**Voorwoord**

Voor u ligt mijn onderzoeksrapport geschreven in opdracht van de Haardstee. In de verstandelijk gehandicaptensector is er veel veranderd sinds 1 januari 2015. De extramurale ondersteuning wordt niet meer gefinancierd vanuit de AWBZ maar is overgedragen naar de gemeenten. De Haardstee wil graag weten en onderzoeken of de veranderingen de kwaliteit van de ondersteuning aan de cliënten heeft veranderd. In dit onderzoek komt naar voren in welke mate hier sprake van is bij de Haardstee en zijn er een aantal conclusies en aanbevelingen opgesteld.

Graag wil ik het voorwoord gebruiken om een aantal mensen te bedanken die mij hebben bijgestaan om tot dit resultaat te komen. Allereerst wil ik de Haardstee bedanken voor de mogelijkheden en de faciliteiten om dit onderzoek uit te voeren. Daarnaast wil ik Liesbeth Hakkenberg bedanken die mij tijdens het afstuderen begeleid heeft en met veel compassie heeft meegedacht. Ik wil ook Janine ten Napel en andere medewerkers van de Haardstee bedanken voor het beschikbaar stellen van hun tijd.

Ik wil Louise Berkhout bedanken voor haal hulp, inzet en vooral geduld wat ze nodig heeft gehad om mij te helpen.

Zoeterwoude, 2 juni 2015.

**Samenvatting**

In dit rapport wordt een verslag gedaan van een kwalitatief en een kwantitatief onderzoek over de effecten voor de cliënten van de Haardstee wat betreft de veranderde visie en de bezuinigingen op de ambulante ondersteuning na de transitie naar de gemeenten. De centrale vraag is:

Op welke wijze kan het management van de Haardstee inzicht verkrijgen in de tevredenheid van de cliënten over de huidige, per 1 januari 2015 veranderde, ambulante ondersteuning? Het betreft zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek. Wat heeft de verandering voor effect voor de toekomstige kwaliteit van de dienstverlening?

Om bovenstaande vraag te beantwoorden is er een literatuuronderzoek gedaan naar de definitie zwakbegaafden, licht verstandelijk beperkte cliënten, cliënttevredenheidsonderzoek, de transitie naar de gemeenten en methoden van extramurale ondersteuning.

Uit desk research en een bijeenkomst met experts zijn er vragen geformuleerd die als leidraad hebben gediend voor het kwantitatieve onderzoek.

De resultaten uit het kwantitatieve onderzoek laten zien dat de Haardstee de focus moet gaan richten op beleid wat betreft crisissituaties bij cliënten, bereikbaarheid en de inzet van sociale netwerken.

De informatie uit het literatuuronderzoek, het deskresearch, het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek heeft geleid tot een aantal aanbevelingen waar de Haardstee meer inzicht mee zou kunnen vergaren hoe de beleving van de cliënten is en op welke manier het management hier het beste op kan anticiperen. Deze aanbevelingen zijn gericht op het cyclisch inzetten van een cliënttevredenheidsonderzoek en hier planmatig en met aandacht voor verandermanagement en de cultuur van de Haardstee, acties op uitzetten om de kwaliteit te blijven meten. Het vergaren van informatie over meten van tevredenheid bij ketenpartners en andere zorgaanbieders en het uitbreiden van het onderzoek naar tevredenheid bij alle ambulante cliënten van de Haardstee is van belang.

**Abstract**

In this report an account is given of a qualitative and a quantitative study on the impact on the clients of the Haardstee regarding the changed vision and cuts in outpatient support after the transition to the municipalities. The central question is:

How can the management of the Haardstee gain insight into the satisfaction of the clients about the current changes by January 1, 2015, regarding outpatient support? These clients, suffering mildly mental retardation and additional psychiatric problems. What impact has the transition to the municipalities on the future quality of service?

To answer that question, this article presents a literature study on the definition mentally retarded, slightly mentally impaired clients, client satisfaction Investigation, the transition to the municipalities and methods of extramural support.

Desk research and a meeting with experts were used to formulate the questions who have guided the quantitative study.

The results of the quantitative study show that the Haardstee needs to focus on policies regarding crises occuring in clients lives and the accessibility and use of social networks.

The information from the literature research, desk research, qualitative and quantitative research has led to a number of recommendations where the Haardstee could get more understanding about the perception of clients and how the management can anticipate. These recommendations are focused on the cyclical use of a client satisfaction questionnaire and on methodical interventions with attention for both change management and the culture of the Haardstee. The aim is, to expand operations to measure the quality continiously. Gathering information on measuring satisfaction among supply chain partners and other healthcare providers and expanding the investigation to the satisfaction of all outpatient clients of the Haardstee is important.

* **Inleiding**

De algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) verandert per 1 januari 2015. Extramurale ondersteuning (ondersteuning in de eigen woonsituatie) gaat uit de AWBZ en wordt overgedragen naar de gemeenten. Alle gemeenten en ook de gemeente Leiden wordt helemaal verantwoordelijk voor de ondersteuning van de extramurale cliënten die er in de gemeenten zijn. Deze verandering gaat gepaard met een bezuiniging van ongeveer 20 procent in 2015 (Veldman 2014). De extramurale ondersteuning die de Haardstee geeft, een instelling voor verstandelijk beperkten en cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek heeft zich de afgelopen periode ingezet om zich voor te bereiden op de verandering naar de bekostiging vanuit de gemeente Leiden (transitie naar de gemeenten).

Extramurale ondersteuning is gespecialiseerde zorg voor personen met een beperking en voor zijn/haar ouders, verzorgers of netwerk. Het doel is dat mensen ondanks hun beperking zichzelf toch maximaal kunnen ontplooien en de regie over hun eigen leven kunnen voeren ([gemeente.leiden.nl](http://www.gemeente.leiden.nl/)). Er zijn door de Haardstee stappen gezet om de extramurale ondersteuning vorm te geven volgens de nieuwe uitgangspunten over de visie op ondersteuning vanuit de gemeente Leiden. De Haardstee is geïnteresseerd in de effecten van de veranderingen die plaatsvinden in de extramurale ondersteuning. Over dit onderwerp zijn Kamervragen gesteld. Wat zijn de gevolgen die de verschraling op de kwaliteit van cliëntenondersteuning heeft en zijn de gemeenten hier goed op voorbereid? Met name de vraag hoe de voorzitter van de tweede kamer het feit beoordeelt dat er flinke budgetkortingen worden doorgevoerd en welke gevolgen dit voor de kwaliteit van de cliëntondersteuning heeft, is een belangrijke vraag. Het antwoord vanuit de Tweede Kamer was dat er op dit moment geen aanleiding is om te veronderstellen dat de gemeenten hun verantwoordelijkheid voor cliëntenondersteuning niet of onvoldoende zullen nemen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014).

De Haardstee wil graag weten en onderzoeken of de veranderde visie en de bezuinigingen op ondersteuning van de extramurale cliënten de kwaliteit van de ondersteuning veranderd. Met deze kennis kan de Haardstee actief aan het werk om de kwaliteit van ondersteuning te vergroten.

* **Probleemverkenning**

2.1 Probleemanalyse met behulp van het 7 S model

Om meer inzicht te krijgen in de organisatie en daardoor het probleem helder en concreet te krijgen wordt het 7S model gebruikt (Trompenaars & Coebergh, 2014). Het 7S model biedt een kader om te beschrijven en te analyseren hoe de interne werking van een organisatie in elkaar zit. Het model beschrijft zeven belangrijke aspecten van een organisatie die op elkaar afgestemd zijn en elkaar zouden moeten versterken. De beschreven onderdelen in dit model zijn de significante waarden, de strategie, de structuur, de systemen, de stijl van management en de sleutelvaardigheden van een organisatie (Trompenaars & Coebergh, 2014).

2.1 7 S model

**Significante waarden:**

De Haardstee biedt sinds 1962 kleinschalig ondersteuning op maat, aan mensen in en rond Leiden met een verstandelijke beperking en/of bijkomende handicaps. Deze ondersteuning omvat 24-uurs aanwezigheidszorg, 24-uurs bereikbaarheidszorg, ambulante ondersteuning en dagbesteding.

De Haardstee ondersteunt cliënten vanaf 17 jaar, met een indicatie voor begeleiding vanwege een verstandelijke beperking en/of diagnoses als autisme, psychiatrische, verslaving- of gedragsproblemen. Er worden 183 cliënten ambulant ondersteund van elke levensbeschouwing en etnische afkomst, in elke levensfase en op alle terreinen van hun leven: wonen, werken en vrije tijd.

De cliënten worden bij de Haardstee beschouwt als gelijkwaardige medemensen met eigen specifieke eigenschappen en verdiensten en met dezelfde rechten als hun medeburgers. Mensen die door hun beperking deels afhankelijk zijn van ondersteuning door anderen, zoals familie, bekenden en professionele hulpverleners. Mensen die ruimte moeten krijgen om naar hun individuele vermogen verantwoordelijkheden te dragen, en die binnen grenzen bepaalde plichten kunnen vervullen. De Haardstee onderscheidt zich vooral door de individuele maatwerkaanpak. Deze past goed bij de kleinschalige organisatie. Er wordt geluisterd naar de cliënt en zijn individuele behoeften. In gesprek met de cliënt wordt gezocht naar de beste ondersteuning om aan de behoeften van de cliënten tegemoet te komen. Hoe de cliënten wonen en hun dag invullen is van groot belang voor het gevoel van eigenwaarde. Daarom wordt er ook ondersteuning geboden bij het vinden en behouden van een passende woonruimte en / of dagbesteding. De cliënten behouden waar zoveel mogelijk zelf de regie over hun leven. De behoeften en ondersteuning wordt vastgelegd in een persoonlijk ondersteuningsplan, de leidraad voor de hulp. Er wordt ondersteuning geboden van goede kwaliteit, die voldoet aan de eisen en verwachtingen van deze tijd (Haardstee, 2014).

De omgeving verandert snel, met toenemende wensen en eisen, tegen beperkte budgetten. Als kleine organisatie is het belangrijk om de beloften aan de doelgroep te blijven waarmaken. De onderscheidende kwaliteiten – zoals kleinschaligheid en individuele maatwerkondersteuning Er zijn tien spelregels opgezet om deze kwaliteiten in kaart te houden:

De **hulpbehoefte** van de individuele cliënt is ten allen tijde het uitgangspunt van het handelen. Professionals onderzoeken in samenspraak met de cliënt wat de hulpbehoeften zijn; in het belang van de cliënt is dit soms sturend maar nooit bepalend, en worden er soms hulpvragen voorgesteld. Er wordt rekening gehouden met de normen en waarden van de cliënt.

Er worden steeds naar mogelijkheden voor de cliënten gezocht om zoveel mogelijk te kunnen leven zoals anderen, dagelijks mee te praten en **te kiezen**, en aan hun gevoel van eigenwaarde tegemoet te komen. De keuzemogelijkheden worden voorgelegd aan de cliënt, evenals de grenzen van bijvoorbeeld veiligheid of huisregels - maar de cliënt kiest zelf. Deze keuzes worden gerespecteerd.

Er wordt **methodisch gewerkt**. In een gezamenlijk geformuleerd persoonlijk ondersteuningsplan wordt vastgelegd wie de cliënt is, wat de professionele ondersteuning moet inhouden, wat de cliënt zelf (aan) kan en wat de familie blijft regelen. Dit plan is geen papieren rapport, maar een leidraad voor het dagelijks handelen. Er zijn regelmatig evaluaties met de cliënt en zijn naasten over de gang van zaken.

De ondersteuningsmethodiek gaat niet uit van één standaardaanpak, de ondersteuning is **flexibel maatwerk.** Er wordt samen gezocht met de cliënt en zijn naasten naar die ondersteuning die dan, in die situatie, het best past. Er wordt kleinschalig, professioneel, creatief en reëel gedacht. Er wordt rekening gehouden met de achtergrond van de cliënt en met de mogelijkheden vanuit de Haardstee. Er wordt uitgeprobeerd wat er goed werkt in de praktijk. Indien wenselijk betrekken we andere dienstverleners bij de ondersteuning.

**Het sociaal netwerk** rondom een cliënt is belangrijk. Alle kansen worden benut om het netwerk van de cliënt bij de ondersteuning te betrekken en uit te breiden.

**Onderneemt de cliënt het zelf of met hulp.** Er worden taken (tijdelijk) overgenomen als de cliënt (of zijn netwerk) het zelf niet kan. Indien wenselijk worden andere dienstverleners ingezet.

De ondersteuning voldoet aan alle **kwaliteit**seisen. De cliënten weten waarop ze mogen rekenen, ervaren continuïteit en merken dat afspraken nagekomen worden.

De positie ten opzichte van relevante externe partijen wordt duidelijk neergezet; er is deelname aan (kennis)kringen en zorgplatforms; er is openheid voor **samenwerking** (verbanden).

De relevante procedures zijn helder. Er wordt gewerkt binnen de gestelde kaders. Er is als professionals initiatief om voortdurend te bekwamen en te scholen en **blijven leren** in methodisch handelen.

Er is bewustzijn dat het altijd beter kan en **professionele groeien** is belangrijk. Er wordt binnen het werk structureel om de feedback gevraagd van collega’s, cliënten en hun vertegenwoordigers (Haardstee, 2014).

**Strategie van de Haardstee**

De Haardstee heeft voor 2014 een jaarplan opgesteld. Dit jaarplan heet Opmaat (Wesselman, 2014b). Er zijn een aantal speerpunten die in 2014 van groot belang waren om gerealiseerd te worden.

*Realiseren van de voorgenomen bezuinigingen 2014:*

In 2013 is een deel van de ‘zorg met verblijf’ plaatsen omgezet naar ‘zorg zonder verblijf’ (ambulante ondersteuning). Voor 2014 is een afbouw van capaciteit aan de orde. Voor ‘zorg met verblijf’ zullen 8 plaatsen worden afgebouwd en ook de ambulante ondersteuning staat qua volume onder druk. De afbouw en daarmee samenhangende kostenvermindering is in de loop van 2014 gerealiseerd.

