staan positief tegenover het zelf rapporteren omdat zij inzien dat het zelf schrijven van de rapportage op zich herstel bevorderend werkt. Uit de SRH-methodiek blijkt ook dat het hebben van eigen regie als herstel bevorderend wordt gekenmerkt. Vanuit de literatuur (Boevink, 2002) blijkt dat het ordenen van geladen gebeurtenissen tot een verhaal een genezende werking kan hebben.
- **Motivatie**
Deelnemers geven aan dat zij behoefte hebben aan motivatie vanuit de organisatie en begeleiders. Uit de good-practice van J Am Med Inform Assoc. (2003) blijkt dat dit in de praktijk lastig kan zijn. Hiervoor is gedurende de hele begeleidingsperiode van de cliënt de inzet nodig van zowel de organisatie als begeleiders.
- **Competenties**
Vaardigheden aanleren om met de kwetsbaarheid en de omgeving om te gaan, en voor zichzelf te zorgen zijn competenties waaraan gewerkt wordt tijdens het zelf rapporteren in het dossier. Het expliciteren van ervaringen door erover te schrijven en ze te delen kan op verschillende niveaus bijdragen aan processen van persoonlijke subjectwording. Subjectwording staat voor het ontwikkelen van de cliënt tot eigenwaardig denken, verantwoording nemen, authenticiteit en betrokkenheid (uitgesprokenbijzonder, 2012). Dit bevordert de ontwikkeling en het herstel van de cliënt.
- **Sociale participatie en integratie**
Door het zelf schrijven in het dossier verandert de sociale status van de cliënt. Door de leiding te krijgen participeren deelnemers van cliënt naar regievoerder over hun dossier. Jeroen Zwaal (2015) geeft aan dat het mooi is om vanuit de cliënt te kijken, maar het nog mooier zou zijn om vanuit de mens te kijken. Hiermee wordt de mens in zijn kracht gezet.
- **Omgevingsbronnen**
De deelnemers willen gebruik maken van ondersteuning door een professional en deze inzetten als steun voor herstel. Hierbij speelt het krijgen van handvatten, goede uitleg en duidelijkheid over de privacy en toegankelijkheid

een grote rol. De deelnemers aan de focusgroepsinterviews stellen ondersteuning als randvoorwaarde om zelf te gaan rapporteren.

Vanuit de deelnemers aan de focusgroepsinterviews en de ingevulde vragenlijsten wordt duidelijk dat zij tevreden zijn over de begeleiding vanuit de RIBW AVV. De deelnemers hebben een groot vertrouwen in de professionaliteit van de begeleiders. Hierdoor wordt er door de cliënten weinig gebruik gemaakt van het inzagerecht. Dit maakt dat de zij geen zicht hebben op wat er tot nu toe in het dossier vermeld wordt. Zij hebben veel vertrouwen in de rapportages die worden geschreven door de begeleiders van de RIBW AVV en nemen daardoor geen initiatief om in het dossier te kijken.

Deelnemers geven aan dat zij keuzevrijheid nodig hebben over de beslissing om zelf te gaan rapporteren. Zij geven aan zich bewust te zijn van het belang van rapporteren. Hiernaast is het hebben van eigen regie belangrijk. Het schrijven in de eigen rapportage geeft volgens de deelnemers regie aan de cliënt maar behoeft ondersteuning. Er bestaat discrepantie (afhankelijkheid versus zelfredzaamheid) tussen het willen hebben van regie en vrijheid in het schrijven in hun rapportage en de behoefte aan houvast en handvatten. Deelnemers zijn zich bewust dat zij deskundig zijn over hun eigen leven. Het belang van het zelf gaan rapporteren zien zij in de samenwerking met de begeleiders en de gesprekken die hieruit voortkomen.

Uit dit onderzoek blijkt dat deelnemers verwachten dat er door zelf te gaan rapporteren inzicht ontstaat in het ontwikkelingsproces. De deelnemers verwachten dat het cliënten helpt om beter te snappen wat er bedoeld wordt. Deelnemers geven aan dat het schrijven in eigen woorden meer aan zal sluiten bij de cliënt. De samenwerking en ondersteuning met en van begeleiders wordt hierbij als zeer belangrijk genoemd.

Cliënten willen ondersteuning in het schrijven en ordenen van gedachten door een professional. De ontwikkelingen van het cliëntportaal staan nog in de kinderschoenen, er is nog geen concreet plan opgesteld en naar de cliënten gecommuniceerd. Cliënten vinden het lastig om met dit gebrek aan informatie om te gaan waardoor zij zich onzeker voelen in wat er verwacht wordt. Ze willen geïnformeerd worden over de voortgang, de verwachtingen, het doel en de vorm van het zelf rapporteren zodat zij houvast hebben en weten waar zij aan toe zijn. Hierbij speelt tevens veiligheid en de privacy van het cliëntportaal via intranet een grote rol.

Deelnemers geven aan dat zij behoefte hebben aan motivatie vanuit de organisatie en begeleiders. Uit de good-practice blijkt dat dit in de praktijk lastig kan zijn. Hiervoor is gedurende de hele begeleidingsperiode van de cliënt inzet nodig om cliënten te motiveren en te activeren vanuit de organisatie en begeleiders.

Samenvattende conclusie

Cliënten staan open voor zelf rapporteren in het cliëntportaal.

Hierbij hebben zij de volgende wensen en behoeften:

- Eigen regie
- Ondersteuning
- Samenwerking

8 Aanbeveling

Op basis van de resultaten en conclusie zijn er drie aanbevelingen ontwikkeld. De aanbevelingen zijn afgestemd op de kwaliteitseisen van de RIBW AVV en de wensen en behoeften van de cliënten uit de onderzoeksgroep. De SRH-methodiek en het primaire proces

zijn leidend geweest voor de ontwikkelde aanbevelingen. De passie komt voort uit de “bedoeling” van de RIBW AVV om de cliënt centraal te stellen.

1. Helderheid voor de cliënten.

Op dit moment is er nog geen duidelijkheid over wat er van de cliënten van de RIBW AVV verwacht gaat worden in de toekomst. De ontwikkeling van het cliëntportaal staat nog in de kinderschoenen. Hierdoor ontstaat onder de deelnemers veel onduidelijkheid met betrekking tot het zelf gaan rapporteren in hun dossier. Door een heldere taakomschrijving en instructies wordt voorkomen dat cliënten onzeker worden over het schrijven in de eigen rapportage. Te denken valt aan het aanreiken van bijvoorbeeld een boekenlegger, folder of iets dergelijks met richtlijnen en/of handvatten (bijlage 8).

2. Motiveren en betrekken van cliënten.

Uit dit onderzoek blijkt dat het motiveren van cliënten een belangrijke taak is voor zowel de begeleider als de organisatie. Daarom is het belangrijk om cliënten te betrekken bij de ontwikkelingen en innovatie die plaats gaan vinden tussen nu en 2020. In het beleidsplan van de RIBW AVV 2016 staat dat in 2020 iedere cliënt gebruik gaat maken van het cliëntportaal. Cliënten geven aan hierover zelf te willen kunnen beslissen. De cliënten zullen dus voortdurend gemotiveerd moeten worden om deel te gaan en blijven nemen. Hier ligt een taak voor de begeleiders en organisatie. Zij zullen de cliënt het belang en het doel van het zelf rapporteren moeten leren inzien. Hiernaast wordt er hierdoor van de begeleiders gevraagd te leren verdragen. Zij zullen een andere rol aan moeten nemen in de begeleiding. Hierin hebben zij ondersteuning nodig vanuit de organisatie. De organisatie zal vanuit dit gegeven verder onderzoek moeten verrichten in wat er nodig is voor de medewerkers om deze ondersteuning vorm te geven.

3. Gebruik kunnen maken van eigen creatieve manieren om te rapporteren.

Er is behoefte om op geheel eigen wijze vorm te mogen en kunnen geven aan het rapporteren. Op dit moment is er maar één manier en dat is geschreven tekst. Om het rapporteren door cliënten te laten slagen zal er gehoor gegeven moeten worden aan hun ideeën en wensen ten aanzien van de wijze van rapporteren. Het is niet voor iedereen gemakkelijk om in schrift uit te drukken wat zij willen zeggen. Door de deelnemers zijn verschillende mogelijkheden genoemd die kunnen bijdragen aan het vergemakkelijken van het “schrijven” in het dossier.

De genoemde ideeën zijn:

- Emoticons (Smiley's)
- Tekeningen
- App berichten
- Foto's
- Spraakberichten

Het is wenselijk om het rapportagesysteem aan te passen waardoor de bovenstaande mogelijkheden kunnen worden geïmplementeerd. De genoemde manieren van rapporteren bieden naast de geschreven rapportage van het begeleidingsgesprek de mogelijkheid om vanuit expressie het (herstel)proces in beeld te brengen. Deze manier van regulier en expressief rapporteren kan aanleiding zijn voor gesprek en vormgeven aan de doelen waaraan de cliënt wil werken.

9 Implementatie

De aanzet tot implementatie is gemaakt door contact op te nemen met de afdeling kwaliteit en beleid voor het plannen van een datum waarop de onderzoekers de resultaten van het onderzoek willen presenteren aan de RIBW AVV. De datum is vastgesteld op 24 Mei 2016.

