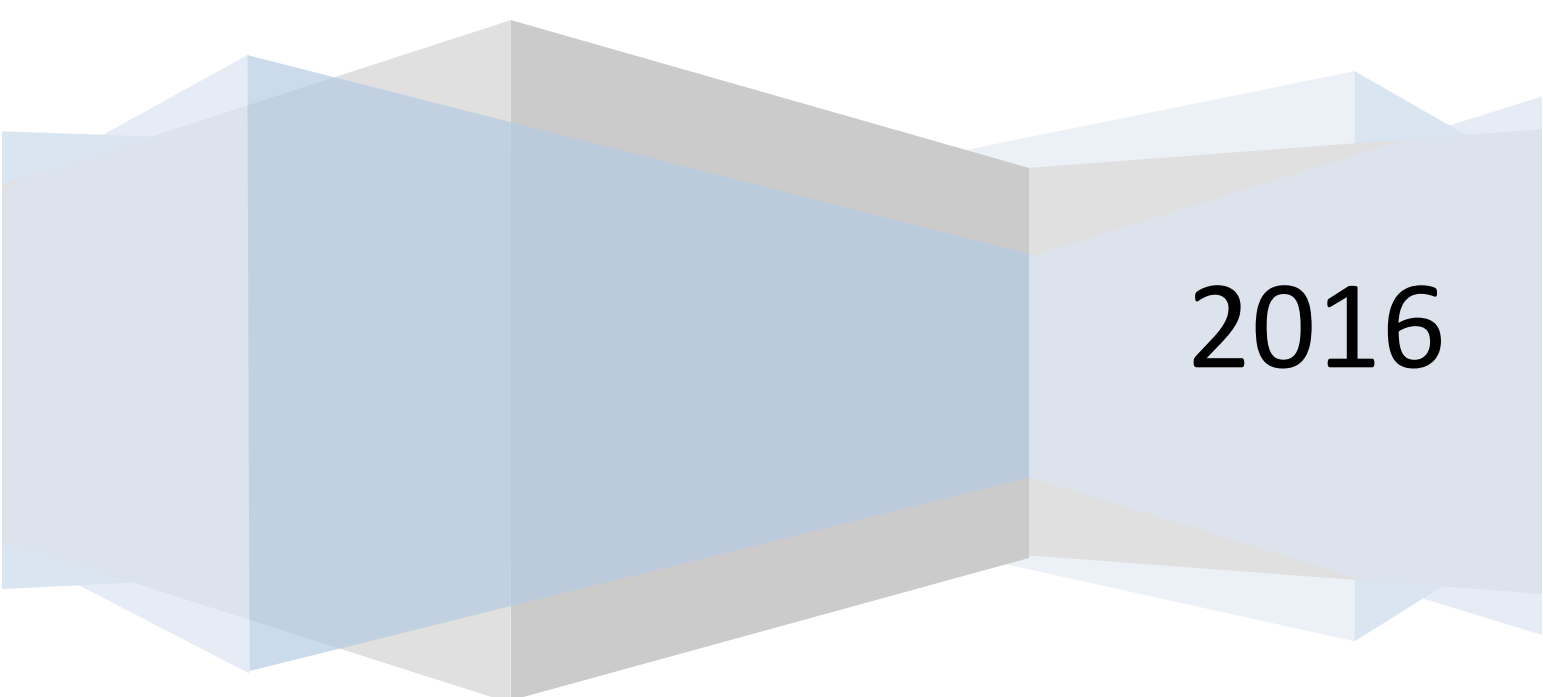


Hoe werken we nu eigenlijk?

Belemmerende en bevorderende factoren van
de rehabilitatiemethodiek SRH

Hans Poelarends & Joris Post



2016

Hoe werken we nu eigenlijk?

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de
rehabilitatiemethodiek SRH, die binnen Beschermd Wonen locatie
Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet wordt gebruikt?



Door:	Hans Poelarends - 327007 Joris Post - 331590
Bachelor begeleider:	Drs. P. Birkenhäger
Opdrachtgever:	Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde & Winterswijk van GGNet
Praktijkbegeleider:	R. Withag

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Academie Mens en Maatschappij
Saxion, Enschede

Eibergen, april 2016

Samenvatting

Tegenwoordig wordt er steeds meer gevraagd van het zorgpersoneel aangezien de zorg die cliënten nu nodig hebben vaak veel complexer is dan voorheen. Het maakt het complex, omdat het niet alleen meer om psychiatrische hulp gaat, waar cliënten om vragen, maar vaak is het een combinatie met een verslaving, een verstandelijke beperking (laag IQ) of somatische klachten. Deze zwaardere gevallen vragen steeds meer van de verpleegkundigen, psychiaters en doktoren, terwijl GGNet al jaren met dezelfde methodiek van rehabilitatie werkt. Daarom is het een noodzaak voor GGNet om te onderzoeken wat de belemmerende en bevorderende factoren van de rehabilitatiemethodiek is, ten aanzien van de complexere zorg bij cliënten. Het doel van dit onderzoek is dan ook het evalueren van de huidige rehabilitatiemethodiek om deze methodiek uiteindelijk te kunnen optimaliseren. Deze evaluatie is gerealiseerd aan de hand van enquêtes bij cliënten en hun familieleden en interviews te houden met de professionals binnen Beschermd Wonen van GGNet. Het type onderzoek is een praktijkgericht en kwalitatief onderzoek.

De resultaten laten zien dat de rehabilitatiemethodiek diep geworteld zit in de medewerkers van Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk. Waar de SRH methodiek uitgaat van de kracht en de wens van de cliënt, vult de methodiek ook de hulpverleners aan met de verschillende hulpmiddelen, zoals het stappenplan, die de methodiek biedt. De hulpverleners gaven aan dat er een solide en gedegen cursus was van de SRH methodiek, maar dat zij hier nog wel eens in bijgeschoold mogen worden, ook door de grootte van de methodiek. Deze veelomvattendheid kan er soms echter voor zorgen dat de professionals door de bomen het bos niet meer zien. De relatie die binnen de methodiek zo belangrijk is tussen cliënt, familie en hulpverlener komt duidelijk terug en hier investeren hulpverleners ook veel tijd in. De wens van de cliënt staat altijd bovenaan in de SRH en dat zorgt ervoor dat cliënten en hulpverleners altijd bezig zijn om ergens aan te werken. Verder zijn de cliënten tevreden over de SRH, de relatie met de hulpverleners en activiteiten die met hen gedaan worden, wat uitgedrukt is in een cijfer op schaal van één tot tien. Tenslotte is er bij de familieleden een gemengd beeld te zien, maar de meesten vonden wel dat ze goed bij de hulpverlening werden betrokken.

De conclusie is dat er een gemengd beeld is ten aanzien van de SRH methodiek. Enerzijds sluit het goed aan bij de manier van werken bij Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk, en zijn de bevorderende factoren ook dat het bijvoorbeeld uit gaat van de wens van de cliënt. Anderzijds zijn er ook belemmerende factoren in de vorm van een tekort aan kennis van de SRH. Daarom worden de volgende aanbevelingen ook gedaan, waar coaches opnieuw aangesteld moeten worden, bijscholing van de SRH methodiek moet plaatsvinden. Verder is het goed om flexibele werktijden aan te houden, onderzoek te doen op andere locaties naar de SRH methodiek en als laatste intervisie plaats laten vinden.

Tot slot is er nog aanvullend onderzoek nodig. Het advies is om na een half jaar nogmaals te kijken wat het kennisniveau van de professionals is van de SRH methodiek, nadat zij in de maanden daarvoor opnieuw een bijscholing hebben gehad.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
VOORWOORD	7
1. INLEIDING	8
1.1 – AANLEIDING	8
1.2 – PROJECTKADER	9
1.3 – DOELSTELLING	10
1.3.1 – KORTE TERMIJN DOEL	10
1.3.2 – LANGE TERMIJN DOEL	10
1.4 – HOOFDVRAAG EN DEELVRAGEN	10
1.4.1 – THEORETISCHE DEELVRAGEN	10
1.4.2 – PRAKTISCHE DEELVRAGEN	11
1.5 – LEESWIJZER	11
2. THEORETISCH KADER	12
2.1 – PSYCHIATRIE	12
2.2 – BESCHERMD WONEN	13
2.3 – REHABILITATIE	14
3. METHODOLOGIE	16
3.1 – ONDERZOEKSTYPE	16
3.2 – ONDERZOEKSMETHODE	16
3.2.1 – INTERVIEW PROFESSIONALS	17
3.2.2 – ENQUÊTE CLIËNTEN	17
3.2.3 – ENQUÊTE FAMILIELEDEN	19
3.3 – VALIDITEIT	19
3.4 – BETROUWBAARHEID	20
3.5 – ETHIEK	21
4. RESULTATEN	22
4.1 – KENMERKEN RESPONDENTEN	22
4.2 – RESULTAAT DEELVRAGEN	23
4.3 – BELEMMERENDE FACTOREN	23
4.3.1 – TIJDSDRUK	23
4.3.2 – KENNISNIVEAU VAN DE METHODIEK SRH	24
4.3.3 – VEELOMVATTENDHEID SRH	24
4.3.4 – TOEPASBAARHEID VAN HET EPD ALS REGISTRATIEMIDDEL	24
4.3.5 – TE HOOG GEGREPEN WENS VAN DE CLIËNT	24
4.3.6 – HOSPITALISATIE HULPVERLENERS	25
4.4 – BEVORDERENDE FACTOREN	25
4.4.1 – VOLDOENDE TIJD BESCHIKBAAR	25

4.4.2 – SCHOLING SRH.....	25
4.4.3 – TOEPASBAARHEID REGISTRATIEMIDDEL	25
4.4.4 – SRH GERICHT OP ZELFSTANDIGHEID/EIGEN KRACHT.....	26
4.4.5 – VRAAG ACHTER DE VRAAG	26
4.4.6 – CYCLISCHE BENADERING	26
4.4.7 – EYEOPENER	26
4.4.8 – SRH WERKT ACTIVEREND.....	26
4.4.9 – MAXIMAAL HAALBARE	26
4.4.10 – RELATIEASPECT	27
4.4.11 – MEERVOUDIGE BETROKKENHEID	27
4.4.12 – HOUDING PROFESSIONALS	27
4.4.13 – HULPMIDDELEN	27
4.5 – BEOORDELING SRH METHODIEK DOOR DE CLIËNTEN.....	27
4.6 – BEOORDELING GEBODEN ZORG AAN DE HAND VAN FAMILIELEDEN VAN BEWONERS.....	32
5. CONCLUSIE	35
5.1 – INTERVIEWS PROFESSIONALS	35
5.2 – ENQUÊTE CLIËNTEN	37
5.3 – ENQUÊTE FAMILIELEDEN.....	38
5.4 – HOOFDVRAAG	38
5.5 – AANBEVELINGEN	39
5.5.1 – HERNIEUWD ONDERZOEK NAAR DE SRH METHODIEK OP ANDERE LOCATIES	39
5.5.2 – OPNIEUW COACHES AANSTELLEN	39
5.5.3 – HER-/BIJSCHOLING OP HET GEBIED VAN DE SRH METHODIEK	39
5.5.4 – (FLEXIBELE) WERKTIDEN	39
5.5.5 – INTERVISIE	40
5.6 – STERKTE EN ZWAKTE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK.....	40
5.6.1 – STERKE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK	40
5.6.2 – ZWAKTE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK.....	41
5.7 – DISCUSSIE	41
BIBLIOGRAFIE	44
BIJLAGEN.....	46
BIJLAGE I – ONDERZOEKSMODEL.....	46
BIJLAGE II – BENADERING PROFESSIONALS	46
BIJLAGE III – WERKWIJZE INTERVIEW PROFESSIONALS.....	47
BIJLAGE IV – LABELSCHEMA	48
BIJLAGE V – BENADERING EN WERKWIJZE ENQUÊTE CLIËNTEN.....	53
BIJLAGE VI – BENADERING EN WERKWIJZE ENQUÊTE FAMILIELEDEN	53
BIJLAGE VII – MODEL OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT	54
BIJLAGE VIII – EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER.....	56

Voorwoord

Als onderdeel van het leerpakket 9.2 dienen de studenten, in het vierde leerjaar, een onderzoek uit te voeren naar een maatschappelijk onderwerp. Gedurende de vaardigheidslessen wordt de student geleerd om een onderzoeksplan op te stellen. Vervolgens krijgt het onderzoeksteam tijdens de intervisie en hoorcolleges de ondersteuning bij het uitvoeren van het onderzoeksplan.

Bij het bepalen van het onderzoeksonderwerp hebben wij gezocht binnen ons eigen werkveld. Hoewel het werkveld van ons, onderzoekers, zeer verschillend van elkaar zijn, hebben wij na een brainstormsessie gekozen voor een onderwerp binnen het werkveld van Joris. Het betreft twee zorglocaties 'Beschermd Wonen' van GGNet.

De veranderingen in de zorg worden steeds meer zicht- en voelbaar bij hulpverlener, cliënten en hun familie of wettelijke vertegenwoordigers. Om deze veranderingen binnen de gekozen locatie inzichtelijk te maken is een onderzoek zeer gewenst volgens onze opdrachtgever. Niet alleen vormt het voor de onderzoekers een verrijking van hun kennis, het heeft ook zeker een maatschappelijk doel. Vaststelling en omschrijving van mogelijke problemen worden, door middel van een gedegen en objectief onderzoek, een belangrijke boodschap om te werken aan verbetering van de geboden zorg.

Geholpen door het enthousiasme en kennis van de docent en de geïnterviewden, zijn wij in staat geweest om u dit onderzoek te kunnen presenteren. Wij zijn als onderzoekers ervan overtuigd, een waardevolle bijdrage te hebben kunnen leveren aan verbetering aan zorgverlening van GGNet.

In dit onderzoek komen de volgende zaken aan bod: de inleiding, waar wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek, hoofd- en deelvragen en doelen. Vervolgens wordt het theoretische kader, ook wel de begripsbepaling, beschreven. Als derde wordt de onderzoeksmethode beschreven. Hierin wordt niet alleen de onderzoeksomvang, maar ook begrippen als populatie, steekproef, betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Als vierde worden de resultaten van de interviews en de enquêtes beschreven. Tot slot volgt nog de conclusie op de deelvragen en de hoofdvraag, maar ook worden er aanbevelingen gedaan, wordt er een sterkte- en zwakteanalyse uiteengezet en als laatste volgt er nog een discussie.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal in de aanleiding worden beschreven waarom het onderzoek zich op dit specifieke gebied richt, in vervolg hierop wordt het projectkader van het onderzoek beschreven. Tevens zijn de hoofdvraag en deelvragen en de doelen beschreven.

1.1 – Aanleiding

Sinds een aantal jaren is de overheid bezig de zorg anders in te richten. Een onderdeel van deze verandering is de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waar de verantwoordelijkheid voor de zorg wordt toebedeeld aan de gemeenten. De gemeenten dienen zorg te dragen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en verzorgt deze ondersteuning op maat via de WMO 2015 (De Rijksoverheid, z.j.). Bij het invoeren van deze wet is er voor Beschermd Wonen van GGNet veel veranderd. Voor cliënten van Beschermd Wonen is de AWBZ overgeheveld naar de WMO (De Rijksoverheid, (z.j.). Tevens stelt de maatschappij belangrijke vragen aan de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals mensen die (weer) zelfstandig moeten wonen. Hoe wordt het doel bereikt van effectieve en efficiënte ambulantisering voor de cliënt, als wel voor de organisatie? Er moet meer geparticipeerd gaan worden, maar hoe zorgt een organisatie als GGNet ervoor dat deze doelen behaald gaan worden? Op dit moment gebruikt GGNet de systematische rehabiliterende hulpverlening (SRH) methodiek voor de rehabilitatie, maar hoe past deze in het beeld van ambulantisering? Allerlei vragen die een aanleiding gaven om deze onderwerpen nader onder de loep te nemen.

Een onderdeel van GGNet is het Beschermd Wonen, waar een van de onderzoekers werkzaam is. Binnen de psychiatrie, waar Beschermd Wonen onder valt, is er een toenemende groep cliënten, die meer regie en keuzevrijheid zou willen hebben. Dit sluit weer aan bij de plannen van de ambulantisering (Actiz, 2014). Deze toenemende groep wil graag meer op zichzelf wonen, zoals een appartement binnen Beschermd Wonen om op een zo normaal mogelijke manier begeleid te worden en geaccepteerd te worden door de maatschappij (GGZ Nederland, 2013). De SRH methodiek stelt echter kaders voor cliënten. Rationeel kan men zich afvragen of dit niet de keuzevrijheid van cliënten beperkt. De vraag is dan of de cliënten in enkele gevallen niet te veel beperkt wordt door de methodiek die juist exploratief van karakter is.

In de visie van GGNet voor 2009 - 2013 laat de organisatie zien dat zij zich bewust waren van de verandering die eraan zat te komen. GGNet wilde daarom ook zoveel mogelijk inspringen op de langdurige zorg, waar ook het Beschermd Wonen onder valt (GGNet, 2009). Om hier op in te spelen heeft GGNet in 2009 al besloten een expertkring voor rehabilitatie te zetten, wat vervolgens ook uitgevoerd is binnen GGNet (GGZ Nederland, 2015). De SRH methodiek is echter nooit getoetst. De vraag is dan of het wel een methodiek is die nu ook nog aansluit bij de huidige tijd, waar de manier van zorg ontvangen in

een heel nieuw daglicht is komen te staan. Tevens is de cliënt veranderd en komt deze met verschillende ziektebeelden binnen, daardoor wordt de zorg complexer. Het maakt het complex omdat het niet alleen meer om psychiatrische hulp gaat waar cliënten om vragen, maar vaak is het een combinatie met een verslaving, een verstandelijke beperking (laag IQ) of somatische klachten (Nursing, 2012). De complexiteit van zorg en het ontvangen hiervan, maakt het een noodzaak om de rehabilitatiemethodiek opnieuw te analyseren.

In de huidige situatie komen cliënten met een steeds zwaarder zorgzwaartepakket (zzp) indicatie naar Beschermd Wonen. Er wordt een steeds meer gevraagd van het zorgpersoneel aangezien de zorg die cliënten nu nodig hebben vaak veel complexer is dan voorheen. Deze zwaardere gevallen vragen steeds meer van de verpleegkundigen, psychiaters en doktoren, terwijl GGNet al jaren werkt met dezelfde methodiek van rehabilitatie. Daarom is het een noodzaak om te onderzoeken wat de belemmerende en bevorderende factoren van de rehabilitatiemethodiek zijn, ten aanzien van de complexere zorg bij cliënten. De vraag is dan: *“Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van de rehabilitatiemethodiek SRH, die GGNet toepast?”*

1.2 – Projectkader

Het onderzoek zal zich richten op het team van Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet, dat gehuisvest zit in het Streekziekenhuis Beatrix in Winterswijk. De locaties waar het team zorg aan verleent bestaan uit zes eengezinswoningen; twee eengezinswoningen staan in Winterswijk en vier staan er in Lichtenvoorde. Deze eengezinswoningen bieden plek voor drie tot vier cliënten plekken per woning. In totaal kunnen deze huizen tweeëntwintig cliënten huisvesten. Verder bestaat het team van Lichtenvoorde/Winterswijk uit zeven professionals met een variërende achtergrond van verpleegkundige (mbo+), ziekenverzorgster tot aan agogen (mbo & hbo). Zij zijn niet allemaal persoonlijk begeleiders. Twee van hen hebben een huismentorschap en de anderen zijn persoonlijk begeleider van enkele cliënten. Ook is er nog één coördinerend persoon die geen cliënten begeleid.