*Voorbereiding op de verschuiving AWBZ-WMO*

Begin 2013 waren de contouren van de verandering door de overheid aangegeven. Hoe dit precies zal uitpakken was nog ongewis en er is in de loop van het jaar ook meer duidelijkheid over gekomen. De zorginhoudelijke gevolgen zijn groot.

*Opstellen van een beleidsplan 2014-2018 en het invullen van de beleidsvoornemens.*

Met het beleidsplan 2014-2018 wordt de toekomst van De Haardstee in contouren ingekleurd. Een elftal beleidsvoornemens moet zorgen voor concrete invulling van het beleid.

*Verbetering van de bedrijfsvoering binnen De Haardstee.*

Met de verandering van ‘zorginstelling’ naar ‘zorgonderneming’ waar De Haardstee voor staat wordt het realiseren van een adequate bedrijfsvoering van levensbelang. Dat betekent, dat een aantal bedrijfsprocessen tegen het licht zijn gehouden met de vraag of dit eenvoudiger en effectiever kan (Wesselman, 2014b).

**De structuur:**

De Haardstee is een organisatie gebaseerd op de configuratie van een professionele bureaucratie door de ‘machtige’ uitvoerende kern (Mintzberg, 2006). De Haardstee wordt gecontroleerd op het gebied van kwaliteit, prestaties en cliënttevredenheid. Het voornaamste coördinatiemechanisme is standaardisatie van vaardigheden en gedrag. Hierbij is de uitvoerende kern het grootste voornaamste deel van de organisatie. Eén van de belangrijkste parameters is die van training*.* Doordat de professionals zijn opgesplitst in verschillende specialismen is er sprake van een horizontale taakspecialisatie. De structuur bij de Haardstee is tot op heden redelijk top down, ondanks dat de uitvoerende kern veel beslissingen neemt tijdens de werkzaamheden. De controle door de leidinggevenden en de ondersteuning op inhoudelijk vlak vanuit de gedragswetenschappers zorgt voor een hiërarchisch model.

**De systemen:**

Afspraken rond communicatie en evaluatie ondersteunen het doorlopen van de (plan do check act) PDCA cyclus, zo worden de kritische processen bewaakt en de kwaliteit van ondersteuning. Zorgvuldige communicatie is van groot belang voor een goede reputatie, maar ook om de interne werkprocessen goed te laten verlopen. Eens per kwartaal wordt het directie overleg besteed aan de periodieke evaluatie van het stichtingsjaarplan en de output van het kwaliteitsmanagementsysteem. Doel is uitvoering te geven aan de voorgenomen beleidsbesluiten voor het komend jaar en het bewaken van de kwaliteit op stichtingsniveau.

**De stijl van management:**

De Haardstee is op dit moment toe aan het werken naar een reorganisatie. De management structuur en naar alle waarschijnlijkheid ook de stijl van management gaat veranderd worden. Er is een werkgroep aangesteld die deze reorganisatie aan het voorbereiden is. De stijl van management is ondanks de structuur van de organisatie en de specialistische uitvoerende kern teveel gericht op controle. Naast dat er professioneel gewerkt wordt en veel kennis en deskundigheid bij de Haardstee is, is er sprake van een hiërarchische aansturing.

**Sleutelvaardigheden van een organisatie**

 De Haardstee ondersteunt cliënten vanaf 17 jaar, met een indicatie voor ondersteuning vanwege een verstandelijke beperking en/of diagnoses als autisme, psychiatrische, verslaving- of gedragsproblemen. Er worden cliënten ondersteunt van elke levensbeschouwing en etnische afkomst, in elke levensfase en op alle terreinen van hun leven: wonen, werken en vrije tijd (Haardstee, 2014).

De Haardstee onderscheidt zich van de andere zorgaanbieders op het gebied van bijkomende psychiatrische problematiek die de cliënten hebben De individuele aanpak die de begeleiders van de Haardstee hanteren tijdens de ondersteuning zorgt voor maatwerk. Het luisteren naar de cliënten en de ondersteuning aanpassen aan de behoefte en de mogelijkheden die er zijn is een sleutelvaardigheid van de Haardstee waarmee ze goed op de kaart staan bij gemeente Leiden (Doove & Spruijt, 2013).

2.1.1 Conclusie van het 7 S model.

De significante waarden en de sleutelvaardigheden van de Haardstee komen overeen. De visie op de cliënt is sterk aanwezig binnen de organisatie en wordt consistent gebruikt in de manier waarop er met hen gewerkt wordt. Er zijn belangrijke pijlers die helder en werkbaar zijn voor de begeleiders en leidinggevenden. De strategie die er bij de Haardstee ontwikkeld is heeft geen rekening gehouden met de stijl van management. De strategie is gericht op een organisatie waarbij er vertrouwen is in elkaar en de uitvoerende kern zelfstandig kan werken. De strategie lijkt voorbij te gaan aan de stijl van management en de mogelijkheden die er zijn om veranderingen met elkaar te dragen. De Haardstee is onderhevig aan grote veranderingen. De uitvoerende kern zal in de toekomst efficiënter, zelfstandiger, professioneler en effectiever moeten gaan werken en de kwaliteit moeten kunnen waarborgen. Meer vertrouwen vanuit het management in de begeleiders en de ruimte om als professional te werken is een grote uitdaging bij de Haardstee.

Innovatie is een belangrijk beleidsvoornemen vanuit de strategie en zal ontwikkeld moeten worden om een speler op de markt in Leiden te blijven. De systemen die er bij de Haardstee worden gehanteerd zullen kritisch bekeken moeten worden om marktgroei en innovatie niet tegen te werken. De bedrijfscultuur is hier kwetsbaar in en de stijl van leidinggeven nog niet voldoende ontwikkeld om deze omslag te maken.

2.2 Probleemanalyse met behulp van het DESTEP model

De DESTEP analyse is een model dat veel gebruikt wordt bij het maken van een externe analyse van een bedrijf. De DESTEP analyse behandelt de macro-economische factoren. Hier kan een bedrijf geen invloed op hebben, maar deze kunnen wel van belang zijn voor de bedrijfsvoering.

DESTEP staat voor *Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch* en *Politiek*. De bedoeling van DESTEP analyse is dat je al deze zes onderwerpen kort behandelt. Per onderwerp kunnen kort de kansen en bedreigingen benoemt worden ([www.managementgoeroes.nl](http://www.managementgoeroes.nl/)).

**Demografisch:**

De Haardstee richt zich op mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Psychiatrische problemen, verslaving en/of gedragsproblemen. Specifieke doelgroepen zijn jongeren en jongvolwassenen, moeders met kinderen, ouder wordende cliënten en mensen met een autistische stoornis (zonder of met verstandelijke beperking). De doelgroep waar de Haardstee zich op richt woont in Leiden of omliggende gemeenten. De transitie naar de gemeente en de bijkomende bezuinigingen hebben invloed op populatie van de Haardstee:

* Er komt vermindering van het aantal plaatsen van zorg met verblijf. De zorgzwaartepakketen 1 en 2 zullen in de komen tien jaar inkrimpen. De inkrimping zal worden opgenomen in de jaarlijkse productieafspraken met het zorgkantoor.
* Er komt vermindering van het budget voor zorg zonder verblijf. Bekend is dat de overheveling van de AWBZ middelen naar de gemeenten gepaard gaat met een korting van 20 % op het landelijk budget in 2015. Gemeente Leiden is aan zet om aan te geven hoe dit budget zal worden ingezet.
* Door de transitie zijn de GGZ C plaatsen (verblijfplaatsen die eerst onder de abwz vielen) onder de verantwoordelijkheid van de gemeente terecht gekomen (Wesselman, 2014a).

**Economische factoren:**

Het budget voor de Haardstee, dat vanaf 2015 zal worden opgebouwd uit een WLZ deel (Wet Langdurige Zorg, voorheen de AWBZ) en een WMO deel wordt bijgesteld. Gebaseerd op aannames over de toekomst zal er sprake zijn van een reductie van ca 7.1 miljoen naar ca 5.2 miljoen in 2018. Deze reductie vergt een grote inspanning van de Haardstee. Het ontwikkelen van nieuwe ondersteuningsvormen en concepten is van groot belang om de Haardstee financieel draagkracht te geven (Wesselman, 2014a).

**Sociaal-culturele factoren:**

De cliënten van de Haardstee zijn op dit moment zijn voornamelijk jong licht verstandelijke beperkte mensen en mensen met een autistische of psychiatrische stoornis. Bij extramurale ondersteuning neemt het aanbod in cliënten met een autistische stoornis toe. Op de wachtlijst staan voornamelijk bovengenoemde cliënten. De wensen van deze cliënten zijn vooral gericht op ondersteuning in de dagelijkse bezigheden en/of een woonplek. De Haardstee kan mensen ondersteuning bieden middels verschillende financieringsmogelijkheden.

**Technologische factoren:**

In de technologische ontwikkelingen in de zorg is er veel aandacht voor begeleiden op afstand. Dit kan gerealiseerd worden met behulp van cliëntgebonden ICT voorzieningen, bijvoorbeeld beeldcontact of app’s op een telefoon. Het belangrijkste doel is efficiënter werken en de kwaliteit van ondersteuning verbeteren. Het vergroot de zelfredzaamheid en de eigen regie van de cliënt. Dit sluit goed aan bij de visie van de Haardstee.

**Ecologische factoren:**

Er zijn geen ecologische factoren die van invloed zijn op de Haardstee.

**Politieke factoren:**

Het bestaande zorgstelsel verandert. Het maakt plaats voor een nieuw stelsel waarin een grote groep mensen met een beperking een beroep zal doen op de financiering vanuit de gemeente. Dit geldt voor de Haardstee voor extramurale ondersteuning (ambulante ondersteuning en dagbesteding) en voor verblijf met een GGZ-C indicatie (beschermd wonen). Daarnaast hebben de gemeenten met elkaar een motto afgesproken, dit heet de kanteling. Het streven van de kanteling is om de burgers zo lang mogelijk te laten participeren in de samenleving en te werken naar een zo zelfredzaam mogelijke situatie voor iedereen. Kantelen vraagt van gemeentes, zorg en welzijnsinstellingen een andere benadering naar de cliënt en burger. Zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijk, zorgen dat staan voorop. De cliënten met een woonindicatie vanuit het zorgzwaartepakket zullen een plaats behouden in de WLZ (wet langdurige zorg). Er wordt over de gehele linie bezuinigd. Voor alle groepen cliënten is minder geld beschikbaar (Wesselman, 2014a).

2.2.1.Conclusie van het DESTEP model

Vanuit het DESTEP model komen er een aantal punten naar voren die invloed kunnen hebben op de kansen en/of bedreigingen waar de Haardstee in de toekomst mee te maken krijgt. De invloed van de transitie en de bezuinigingen is groot op de uitvoering van de ondersteuning van de cliënten. De visie vanuit de gemeente is dat de cliënten hun eigen talenten en kwaliteiten gaan inzetten in plaats van zorginstellingen die alles regelen, deze kanteling in de ondersteuning moet ervoor gaan zorgen dat het motto van de professional gaat worden, niet zorgen voor, maar zorgen dat ([www.departicipatieformule.nl](http://www.departicipatieformule.nl/), 2013 a en b). Het gaat de Haardstee veel inzet en inspanning kosten om naast de kanteling en de bezuinigingen in de visie te innoveren en nieuwe ondersteuningsvormen te ontwikkelen. Deze zijn echter van groot belang om financieel draagkrachtig te blijven. Het is een uitdaging voor de Haardstee om ondanks de kanteling, financiële en politieke onzekerheid te innoveren en te blijven ontwikkelen.

* **Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gemaakt van theorieën die in het onderzoek gebruikt gaan worden. De begrippen die gebruikt gaan worden zijn: zwakbegaafde cliënten, licht verstandelijk gehandicapten, cliënttevredenheidsonderzoek, de kanteling, ambulante ondersteuning in de verstandelijke gehandicaptensector, verandermanagement en de transitie naar gemeenten. Aan het einde van het hoofdstuk wordt er een samenvatting gegeven van de theorie.

3.1 Zwakbegaafden.

Een zwakbegaafde cliënt is minder dan gemiddeld intelligent, en beschikt over een IQ dat tussen 71 en 84 ligt. Zwakbegaafde kinderen ontwikkelen zicht vertraagd in vergelijking met normaal begaafde kinderen. Hierdoor wordt een zwakbegaafde client beperkt in het sociaal en zelfstandig functioneren. Het kan belangrijk zijn dat zwakbegaafdheid tijdig wordt ontdekt. De diagnose kan ervoor zorgen dat het kind op het juiste niveau wordt aangesproken en dat er geen dingen van hem of haar wordt verwacht die niet realistisch zijn ([www.orthopedagogiek.com](http://www.orthopedagogiek.com/)). Het woord zwakbegaafd wordt vaak verkeerd gebruikt en verward met een verstandelijke beperking. Echter het IQ van iemand met een verstandelijke beperking ligt tussen de 50 en 70.

3.2 Licht verstandelijk beperkten

Met de term ‘licht verstandelijk beperkt’ (LVB) worden volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) mensen met een intelligentie quotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 bedoeld. Deze beperking komt vaak overeen met problemen met aanpassen op sociaal gebied. 75 % van de mensen met een verstandelijke handicap behoort tot deze groep ([www.carehouse.nl](http://www.carehouse.nl/)).