Voor de presentatie van de onderzoeksresultaten zijn onderstaande personen uitgenodigd:

Willemijn van Oort	-	hoofd afdeling kwaliteit en beleid
Jessica Gerritsen	-	projectbegeleider
Godelieve Kip	-	onderzoeksbegeleider vanuit de HAN
Stan Banus	-	adviseur Kwaliteit
Angela Jansen	-	SRH docent
Evelien Hulshof	-	ZO projectleider
Josephine Tukker	-	ZO projectleider

Tijdens de presentatie van de onderzoeksresultaten wordt gebruik gemaakt van een PowerPointpresentatie. De PowerPointpresentatie zal ter ondersteuning dienen en de genodigden door steekwoorden en concrete voorbeelden voorzien van heldere informatie. In de presentatie komen het proces en de resultaten naar voren naar aanleiding van de onderzoeksvraag. Ook wordt tijdens de presentatie het onderzoeksrapport aan de RIBW AVV afdeling kwaliteit en beleid overhandigd. Voor de presentatie van het proces en de resultaten is een uur tijd uitgetrokken. In deze tijd worden de resultaten door de onderzoekers toegelicht en is er ruimte om vragen te stellen door de genodigden.

Om de uitkomsten van het onderzoek te verhelderen hebben de onderzoekers een prototype ontwikkeld waarin de wensen van de cliënten worden vormgegeven. De onderzoekers zullen benadrukken dat dit een mogelijkheid is en dat dit als prototype moet worden gezien. Het is een voorbeeld en een leidraad voor het denken in de richting van wat de cliënt heeft uitgesproken tijdens het onderzoek en wat de resultaten van het onderzoek hebben opgeleverd.

Het prototype heeft de vorm van een boekenlegger waarmee de cliënt op heldere wijze wordt ondersteund in het schrijven in zijn eigen dossier. Het geeft handvatten aan de cliënt in de vorm van tips en trucs. Ook wordt het doel van het zelf rapporteren in dit idee verhelderd. Het prototype geeft aan zowel de begeleider als de cliënt een aanzet tot een eerste gesprek over het zelf gaan rapporteren in het dossier. Het prototype is ontwikkeld met het idee dat dit de cliënt aanspreekt en deze met behulp hiervan de stap kan zetten naar het zelf gaan rapporteren in het dossier. Door de wensen van de cliënt mee te nemen in de ontwikkeling en deze wensen terug te laten komen in het prototype is voldaan aan de functionele eisen van de opdrachtgever en is het product gericht op de cliënt.

De uiteindelijke uitwerking en vormgeving van de implementatie in het cliëntportaal zal door de verschillende afdelingen van de RIBW AVV nog uitgebreid besproken moeten worden. Resultaat vanuit dit onderzoek is dat de afdeling Kwaliteit & Beleid helderheid heeft over wat speelt bij de cliënten en wat zij willen ten opzichte van het zelf gaan rapporteren in hun dossier. Positief is dat cliënten open staan voor zelf rapporteren binnen het cliëntportaal. Het advies is dat de resultaten uit het onderzoek worden meegenomen tijdens het ontwikkelen en de implementatie van het cliëntportaal. Belangrijk is dat de uitkomsten van het onderzoek onder de medewerkers van de RIBW AVV, wat op dit moment wordt uitgevoerd door de organisatie, worden meegenomen in de ontwikkelingen. Het resultaat uit de beide onderzoeken zal gecombineerd moeten worden in de implementatie om het beoogde resultaat “het zelf gaan rapporteren door cliënten” te laten slagen.

10 Discussie

De visie van de onderzoekers is dat innovaties niet moeten starten bij de begeleider maar dat er gekeken moet worden naar de behoefte van de cliënt. Uiteindelijk neemt de cliënt een dienst af bij de RIBW AVV. De onderzoekers hebben dit overlegd met de afdeling kwaliteit en beleid van de RIBW AVV en de wens geuit om op cliëtniveau te onderzoeken. Van daaruit is de opdracht van de opdrachtgever gekomen om alleen vanuit de cliënten onderzoek te doen. Hiermee is een bewuste keuze gemaakt in de wijze waarop het onderzoek is verricht en de

manier waarop data is verzameld. Het is een mooi voorbeeld van bottom-up onderzoek. De opdracht maakt echter wel dat er eenzijdig onderzoek is verricht namelijk alleen op het niveau van de cliënt. Het toevoegen van data vanuit de begeleiders of organisatie zou het onderzoek volgens de onderzoekers en de opdrachtgever vertroebelen en is daarom buiten beschouwing gelaten. De consequentie is dat hierdoor bijkomende vragen niet zijn onderzocht en reden zijn voor verder onderzoek.

In overleg met de onderzoeksbegeleider zijn gaandeweg de operationele eisen bijgesteld. In een gesprek met Jessica Gerritsen zijn de eerste resultaten gedeeld waaruit naar voren kwam dat een format als aanbeveling niet gewenst is door de opdrachtgever. Het resultaat hiervan is het uitsluitend aanbieden van een aanbeveling van de resultaten met een onderliggend prototype.

Tijdens dit gesprek is tevens de functionele eis van de RIBW verhelderd. De belangrijkste functionele eis is dat de RIBW AVV weet of cliënten openstaan om te rapporteren in het cliëntportaal. Naast deze eis stelt de RIBW AVV in kaart te willen brengen wat de wensen en behoeften zijn van de cliënten ten aanzien van het zelf gaan rapporteren.

In totaal hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden met Jessica om de voortgang en de resultaten te monitoren. Het einddoel was voor zowel Jessica als de onderzoekers helder. Cliënten hebben ervaringskennis over hun eigen leven. De organisatie en de werkers op de vloer moeten hier aandacht voor hebben. De cliënt verdient het dat ze gehoord worden en dat de begeleiders hierin meegroeien. Het beschrijven van het proces uit zienswijze van zowel de begeleider als de cliënt maakt dat de expertise van beiden naar voren komt. Dit schept gelijkwaardigheid in de relatie. Er is rekening gehouden met zowel de eisen vanuit de cliënt als de opdrachtgever en het projectresultaat is hierop op afgestemd. De onderzoekers stellen dat aan de functionele eis is voldaan met dit onderzoek.

De onderzoekers hebben er voor gekozen om focusgroepsinterviews af te nemen. Tijdens het tweede focusgroepsinterview bleek er geen nieuwe informatie naar voren te komen. Hierop is besloten dat het afnemen van twee focusgroepsinterviews gezorgd heeft voor voldoende verzadiging van informatie. De onderzoekers realiseren zich dat een derde focusgroepsinterview of het afnemen van diepte-interviews mogelijk aanvullende informatie had kunnen opleveren of de verzadiging van informatie had kunnen bevestigen.

Om de betrouwbaarheid te vergroten is onder de deelnemers een vragenlijst afgenomen. De onderzoekers hebben met betrekking tot de vragenlijst ingezien dat de vragen een volgende keer meer gericht kunnen zijn op het onderwerp van het onderzoek. Zij zien in dat de vragenlijst nu andere informatie heeft gebracht dan verwacht. De informatie die uit de vragenlijst is voortgekomen is echter wel relevant voor de organisatie omdat het inzicht verschaft in de beleving van de deelnemers met betrekking tot deelname aan een onderzoek of interview en de organisatie voorziet van tips vanuit de doelgroep.

Literatuurlijst

- Bijl, D. (2007). *Het Nieuwe Werken 2.0*. Geraadpleegd op 05 Februari 2016, van <http://www.werken20.nl/wat-is-het-nieuwe-werken/>
- Brinkman., F. (2001). *Optimaliseren van cliëntenparticipatie*. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.
- Dokterdokter.nl (2001) *psychiatrisch*. Opgeroepen op 20 Maart 2016, van <http://www.dokterdokter.nl/encyclopedie/overzicht>
- Dokterdokter.nl (2001) *psychosociaal*. Geraadpleegd op 20 Maart 2016, van <http://www.dokterdokter.nl/encyclopedie/overzicht>
- Donk., C. van der., Lanen., B. van., (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coethino
- Donkers, G. (2007). *Veranderkundige modellen*. Soest: uitgeverij H. Nelissen
- Dorpshuizen.nl (2015)., *Wet maatschappelijke ondersteuning*. Opgeroepen op 20 Maart 2016 van <http://www.dorpshuizen.nl/vraagbaak/wet-maatschappelijke-ondersteuning/>
- Hart, W.,(2012). *Verdraaide organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Hee-team.nl (zd)., *Herstel Empowerment Ervaringsdeskundigheid!*, opgeroepen op 24 November 2015, van <https://www.hee-team.nl/>
- Hollander, D., Wilken, J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers*. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- Howiethesharp.nl., *Ervaringsdeskundigen krijgen ondersteuningsvraag snel op tafel*. Geraadpleegd op: 22 oktober 2015, van <http://www.howiethesharp.nl/sites/default/files/bijlagen/Advertorial%20LOEP%20%283-3-2015%29.pdf>
- Isoregister.nl (2016). *Hoe werkt certificering?* Geraadpleegd op: 05 januari 2016, van <http://www.isoregister.nl/Certificering/Hoe-krijg-ik-een-ISO-certificaat.html>
- J Am Med Inform Assoc., Andrea Hassol, MSPH, James M. Walker, MD, David Kidder, PhD, Kim Rokita, MS, David Young, BS, Steven Pierdon, MD, Deborah Deitz, BSN, Sarah Kuck, BA, and Eduardo Ortiz, MD, MPH., (Nov.-Dec. 2004). *Patient Experiences and Attitudes about Access to a Patient Electronic Health Care Record and Linked Web Messaging*. Gedownload op 12 Januari 2016. van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524631/>
- J Am Med Inform Assoc., Eric M. Liederman MD, MPH, Catrina S. Morefield RD, MPH, MS (mei 2003)., *Web Messaging: A New Tool for Patient-Physician Communication*. gedownload op: 12 Januari 2016, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC342049/>
- J Am Med Inform Assoc., Mita Sanghavi Goel, Tiffany L Brown, Adam Williams, Andrew J Cooper,1Romana Hasnain-Wynia, and David W Baker (18 December 2011). *Patient reported barriers to enrolling in a patient portal*. Geraadpleegd op 30 Januari 2016, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241181/>
- Kapteyn., L.J. (Derde geheel herziene druk 2007). *Probleemoplossing in Organisaties 1 en 2*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Lochem
- MedicineNet.com, (z.d.) *Psychiatric*. Geraadpleegd op 05 Januari 2016, van <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=17898>