Binnen GGNet worden cliënten met verschillende indicaties behandeld ofwel opgenomen. Zo kunnen cliënten onder behandeling vallen, maar ook onder wonen (verblijf). Deze verschillen zijn ook te zien aan de indicaties die worden afgegeven aan cliënten. Zo krijgen cliënten binnen behandeling een zorgzwaartepakket B (zzp B, wat vanuit de zorgverzekeraar wordt betaald) en cliënten die wonen binnen GGNet, zoals bij Beschermd Wonen, vallen onder zorgzwaartepakket C (zzp C, wat betaald wordt vanuit de gemeentes).

In dit onderzoek wordt er alleen gesproken met cliënten die een zzp C indicatie hebben, omdat alleen deze indicaties binnen Beschermd Wonen worden afgegeven aan cliënten. De zzp C indicaties worden in gradaties weergegeven door middel van cijfers 1 tot en met 6 (GGZ Nederland, 2015), waarbij vooral de zzp C 3 tot en met

5 worden afgegeven binnen Beschermd Wonen. Verder is de rehabilitatiemethodiek een brede methodiek die is opgesplitst in verschillende benaderingen (Trimbos, 2015). De benadering die binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk wordt gebruikt, is de systematische rehabiliterende hulpverlening (SRH) (Withag, 2015). Deze benadering zal dan ook nader onderzocht worden in dit onderzoek.

In het onderzoek zal duidelijk naar voren moeten komen hoe de methodiek, die nu wordt toegepast binnen Beschermd Wonen, wordt ervaren door het team, de cliënten en hun familieleden en wat zij als positieve en negatieve punten ervaren met betrekking tot deze methodiek.

1.3 – Doelstelling

Het doel van dit bachelorrapport is het leveren van een bijdrage aan het optimaliseren van de huidige rehabilitatiemethodiek bij Beschermd Wonen locaties Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet. Tevens zal hier een advies worden gegeven hoe GGNet, als organisatie, hier het beste mee kan omgaan. Het korte termijn doel is toegespitst op wat de onderzoekers als doel stellen na het einde van het onderzoek en het lange termijn doel is gestoeld op wat de werkgever met dit onderzoek kan gaan doen.

1.3.1 – Korte termijn doel

- Het evalueren van de gebruikte rehabilitatiemethodiek binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet.

1.3.2 – Lange termijn doel

- Het leveren van een bijdrage aan het optimaliseren van de rehabilitatiemethodiek SRH bij Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet.

1.4 – Hoofdvraag en deelvragen

Naar aanleiding van de hoofdvraag hebben we deelvragen opgesteld, die we hebben verdeeld in theoretische en praktische deelvragen. Voor een visualisatie van de hoofdvraag zie het onderzoeksmodel in bijlage 1.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *“Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de rehabilitatiemethodiek SRH, die binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet wordt gebruikt?”*

1.4.1 – Theoretische deelvragen

1. Wat wordt volgens de literatuur verstaan onder Beschermd Wonen?
2. Hoe verhoudt de rehabilitatiemethodiek SRH zich tot de theoretische inzichten?
3. Welk type cliënten wonen binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet?

1.4.2 – Praktische deelvragen

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren professionals bij het toepassen van de rehabilitatiemethodiek SRH binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet?
2. Hoe beoordelen cliënten, van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet, de behandeling die middels de rehabilitatiemethodiek SRH wordt geboden?
3. Hoe beoordelen de familieleden (of wettelijke vertegenwoordigers) van de cliënten, de wijze waarop de professionals van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet zorg bieden?

1.5 – Leeswijzer

Er zal in dit onderzoek worden toegewerkt naar het beantwoorden van de hoofdvraag. In hoofdstuk twee zullen aan de hand van het literatuuronderzoek de theoretische deelvragen worden beantwoord. Dit literatuuronderzoek legt ook de basis voor het verdere onderzoek. In het derde hoofdstuk zal de methodologie van het onderzoek uiteengezet worden. Tot slot worden de resultaten van de enquêtes met de cliënten en met hun familie, en de interviews met de professionals beschreven in hoofdstuk vier.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zullen de theoretische kaders uiteengezet worden. Als eerste zal de psychiatrie in zijn algemeenheid worden beschreven, vervolgens zal er op het Beschermd wonen, een onderdeel van de psychiatrie, verder uitgebreid worden. Als laatste wordt de rehabilitatiemethode SRH uiteengezet.

2.1 – Psychiatrie

In dit onderzoek zal er worden ingezoomd op het Beschermd Wonen binnen GGNet. Alvorens hier verder op in te gaan, is het goed om te weten dat Beschermd Wonen onder de categorie van de psychiatrie valt. Binnen de psychiatrie wordt bij het stellen van een psychiatrische diagnose het criterium gehanteerd dat een stoornis het functioneren op het vlak van sociale, beroepsmatige en interpersoonlijke functies beïnvloed. Verder wordt er gesproken van een stoornis en niet van een ziekte. Voor een ziekte is de oorzaak van de aandoening bekend, maar bij een psychiatrische stoornis ligt dit anders. Het is namelijk lastig om van een aandoening te spreken aangezien het onderscheid tussen lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (ePsychiater, 2016).

In Nederland wordt er binnen de psychiatrie gewerkt aan de hand van de DSM-5, waar DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en vijf voor de vijfde editie. Het is van oorsprong een Amerikaans handboek, wat nodig is om een einde te maken aan de grote internationale spraakverwarring over psychische aandoeningen. Het doel van de DSM is dan ook om onderlinge vergelijking van cliënten mogelijk te maken door een duidelijke definitie van elke diagnose, bijvoorbeeld welke symptomen voor moeten komen om een bepaalde diagnose te kunnen stellen. In het verleden werden termen als ‘psychose’ en ‘depressie’ nogal eens anders ingevuld door verschillende auteurs, maar ook professionals. Aan de hand van dit handboek hebben de auteurs getracht meer eenheid te brengen in het stellen van diagnoses (GGZ totaal, 2016)

Naast het handboek DSM-5, wat de leidraad is voor het stellen van diagnoses in Nederland, is er binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een opsplitsing gemaakt welke hulpverlener welke klachten behandelt. Deze opsplitsing is als volgt; als eerste komt de cliënt bij de huisarts, die behandelt lichte psychische klachten samen met een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Wanneer de huisarts de cliënt niet voldoende kan behandelen en er is een vermoeden van een psychische stoornis dan kan deze de cliënt doorverwijzen naar een zorgaanbieder binnen de basis GGZ (eerstelijns GGZ) of de specialistische GGZ (tweedelijns GGZ). Bij de basis GGZ kun je gesprekken hebben met bijvoorbeeld een psycholoog, een psychotherapeut of een internetbehandeling is mogelijk. Wanneer er over specialistische GGZ wordt gesproken, zijn het de zwaardere gevallen, zoals ADHD of een angststoornis (Rijksoverheid, 2016).

Verder zal er gekeken moeten worden hoe de zorg betaalbaar kan blijven aangezien de collectieve kosten toenemen. Daarom wordt er op het moment flink bezuinigd binnen de GGZ (GGZ Nederland, 2013). Tevens haakt Movisie (2015) hier op in, dat ook steeds meer psychische klachten eerst bij de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ voorbij komen. Door de bezuinigingen worden cliënten ook veelal in eerste instantie doorgestuurd naar de basis GGZ, en veelal niet direct naar de specialistische GGZ (Movisie, 2015). Sinds de overheid aan het bezuinigen is op de GGZ, laten politiedossiers tevens een stijging zien van verwarde mensen (RTL Nieuws, 2015).

2.2 – Beschermd Wonen

Het bieden van onderdak en begeleiding aan personen met een psychische aandoening is de kern van Beschermd Wonen. Het gaat om cliënten bij wie op participatie gerichte ondersteuning vanuit een beschermende woonomgeving centraal staat. Onder beschermd wonen wordt in de Wmo 2015 verstaan: wonen in een accommodatie van een instelling, met daarbij behorende toezicht en begeleiding. Verder is beschermd wonen gericht op het bevorderen en herstel van zelfredzaamheid en participatie, maar ook op het bevorderen van het psychisch en psychosociaal functioneren. Daarnaast is het gericht op stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld en is het gericht op het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast. Tot slot is Beschermd Wonen gericht op het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, en bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (Transitiebureau Wmo, 2014).

Mensen met een psychiatrische stoornis kunnen binnen woonzorg verblijven en werken aan hun herstel. woonzorg biedt onder de naam Beschermd Wonen maatschappelijke ondersteuning en begeleiding in combinatie met tijdelijke of permanente huisvesting. Op deze manier kunnen cliënten, die psychosociaal kwetsbaar zijn, zoveel mogelijk hun eigen leven leiden en tegelijkertijd deelnemen in de samenleving (Transitiebureau Wmo, 2014). Voor het bieden van beschermd wonen kan aanleiding bestaan indien iemand er vanwege psychische problematiek niet in slaagt om zelfstandig te wonen zonder de directe nabijheid van 24 uur per dag toezicht of ondersteuning. Tot nu toe wonen veel mensen die zich vanwege psychische problemen niet zelfstandig kunnen handhaven in Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) (Transitiebureau Wmo, 2014).

Een onderdeel van GGNet is ook het Beschermd Wonen met in totaal 10 locaties in Gelderland. Er wonen binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk cliënten met een matige psychiatrische problematiek bijbehorende bij een zorgzwaartepakket 3c. De psychiatrische problematiek van deze cliënten kunnen verschillen tussen psychotische belevingen, depressieve episodes, manisch episodes en persoonlijkheidsproblematiek (GGNet, 2015).

Verder bestaat de hulpverlening van GGNet uit behandeling en begeleiding. Dit zijn twee verschillende vakgebieden, al zijn ze nauw met elkaar verbonden. Bij woonzorg wordt er zorg verleend in de vorm van begeleiding. Er wordt door de hulpverleners van woonzorg nauw samengewerkt met de behandelaren van het FACT (ambulant team bestaande uit zorgprofessionals). De cliënten die wonen binnen het Beschermd Wonen van Winterswijk en Lichtenvoorde kunnen wel 24/7 gebruik maken van begeleiding, maar worden fysiek begeleid tussen 9.30 uur en 18.00 uur. Tussen 18.00 uur en 9.30 uur kunnen ze telefonisch contact opnemen met Beschermd Wonen in Eibergen (GGNet, 2015).

De locatie Winterswijk en Lichtenvoorde bestaat uit respectievelijk twee eengezinswoningen en vier eengezinswoningen. Het team wat begeleiding geeft aan deze twee locaties bestaat uit zeven professionals met verschillende achtergronden, namelijk agogisch (hbo en mbo), verpleegkundige (mbo) en een ziekenverzorger. Het team heeft het kantoor in het SKB Winterswijk, waar ook een ander gedeelte van GGNet is geplaatst. Ze noemen deze vleugel ook wel het RGC (Regionaal Gezondheidscentrum), en is een gedeelte van SKB (GGNet, 2015).

2.3 – Rehabilitatie

Wanneer men over rehabilitatie spreekt, dan wordt nadrukkelijk ‘de bejegening van de cliënt en diens familie, op hulpverleningsmethodieken, op de organisatie van de zorgverlening of op activiteiten om maatschappelijke integratie te bevorderen’ bedoeld (Wilken & Hollander, 2003). De rehabilitatie zou juist op een zo eenvoudig mogelijke wijze geïntegreerd moeten worden in de bestaande referentiekaders. Daarom is in de methodische opbouw aansluiting gezocht bij bekende methodische principes zoals die onder andere in de agogiek en de integrerende verpleegkunde gehanteerd worden (Wilken & Hollander, 2003). Mensen met een beperking kunnen herstellen aan de hand van wat ze zelf kunnen, hun kracht. Wanneer hulpverleners helpen om dit herstelproces te bevorderen, spreekt men van rehabilitatie. Daarom is herstel iets anders dan genezing. Wanneer men over herstel spreekt, doelt men op het gebied van activiteiten en participatie in de maatschappij. Velen zijn daarom in staat na een rehabilitatie een sociaal geïntegreerd leven te leiden (Participatie en herstel, 2015). De doelgroep van de SRH, zijn hulpverleners van instellingen zoals in de GGZ, die cliënten ondersteunen bij het participeren naar de maatschappij (Rino groep, 2016).

Bij Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet wordt er gewerkt met de systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) methodiek. De SRH werkt volgens de methodieken van Presentie en Strength Casemanagement, wat vaak weer wordt gebruikt op teamniveau en meer gericht is op de verbetering van de algemene kwaliteit van leven (Trimbos, 2015). Dit onderzoek zal zich dan ook richten op de Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, wat een stroming is van de totale rehabilitatiemethodiek. Verder is de methodiek van de SRH is niet voorbehouden

aan specifieke disciplines of werkplekken (intra, extra- of semimuraal). De methodiek kan worden gebruikt door bijvoorbeeld woonbegeleiders, casemanagers, verpleegkundigen, maar ook door artsen, psychologen en maatschappelijk werkers (Wilken & Hollander, 2003).

Het proces van de rehabilitatie bestaat uit drie dimensies. Deze is onder te verdelen in een relatiedimensie, een activiteitendimensie en een tijdsdimensie, waarvan de laatste zowel door de relatie- als de activiteitendimensie loopt. Rehabilitatie is geen eenmalige activiteit, het is een dynamisch en continu proces. Deze drie dimensies hebben als doel om de cliënt te helpen een zo groot mogelijke autonomie in relatie tot zichzelf en tot anderen te bereiken. Om de professional te helpen bij de methodiek, is de methodiek in zes fasen te onderscheiden namelijk: oriëntatie en kennismakingsfase, inventarisatie- en analysefase, doelstellingsfase, planningsfase en uitvoeringsfase. In ieder van deze fasen worden bepaalde activiteiten uitgevoerd en stappen gezet, tevens zijn voor iedere fase hulpmiddelen beschikbaar zoals checklists, vragenlijsten en werkbladen (Wilken & Hollander, 2003).

In het proces van de rehabilitatie gaat in het bijzonder ook aandacht uit naar de familie van de cliënt. De familie is in het verleden net als de cliënt ook vaak niet goed begrepen of onheus bejegend. Binnen de rehabilitatie vindt men dat de familie net zoveel recht heeft op rehabilitatie als de cliënt, omdat de familie vaak ook in een verwerkingsproces zit. Verder is de familie vaak ook een belangrijke bron van informatie voor de zorgverlening. Zij kennen als geen ander de levensgeschiedenis van een cliënt. Tevens kan de familie een belangrijke rol spelen bij het herstel van het sociale netwerk en bij de maatschappelijke integratie. Als laatste kan de familie zorgen voor continuïteit bij de cliënt (Wilken & Hollander, 2003).

3. Methodologie

In dit hoofdstuk zal als eerste het type onderzoek worden beschreven. Vervolgens wordt de gekozen onderzoeksmethode toegelicht per dataverzamelmethode aan de hand van de populatie, de steekproef, de procedure en de bijbehorende instrumenten. Als laatste wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek nader uiteengezet.

3.1 – Onderzoekstype

Het uitgevoerde onderzoek is kwalitatief van aard, en kan bestempeld worden als een praktijkgericht onderzoek. Het onderzoek heeft als doel om eventuele problemen uit de praktijk in beeld te brengen en mogelijke oplossingen aan te dragen. Het heeft dan ook een hoge maatschappelijke relevantie. In tegenstelling tot een fundamenteel (empirisch) onderzoek waar opgedane kennis verantwoordt moet worden aan de bestaande wetenschap. Zowel bij een fundamenteel als ook een praktijkonderzoek worden wel kennisvragen beantwoord (Verhoeven, 2011).

3.2 – Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een evaluerende onderzoeksmethode. De uitvoering van het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een drietal instrumenten. Er is gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek, een enquête en interviews. De basis ligt bij de literatuurstudie, zodat er voldoende achtergrondinformatie bij beide onderzoekers zou zijn alvorens verder de diepte in te gaan. Gedurende dit onderzoek is er gericht op kwalitatief onderzoek aangezien dit het beste zou passen bij een praktijkgericht onderzoek. Daar waar kwantitatieve methoden zich richten op ‘cijfers’, richt een kwalitatieve methode zich op onderzoek in het ‘veld’, ook wel de ‘werkelijkheid’ genoemd (Verhoeven, 2011). Aan de hand van de kwalitatieve methode, zoals de enquête en de interviews, kan er een werkbare conclusie gepresenteerd worden.

In de literatuurstudie is gekeken naar de methodiek die wordt gebruikt binnen Beschermd wonen van GGNet en wat daarvan de bevorderende en belemmerende factoren van zijn vanuit de literatuur. Zo is er gekeken hoe er vanuit de literatuur beschreven staat voor welke doelgroepen deze rehabilitatiemethodiek geschikt is en hoe men in de praktijk deze methodiek ervaart. Het bleek echter lastig te zijn om deze factoren te achterhalen, daarom was het ook een noodzaak om de enquêtes onder cliënten en hun familieleden te houden en de interviews met professionals.

Daarom is er in deze paragraaf per dataverzamelmethode de populatie, steekproef, procedure en de bijbehorende instrumenten beschreven.

3.2.1 – Interview professionals

Om een compleet beeld te krijgen van de bevorderende en belemmerende factoren van de SRH rehabilitatiemethodiek zijn er interviews gehouden met de professionals in het team Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk. Deze professionals zijn dan ook de populatie van dit onderzoek. In totaal werken er zeven hulpverleners in dit team. Zij zouden allen geïnterviewd worden, en daarom was het nemen van een steekproef dan ook niet nodig. Één persoon was echter langdurig ziek en kon daarom niet geïnterviewd worden.

Vanuit de SRH wordt er met een cyclus gewerkt waarin stap voor stap de stappen van de SRH worden doorlopen en dit heeft de basis gevormd voor het interview met de professionals. Aan de hand van deze stappen heeft er een gestructureerd interview kunnen plaats vinden. Er is voor dit instrument gekozen, omdat op deze wijze alle aspecten aan bod zouden komen met betrekking tot de SRH. Het nadeel van dit instrument was echter dat er weinig interactie was tijdens het gesprek, in tegenstelling tot een semi-gestructureerd interview. Voor de benadering van de professionals zie bijlage II, en voor de werkwijze tijdens het interview, zie bijlage III.

Alle interviews zijn opgenomen met een voice-recorder, zodat de interviews konden worden uitgeschreven en de gegevens gemakkelijk te herleiden waren. Alle geïnterviewden hebben hier ook toestemming voor gegeven. Uit de verbatims zijn vervolgens fragmenten gehaald, die zijn vervolgens samengevoegd in een labelschema. Aan de hand van het labelschema is de betreffende deelvraag beantwoord. Voor het labelschema zie bijlage IV.

