

CLIËNTMEDEZEGGENSCHAP BINNEN DE AMARANT GROEP

DIVISIE WONEN IN DE WIJK, REGIO BREDA



Maaïke Heyms (2085582)

Afstudeerscriptie Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch
Studiejaar 2017 – 2018

Praktijkbegeleider: A. Barendrecht & L. Hobbelen
Docentbegeleider: J. Flamman

Inleverdatum: 28 mei 2018

avans
hogeschool

Amarant
Groep

Cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep
Een onderzoek naar de stem van de cliënt

Auteur

Maike Johanna Adriana Heyms
Studentnummer 2085582
mja.heyms@student.avans.nl

De organisatie

De Amarant Groep
Amarant, Divisie Wonen in de Wijk
Doenradestraat 48
4834 Breda

Praktijkbegeleiding

Anne Barendrecht
Consulent cliëntmedezeggenschap
a.barendrecht@amarant.nl

Lonneke Hobbelen
Programmamanager transformatie
l.hobbelen@amarant.nl

De onderwijsinstelling

Avans Hogeschool
Academie voor Sociale Studies
Hervenplein 2
5232 JE 's-Hertogenbosch

Docentbegeleiding

Jeroen Flamman
Hogeschooldocent, filosoof
j.flamman@avans.nl

Beoordeling

Eerste beoordelaar: Sergio Espigares Tallon
Tweede beoordelaar: Suzanne van Driel
Datum: 28 mei 2018

Voorwoord

Het moment is eindelijk daar, mijn geheel afgeronde afstudeerscriptie is klaar en daarbij komt de afronding van mijn laatste studiejaar op de Avans Hogeschool in 's-Hertogenbosch steeds meer in zicht. Met trots kan ik zeggen dat ik bijna afgestudeerd ben als sociaal pedagogisch hulpverlener en eindelijk mijn hulpverleningsvaardigheden in de praktijk mag gaan inzetten.

Hoewel ik reeds enkel geboeid was door de Geestelijke Gezondheidszorg, heb ik binnen de Amarant Groep kennis mogen maken met de Verstandelijke Gehandicaptenzorg welke mijn interesse heeft gewekt. Ik heb met veel plezier interviews afgenomen bij de respondenten binnen dit onderzoek. Genoten van hun eerlijkheid, directheid en gastvrijheid. Ontzettend bijzonder en memorabele om midden in hun leefomgeving in gesprek te gaan over medezeggenschap van deze kwetsbare, complexe maar mooie doelgroep. Ik hoop ontzettend dat de uitkomsten van dit onderzoek iets opleveren voor de zorg en de cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep.

Graag wil ik mijn dankbetuiging uitspreken voor diegene die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Mijn dank gaat voornamelijk uit naar Anne Barendrecht, de Consulent cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep wie mij ontzettend goed op weg heeft geholpen, lijnen binnen de organisatie heeft uitgezet en mij begeleid heeft naar het einde van mijn afstudeeronderzoek. Anne, bedankt voor het vertrouwen. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de respondenten binnen mijn onderzoek. Zonder hen was dit onderzoek niet geslaagd, wat is nu een praktijkonderzoek zonder respondenten?

Tevens gaat mijn dank uit naar alle zorgprofessionals binnen de verschillende woonvoorzieningen, die mee hebben gedacht over mijn onderzoek, voorinformatie verschaft hebben en respondenten aangedragen hebben. Eveneens gaat mijn dank uit naar Lonneke Hobbelen en Petra van Beusekom, die mij de kans geboden hebben om binnen de Amarant Groep mijn onderzoek uit te voeren en de eerste stappen binnen mijn onderzoek mee hebben gezet. Als laatste wil ik graag Jeroen Flamman bedanken voor de kritische blik tijdens de begeleidingsmomenten op school, dit heeft mijn afstudeerscriptie tot een mooi einde gebracht.

Ik wens u allen veel leesplezier.

Maaïke Johanna Adriana Heyms
16 mei 2018

Samenvatting

Ondanks dat de Amarant Groep cliëntmedezeggenschap hoog in het vaandel heeft staan, is in de praktijk gebleken dat de huidige vorm van cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep niet goed aansluit bij de LVB complex doelgroep, waardoor zich meerdere dilemma's en problemen voordoen binnen de verschillende woonvoorzieningen omtrent de cliëntmedezeggenschap. Hierdoor heeft er een onderzoek plaatsgevonden waarbij men inzicht wilde verwerven in de behoefte van de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk omtrent cliëntmedezeggenschap, waardoor er in de toekomst een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet kan worden bij deze specifieke doelgroep en de Amarant Groep optimale medezeggenschap voor de cliënt kan realiseren zoals de organisatie deze nastreeft. Het was hierbij van belang om de behoefte van de LVB complex doelgroep in kaart te brengen. Hiervoor heeft is de volgende probleemstelling opgesteld, namelijk: Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft? Het onderzoek voor u betreft een kwalitatief onderzoek waarbij middels gespreksvoering en literatuuronderzoek onderzoeksresultaten verzameld zijn, waardoor er uiteindelijk antwoord gegeven kon worden op de probleemstelling.