- Migchelbrink F. (2007) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport., Brochure WNS., *Welzijn Nieuwe Stijl*. Gedownload op 14 April 2016, van http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/documenten/Brochure_WNS.pdf
- Movisie (19 juni 2015)., *De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)*. Opgeroepen op 22 November 2015, van <https://www.movisie.nl/tools/zelfredzaamheid-matrix-zrm>
- Movisie (11 februari 2014)., *Beroepscompetentieprofiel voor Ervaringsdeskundigen in de GGZ*., opgeroepen op 28 februari 2016, van <https://www.movisie.nl/artikel/beroepscompetentieprofiel-ervaringsdeskundigen-ggz>.
- Notadokter.nl (2007)., *Ambtelijke taal*. Opgeroepen op 20 Maart 2016, van <http://www.notadokter.nl/cms/index.php?id=9,65,0,0,1,0>
- Overheid.nl (zd)., *Wet en regelgeving, Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek, enz. (geneeskundige behandelingsovereenkomst)*. geraadpleegd op 14 April 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>
- Participatiezorgenondersteuning.nl (februari 2010)., *Sociale Inclusie*. Geraadpleegd op 29 December 2015, van: <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/Content.aspx?PGID=04ea6cf9-a9bc-40f9-8016-89b3376cf2e6>
- Peet, R., van., (16 oktober 2006) *Historie, Stand van zaken, Toekomst, Wet maatschappelijke ondersteuning*. Groningen. Gedownload op 13 april 2016, van <https://www.google.de/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=ontstaan+wmo>
- Pro Mente, (2011)., *Activiteitenverslag 2011 IBW Pro Mente Dendermonde*. Gedownload op 24 November 2015, van <http://www.promente.be/wp-content/uploads/Activiteitenverslag-IBW-Pro-Mente-Dendermonde-2011.pdf>
- Rijksoverheid.nl., *Beantwoording Kamervragen over bericht 'Eigen medisch dossier inzien te moeilijk'*., Geraadpleegd op 27 November 2015, van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2014/03/19/beantwoording-kamervragen-over-bericht-eigen-medisch-dossier-inzien-te-moeilijk>
- Rijksoverheid.nl., *Invoering wmo*. Opgeroepen op 22 November 2015, van <http://www.invoeringwmo.nl/content/welzijn-nieuwe-stijl>
- Thesaurus.nl (2014)., *Psychosociale hulpverlening*., Opgeroepen op 20 Maart 2016, van <https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/6481>
- Uitgesprokenbijzonder.nl (zd)., *Van allocatie naar subjectwording – functies van het onderwijs*. Geraadpleegd op 30 November 2015, van <https://uitgesprokenbijzonder.wordpress.com/2012/05/22/van-allocatie-naar-subjectwording-functies-van-het-onderwijs/>
- Wilken, J.P. (2006). Gepubliceerd in Maandblad Geestelijke Volksgezondheid: *Herstel van schizofrenie: een hoopvol perspectief*., Gedownload op 27 Februari 2016, van <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/CmsData/Articles/Herstel-van-Schizofrenie-een-hoopvol-perspectief-2006.pdf>
- Wilken, J.P., Hollander, D., den (6e druk 2008)., *Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering*. Amsterdam: WSP
- Zelfredzaamheidmatrix.nl (9 juni 2015)., *De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)*. Geraadpleegd op 7 Februari 2016, van <https://www.movisie.nl/tools/zelfredzaamheid-matrix-zrm>
- Zorgbelang.nl (zd)., *Patiëntenrechten*. Geraadpleegd op 27 November 2015 van <http://www.zorgbelang-nederland.nl/index.php?p=237>
- Zorgwijzer.nl (zd)., *Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (wmo)?* Opgeroepen op 22 November 2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

Bijlage 1: 5xW+H formule

Het formuleren van een goede vraagstelling en het helder krijgen van de doelstelling is een proces. De eerste stap is een probleem- en situatieanalyse. De conclusie van de probleemanalyse is dat duidelijk moet worden hoe cliënten zelf kunnen gaan rapporteren en wat daarvoor nodig is. Om inzicht te krijgen in het probleem en de probleemcontext is gewerkt met de 5xW+H-formule (Migchelbrink, 2008).

Wat is het probleem

In 2020 beschikken cliënten over digitale toegang tot hun dossier. De ontwikkelingen met betrekking tot het cliëntportaal zitten nog in het beginstadium. Dit maakt dat zowel de organisatie als de cliënt nog niet weet wat er precies gaat plaatsvinden en hoe het er in de praktijk uit gaat zien. Het betrekken van cliënten bij de rapportage maakt dat de organisatie gestimuleerd wordt om cliënten meer eigenaar te laten worden van hun dossier. Dit komt voort uit de veranderingen in de zorg en sluit aan bij de SRH methodiek waarbinnen de RIBW AVV mee gewerkt wordt. Cliënten hebben nu wel inzicht maar zijn daarbij afhankelijk van hun persoonlijk begeleider. Ze hebben niet zelf de regie om op elk willekeurig moment in hun dossier te kijken. Dit heeft als gevolg dat cliënten (nog) onvoldoende eigenaar van hun cliëntdossier.

Wie heeft problemen

Binnen de RIBW AVV is het op dit moment gangbaar dat de begeleider de rapportage schrijft in het dossier van de cliënt. Het probleem is dat hierdoor de rapportage vanuit het oogpunt van de begeleider geschreven wordt. Het is niet duidelijk hoe de cliënt hier over denkt en wat hij wil. Daarom is het van belang om te horen wat de cliënten er zelf van vinden. Wat heeft deze doelgroep nodig?

Wanneer is het een probleem

Door toepassing en inzetten van nieuwe digitale technieken en de veranderingen in de hulpverlening worden er andere dingen verwacht. De participatie en de eigen kracht staan centraal. Dit veranderproces verwacht iets heel anders van de cliënt dan wat hij gewend is.

Waarom is het een probleem

Cliënten zijn niet gewend om in hun eigen dossier te rapporteren, ze weten niet wat er van hen verwacht wordt. In 2020 hebben alle cliënten de mogelijkheid om altijd te beschikken over hun dossier en hier meer eigenaar van te worden. De RIBW AVV weet niet hoe cliënten hier over denken en wat ze willen.

Waar doet het probleem zich voor

Het probleem doet zich voor bij de cliënten van de RIBW AVV.

Hoe is het probleem ontstaan

Het herstelondersteunend werken is steeds meer in ontwikkeling. Dat gaat zich vertalen in de manier van rapporteren. Veel meer denkend vanuit de herstelgedachte dat de hulpverlener het unieke proces van de cliënt goed begrijpt en niet alleen puur de voortgang vastlegt. Toen er nog weinig bekend was over herstelondersteunend werken, was het gewoon dat de begeleider de rapportage schreef. Door de cliënt zelf in zijn rapportage te laten schrijven wil de RIBW AVV hier verandering in brengen.

Bijlage 2: Fonteynenburg

Gespreksverslag RIBW Fonteynenburg te Rijswijk.

Datum 14 oktober 2015

Tijd: 10:00u-12:15u

Plaats: Rijswijk

Aanwezig: Natasja Mouwen (RIBW Fonteynenburg), Jessica Gerritsen (beg. Afstudeerproject), Ingrid de Kleijn (not.), Edith de Koning, Diana Krol.

Voorstelrondje

Uitleg project

Aan Natasja is door de deelnemers uitgelegd waar we onderzoek naar doen en waarom. Onderzoek gaat over hoe kunnen we de cliënt kunnen ondersteunen in zelf herstelgericht rapporteren? Wat heeft hij/zij nodig om dit te doen?

Vanuit de organisatie onderzoek naar;

Hoe kan het doelgerichter.

In de zorg heerst altijd schaarste, meer is beter. Nu kijken naar hoe kan je anders invullen?

Vervolgstep is het onderzoek vanuit de onderzoeksgroep: het cliënt perspectief.