3.2.2 – Enquête cliënten

De enquêtes waren gericht op de cliënten van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet, zodat zij hun ervaring konden delen met betrekking tot de SRH rehabilitatiemethodiek. In totaal zijn er 22 cliënten binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk. Samen vormen deze cliënten de populatie van deze dataverzamelmethode. Onder de populatie van een onderzoek worden alle ‘eenheden’ (personen, zaken, organisaties) verstaan, waarover in het onderzoek uitspraken gedaan worden (Verhoeven, 2011). Zij vormen samen het ‘domein’ waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (Verhoeven, 2011).

Het bleek echter niet mogelijk te zijn om de gehele populatie te benaderen aangezien daar niet voldoende tijd en ruimte voor zou zijn, maar vooral ook de medewerking vanuit de cliënt was er niet altijd. Daarom is er voor gekozen om de enquête te beperken tot een klein deel van deze populatie door middel van het nemen van een aselechte steekproef (Verhoeven, 2011). Voor het onderzoek is er getracht een aselechte steekproef te nemen, die de werkelijkheid reflecteert. Later bleek het echter niet mogelijk te zijn om een aselechte steekproef te nemen aangezien de professionals bepaalden welke cliënten stabiel genoeg waren om een enquête bij af te nemen. Uiteindelijk is het dus een

selecte steekproef geworden aangezien niet iedere cliënt een even grote kans had om mee te mogen doen.

Voor deze steekproef waren er drie selectiecriteria. Deze selectiecriteria waren vooral toegespitst om de breedte op te zoeken aangezien men als onderzoeker een steekproef neemt, die de werkelijkheid zo goed mogelijk reflecteert, in plaats van de diepte op te zoeken. Het cliëntenbestand van Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk is namelijk erg divers en met veel verschillende achtergronden, zowel in ziektebeelden als cultuur (normen en waarden) en leeftijd. Er is daarom gekozen om cliënten te kiezen van allerlei leeftijden (1), verschillende locaties van Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk (2) en met verschillende ziektebeelden (3). Er is voor deze aanpak gekozen om een zo realistisch mogelijk beeld te reflecteren van de cliënten die wonen binnen Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk.

De samenwerking met cliënten voor een enquête was erg lastig, omdat cliënten de onderzoekers niet kenden en zij toch gebaat zijn aan veiligheid en vertrouwen. Voor de benadering en werkwijze met betrekking tot de enquête zie bijlage V. Om echter een zo realistisch mogelijk beeld te geven aan de hand van de enquêtes, wilden de onderzoekers niet dat de professionals van Beschermd Wonen Lichtenvoorde en Winterswijk de enquêtes zouden afnemen bij de cliënten. Voor deze aanpak is gekozen om het onderzoek te vrijwaren van 'systematisch fouten', de validiteit van het onderzoek (zie ook paragraaf 3.3), aangezien het kan voorkomen dat een cliënt expres een ander antwoord geeft, wanneer de professional de enquête zou afnemen. De onderzoekers vonden dat wanneer de enquêtes af werden genomen, dat deze persoon zo neutraal mogelijk moest zijn, en dus eigenlijk iemand moest zijn die de cliënten niet kende. Vervolgens is er voor gekozen om enquêtes af te nemen bij cliënten die redelijk stabiel zijn, volgens de professionals, aangezien cliënten nog steeds gebaat zijn bij vertrouwen en veiligheid, en bij redelijk stabiele cliënten was dit gemakkelijker te winnen dan bij bijvoorbeeld instabiele cliënten, die heel angstig en wantrouwend zijn tegenover mensen die ze niet kennen.

Deze aanpak heeft uiteindelijk ook gevolgen gehad voor de betrouwbaarheid, wat ook te lezen is onder paragraaf 3.4. In deze steekproef achtten de onderzoekers wel dat het onderzoek 'herhaalbaar' is, en dat er dezelfde uitkomsten uit zullen komen want het is namelijk wel mogelijk gebleken om bij verschillende cliënten enquêtes af te nemen aan de hand van de drie criteria, ondanks dat de professionals de cliënten aan hebben gewezen op basis van stabiliteit. Een ander punt om betrouwbaarheid te verhogen is het vergroten van de steekproefomvang, en dit was een punt wat helaas niet mogelijk bleek. De locaties Lichtenvoorde en Winterswijk hebben in totaal 22 cliënten. Door de professionals werden achttien cliënten aangewezen als 'stabiel genoeg' om een enquête bij af te nemen. Er waren dus zeker beperkingen waarin het onderzoek volbracht kon worden. Er hebben uiteindelijk elf cliënten deelgenomen aan de enquête. Toch kan er geconcludeerd worden dat er aan de eis van betrouwbaarheid is voldaan aangezien het

onderzoek 'herhaalbaar' is, doch zijn er enkele kaders gesteld aan de uitvoering door de professionals.

Als laatste is de enquête uitgevoerd aan de hand van de gestructureerde vragenlijst. Binnen deze vragenlijst waren er afwisselend gesloten dan wel meerkeuzevragen. Op deze manier konden de onderzoekers er zeker van zijn dat ze het onderwerp genoeg af zouden dekken en beantwoord zouden krijgen. Verder konden de cliënten de enquête anoniem invullen, en op deze manier werden hun gegevens gewaarborgd, zie hiervoor ook paragraaf 3.5, waar de ethiek verder uiteengezet is.

3.2.3 – Enquête familieleden

Om een gedegen antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn er ook enquêtes afgenomen bij de familieleden van de cliënten. Het bleek lastig om het precieze aantal familieleden in kaart te brengen aangezien dit per cliënt verschilt. Daarom is er door de onderzoekers gekozen om alleen contact te hebben met het eerste aanspreekpunt van de cliënt, dit is over het algemeen een familielid dan wel de wettelijk vertegenwoordiger. Deze eerste aanspreekpunten per cliënt vormen dan ook de populatie.

Het bleek echter niet mogelijk te zijn om de gehele populatie te benaderen aangezien daar niet voldoende tijd en ruimte voor zou zijn. Vooral de medewerking was er niet altijd. Als eerste werd er toestemming gevraagd aan de cliënt, hier liep het vaak al mis aangezien de cliënt vond dat het familielid hier niks over hoefde te zeggen. Een ander probleem was dat enkele cliënten het te veel moeite vonden om het te regelen met de familie, voor de werkwijze en benadering van de familieleden zie bijlage VI.

Daarom werden de afgenomen enquêtes onder de familieleden door een klein aantal ingevuld. Uiteindelijk is er dus (onbewust) een selecte steekproef genomen. Wanneer men de steekproef bekijkt is het toch een gevarieerd (klein) groepje respondenten geworden, die de enquête hebben beantwoord. Het was gevarieerd op de volgende punten leeftijd, cultuur (achtergrond) en de mate van contact met het familielid. Aan de hand van deze drie criteria denken de onderzoekers dat het validiteit en betrouwbaarheid voldoende is afgedekt.

Als laatste is er gebruik gemaakt van het dataverzamelingsinstrument de gestructureerde vragenlijst, en hier waren er afwisselend open-, gesloten- en meerkeuzevragen.

3.3 – Validiteit

Bij dit onderzoek is getracht het onderzoek te vrijwaren van 'systematische fouten'. Een voorbeeld van een systematische fout is het expres geven van een foutief antwoord. Met validiteit wordt vastgesteld in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. Drie verschillende vormen van validiteit zijn; interne validiteit, externe validiteit en begripsvaliditeit. Bij interne validiteit wordt bedoeld dat de onderzoeker in staat is om de juiste conclusies te trekken, die stand houden en de kritiek van andere onderzoekers kunnen weerstaan. Externe validiteit heeft betrekking op de vraag

of de gekozen steekproef de juiste afspiegeling vormt van de populatie. De onderzoekers denken dat de huidige steekproef van de cliënten een goede afspiegeling is van de populatie aangezien er aan de verschillende criteria is voldoen, die gesteld waren. Begripsvaliditeit heeft betrekking op de gebruikte meetinstrumenten. Er wordt hierbij nagegaan of men te weten is gekomen, wat men wil weten: ‘meet wat je meten wilt’ (Verhoeven, 2011).

Ook al zijn de onderzoeksgegevens (nagenoeg) vrij van toevallige factoren, wil dat nog niet zeggen dat de gegevens de werkelijkheid weergeven. De vraag naar de validiteit of geldigheid van het onderzoek is of de juiste afspiegeling of correspondentie tussen de verzamelde gegevens en de bestaande werkelijkheid is bereikt. De validiteit heeft dus te maken met de kwaliteit van de gegevens en vooral met de mate waarin deze een geldige weergave zijn van het te onderzoeken fenomeen in de praktijk. Is de onderzoeker in staat geweest om een ‘waar’ beeld te geven van de onderzoekssituatie? (Baarda, et al., 2013) In dit onderzoek is er getracht de respondenten te overtuigen dat het slagen van het onderzoek mede afhangt van de inbreng van deze respondenten. Daarnaast waren de interviews en enquêtes gepland op een moment dat de respondenten ongestoord en in alle rust de vragen konden beantwoorden. Ook door de enquêtevragen duidelijk te beschrijven, is er geprobeerd de eventuele onduidelijkheid weg te nemen, zodat er een realistisch beeld verkregen kon worden van de huidige situatie. Verder is er bij de enquêtes een neutraal persoon geweest, die de enquêtes af heeft genomen, om systematische fouten vanuit de cliënt te voorkomen, zie ook paragraaf 3.2.2 voor de selectiecriteria van de steekproef, en hoe er verder is bijgedragen aan de validiteit van dit onderzoek.

3.4 – Betrouwbaarheid

In elk onderzoek kunnen er ‘toevallige fouten’ worden gemaakt. Voorbeelden van deze toevallige fouten kunnen zijn; per ongeluk een kruisje zetten bij een verkeerd antwoord of de onderzoeker maakt een fout bij het invoeren van de gegevens. Door zorgvuldig de resultaten te verwerken hebben de onderzoekers geprobeerd bovenstaande fouten te voorkomen. De betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten geeft de mate aan in hoeverre het onderzoek vrij is van deze toevallige fouten. Om de betrouwbaarheid goed te kunnen testen dient het onderzoek ‘herhaalbaar’ te zijn. Indien het leidt tot ‘dezelfde’ resultaten (dit is niet gelijk aan ‘gelijke’ resultaten), dan is het onderzoek als betrouwbaar te bestempelen (Verhoeven, 2011). Onder paragraaf 3.2.2., waar voor een gedeelte de steekproef is beschreven, is al verder ingegaan op het feit dat het onderzoek herhaalbaar is, en dat het zal leiden tot ‘dezelfde’ resultaten, voor een uitgebreidere uitleg zie paragraaf 3.2.2.

De onderzoeker kan de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten op verschillende manieren verhogen. Dit kan bijvoorbeeld door de steekproefomvang te vergroten. Immers, hoe groter de steekproef, des te nauwkeuriger er een uitspraak gedaan kan worden (Verhoeven, 2011). Bij dit onderzoek bleek het echter niet mogelijk om de steekproefomvang verder te vergroten aangezien er enkele kaders gesteld werden door de professionals, zie ook paragraaf 3.2.2. Een andere mogelijkheid

is om een proefinterview of pilot te houden, waardoor de betrouwbaarheid van de topiclijst vergroot wordt (Verhoeven, 2011).

3.5 – Ethiek

Hoewel de onderzoekers nog in opleiding zijn, zullen zij handelen in de geest van de gedragscode voor praktijkgericht onderzoek. Deze gedragscode beschrijft het gewenste gedrag van een gespecificeerde groep beroepsbeoefenaren bij het uitvoeren van een bepaalde taak. Dit gewenste gedrag draagt uiteindelijk bij aan een hogere kwaliteit van het eindproduct. Hieronder verstaan wij zorgvuldig, respectvol en integer handelen, verantwoording van keuzes en gedrag en het publieke, maatschappelijke belang te dienen (Andriessen, Onstenk, Smeijsters, & Peij, 2010).

Bij zowel de enquêtes als de interviews hebben de onderzoekers er voor gezorgd dat de gegevens anoniem zijn verwerkt, waardoor de verzamelde data uiteindelijk niet herleidbaar is. Tevens zijn de persoonlijke gegevens direct verwijderd na verwerking. Verder stond het de respondenten vrij om mee te werken aan dit onderzoek. Ze werden hiertoe niet gedwongen. Voordat het interview of de enquête werd afgenomen, is er expliciet gevraagd of ze toestemming gaven om een interview dan wel enquête af te laten nemen. Pas na het verkrijgen van toestemming zijn de onderzoekers aan de slag gegaan met het interview en de enquête.

Als laatste is dit rapport eigendom van het GGNet en de gegevens zullen enkel met derden worden gedeeld mits hier toestemming voor wordt gegeven door GGNet.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. De resultaten zijn verkregen door het afnemen van interviews van de hulpverleners, werkzaam bij GGNet Beschermd Wonen, locatie Lichtenvoorde en Winterswijk én enquêtes, die afgenomen zijn van de cliënten en familie. Als eerste zullen de kenmerken van de respondenten beschreven worden, en vervolgens de resultaten per deelvraag.

4.1 – Kenmerken respondenten

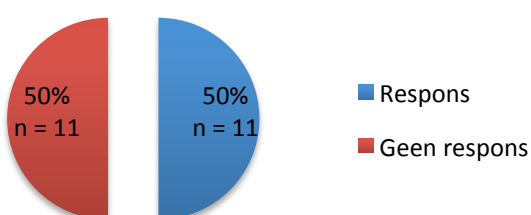
In het kader van dit onderzoek zijn er een aantal mensen geïnterviewd, de respondenten (Baarda, et al., 2013). Het betreft hier een zevental hulpverleners, werkzaam bij GGNet Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk. In onderstaand schema zijn kenmerken van een zestal respondenten weergegeven. Eén respondent is niet opgenomen in de resultaten, omdat er geen interview is afgenomen. De betrokkene was niet aanwezig in de periode dat de interviews werden afgenomen. Deze respondent was opgenomen in het ziekenhuis voor een operatie aan de voet. Hierna volgde een lange revalidatie, waardoor deze medewerker niet op het werk is geweest.

Tabel 1 kenmerken respondenten

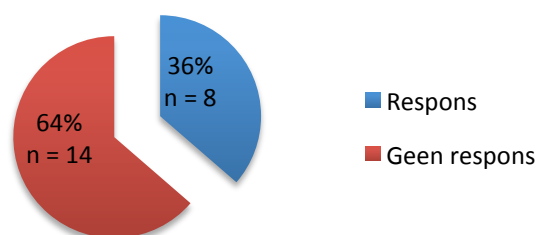
Respondent	1	2	3	4	5	6
Geslacht M/V	V	V	M	V	V	M
Leeftijd	Om privacy zijn exacte leeftijden niet opgenomen. Leeftijd tussen 30 en 60 jaar.					
Functie	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider	Begeleider, huismentor	Senior verpleegkundige
Ervaring GGNet in jaren	14	2	18	22	6	10
Uren werkzaam per week	16	28	31	15	24	36

Daarnaast zijn enquêtes afgenomen bij tweeëntwintig (n=22) cliënten, waarvan er elf (n=11) cliënten een respons hebben gegeven op de enquête. Ook is de enquête aangeboden aan tweeëntwintig (n=22) familieleden. Er is slechts door een zestal (n=6) familieleden gereageerd op de enquête.

Grafiek 1 - Respons enquête cliënten



Grafiek 2 - Respons enquête familieleden



4.2 – Resultaat deelvragen

In de volgende paragrafen worden de uitkomsten beschreven, die bijdragen aan de beantwoording van de drie praktische deelvragen. De uitkomsten zijn afkomstig uit antwoorden op de gestelde interviewvragen én onderwerpen die de respondenten zelf inbrachten tijdens hun interview.

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren professionals bij het toepassen van de rehabilitatiemethodiek SRH binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet?
2. Hoe beoordelen cliënten, van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet, de behandeling die middels de rehabilitatiemethodiek SRH is geboden?
3. Hoe beoordelen de familieleden (of wettelijke vertegenwoordigers) van de cliënten, de wijze waarop de professionals van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet zorg bieden?

In de eerste deelvraag komen een tweetal aspecten naar voren; bevorderende en belemmerende factoren. Als eerste zullen de belemmerende factoren benoemd worden, gevolgd door de bevorderende factoren.

In de tweede deelvraag zal aan de hand van de enquêtes een antwoord worden gegeven hoe deze cliënten de behandeling met de SRH methodiek hebben ervaren.

In de derde deelvraag zal aan de hand van de enquêtes van de familieleden een antwoord worden gegeven op de wijze waarop de professionals van Beschermd Wonen zorg hebben geboden.

4.3 – Belemmerende factoren

4.3.1 – Tijdsdruk

Eén respondent (n=1) verwoordt het aspect ‘tijdsdruk’ in een drietal onderwerpen, en deze tijdsdruk hangt samen met de personele bezettingsgraad. Met ingang van februari 2016 is het team versterkt met een nieuwe collega. Een ander aspect is feit dat veel cliënten een baan hebben, waardoor de tijd om een gesprek aan te gaan beperkt is en tijd om gezamenlijk iets te ondernemen nog wel eens ontbreekt. Tot slot ervaart de respondent tijdsdruk doordat de gemeenten de beschikkingen afgeven voor een bepaalde tijd.

Een tweede respondent (n=1) ervaart meer tijdsdruk doordat er steeds meer ambulante cliënten bijkomen. De tijd die hiervoor benodigd is gaat ten koste van de tijd die men te besteden heeft voor cliënten in de woonzorg. De balans slaat nog wel door in het voordeel van de woonzorg.

Een derde respondent (n=1) verwoordt tijdsdruk in relatie tot de benodigde tijd voor het opbouwen van een relatie met de cliënt. Dit is sterk afhankelijk van de cliënt. Bij sommige cliënten is veel tijd nodig om een goede relatie op te bouwen.

4.3.2 – Kennisniveau van de methodiek SRH

Drie (n=3) respondenten geven aan dat de opleiding met betrekking tot de methodiek SRH (zeer) lang geleden is. Als gevolg hiervan is de aanwezige kennis ‘ver weg gezakt’. Eén respondent voegt hieraan toe dat de invoering van de methodiek SRH in eerste instantie een pilot was. Na een tijd zijn de gelden daarvan ingetrokken en daarmee ook de rehabilitatiecoaches. Deze coaches hadden als taak collega’s te begeleiden. Als gevolg van het terugtrekken van deze coaches zal het analyseren en zorgvuldig bekijken van de situatie van de cliënt minder zijn. Een andere respondent geeft aan dat er geen herhaling van scholing plaatsvindt en er weinig over gesproken wordt onder de collega’s. Twee (n=2) respondenten geven eerlijk aan bewust te zijn dat kennis met betrekking tot de methodiek SRH is weggezakt.

4.3.3 – Veelomvattendheid SRH

Twee (n=2) respondenten vertellen over de veelomvattendheid van de SRH. Eén respondent verwoordt het als volgt:

“De methodiek sluit wel goed aan bij de doelgroep, echter wordt er in mindere mate gebruik van gemaakt omdat de methodiek SRH zo groot en veelomvattend is dat de begeleiding ‘door de bomen het bos niet meer kan zien. Het veelvoud aan hulpmiddelen kan nog wel eens verwarrend werken”.