Er is gebruikt gemaakt van kwalitatieve dataverzamelmethode, namelijk half-gestructureerde interviews met aanvullend literatuuronderzoek. Uit het onderzoek is door middel van de verkregen onderzoeksresultaten de volgende eindconclusie tot stand gekomen: uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat deze vorm dient te bestaan uit interventies die de motivatie van de cliënten stimuleert. De motivatie van de cliënten neemt toe zodra deze interventies aansluiten bij de behoefte van de deelnemers (Rothman, 2013). De vorm van cliëntmedezeggenschap die aansluit op de behoefte van de LVB complex doelgroep en tevens voldoet aan kwalitatief cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft, dient aan een aantal voorwaarden te voldoen.

Allereerst dient de zorgprofessional een situatie te creëren binnen of buiten de woonvoorziening waarbij aan de behoeften van de cliënt omtrent de cliëntmedezeggenschap wordt voldaan en waarin het vertrekpunt van de cliënt binnen de zorg voorop blijft staan (de Amarant Groep, 2016). Dit houdt in dat de zorgprofessional werkt middels de ethiek van de familiezorg en zowel de basisvaardigheden van de kunst van het ontmoeten als een leidende -maar niet-autoritaire rol- inzet tijdens het creëren van deze situatie waarin de in kaart gebrachte drang, wensen en behoeften van de cliënt leidend zijn. Dit betreft een situatie en omgeving waarin cliënten gehoord wordt, de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten gestimuleerd wordt en cliënten een fijne sfeer ervaren tijdens de maandelijkse bijeenkomsten, waarin iedere cliënt zijn mening mag geven over: vaststaande onderwerpen zoals binnen de WMCZ is bepaald (Overheid, 2016), de in kaart gebrachte onderwerpen tijdens dit onderzoek zoals het ondernemen van leuke activiteiten, familiezorg en de kwaliteit van zorg en nieuwe aan te dragen onderwerpen. De zorgprofessional dient daarnaast er zorg voor te dragen voldoende ondersteuning en materiële middelen beschikbaar te stellen, zodat deze vorm van cliëntmedezeggenschap daadwerkelijk uitgevoerd kan worden (de Amarant Groep, 2017). Uit de discussie is echter gebleken dat de bruikbaarheid van het onderzoek hoog is en door het gebruik van triangulatie en iteratie. Daarnaast beschikt het onderzoek over een hoge mate van generaliseerbaarheid, begripsvaliditeit en instrumentele en conceptuele bruikbaarheid. Tevens zijn er vijf aanbevelingen aangedragen, waar een driedelig beroepsproduct uit voortgekomen is.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Hoofdstuk 1. Beschrijving van de beroepspraktijk	2
§ 1.1. De organisatie	2
§ 1.2. De organisatiestructuur	2
§ 1.4. Doelgroep.....	3
Hoofdstuk 2. Probleemanalyse.....	4
§ 2.1. Aanleiding tot het onderzoek	4
§ 2.2. Probleemanalyse.....	6
§ 2.3. Probleemstelling en deelvragen	9
§ 2.4. Doelstelling.....	9
§ 2.5. Begripsafbakening.....	10
Hoofdstuk 3. Onderzoeksontwerp	12
§ 3.1. Het onderzoekstype	12
§ 3.2. Dataverzamelingsmethode	12
§ 3.3. Populatie en steekproef	13
§ 3.4. Operationalisatie.....	14
§ 3.5. Onderzoeksinstrument	14
Hoofdstuk 4. Literatuuronderzoek.....	15
§ 4.1. Deelvraag 1	15
§ 4.2. Deelvraag 2	17
§ 4.3. Deelvraag 4	20
Hoofdstuk 5. Praktijkonderzoek	22
§ 5.1. Deelvraag 2	22
§ 5.2. Deelvraag 3	22
§ 5.3. Deelvraag 4	27
Hoofdstuk 6. Conclusie.....	29
§ 6.1. Deelconclusies.....	29
§ 6.2. Eindconclusie.....	31

Hoofdstuk 7. Discussie	32
§ 7.1. Betrouwbaarheid	32
§ 7.2. Validiteit	33
§ 7.3. Bruikbaarheid	34
Hoofdstuk 8. Aanbevelingen	35
§ 8.1. Aanbevelingen voor in de beroepspraktijk	35
Hoofdstuk 9. Beroepsproduct.....	36
§ 9.1. Het beroepsproduct	36
§ 9.2. Meerwaarde beroepsproduct en afstudeerproject	36
§ 9.3. Feedback op het beroepsproduct van de beroepspraktijk	37
Hoofdstuk 10. Kritische reflectie.....	38
§ 10.1. Onderzoekende houding.....	38
§ 10.2. Leerrendement	39
Literatuurlijst.....	40
Bijlagen	44
Operationalisatieproces.....	45
§ 8.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	46
§ 9.1. Uitwerking beroepsproduct	47
9.1.1. Verhalende strip.....	47
9.1.2. Poster cliëntenraadsverkiezing	49
9.1.3. Adviesrapport.....	50
Feedback Beroepsproduct Maaïke Heyms	63
Gespreksagenda.....	64
Topiclijst (meetinstrument)	65
Zorgprofiel 6 – Verstandelijk Gehandicaptenzorg	68
Zorgprofiel 7 – Verstandelijk Gehandicaptenzorg	69
Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag.....	71
Cliëntmedezeggenschapstructuur Amarant Groep	72
Huishoudelijk Reglement Cliëntenraad	73

Inleiding

Voor u ligt de afstudeerscriptie van Maaïke Heyms. Dit afstudeeronderzoek betreft de laatste stap binnen het afstudeertraject van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Amarant Groep en is gericht op de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk in de regio Breda. In de praktijk is gebleken dat de huidige vorm van cliëntmedezeggenschap (nog) niet goed aansluit op de LVB complex doelgroep, waardoor zich meerdere dilemma's en problemen voordoen binnen de verschillende woonvoorzieningen omtrent de cliëntmedezeggenschap. Om een passende vorm van cliëntmedezeggenschap te vinden voor deze specifieke doelgroep is de volgende probleemstelling opgesteld, namelijk:

'Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?'