Momenteel onderzoek naar ICT vormgeving

Duidelijke eis is toegang voor cliënten tot hun dossier.

Nu medewerker met laptop naar de cliënt.

Planet learning

Helpt bij vragen zoals:

Wanneer doe je het zelf, wanneer samen met de cliënt, wanneer de cliënt zelfstandig?

Hierbij worden de fases van herstel gehanteerd. In welke fase zit de cliënt?

1^e fase: medewerker geeft aan wat er wordt gerapporteerd en bespreekt dit met cliënt

2^e fase: In samenwerking word de rapportage door de cliënt geschreven

3^e fase: de cliënt rapporteert zelfstandig.

Natasja: Past in de visie van de SRH en het basisschema van herstel

Toe te passen op iedere situatie. Het geeft kaders aan hoe te handelen.

Het is mogelijk om van fases te wisselen, niet rigide in het hanteren.

Het grote voordeel volgens Natasja is dat de cliënt steeds meer betrokken raakt.

Basisschema toepassen op alle processen maakt het inzichtelijk voor de cliënt en medewerker.

Driekwart van de organisatie heeft inmiddels scholing gehad in Planet learning.

Geen hard beleid op het basisschema van herstel, wel in het scholingsprogramma.

Cultuuromslag bij RIBW fonteynenburg op 2 fronten: volledige implementatie van de SRH, nu halverwege de implementatie 1,5 jr bezig om scholing op orde te krijgen, faciliteren van de werknemers, intranet, planet learning enz.

De groei begint nu, te zien aan acties die nu plaatsvinden op basis van de SRH gedachte.

Reorganisatie: van bestuursorganisatie naar zelforganisatie en zelfsturende teams. Loopt nu 1,5 jaar, staat 3 jaar voor.

Veel meer de focus op methodisch werken binnen de verschillende lagen van medewerkers. Wekelijks een blog van de directie: (Ineke's weblog) onderwerpen bijv.; participatie, maar ook bijv. een verhaal van een cliënt. Geeft meer verbinding met de medewerkers. Niet helder hoe vaak het wordt gelezen, er wordt helaas niet vaak op gereageerd.

Functiehuis heeft andere benaming.

Medewerkers houden vast aan het oude regiem van personen die rapporteren. Hier willen we vanaf. Iedereen mag dan werken in profielen enz.

Mensen die veel op basis van "gewone contacten" met cliënten spreken hebben heel andere gesprekken dan een begeleider in een begeleidingsgesprek. Hiërarchie doorbreken!

Gastvrouwen (med. A) weten vaak veel meer door de vertrouwensband met de cliënt, zij zouden ook moeten kunnen rapporteren. Medewerkers hierin faciliteren door opleiding.

Plan-Care

In systeem icoontjes met: veel gestelde vragen, ladekast, handige links, platform van Jean Pierre Wilken, dashboard, teamagenda (nog niet in gebruik), groepsagenda

In dashboard: persoonlijk profiel, crisiskaart pers. Plan enz.

Groepsagenda: stappen die verschillende medewerkers, de cliënt of andere contacten van cliënt moeten zetten (onze werklijsten). Stappen in begeleidingsplan ook automatisch in agenda en uitgeschreven in acties.

Als plan en acties goed in elkaar gezet zij wordt dit automatisch gelinkt aan de groepsagenda.

Diana: hoe werken jullie met de ZRM? Moet iedere 3 mnd. Gescoord worden.

Terugkoppeling naar ons onderzoek: Vul je ZRM samen met cliënt in? Ja op grond van het basisschema van herstel. Evt. in samenwerking met iemand uit de triade van de cliënt.

Diana: ZRM staat in het rapportagesysteem van de cliënt. Cliënt kan zien wat de begeleider heeft geplaatst in het dossier. Wat gaat dat doen met de relatie tussen cliënt en medewerker?

Natasja: Al ligt de actie bij de medewerker dit bespreken. Als er anders gedacht wordt hierover in gesprek gaan. Transparantie is leidend.

Jessica: vraag ook om te draaien, wat doet het nu met cliënten?

In hoeverre kun je deze discussie met de cliënt aangaan? Discussies geven aan wat de visies zijn, is het misschien nodig om een nieuwe ZRM aan te maken of laat je ze samen bestaan? Dit moet door ermee te gaan werken helder worden.

Plan-care is in +/- 2 mnd. opgebouwd. Werken nu met basisversie. Willen graag naar de deluxe versie.

In het primaire proces: balans opmaken of alles up to date is. Continu verbeterproces.

Gebeurt door portefeuillehouder door middel van checklist. Ook bij niet voldoende wordt geaccordeerd. Dan een mededeling aan de medewerker met verbeterpunten voor volgende keer.

Portefeuillehouders openen dashboard en controleren of alle plannen voor de cliënten in orde zijn. Dit alles wordt terug gekoppeld naar Natasja.

Managers krijgen hierdoor zicht op het werk, visie op doelrealisatie.

Indien iets mis is gaat de manager ermee aan de slag door een SRH coach consultant of werkbegeleider in te zetten. Deze methode maakt dat er een verplicht karakter aan zit.

Manager signaleert waar de problemen liggen.

Persoonlijk profiel

In persoonlijk profiel o.a. Communicatie/relatieprofiel (hoe wil de cliënt benadert worden)

Grote meerwaarde in de begeleiding. Je kunt sneller aansluiten.

Gaan binnenkort werken met “wraps”: soort signaleringskaart per domein.

Plan-care2 onderdelen:

Rapportage op onderwerp

Tussentijdse rapportages

Rapportages op doelen

Staat standaard op het doel van de cliënt

Concrete stappen

Rapportage op discipline

Rapportage kan op vijf onderdelen

Algemeen

Incidenten

Somatiek

Veel voorkomende situaties

Andere

Rapporteren volgens de Soap methode (handvatten zijn in en uitklapbaar)

Toekomst

We weten wat we willen maar zijn er nog niet.

Cliënt-portaal (inhoudelijke regie door cliënt)

Screen shot wordt door Natasja gemaild.

Samenwerking met Pameyer buzz-ondersteuning, Cloudina. Hulp via E-held ondersteuning op Smartphone.

Afsluiting

Natasja bedankt voor de vriendelijke ontvangst en de hoeveelheid aan informatie die ze heeft verstrekt.

Afspraak gemaakt om nog een keer samen te komen.

Bijlage 3: Howie the Harp

Gespreksverslag 23-10-2015

Aanwezig: Diana, Ingrid, Jeroen en Edith (not)

Naar aanleiding van een gedeeld bericht op Linked-in werden we geprikkeld om contact op te nemen met Jeroen Zwaal. Jeroen is ervaringsdeskundig coach bij Howie the Harp. Naast gediplomeerd hulpverlener is hij ook ervaringsdeskundig. Deze krachten heeft hij samen gebracht en daardoor is hij nu, na als begeleider bij de RIBW AVV te hebben gewerkt, coach bij de opleiding van Howie the Harp. Howie the Harp coacht mensen met ervaring in de psychiatrie om deze als ervaringsdeskundige in te zetten, onder andere bij cliënten van de RIBW.

We hebben Jeroen onze probleemanalyse toegestuurd. De gespreksgroepen in het onderzoek zien Jeroen als iets heel moois. Zet dat in.

In het gesprek kwamen de volgende dingen naar voren.

Het is mooi om vanuit de cliënt te kijken. Het zou nog mooier zijn om vanuit de mens te kijken. Zodat je vanuit organisatiedenken verder gaat naar mens tot mens denken.

In een gesprek is er altijd sprake van een overdracht. Van zender naar ontvanger en visa versa. Er is een tegenoverdracht, je reageert op elkander. Als je mindfulness in je zenden zit kom je samen in een rust. Hierdoor ontvang en zend je andere signalen.

*Zou je het rapporteren aan een fase van herstel koppelen?

-Zo ja, in welke fase van Herstel zou jij zelf rapporteren aanbevelen?

-Zo nee, hoe zie jij het vorm krijgen?

Rapporteren is een reflectie. Mensen doen dit op hun eigen manier. In welke fase dan ook. Het is vooral belangrijk dat de begeleider een coachende houding heeft. Laat je verrassen en hou je niet te veel aan een format. Of maak een format die heel breed is. maak samen een collage, een tekening ect. Dat wat de cliënt nodig heeft om iets te vertellen.

Wat is het doel van de cliënt om te rapporteren? Iedereen heeft waarschijnlijk zijn eigen doen en dit kan niet altijd synchroon lopen met dat wat de begeleider wil. Het is goed om te onderzoeken wat het doel is en wat de meerwaarde is.

Als een cliënt er geen doel in ziet dan moet je het niet doen. Dit kan per cliënt verschillend zijn. Je kan er een persoonlijk doel van maken. Om mensen toch over een drempel over te helpen.

Het is belangrijk om de eigen wens te blijven volgen maar andere andere kan is het wel toekomstmuziek en beleid voor straks. Door het 'moeten' er vanaf te halen en coachend te gaan werken kan je gaan kijken wat het oplevert voor de cliënt.

Hoe haal je de drempels weg bij mensen en wat zijn de drempels?

Dit is goed om te onderzoeken. Maak kleine stapjes en als ze te groot zijn maak ze nog kleiner. De begeleiders moeten het verduren en meegaan. Als je afsprekt dat de cliënt gaat rapporteren is het ook de verantwoordelijkheid van de cliënt. Verduur dit ook als begeleider.