Het grootste gedeelte van de LVB cliënten functioneert goed in de maatschappij en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Er is een groep LVB cliënten die een beneden gemiddeld IQ heeft en beperkingen heeft in hun sociaal aanpassingsvermogen. Deze groep cliënten vertonen vaak problematisch gedrag en hebben extra ondersteuning nodig. Een licht verstandelijke beperking kan een groot aantal oorzaken hebben. Biologische factoren, sociale factoren en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling of in het in stand houden van een licht verstandelijke beperking (De Beer, 2011). Verbetering van de pedagogische en sociale omstandigheden kan bijdragen aan terugdringen van de prevalentie van een licht verstandelijk beperking.

Onderzoek heeft aangetoond dat het werkgeheugen van cliënten met een LVB een vertraagde ontwikkeling doormaakt (De Beer, 2011). Het is voor een LVB cliënt veel ingewikkelder om dingen te organiseren, te focussen en impulsen onder controle te houden. Taalgebruik en taalbegrip blijft door dit beperkte werkgeheugen ook achter en begrijpen LVB cliënten niet altijd goed wat er gezegd wordt en is lezen moeilijk. Minder taal maakt het moeilijker om gevoelens verbaal uit te drukken. LVB cliënten uiten emoties vaak een primaire manier en kunnen deze niet altijd goed beheersen (De Beer, 2011). Naast deze cognitieve beperking stagneert de emotionele ontwikkeling van een LVB cliënt op het niveau van een schoolkind (De Beer, 2011).

3.3 Sociale zelfredzaamheid bij verstandelijke beperkte cliënten.

Sociale redzaamheid is de mate waar in de zwakbegaafde en de licht verstandelijke beperkte cliënten in staat zijn te voldoen aan de eisen van de sociale omgeving. De verstandelijke beperking ziet men het duidelijkst in het dagelijks doen en laten van de cliënt. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om de sociale redzaamheid van cliënten te beschrijven. Deze instrumenten beschrijven in hoeverre de cliënt een breed spectrum aan vaardigheden hanteert (Van Gemert & Minderaa, 1993). Er zijn programma’s beschikbaar die de cliënten trainen in de dagelijkse vaardigheden, de meeste methoden zijn gebaseerd op operante conditionering. Het probleem is dat het generaliseren van het aangeleerde gedrag ingewikkeld als de situatie van de cliënt veranderd, bijvoorbeeld een verhuizing naar een andere woonplek of het veranderen van een de begeleiding. In de praktijk is gebleken dat cliënten met een verstandelijke beperking heel goed in staat zijn tot het verrichten van dezelfde handelingen in steeds dezelfde volgorde. Het probleem wat de cliënten hebben wordt zichtbaar als de situatie minder voorspelbaar wordt. Het uitvoeren van opdrachten vereist dan generalisatie, het toepassen wat er is geleerd in een eerdere situatie. Verstandelijke beperkte cliënten geven weinig blijk van kennis over de manier waarop ze bepaalde taken moeten uitvoeren of ze gebruiken de kennis tijdens de uitvoering van de taken niet genoeg.

3.4 Zwakbegaafden en licht verstandelijk beperkte cliënten bij de Haardstee

Om een beter inzicht te krijgen in ondersteuning voor de ambulante cliënten en daarop vervolgens beter voorbereid te zijn op de gevolgen van de transitie van de Haardstee heeft een werkgroep in 2012 besloten om een inventarisatie te maken van de cliënten. Het doel van deze inventarisatie was om de problematiek, hulpvragen en huidige hulpverlening van cliënten met ambulante ondersteuning in kaart te brengen. De problematiek bij de cliënten van de Haardstee is vaak veelzijdig en omvangrijk. Zowel intra persoonlijke als interpersoonlijke en maatschappelijke problemen spelen hierbij een rol. Om de problematiek van de cliënten te beschrijven zijn daarom de volgende zaken van belang: Psychiatrische diagnoses en verstandelijke beperking, sociaal-maatschappelijke, lichamelijke problemen, sociale contacten, onderwijs en dagbesteding, financiën en huisvesting. Om de informatie te verzamelen is een vragenlijst opgesteld voor alle cliënten Deze vragenlijst is voor 118 cliënten ingevuld en vervolgens gescoord. Vervolgens is een onderverdeling gemaakt van 6 doelgroepen. Uiteindelijk zijn de volgende doelgroepen onderscheiden: cliënten met een autisme spectrum stoornis, cliënten met kinderen, cliënten boven de 35 jaar zonder psychiatrie, cliënten boven de 35 jaar met psychiatrie en/of verslavingsproblemen, jongens van 35 jaar of jonger en meisjes van 35 jaar of jonger (Doove & Spruijt, 2013).

De zwakbegaafde cliënten en cliënten met licht verstandelijke beperking en psychiatrie zijn een grote doelgroep van de Haardstee. Deze cliëntengroep krijgt veel ondersteuning in verband met hun complexe problematiek en zullen veel baat hebben om betrokken te worden bij dit onderzoek. Deze cliëntengroep heeft door de licht verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problematiek het juiste zorgzwaartepakket om in de toekomst ondersteuning vanuit de WMO te kunnen behouden (Doove & Spruijt, 2013).

3.5 Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheidsonderzoek is een belangrijk onderwerp bij zorginstellingen. Het inzichtelijk en meetbaar maken van de kwaliteit van zorg op basis van cliëntervaringen hoort erbij (Kater, Valent & Vissers, n.d.).

In de zorgsector is het verplicht om een cliënttevredenheidsonderzoek te houden. Vanuit het ministerie of via de zorgkantoren wordt de eis gesteld een onafhankelijk cliënttevredenheidsonderzoek te laten uitvoeren. Het is belangrijk om dit uit te voeren omdat de cliënten de zorg anders kunnen ervaren dan het bedoeld is door de zorginstelling.

Op de universiteit van Amsterdam is onderzocht of cliënttevredenheid te maken heeft met de kwaliteit van de zorg die de cliënten aangeboden krijgen (Aarse, 2003). Er is onderzocht in hoeverre cliënttevredenheid bepaald wordt door een aantal factoren. De factoren die genoemd worden hebben te maken met de kenmerken van de cliënten, zoals psychiatrische klachten en de ernst van de beperking. Van de verschillende persoonskenmerken die zijn meegenomen in dit onderzoek is gebleken dat de ernst van de beperking en psychische klachten een negatief effect hebben op de cliënttevredenheid. Dit komt voor het grootste gedeelte door de kritische wantrouwendheid die veroorzaakt wordt door de psychische klachten.

Naast de invloed die verschillende persoonskenmerken hebben op cliënttevredenheid zijn de vorm en de communicatie een belangrijk onderwerp. Als de cliënten hier niet tevreden over zijn heeft dit effect op de cliënttevredenheid. Het is voor de cliënt van groot belang hoe en waar de ondersteuning geboden wordt en hoe er gecommuniceerd wordt. Indien dit niet prettig verloopt, is de cliënt minder tevreden.

De cliënttevredenheid gaat omhoog als de werkrelatie tussen de begeleider en de cliënt goed is. De tevredenheid over het behandelresultaat is niet beïnvloedbaar door de kwaliteit van de werkrelatie die er tussen de cliënt en de hulpverlener is.

Naast de effecten die een goede werkrelatie hebben heeft de cliënttevredenheid enige voorsprong als de klachten van de cliënt verbeterd zijn.

De conclusie van het onderzoek is dat het meten van cliënttevredenheid (meegenomen dat cliëntkenmerken van invloed kunnen zijn) wel degelijk waarde kan hebben als indicator voor kwaliteit van ze zorg (Aarse, 2003).

In 2000 heeft de World Health Organization een werkboek ontwikkeld voor de gezondheidzorg. (Blair & McBee, 1978). Managers en beleidsmakers van gezondheidszorginstellingen kunnen in dit werkboek informatie vinden en kennis opdoen over de beste manier om cliënt tevredenheid te testen. Het doel van het boek is om de kwaliteit van de evaluaties te verhogen en efficiëntie en effectiviteit van de ondersteuning aan de cliënten te verhogen. In het boek wordt omschreven dat het belangrijk is dat de resultaten die uit een evaluatie komen tot een praktisch punt worden omgezet. Indien er cliënten ontevreden zijn zullen de hulpverleners op de aangegeven punten getraind moeten worden om cliëntvriendelijker te zijn. Indien cliënten aangeven tevreden of zeer tevreden te zijn over een bepaalde afdeling is het van belang deze afdeling te laten bestaan en openlijk erkennen bij de organisatie waarom zij hoog scoren op de cliënttevredenheidsevaluatie. Als organisaties de resultaten van de cliënttevredenheidsonderzoeken zorgvuldig onderzoeken is de kans groot dat de cultuur bij de instelling verbeterd.

3.6 Transitie naar de gemeenten

Een transitie is een veranderingsproces waardoor de structuur van een systeem (de samenleving, een regio, een sector, een organisatie, ed.) ingrijpend verandert als gevolg van technologische, economische, ecologische, sociaal-culturele en organisatorische ontwikkelingen ([www.kennisconsult](http://www.kennisconsult/)).

Een transitie is een procesinnovatie die een (deel van de) maatschappij compleet verandert en als vernieuwing de grenzen van de organisatie overstijgt ([www.kennisconsult](http://www.kennisconsult/)). De transitie naar de gemeenten betekent dat de overheid per 2015 de zorg anders heeft georganiseerd. Het is voor de gemeente wenselijk dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en mensen met een beperking zo zelfstandig mogelijk leven. Dit is nodig omdat de zorg anders te duur wordt. Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en andere mensen kunnen blijven ontmoeten. Daarbij kijken de verschillende gemeenten wat ouderen of mensen met een beperking zelf nog kunnen. En wat familie, vrienden of buren kunnen doen. De gemeente kan zo nodig ondersteuning thuis bieden. Via de zorgverzekering kunnen mensen (medische) zorg thuis krijgen, zoals verpleging en persoonlijke verzorging, dit is wijkverpleging.

Mensen die de hele dag zorg of ondersteuning nodig hebben, hebben recht op verblijf in een zorginstelling. Het gaat dan om zware zorg voor kwetsbare ouderen, verstandelijk beperkten en mensen met een psychische aandoening.

De organisatie van de langdurige zorg is vastgelegd in een aantal wetten. De gemeenten bieden ondersteuning bij zelfstandig wonen en participeren in de maatschappij. En ze gaan beschermd wonen bieden voor mensen met een psychische aandoening. Dit is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Verpleging en verzorging thuis is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg heet wijkverpleging. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor bijna alle zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren. Dit is vastgelegd in de Jeugdwet.

De zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen en gehandicapten is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit is de opvolger van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/)).

De transitie naar de gemeenten heeft grote gevolgen voor gemeenten en zorgaanbieders in de VG sector. De brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft een onderzoek laten uitvoeren om de voortgang en de gevolgen van de transitie te monitoren in 2014 en 2015 (Dallinga, 2014). Aan de zorgaanbieders die deel hebben genomen aan dit onderzoek is gevraagd of wat zij hebben ondernomen om zich voor te bereiden op de transitie richting de cliënten. Van deze zorgaanbieders heeft 86% een communicatieplan uitgevoerd richting de cliënten en ze van de informatie voorzien die aanwezig was (Pons & Van de Werfhorst, 2014).

3.7 Methoden extramurale ondersteuning

Movisie ishet landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid.Movisie heeft in juli 2014 een vraag van VWS gekregen om uit te zoeken welke methoden beschikbaar zijn voor extramurale ondersteuning. Movisie is een onderzoek gaan doen: “ De Verkenning extramurale begeleiding”. Met deze verkenning wilde Movisie gemeenten en maatschappelijke organisaties inzicht bieden in de vele methoden die beschikbaar zijn voor extramurale ondersteuning, ook in de VG sector (Veltman, 2014).

De verkenning extramurale ondersteuning gaat over de transitie van de AWBZ naar de WMO. Movisie is gaan zoeken naar bestaande begeleidingsmethoden die ook ingezet kunnen worden als (effectieve) sociale interventie binnen de WMO. Gemeenten en instellingen hebben te maken met een nieuwe wettelijke context waarbinnen zij de begeleiding aan ambulante VG cliënten vorm en inhoud moeten geven. Een overzicht van vaak toegepaste en overdraagbare methoden voor begeleiding was nog niet beschikbaar. Er is gekeken naar welke methoden beschikbaar zijn om de begeleiding aan kwetsbare burgers uit te voeren. Professionals in de zorg zijn al langere tijd bezig met het ondersteunen van kwetsbare burgers in hun zelfredzaamheid en deelname aan de maatschappij. Van deze ervaring kunnen gemeenten gebruik maken. Er zijn 29 methoden voor begeleiding geselecteerd.

Er zijn veel methoden beschikbaar, maar tegelijkertijd wordt er vast gesteld dat er methoden gemist worden en dat er over de effectiviteit van de bestaande methodieken en methoden weinig bekend is. Het is dus bepaald geen gespreid bedje waar een professional in terecht komt. Verdere innovatie en ontwikkeling is noodzakelijk (Veltman, 2014).

3.8 Verandermanagement

Als gevolg van de transitie/ kanteling in de zorg, heeft elke zorginstelling te maken met veranderingen op organisatorisch en persoonlijk vlak; Op aanbod van diensten en begeleiding wordt bezuinigd, minder mensen moeten werk doen dat vaak ook een andere inhoud gekregen heeft. De wijze waarop het management op de nieuwe situatie inspeelt noemt men verandermanagement, een vorm van management die zich in het bijzonder bezighoudt met het veranderen van de structuur  en/of de werkwijze van een organisatie.

Kotter (2005) heeft het achtfasenmodel voor verandering ontwikkeld. In dit achtfasenmodel staat het veranderen van gedrag van mensen centraal. Kotter concludeert dat het gedrag, de houding en de werkwijzen van mensen vaak het kernprobleem zijn bij veranderingen. Deze menselijke factor is de basis voor veranderingen in belangrijke elementen als strategie, structuur, systemen of cultuur (Kotter, 2005).