Beide respondenten geven het ontbreken van de coaches aan als een gemis in de begeleiding in het werken met de SRH methodiek. Een coach zou een goede aanvulling kunnen zijn en ordening geven. Tevens zouden deze coaches dan bij evaluaties de SRH methodiek meer naar voren kunnen halen.

4.3.4 – Toepasbaarheid van het EPD als registratiemiddel

Twee (n=2) respondenten zien de toepasbaarheid van het EPD als registratiemiddel als een belemmering. Eén respondent geeft aan dat alleen de hoofddoelen zichtbaar zijn. Verder is gedetailleerde informatie, zoals subdoelen, acties van de cliënt, familie, behandelaar niet zichtbaar. De andere respondent vult aan dat het terugzoeken van informatie als lastig wordt ervaren. Vooral als het gaat om cliënten van andere begeleiders.

4.3.5 – Te hoog gegrepen wens van de cliënt

Twee (n=2) respondenten zijn van mening, dat de wens van de cliënt te hoog gegrepen is. Indien de cliënt een wens heeft zal de begeleider trachten deze uit te voeren.

“De cliënt zelf laten ervaren als een wens niet uitvoerbaar is. Bij niet uitvoerbare wensen wordt in overleg met de cliënt, en soms met mensen uit het netwerk van de cliënt, de wens bijgesteld”.

Eén respondent ervaart het als lastig dat de SRH veel uit gaat van de wens van de cliënt, aangezien dit niet altijd uitvoerbaar is indien het ziektebeeld een belemmering vormt.

4.3.6 – Hospitalisatie hulpverleners

Vijf (n=5) respondenten geven aan dat de hospitalisatie van hulpverleners een belemmering vormt in het werken met de SRH. Eén respondent geeft aan dat het hospitaliseren er ‘gewoon’ ingebakken zit. Verder dienen hulpverleners ook mee te gaan in de ontwikkeling van de cliënt. Een andere respondent zegt veel op haar automatisme te doen. Het woord hospitalisatie wil deze respondent niet zo zeer noemen, en geeft aan dat er gestructureerd gewerkt wordt. Hospitalisatie blijft echter wel als een valkuil aanwezig. De derde respondent erkent de hospitalisatie als een herkenbaar fenomeen. Dit wordt ondersteund door een vierde respondent. De vijfde respondent blijft voorzichtig en zegt dat het hospitaliseren plaats zou ‘kunnen’ vinden.

4.4 – Bevorderende factoren

4.4.1 – Voldoende tijd beschikbaar

Vier (n=4) van de zeven respondenten onderschrijven, in hun rol als persoonlijk begeleider (PB) dan wel senior verpleegkundige, dat de SRH methodiek tijd vergt om eerst een goede relatie op te bouwen met de cliënt. De benodigde tijd varieert per cliënt. De organisatie GGNet biedt echter de persoonlijk begeleiders nog steeds genoeg ruimte om een goede relatie op te bouwen.

Eén van deze respondenten onderkent een punt van aandacht.

“De PB kan van oordeel zijn over voldoende tijd te beschikken, de cliënt kan dit echter anders zien indien hij of zij veel bevestiging nodig heeft. In een dergelijke situatie bakent de PB de situatie af en laat deze de cliënt zien hoe hij er in staat”.

4.4.2 – Scholing SRH

Alle zes (n=6) respondenten geven aan een cursus te hebben gevolgd met betrekking tot de SRH methodiek. Eén respondent heeft aanvullende cursussen gevolgd, te weten revalidatiecoach en casemanagement.

4.4.3 – Toepasbaarheid registratiemiddel

Twee (n=2) respondenten zijn positief over de toepasbaarheid van het registratiemiddel Psygis. In het registratiemiddel staan de doelen beschreven. Eén van de respondenten geeft aan dat de hulpmiddelen er niet allemaal in staan. Dit zou,

volgens de respondent, ook ten koste gaan van een duidelijk overzicht in Psygis als registratiemiddel.

4.4.4 – SRH gericht op zelfstandigheid/eigen kracht

Vier (n=4) respondenten geven aan dat de SRH methodiek uit gaat van de kracht van de cliënt en deze zoveel mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Dit wordt door de respondenten als positief ervaren.

4.4.5 – Vraag achter de vraag

Eén (n=1) respondent is positief over de ‘vraag achter de vraag’ in de SRH methodiek. De respondent verwoordt dit als volgt:

“De SRH gaat uit van het achterhalen van datgene dat echt belangrijk voor de cliënt is en daarmee ga je aan de slag”.

4.4.6 – Cyclische benadering

Vier (n=4) respondenten geven aan dat de cyclische benadering bevorderend werkt. Middels de SRH methodiek werkt men stapsgewijs aan het bereiken van een doel. Geen vrijheid blijheid, maar systematisch zoals één van de respondenten het verwoordt.

4.4.7 – Eyeopener

Eén (n=1) van de respondenten geeft aan dat het werken met de SRH methodiek als eyeopener fungeert. Deze respondent zet deze eyeopener als volgt uiteen:

“Behandelaren en SPV’ers werken niet met de SRH methodiek. Als je strikt volgens de SRH methodiek werkt, geef je soms ‘dingen’ aan waar behandelaren niet bij stil hebben gestaan”.

4.4.8 – SRH werkt activerend

Drie (n=3) respondenten ondervinden de SRH als een actieve methodiek. Eén respondent ervaart de inzet van de SRH methodiek bij GGNet als goed; weinig cliënten vertonen dan ook hospitalisatie. Een andere respondent geeft aan dat de SRH methodiek verschillende methodes en kaders geeft, waardoor iemand weer in beweging kan komen en kunt blijven werken aan datgene wat iemand echt wil én kan. Dit wordt bevestigd door de derde respondent, die aangeeft dat men actief blijft werken aan de wens van de cliënt.

4.4.9 – Maximaal haalbare

Werken met de SRH methodiek haalt het maximaal haalbare van de cliënt naar boven, volgens drie (n=3) respondenten. Een respondent verwoordt het als volgt:

“De cliënt zelf ondervindt of een wens binnen het haalbare ligt. Indien dit niet het geval is, kan de cliënt de (onhaalbare) wens ook loslaten. Indien een wens

niet haalbaar is, wordt dit besproken met de cliënt en soms met mensen uit het netwerk van de cliënt”.

4.4.10 – Relatieaspect

Alle zes (n=6) respondenten geven aan dat de SRH methodiek sterk inspeelt op de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Een respondent vult aan dat het essentieel is eerst een goede relatie op te bouwen alvorens aan het ‘werk’ te gaan. Vanaf het begin werk je samen aan een gelijkwaardige vertrouwensrelatie richting een werkrelatie. Vertrouwen speelt hier een grote rol, volgens deze respondent. Eén van de andere respondenten ervaart na aangeboden hulp aan de cliënt een vergroting van het vertrouwen van de cliënt. Nog een respondent beschrijft de SRH methodiek als een methodiek om in contact te komen met de cliënt zonder deze te overvragen of te ondervragen, en vooral is deze methodiek heel sterk in het analyseren om samen te kijken wat er nodig is om een doel te bereiken.

4.4.11 – Meervoudige betrokkenheid

Vier (n=4) respondenten geven aan dat buiten de cliënt anderen ook een rol kunnen spelen en betrokken kunnen worden bij de vervulling van de wensen van de cliënt. Dit gebeurt met de toestemming van de cliënt. Met spreekt hier over het netwerk van de cliënt zoals familieleden, behandelaar en andere hulpverleners. Eén van de respondenten merkt op dat de medewerkers nog steeds steun ondervinden van een (inofficiële) coach. Eén van de medewerkers, die vroeger actief was als coach, biedt nog steeds op deze wijze ondersteuning.

4.4.12 – Houding professionals

Eén (n=1) respondent merkt op dat het belangrijk is om onderling te blijven communiceren over wat je meemaakt. Hierdoor blijf je leren. Betrokken medewerker ervaart het niet als negatief, maar leert van de feedback van anderen.

4.4.13 – Hulpmiddelen

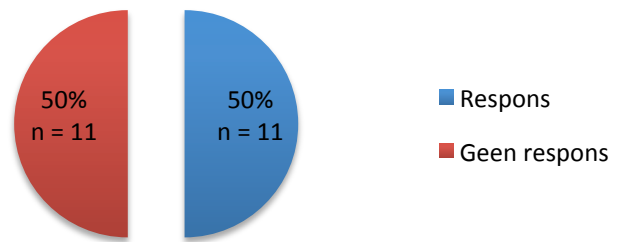
Vier (n=4) respondenten geven hierover hun mening. De gehanteerde hulpmiddelen verschillen per medewerker. Twee respondenten geven aan de ‘levensdomeinen’ te hanteren in hun gesprekken met de cliënten. Eén van deze twee respondenten geeft aan in de oude rehabilitatiemap van de cursus destijds te duiken op zoek naar vragenlijsten, indien een gesprek met een cliënt vast loopt. Een derde respondent gebruikt voornamelijk de zorgbehoefte lijsten en de vierde respondent het cliëntenprofiel.

4.5 – Beoordeling SRH methodiek door de cliënten

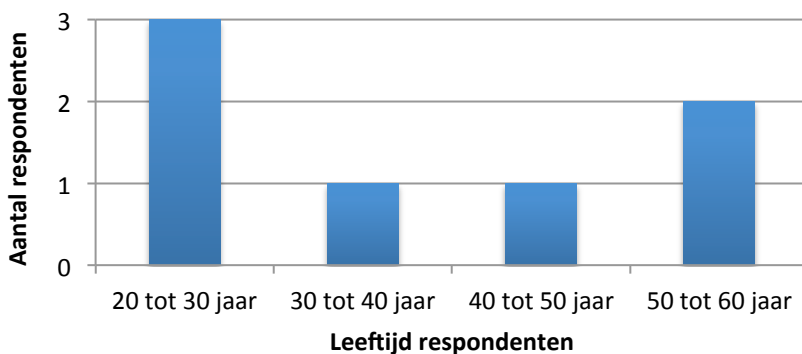
In deze paragraaf worden de uitkomsten beschreven, die bijdragen aan de beantwoording van de tweede praktische deelvraag. De uitkomsten van deze deelvraag zijn afkomstig uit afgenomen enquêtes van de cliënten.

In grafiek drie is de feitelijke weergave gevisualiseerd met betrekking tot de respons van de bewoners, verdeeld over de locaties Lichtenvoorde en Winterswijk. Te zien is dat er in totaal elf (n=11) respondenten een respons gaven op de enquête, en elf (n=11) respondenten gaven geen respons op de vraag om de enquête in te vullen.

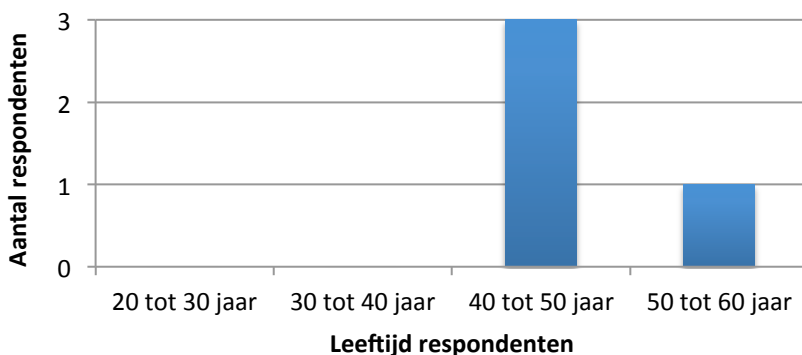
Grafiek 3 - Respons enquête cliënten



Grafiek 4 - Leeftijd bewoners GGNet Beschermd Wonen Lichtenvoorde

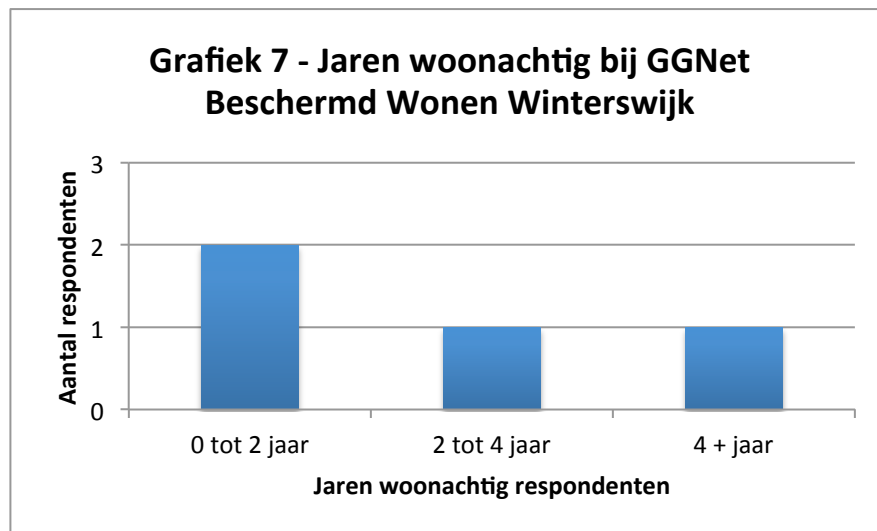
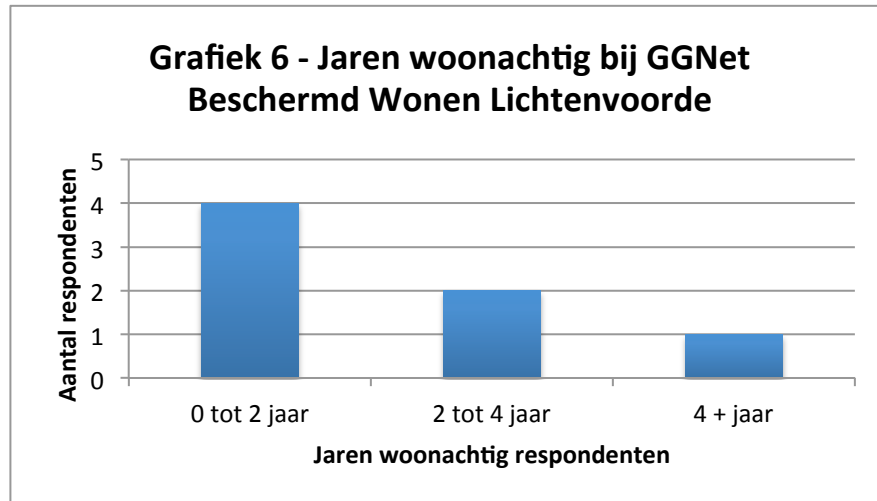


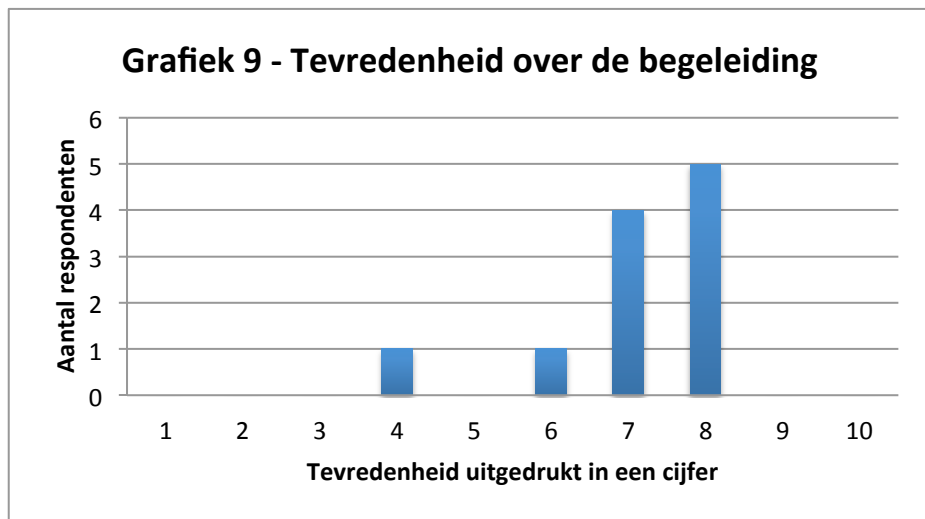
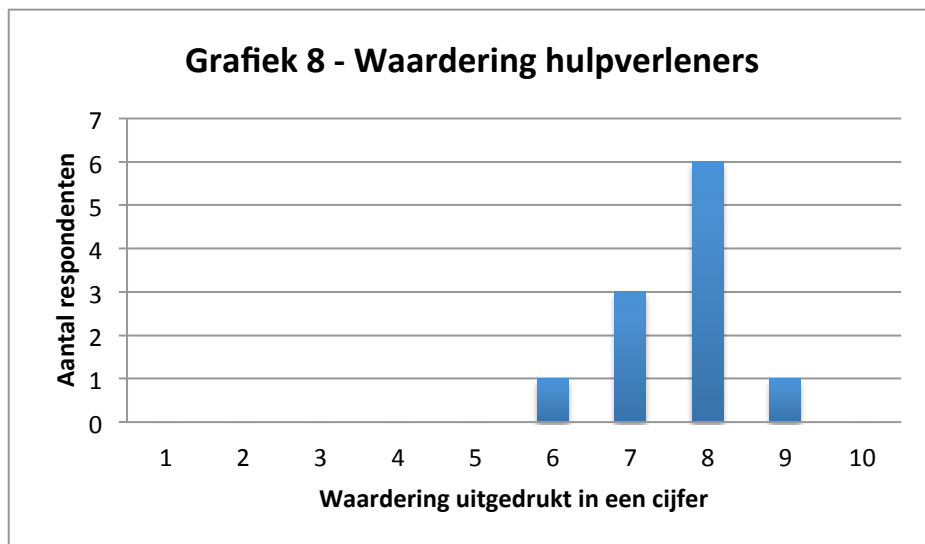
Grafiek 5 - Leeftijd bewoners GGNet Beschermd Wonen Winterswijk



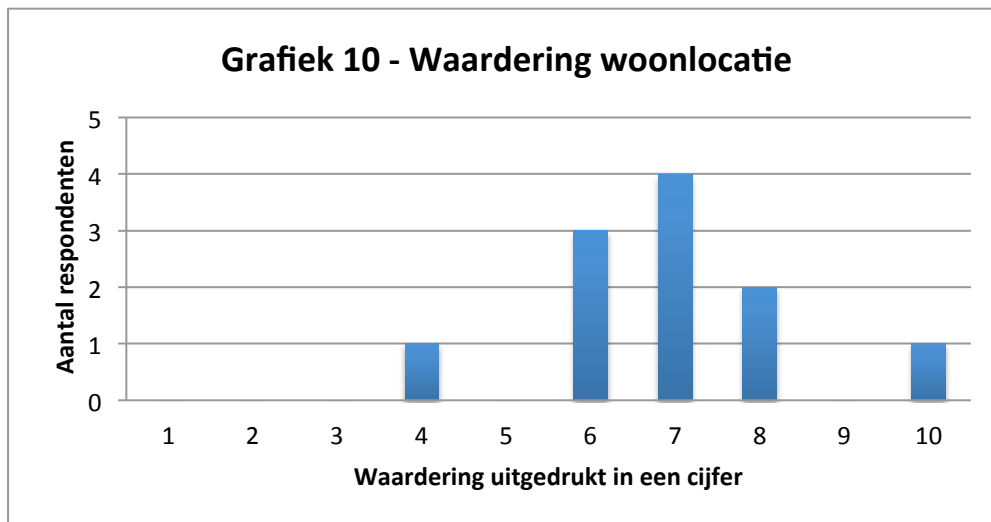
Grafiek vier en vijf geven een grafische weergave van de leeftijden van de bewoners, die respons gaven op de enquête. In grafiek vier is te zien dat er een variatie is in de leeftijd van de respondenten op locatie Lichtenvoorde, waar er drie (n=3) respondenten tussen de 18 en 30 jaar zijn, een respondent (n=1) in de categorie tussen 30 en 40 jaar valt, evenals in de categorie tussen de 40 en 50 jaar is er een respondent (n=1) en de laatste 2 (n=2) respondenten zijn nog ouder en vallen in de leeftijdscategorie tussen 50 en 60 jaar. In tegenstelling tot locatie Winterswijk, waar de leeftijden veel dichter bij elkaar liggen, zoals te zien is in grafiek vijf. In Winterswijk zijn er drie (n=3) respondenten die een leeftijd hebben in de categorie tussen 40 en 50 jaar, en één (n=1) respondent heeft een leeftijd tussen de 50 en 60 jaar.