Om deze probleemstelling te beantwoorden is de onderzoekscyclus doorlopen, waarvan de rode draad is beschreven binnen dit verslag. Zo vindt men eerst in hoofdstuk één van dit verslag een omschrijving van de beroepspraktijk, waarin de doelgroep, de organisatie, de organisatiestructuur en de belangrijkste ontwikkelingen binnen de beroepspraktijk worden toegelicht. In hoofdstuk twee van dit verslag vindt men een uitgebreide probleemanalyse, waarin binnen de eerste paragraaf de aanleiding tot het onderzoek wordt geïntroduceerd, middels macro, meso en microniveau. In de tweede paragraaf vindt men de werkelijke probleemanalyse. In de paragrafen die daarop volgen vindt men de probleemstelling inclusief de deelvragen, de doelstelling en de begripsafbakening. Hoofdstuk drie van dit verslag betreft echter een uiteenzetting van het onderzoeksontwerp, waarin zowel het onderzoekstype, de data-verzamelmethode, de operationalisatie, het onderzoeksinstrument en de populatie en steekproef zijn uitgewerkt.

Binnen hoofdstuk vier van dit verslag wordt het literatuuronderzoek weergegeven, waarin men uitgebreide literatuur vindt voor de antwoorden op zowel deelvraag één, deelvraag twee als deelvraag vier binnen het onderzoek. Hoofdstuk vijf daarentegen bestaat uit een weergave van de onderzoeksresultaten uit de praktijk. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd en verwerkt binnen deelconclusies, waardoor uiteindelijk binnen dit hoofdstuk de eindconclusie beschreven kan worden.

Hoofdstuk zeven van dit verslag bestaat uit de discussie, waarin de kwaliteitscriteria betrouwbaarheid en bruikbaarheid ter discussie staan. Hoofdstuk acht staat in het teken van de aanbevelingen die bruikbaar zijn binnen de beroepspraktijk. Het hoofdstuk daaropvolgend bestaat uit een omschrijving van het beroepsproduct. Binnen het laatste officiële hoofdstuk van dit verslag, hoofdstuk tien, wordt de kritische reflectie behandeld. Vervolgens kan men de uitgebreide literatuurlijst als de bijlagen vinden binnen dit onderzoeksverslag.

Hoofdstuk 1. Beschrijving van de beroepspraktijk

§ 1.1. De organisatie

De Amarant Groep betreft een stichting welke actief is in de provincie Noord-Brabant. De Amarant Groep biedt begeleiding, ondersteuning en behandeling aan meerdere doelgroepen, namelijk aan: mensen met een lichamelijke beperking, mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH), mensen met autisme en mensen met een lichte, tot ernstige verstandelijke beperking. De Amarant groep ondersteunt zowel jongeren, volwassenen als oudere cliënten (de Amarant groep, 2017).

Binnen De Amarant Groep staat het perspectief van de cliënt centraal, waarbij een nadruk gelegd wordt op meetbare resultaten. Deze resultaten dienen in alle gevallen gericht te zijn op: kwaliteit van leven, meedoen en zélf doen. De begeleiding en behandeling die geboden wordt dient aan te sluiten op de zorgvraag binnen elke levensfase (de Amarant Groep, 2013). Waar nodig werkt de Amarant Groep samen met andere instanties en zorgaanbieders voor een optimale zorg- en dienstverlening en/of behandeling. De Amarant Groep verleent zorg en diensten in meerdere vormen en onder vier verschillende labels, waarbij elke merknaam gericht is op een specifieke(re) cliëntdoelgroep. De vier verschillende labels van de Amarant Groep zijn: Amarant, Idris, Pauwer en het Expertisecentrum Autisme (de Amarant Groep, 2017).

§ 1.1.1. Belangrijke ontwikkelingen

De zorg- en dienstverlening die de Amarant Groep biedt wordt bekostigt vanuit de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet. Echter vonden er in het jaar van 2015 in de zorgsector grote veranderingen plaats. Zo werd de eerdere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangen door de Wet Langdurige zorg en werden verantwoordelijkheden in het gebied van de zorg overgeheveld naar de gemeenten door middel van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (de Amarant Groep, 2017).

De transitie bracht een andere manier van werken en denken met zich mee, zowel bij de gemeente als bij de zorgaanbieders en als vanzelfsprekend bij de Amarant Groep. Het uitgangspunt hierbij betreft het uitgaan van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de cliënt (de Amarant Groep, 2016). Deze veranderingen hadden niet alleen impact op de dienstverlening aan cliënten, maar ook op het werk van medewerkers en de uitvoering daarvan, waardoor de Amarant Groep zich de afgelopen jaren zo goed mogelijk voor heeft proberen te bereiden op de transitie en de daarbij behorende veranderingen (de Amarant Groep, 2015).