Belangrijk is dat de acht fasen in een logische volgorde gebruikt worden. De eerste vier fasen dragen ertoe bij om de huidige situatie in beweging te laten komen. Deze fasen bestaan uit urgentie besef creëren , een leidende coalitie vormen, visie en strategie ontwikkelen en de veranderde visie gaan communiceren. In de fasen vijf tot en met zeven worden vervolgens nieuwe methoden van aanpak geïntroduceerd. Een breed draagvlak creëren voor de verandering, korte termijn successen genereren en verbeteringen consolideren. In de laatste, achtste fase, worden de veranderingen in de organisatiecultuur verankerd. Het komt vaak voor dat een verandering doorgevoerd wordt zonder dat de inleidende fasen volledig worden uitgevoerd. Een verandering komt, volgens Kotter, dan zelden succesvol tot stand en het eindresultaat wordt niet gehaald. Een succesvolle verandering dient, ongeacht de omvang van de verandering, alle fasen te doorlopen.

De Caluwé schrijft over geplande veranderingen, over veranderingsprocessen waarin geloofd wordt dat een organisatie of een samenleving creërbaar is (De Caluwé , 2010). In het boek van De Caluwé worden er spanningsvelden omschreven die zich voordoen in veranderingsprocessen. Bijvoorbeeld het dilemma tussen zelfstandig handelen en sturing, het wel of niet samenvallen van de veranderaar en de veranderde en weerstand zien als tegenkracht of als veranderenergie (De Caluwé , 2010). De Caluwé schrijft over veranderstrategie en hoe belangrijk het is om een werkbaar principe te hebben voor een interventieplan. De eerste vier vragen die gesteld worden om de strategie te bepalen zijn, waar speelt het, wat moet er veranderen, wie gaan dat doen en wat is de angel? Hierna worden er twee verdiepingsvragen gesteld, kan het met meer van hetzelfde en wat beweegt mensen hier? De laatste vraag die gesteld wordt gaat over haalbaarheid. Hierna wordt er een interventieplan ontwikkeld waar de strategie concreet wordt. Een interventieplan is gefocust, gebalanceerd, communiceerbaar en relevant gericht op de uitkomsten. De Caluwé geeft aan dat het in dit stadium van veranderen belangrijk is om interventies te plannen die op elkaar doorwerken en op hetzelfde effect gericht zijn. Bijvoorbeeld het trainen van het management, introductiebijeenkomsten met groepen medewerkers en tegelijkertijd in elk team een plan van aanpak maken. Het is van groot belang dat de uitkomsten in een zin of boodschap te verwoorden is en door de sleutelfiguren in een organisatie worden uitgedragen (De Caluwé , 2010).

3.9 De kanteling

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft een aantal jaar geleden het project ‘De Kanteling’ opgezet. Het streven is om de burger zo lang mogelijk te laten participeren in de samenleving. Kantelen staat voor een nieuwe manier van werken voor de taken die er liggen bij de gemeente in verband met de transitie en de nieuwe wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De visie van de Kanteling helpt gemeenten beter te organiseren dat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving. Een gekantelde manier van werken vraagt een nieuwe benadering van gemeenten en de inwonenden. In elk gesprek die er is tussen de gemeente en de cliënt staan regie over het eigen leven en zelfredzaamheid voorop. Het gaat voornamelijk over praktische ondersteuning op maat ([www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl/)). Het motto van de Kanteling is “eigen kracht”. Kwetsbare mensen of cliënten hun eigen talenten en kwaliteiten laten inzetten in plaats van de professional die alles regelt. Het motto van de professional zal worden: niet zorgen voor, maar zorgen dat. De grote lijnen van de Kanteling in de WMO zijn: zelfredzaamheid, werken naar vermogen, individueel aanbod staat niet voorop, in gesprek met de burger en cliënt en inzet van eigen netwerk (departicipatieformule.nl, 2013 a en b).

Voor gemeenten is het doel van de kanteling dat mensen met een beperking betere kansen krijgen om volwaardig mee te doen in de samenleving. Kantelen is iets wat een gemeente samen doet met de cliënt. In samenspraak gaan met de mensen. Zonder daadwerkelijke inspraak van deze mensen is een gemeente nog steeds niet aan kantelen (departicipatieformule.nl, 2013 a en b).

In 2013 heeft de Haardstee voornemens gemaakt om met de kanteling die de transitie naar de gemeente met zich meebrengt om te gaan. Voor de ambulante ondersteuning is er een werkgroep opgericht die zich bezig heeft gehouden met het samenvoegen van de uitgangspunten die de gemeente heeft opgesteld over extramurale zorg en de werkwijze en mogelijkheden van de ambulante ondersteuning van de Haardstee.

De uitgangspunten die de gemeente Leiden heeft opgesteld over extramurale zorg:

* Cliënt centraal
* Zelfredzaamheid vergroten
* Structuur en zelfregie
* Participatie
* Voorkomen van opname
* In de eigen omgeving, eigen buurt
* Gebruik van eigen netwerk
* Gebruik van bestaande initiatieven

De werkwijze van de Haardstee richt zich op het centraal stellen van de cliënt en veel initiatieven nemen om in contact te komen met de cliënt. Daarnaast is een belangrijke pijler het samenwerken met ketenpartners. Het is voor de Haardstee van groot belang om aan te sluiten bij de uitgangspunten van de gemeente. Dit zijn het uitbreiden, in stand houden en ondersteunen van het netwerk. Het gebruik maken van initiatieven in de buurt en het inzetten van vrijwilligers. De Haardstee is in 2014 mee gaan werken in een pilot van een wijkteam met ketenpartners. Er is veel aandacht geweest voor het vrijwilligersbeleid uitbreiding van de dagbesteding, gericht op participatie. Wat is er nu in de praktijk veranderd voor de cliënten?

* **Onderzoeksvraag**

4.1 Doel en vraagstelling

De opdrachtgever de Haardstee vindt het van groot belang voor de ambulante cliënten om kwalitatief goede ondersteuning te geven. Het onderzoeken van de kwaliteit van de ambulante ondersteuning is in 2014 gebeurd door middel van een cliënttevredenheidsonderzoek. De bezuiniging van ongeveer 20 procent in 2015 zorgt voor verandering van de cliëntenondersteuning. De Haardstee is geïnteresseerd in de effecten van de veranderde visie die plaatsvinden in de ambulante ondersteuning (de kanteling) door de transitie naar de gemeente en de bezuinigingen voor de cliënten. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen hoe de cliënttevredenheid bij de Haardstee is na de transitie. In verband met het tijdsbestek is het niet mogelijk om de hele cliëntgroep van de extramurale afdeling van de Haardstee te kunnen onderzoeken. In overleg met de gedragswetenschapper en het locatiehoofd van de ambulante afdeling is er gekozen om een specifieke groep cliënten van uit de Haardstee mee te nemen in dit onderzoek. Dit zijn zwakbegaafde en licht verstandelijke gehandicapte cliënten met bijkomende psychiatrische problemen. Deze cliëntgroep vertegenwoordigt het grootste gedeelte van de extramurale cliënten van de Haardstee. De informatie die hier uit komt kan het management als input gebruiken om zicht te krijgen op de cliënttevredenheid van meerdere doelgroepen binnen de ambulante cliënten.

Om dit onderzoek goed uit te kunnen voeren is er aantal randvoorwaarden van belang:

* De Haardstee staat erachter dat dit onderzoek wordt uitgevoerd bij de afdeling ambulante ondersteuning.
* De interne begeleider, Janine ten Napel van de Haardstee, heeft iedere twee weken tijd om de voortgang van het onderzoek te bespreken en heeft een actieve bijdrage aan het proces van het onderzoek.
* De externe begeleider van de HS Leiden, Louise Berkhout, heeft iedere twee weken tijd om de voortgang van het onderzoek te bespreken en geeft feedback en heeft een begeleidende rol in het proces van het onderzoek.
* De opdrachtgever, de Haardstee is medeverantwoordelijk voor de medewerking van personen in de organisatie en faciliteert de benodigdheden die nodig zijn om gegevens te verzamelen.
* De opdrachtgever, de Haardstee, ondersteunt en faciliteert de onderzoeker in het gegevens verzamelen en in contact komen met bij de betrokken cliëntgroep.

Centrale vraagstelling

Op welke wijze kan het management van de Haardstee inzicht verkrijgen in de tevredenheid van de cliënten over de huidige, per 1 januari 2015 veranderde, ambulante ondersteuning? Het betreft zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek. Wat heeft de verandering voor effect voor de toekomstige kwaliteit van de dienstverlening?

4.2 Deelvragen

* Wat wordt verstaan onder de doelgroep zwak begaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek en wat zijn hun specifieke behoeften?
* Welke vragen zijn gesteld in het cliënttevredenheidssonderzoek die relevant zijn voor de veranderingen die plaats vinden in de ambulante ondersteuning? Hoe zijn ze beantwoord door de zwakbegaafde en licht verstandelijke beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek en hun netwerk?
* Wat is er veranderd in de ambulante ondersteuning bij de cliënten van de Haardstee?
* Hoe ervaren de cliënten van de Haardstee de ambulante ondersteuning na de transitie?
* Welke vragen zijn van belang om aan de licht verstandelijke beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek te gaan stellen die bijdragen aan inzicht krijgen over het verbeteren van de kwaliteit van de ambulante ondersteuning.

4.3 Operationalisering – definitie van centrale begrippen

**Licht verstandelijk beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek**

Van een licht verstandelijke beperking (LVB) wordt gesproken als iemand een IQ heeft tussen de 50 en 85, beperkt is in zijn sociale aanpassingsvermogen en er ook nog sprake is van bijkomende problematiek (zoals bijvoorbeeld leer- of gedragsproblemen).

**Zwakbegaafde cliënten**

Het begrip zwakbegaafd is een term voor minder dan gemiddeld [begaafd](http://nl.wikipedia.org/wiki/Begaafd) zijn. Meestal worden zwakbegaafden in [IQ-tests](http://nl.wikipedia.org/wiki/Intelligentiequoti%C3%ABnt) aangeduid als de groep van 2 tot 2,5% zwakst-scorende. In een IQ-test waar een normaal begaafd persoon een gemiddelde IQ-score van 100 haalt, heeft een zwakbegaafde een IQ-score van rond de 75.

**Cliënttevredenheidssonderzoek**

Cliënttevredenheidssonderzoek is het inzichtelijk en meetbaar maken van de kwaliteit van de zorg op basis van cliëntervaringen..

**Ambulante ondersteuning in de VG sector**

Onder ambulante ondersteuning verstaan we de ondersteuning in de thuissituatie verleend wordt. Ambulante ondersteuning wordt ook wel extramuraal (buiten de muren) genoemd. Mensen die van deze ondersteuning gebruik maken worden niet opgenomen, wonen veelal zelfstandig, maar hebben wel op een bepaalde manier ondersteuning nodig.

**De transitie naar gemeenten:**

De betekenis van de transitie is het overdragen van de verantwoordelijkheden van de landelijke en provinciale overheid naar de gemeenten. Het gaat om de ondersteuning en begeleiding van de burgers, uitvoering van de jeugdzorg en de invoer van de participatiewet.

**De kanteling:**

Van organisaties, medewerkers en burgers wordt verwacht dat zij in denken en doen gaan kantelen. Kantelen is in gesprek met de burgers om, ondanks beperkingen, mee te blijven doen in de maatschappij. Ieder mens op zijn eigen manier en naar eigen vermogen.

**5. Plan van aanpak**

5.1 Onderzoekstype

Bij deze case studie gaat het om explorerend/verkennend onderzoek. De informatie die het eerst verzameld wordt geeft een idee over de effecten van de transitie naar de gemeente voor de zwakbegaafde en LVB cliënten. De beleving van de zwakbegaafde en LVB cliënten en de medewerkers staat centraal in dit onderzoek. Om deze reden wordt er een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt, het focusgroepinterview, om informatie te verzamelen. Na het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek wordt er een kwantitatief onderzoek gehouden middels een vragenlijst. Na het verzamelen van alle gegevens wordt er onderzocht wat de verbanden en verschillen zijn.

“Explorerend/verkennend onderzoek is onderzoek dat frequenties, samenhangen en verschillen exploreert met als doel om tot een theorie te komen” (Baarda, 2014).

Plan van aanpak per deelvraag:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deelvraag | **onderzoeksmethode** | **planning** |
| * *Wat wordt verstaan onder de doelgroep licht verstandelijk beperkte met een psychiatrische aandoening?*
 | **Literatuurstudie** | Januari 2015 |
| * *Welke vragen zijn gesteld in het cliënttevredenheidsonderzoek die relevant zijn voor de veranderingen die plaats vinden in de ambulante ondersteuning? Hoe zijn ze beantwoord door de cliënten en hun verwanten?*
 | **Desk research*** Resultaten van het CTO verzamelen en analyseren.
* Relevante vragen met betrekking op de veranderingen verzamelen in samenwerking met de psychologe van de Haardstee.
* Benchmark uitvoeren.
 | Januari 2015 |
| * *Wat is er veranderd in de ambulante ondersteuning bij de cliënten van de Haardstee en Gemiva?*
 | **Desk research*** Notulen van werkgroepen en resultaten verzamelen.
* Gebruiken van het onderzoek psychologe Haardstee

**Focusgroepinterview****Vragenlijsten** | Januari Februari 2015 |
| * *Hoe ervaren de cliënten van de Haardstee en Gemiva de extramurale ondersteuning na de transitie?*
 | **Focusgroepinterview****Vragenlijsten** | Februari 2015 |
| * *Welke vragen zijn van belang om aan de licht verstandelijke beperkte cliënten met en zonder bijkomende psychiatrische problematiek te gaan stellen die bijdragen aan inzicht krijgen over het verbeteren van de kwaliteit van de ondersteuning.*
 | **Literatuuronderzoek/desk research.****Focusgroepinterview****Vragenlijsten** | JanuariFebruari 2015 |

5.2 Onderzoeksdoelgroep

Het onderzoek vindt plaats bij de ambulante afdeling van de Haardstee. De groep waar onderzoek naar gedaan wordt bestaat uit 40 licht verstandelijk beperkte en zwakbegaafde cliënten met een psychiatrische aandoening. Naast de cliënten die bevraagd worden, nemen er ook een aantal experts deel aan het onderzoek. Deze experts zijn ambulante begeleiders, een psycholoog, locatiehoofd en voormalig adjunct directeur van de Haardstee.