Grafieken zes en zeven geven de jaren aan, die de bewoners woonachtig zijn bij GGNet Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk. In grafiek zes is te zien dat er vier (n=4) respondenten tussen 0 en 2 jaar wonen bij Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde, twee (n=2) respondenten wonen er tussen 2 en 4 jaar, en één (n=1) respondent woont er al veel langer, namelijk 12 jaar. In Winterswijk is er een andere verdeling te zien in verblijf bij Beschermd Wonen, zoals te zien is in grafiek zeven. Twee (n=2) respondenten wonen er tussen 0 en 2 jaar. Één (n=1) respondent woont er tussen de 2 en 4 jaar, en de laatste respondent (n=1) woont er tussen de 4 en 6 jaar.





In de volgende grafieken zijn achtereenvolgens de waardering voor de hulpverleners, tevredenheid over de wijze van begeleiding, waardering van de woonlocatie en tot slot de waardering met betrekking tot gezamenlijke activiteiten met de hulpverleners gevisualiseerd. Gemiddeld geven de bewoners van Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk een 7,6 als waardering voor hulpverleners. In grafiek acht is te zien hoe deze cijfers zijn opgebouwd. Er is geen enkel cijfer gegeven onder de zes. Verder is er in grafiek negen een cijfer gegeven over de 'tevredenheid over de wijze van begeleiding', waar te zien is dat er een enkele uitschieter is naar beneden, namelijk een cijfer vier. Verder liggen de cijfers tussen de zes en acht, op een schaal van tien. De respondenten (n=11) geven een gemiddelde waardering van 7,1 over de wijze van begeleiding.



Vervolgens is de respondenten ($n=11$) gevraagd hun waardering uit te spreken over de woonlocatie, zie grafiek tien, waar acht ($n=8$) respondenten een cijfer geven tussen de zes en de acht. Verder zijn er twee uitschieters, één ($n=1$) respondent geeft de woonlocatie het cijfer tien, en de ander ($n=1$) geeft de woonlocatie het cijfer vier. Als laatste werden respondenten ($n=11$) gevraagd hun mening te geven over de gezamenlijke activiteiten met de hulpverleners, zie grafiek elf. De respondenten ($n=11$) gaven een gemiddeld cijfer van 6,5 voor de waardering over de gezamenlijke activiteiten met de hulpverleners, waar te zien is dat er tien ($n=10$) respondenten een cijfer geven tussen de vijf en de tien, op een schaal van tien. Het gemiddelde wordt echter naar beneden getrokken door één ($n=1$) respondent, die het cijfer één gaf.

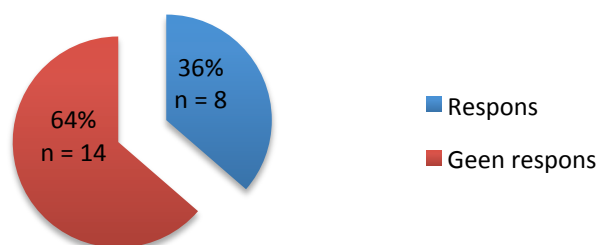


4.6 – Beoordeling geboden zorg aan de hand van familieleden van bewoners

In deze paragraaf worden de uitkomsten beschreven, die bijdragen aan de beantwoording van de derde praktische deelvraag.

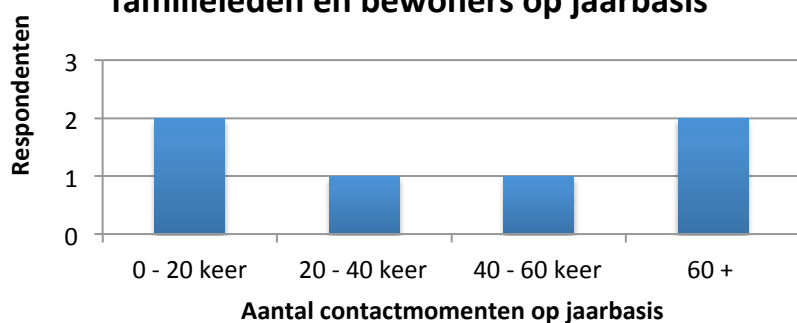
In grafiek twaalf is de respons weergegeven van de familieleden op de enquête. Van de aangeboden enquêtes is van een zestal (n=6) familieleden respons ontvangen.

Grafiek 12 - Respons enquête familieleden



In onderstaande grafieken, dertien en veertien, zijn de frequentie van contactmomenten tussen de familieleden en de bewoners weergegeven op jaarbasis. Daarnaast is de kwaliteit van het contact tussen de familieleden en de hulpverleners grafisch weergegeven. In grafiek

Grafiek 13 - Contactmomenten tussen familieleden en bewoners op jaarbasis

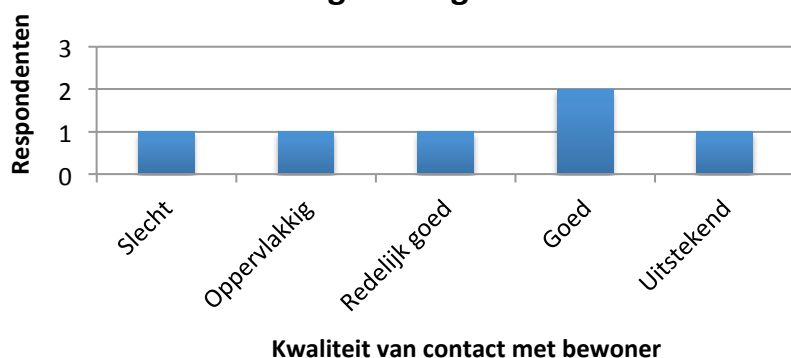


dertien is te zien dat er twee (n=2) respondenten tussen 0 en 20 keer hun familielid bezoeken. Er is één (n=1) respondent die tussen 20 en 40 keer het familielid bezoekt. Er is nog één (n=1) respondent die tussen 40 en 60 keer het familielid bezoekt op jaarbasis. Tenslotte, zijn er twee (n=2) respondenten die meer dan 60

keer per jaar hun familielid bezoeken. Verder laat grafiek 14 de kwaliteit van contact tussen de familie en de begeleiding zien. Deze grafiek laat zien dat er één (n=1) respondent het contact kwalitatief slecht vindt tussen de familie en de begeleiding. Een andere respondent (n=1) vindt het contact oppervlakkig met de begeleiding. Verder is er nog een (n=1) respondent die het contact als redelijk goed ervaart, en twee (n=2) respondenten ervaren

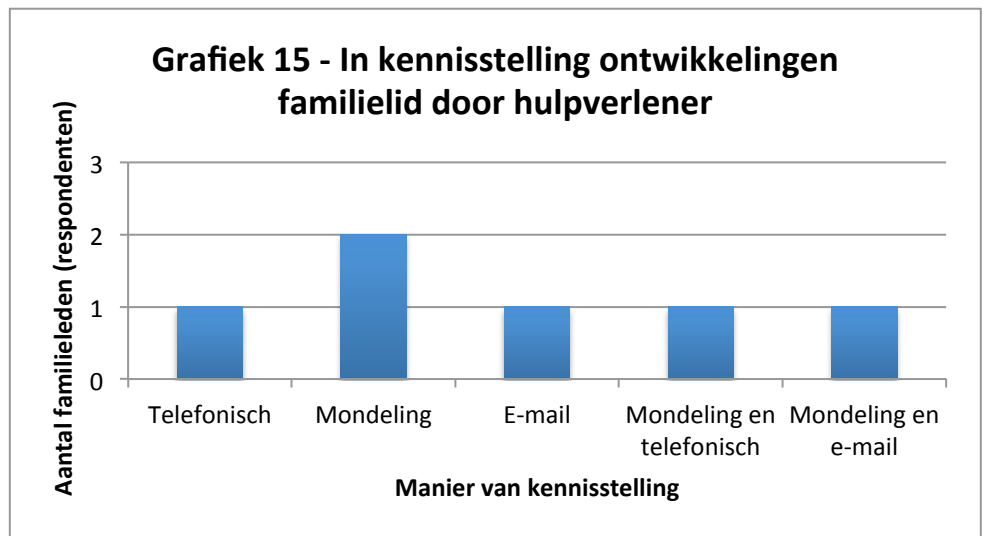
het als een goed. Nog een laatste (n=1) respondent ervaart het contact met de professionals als uitstekend.

Grafiek 14 - Kwaliteit van contact tussen familie en begeleiding van bewoner



Onderstaande grafiek vijftien geeft antwoord op de vraag uit de enquête op welke wijze het familielid in kennis gesteld wordt over ontwikkelingen met betrekking tot het familielid, ofwel bewoner.

Vier (n=4) respondenten worden mondeling op de hoogte gehouden over ontwikkelingen van hun familielid. Hierbij geven twee (n=2) respondenten tevens aan naast een mondelinge berichtgeving, ook nog een verslaglegging ontvangen op schrift dan wel via de mail. De overige twee (n=2) respondenten worden middels telefonisch contact dan wel via de mail op de hoogte gebracht van ontwikkelingen.



Op de vraag of het familielid (bewoner) een gelukkige indruk maakt, antwoorden vijf (n=5) positief. Als motivatie op deze antwoorden gaven de respondenten achtereenvolgens op dat de familielid (bewoner) in zijn waarde wordt gelaten en uitgedaagd, vertrouwen ontvangt van de hulpverlener, rust die hij verkrijgt en gevoel van veiligheid verkrijgt. Eén respondent gaf hierop een negatief antwoord, met als motivatie dat het familielid last ondervindt om met andere bewoners samen te wonen.

Op de vraag of het familielid (bewoner) meer levensvreugde heeft gekregen antwoorden de respondenten (n=6) zeer verschillend. Eén respondent geeft aan dat het familielid meer levensvreugde heeft verkregen door zoveel mogelijk een normale levensstijl aan te leren. De zelfredzaamheid wordt vergroot door hem uitdagingen te bieden.

“Ondanks dat wij, als familie, dachten dat hij aan zijn top van zijn kunnen zat, probeert de begeleiding verder te komen. Doordat hij op zichzelf is gaan wonen met de professionele begeleiding, is zijn zelfredzaamheid toegenomen”.

Een andere respondent geeft aan dat hun familielid vertrouwen krijgt door de begeleiding, hij ertoe doet en meer dingen kan dan hij denkt. Door hem los te laten en te steunen wordt zijn zelfredzaamheid vergroot. Een derde respondent geeft aan dat hun familielid meer vrienden en kennissen in haar buurt heeft opgebouwd en veel zelf doet. Een vierde respondent geeft aan niet meer levensvreugde te ontdekken bij hun

familielid, iets wat te maken heeft met de dagbesteding en de vrienden die hij om zich heen heeft. Hij lijkt meer zelfredzaam dan toe hij thuis woonde en zien meer dingen die hij zelfstandig kan.

De vijfde respondent ziet af en toe iets meer levensvreugde bij het familielid, maar vaak wordt door het verleden zijn stemming wat minder. De zelfredzaamheid wordt vergroot door te vragen naar zijn wensen. Een zesde respondent herkent niet meer levensvreugde bij het familielid, vooral veel depressies. Door hem opdrachten op te leggen en verder spelletjes met hem te spelen lijkt het of de zelfredzaamheid is toegenomen, al is dat moeilijk aan te geven.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal er een conclusie worden getrokken aan de hand van de beschreven theorie en de resultaten, die beschreven zijn in hoofdstuk vier.

5.1 – Interviews professionals

Aan de hand van het onderzoek kwam naar voren dat de belangrijkste bevorderde factoren van de SRH methodiek is dat er voldoende tijd beschikbaar is, er is een cursus over de SRH geweest, toepasbaarheid registratiemiddel, de SRH methodiek gericht is op zelfstandigheid van de cliënt, vraag achter de vraag, er is een cyclische benadering, een eyeopener, SRH werkt activerend en als laatste haal je met de SRH het maximaal haalbare uit de cliënt. Verder zijn de belangrijkste belemmerende factoren tijdsdruk, kennisniveau van de methodiek, veelomvattendheid SRH, toepasbaarheid EPD als registratiemiddel, te hoog gegrepen wens van de cliënt, hospitalisatie hulpverleners.

In de literatuur is beschreven dat de SRH methodiek zich centreert rond het opbouwen en het behouden van een goede relatie met een cliënt, en dat dit van essentieel belang is (Rino groep, 2016). De benodigde tijd varieert per cliënt, maar ongeacht de hoeveel tijd per cliënt, krijgen de professionals voldoende tijd vanuit de organisatie. Op deze manier kan de relatie goed kan worden opgebouwd. De professionals ervaren het hebben van voldoende tijd als zeer positief. De SRH methodiek gaat uit van de kracht van de cliënt, waarbij de professionals aangeven, dat deze eigen kracht ook terug te zien is bij de cliënt wanneer er gewerkt wordt aan de hand van de SRH methodiek. De cliënt heeft zelf de regie en wordt bewust gemaakt van zijn eigen kracht en is op deze manier sterk gemotiveerd om zijn doel te bereiken. Verder geeft één respondent aan dat doormiddel van de SRH methodiek vaak de vraag achter de vraag kan worden achterhaald; de diepgewortelde wens van de cliënt. Deze diepgewortelde wens draagt bij aan het bereiken van een optimale motivatie bij de cliënt om zijn of haar eigen wens in vervulling te laten gaan. Daarnaast heeft de cyclische benadering een bevorderende werking aangezien het proces stapsgewijs doorlopen wordt en daarmee kan het houvast bieden aan de professional en duidelijkheid creëert bij de cliënten. Het werken met de SRH methodiek heeft ten opzichte van werkwijzen van andere disciplines, zoals behandelen en SPV'ers, een verhelderende werking. Zo omschrijft één respondent het als een 'eye-opener', doordat de SRH erg breed is en van uit verschillende invalshoeken naar een cliënt gekeken wordt. Tot slot heeft de SRH een activerende werking volgens een drietal respondenten. Het weer in beweging komen én actief blijven werken aan de wens van de cliënt zijn aspecten die door de respondenten als bevorderend wordt ervaren. Ook hier komt men tot de conclusie dat door de veelzijdigheid van de SRH methodiek ingangen en mogelijkheden aanwezig blijven om een cliënt te activeren en in actie te blijven houden. Vanuit de theorie wordt het relatieaspect sterk benadrukt aangezien het essentieel is om een goede relatie op te bouwen én te behouden, alvorens er gewerkt kan worden aan de doelstelling(en) van de cliënt

(Wilken & Hollander, 2003). De respondenten verwoorden dit ook tijdens de interviews door uitspraken als *‘vanuit het begin werk je samen aan een gelijkwaardige vertrouwensrelatie richting een werkrelatie’* en *‘vertrouwen speelt hierbij een belangrijke rol’*. Meervoudige betrokkenheid wordt positief ervaren door in het proces zowel vanaf de zijde van de cliënt als ook de zijde van de professionals anderen betrokken kunnen worden. De respondenten geven hierbij aan gebruik te kunnen maken van enerzijds het netwerk van de cliënt, zoals familieleden en anderzijds het multidisciplinaire team, zoals teamleden, behandelaren, psychologen en maatschappelijk werkers. Ook onderschrijft een respondent de noodzaak van onderlinge communicatie om van elkaar te blijven leren. Dit kenmerkt de houding van de professionals. Indien deze houding een passief karakter krijgt, bestaat de kans dat de professionals tekenen van hospitalisatie gaan vertonen. Nagenoeg alle respondenten geven aan dit als een belemmerende factor te onderkennen.

Verder is er een gemengd beeld ten aanzien van het kennisniveau van de SRH, EPD als registratiemiddel, factor tijd, veelomvattendheid van de SRH en de hulpmiddelen. Alle professionals geven aan dat zij een cursus hebben gehad in de SRH methodiek. De meesten geven aan dat het een zeer gedegen cursus is, wat een solide basis vormt om te kunnen werken met deze methodiek. Doch gaven enkele professionals aan dat ze weinig tot geen kennis hebben van de SRH methodiek, ondanks dat de professionals hier een cursus in hebben gehad, en wanneer deze kennis van de SRH in mindere mate aanwezig is, zorgt dit ervoor dat het kennisniveau van de methodiek als belemmerend wordt ervaren. Een enkele professional neemt het cursusboek van tijd tot tijd nog ter hand als ondersteuning. Verder wordt het gebruik van het EPD door enkele professionals als prettig ervaren. Dit systeem beschrijft op duidelijke wijze de doelen van de cliënt, anderzijds ondervinden andere professionals het als onvolledig en niet overzichtelijk. Deze onvolledigheid komt vaak tot uiting wanneer andere professionals een cliënt moeten begeleiden. De subdoelen en acties van plannen zijn bijvoorbeeld niet goed terug te vinden en daarom wordt dit ook als belemmerend ervaren, wat uiteindelijk zorgt voor een gemengd beeld ten aanzien van het gebruik van het EPD. Als derde is er een gemengd beeld ten aanzien van de factor ‘tijd’. Zo wordt tijdsdruk ervaren als een belemmerende factor. De personele bezettingsgraad is tot op heden niet optimaal. Zo komt men nog 1,5 fulltime equivalent (FTE) tekort. Daarnaast zorgt de dag invulling van de cliënten ervoor dat contactmomenten en daarmee de begeleiding in het nauw komt. De toename van ambulante cliënten, naast cliënten van Beschermd Wonen, zorgt ervoor dat hulpverleners een grotere ‘case-load’ krijgen. De beschikbare tijd dient dan ook verdeeld te worden over de ambulante cliënten en de reeds aanwezige bewoners van Beschermd Wonen. Een enkele professional ervaart tijdsdruk, doordat het opbouwen van een werkzame relatie bij sommige cliënten véél tijd kost. Dit laatste wordt ook beschreven in de theorie met betrekking tot de SRH methodiek. Daarentegen ervaren de meeste professionals wel over voldoende tijd te beschikken om een gedegen en werkzame relatie op te bouwen met hun cliënt. De organisatie GGNet onderkent dit aspect en stelt dan ook alle benodigde tijd

ter beschikking aan de professionals en cliënten. De SRH methodiek biedt een breed scala aan mogelijkheden om met de cliënt te werken aan zijn of haar wens. Enerzijds wordt deze veelomvattendheid aan hulpmiddelen als belemmerend ervaren, doordat men 'door de bomen het bos niet meer ziet' aldus één van de respondenten. Anderzijds biedt deze veelomvattendheid aan hulpmiddelen de professional de vrijheid om die hulpmiddel te hanteren die volgens hem of haar het beste past bij de situatie van de cliënt én de werkwijze van de professional. Zoals al eerder beschreven bij activerende houding, bieden hulpmiddelen openingen om te kunnen blijven werken als het hulpverleningsproces is vastgelopen.