§ 1.2. De organisatiestructuur

De Amarant Groep kent de rechtsvorm van een Stichting, waarbij geen sprake is van een consolidatieverplichting. De Amarant Groep beschikt zowel over een Raad van Bestuur als over een Raad van Toezicht en gaat uit van het Raad van Toezicht/Raad van Bestuursmodel, welke statutair bepaald is. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het bestuur van de Amarant groep en dient samen te werken als een collegiale eenheid. De Raad van Toezicht is aangesteld om toezicht te houden op de gang van zaken en het bijbehorende beleid. Daarnaast kent de Amarant Groep zowel een Ondernemingsraad (OR) als een Centrale Cliëntenraad (CCR), welke beide rechtstreeks met de Raad van Bestuur communiceren. Hierbij beschikken beide raden over bevoegdheden die hen zijn toegekend zowel door de wet als door de richtlijnen in de statuten. Daarnaast beschikt zowel de Ondernemingsraad als de Cliëntenraad over een eigen werkwijze, taakverdeling en verantwoordelijkheid (de Amarant Groep, 2017).

1.2.1. Divisiestructuur

innen de Amarant Groep heeft men één gezamenlijke verantwoordelijkheid. Om hier aan te kunnen voldoen beschikt de Amarant groep sinds januari 2017 over een divisiestructuur. Door middel van deze organisatiestructuur is meer flexibiliteit mogelijk, waardoor de Amarant Groep aan kan sluiten bij de wensen van zowel de opdrachtgever als de cliënt. De divisiestructuur bestaat uit vijf divisies (gericht op vijf strategische zorgdomeinen), waaronder de divisie Wonen in de Wijk (de Amarant Groep, 2017).

§ 1.4. Doelgroep

1.4.1. Amarant

“Amarant richt zich op mensen, van jong tot oud, met een matig tot ernstige verstandelijke beperking. Soms is er sprake van bijkomende medische/verpleegkundige problematiek en zintuiglijke en/of lichamelijke beperkingen. De begeleidings- en zorgvraag varieert van matig tot ernstig intensief en is ‘levensbreed’; van wonen en een zinvolle dagbesteding tot vrije tijd en behandeling. De zorg wordt geboden in de wijk of in centra voor specialistische zorg en behandeling” (de Amarant Groep, 2015). Binnen hoofdstuk vier binnen dit verslag zal de doelgroep waar men zich specifiek binnen dit onderzoek op richt, verder uiteen worden gezet.

1.4.2. Divisie Wonen in de Wijk

De divisie Wonen in de Wijk biedt 24-uurs zorg in de wijk, aan cliënten met uiteenlopende zorgvragen. Men richt zich op resultaatgericht werken met elkaar. De visie van de divisie Wonen in de Wijk is als volgt:

“De divisie Wonen in de Wijk is herkenbaar als wezenlijk onderdeel van de Amarant Groep waarbij het fijn wonen is voor mensen met een verstandelijke beperking. Midden in de samenleving; zo normaal waar mogelijk en bijzonder waar nodig. Met zorg op maat, de zorg is leidend daar waar men woont. Hierbij ervaren cliënten een prettige woonomgeving waarbij persoonlijke begeleiding en het menselijke contact voorop staat. Het sociale leven speelt zich vooral af binnen de woonvoorziening in de wijk.

Het specialisme van de medewerkers zit met name in de begeleiding en ondersteuning van cliënten, in hun netwerk en in de directe woonomgeving. Daarbij wordt tevens ingespeeld op de veranderende en steeds complexer wordende zorgvragen. Er zorg voor dragen dat cliënten zich staande houden in de samenleving vraagt van medewerkers een flexibele, creatieve en zelfs nieuwsgierige houding. Het beantwoorden van deze complexe zorgvragen in een veilige verantwoorde omgeving geschiedt een nauwe samenwerking met andere divisies van de Amarantgroep en diverse netwerkpartners.

Binnen de divisie staat het hele netwerk centraal. De mensen rondom de cliënt zien we als onmisbaar. Samen worden afspraken gemaakt over gewenste uitstekende zorg; de cliënt vanuit zijn zoektocht naar geluk en welzijn, de familie, netwerk en vrijwilligers vanuit hun betrokkenheid en de medewerkers vanuit een professionele nabijheid. Het is onze ambitie om uitstekende zorg te bieden voor het welzijn van de cliënt. Dit doen we op een gastvrije en klantvriendelijke wijze waarbij mensen zich welkom voelen. De medezeggenschap van cliënten, verwanten en medewerkers is essentieel binnen Wonen in de Wijk.”

Om de visie daadwerkelijk leidend te laten zijn worden drie principes gehanteerd binnen de zorg, welke herkenbaar en werkbaar zijn gedurende het dagelijks handelen, namelijk: kwaliteit van leven; samen doen en verbindend zijn; verantwoordelijkheid, nieuwsgierig en lef (de Amarant Groep, z.d.-a).

Daarnaast is de divisie te herkennen aan de volgende uitgangsprincipes:

1. Iedere medewerker werkt vanuit een bijzonder hoge mate van klantvriendelijkheid en denkt en handelt vanuit een professioneel kader;
2. Iedere medewerker denkt en handelt vanuit de zorgtriade en biedt zorg in afstemming met de bewoner en zijn of haar naasten (netwerk). Men weet de kunst van het ontmoeten te verstaan, niet alleen naar de cliënt en het cliëntsysteem maar ook naar collega's en externe partijen. Systemisch werken is een algemeen goed;
3. Om goede zorg te kunnen bieden werkt het team per locatie nauw samen waarbij men werkt vanuit; verantwoordelijkheid, lef, vertrouwen en gezond verstand. Zij zijn verantwoordelijk voor bovenstaande ambitie. De manager Krachtige teams faciliteert, ondersteunt en coacht het team om deze ambitie waar te maken

Kennis en expertise zijn optimaal in huis om de vraag van de zorgvragers goed te kunnen beantwoorden en daar waar deze niet aanwezig is, zoekt men naar verbindingen elders binnen de Amarant Groep of extern. Kennisdeling is een vanzelfsprekend goed waarmee men actief inspeelt op de ontwikkelingen” (de Amarant Groep, z.d.-a).