5**.**3 Dataverzameling

Bij dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie dataverzamelingsmethoden: literatuuronderzoek, focusgroepinterview en vragenlijsten. Deze methoden zijn gebaseerd op vragen stellen, observeren en bestaand materiaal gebruiken (Baarda, 2014). Triangulatie bevordert de geldigheid en plausibiliteit van kwalitatief onderzoek. Bij triangulatie wordt er van zoveel mogelijk verschillende bronnen gebruik gemaakt. (Baarda, 2014).

5.3.1. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van theorieën uit boeken en wetenschappelijke, relevante artikelen. Met deze informatie wordt een theoretisch kader gemaakt waarbinnen het onderzoek uitgevoerd gaat worden.

In het literatuuronderzoek worden de volgende zoektermen gehanteerd:

Licht verstandelijke beperking met psychiatrische aandoening, zwakbegaafden, ambulante ondersteuning, cliënttevredenheidsonderzoek, care satisfaction, verandermanagement, transitie, de kanteling.

5.3.2 Focusgroepinterview

Naast literatuuronderzoek en desk research, wordt er voor dit onderzoek gebruik gemaakt van een focusgroepinterview. Dit is een vorm van kwalitatieve dataverzameling die moet leiden tot extra informatie met betrekking op het onderwerp. De focusgroep bestaat uit ambulante begeleiders, een psycholoog, locatiehoofd en voormalig adjunct directeur van de Haardstee. De groep is zo samengesteld omdat de ambulante begeleiders dichtbij de cliënten staan en hebben inzicht in de ervaringen van de cliënten. De psychologe heeft veel kennis over de cliënten en hun beperkingen. Het locatiehoofd en de adjunct directeur zijn nauw betrokken bij de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden binnen de Haardstee en de gemeente Leiden. De vragen die gesteld worden in het focusgroepinterview zijn gebaseerd op informatie uit desk research, het cliënttevredenheidssonderzoek en overleg met het locatiehoofd en de voormalig adjunct directeur. Het focusgroepinterview wordt opgenomen op een voicerecorder. De input uit dit interview wordt woord voor woord opgeschreven en er wordt een analyse van gemaakt. De centrale vraag en de deelvragen zullen topics zijn waar op geanalyseerd gaat worden. Het verslag van dit interview wordt gemaild aan de deelnemers om afwijkingen en aanvullingen aan de inhoud toe te voegen. Nadat de feedback verwerkt is wordt de analyse meegenomen in het beantwoorden van een aantal deelvragen.

5.3.3 Vragenlijsten

Voor dit onderzoek is er gekozen om met vragenlijsten informatie te verzamelen. Het gebruik van vragenlijsten zorgt ervoor om inzicht te krijgen in de ervaringen van de cliëntgroep en kennis te vergaren. De vragenlijsten voor dit onderzoek worden door de ambulante begeleiders afgenomen bij 40 zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte cliënten, met bijkomende psychiatrische problematiek. De vragenlijst is opgesteld door de relevante vragen van het cliënttevredenheidssonderzoek te gebruiken, de informatie uit het focusgroepinterview te en de informatie die bekend over de verwachtingen van de gemeente Leiden te gebruiken. Er worden acht meerkeuzevragen gesteld waar de cliënten kunnen kiezen uit de antwoorden en er wordt 1 open vraag gesteld. De vragenlijsten worden afgenomen door de ambulante begeleiders of de onderzoeker. De keuze wie de vragenlijst bij de cliënt afneemt wordt gebaseerd op het advies van de ambulante begeleiders. De vragenlijsten worden gebruikt om inzicht te verkrijgen in de effecten van de veranderingen die hebben plaatsgevonden door de transitie en de bezuinigingen bij de Haardstee.

5.4 Dataverwerking en analyse

De verworven informatie die uit het focusgroepinterview komt, wordt met behulp van de centrale vraag en deelvragen gestructureerd. Alles wordt op een voicerecorder opgenomen en uitgeschreven voordat er een data analyse plaats vindt. De geanonimiseerde vragenlijsten die bij de cliënten worden afgenomen zullen verwerkt worden in SPSS voordat de gegevens worden geanalyseerd.

5.5 Tijdplanning

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Weeknummer | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Literatuurstudie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desk research |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Conceptrapport 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| focusgroepinterview |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uitwerking |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data analyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| feedbackverwerking |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vragenlijst |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ontwerp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uitvoering |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verwerking |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data analyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Conceptrapport 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conclusie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aanbevelingen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting beïnvloed wordt door toevallige fouten (Baarda en de Goede, 2012). Validiteit betekent dat er gemeten wordt wat er afgesproken is om te meten waardoor en systematische fouten worden voorkomen (Baarda en de Goede, 2012). Om dit onderzoek zo betrouwbaar en valide als mogelijk te laten zijn, zijn er een aantal acties ondernomen.

Er worden verschillende onderzoekstechnieken gehanteerd om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Om erachter te komen welke veranderingen er te zien zijn bij cliënten door de transitie en de kanteling is er een focusgroepinterview gehouden met professionals door een onafhankelijke gespreksleider. De informatie die naar voren kwam in het interview, is naast de theorie over de LVB cliënten en de transitie, gebruikt om inzicht te krijgen in de ervaringen van de LVB cliënten. Het kwantitatieve onderzoek, de vragenlijst is samengesteld door de onderzoeker en de psycholoog van de Haardstee. De vragen zijn eerst doorgenomen met een aantal ambulante begeleiders om er zeker van te zijn dat de vraagstelling aansluit bij het niveau van de cliënten. Daarnaast zijn de vragen door de ambulante begeleiders en de psychologe aangepast zodat ze ook van toepassing zouden kunnen zijn op de cliënten van een andere doelgroep. De vragenlijsten zijn afgenomen bij de cliënten door ambulante begeleiders.

5.7 Praktische bruikbaarheid

De informatie die vanuit dit onderzoek naar voren komt is zeer relevant voor de Haardstee. De resultaten en uitkomsten van dit onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan het beleid van het management van de Haardstee: Op welke wijze er onderzocht kan worden of de veranderingen en bezuinigingen effect hebben op de kwaliteit van de ondersteuning van de cliënten. De resultaten zijn gericht op de LVB en zwakbegaafde cliënten, echter kunnen de aanbevelingen gegeneraliseerd worden naar de andere cliënten van de Haardstee. De aanbevelingen worden aangeboden aan de directeur, locatiehoofden en de ambulante begeleiders van de ambulante afdeling van de Haardstee.

5.8 Randvoorwaarden

Om dit onderzoek goed uit te kunnen voeren zijn er aantal randvoorwaarden van belang:

* De Haardstee staat erachter dat dit onderzoek wordt uitgevoerd bij de afdeling ambulante ondersteuning.
* De interne begeleider, Janine ten Napel van de Haardstee, heeft iedere twee weken tijd om de voortgang van het onderzoek te bespreken en heeft een actieve bijdrage aan het proces van het onderzoek.
* De externe begeleider van de HS Leiden, Louise Berkhout, heeft iedere twee weken tijd om de voortgang van het onderzoek te bespreken en geeft feedback en heeft een begeleidende rol in het proces van het onderzoek.
* De opdrachtgever, de Haardstee is medeverantwoordelijk voor de medewerking van personen in de organisatie en faciliteert de benodigdheden die nodig zijn om gegevens te verzamelen.
* De opdrachtgever, de Haardstee, ondersteunt en faciliteert de onderzoeker in het gegevens verzamelen en in contact komen met bij de betrokken cliëntgroep.
* **Onderzoeksresultaten**

6.1 Onderzoeksverantwoording

In het plan van aanpak, het voorgaande hoofdstuk, is beschreven op welke wijze het onderzoek vorm heeft gekregen. In dit hoofdstuk worden resultaten van het onderzoek beschreven. Per paragraaf zullen de gegevens worden weergegeven die zijn verzameld. In de eerste paragraaf worden de uitkomsten van het deskresearch weergegeven. In de tweede paragraaf volgt de uitleg van het focusgroepinterview. Het focusgroepinterview heeft plaats gevonden met een groep professionals onder leiding van een externe gespreksleider. Bij het interview waren twee ambulante medewerkers, een locatiehoofd en een gespreksleider (ex adjunct directeur van de Haardstee) aanwezig. Er zijn twaalf ambulante begeleiders gevraagd of ze in de gelegenheid waren om deel te nemen aan het interview. Alle ambulante begeleiders hebben enthousiast gereageerd en gaven aan het onderwerp van groot belang te vinden. Twee van de twaalf ambulant begeleiders waren in de gelegenheid om tijd in de agenda vrij te maken en aanwezig te zijn bij het interview. De gespreksleider enthousiasmeerde de gesprekleden en er ontstond een open gesprek waarin de focus sterk op de deelvragen die in het onderzoek zijn opgesteld lag. Het interview werd met een voicerecorder opgenomen.

De gespreksleider en deelnemers is na het interview gevraagd om over de mail een weergave te geven van de inhoud. Daarnaast zijn er twee extra gesprekken gehouden met deelnemers van het interview om informatie aan de data toe te voegen .

 In de derde paragraaf worden de onderzoeksresultaten van de vragenlijst weergegeven. Vijftien van de ambulante begeleiders van de ambulante afdeling van de Haardstee zijn gevraagd om een vragenlijst af te nemen bij de cliënten die ze ambulant ondersteunen. Er zijn voor 40 cliënten een vragenlijst opgesteld. Binnen drie weken zijn er 26 vragenlijsten ingevuld. De vragenlijsten kwamen digitaal en schriftelijk retour. De responsgroep bestond uit 11 vrouwen en 15 mannen.

6.2 Desk research

6.2.1 Cliënttevredenheidsonderzoek Haardstee

Bij de Haardstee is er in juli 2014 een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden. Het onderzoek bestaat uit een vragenlijst die afgenomen is bij de ambulante cliënten van de Haardstee en de verwanten van deze cliënten. Om de tevredenheid van de ambulante cliënten van de Haardstee goed in kaart te brengen worden de resultaten vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek vergeleken met ervaringen van ambulante cliënten uit andere zorginstellingen (benchmarking). De algemene uitkomsten hiervan staan hieronder vermeld:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cliënten | verwanten | Benchmarking |
| Tevredenheid algemeen | 86,6 |  | 80,7 |
| Tevredenheid algemeen |  | 81,3 | 79,5 |

Tabel 1. Benchmarking tevredenheid algemeen

Na een overleg met de psychologe van de Haardstee hebben we een aantal belangrijke vragen die gesteld zijn in verband met dit onderzoek eruit gelicht. Deze vragen zijn relevant omdat er een aantal in het cliënttevredenheidsonderzoek zijn en/of ze aansluiten bij het niveau van de cliënten. De vragen zijn: mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij, mijn begeleiders houden zich aan afspraken, mijn begeleiders vertellen mij als er iets veranderd, ik ben tevreden met de hulp die ik krijg van anderen. (zie bijlage 3). De cijfers vanuit de benchmarking zijn eraan toegevoegd om het vergelijk te kunnen maken met andere cliënten. De vragen die gesteld zijn in het cliënttevredenheidsonderzoek vormen voor een gedeelte de basis van het vragenlijstonderdeel van dit onderzoek.

6.2.2 Veranderingen in de extramurale ondersteuning van de cliënten van de Haardstee.

De vraag hoe de Haardstee van de huidige werkwijze in de ambulante ondersteuning over gaat naar een werkwijze die gebaseerd is op de uitgangspunten van de WMO is onderzocht door de werkgroep ambulante ondersteuning. Een belangrijke veranderingen is:

* het *fundamenteel wijzigen van de manier van ondersteunen van cliënten*. De ambulante begeleiders nemen een coachende stijl van ondersteunen waarbij de hulpvraag verduidelijkt wordt. Er wordt gekeken wat de cliënt zelf kan, wat het netwerk kan betekenen en daarna wat voor voorzieningen de cliënt nodig heeft.
* Een andere verandering is *het verder ontwikkelen van methode gericht op afstemming met mantelzorgers, het sociale netwerk en vrijwilligers.* Conform de wmo uitgangspunten werkt de Haardstee sinds 2014 met een methodiek ten behoeve van de inzet en versterking van het sociale netwerk van cliënten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de benodigde ondersteuning van de mantelzorgers.
* Nog een verandering is *het invoeren van ondersteunen op afstand.* Het uitgangspunt van ondersteunen op afstand is: niet ter vervanging van fysieke aanwezigheid van een ambulante begeleider bij de cliënt, maar als aanvulling er op. Het kan worden toegepast voor ambulante cliënten en voor cliënten die wonen binnen de Haardstee. Begeleiden op afstand kan met behulp van cliëntgebonden ICT, bijvoorbeeld beeldcontact, app’s).
* *Het intensiveren van de samenwerking met andere organisaties is een doel van de Haardstee.* Dit gebeurd door middel van een wijkgericht benadering. De ambulante ondersteuning werkt in wijkteams met andere hulpverlenende instanties zoals de Gemiva, Activite en MEE.