Tot slot is er een gemengd beeld tussen 'het maximaal haalbare' en 'te hoog gegrepen wens van de cliënt'. De helft van de professionals geeft aan de cliënten zelf te laten ondervinden of een wens haalbaar is. Mocht de wens niet haalbaar zijn, dan wordt deze bespreekbaar gemaakt met de cliënt en soms met mensen uit het netwerk van de cliënt. Dit zorgt ervoor dat er vooral gekeken wordt naar wat een cliënt nog wel kan en niet wat een cliënt niet kan. Deze positieve insteek ondervindt één professional tevens als lastig, aangezien een wens van een cliënt niet altijd uitvoerbaar is indien het ziektebeeld een belemmering vormt.

5.2 – Enquête cliënten

Bij de enquêtes van de cliënten was er een lage respons. De oorzaak van deze lage respons is te verklaren, dat menig cliënt niet of moeilijk in staat is om zijn of haar mening te uiten aan derden.

Het gemiddelde cijfer over de tevredenheid van de begeleiding wordt door één cliënt erg naar beneden getrokken, de rest van de cliënten waarderen de tevredenheid als een ruime voldoende. Als een verklaring voor de waardering van de hulpverleners geven de meeste cliënten aan dat er veel tijd, energie en interesse wordt geïnvesteerd in hen om een goede werkzame relatie op te bouwen én te behouden. Deze cliënten voelen zich bij de hulpverleners op hun gemak en vertrouwen hen. De cliënten beoordelen de begeleiders als aardig en hulpvaardig. Verder scoort 'gezamenlijke activiteiten die cliënten met de hulpverlener doen' net een voldoende, wat vooral komt door één cliënt die een cijfer één toekende. Deze betrokken cliënt trekt zich vooral terug op haar kamer en is graag op haar zelf en dit zorgt ervoor dat activiteiten met hulpverleners niet plaatsvinden.

De waardering voor de woonlocatie krijgt gemiddeld een 7 min. Deze waardering is zo laag omdat cliënten een kleine eigen kamer hebben en gemeenschappelijke ruimtes moeten delen. Ook de gehorigheid in de huizen zorgt ervoor dat het cijfer wat lager is. Concluderend, zien de onderzoekers dat cliënten in hun waarde worden gelaten, er veel tijd in de cliënten wordt geïnvesteerd en wensen centraal staan in het zorgproces.

5.3 – Enquête familieleden

Bij de enquêtes van de familieleden van de cliënten was er ook een lage respons. De oorzaak van deze lage respons van de familieleden is, volgens de onderzoekers, mogelijk het gevolg van de matige betrokkenheid van familieleden bij de cliënten die opgenomen zijn in een psychiatrische instelling. Familieleden hebben vaak al moeilijke en lastige periodes met cliënten meegemaakt en trekken daardoor zich wat verder terug van de behandeling van cliënten.

De contactmomenten die familieleden hebben met hun familielid, de cliënt, die opgenomen is binnen Beschermd Wonen, varieert sterk. Zo lieten twee familieleden weten minder dan tien contactmomenten per jaar te hebben met de cliënt. Deze contactmomenten weerspiegelen ook gelijk de kwaliteit die de familieleden toekennen aan het contact met de begeleiding. Zo is te zien dat twee familieleden die weinig contact hebben met de cliënt, ook een slechter contact hebben met de begeleiding. De familieleden die meer betrokkenheid toonden werden ook veelal mondeling op de hoogte gebracht van de ontwikkelingen rondom de cliënt.

Samenvattend kan men stellen dat professionals en cliënten proberen om familieleden te betrekken, wat ten goede komt voor de behandeling volgens de SRH methodiek. Als familieleden minder betrokken zijn bij het zorgproces, heeft dit vaak te maken met het verleden van cliënt en familielid en niet zo zeer met de SRH methodiek.

5.4 – Hoofdvraag

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

“Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de rehabilitatiemethodiek SRH, die binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet wordt gebruikt?”

De basis van de SRH methodiek, *het beste uit de cliënt halen*, zit diep geworteld in de professionals. Wat verschillende malen naar voren komt, is dat de SRH methodiek door alle professionals wordt gedragen. Ondanks de veranderingen in de zorg, verkrijgen deze professionals nog steeds de mogelijkheid om de benodigde tijd te investeren in de steeds mondiger wordende cliënt. Anderzijds ontstaat er door de verandering van zorg, waarbij meer cliënten ambulant gaan wonen, tijdsdruk bij de professionals.

Hoewel de professionals aangeven dat zij een gedegen opleiding hebben gekregen, is dit niet bijgehouden, waardoor het huidige kennisniveau niet meer is zoals het zou moeten zijn. Mede door de veelomvattendheid van de SRH methodiek, maakt dat de kennis bijgehouden dient te worden. Het ontbreken van coaches en intervisies draagt niet bij aan een optimale zorgverlening volgens de SRH methodiek.

De eigen kracht en de wens van de cliënt, die binnen de SRH methodiek centraal staan, staan bij de professionals hoog in het vaandel. De professionals staan echt naast de cliënten en zorgen dat zij samen het zorgproces doorlopen. Verder kent het gehanteerde registratiemiddel, zowel bevorderende als belemmerende aspecten.

Merendeel van de cliënten als ook van de familieleden ervaren nauwe betrokkenheid bij het zorgproces van hun familielid. Dit is ook terug te vinden in de waardering met betrekking tot de betrokkenheid met professionals.

5.5 – Aanbevelingen

Aan de hand van dit onderzoek zijn er vijf aanbevelingen opgesteld die hieronder beschreven zijn.

5.5.1 – Hernieuwd onderzoek naar de SRH methodiek op andere locaties

Voor de organisatie GGNet kan het interessant zijn een hernieuwd onderzoek te doen naar de SRH methodiek op verschillende locaties om te zien of er binnen GGNet verschillen zijn. Niet alleen verschillen met betrekking tot de aanpak van de SRH methodiek, maar ook of professionals afdoende kennis hebben met betrekking tot de SRH methodiek.

5.5.2 – Opnieuw coaches aanstellen

Aan de hand van de interviews lieten de uitkomsten zien dat de professionals het een gemis vinden dat er geen coaches meer zijn om hen te ondersteunen bij de SRH methodiek. Een coach dient niet alleen om een professional te ondersteunen in het zorgproces, ook kan deze bijdragen aan het verder ontwikkelen van de professional en de kwaliteit te bewaken van de toepassing van de SRH methodiek.

5.5.3 – Her-/bijscholing op het gebied van de SRH methodiek

Tijdens de interviews gaven enkele professionals aan dat ze weinig tot geen kennis hadden van de SRH methodiek, terwijl deze methode een veelgebruikte methodiek is binnen het Beschermd Wonen. Het is daarom ook van belang dat de hulpverleners hierin geschoold worden en de kennis behouden blijft.

5.5.4 – (Flexibele) werktijden

Het is vaak moeilijk om contactmomenten met de professional te garanderen tijdens de reguliere arbeidsuren, aangezien de cliënt veelal een dagbesteding dan wel werk heeft op deze tijdstippen van de dag. Mogelijkheden om hier op in te springen zijn het flexibel omgaan met werktijden van de professional of cliënt bezoeken op locatie van dagbesteding of werk, in samenspraak met de cliënt.

5.5.5 – Intervisie

Het delen van ervaringen en van het toepassen van de SRH methodiek draagt zorg voor een kennisverbreding van de professional. Verder het bespreken van knelpunten in de behandeling van cliënten zorgt uiteindelijk weer voor zorgoptimalisatie.

5.6 – Sterkte en zwakte punten van het onderzoek

In deze paragraaf zullen de sterkte en zwakte punten beschreven worden, die tijdens het onderzoek naar voren kwamen.

Tabel 2 – Sterkte en zwakte punten van het onderzoek

Sterktes	Zwaktes
✓ Literatuuronderzoek vormt de basis ✓ Triangulatie ✓ Interviews met professionals ✓ Enquêtes afgenomen door een neutraal en onbekend persoon	- Gestelde kaders steekproef cliënten en familieleden van cliënten - Niveau bij de professionals niet goed afgestemd - Enquêtes afgenomen door een neutraal en onbekend persoon - Dubbele vragen bij de enquêtes van de familieleden

5.6.1 – Sterke punten van het onderzoek

Literatuuronderzoek vormt de basis

Aan de hand van de uitkomsten van het literatuuronderzoek hebben de dataverzamelmethodevorm gekregen. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de dataverzamelmethodevorm zijn met elkaar vergeleken wat weer van invloed is op de betrouwbaarheid en de validiteit het onderzoek.

Triangulatie

Er zijn binnen dit onderzoek drie verschillende dataverzamelmethodevorm gebruikt om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag. Het gebruik van drie verschillende dataverzamelmethodevorm vergroot de interne validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Interviews met professionals

De onderzoekers hebben een neutrale houding, zonder vooroordeel, dit zorgt ervoor dat de professional vrijuit kan spreken en de onderzoeker goed kan doorvragen hoe de professional het precies bedoelt. Doordat de onderzoeker vanuit de theorie goed onderlegd was, merkte men in gesprekken dat de onderzoeker een gelijkwaardige gesprekspartner was.

Enquêtes afgenomen door een neutraal persoon

Voor de kwaliteit van het onderzoek, en om enige 'bias' te voorkomen, is het goed geweest dat een neutraal persoon de enquêtes heeft afgenomen. Op deze manier zijn de respondenten tijdens de enquêtes niet beïnvloed.

5.6.2 – Zwakte punten van het onderzoek

Gestelde kaders steekproef cliënten en familieleden van cliënten

De uitkomsten van deze enquêtes beschrijven gevoelens en beleving die moeilijk te spiegelen zijn aan de gehanteerde SRH methodiek. Verder hebben niet alle cliënten en familie van cliënten meegewerkt aan de enquête waardoor deze moeilijk te spiegelen is aan de gehele populatie.

Niveau bij de professionals niet goed afgestemd

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat enkele vragen niet begrepen werden door de hulpverleners. Het is daarom wenselijk om voor een volgend onderzoek eerst een vooronderzoek te doen om het kennisniveau te bepalen, waardoor de vraagstelling meer resultaten zal opleveren. Bij een niet optimale afstemming van de interviewvragen op het kennisniveau ontstaat de kans, dat de vraag op verschillende manieren uitgelegd wordt per respondent, en dit zou te allen tijden voorkomen moeten worden.

Enquêtes afgenomen door een neutraal en onbekend persoon

Het is een sterkte van het onderzoek om bij het afnemen van de interviews gebruik te maken van een neutraal en onbekend persoon. Daar de professionals anoniem en vrijuit konden praten over hun ervaringen in het werken met de SRH methodiek. Bij de enquêtes is het af nemen door een neutraal en onbekend persoon als minder positief ervaren, daar deze geen vertrouwensband heeft met de cliënt en de familie. Cliënten zijn over het algemeen achterdochtig, angstig en wantrouwend vanuit hun psychische belevingen, wat het lastig maakt om als onbekend persoon contact met hen te krijgen.

Dubbele vragen bij de enquêtes van de familieleden

Bij de enquêtes merkten de onderzoekers op, dat op enkele vragen hetzelfde antwoord werd gegeven. Hieruit kunnen de onderzoekers een leer trekken dat sommige vragen of teveel op elkaar leken of onduidelijk waren. Deze dubbele vragen gelden ook voor enkele interviewvragen die werden gesteld aan de professionals. Het zorgde ervoor dat de professionals enkele keren hetzelfde antwoord gaven op een totaal andere vraag.

5.7 – Discussie

Tijdens het onderzoek kregen de onderzoekers in de gaten dat er wel een cursus is geweest in de SRH methodiek, vanuit de instelling. Deze kennis werd echter niet bijgehouden en geëvalueerd door de instelling. Verder gaven de professionals aan dat het gemis van de coaches groot is en de kennis enigszins verdwenen is door de veelomvattendheid van de SRH. Tevens is niet elke cliënt een rolmodel, en

daarom zou er aan het begin van het traject goed gekeken moeten worden of de SRH wel toepasbaar is op de betreffende cliënt als hij geen inzet toont. De SRH gaat namelijk van de kracht/wens van de cliënt uit. Daarom komen de onderzoekers op de volgende stelling voor deze discussie:

‘De SRH methodiek verdient investering van zowel de instelling (geld), van de hulpverlener (kennis) en van de cliënt (inzet)’.

Het is evident dat voor een goede zorg, voldoende én goed opgeleid personeel benodigd is. Het kabinet zorgt daarom voor voldoende opleidingsplaatsen in de zorg. Tot 2015 stelde de Nederlandse overheid extra geld beschikbaar voor extra opleidingsplaatsen voor een aantal medische beroepen. Na 2015 is de organisatie van de zorg in Nederland sterk veranderd en daardoor ook de inhoud van de beroepen en opleidingen. Het zorginstituut Nederland, het voormalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) houdt zich onder meer bezig met vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Daar de zorg vanaf 2015 anders wordt georganiseerd, heeft dat ook gevolgen voor mensen die nu in de zorg werken (Rijksoverheid, 2016).

Een schril contrast is te zien als we kijken naar de investeringen die gedaan worden door zorgorganisaties. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) verleende in 2014 circa 436 miljoen euro aan garanties. In 2013 bedroeg dit nog 754 miljoen euro. Verder valt uit het jaarverslag 2014 van het WFZ op te maken dat de totale garantie-omvang verder daalt en steeds meer zorginstellingen onder toezicht staan (Zorgvisie, 2015).

Zeggen en doen, zijn twee totaal verschillende zaken. Nederland beschikt over een uitgebreid zorgstelsel, waar ontwikkelingen elkaar ‘snel’ opvolgen. Op de vraag hoe Nederlanders denken over de geboden zorg in Nederland, zijn verreweg de meeste Nederlanders wel tevreden over de gezondheidszorg. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) concludeert dat ‘Nederlanders van mening zijn dat de zorg in Nederland de afgelopen jaren weliswaar achteruit is gegaan en in het komende jaar 2016 bovendien nog verder zal verslechteren, maar niettemin toch goed was en is en vermoedelijk ook zal zijn’ (Zorgvisie, 2015).

De bezorgdheid zal hoogstwaarschijnlijk de komende jaren blijven bestaan. Daarom is het van groot belang te kijken waar wij, Nederlanders, allen onze bijdrage kunnen leveren. We dienen ons zelf bewust te maken van onze sterktes en zwaktes om ons verder te ontwikkelen naar een hoger doel; een optimale zorg in Nederland. In dit onderzoek zijn diverse signalen van de hulpverleners naar voren gekomen. Uit de interviews met de professionals is naar voren gekomen dat GGNet na enkele jaren na invoering van de SRH methodiek, de functie van coaches heeft afgeschaft. Mede hierdoor is het huidige kennisniveau van de professionals niet meer up-to-date. Het ontbreken

van kennis kan zorg dragen dat professionals zichzelf isoleren, zich niet vernieuwen dan wel verbreden en daarmee hun eigen professionele ontwikkeling belemmeren. Het woord hospitalisatie bij hulpverleners is een mogelijk gevolg. Daarnaast zorgt ook het ontbreken van intervisie onder de professionals, dat men zichzelf als het waren op een 'eiland plaatst', veelal op automatisme verder gaat en men stil komt te staan in de persoonlijke, professionele ontwikkeling. Het grote voordeel van scholing en intervisie is dat men elkaar blijft activeren, de geleverde zorg verbetert en niet 'vastroest' in hun eigen werkveld.

Mogelijk dat dit onderzoek kan bijdragen aan een verdere aanzet voor een vervolgonderzoek en/of actie binnen GGNet Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk.

Bibliografie

Actiz. (2014). *Clienten en zorgondernemers vinden wet langdurige zorg een gemiste kans*.

Opgeroepen op maart 16, 2016, van Actiz:

<http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/pers/clinten-en-zorgondernemers-vinden-wet-langdurige-zorg-een-gemiste-kans>

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, v. d., et al. (2013). *basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers b.v.

ePsychiater. (2016). *Psychiatrie*. Opgeroepen op maart 16, 2016, van e-Psychiater:

(<http://www.e-psychiater.nl/psychiatrie/>).

GGZ Nederland. (2013). *Meerjarenvisie 2013-2020*. Opgeroepen op maart 16, 2016, van GGZ

Nederland: [http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/2013-](http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/2013-396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf)

[396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf](http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/2013-396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf)

GGZ totaal. (2016). *DSM-5*. Opgeroepen op maart 16, 2016, van GGZ totaal:

http://www.ggztotaal.nl/pg-29166-7-89824/pagina/dsm_5.html

Movisie. (2015). *Veranderingen GGZ vragen gemeenten vooruit te denken*. Opgeroepen op

maart 16, 2016, van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/veranderingen-ggz-vragen-gemeenten-vooruit-te-denken>

Rijksoverheid. (2016). *Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ*. Opgeroepen op maart 16, 2016,

van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>

Rijksoverheid. (2016). *Opleiden van zorgpersoneel*. Opgeroepen op maart 30, 2016, van

Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/inhoud/opleiden-van-zorgpersoneel>

Rino groep. (2016). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Opgeroepen op maart 16,

2016, van Rino groep: <http://www.rinogroep.nl/opleiding/1153/basisopleiding-systematisch-rehabilitatiegericht-handelen--individuele-trajectbegeleiding.html>

RTL Nieuws. (2015). *Steeds meer verwarde mensen op straat*. Opgeroepen op maart 16,

2016, van RTL Nieuws: <http://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/steeds-meer-verwarde-mensen-op-straat>

Transitiebureau Wmo. (2014). *Beschermd Wonen*. Opgeroepen op maart 16, 2016, van Invoering wmo:
http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Informatiekaart%20Beschermd%20wonen_0.pdf

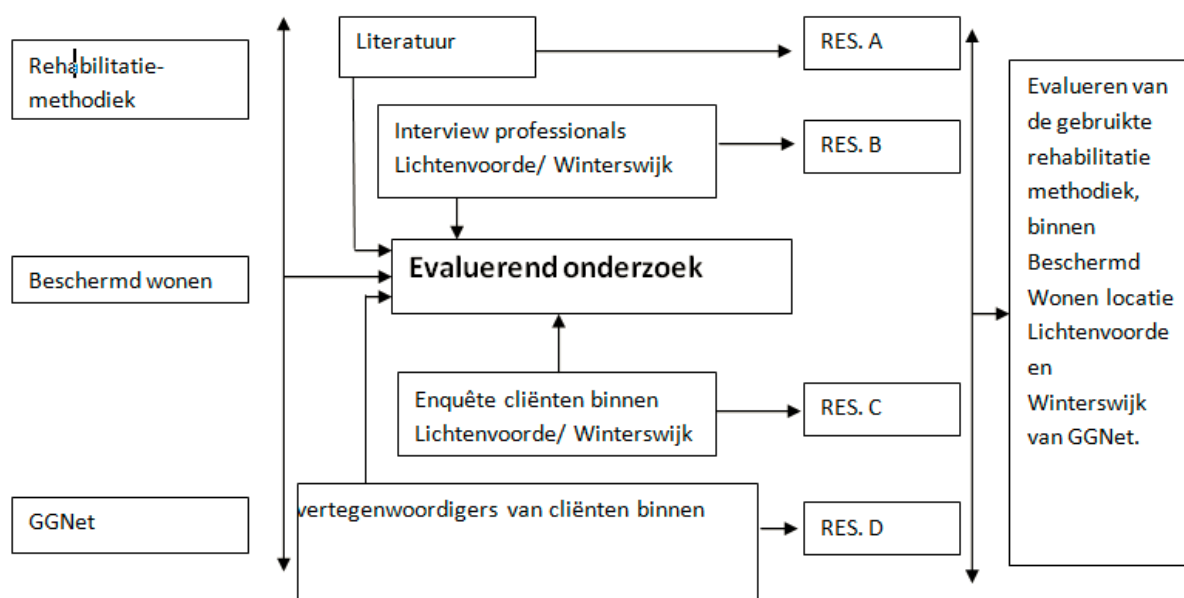
Wilken, J. P., & Hollander, D. d. (2003). Psychosociale Rehabilitatie een integrale benadering. In J. P. Wilken, & D. d. Hollander, *Psychosociale Rehabilitatie een integrale benadering* (p. 367). Amsterdam: Paul Roosenstein.