Ga samenwerken en ondersteunend werken.

Bijlage 4: Vragenlijst focusgroepsinterview

1. Maak je gebruik van de mogelijkheid tot inzage in je dossier?
 - a. Wat vind je van wat je leest?
2. Wat vindt je ervan dat begeleiders rapportages in jouw dossier schrijven?
3. Wat zijn voor jou belangrijke dingen die vermeld moet worden in je dossier?
4. Rapporteer je wel eens samen met je begeleider? Ja/Nee
 - a. Hoe vind je dat?
5. Wanneer je zelf de rapportage zou schrijven in jouw dossier, hoe zou je dat dan doen?
6. Wat zou volgens jou de meerwaarde kunnen zijn van zelf schrijven in je rapportage?
7. Wat heb je nodig om zelf te schrijven in je rapportage.
8. Zou je het zelf willen doen? (draagvlak)

Bijlage 5: Vragenlijst

Hierbij willen we je bedanken voor je inzet tijdens deze bijeenkomst. Het is voor ons onderzoek van grote waarde geweest dat je hier aanwezig was en hebt mee willen praten over het onderwerp. Om inzicht te krijgen in hoe jij deze bijeenkomst hebt ervaren willen we je vragen om de onderstaande vragen te beantwoorden.

Wat vond je van het onderwerp?	
Hoe vond je het om deel te nemen aan dit groepsinterview?	
Is je beeld veranderd over je dossier? Leg uit....	
Heb je nog tips voor de onderzoekers?	
Zou je betrokken willen worden bij een pilot (testgroep) om zelf te gaan rapporteren?	

Wat is je wens voor de toekomst op het gebied van rapporteren?

Nogmaals hartelijk bedankt voor je aanwezigheid.

Edith, Diana en Ingrid

Bijlage 6: Data focusgroepsinterview

Onderstaande foto's zijn samengevoegd vanuit de geturfde woorden uit het interview. Deze lijsten van geturfde woorden zijn samengevoegd in de regio's.

Wageningen

Notulen Wageningen

Wageningen 20-01-2015

Aanwezig: totaal 8 personen

Locatie: Eetcafe RIBW AVV. Locatie Wageningen

Gespreksleider Diana

Notulen: Ingrid en Edith

Wie kijkt er weleens in het eigen dossier?

- Bij een meningsverschil heb ik mijn rapportage opgevraagd. Samen met mijn begeleider, die was het er eerst niet mee eens.
- Niet bij de RIBW. Wel bij andere instanties. Zoals het ziekenhuis. Daar heb ik het dossier laten verwijderen omdat al mijn lichamelijke klachten werden afgeschoven op mijn psyche.
- Niet bij de RIBW omdat ik de indruk heb dat er geen gekke dingen instaan.
- Ja, ik vind het fijn. Om te zien hoe ik tegen de dingen aankijk en hoe de andere dat ziet.

Wat vinden jullie er van dat begeleiders rapporteren in je dossier?

- Prima.
- We vertrouwen jullie werk.
- Feiten blijven, iedereen trekt zijn eigen conclusies.
- Iedereen kleurt het anders in.
- Het interesseer mijn niet wat er ander er van vind.

Rapporteur je wel eens samen met je begeleider?

- Door zelf te schrijven lees ik de pluspunten en de minpunten.
- Ik zou alleen maar er in zetten dat het goed met mij gaat. De begeleider moet dit wel met mij bespreken.
- Ik zou samen willen rapporteren.
- Samen rapporteren gaat soms sneller.

Wat vind je er van om zelf te gaan rapporteren?

- Het rapporteren gaat van je begeleidingstijd af.
- Goed idee dat je er alle twee in kan vinden.
- Ik heb vertrouwen in de begeleiders.

Wat zou je in je rapportage hebben willen staan?

- Feiten
- Geschiedenis in grote lijnen, een samenvatting zou fijn zijn
 - 1 altijd de geschiedenis.
 - 1 soms de geschiedenis.

Hoe zou je zelf willen rapporteren?

- In de vorm van een dagboek.
- Mijn memoires schrijven.
- Ik zou alleen de feiten willen opschrijven.
- Ik zou graag de bijwerkingen van mijn medicijnen willen opschrijven. Dit wordt nu onderschat.
- Ik wil dat mijn proces in de gaten gehouden wordt. Ik stuur nu een appje met mijn verhaal.

Wat vind je de meerwaarde van zelf rapporteren?

- Ik zou het sowieso fijn vinden.
- Samen vatten hoe het is gegaan.
- Dan wordt het helder voor mijzelf en dan land het gesprek sneller.
- Het is vakjargon vs eigen taal en emotie, juist samen doen, hierdoor ontstaat er een klik.
- Ik vind het tijd kosten.
- Tijd is het waard, ligt er aan wat je doel is.
- Ik zou graag een aantal vaste vragen willen om het overzicht te bewaren. Daar in mag ook hoe ik de begeleiding ervaren heb.
- Niet vaak kritisch worden
- Opschrijven wat ik van de begeleiding vind
- Moeten werkt niet
- Zelf kan opschrijven wat mijn ziektebeeld is en wat mijn medicijnen zijn en wat de bijwerkingen zijn.
- Ik zou liever plaatjes willen delen, of tekenen. Mijn proces op een andere manier uitdrukken.

Hoe wil je rapporteren?

- zelf rapporteren: 2.
- samen: 5.
- Door de begeleiding willen in verband met moeite met schrijven, inspreken wil ik wel: 1.

Wat zijn de valkuilen van zelf rapporteren?

- Dat ik alleen maar opschrijf dat het goed gaat.
- Het ik denk dat het perfect moet waardoor ik het niet ga doen.

Inlogcode voor cliënten:

- Fijn: 8
 - Aandachtspunt: Hoe gaat dit met de privacy?

Hoe moet je het gaan doen?

Niet volgens de begeleiders maar volgens jezelf.

Alle geturfde steekwoorden vanuit de geluidsopnames van het interview Wageningen

Inzicht 6

Feiten 7

vermijden 3

zonder vakjargon 1

prima 3

later niet direct 1

hoe begeleiding ervaren 1

begrijpen/snappen 1

neutraal 1

geen verplichting 4

teveel opties in de doelen 1

naslagwerk 2
 medisch geschil 1
 systeem is vaag 1
 meningen 1
 eigen woorden 2
 fijn 3
 medicatiegebruik 2
 beoordeeld op psyche 1
 vaste vragen 2
 tekeningen 3
 ziektebeeld 1
 foute informatie 1
 kort en bondig 1
 in het midden elkaar vinden 6
 niet eens met elkaar 2
 richtlijnen 1
 samenvatten /ting 4
 verleden 2
 evaluatieformulier 1
 eigen emotie 1
 doelen 1
 kost begeleidingstijd 3
 metbegeleider 1
 gevoel 1
 meningsverschillen 1
 ligt aan hulpvraag 1
 samen 39

privacy 6
 bijwerkingen medicatie 1
 via de app 2
 inspreken 2
 vertrouwen 1
 plus en min punten 1

 vervolg gesprek vanuit rapportage 2
 na een begeleidingsgesprek 3
 prettig 4
 overeenstemming is fijn 2
 verkeerde info 1
 interesseert mij niet 1
 vertrouwen in RIBW 6
 Online is fijn 2
 Zelf conclusies trekken 1
 Begeleiding kan zelf typen 1
 Overzichtelijk 2
 Bijwerkingen medicatie 1
 Printen en doornemen
 Zelf 5
 in mijn eigen tijd 1

Clusters:

Hoe wil je rapporteren?
POSTIEF/VOORDELEN Later niet direct 2 Eigen woorden 2 Vaste vragen 2 Tekeningen 3 Kort en bondig 1 In het midden elkaar vinden 6 Samen 39 via de app2 Inspreken 2 Na een begeleidings gesprek 3 Zelf 5 Door begeleider 1 Zonder vakjargon 1

Ligt aan hulpvraag 1 In mijn eigen tijd 1 Doelen 1 Richtlijnen 1 Uitprinten en doornemen 1
NEGATIEF/NADELEN Begeleiding kan zelf typen 1 Systeem is vaag

Wat levert zelf rapporteren op?
POSITIEF/VOORDELEN Inzicht 6 Feiten 7 Eigen emotie 1

Gevoel 1 Begrijpen snappen 1 Vertrouwen 1 Plus en min punten 1 Vervolg gesprek vanuit de rapportage 2 Overeenstemming is fijn 2 Zelf conclusies trekken 1 Overzichtelijk 2 Online is fijn 2 Bijwerkingen van medicijnen 1 Meningsverschillen 1 Naslagwerk 2 Hoe begeleiding ervaren 1 Samenvatten / ting 4	Niet met elkaar eens 2
NEGATIEF/NADELEN Vermijden 3 Verkeerde info 1 Kost begeleidingstijd 3 Meningen 1 Meningsverschillen 1	Wat vind je van zelf rapporteren? POSITIEF / VOORDELEN Prima 3 Fijn 3 Neutraal 1 Geen verplichting 4 Prettig 4 Interesseert mij niet 1 Vertrouwen in de RIBW 6 Verleden 2 Evaluatieformulier 1
	NEGATIEF / NADELEN Privacy waarborgen 6 Beoordeeld op psyche 1

Westervoort

Westervoort

“Rapporteren moet een doel hebben”

Cliënte Marlies

21-01-2016

Aanwezig: 12 personen

Locatie: Eetcafé RIBW AVV, locatie Westervoort

Lady speaker: Edith

Notulisten: Ingrid en Diana

Wie kijkt er weleens in het eigen dossier?