6.3 Resultaten van het focusgroepinterview

Bij het interview waren twee ambulante medewerkers, een locatiehoofd en een gespreksleider (ex adjunct directeur van de Haardstee) aanwezig. In bijlage 2 staan de notulen van het interview en de toegevoegde informatie uit de individuele gesprekken. In dit gesprek over de veranderingen in de ondersteuning van de cliënten en wat er voor de cliënten praktisch verandert lijkt is naar voren gekomen:

* Het werkt effectiever, ondersteuning gaat praktischer en sneller.
* Voor de cliënt lijkt het prettig als er een in plaats van twee begeleiders komen.
* Als er geen vervanging is, is dit een groot gemis in de ondersteuning.
* De crisissituaties bij de cliënten kunnen niet altijd opgevangen worden, flexibel zijn in de ondersteuning is niet altijd mogelijk.

Bij de vraag of de beleving en het gedrag van de cliënten is veranderd na de transitie kwam naar voren:

* Bij crisissituaties zijn de cliënten angstig en onzeker en gedragen zich kwetsbaar.
* Cliënten voelen zich zelfstandiger.

Uit het focusgroepinterview kwam naar voren dat er nog geen tijd en mogelijkheden genoeg zijn geweest om met elkaar te werken aan het verbeteren van de netwerken van de cliënten en de expertise hierover vergroten.

6.4 Vragenlijst onderzoek

De vragenlijst bestond uit meerkeuzevragen en open vragen. Een onderdeel van de vragenlijst was het geven van een cijfer aan de ambulante ondersteuning. Gemiddeld is dit een 7.5. De vragenlijst die aan de cliënten is voorgelegd bestond uit drie delen. Het eerste deel geeft inzicht welke cliënten er zijn ondervraagd. Het tweede gedeelte bestaat uit negen vragen die betrekking hebben op cliënttevredenheid en de veranderingen die er hebben plaatsgevonden in de ambulante ondersteuning. In het laatste gedeelte wordt een vraag gesteld over de waardering van de cliënten wat betreft de ondersteuning en is er de cliënten gevraagd suggesties te vermelden. De totale resultaten zijn weergegeven in bijlage 1.

6.4.1 Respons onderzoeksdoelgroep

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0-5 jaar ondersteuning bij de Haardstee | 6-15 jaar ondersteuning bij de Haardstee | 16- 40 jaar ondersteuning bij de Haardstee | totaal |
| vragenlijsten |  |  |  |  |
| Aantal verspreid |  |  |  | 40 |
| respons |  |  |  | 26 |
| 18-25 jaar | 6 |  |  | 6 |
| 26-40 jaar | 5 | 4 |  | 9 |
| 41-70 jaar |  | 9 | 2 | 11 |

Tabel 2. Respons onderzoeksdoelgroep

6.4.2 Resultaten vragenlijst onderzoek

De cliëntgroep is ingedeeld in leeftijd en in de tijdsduur waarin zij ambulant ondersteunt worden door de Haardstee. Om inzicht te krijgen in de ervaringen en beleving over de ambulante ondersteuning na de transitie is er aan de cliënten gevraagd of er voldoende tijd voor hen is vanuit de begeleiding. 18 van de 26 cliënten gaven aan dat er genoeg tijd voor hen is. 7 cliënten vonden dat er soms geen genoeg tijd voor hen is en 1 cliënt vond dat er te weinig tijd is. (zie bijlage 4).

Daarnaast is er gevraagd of de begeleiders zich aan gemaakte afspraken houden. 20 cliënten gaven aan dat dit goed gebeurd. 4 cliënten vinden dat de begeleiders zich soms aan gemaakte afspraken houden en 2 vinden dat begeleiders dit nooit doen. (zie bijlage 4).

De vraag of de begeleiders de cliënten op de hoogte houden van veranderingen wordt beantwoord door 19 cliënten met ja, 5 geven aan dat dit soms gebeurd en 2 dat dit niet gebeurd.

De vraag of cliënten tevreden zijn over de hulp die ze krijgen van familie of vrienden zeggen 10 cliënten dat ze dit zijn, 12 zijn niet tevreden en 3 cliënten zijn soms tevreden.

Daarnaast is er gevraagd of de cliënten meer ondersteuning vragen aan familie en vrienden. 2 cliënten zeggen dat ze dit doen, 21 cliënten geven aan dat ze dit niet doen en 3 cliënten doen dit soms. (zie bijlage 4)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja  | soms | nee | totaal |
| Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij | 18 (69%) | 7 (26%) | 1 (4%) | 26 (100%) |
| Mijn begeleiders houden zich aan de afspraken | 20 (76%) | 4 (15%) | 2 (7%) | 26 (100%) |
| Mijn begeleiders vertellen mij als er iets verandert | 19 (73%) | 5 (19%) | 2 (7%) | 26 (100%) |
| Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (vrienden/familie) | 10 (40%) | 3 (12%) | 12 (48%) | 25 (100%) |
| Vraag je nu meer hulp aan vrienden/familie dan vorig jaar? | 2 (8%) | 3 (12%) | 21 (84%) | 25 (100%) |

Tabel 3. Vragenlijst

In een open vraag werd gevraag wat er veranderd is in de ondersteuning indien de begeleider minder uren per week langs komt. Door 17 van de cliënten is deze vraag beantwoord. De gegeven antwoorden zijn opgenomen in bijlage 4. 8 van de cliënten heeft aangegeven dat er niets is veranderd en ze geen problemen hebben met de verandering. 2 cliënten geven aan dat het niet prettig dat ze in plaats van 2 begeleiders nu 1 begeleider hebben. 1 cliënt geeft aan de activiteiten die er ondernomen kunnen worden met de begeleider een stuk verminderd zijn. 1 cliënt geeft aan dat de veranderingen niet goed zijn voor hem. 2 cliënten geven dat ze de bereikbaarheid van de begeleiders missen. 1 cliënt geeft aan dat de tijd een stuk korter is waarin de begeleider komt en 2 cliënten geven aan dat het beter zo is.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nooit  | soms | vaak | altijd | ? | totaal |
| Ondersteunt je begeleider je om goede dagbesteding, werk of vrijwilligerswerk te houden of te vinden? | 4 (15%) | 7 (28%) | 6 (23%) | 5 (19%) | 4 (15%) | 26 (100%) |
| Als je buiten de begeleidingsmomenten een belangrijke afspraak hebt, kunt uw begeleider dan mee? | 8 (32%) | 11 (44%) | 4 (15%) | 3 (12%) |  | 26 (100%) |
| Kunt u de Haardstee bereiken als u in nood bent? | 2 (7%) | 13 (50%) | 4 (15%) | 5 (19%) | 2 (7%) | 26 (100%) |

Tabel 4. Vragenlijst

Een onderdeel van de vragenlijst was het geven van een cijfer aan de ambulante ondersteuning. Gemiddeld is dit een 7.5.

* **Conclusie en aanbevelingen**

7.1 Conclusie van de deelvragen

*Wat wordt verstaan onder de doelgroep zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten met een psychiatrische aandoening en wat zijn hun specifieke behoeften?*

Uit het literatuuronderzoek en het deskresearch kwam naar voren dat zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten over het algemeen redelijk goed kunnen functioneren inde maatschappij. De cliënten die bijkomende psychiatrische beperkingen hebben zijn erg gebaat bij een overzichtelijk leven. Het is voor deze cliënt veel ingewikkelder om dingen te organiseren en het leven gestructureerd en helder te houden. Omgevingsfactoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het in stand houden van de kwaliteit van leven. Sociale redzaamheid is de mate waarin de cliënten in staat zijn te voldoen aan de eisen van de omgeving. Er zijn verschillende programma’s ontwikkeld om deze cliënten te trainen op sociale redzaamheid. Deze zijn gericht op operante conditionering. Zodra er situaties veranderen wordt het ingewikkeld en vinden de meeste cliënten het erg moeilijk om de aangeleerde vaardigheden vast te houden en te generaliseren naar andere gebieden.

*Welke vragen zijn gesteld in het cliënttevredenheidssonderzoek die relevant zijn voor de veranderingen die plaats vinden in de ambulante ondersteuning?*

Uit het deskresearch kwamen een aantal vragen naar voren die aansluiten bij de veranderde visie (kanteling) en de eisen die de WMO stelt aan de Haardstee. De vragen waren een onderlegger voor de vragen aan de professionals in het focusgroepinterview en de vragenlijst die aan de cliënten is gesteld. Het ging om de volgende vragen:

- Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij.

- Mijn begeleiders houden zich aan de afspraken.

- Mijn begeleiders vertellen mij als er iets veranderd.

- Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (vrienden/familie)

*Wat is er veranderd in de ambulante ondersteuning bij de cliënten van de Haardstee?*

In het theoretisch kader staat helder omschreven wat de visie van de kanteling is en hoe de gemeenten de ondersteuning van de cliënten graag zouden zien. Het hoofddoel van de kanteling is dat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving.

Vanuit het deskresearch kwam naar voren dat de Haardstee een aantal veranderingen in de ondersteuning van de begeleiders wil bewerkstelligen die aansluiten bij de veranderde visie (kanteling) en de eisen die gemeente stelt naar aanleiding van de WMO. Deze veranderingen gaan over een andere stijl van ondersteunen van cliënten: meer kijken wat de cliënten zelf kunnen, wat het netwerk betekent en wat is er vervolgens nog meer nodig in professionele ondersteuning. Het sociale netwerk activeren en inzetten voor de ondersteuning van de cliënten en met behulp van geavanceerde technieken de cliënt gaan begeleiden op afstand, bijvoorbeeld via beeldcontact.

Bij het focusgroepinterview kwam naar voren dat de nieuwe manier van ondersteunen in eerste instantie niet een hele grote verandering laat zien. Het is echter erg vroeg om hier een conclusie uit op te maken, en te concluderen dat de ondersteuning kwalitatief niet veranderd is. De deelnemers aan het interview zagen wel een aantal risico’s waar ze in de praktijk ook al mee geconfronteerd waren. Deze risico’s hadden betrekking op crisissituaties, bereikbaarheid en omgaan met het betrekken van het sociale netwerk van de cliënten. De focusgroep adviseert deze ontwikkeling rond gesignaleerde risico’s wel goed te volgen.

De vragenlijst die aan de cliënten is gesteld over de verandering geeft aan dat ongeveer de helft van de cliënten niet veel heeft gemerkt en er tot op heden geen negatieve effecten van heeft dat de ondersteuning is veranderd. De cliënten die aangeven dat de ondersteuning wel degelijk veranderd is maken zich zorgen over zichzelf en de ondersteuning die ze krijgen . Geconcludeerd kan worden dat 3 maanden na de transitie de helft van de onderzochte cliënten last heeft van de veranderingen in de ondersteuning. Dit baart zorgen en vraagt om aandacht en focus vanuit de Haardstee over bij crisissituaties bij cliënten en bereikbaarheid.

*Hoe ervaren de cliënten van de Haardstee de ambulante ondersteuning na de transitie?*

Binnen de focusgroep lag de nadruk op de effecten die de vermindering van tijd heeft op de cliënten. Door de tijdsvermindering die er heeft plaatsgevonden in de ambulante ondersteuning zijn er veranderingen ontstaan in de beleving van de cliënten. Cliënten weten op een andere manier hun problemen op te lossen en worden iets zelfstandiger. Dit is conform de wensen die de gemeenten hebben opgesteld met elkaar in de kanteling. De efficiëntie is een grote omslag in werken die mede door de tijdsdruk en de overvolle agenda’s als vanzelf gaat. Samen met de cliënt direct praktisch aan het werk is effectief en zorgt voor daadkrachtige ondersteuning. Door dat er minder tijd is voor begeleiding is de flexibiliteit van de ambulante begeleiders verminderd. In geval van nood zijn de begeleiders niet zo goed bereikbaar als eerder en dit zorgt voor stress bij de cliënten. De cliënten voelen zich kwetsbaar op het moment dat ze niemand kunnen bereiken in crisissituaties. Uit de vragenlijsten komt naar voren dat 48 procent van de cliënten niet tevreden is over de hulp die ze krijgen van anderen.

*Welke vragen zijn van belang om aan de licht verstandelijke beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek te gaan stellen die bijdragen aan inzicht krijgen over het verbeteren van de kwaliteit van de ambulante ondersteuning?*

De vragenlijst die aan de cliënten is gesteld over de verandering geeft aan dat ongeveer de helft van de cliënten aangeven dat de ondersteuning wel degelijk veranderd is en maken zich zorgen over zichzelf en de ondersteuning die ze krijgen in geval van crisis. Geconcludeerd kan worden dat 3 maanden na de transitie de helft van de onderzochte cliënten belast worden door de veranderingen in de ondersteuning. Het is van belang voor de Haardstee om de onderstaande vragen te gaan stellen om inzicht te krijgen of de kwaliteit verbeterd is of niet. Deze vragen zijn gericht op de onderwerpen waar de cliënten op dit moment aangeven niet tevreden over te zijn (crisissituaties en bereikbaarheid) , en waar ook de begeleiders risico’s zien.

De resultaten van het onderzoek, de veranderde visie en de eisen vanuit de gemeente, de kanteling, levert dan ook op dat bij vervolg onderzoek naar de kwaliteit van ondersteuning de onderstaande vragen aan cliënten gesteld moeten worden.

- Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij.

- Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (familie/vrienden)

- Kunt u de Haardstee bereiken als u in nood bent?

- Mijn begeleiders vertellen mij als er iets verandert.

7.2 Conclusie van de centrale vraag

*Op welke wijze kan het management van de Haardstee inzicht verkrijgen in de tevredenheid van de cliënten over de huidige, per 1 januari 2015 veranderde, ambulante ondersteuning? Het betreft zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek. Wat heeft de verandering voor effect voor de toekomstige kwaliteit van de dienstverlening?*

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat door het meten van cliënt tevredenheid het management van de Haardstee inzicht krijgt in de tevredenheid van de cliënten over de extramurale begeleiding. Over een aantal belangrijke onderwerpen zoals omgaan met  crisissituaties bij cliënten, bereikbaarheid en de inzet van sociale netwerken spreken cliënten zich helder uit.