Zorgvisie. (2015, mei 27). *Investerings zorg lopen terug*. Opgeroepen op maart 30, 2016, van Zorgvisie: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/5/Investerings-zorg-lopen-terug-1767725W/>

Zorgvisie. (2015, september 30). *Nederlander bezorgd en tevreden over zorg*. Opgeroepen op maart 30, 2016, van Zorgvisie:
<http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/9/Nederlander-bezorgd-en-tevreden-over-zorg-2694195W/>

Bijlagen

Bijlage I – Onderzoeksmodel



Bijlage II – Benadering professionals

In eerste instantie hebben de onderzoekers contact gezocht met de manager en de senior verpleegkundige om te kijken of het onderzoek uitgevoerd kon worden binnen Beschermd Wonen. Nadat de manager en senior verpleegkundige akkoord hadden gegeven is er als eerste gesproken met de senior, hoe wij als onderzoekers het team Lichtenvoorde/ Winterswijk zouden kunnen benaderen om hen in te lichten over het onderzoek. Er werd afgesproken met de senior verpleegkundige dat de onderzoekers tijdens een vergadering tijd zouden krijgen om het team in te lichten over het onderzoek. Na de vergadering hebben de onderzoekers binnen het team een contactpersoon gekregen waarmee naast de senior er contact gezocht kon worden met deze contactpersoon voor de interviews, maar ook voor de enquêtes van cliënten en familieleden. Na de vergadering is er een email opgesteld en deze email is verstuurd naar de teamleden, zie de email hieronder. Van de zeven professionals reageerden er vier binnen twee weken, bij de andere drie professionals moest er achteraan worden gemaïld en werd gevraagd of zij binnen één week alsnog een mail wilden sturen met een datum en tijdstip. Twee van deze professionals spraken de onderzoekers aan toen de onderzoekers een interview af wilden nemen met andere collega's, toen is ook gelijk met hen een interview afgenomen. De laatste professional die niet heeft gereageerd, bleek naderhand ziek thuis te zijn, dit kregen we te horen van de contactpersoon in het team. Deze professional die niet reageerde bleef lange tijd uit de rotatie te zijn.

De e-mail die verstuurd is naar de professionals:

Hallo collega's,

Vanuit school moet ik een onderzoek doen, zoals jullie weten, binnen jullie team. Voor dit onderzoek moeten Hans Poelarends en ik, bij jullie een interview afnemen.

Graag zou ik van jullie was data ontvangen wanneer wij interviews bij jullie af kunnen nemen. De tijd die een interview in beslag neemt zal ongeveer een uurtje zijn, maar afhankelijk van jullie antwoorden kan dit ook korter zijn.

Het liefst zien wij van jullie tegemoet:

- 2 á 3 dagen dat jullie zouden kunnen voor een interview, met wat tijdstippen dat het jullie uitkomt.
- en als ik dan ook zo brutaal mag zijn, het liefst in de weken 48 tot en met 50.

Alvast heel erg bedankt en voor alle moeite zal ik het eerste overleg wel wat lekkers meenemen.

Met vriendelijke groet,

Joris Post,

Verpleegkundige bij GGNet
Locatie Woonzorg Eibergen
Tel.088- 933 2250

Mob; 0651415163
Email: joris.post@ggnet.nl

Bijlage III – Werkwijze interview professionals

Bij het afnemen van deze interviews hebben de professionals gezorgd voor een ruimte waar rustig gezeten kon worden en waar de professionals onder het genot van een kop koffie of thee rustig hun antwoorden konden geven. Verder zijn alle interviews opgenomen met een voice-recorder, zodat de interviews konden worden uitgeschreven en de gegevens gemakkelijk te herleiden waren.

Bijlage IV - Labelschema

Belemmerende factoren	Tijdsdruk	We hebben toch wel beperkte tijd. En zeker het laatste jaar. Gelukkig krijgen binnenkort ook een nieuwe collega erbij, die ons aan gaat aanvullen. Momenteel zitten we een beetje, tegen het plafond wat betreft onze inzet.	HV_02_13	behoud relatie /druk vanuit gemeenten
		Ik heb een aantal cliënten die nog gewoon in dienst zijn en dan is het wel eens lastig om elkaar elke week even te spreken of echt dingen te doen. Kijk een gesprekje dat is zo gedaan, maar om ook echt dingen te doen samen; daar onbreekt de tijd nog wel eens aan.	HV_02_13A	
		Al hoewel, zoals je weet, werken we ook ambulant en de gemeenten geven beschikkingen af voor een bepaalde tijd, dus dan heb je wel wat meer werkdruk.	HV_02_22A	
		Beperkt. Het is natuurlijk wel zo, we krijgen er steeds meer ambulante mensen bij. Ja en dat gaat af van de tijd die je nog te besteden had voor de woonzorg. Maar de balans slaat nog wel over dat woonzorg eerst komt en dan het ambulante.	HV_03_16A	
		Benodigde tijd? Dat is een beetje wisselend. Bij sommige gaat het heel snel en bij sommige duurt het heel lang om een goede relatie op te bouwen	HV_04_17	
	kennisniveau SRH	SRH methodiek bij GGNet; dat was in eerste instantie een pilot. Op een gegeven moment zijn de gelden daarvan terug getrokken en daarmee ook de rehabilitatiecoaches om "on the job" zeg maar die werden niet meer actief. En daardoor is het bij veel afdelingen/ woonvormen is het meer weg gezakt. Ik denk dat het analyseren en het zorgvuldig bekijken, dat dat minder zal zijn.	HV_06_08	zie ook G-16 /steeds meer ambulante cliënten buiten BW
		Ja voor mij is het al heel erg lang geleden.. ik weet het zo niet. Ik ben me er wel erg bewust van.	HV_04_22	
		Laat ik het zo zeggen; de cursus daarin die is zo lang geleden, dat heel veel weg is bij mij.	HV_03_44	
		Cursussen met betrekking tot deze methodiek? Dat hebben we allemaal gehad. Gezamenlijk he? Wat wel minder is, is dat het niet meer zo herhaald wordt. Weet je wel, dat mis je hier dan wel. Want je hebt het er eigenlijk nooit over, alleen nu praat ik er een keer over. Het is alweer zolang geleden dat ik het al bijna niet meer weet.	HV_04_08	
		Manco van de SRH vind ik dat het zo groot is, waardoor de begeleiding door de bomen het bos niet meer kan zien. Wat voor hulpmiddelen kan hij nou precies gebruiken en dat kan nog wel eens verwarrend zijn. Daarbij zou een coach een goede aanvulling zijn en ordening geven. De coach zou de SRH bij evaluaties meer naar voren halen.	HV_06_61A	
	veelomvattendheid SRH	De methodiek die sluit wel aan, want daar is over nagedacht. Alleen er wordt niet meer zoveel gebruik van gemaakt omdat de coaches zijn weg gevallen.	HV_06_41A	kwaliteitsborging door coaches weggevallen
		De SRH is wel erg veel en iemand die begeleiding erbij zou bieden, zou erg prettig zijn (coach).	HV_04_50	
	Toepasbaarheid registratiemiddel	Bij het rapporteren zijn alleen de hoofddoelen zichtbaar, de subdoelen echter niet. Zoals; Wat doet de cliënt? Wat doet de behandelaar? Wat doet de familie? Die zijn dan op dat moment niet inzichtelijk, je hebt alleen de hoofddoelen die je ziet.	HV_03_52	
		Ik denk wanneer je ook wat meer onderverdeling zou hebben, dat je dan ook wat meer zou kunnen rapporteren en ook wat dieper op de SRH in kan gaan	HV_03_53	
		Ik vind dat dit niet goed aansluit. Je moet erg goed kijken hoe je het erin zet en sommige dingen kun je er niet zo in zetten zoals ze wel zouden willen vanuit de SRH. Dit maakt het moeilijk vind ik.	HV_04_31	
		Ik maak gewoon mijn eigen plan. In het EPD zie je alleen het doel en niet het hele plan en dat maakt het erg lastig en dat mis ik dan.	HV_04_32	
		Ook het terugzoeken vind ik erg lastig, met name van andere cliënten. Bijvoorbeeld als het niet goed gaat met een cliënt.....	HV_04_37	
	Te hoog gegerepen wens van cliënt	Het wordt ook wel eens lastig, omdat de SRH veel uit gaat van de wens van de cliënt, maar de vraag is altijd of die wens realistisch is, gezien het ziektebeeld. Dit geeft nog wel eens wat onenigheid of een meningsverschil.	HV_06_64	
		Dat is niet altijd zo, dat ligt er ook aan van wat voor doel je hebt. Bijvoorbeeld een knaap die wilde opgaan voor zijn rijbewijs, had wel antipsychotica. Toen hebben we dus gezegd "probeer het maar en kijk maar eens of dat lukt", want nooit geschoten is altijd mis. De kans dat het niet zou lukken wat best aanwezig, vond ik, maar hij zelf had daar een ander idee over. Nou ja, probeer maar, maar dat is dus niet gelukt. Lukt niet, dan heeft hij het zelf ervaren en en je vertrouwen blijft.	HV_06_58	
		Soms moet je het doel herzien, omdat het of het te hoog gegrepen blijkt of niet helemaal past, dat doe je dan in overleg met elkaar. Daar zitten dan soms zitten mensen uit het netwerk erbij; mijn collega Rob en soms een arts, een behandelaar, soms allemaal. Je probeert heel creatief te zijn en te zoeken naar mogelijkheden. Soms lukt dat heel goed, soms moeizaam en soms heeft het wat meer tijd nodig. En soms moet je ook zeggen tegen een client van, en dat komt zelden voor, maar dit doel is voor jou niet haalbaar. Je zou een ander doel moeten gaan stellen.	HV_02_69	

	Teveel omvattende hulpmiddelen	Manco van de SRH vind ik dat het zo groot is, waardoor de begeleiding door de bomen het bos niet meer kan zien. Wat voor hulpmiddelen kan hij nou precies gebruiken en dat kan nog wel eens verwarrend zijn. Daarbij zou een coach een goede aanvulling zijn en ordening geven. De coach zou de SRH bij evaluaties meer naar voren halen.	HV_06_61A
		Er zijn zoveel hulpmiddelen beschikbaar, ik kan ze zo even niet allemaal benoemen en anders raadpleeg ik een collega.	HV_03_27
		Ik kan me niet goed herinneren welke (andere hulpmiddelen) dat zijn. Daar ben ik heel eerlijk in. Het is ook zoveel.	HV_04_15
	Hulpverleners hospitalisatie	Ik denk dat het gewoon ingebakken zit.	HV_01_11
		In denk dat het in het verleden ook hulpverleners gehospitaliseerd waren. Ook collega's moeten mee in het verder ontwikkelen van de cliënt.	HV_01_20
		Zit al veel in mijn eigen automatisme.	HV_02_17
		Weet je, ik moet je eerlijk zeggen dat ik heel veel automatisch doe, het zit er mij al behoorlijk in geperd.	HV_02_34
		Het woord hospitaliseren wil ik zozeer niet noemen, maar wel we zijn wel met z'n allen gestructureerd, dat heeft heeft grote voordelen, maar het is zeker een valkuil. En dat dat is ook wel een reden dat ik vind dat we elkaar goed wakker moeten houden, dat we scherp moeten zijn, dat we kritisch moeten zijn, we verder moeten kijken dan dan onze eigen kantoordeur of woonvormdeur. Ik ben zelf altijd zeer blij met stagiaires, die houden ons wakker, houden ons scherp. Die brengen vaak nieuwe input mee. Ik houd er ook van om bij te scholen, ik doe graag mee aan allerlei cursussen, workshops, allemaal wat me maar bij kan houden. Ik ben natuurlijk niet de jongste meer in het team, maar ik heb dat nodig anders ben ik bang dat ik echt ga verouderen en dat is niet de bedoeling.	HV_02_40
		Op een gegeven moment krijg je dat.	HV_03_39
		Ik vind het een heel herkenbaar fenomeen.	HV_03_41
		Mijn ervaring was dat heel zeker. Ik ben het hier mee eens. Sommigen kijken niet meer naar cliënten waardoor de ontwikkeling echt wordt beperkt. Er wordt niet meer gekeken wat cliënten zelf kunnen en dit vind ik echt heel erg.	HV_04_27
		Ik zou daarin willen zeggen... kan zijn.	HV_06_37
	Genoeg tijd beschikbaar	Het lukt me nog steeds om daar de tijd voor te nemen. Ja we hebben natuurlijk in ons achterhoofd wel een agenda... euh... maar euh... De ene client daar zit je met twee weken in en de ander heb je drie vier maanden nodig en gelukkig kunnen we die tijd nemen.	HV_02_22
		Ik vind dat wel, maar ik heb ook makkelijk praten. zeg maar. Want mijn begeleidende rol richt zich niet zozeer op de cliënten, maar op de collega's. Misschien vind ik het ook wel, omdat ik af en toe buiten de kaders om ga.	HV_06_25
		Ja ik vind van wel. Tot nu toe krijgen we voldoende tijd.	HV_03_16
		Ja. ja. Voor mijn gevoel is er genoeg tijd voor een relatie tussen mij en de cliënt.	HV_05_10
		Mijn caseload sluit goed aan bij mijn contract. Hierin verkrijg ik tot op heden nog steeds voldoende tijd voor mijn 'eigen' cliënten.	HV_01_04
	Scholing SRH	Dit is een erg lastige abstracte vraag, want voor mezelf denk ik dat ik wel genoeg tijd had/ heb. En ook wel om te behouden. Alleen de client kan dat anders gaan zien. Voor de client kan het zo zijn dat euhmz... als iemand bijvoorbeeld veel bevestiging nodig heeft. Zeg maar. enne enee dat je op een gegeven moment dat gaat afbakken en dan is het voor de client niet voldoende, maar voor mij is het dan goed en dat laat ik zien hoe ik daar in sta.	HV_06_27
		Ja, paar jaar geleden zijn alle medewerkers, in ieder alle medewerkers van woonzorg, drie dagen naar een cursus gegaan. En volgens mij een jaar daarna kregen wij een soort van herhalingscursus. Er zijn ook rehabilitatie-coaches opgeleid en die kwamen dan op een gegeven moment in het team om dan ook echt te zorgen dat er op die SRH plannen werden gemaakt.	HV_01_02
		Ja, wij zijn behoorlijk getraind daarin, hoeveel dagdelen dat weet ik al niet meer, maar dat zijn er wel fors veel geweest. Dat was toen een zeer gedegen opleiding. Ja... binnen GGNet.	HV_02_08
		Wat ik heb gedaan is natuurlijk de basiscursus SRH, vervolgens de cursus rehabilitatiecoach én de opleiding casemanagement in Nijmegen.	HV_06_12
		Cursus? Volgens mij, nou dat is al wel vijftien jaar terug, denk ik	HV_02_09
		Ja heel lang geleden. Langer dan 10 jaar geleden in ieder geval.	HV_03_07
		Cursussen met betrekking tot deze methodiek? Dat hebben we allemaal gehad. Gezamenlijk he?	
		Wat wel minder is, is dat het niet meer zo herhaald wordt.	HV_04_08
		We hebben wel eens in euhh... Ja volgens mij wel eens een een paar uurtjes gehad of een cursus of of iemand die daar wat kwam vertellen, maar dat is al JAREN geleden.	HV_05_04

tijdens kennismaking!

1e reactie positief, maar toekomstige verwachting is minder positief ivm toename van ambulante cliënten

grenzen stellen aan de beschikbare tijd naar de cliënt toe!