- Sommige samen met begeleider.
- Sommige niet. Hebben we de wens de rapportage te lezen.
- Sommige geen interesse. Vertrouwen erop dat het goed wordt ingevuld of vinden het te confronterend en zijn bang uit balans te raken, of huiverig er niet vrolijk van te worden.
- Sommige hebben er nog nooit aan gedacht. Jullie brengen ons op ideeën!

Wat zou je in je dossier willen hebben staan?

- Balanskaart.
- Dat wat nodig is.
- Inzicht in medicatie en werking hiervan.

Wat zou je in je rapportage willen hebben staan?

- Gezamenlijke waarheid. Van cliënt en begeleider, samen invullen.
- Objectief. Met begrip voor stukje subjectiviteit.

- Afspraken en ontwikkelingen.
- Niet alleen rapporteren, maar er dan ook naar handelen. Dus gebruiken i.p.v. alleen opschrijven.

Rapporteren zelf niet alleen om dingen aan te geven, maar ook om begeleidingsmoment woorden te geven.

- Wel: 5

Cliënten toegang tot het systeem: 8

- Geen moeten voor cliënten, maar mogen.
- Samen met begeleider.

Inlogcode voor cliënten

- Fijn: 6
- Niet fijn: 4
- Moet een keuze mogen zijn: wel of geen code.

Richtlijn wat “fijn” is

- Gebruik van smileys.
- Tekening kunnen invoegen.
- Bericht kunnen inspreken.

Bij verschillende mogelijkheden kan een ieder kiezen wat bij hem/haar past.

Tips

- Kunstportaal kan ook in dossier van RIBW AVV cliënt. Dit voelt als onwenselijk (x2).
- Oudere begeleiders werken vaak middels de verouderde visie op hulpverlening. Jongere begeleiders vaker via het nieuwe werken. Daar wordt meer gelijkheid tussen begeleider en cliënt ervaren.
- Functie in ONS: melding van prioriteiten bericht. Noodoproep.
- Functie in ONS: Overzicht van nieuwe berichten. Bestaat al?
- Tijdens invullen evaluatieformulieren blijkt dat men het (erg) leuk vindt om betrokken te worden bij onderwerpen die hen betreffen. (in hun rol/positie als cliënt).

Alle geturfde steekwoorden vanuit de geluidsopnames van het interview Westervoort

Gebruik van inzage 2

Wel graag inzage willen hebben 3

Weet wat er geschreven wordt 2

interesseert me niet 3

ik vertrouw dat het goed is 4

Wat niet goed is moet er uit 6

visies worden helder 9

ga vragen om inzage 1

Privacy 6

soms dingen die niet leuk zijn 2

kan overstuur raken 4

rapporteer samen 42

Hoeven niet alles te weten, kunnen gewoon met je omgaan 6

Wil zelf aanvullen 1

Wil zelf niet aanvullen 1

Je moet wat als het niet goed is 1

Inzicht wat nodig is wat mij kan helpen 5

meer inzage over medicatie, vooral voor mijzelf 4

iedereen interpreteert anders 1

hoe ze met me om moeten gaan 5
 mensen moeten weten wat ik mankeer 1
 gezamenlijke waarheid 10
 Info die ik moeilijk vind moet er ook in 1
 Transparant 1
 objectief 2
 benoem wat subjectief is 2
 begeleider 2
 toegang zelf is fijn 33
 Niet verplicht 6
 weet ik niet 6
 confronterend 3
 overrapporteren 5
 teveel in het denken zitten 1
 doelen 1
 proces 5
 als je ergens op vastloopt 1
 handelen n.a.v. de rapportage 13
 informeren 2
 ik vertel vaak hetzelfde, steeds dezelfde rapportage 2
 Helpt als ik zelf rapporteer 7
 Helpt niet als ik zelf rapporteer 1
 Helpt misschien als ik zelf rapporteer 1
 ik schrijf regelmatig is reden voor gesprek 4
 Via whatsapp app 2
 Smileys 2
 fijn 4
 nadenken over gesprek 1
 erover praten 1
 dan blijft het niet liggen 1
 opschrijven en daarna tel. contact 2
 niet elke dag is hetzelfde 1
 ventileren 11
 bijzonderheden en ontwikkelingen 4
 Hoeft er niet altijd mee eens te zijn 2
 uiterlijk en innerlijk benoemen 1
 voel me soms overbluft 1
 begeleiding evalueren 3
 behoefte aan luisteren en gehoord worden
 Handig op het apparaat 3
 Dossier gaat over mij 4
 Rapporteren op de manier die bij mij past 6

Hoe wil je rapporteren?

POSTIEF/VOORDELEN

Wil zelf aanvullen 1

Smileys 2

Via whatsapp app 2

Samen 42 Begeleider 2 Transparant 1 Info die ik moeilijk vind moet er in 1 Objectief 2 Benoem wat subjectief is 2 Als je ergens op vastloopt 1 Bijzonderheden en ontwikkelingen 4
NEGATIEF/NADELEN Wil zelf niet aanvullen 1 Niet verplicht 6 Intresseert me niet

Wat levert zelf rapporteren op?
POSITIEF/VOORDELEN Hoe ze met me om moeten gaan 5 Rapporteren op de manier bij mij past 6 Dossier gaat over mij 4 Mensen weten wat ik mankeer 1 Gezamenlijke waarheid 10 Helpt als ik zelf rapporteer 7 Handelen n.a.v. de rapportage 13 Ventileren 11 Meer inzage over medicatie, vooral voor mijzelf 4 Inzicht wat nodig is wat mij kan helpen 5 Ga vragen om inzage 1 Weet wat er geschreven wordt 2
NEGATIEF/NADELEN Helpt niet als ik zelf rapporteer 1 Helpt misschien als ik zelf rapporteer 1 Ik vertel vaak hetzelfde, steeds dezelfde rapportage 2 Opschrijven daarna tel. contact 2 Je moet wat als het niet goed is 1 Kan overstuur raken 4

Soms dingen niet leuk zijn 2

Wat vind je van zelf rapporteren?
POSITIEF / VOORDELEN Gebruik maken van inzage 2 Handig op het apparaat (tablet) 3 Begeleiding evalueren 3 Uiterlijk en innerlijk benoemen Hoef er niet altijd mee eens te zijn 2 Proces 5 Informeren 2 Toegang zelf is fijn 33 Visies worden helder 9 Fijn 4 Nadenken over het gesprek 1 Dan blijft het niet liggen 1 Erover praten 1 Ik schrijf regelmatig is reden voor gesprek 4 Niet elke dag is hetzelfde. Hoeven niet alles te weten, kunnen gewoon meet je omgaan 6 Ik vertrouw dat het goed is 4
NEGATIEF / NADELEN Interesseert me niet 3 Confronterend 3 Overrapporteren 5 Teveel in het denken zitten 1 Weet ik niet 6 Privacy 6 Iedereen interpreteert anders 1 Wat niet goed is moet er uit 6

Feiten, OBJECTIEF, ontwikkeling
Wat moet er in.

Boven
Samen 5/12 I
Samen 24/

↳ in het midden
↳ DOEN
↳ overeenstemming
↳ gez. WAARheid → door gesprek
↳ WEG invinden
↳ visie's helder

Don heb je het al over de beleving gehad

Feiten
Afspraken & ontwikkelingen
Vet leuk zijn = samen doen
Bijzonderheden.
alles schrijven ook wat mee doen.

objectief → met studie subjectief + benoemen

elen/medicatie/balans/ziektebeeld/verleiden
meer dossier vorming.

Hoe moet er uit zien (voorwaarden)

↳ eigen keuze tot wel/of met inloggen.
↳ kort - bondig - feitelijk
↳ methode/handvatten vragen → hoe ervaren (kaders)
* Houwaart

Valkuil
↳ vermijden (ik bepaal)
↳

Wat hebben cl. nodig.

* Samenwerking met gespecialiseerde begeleider.
* ~~Ondersteuning~~ Ondersteuning in richting v denken FORAT!!!
* Begrenzing
↳ duidelijke uitleg wat er verwacht wordt doel v rapporteren.
* Eigen keuze
* Stigma vrije rapp
* onthoort
over ontwikkelingen en gewenste betrokkenheid v/d cliënt

* zelf beslissen wie er in kan.

Voordelen/Naar

* terugkijken (dagboek)
* aankleding vrolijk gesprek
* eigen emotie gevoel
* eigen inzicht
↳ begrip en snap
* helder
* eigen plus en min punten kunnen leren
* delen v gevoel
* conclusies
* zet aan tot denken.
* visie's worden helder, geeft meerwaarde
* snappen het binnen land
* weten wat er staat
* meningsverschillen worden respectbaar

Naar

* Confronteend uit balans raken
* Bang dat ik er niet vrolijk van wordt
* Te veel in denken zitten
* Te veel mee bezig zijn
↳ doelgericht uitleggen.
* Vermijden v de waarheid.
* last tijd.
* interpretatie
* overschatten.