Hoofdstuk 2. Probleemanalyse

§ 2.1. Aanleiding tot het onderzoek

Binnen de Amarant Groep is er vanaf 2014 naar aanleiding van de nota uit 2013, de transitie binnen de zorg en de nieuwe wet- en regelgeving die betrekking hebben op de kwaliteit van zorgverlening uitgebreid stilgestaan bij de (her)inrichting van de cliëntmedezeggenschap. De aanleiding voor deze (her)inrichting zal binnen dit hoofdstuk middels macro, meso- en microniveau uiteen worden gezet.

2.1.1. Macroniveau

In het jaar van 2015 vonden in de zorgsector grote veranderingen plaats. De transitie bracht een andere manier van werken en denken met zich mee, zowel voor de gemeenten, de Amarant Groep als de zorgprofessionals. Het uitgangspunt hierbij betreft het uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid en kracht van de cliënt; zodat de mens meer regie over het eigen leven gaat voeren (de Amarant Groep, 2015). Tevens heeft er in 2016 een wetsverandering plaatsgevonden binnen De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Hierdoor is er een wettelijk kader geschept voor cliënten binnen zorginstellingen omtrent de cliëntmedezeggenschap. Artikel 2 binnen de WMCZ stelt hierbij de zorgaanbieder verplicht voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in te stellen, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt (Overheid, 2017).

Daarnaast heeft tevens de Kamerbrief van de staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een rol gespeeld binnen deze herinrichting. Zo is de brief: 'Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg', waarin de focus ligt op het verbeteren van de kwaliteit van bestaan voor cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking die zorg en ondersteuning uit de Wlz ontvangen, door de heer van Rijn (2016) gericht geschreven aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Deze brief was slechts een voorzet voor de geformuleerde meerjarige agenda waarin vijf doelstellingen voor een betere gehandicaptenzorg de basis vormen. De doelstelling 'Het versterken van de positie van de cliënt' binnen deze agenda is erg belangrijk geweest voor de specifieke aandacht voor cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep. Deze doelstelling gaat dieper in op het feit dat mensen met een beperking net als ieder ander hun leven in willen richten naar eigen inzicht en behoeften. Dat is essentieel voor de kwaliteit van het bestaan. De ervaren kwaliteit is daardoor mede afhankelijk van 'de eigen regie' en 'de kansen op het meedoen in de samenleving'. Juist daarom is het zo belangrijk dat de cliënt in staat wordt gesteld de regie over zijn leven en zorg te voeren en meer dan nu gemiddeld genomen het geval is. Om dit te realiseren zijn er meerdere opgaven geformuleerd door de heer van Rijn (2016), waaronder de opdracht tot sterkere cliënten- en verwantenraden die zich actief met kwaliteit bezighouden. Binnen deze opdracht is het van belang dat cliënten- en verwantenraden in de positie worden gebracht om hun rol te pakken, zodat cliënten meer regie in besluitvormingsprocessen hebben en daarmee meer invloed op de kwaliteit van hun leven kunnen uitoefenen (*Kamerstukken II, 31996, nr. 35, 2016*).

2.1.2. Mesoniveau

Op de transitie en de bijbehorende veranderingen heeft de Amarant Groep zich de afgelopen jaren zo goed mogelijk voorbereidt. Zo is de nota 'Overzicht, inzicht, aanpassen en perspectief: Bouwstenen voor een nieuw evenwicht' (2013) geformuleerd waarin één kernbegrip centraal staat. Dit betreft het begrip 'waardecreatie'.

Waardecreatie betekent dat de cliënt en zijn omgeving, de opdrachtgevers van de Amarant Groep en de maatschappij de zorg positief waarderen en dat waar mogelijk bijdragen wordt aan onder andere: de eigen regie, het verbeteren van welzijn en kostenreductie waar dat verantwoord is. Hierbij staat de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de medewerker centraal, zodat een van betekenisvolle waarde gecreëerd kan worden samen met én ten behoeven van de cliënt (de Amarant Groep, 2015).

Daarnaast zijn binnen de nota verschillende 'bouwstenen' geformuleerd die de basis vormen voor de transformaties en toekomst binnen de Amarant Groep. Een belangrijke bouwsteen binnen deze nota betreft de bouwsteen 'Medezeggenschap verder ontwikkelen' (de Amarant Groep, 2014b). Zo vindt de Centrale Cliëntenraad van de Amarant groep het belangrijk dat op alle voorzieningen een vorm van cliëntmedezeggenschap aanwezig is. Bij zowel de Raad van Bestuur, de managers, de cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers die zich inzetten voor het medezeggenschap is dit een terugkerend punt van aandacht.