Er is tevens uit het onderzoek gebleken dat een aantal belangrijke onderwerpen die door middel van dit onderzoek helder zijn geworden opnieuw besproken moeten worden met de cliënten (en dit regelmatig uitgevoerd dient te worden). De resultaten vragen erom  geanalyseerd te worden door het management van de Haardstee. Het is ook gebleken dat het van belang is voor de Haardstee om deze vragen te stellen op een praktische manier en rekening te houden met de cultuur die bij de Haardstee past, de visie van de gemeente (de kanteling) en het besef dat veranderingen doorvoeren in organisaties een proces is waar veel aandacht voor moet zijn vanuit het management.

* Crisissituaties en bereikbaarheid.

Vanuit het theoretisch kader is belangrijk gebleken dat de leefomgeving van cliënten zo stabiel als mogelijk moet zijn en veel cliënten niet goed kunnen omgaan met veranderingen. Hun psychiatrische problematiek en gebrek aan vermogen zorgt voor onzekerheid bij onrustige tijden. Naar aanleiding van het deskresearch blijkt dat de expertise en kwaliteit van de begeleiders van de Haardstee vooral liggen bij het ondersteunen van de LVB cliënten met bijkomende problemen. Voor de transitie en de kanteling waren de begeleiders redelijk goed bereikbaar en was er tijd om in te springen in crisissituaties, als de cliënten hierom vroegen. In het onderzoek is gebleken dat een grote verandering heeft plaats gevonden. De cliënten/professionals en de visie van de gemeente (kanteling) geven aan dat hier geen tijd meer voor is en de cliënten hun acute problemen zelf moeten oplossen. Aangezien de theorie en de informatie vanuit de cliënten en de professionals wijzen op een risico betreffende dit onderwerp, is het goed om preventief te gaan onderzoeken wat de Haardstee het beste kan doen om de cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen tijdens crisissituaties.

* Sociale netwerken.

De cliënten geven aan dat zij niet tevreden zijn over de ondersteuning die ze krijgen vanuit hun sociale netwerk en de professionals geven aan dat de focus hier, ondanks de veranderde visie (de kanteling) in de ondersteuning nog niet voldoende op gericht is.

* Cliënttevredenheid.

De kwaliteit van de ondersteuning is afhankelijk van de professionaliteit van de begeleiders en het goed houden van de cliënttevredenheid. Zoals aangegeven in het theoretisch gedeelte van dit onderzoek is het meten van cliënttevredenheid van waarde als indicator voor kwaliteit van ondersteuning. In de focusgroep kwam naar voren dat de cliënten nu over het algemeen tevredenheid aangeven en de veranderingen niet als groot ervaren. De focusgroep schat echter wel in dat de transitie en de kanteling uiteindelijk invloed gaan hebben op de kwaliteit van de ondersteuning en het van groot belang is om cliënttevredenheid te blijven meten.

7.3 Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek ontlenen zich goed om aanbevelingen te formuleren die op strategisch en operationeel niveau informatie geven over de tevredenheid van de cliënten. Daarnaast geven deze aanbevelingen inzicht in de veranderingen die er zijn in de kwaliteit van de ondersteuning en hoe dit gemonitord kan gaan worden.

Strategisch niveau:

In het strategisch meerjarenplan van de Haardstee staat een visie omschreven over de ambulante ondersteuning van cliënten, hoe die er in de toekomst, gebaseerd op de kanteling, er uit moet zien. Wat ontbreekt en een meerwaarde kan opleveren in dit plan is het cyclisch meten en analyseren van de resultaten van de grote en ingrijpende verandering. De aanbevelingen zijn:

* De vragen gaan stellen aan de cliënten op een structurele en georganiseerde manier. Elk half jaar  een cliënt tevredenheidsonderzoek naar de veranderde ondersteuning plannen en uitvoeren. Het management van de Haardstee zal zich moeten gaan voorbereiden op een onrustige periode waarin de cliëntenondersteuning blijft veranderen en kwaliteit blijven onderzoeken van groot belang is.
* De gegevens die uit het cliënttevredenheidsonderzoek komen analyseren en dit omzetten in actiepunten om de kwaliteit te verbeteren in een plan van aanpak.
* Om draagvlak te creëren voor een plan van aanpak is het van belang voor het management van de Haardstee en de ambulante begeleiders dat er inzicht is in veranderprocessen. De kennis dat veranderen van werkwijze en stijl van ondersteunen door de begeleiders een ingewikkelde en complex proces is. De cultuur van de Haardstee (kleinschalig en laagdrempelig en top down aangestuurd) past goed bij het praktische verander model van Kotter. Het is van groot belang dat alle fasen die bij een intensief veranderproces bestaan doorlopen moeten worden. De inleidende fase (urgentie besef creëren , een leidende coalitie vormen, visie en strategie ontwikkelen en de veranderde visie gaan communiceren) vergt veel tijd en aandacht en is van groot belang om goed te starten aan het verbeteren van kwaliteit in de ondersteuning**.** De Caluwé geeft aan bij grote veranderingen het van belang is om het management te trainen, introductiebijeenkomsten met groepen begeleiders te plannen en tegelijkertijd in elk team een plan van aanpak maken. Het is van groot belang dat de uitkomsten in een zin of boodschap te verwoorden is en door de sleutelfiguren in een organisatie worden uitgedragen. Mijn aanbeveling is dat het management deze kennis meeneemt in de plannen van aanpak die zij gaan opstellen.
* Ketenpartners/andere zorgaanbieders in de verstandelijk gehandicaptensector benaderen en informatie inwinnen hoe zij de kwaliteit meten en hier acties op uitvoeren.

Operationeel niveau:

* Met een aantal disciplines en de ambulante begeleiders van de Haardstee verdiepingsvragen opstellen die aan alle ambulante cliënten gesteld kunnen gaan worden over crisissituaties, bereikbaarheid en sociale netwerken in zetten. Deze vragen kunnen uitgebreid worden: Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij, ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen, kunt u de Haardstee bereiken als u in nood bent, mijn begeleiders vertellen mij als er iets verandert.
* De bovenstaande vragen en ontwikkelde verdiepingsvragen introduceren bij de ambulante begeleiders en hen het inzicht meegeven dat de vragen zijn ontstaan door dit onderzoek. De begeleiders kunnen deze vragen voorleggen in de wekelijkse ondersteuning van alle ambulante cliënten, wat inzicht in de cliënttevredenheid geeft en naar alle waarschijnlijkheid meewerkt aan de kwaliteit van de ondersteuning.
* **Reflectie**

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gedaan op het theoretisch kader en de onderzoekstechnieken die zijn gehanteerd. Er wordt gekeken of de gebruikte theorie van toepassing was en of de keuze van de onderzoekstechnieken juist is geweest.

8.1 Reflectie op het theoretisch kader

Het zoeken naar de juiste informatie en de meest relevante theorie heeft veel tijd gekost en er waren wat opstartmoeilijkheden om dit adequaat uit te voeren. De theoretische informatie in het onderzoek is wellicht iets te uitgebreid geweest en het kostte de onderzoeker moeite om de juiste focus te creëren. Uiteindelijk hebben de theorie en de informatie vanuit het deskresearch het onderzoek en de opbouw van de onderzoeksmethoden zeker ondersteund. De theorie over op welke wijze verstandelijk beperkte cliënten het leven ervaren heeft inzicht gegeven en sloot aan bij de informatie die uit de andere onderzoeksmethoden naar voren is gekomen. De combinatie met de actuele informatie over de transitie naar de gemeenten en de ontwikkelingen hierin gaven een totaal overzicht en waren inhoudelijk bruikbaar voor uitvoeren van het focusgroepinterview en de vragenlijsten. De verdieping in het theoretisch kader over verandermanagement heeft inzichten in processen van veranderen gegeven die nuttig zijn geweest in het opbouwen van de conclusies en aanbevelingen.

8.2 Reflectie op de onderzoekstechnieken en het proces

De vraag of de onderzoekstechnieken die gebruikt zijn in het onderzoek passend zijn geweest bij de centrale vraag is een belangrijke. Er lijkt teveel aandacht te zijn geweest voor het opbouwen van een theoretisch kader en het verzamelen van het desk research materiaal. Het proces heeft te lang geduurd en vertraging opgeleverd in het opstarten van de andere onderzoekstechnieken en daarmee in de voortgang van het onderzoek. Door laat te beginnen met onderzoekstechnieken zoals de vragenlijsten en het focusgroepinterview is relatief minder tijd besteed aan het informatie vergaren van cliënten en begeleiders dan aan het verzamelen van theoretische informatie. Aangezien het een actueel en belangrijk onderwerp is voor cliënten en begeleiders had meer tijd voor hen meer inzichten en beter onderbouwde informatie opgeleverd.

De vragenlijsten zijn afgenomen bij de cliënten door de ambulante begeleiders. Het is niet helemaal te achterhalen of de informatie die uit de vragenlijsten is gegenereerd daardoor beïnvloed is. Echter hadden, indien het qua tijdsbestek mogelijk was geweest, de vragenlijsten het beste afgenomen kunnen laten worden door een persoon die de cliënten niet persoonlijk kende. Dit had naar alle waarschijnlijkheid een objectiever en informatiever beeld gegeven doordat die persoon geen relatie heeft met de cliënten.

Het focusgroepinterview leverde veel informatie op. De professionals die bij het interview aanwezig waren stelden zich betrokken op bij het onderwerp en deelden veel informatie. Door de omstandigheden was de focusgroep met minder professionals dan gepland. Verhoogde werkdruk en een overvolle agenda sinds de transitie zorgden hiervoor. Indien er meer professionals bij het interview aanwezig waren geweest, had de informatie nog uitgebreider geweest en had dit van belang kunnen zijn voor de diepgang van het onderzoek.

 Aangezien het onderzoek een actueel onderwerp heeft zou het helpend zijn geweest om in het proces van het onderzoek aandacht te besteden aan de mening van de verwanten van de cliënten. Door tijdgebrek en het feit dat de onderzoeker niet meer werkzaam is bij de Haardstee was dit niet realiseerbaar. De verwanten hadden veel informatie kunnen toevoegen aan de vragen over het inzetten van sociale netwerken.

De begeleiders en andere professionals van de Haardstee hebben naar hun kunnen zich ingezet om mee te werken aan het onderzoek en de vragenlijsten voor de cliënten. De respons vanuit de begeleiders was niet hoog, dit komt door meerdere factoren. Naast de verhoogde werkdruk sinds januari en de verzwaring van de ondersteuning die geboden moet worden werkte de onderzoeker en de opdrachtgever niet meer bij de Haardstee. Ondanks veel betrokkenheid van alle partijen lijkt dit toch een kleine barrière en worden de communicatiemiddelen en mogelijkheden niet volledig ingezet en gebruikt.

8.3 Reflectie op de uitkomsten van het onderzoek

De onderzoeksuitkomsten bieden voldoende inzichten om met de juiste aanbevelingen te komen. De inhoudelijke toevoegingen vanuit de cliënten en de begeleiders kwamen goed overeen, en dit werkte mee aan het maken van conclusies en aanbevelingen. De informatie over de cultuur en het strategisch beleid van de Haardstee in combinatie met kennis over verandermanagement heeft meerwaarde gegeven over de resultaten van de uitkomsten. De uitkomsten van het onderzoek hadden uitgebreider kunnen zijn als de positie van de onderzoeker anders was geweest bij de Haardstee, aangezien de onderzoeker er niet meer werkt. Op de werkvloer is veel informatie te verkrijgen wat toevoegingen in het onderzoek hadden kunnen zijn. Daarnaast had het combineren van de theorie, het desk research en de andere onderzoeksmethoden uitgebreider gekund waardoor er inhoudelijk een sterkere conclusie had ontstaan.

**Literatuurlijst**

**Boeken**

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek. Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Groningen/*Houten: Noordhoff Uitgevers.

Beer, Y. de. (2011). *De Kleine gids mensen met een licht verstandelijke beperking.* Deventer: Kluwer.

De Caluwé, L,. &Vermaak, H. (2010). *Leren veranderen.* Alphen aan den Rijn: Samson

Doove, S., & Spruijt, N. (2013). *Problematiek en hulpverlening van de ambulante cliënten van de Haardstee. Een inventarisatie ter voorbereiding van de transitie naar de WMO.* Leiden: De Haarstee.

Gemert, G.H. van, & Minderaa, R.B. (1993). *Zorg voor mensen met een verstandelijk gehandicapten.* Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Haardstee, 2014. *Kwaliteitshandboek de Haardstee*. Geraadpleegd op 17 december, van intranet.

Kotter, J. (2005). *Leiderschap bij verandering.* Den Haag: SDU uitgevers.

Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren.* Amsterdam: Pearson Benelux.

Trompenaars, F. & Coebergh, H. (2014). *100+ Managementmodels. How to understand and apply the world's most powerful business tools*. Oxford: Infinite Ideas.

Wesselman, M. (2014a). *Opmaat. Beleidsplan De Haardstee 2014-2018.* Leiden: De Haarstee*.*

Wesselman, M. (2014b). *Opmaat* *Jaarplan 2014*. Leiden: De Haarstee. Geraadpleegd op 10 oktober 2014, van <http://intranet/Bestanden/Managementinformatie/Jaarplannen/2014/Jaarplan%202014%20Opmaat.pdf>

**Artikelen en rapporten**

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Americal Psychiatric Association.