Wat gaat goed

* vertrouwen in de RIBW
* Sommige doen het al samen

ledeven cl.ien

kan wel schrijven maar wel wat mee doen.

* privacy & veiligheid
* Whatsapp inspreken
Tekeningen
Smiley's

inzicht

Bijlage 7: Data vragenlijsten

De resultaten in de vragenlijsten zijn een letterlijke weergave van de verkregen informatie van deelnemers de uit de beide regio's die hebben deelgenomen aan het onderzoek. De deelnemers hebben antwoorden gegeven op vaste vragen. De vraagstelling van de evaluatieformulieren bestaat uit open en gesloten vragen.

Wat vond je van het onderwerp?	• goed. • Interessant. • Erg boeiend. • Prima. • Interessant. • Zeer interessant. • Boeiend, heel breed. Belangrijk dat er goed naar gekeken word hoe de cliënt centraal te stellen. • - • Interessant. • Heel goed. • Goed. • Goed. • Interessant. • Het is iets van de laatste tijd, voorheen was het anders. • Interessant. • Leuk en belangrijk. • Nuttig. Ik vind het een onderwerp waar je zelf weer mee vooruit kunt. • Verhelderend. • Belangrijk om mogelijk dingen of werkwijzen te veranderen als het gaat om dit onderwerp. • Goed. De mening van de cliënt weten over wel of niet rapporteren in het dossier.
Hoe vond je het om deel te nemen aan dit groepsinterview?	• Prima • Ik vond het wel een beetje lastig praten in zo'n grote groep. • Ik ben blij dat ik erbij was. • Interessante vragen en antwoorden. • Leuk en erg waardevol. • Leuk. • Belangrijk, het gaat over ons. • Goed. Interactie geeft soms meer info.

	• Spannen • Spannend. • Heel zinnig. • Goed. • Heel goed. • Leuk om verschillende meningen te horen. • Leuk. Je hoort verschillende ervaringen. • Heel goed. • Fijn. • Interessant. • Leuk. Veel verschillende meningen en toch hetzelfde. • Meerwaarde om ook meningen van anderen te horen. • Fijn, om te horen hoe andere mensen daarin staan.
Is je beeld veranderd over je dossier? Leg uit....	• Nee, we doen het al ongeveer zo. • Ja, ik zou het graag een keer willen inzien • Ja. Ik heb er nooit bij stilgestaan, maar wil graag inzage. • Nee • Nee, ik heb een goed beeld. • Jazeker, nog meer bijhouden en up-to-date houden. • Nee. • Nee. • Nee, niet veranderd. • Ja, vooral samendoen. Het begeleidingsplan. • Nee. • Beetje. • Ja. Ik dacht dat ik nooit in mijn dossier kon kijken. Nu blijkt dat het wel zo is, wil ik dit ook gebruiken. • Ja, Ik weet nu dat je inbreng heel belangrijk is. • Graag wil ik weten met wie je rapporteert. • Niet veel. • Ja. Want zelf invullen met begeleider lijkt me erg fijn. Het gaat over jezelf. • Nee.

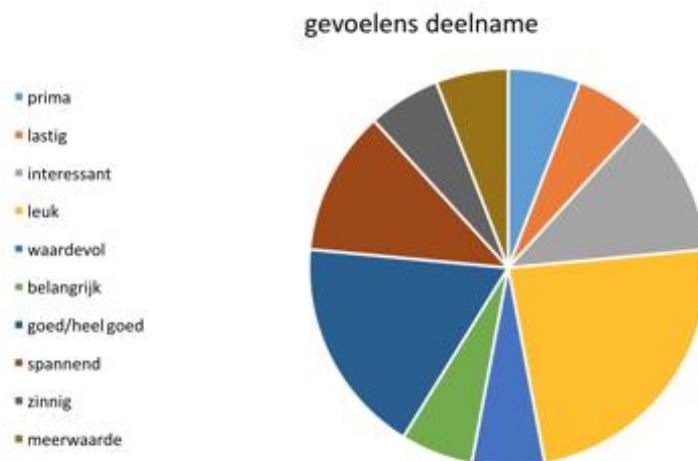
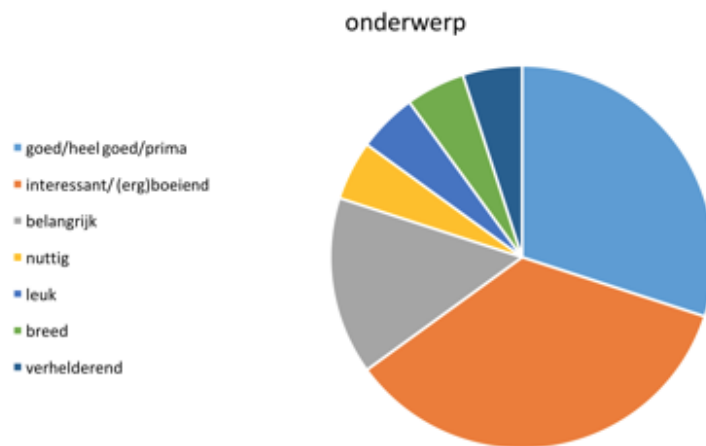
	• Nee. Dat verandert misschien afhankelijk van wat er mogelijk in of over het dossier veranderd. • Geen nieuwe dingen gehoord.
Heb je nog tips voor de onderzoekers?	• - • Misschien iets meer ruimte aan iedereen geven, zodat iedereen aan bod komt. • - • 1 of 2x per maand organiseren. • Betrek de cliënt bij de rapportage. • Meer van dit soort bijeenkomsten. • Soort vaste vorm om het niet te groot te maken. • Nee. • Ze doen hun best maar. • Naar elkaar luisteren. • Nee. • Nee. • Stel je zo open mogelijk op t.o.v. je cliënt. • Geen idee. • Helderheid. • Alle meningen tellen mee. • Nee. Was prima. • Op het moment niet. • Doorpakken. • Nee.
Zou je betrokken willen worden bij een pilot (testgroep) om zelf te gaan rapporteren?	• Ja • Ja • Wil ik over nadenken. • - • Ja • Jazeker, ook i.v.m. Howie the Harp (voor mij onder voorbehoud i.v.m. mijn leeftijd 65+) • Ja, als dit op mijn eigen manier zou kunnen. • Nee. • Misschien. • Nee. • Nee.

	• Nee. • Ja. • Ja. Als ik het niet te druk heb. • Ja, is goed. • Nee. • - • Ja, hoor. • Ja. Al vraag ik me af hoeveel meerwaarde dat heeft, gezien de opleidingsachtergrond. • Ja.
--	--

Wat is je wens voor de toekomst op het gebied van rapporteren?

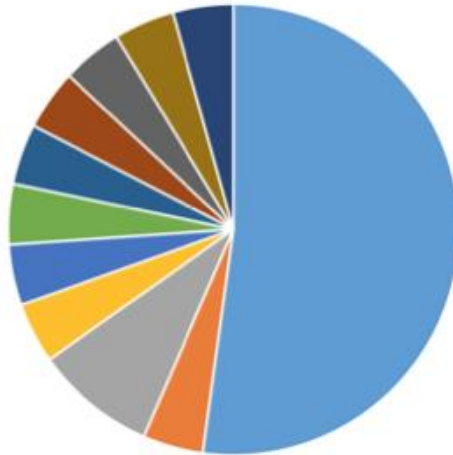
- Duidelijkheid in proces herstel van ziektebeeld.
- Samen rapporteren met mijn begeleider.
- Ik zou graag samen willen rapporteren.
- -
- Betrokkenheid en vrijheid in de vorm van rapporteren.
- Wil blijven deelnemen i.v.m. de toekomst.
- Dat er gekeken blijft worden naar hoe en wat het doel van rapporteren is/blijft en wat de cliënten daarin kunnen betekenen of zelf kunnen bijdragen.
- Wekelijks zelf rapporteren vind ik niet nodig. Ik ken de weg, mocht ik inzage willen. Zou wel graag zelf doelen etc. in willen vullen. Zelf kan ik daar rustiger over nadenken en dat scheelt kostbare tijd in het gesprek.
- Objectief in samenspraak rapporteren.
- Samen inzicht te krijgen. Eigen mening geven. Luisterend oor.
- Samen met begeleiding blijven doen.
- -
- Dat je zelf aan kunt geven wanneer je in je dossier kunt kijken.
- Gelijkwaardigheid tussen begeleider en cliënt.
- Meer bijeenkomsten.
- Niks bijzonders.
- Dat ik zelf mijn dossier in kan zien en samen kan invullen over wat ik nodig vind wat er in komt.
- Om meerdere begeleiders/cliënten te laten zien hoe je toch verder kan met een beperking. Ervaringen uitwisselen.
- Dat het veranderd op een manier die voor iedere cliënt op zijn of haar manier prettig is. Individualisatie, dat idee.
- Alle dossiers open, geen schaduw, alles transparant. Direct toegang.

De antwoorden op de vragen zijn hieronder in grafieken samengevat.
 Vragen met een gemeenschappelijke duiding zoals goed/zeer goed/prima zijn in een taartpunt ondergebracht.