Om de verbinding en de dialoog handen en voeten te geven, heeft de Raad van Bestuur gekozen voor het concept Familiezorg. Binnen het concept van de 'familiezorg' draait alles om de samenwerking en de dialoog binnen de zorgtriade. Het voeren van de dialoog streeft twee doelen na die nauw met elkaar verweven zijn, namelijk:

1. Het realiseren van een optimale zorgsituatie waarin het cliëntperspectief vorm krijgt. In die situatie heeft de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger zonder meer zeggenschap
2. Het realiseren van optimale medezeggenschap

Deze doelen kunnen nagestreefd worden zodra de professional denkt en werkt vanuit de optiek van de familiezorg. De zorgprofessional probeert allereerst de wensen, verwachtingen en behoeften van de cliënt en zijn cliëntstelsel te achterhalen en de zorg daar zoveel mogelijk op af te stemmen. Daarnaast dient de zorgprofessional het cliëntstelsel te stimuleren deel te nemen aan cliëntmedezeggenschap (van Oorschot, 2016).

2.1.3. Microniveau

Als men kijkt naar het microniveau, beschrijft de divisie Wonen in de Wijk in haar visie dat de medezeggenschap van cliënten, verwanten en medewerkers een essentieel punt is binnen de divisie. Echte medezeggenschap van cliënten en vertegenwoordigers zou een 'normaal goed' dienen te zijn binnen alle lagen van de organisatie. Binnen het jaarplan (2018) voor de divisie Wonen in de Wijk wordt dan ook als te behalen resultaat op lokaal niveau het volgende beschreven:

"De medezeggenschap voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers is op elke locatie georganiseerd" (de Amarant Groep, z.d.-a).

Echter is er een duidelijk signaal afgegeven bij de Consulent cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep over het feit dat de cliëntmedezeggenschap binnen de divisie Wonen in de Wijk, in het bijzonder bij de doelgroep LVB complex nog niet goed is georganiseerd. De uitwerking van dit signaal vindt men in hoofdstuk 2.2. van dit verslag: de probleemanalyse.

§ 2.2. Probleemanalyse

Medezeggenschap op alle niveaus is van belang; het kan een bijdrage leveren en tevens van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Het ontwikkelen van goed georganiseerde cliëntmedezeggenschap binnen de organisatie betreft echter geen project dat eenvoudig afgevinkt kan worden. Het is een proces dat verankerd dient te worden binnen een organisatie waarbij zo'n 20.000 personen betrokken zijn. Daarnaast zijn er meerdere doelgroepen die zorg ontvangen van de Amarant groep, waardoor er op verschillende manieren vorm gegeven zal moeten worden aan cliëntmedezeggenschap. Hierdoor zullen meerdere vormen van cliëntmedezeggenschap ontwikkeld dienen te worden, zoals voor de doelgroep LVB complex het geval is (van Oorschoot, 2016).

2.2.1. Wat is het probleem?

Op dit moment is gebleken dat de huidige vorm van cliëntmedezeggenschap (nog) niet goed aansluit bij de LVB complex doelgroep en voor meerdere dilemma's en problemen zorgt binnen de verschillende woonvoorzieningen. Dit is gebleken nadat er over de verschillende locaties al meerdere vormen van cliëntmedezeggenschap zijn aangenomen zonder het gewenste resultaat. Een kleine greep uit de eerdere pogingen verdeeld over de verschillende locaties: het organiseren van een barbecue, bingo-avond, koffie-half-uurtje, thema-avond, frietavond, bewonersvergadering en het ophangen van een ideeënbus (persoonlijke communicatie, 2018).

De huidige situatie betreft dat er op meerdere locaties geen lokale cliëntenraad aanwezig is en enkel sporadisch of zelfs geen gezamenlijke bijeenkomsten (meer) plaats vinden waarin de medezeggenschap van cliënten gestimuleerd wordt. Daarnaast is gebleken dat binnen de locaties waar deze bijeenkomsten wel georganiseerd worden of werden, de groepsdynamiek tussen de bewoners binnen deze locaties zo slecht is, dat veel cliënten allereerst niet naar gezamenlijke bijeenkomsten wil komen en zodra dat wel het geval is, men elkaar veelal verbaal aanvalt. Daarnaast geven meerdere zorgprofessionals aan dat veel cliënten het doel en evenzeer het nut van medezeggenschap niet inzien en men niet gemotiveerd is zodra er geen directe beloning aan vastzit (persoonlijke communicatie, 2018).

Dit fenomeen heeft echter te maken met het feit dat de LVB complex doelgroep een doelgroep van cliënten betreft waarbij een combinatie van verschillende problemen en beperkingen aanwezig zijn, wat zowel sociale, emotionele als psychiatrische problemen betreft en resulteert in ernstige gedragsproblematiek. Deze (ernstige) gedragsproblematiek kan in verschillende vormen tot uiting komen, zoals agressief, grensoverschrijdend, provocatief en/of ontwijkend gedrag. Daarnaast heeft men moeite om zichzelf te handhaven binnen maatschappelijke verbanden en het sociale systeem waar men deel van uitmaakt, mede doordat het kenmerkend is voor de doelgroep dat men in zowel in sociaal, emotioneel als verbaal opzicht op drie verschillende niveaus functioneert en er eveneens sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen (VGN, 2015). Hierdoor kan men zich minder goed kan aanpassen binnen allerlei sociale situaties en slecht functioneren binnen deze sociale situaties. Men heeft daarbij niet enkel een verstandelijke beperking, maar tevens een sociaal-emotionele beperking, waardoor men blijvende ondersteuning van anderen nodig heeft (MEE, 2015).