Bevorderende factoren	Toepasbaarheid registratiemiddel	Dus de methodiek sluit wel aan, maar dat is het proces. Mensen hebben een behoeftenprofiel , waarin je kijkt van wat is nu de echte wens. Daarvoor heb je dat cliëntenprofiel nodig, wat wil nou eigenlijk iemand, wat is het algemeen doel en van daaruit kun je kijken van hoe kun je dat behalen, waarom lukt dat nog niet?	HV_06_42	
		Dat zet je om in een planformulier, tevens heb je een algemeen inventarisatieformulier waarin je dus beschrijft van hoe gaat het nu eigenlijk? En dat kun je alleen maar samen met de cliënt. Bibliografie, wonen, dagbesteding, gezondheid , die domeinen. Dus ik vind hem aardig compleet, alleen de hulpmiddelen staan er niet allemaal in. Maar dat vind ik ook wel goed, want anders krijg je een alle gaartje en kun je door de bomen het bos niet meer zien. Die hulpmiddelen is het naslag werk zeg maar.	HV_06_43	
		Zoals de bestaande, gebruikt, heb je een cyclus. Dan is het EPD geschikt.	HV_06_51	
		Ja, je kunt er alles in kwijt. Als de doelen goed geformuleerd zijn, dan moet het in PSYGIS goed te doen zijn.	HV_01_23	
		Mensen zoveel mogelijk zelf laten doen en gericht toch op zelfstandig wonen.	HV_01_02A	
	Zelfstandigheid/ eigen kracht	Mensen zoveel mogelijk zelfstandig zelf hun dingen te laten doen. zo zelfstandig mogelijk	HV_04_03A HV_05_02A	
		Dat we vooral uitgaan van de kracht van de client en wat hij wil. Daarbij horen ook vooral de client een gezicht geven, een rol geven, kijken wat hij wil zijn, wat hij wil doen. En meegaan in zijn doelen, die hij zich stelt. Hij of zij.	HV_02_03A	
		Het is meer vanuit de mens zeg maar. Er wordt meer gekeken naar de persoon zelf, zeg maar; wat die graag wil. Dat vind ik het goede eraan. Vroeger nam je alles over en ik ben eigenlijk al nooit zo geweest. Ik laat liever de cliënt zelf wat doen.	HV_04_05	
		Dat vanuit de mens, vanuit zijn kracht, vanuit de client. Daar is het om te doen. Dat is de kracht ervan.	HV_02_05	
	vraag achter de vraag	Wat is het belangrijkste en van daaruit ga je het proces aansturen.	HV_06_04	
		Je ziet bepaalde symptomen, of er is een bepaalde vraag en dan ga je kijken wat ligt daar onder, wat echt belangrijk is waar iemand mee geholpen moet worden.	HV_06_06	
	Cyclische benadering	Jazeker, want je werkt heel systematisch. Het is niet zo maar vanuit de vrijheid blijheid; je gaat volgens een bepaalde methode te werk. Door die stappen te volgen zeg maar en door de vragenlijsten van de SRH erbij te pakken.	HV_02_14A HV_04_12	
		Maar stap voor stap, staps gewijs, als ze dan maar weten van, zie ik kan dat wel en dan de volgende keer, is de stap ook minder groot, omdat weer te doen.	HV_05_38	
		... dat noemen ze holding, handling, object presenting. Dat is dus eerst kindje vast houden, veiligheid, geborgenheid. Van daaruit toekomen naar een bepaalde handeling, naar buiten toe, actie kunnen ondernemen en op een gegeven moment daar buiten kunnen staan en ook op een gegeven moment mensen kunnen zien als een persoon in z'n hele context. Dat is object presenting.	HV_06_05	
	Eye opener	Behandelaren en SPV'ers werken volgens mij niet volgens de SRH methodiek. Het is dan ook een aanvulling voor hen die niet werken met de SRH, omdat als je strikt met de SRH zou werken dan geef je soms dingen aan waar behandelaren niet bij stil hebben gestaan en dit wordt dan vaak als Eye opener gezien.	HV_06_63	
	Inzet SRH (niet hospitaliseren)	Ik denk dat de SRH wel goed wordt ingezet hier, want als ik kijk naar de cliënten die wij hier hebben, dan zijn er maar weinig die echt dat gehospitaliseerde hebben. Ik denk dat je dat meer ziet in de 24uurs zorg.	HV_01_22	
		De SRH heeft methodes en kaders, hoe je iemand weer in beweging kunt krijgen. Dat wat iemand echt wil en kan.	HV_06_39	
		Wanneer je de SRH methode goed toepast, dan zul je niet hospitaliseren, omdat je actief blijft werken aan de wens van de cliënt.	HV_03_43	
	maximaal haalbare	Ik vind de wensen van de cliënt gewoon echt belangrijk.. En mocht het niet mogelijk zijn, dan nog zal ik het de cliënt wel laten proberen. En laat de cliënt er zelf maar achter komen dat het niet lukt. Dan kan ie de wens ook loslaten.	HV_01_24	
		Bovenal staat de wens van de cliënt, daar moet je wat mee. De cliënt zelf laten ondervinden , als iets buiten zijn of haar bereik ligt.	HV_03_60	
		Soms moet je het doel herzien, omdat het of het te hoog gegrepen blijkt of niet helemaal past, dat doe je dan in overleg met elkaar. Daar zitten dan soms zitten mensen uit het netwerk erbij; mijn collega Rob en soms een arts, een behandelaar, soms allemaal. Je probeert heel creatief te zijn en te zoeken naar mogelijkheden. Soms lukt dat heel goed, soms moeizaam en soms heeft het wat meer tijd nodig. En soms moet je ook zeggen tegen een client van, en dat komt zelden voor, maar dit doel is voor jou niet haalbaar. Je zou een ander doel moeten gaan stellen.	HV_02_69	
		Hij sluit goed aan op de relatie aspect , maar ook om goed te analyseren wat iemand wil en nodig heeft.	HV_06_61	
		Met name daarin begin je al samen te zorgen dat je een werkrelatie creëert, waardoor je plannen kunt gaan maken en die plannen voer je dan ook in stappen uit. Dus in die zin bevordert dat wel dat daarin progressie in zit.	HV_02_14	

	Relatieaspect	Ja, zeker. En dan met name omdat het aangeeft dat het heel belangrijk is om op de relatie te gaan zitten. Dat je eerst moet zorgen dat je een vertrouwensrelatie hebt met elkaar en pas dan kun je echt goed aan het werk.	HV_01_09	Coach/ intervisie
		Het zal ongetwijfeld meespelen. En ook dat we een betere band of goede band hebben. En dat ook dingen duidelijk zijn. En zeker wanneer je een begeleidingsplan opstelt, dan is dat op zich wel handig.	HV_03_10	
		Het gelijkwaardige ja, in mijn omgang probeer ik dat wel zo dicht mogelijk te benaderen	HV_03_11	
		Ja ik denk het wel.	HV_04_10	
		Ja, want je doet dan ook wel eens dingen voor hun, om als ze weer zelfstandig willen en je helpt hun daarbij, dat bouwt ook wel weer een vertrouwen op.	HV_05_08	
	Meervoudige betrokkenheid	Ja, omdat je met de SRH methodiek in contact kan komen zonder iemand te overvragen of te ondervragen. Ik vind hem vooral heel sterk in het analyseren om samen met de cliënt het liefst zoveel mogelijk met de cliënt te kijken wat er nodig is. Ook op relatie aspect en ook op andere gesprekstechnieken hebben ze helemaal een beschrijving van.	HV_06_19	
		En buiten de cliënt de behandelaar.	HV_01_17	
		Het netwerk als dat er is. Dat doen we altijd wel in overleg met de client, dus het moet wel mogelijk zijn. Het netwerk is niet alleen familie maar ook, bijvoorbeeld andere hulpverleners, waar ze naar toegaan voor de dagbesteding of voor hun werk.	HV_02_38A	
		Ook familieleden kan, maar ik ga wel heel erg veel van de cliënt uit	HV_01_18	
		Het netwerk als dat er is. Dat doen we altijd wel in overleg met de client, dus het moet wel mogelijk zijn. Het netwerk is niet alleen familie maar ook, bijvoorbeeld andere hulpverleners, waar ze naar toegaan voor de dagbesteding of voor hun werk.	HV_02_38B	
		familie, collega's, maar met name de client en de familie.	HV_03_30	
		In principe de cliënt. En ook nog wel eens de ouders, familie. Maar ik vraag altijd aan de cliënt of dat mag.	HV_04_23A	
		Inofficieel hebben we nog steeds steun van een coach, hij (Rob) doet het gewoon nog wel. Kijk Rob die reikt ons ook nog wel eens een formulier toe, waar hij zegt van 'he gebruik die eens'. Dat doet hij niet alleen bij mij. Dat doet hij voor het hele team.	HV_03_47	
	Houding professionals	Het is denk ik heel belangrijk dat je het binnen het team hier over blijft praten. Waar zijn we mee bezig. Iedereen maakt fouten en je leert nog iedere dag. Ik heb er dan ook geen problemen mee als mensen mij blijven aanspreken, of feedback blijven geven. Bij ons werken betekend dat elke dag weer anders is.	HV_04_29	
	Hulpmiddelen	Waar ik met name naar kijk is het verslag dat gemaakt wordt n.a.v. het aanmeldgesprek. Dat verslag lees ik eerst door en dan ga ik kijken wat heeft die cliënt nodig? En je hebt van die vier gebieden; wonen, werken, vrije tijd en recreëren en gezondheid. En dat probeer ik wel daar in mee te nemen.	HV_01_21	
		Als ik merk dat mensen heel erg vast zitten, ik krijg dingen niet los, dan duik ik nog wel eens in de oude rehabilitatiemap van de cursus destijds. Kijk daar zitten diverse vragenlijsten in, vanuit de SRH, om een gesprek op gang te brengen met cliënten.	HV_02_16A	
		En wat voor mij altijd een handvat is, dat is Wonen, werken..., de levensdomeinen.	HV_02_35	
		Door die stappen te volgen zeg maar en door de vragenlijsten van de SRH erbij te pakken, ik gebruik met name de zorgbehoefteijsten.	HV_04_12	
		Het cliëntenprofiel, omdat het cliëntenprofiel een blauwdruk geeft op allerlei aspecten, bijvoorbeeld sociaal netwerk, bijvoorbeeld stukje bibliografie, bijvoorbeeld wensen en daar komen dan allerlei wensen uit op kwetsbaarheid, communicatie en veel meer dingen nog. Dagbesteding waarin je dus een schets kan maken, blauwdrukken maken, waar je samen met de cliënt kunt gaan kijken, daar zou dus een wens kunnen liggen.	HV_06_22	

	cijfer	Dat cijfer verschilt tussen de 6,5 en de 9.	HV_01_07
		Gemiddeld een zeven	HV_02_10
		Ik denk met die cliënten waar ik persoonlijk begeleider van ben een 8	HV_03_08
		Een acht.	HV_04_09
		Een acht.	HV_05_05
		Een zeven.	HV_06_16
		Op basis van vertrouwen, samenwerkingsmogelijkheden. Met de een kan je heel goed samenwerken en de andere is het af en toe een kwestie van <i>stoeien</i> en onderhandelen.	HV_01_08
		Een tien geef ik nooit, want het kan altijd beter en het kan altijd nog weer anders. Een zeven vind ik een heel mooi getal al hoor.	HV_02_12
		Hoe ze mij bejegenen, hoe ze afspraken nakomen en de toon waarop we met elkaar overleggen.	HV_03_09
		Ik denk op basis van vertrouwen.	HV_05_06

te gebruiken als "tegenhanger" van het resultaat op de 2e deelvraag

	motivatie cijfer	Omdat ik ook als de situaties moeilijk zijn, maar ook als iemand re-integreert of waar dan ook, ik altijd makkelijk en goed in contact blijf met cliënten en ook dat kan betekenen buiten kaders om. Bij voorbeeld; gisteren heb ik kantine dienst gehad van mijn sport en heeft de gehele avond iemand mee gedraaid van BW Lichtenvoorde/ Winterswijk, omdat hij graag wat vrijwilligers werk wilde gaan doen in de sporthal. Dus dat is buiten de kaders om en en je merkt dat dat heel erg belangrijk is voor de relatie met de cliënt en dat dat heel veel oplevert.	HV_06_17
--	------------------	---	----------

Bijlage V – Benadering en werkwijze enquête cliënten

De onderzoekers hebben ten eerste een datum geprikt om in samenwerking met de contactpersoon van het team te overleggen wanneer het afnemen van een enquête het meest effectief zou zijn. Met andere woorden, welke dagen zijn de meeste cliënten aanwezig en op welk tijdstip van de dag komt het beste uit. De onderzoekers kwamen, samen met de contactpersoon, tot de conclusie dat dinsdag aan het einde van de middag het meest effectief zou zijn. De zondag voor de afname van de enquête is aan de cliënten medegedeeld dat er de dinsdag erop een enquête zou worden afgenomen.

Vervolgens hebben de onderzoekers zich opgesplitst en heeft één onderzoeker de enquêtes afgenomen in Winterswijk en de andere de enquêtes in Lichtenvoorde. De onderzoeker in Winterswijk kon op het kantoor langs komen van het team in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB), waarna de onderzoeker samen met een professional, die op dat moment aan het werk was, langs de twee huizen in Winterswijk is gegaan. De onderzoeker in Lichtenvoorde werd opgewacht door een professional uit het team in één van de vier huizen in Lichtenvoorde.

De onderzoekers werden door de professionals voorgesteld binnen de huizen en konden met de cliënten in de keuken, woonkamer of kamer van de cliënten apart zitten. In één huis in Winterswijk zaten er wel meerdere cliënten bij elkaar toen de enquête werd afgenomen. Deze cliënten gaven hierbij zelf aan dit geen probleem te vinden.

Bijlage VI – Benadering en werkwijze enquête familieleden

In samenwerking met de professionals is er gekeken welke cliënten goed contact hadden met hun familieleden zodat de kans groot was dat zij akkoord zouden gaan met het afnemen van de familie enquête. Vervolgens hebben de onderzoekers gevraagd aan de cliënten of deze goedkeuring wilden geven om de familie de enquête te laten invullen. De onderzoekers hebben in eerste instantie de enquête laten lezen aan de cliënt wat er in deze enquête werd gevraagd, zodat er geen/weinig mogelijk achterdocht bij de cliënten zouden ontstaan. Wanneer de goedkeuring er was, hebben de onderzoekers telefonisch contact gezocht met de familieleden, zodat kort toegelicht kon worden wat zij toegezonden kregen en waarom deze enquête diende. De onderzoekers hebben hierna de enquête naar de familie toe gestuurd, met daarin een retourenvelop. Een enkeling heeft via de cliënt de enquête terug gegeven.

Bijlage VII – Model overeenkomst onderzoeksopdracht

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Joris Post / Mans Poelarends
Adres	ker Brackslz. 9 / Letiastz. 34
Postcode/woonplaats	7151 CK Eibergen / 7151 GJ Eibergen
Telefoonnummer	06-14 330386 / 06 27 21 8769
Mobiel	
Email	331590@student.saxion.nl/327007@st
Opleiding	Maatschappelijk werk en dienstverlening
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	GGNet Woonzorg locatie Eibergen
Eindverantwoordelijke onderzoek	
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Rob Wiltbag en Mans Beusse
Adres	Groteslstraat 126, 7
Postcode/woonplaats	7151 BG
Telefoonnummer	088 933 2250
Email	
De organisatie geeft wel/ niet * toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Phil Birkenhager
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	BEVORDERENDE EN BELETERENDE FACTOREN SRH METHODOEK.
Doelstelling/vraagstelling	
Projectomschrijving	KWALITATIEF ONDERZOEK
Werkwijze	INTERVIEWS, ENQUETTES, THEORETISCH ONDERZ
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	20-09-2015 - 01-02-2016
Beoogde tussenproducten	Onderzoeksplan
Producten ter beschikking	Onderzoeksplan
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	JA.

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding
- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling
- Handtekening Student(en)

H. Bursse

J. Post

H. Poelarends

Datum en Plaats

01-10-2015, EIBERGEN.

Evt. Bijlagen

Bijlage VIII – Evaluatieformulier opdrachtgever



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Hans Poelarends & Joris Post
Onderwerp bacheloronderzoek	Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de rehabilitatiemethodiek SRH, die binnen Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde en Winterswijk van GGNet wordt gebruikt?
Opleiding	Maatschappelijk werk en Dienstverlening
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	GGNet Beschermd Wonen locatie Lichtenvoorde & Winterswijk
Onderzoeksbegeleider	Rob Withag
Adres	Beatrixpark 1
Postcode/woonplaats	7101 BN Winterswijk
Telefoonnummer	06-51106753/ 088-933 4951
Email	R.withag@ggnet.nl

Datum	
-------	--

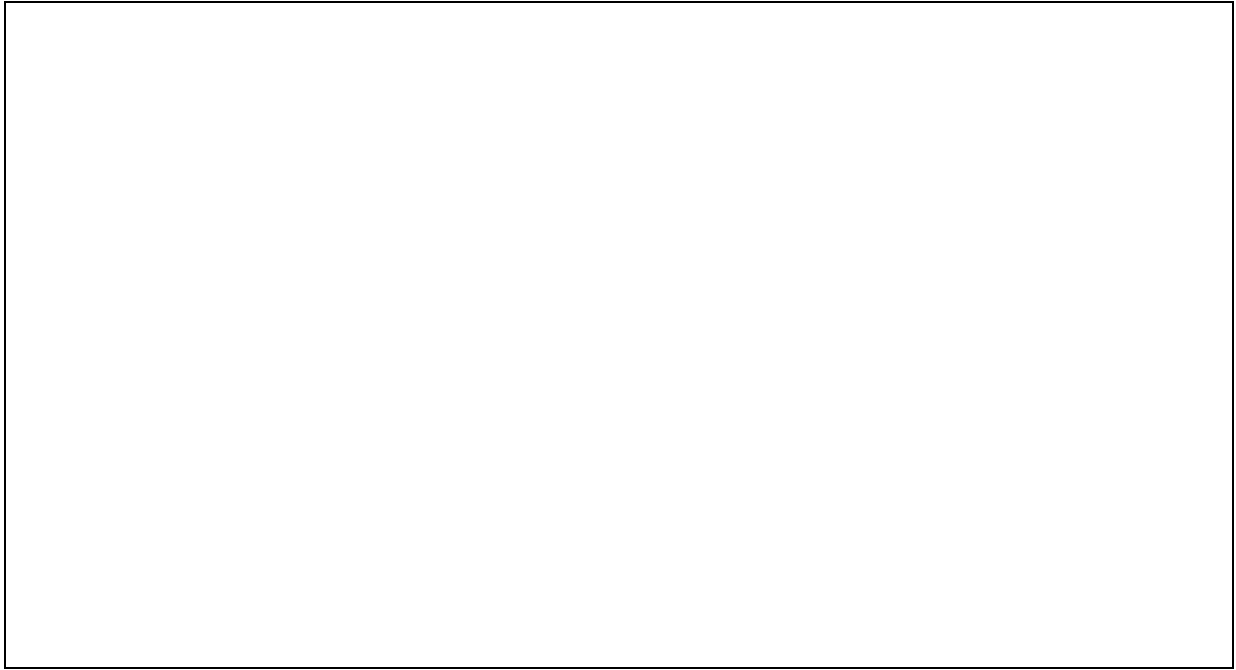
Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)				
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)				
Bereiken van de afgesproken doelen				
Bruikbaarheid voor de organisatie				
Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:				

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)				
Samenwerking studenten vs. organisatie				
Zelfstandigheid studenten				
Effectiviteit van werken van studenten				
Omgaan met afspraken/planning				
Communicatie van studenten				
Afronding van de opdracht door studenten				
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				



Bedankt voor het invullen!

Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport (2015-2016)

Naam student	Hans Poelarends & Joris Post				
Studentnummer	327007 & 331590				
Datum					
1 ^e Beoordelaar					
2 ^{de} Beoordelaar					
Beoordelingsvoorwaarden			Feedback		
Aangeleverd zijn:					
Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek)					
Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)					
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.					
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.					
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)					
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.					
Criteria	0	3	6	8	10
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdrachtgevende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.

Criteria	0	3	6	8	10
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of nationale en internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen voor de beroepspraktijk is beschreven.
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.	Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4. De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdrachtgevende instantie.
5. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/ innovatie van de beroepspraktijk.

Criteria	0	3	6	8	10					
6.De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.					
Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60) =										
Cijfer										
Feedback op totaalproduct										
Cesuur bepalen eindcijfer:										
– Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. <i>Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.</i> – Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten minimaal 34 punten worden behaald. – Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.										
Cijfer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 60 Punten	0–9	10–15	16–21	22–27	28–33	34–40	41–46	47–52	53–57	58–60