Aarse, H.R. (2003). *De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg. Een prospectief onderzoek naar factoren die cliënttevredenheid voorspellen in de Geestelijke Gezondheidszorg en de Verslavingszorg.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Dallinga, A. (2014). *Update stappenplan voor de transitie naar de Wmo 2015*. Geraadpleegd op 12 december 2014, van [www.vgn.nl/artikel/19883](http://www.vgn.nl/artikel/19883)

Blair, J. & McBee, G. (1978). A client satisfaction survey as one element in evaluation. [*Community Mental Health Journal*](http://link.springer.com/journal/10597)*, 14 (3)*, 248-252. Geraadpleegd op 4 april 2015, van [http://link.springer.com/article/10.1007/BF00754505#page-1](http://link.springer.com/article/10.1007/BF00754505)

Kater, D., Valent, A., & Vissers, L. (n.d.). Een helder inzicht in de ontwikkelingen op het gebied van

werkbeleving binnen gehandicaptenzorgorganisaties. Amsterdam: Effectory. Geraadpleegd op 2 oktober 2014, van <http://www.effectory.nl/globalassets/branchemagazine-gehandicaptenzorg.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Beantwoording Kamervragen over verschraling cliëntenondersteuning in de Wmo en de AWBZ.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 10 oktober 2104, van [http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/10/15/beantwoording-kamervragen-over-verschraling-cliëntenondersteuning-in-de-wmo-en-de-awbz.html](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/10/15/beantwoording-kamervragen-over-verschraling-cli%EF%BF%BDntenondersteuning-in-de-wmo-en-de-awbz.html)

Pons, A.G.A., & Werfhorst, K.J. van de. (2014). *Rapport monitor Wmo 2015 meting 2 - september 2014.* Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en BMC Onderzoek. Geraadpleegd op 14 december 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/10/01/rapport-monitor-wmo-2015-meting-2-september-2014.html>

Veltman, M. (2014). *Verkenning extramurale begeleiding*. *Beproefde begeleidingsmethodieken in kaart gebracht.* Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 23 september 2014, van

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\_files/Verkenning-extramurale-begeleiding%20%5bMOV-2984846-2.0%5d.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning-extramurale-begeleiding%20%5BMOV-2984846-2.0%5D.pdf)

**Internetbronnen**

gemeente.leiden.nl. (2014). *Maatstaven ambulante ondersteuning gemeente Leiden.* Geraadpleegd op 9 oktober 2014, van <http://gemeente.leiden.nl/loket/inhoud/product/ambulante-ondersteuning/>

www.carehouse.nl . (n.d.). *(Licht) verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 12 december 2014, van

<http://www.carehouse.nl/verstandelijke-beperking>

[www.departicipatieformule.nl](http://www.departicipatieformule.nl/). (2013a). *Transitie, kanteling, Wmo en AWBZ*. Geraadpleegd op 5 november 2014, van

<http://departicipatieformule.nl/participatiekennis/transitie-kanteling-wmo-en-awbz/>

[www.departicipatieformule.nl](http://www.departicipatieformule.nl/). (2013b). *Wat houdt de Wmo kanteling in?* Geraadpleegd op 13 maart 2015, van <http://departicipatieformule.nl/participatiekennis/wat-houdt-de-wmo-kanteling-in-enkele-voorbeelden/>

[www.participatiemedia.wikispaces.com](http://www.participatiemedia.wikispaces.com/). (2015). *Het veranderingsmodel van Kotter.* Geraadpleegd op 29 mei 2015,[http://participatiemedia.wikispaces.com/file/view/Het+veranderingsmodel+van+Kotter.pdf](http://participatiemedia.wikispaces.com/file/view/Het%2Bveranderingsmodel%2Bvan%2BKotter.pdf)

[www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl/). (n.d.).*De kanteling van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten*. Geraadpleegd op 26 maart 2015, van <http://www.invoeringwmo.nl/content/de-kanteling-van-de-vereniging-nederlandse-gemeenten>

[www.kennisconsult.nl](http://www.kennisconsult.nl/). (2013). *Transitie*. Geraadpleegd op 23 maart 2015, van <http://www.kennisconsult.nl/begrippen/5265/>

[www.orthopedagogiek.com](http://www.orthopedagogiek.com/). (2015). *Zwakbegaafd*. Geraadpleegd op 26 maart 2015, van <http://www.orthopedagogiek.com/zwakbegaafd.htm>

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/). (n.d.). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Geraadpleegd op 23 maart 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>

**Bijlage 1. Vragenlijst cliënten**

3 maart 2015,

Beste cliënt van de Haardstee,

Zoals u weet valt de ambulante ondersteuning vanaf 1 januari onder de gemeente. De begeleiders werken  nu bij u in de wijk. De Haardstee wil graag weten hoe dat gaat en of er dingen zijn veranderd. Wilt u samen met uw begeleider deze vragenlijst invullen? De vragenlijst is anoniem. Uw naam wordt niet op het formulier geschreven. De Haardstee hoopt op deze manier erachter te komen hoe het gaat met de ondersteuning en of er dingen zijn die we beter kunnen doen.

Vriendelijke groet,

Liesbeth van der Krogt, de Haardstee

Graag aanvinken wat van toepassing is:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Bent u een man of een vrouw? |  |
| **man** |  |
| **vrouw** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Hoe oud bent u? |  |
| **18-25 jaar** |  |
| **26-40 jaar** |  |
| **41-70 jaar** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Hoe lang krijgt u al ondersteuning van de Haardstee? |  |
| **0-5 jaar** |  |
| **5-15 jaar** |  |
| **15-40 jaar** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij. |  |
| **Ja** |  |
| **Nee** |  |
| **soms** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Mijn begeleiders houden zich aan de afspraken. |  |
| **Ja** |  |
| **Nee** |  |
| **soms** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Mijn begeleiders vertellen mij als er iets verandert. |  |
| **Ja** |  |
| **Nee** |  |
| **soms** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (vrienden/familie) |  |
| **Ja** |  |
| **Nee** |  |
| **soms** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. Vraag je nu meer hulp aan vrienden/familie dan vorig jaar? |  |
| **Ja** |  |
| **nee** |  |
| **Weet ik niet** |  |

|  |
| --- |
| 9. Uw begeleider komt minder uren ondersteunen per week. Wat is er veranderd in de ondersteuning? |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nooit | soms | vaak | altijd | ? |
| 10. Ondersteunt je begeleider je om goede dagbesteding, werk of vrijwilligerswerk te houden of te vinden? |  |  |  |  |  |
| 11. Als je buiten de begeleidingsmomenten een belangrijke afspraak hebt, kunt uw begeleider dan mee? |  |  |  |  |  |
| 12. Kunt u de Haardstee bereiken als u in nood bent? |  |  |  |  |  |

Wat voor cijfer geeft u de ambulante ondersteuning die u nu van de Haardstee krijgt?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u nog suggesties voor ons, dat kunt u deze hier kwijt:

|  |
| --- |
| .  |

Bedankt voor de medewerking aan de vragenlijst,

Liesbeth van der Krogt, de Haardstee.

**Bijlage 2. Verslag focusgroepinterview**

* Vraag 1: Wat denken jullie wat er praktisch veranderd voor de cliënten na de bezuinigingen/kanteling?

In het focusgroepinterview kwam naar voren dat de cliënten minder vaak bezocht worden door de ambulante begeleiders en dat dit voor een gedeelte over het algemeen een effectieve manier van werken heeft gecreëerd. De verandering is echter zo kort in werking dat het wat ongenuanceerd is om daar hele strakke opvattingen over te hebben. Tijdens de ondersteuningsmomenten wordt er (mede door bewustwording van de cliënten dat de ondersteuning er anders uit ziet) praktischer en sneller gewerkt door de ambulante begeleider en de cliënt samen. Er is minder koffie en kletstijd en er worden meer zaken in aanwezigheid van de cliënt in gezamenlijkheid afgerond.

Een andere verandering is dat er bij sommige cliënten in plaats van twee ambulante begeleiders, een langs komt per week. Dit geldt niet voor iedereen en is op maat aangepast aan de behoeften en de mogelijkheden van de cliënt. De cliënten lijken het wel fijn te vinden als er een begeleider in plaats van twee langs komt, er zijn geen cliënten die aangeven dat ze dit vervelend vinden. Als een ambulante begeleider niet in de gelegenheid is om te komen door ziekte of vakantie is er nog geen vervanging gerealiseerd. Dit komt door de volle werkschema’s van de ambulante begeleiders en het solistische werken. Daarnaast zijn er door de bezuiniging geen invallers meer bij de ambulante afdeling van de Haardstee. Dit is niet prettig voor de cliënten en de continuïteit van de ondersteuning.

Werken en participeren is altijd een belangrijk onderwerp geweest en dit is niet perse nieuw. Er zijn nog geen nieuwe werkbare plannen ingezet om dit nog beter op de kaart te zetten bij de Haardstee, de cliënten met een WAJong uitkering hebben moeten nog opnieuw geherindiceerd worden. de gemeente doet hierin nog niet veel, dus de begeleiders ook niet. Ambulante begeleiders doen wat ze voorheen deden in het begeleiden naar werk/dagbesteding.

Als er een crisissituatie is ontstaan rond een cliënt zijn er weinig mogelijkheden voor de ambulante begeleiders om hier direct op in te spelen. De agenda’s van de ambulante begeleiders zijn zo vol dat er weinig ruimte is om flexibele werkopdrachten uit te voeren en cliënten direct te helpen waar nodig. Dat druist in tegen de WMO gedachten die de gemeente graag wil uitstralen.

* Vraag 2: Wat denken jullie wat er in de beleving van de cliënten is veranderd na de bezuinigingen/kanteling?

De werkzaamheden van de ambulante begeleiders worden dusdanig efficiënt uitgevoerd dat er op het eerste gezicht niet veel veranderingen lijken te zijn in de beleving van de cliënten. De ambulante begeleiders geven wel aan dat er cliënten zijn die een angstig gevoel aangeven over de bereikbaarheid van de begeleiding. Als de cliënten het gevoel hebben in nood te zijn kunnen ze niet altijd de ambulant begeleider aan de telefoon krijgen. Voor de cliënten is het niet prettig om een invaller als begeleider te krijgen.

* Vraag 3: Is er een gedragsverandering bij de cliënten zichtbaar na de bezuinigingen/kanteling, zo ja welke?

Het gebeurd regelmatig dat cliënten een probleem hebben en het nu zelf hebben opgelost. Door er niet te zijn gaan cliënten soms zelf naar oplossingen zoeken. Ze groeien hierdoor en voelen zich wel zelfstandiger. Iets minder ondersteuning lijkt niet zo een groot punt bij de cliënten. Minder goed bereikbaar zijn is wel heel onplezierig voor cliënten. Ze zijn kwetsbaar en weten niet altijd de juiste keuze te maken als ze niet kunnen overleggen met hun ambulant begeleider.

* Vraag 4: Zijn de cliënten zelfstandiger geworden, is eigen regie groter geworden?

Ja. Cliënten worden meer gestimuleerd om te ondernemen en eigen verantwoordelijkheid te nemen. Dit werkt, duurt lang en heeft veel geduld nodig, maar het heeft effect als je minder kan doen. Het is de afgelopen periode een aantal keer gebeurd dat er een ambulante begeleider uit is gevallen. Dan is er niemand die de cliënt ondersteunt. Dit maakt dat ze zich kwetsbaar voelen.

* Vraag 5: Op welke wijze zetten ze hun netwerk in? Zijn daar veranderingen te zien?

De cliënten hebben vaak slecht netwerk. Begeleiders zijn nog niet actief bezig met de visie van de gemeente om als eerst het netwerk in te zetten voor ondersteuning. De ambulante begeleiders hebben nog geen tijd gehad voor verdieping in visie en het verder uitwerken van deze opdracht. Daarnaast is er vanuit ambulant begeleiders weinig vertrouwen in meeste netwerken van de cliënten in verband met de slechte invloed die er vaak is van hen uit.

* Vraag 6: Gaan cliënten op zoek naar andere hulpverleners/instanties?

Nee, cliënten zijn tot nu toe trouw aan de haardstee en weten het vaak ook niet anders te organiseren. Cliënten gaan wel shoppen bij huisarts, andere plekken waar ze hulp kunnen krijgen of hun vragen kunnen stellen. Het is niet bekend dat de cliënten zich hebben aangemeld bij andere zorgaanbieders. (tot nu toe)

**Bijlage 3. Uitslag cliënttevredenheidsonderzoek de Haardstee juli 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 1 | cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| Ik ben tevreden over de hulp die ik van mijn begeleiders krijg | 93,8 |  | 86 |
| Ik ben tevreden over de hulp die mijn kind/verwant van de begeleiders krijgt |  | 73,3 | 78,8 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 2 | cliënten |   | Benchmarking |
| Mijn begeleiders hebben voldoende tijd voor mij | 81,7 |  | ? |
| De begeleiders hebben voldoende tijd voor mijn kind/verwant |  | 75,9 | ? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 3 | cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| Mijn begeleiders houden zich aan de afspraken | 89 |  | 76,8 |
| De begeleiders houden zich aan de afspraken |  | 79,3 | 78,8 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 4 | cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| Mijn begeleiders vertellen mij als er iets verandert. | 92,5 |  | 72,9 |
| De begeleiders vertellen mij kind/verwant als er iets verandert. |  | 88 | 73,9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 5 | cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (vrienden/familie) | 47,4 |  | 71,3 |
| De begeleiders helpen mijn kind/verwant bij het omgaan met anderen (familie,vrienden) |  | 47,8 | 72,1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 6 | Cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| Met de hulp die ik krijg, kan ik zelfstandig leven. | 90,5 |  | 82,9 |
| Met de hulp die mijn kind/verwant krijgt, kan hij of zij zelfstandig leven |  | 66,7 | ? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraag 7 | Cliënten | Verwanten | Benchmarking |
| ik weet wie ik om hulp of advies kan vragen, als ik iets wil doen in mijn vrije tijd | 68,3 |  | 83,3 |
| Mijn kind/verwant wordt goed geholpen als hij/zij iets wil ondernemen in de vrije tijd. |  | 64,3 | 57,8 |