Daarnaast heeft men veel moeite met het inleven in anderen, doordat men zich minder goed kan verplaatsen in een ander, de emoties van een ander niet goed kan lezen en eveneens moeite heeft met het begrijpen van wat die ander zegt. Uit onderzoek is gebleken dat op het moment dat een persoon met een lichte verstandelijke beperking de bedoelingen van een ander moeilijk kan inschatten, men situaties relatief vaak zwart-wit interpreteert waarbij men zich eerder laat leiden door het negatieve dan door het positieve deel. Dit resulteert dikwijls in zowel een zwakke emotie-regulatie als impulscontrole en in een beperkte gewetensontwikkeling, doordat men niet goed aanvoelt wat voor gedrag wel en niet gewenst is binnen een situatie. Door de zwakke emotie-regulatie en het moeilijk uit kunnen stellen van de behoeften laat men vaak impulsief gedrag zien, waarbij gevoelens direct omgezet worden in daden (MEE, 2015). Men kiest hierbij vaker voor negatief gedrag als voor pro-sociaal gedrag. Desondanks kan de reactie erg onvoorspelbaar zijn, doordat de stemming snel om kan slaan en er emotionele uitbarstingen plaats kunnen vinden die niet goed te herleiden zijn (de Koning & Collin, 2007).

Zoals eerder aangegeven geven medewerkers aan dat de doelgroep vaak het doel en het nut niet inzien van de cliëntmedezeggenschap, zeker zodra men geen directe beloning voor de deelname hieraan ervaart. Het gedrag van een persoon met een licht verstandelijke beperking kan hierbij als egocentrisch omschreven worden. Personen met een lichte verstandelijke beperking functioneren nog vaak in het egocentrische stadium van de gewetensontwikkeling, waarbij een verminderd empathisch vermogen een kenmerk betreft (EFP, 2013). Het gedrag is gericht op de directe bevrediging van de eigen behoeften, zonder geweten, zonder inzicht in de eigen mogelijke gebreken en zonder hechte band met anderen. Hierbij heeft men geen begrip voor de sociale regels, doordat men zich niet gebonden voelt aan de wetten en gewoonten van bijvoorbeeld de woonvoorziening (de Bin & Kouwenhoven, 2014).

Daarnaast is er weinig, tot geen sprake van intrinsieke motivatie bij de populatiedoelgroep om deel te nemen aan cliëntmedezeggenschap. Men laat zich veelal leiden door extrinsieke motivatie, die helaas niet altijd gewenst is of mogelijk gemaakt kan worden door de Amarant Groep en haar zorgprofessionals. Extrinsieke motivatie bestaat namelijk uit externe stimulansen, waarbij de beloning buiten de persoon en buiten de activiteit zelf ligt. De activiteit, in dit geval het deelnemen aan cliëntmedezeggenschap, zou daarbij enkel een middel zijn om een ander doel (de extrinsieke stimulans) te bereiken. Een extrinsieke stimulans betreft bijvoorbeeld geld of een andere tastbare beloning. Intrinsieke motivatie daarentegen bestaat uit motieven die uit een persoon zelf komen, zoals plezier of interesse. De intrinsieke motivatie ontstaat hierbij door het uitvoeren van de activiteit, hoewel de extrinsieke motivatie ontstaat door de uitkomst die buiten de activiteit ligt (van den Bosch, Boss, 2009). Zo kan volgens de zelfdeterminantietheorie een interventie die aansluit bij de behoefte van de deelnemers de motivatie stimuleren, terwijl het tegenovergestelde effect plaats zal vinden bij een interventie die de behoefte van de deelnemers zal frustreren (Rothman, 2013).

2.2.2. Wie heeft het probleem?

Op het moment dat een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ontbreekt, is dit een probleem voor het cliëntsysteem, het Krachtige Team inclusief haar zorgprofessionals, de divisie en de Amarant Groep, doordat medezeggenschap van cliënten een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg. Daarnaast is cliëntmedezeggenschap op voorzieningsniveau van groot belang, doordat het de directe woonomgeving van cliënten raakt. Zodra een cliënt geen gebruik maakt van zijn medezeggenschap, zal dit invloed hebben op het collectieve belang, doordat men allereerst niet meedenkt over onderwerpen op het niveau van de voorziening en daarnaast niet op andere niveaus van beleids- en besluitvorming binnen de Amarant Groep die de zorg voor cliënten kunnen beïnvloeden. Op het moment dat de cliënt echter wel gebruik maakt van zijn cliëntmedezeggenschap op het voorzieningsniveau, ontstaat de mogelijkheid om mee te denken over onderwerpen als de directe leefomgeving, de sfeer, het huisreglement, het jaarwerkplan van de voorziening en de communicatie (Amarant Groep, 2017).

Dit staat als vanzelfsprekend in wisselwerking met het Krachtige Team. Het Krachtige Team zal namelijk de input en het medezeggenschap van de cliënten en cliëntvertegenwoordigers missen binnen de besluitvorming zodra de cliëntmedezeggenschap op lokaal niveau niet voldoende is georganiseerd. Op het moment dat de cliënt echter het gevoel heeft dat men iets opgedragen wordt, zonder dat daarbij de dialoog is aangegaan, kan er wrijving ontstaan doordat men doorgaans met weerstand reageert op sturing en adviezen (de Uitzondering, 2016). Eveneens kan er weerstand ontstaan op het moment dat een cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zich niet gezien en gehoord voelt binnen een grote, gelaagde, bureaucratische organisatie zoals de Amarant Groep (van Oorschot, 2016).