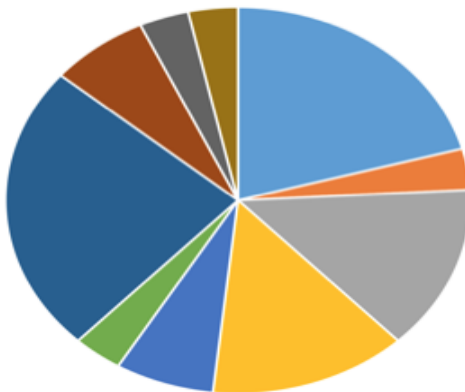
tips voor onderzoekers

- nee
- doorpakken
- vaker organiseren
- vaste vorm
- meer open stellen
- ruimte bieden zodat iedereen aan bod komt
- alle meningen tellen mee
- client betrekken bij de rapportage
- helderheid
- stel je zo open mogelijk op tov de client
- naar elkaar luisteren



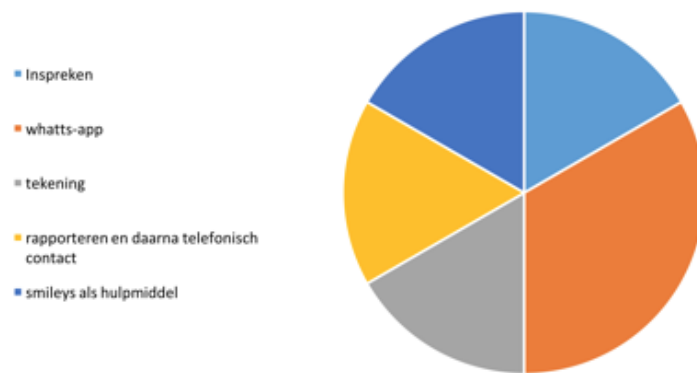
wens voor de toekomst

- samenwerken
- duidelijkheid
- betrokkenheid
- vrijheid
- directe toegang
- transparantie
- gepersonaliseerd rapporteren op doelen
- gelijkwaardigheid
- meer van deze bijeenkomsten
- ervaringen uitwisselen



Tijdens de interviews hebben deelnemers ideeën geopperd over de manier waarop zij willen/kunnen gaan rapporteren (inspreken, WhatsApp, tekeningen, na rapporteren telefonisch contact met begeleider, smileys als hulpmiddel). deze opties werden door het merendeel van de respondenten als positief aangemerkt. Hieronder staan deze ideeën in een grafiek weergegeven.

ideeen van klanten



Bijlage 8: Boekenlegger

RIBW ARNHEM & VELUWE VALLEI	RIBW ARNHEM & VELUWE VALLEI
Welkom, je kunt vanaf nu gebruik maken van het cliënt portaal van de RIBW AVV. In dit portaal is onder andere je persoonlijk plan in te zien. In dit persoonlijk plan staan stappen om je doelen te behalen in je herstelproces. Via het portaal ben je in de gelegenheid om op elk moment in je dossier te kijken. Je kan anderen autoriseren om in je plan te kijken. Via het portaal kan in je persoonlijk plan rapporteren op je doelen. Het rapporteren is een onderdeel van de begeleidingsuren. Door bezig te zijn met je proces en dit op te schrijven ben je bezig met je herstelproces. Hierbij ontvang je ondersteuning van je begeleider. www.ribwavv.nl/clientportaal/inloggen/beveiligd www.hoeveiligzijnmijngegevens.nl	Tips om in je dossier te schrijven. ☐ Zoek de samenwerking met je begeleider. ☐ Wees creatief over de vorm van rapporteren. ☐ Een rapportage is gericht op de ontwikkelingen in je persoonlijk plan. De volgende punten zijn handig om te volgen: Evaluatie: Wat heb je gedaan Inzicht: Wat heeft het je opgeleverd? Doen: Wat ga je doen?

Bijlage 9. Uitnodigingsbrief deelname onderzoek

Geachte mw/dhr....., Beste....,

Deze brief sturen wij omdat we je willen uitnodigen deel te nemen aan een groepsinterview, om met elkaar te praten over het onderwerp rapporteren. Wij zijn als medewerkers van de RIBW AVV, tevens student aan de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening van de Hogeschool van Arnhem & Nijmegen.

Voor ons afstudeeronderzoek zijn we aan het onderzoeken hoe de cliënten van onze organisatie denken over het zelf gaan rapporteren in hun eigen (digitale) dossier. En wat jullie daar dan voor nodig hebben, om dit in de praktijk vorm te geven.

Om duidelijk te krijgen hoe men hierover denkt willen we middels een groepsinterview (10-12 deelnemers) een aantal vragen beantwoord krijgen. Deze antwoorden gaan wij verwerken en als aanbeveling aanbieden aan de afdeling Kwaliteit en Beleid van de RIBW AVV. Dit met het doel dat onze hulpverlening nog meer gericht zal zijn op de wensen en mogelijkheden van mensen die bij ons als cliënt in begeleiding zijn.

Deelname aan het interview mag anoniem, maar hoeft niet. We willen het wel opnemen, omdat dit erg handig is tijdens het uitwerken van het interview. Nadien zullen we de geluidsopnames vernietigen.

Datum woensdag 20 januari.

Interview 10.30 tot 12.00 uur.

Pauze 12.00 tot 12.15 uur.

Lunch 12.15 tot 12.45 uur.

1. Locatie: Eetcafé van de RIBW AVV aan de van Uvenweg 47 in Wageningen.

2. Locatie: Eetcafé RIBW AVV. Regiokantoor Westervoort. Rosmolen 13.

Wil je a.u.b. uiterlijk woensdag 13 januari, laten weten of je erbij wilt of kunt zijn?

1: Dit kan via de mail aan Diana Krol: d.krol@ribwavv.nl of via ons regiokantoor: 0317-423866.

2: Dit kan via de mail aan Edith Teerlink: E.teerlink@ribwavv.nl of via je persoonlijk begeleider.

Voor een lunch wordt gezorgd.

Hopelijk tot de 20^e!

Vriendelijke groeten van Diana Krol, Edith Teerlink en Ingrid de Kleijn.

Bijlage 10. Zelfredzaamheid-Matrix

Zelfredzaamheid-Matrix 2010

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

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Inkomen	Geen inkomsten, hoge en groeiende schulden	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven, groeiende schulden	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet; gepast uitgeven; indien sprake is van schulden zijn deze tenminste stabiel; Beëindiging/ inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering; heeft schulden in eigen beheer en deze verminderen	Inkomsten zijn voldoende, goed financieel beheer; heeft inkomsten en mogelijkheid om te sparen
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast	Geen dagbesteding maar geen overlast	Laagdrempelige dagbesteding/ arbeidsactivering	Hoogdrempelige dagbesteding/ arbeidstoeleiding of seizoensgebonden werk en/ of volgt opleiding voor startkwalificatie	Vast werk of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huidige huur/ hypotheek is niet betaalbaar; dreigende huisuitzetting	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend; In onderhuur; niet-autonome huisvesting	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; (huur)contract met bepalingen; gedeeltelijk autonome huisvesting	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; regulier (huur)contract; autonome huisvesting
Gezinsrelaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin gaan niet goed met elkaar om; potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het gezin zijn niet (meer) aanwezig.	Communicatie tussen gezinsleden is consistent open; gezinsleden ondersteunen elkaar
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen; terugkerende suïcidale ideatie; ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door psychische problemen	Tenigerkende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen; aanhoudende functioneringsproblemen door psychische symptomen	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn maar zijn voorbijgaand; enkel matige functioneringsmoeilijkheden door psychische problemen; behandeltrouw is minimaal	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven; marginale beperking van functioneren; goede behandeltrouw	Symptomen zijn afwezig of zelfredzaam; goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten; niet meer dan de dagelijkse beslommeringen of zorgen
Fysieke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig; een noodgeval/ kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatig behandeling vereist en die op dit moment niet behandeld wordt en matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamelijke gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld; behandeltrouw is echter minimaal en de lichamelijke 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.

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verslaving; resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk kan zijn.	Voldoet aan criteria voor verslaving; preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen; afkick- of afkick-ontwikkend gedrag zichtbaar; gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 6 maanden; aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen; gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven; behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 6 maanden gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar; geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik, goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 6 maanden.
ADL-vaardigheden	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven; de zelfzorg is op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere complexe vaardigheden.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven; alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld sordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard; goed in staat op alle gebieden te functioneren.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/vrienden. Geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Ernstig en kommersieel sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/ of wegens terugtrekken uit sociale relaties.	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/ financiële mogelijkheden om te helpen. Nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Bijzond. belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/vrienden. Enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/vrienden. Weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk. Geen foute vrienden
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie; in 'overlevingsmodus'	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/ of gebrek aan motivatie om deel te nemen	Nauwelijks participeren in maatschappij; gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang	Actief participeren in de maatschappij
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijkse) contact met politie/ justitie. Openstaande zaken	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie/justitie. Lopende zaken	Incidenteel contact met politie/justitie. Geen lopende zaken	Zelden contact met politie/ justitie. Strafbblad.	Geen contact met politie/ justitie. Geen strafblad