Daarnaast betreft het versterken van de medezeggenschap een voorwaarde voor het welslagen van een Krachtig Team. Geen krachtige cliëntmedezeggenschap betekent automatisch geen Krachtig Team. Krachtige medezeggenschap bestaat namelijk uit de samenwerking en het voeren van de dialoog binnen de zorgdriehoek, waarbij de zorgprofessionals en het zorgsysteem betrokken zijn (de Amarant Groep, z.d.-b). Eveneens voldoet men niet aan het concept van de familiezorg, zodra men niet de behoeften, wensen en verwachtingen van het cliëntsysteem weet te achterhalen. Men kan op dat moment de zorg niet voldoende op het cliëntsysteem afstemmen, waardoor er geen optimale zorgsituatie en optimale medezeggenschap gerealiseerd kan worden waarin het cliëntperspectief vorm krijgt (van Oorschot, 2016).

Tevens heeft het ontbreken van een passende vorm van cliëntmedezeggenschap voor de LVB complex doelgroep invloed op zowel de divisie Wonen in de Wijk als op het bestuur van de Amarant Groep. Zo heeft het voor de divisie invloed op het wel of niet behalen van het jaarplan. Volgens het jaarplan (2018) dient men namelijk resultaten te behalen op lokaal niveau omtrent de cliëntmedezeggenschap, zoals beschreven binnen de aanleiding van dit verslag (de Amarant Groep, z.d.-a). Het zal daarnaast ook invloed hebben op het bestuur van de Amarant groep. Allereerst om alle bovengenoemde factoren. De problemen en dilemma's die de cliëntmedezeggenschap met zich meebrengt op lokaal, divisie en bestuursniveau raken allen het niveau van de zorginstelling in het algemeen. Hiervoor zijn meerdere redenen aan te dragen.

Allereerst dient de Amarant Groep volgens de wet te voldoen aan de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen en de rechten van de cliënt in acht te nemen. Daarnaast zal een niet optimaal georganiseerde cliëntmedezeggenschap invloed hebben op het democratisch functioneren van de zorginstelling. De cliëntenraad is namelijk bij uitstek het middel voor cliënten om de dialoog aan te gaan met het bestuur van de Amarant Groep en om behoeften en wensen kenbaar te maken. Zodra dit niet het geval is, kan de Raad van Bestuur het cliëntperspectief niet binnen de besluitvorming betrekken en daar ook niet naar handelen. Door middel van cliëntmedezeggenschap wordt de zorg doorgaans meer cliëntgericht, doordat de organisatie randvoorwaarden kan scheppen en de zorg af kan stemmen op de reële behoefte van de cliënt. Kortom, met maatwerk en verschillende, vernieuwende vormen van cliëntmedezeggenschap, die tevens goed bij de verschillende doelgroepen aansluiten, zal een goede besluitvorming in dialoog binnen de zorgtriade en de verschillende lagen van de organisatie bevordert worden, mede doordat de betrokken cliënten de eigen wensen en ervaringen onder de aandacht kunnen brengen (*Kamerstukken II, 34858, nr. 3, 2017*).

§ 2.3. Probleemstelling en deelvragen

2.3.1. Probleemstelling

De probleemstelling betreft de centrale vraag binnen een onderzoek die men aan het einde van een onderzoek wil kunnen beantwoorden. Binnen dit onderzoek is er een beschrijvende probleemstelling geformuleerd, die logischerwijs is voortgevloeid uit de probleemanalyse (Verhoeven, 2014). De probleemstelling luidt als volgt:

Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?

2.3.2. Deelvragen

Een probleemstelling kan in een aantal onderdelen worden opgesplitst door middel van deelvragen. De deelvragen dienen dan echter relevant te zijn, begrippen uit de probleemstelling te specificeren en elkaar aan te vullen. Op het moment dat men elke deelvraag afzonderlijk kan beantwoorden, heeft men voldoende informatie om tevens de probleemstelling te kunnen beantwoorden (Verhoeven, 2014).

Om het antwoord te verkrijgen voor de bovenstaande probleemstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wie is de LVB complex doelgroep en wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen voor de doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap?
2. Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliëntmedezeggenschap na?
3. Wat is de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de vorm van cliëntmedezeggenschap?
4. Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen?

§ 2.4. Doelstelling

Tussen de probleemstelling en doelstelling binnen een onderzoek bestaat altijd samenhang, doordat ze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Door middel van de doelstelling dient het werkelijke doel van het onderzoek duidelijk te worden (Verhoeven, 2014). De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Door middel van gespreksvoering en literatuuronderzoek inzicht verwerven in de behoefte van de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk (regio Breda) omtrent de cliëntmedezeggenschap, zodat er een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet kan worden bij deze specifieke doelgroep en de Amarant Groep een optimale medezeggenschap kan realiseren, zoals de organisatie deze nastreeft.

§ 2.5. Begripsafbakening

Door middel van begripsafbakening zijn de begrippen uit het onderzoek theoretisch afgebakend, zodat zowel de betekenis van de begrippen als de grenzen binnen het onderzoek helder zijn gedurende het praktijkonderzoek. Voor de begripsafbakening is er gebruik gemaakt van definities die speciaal voor dit onderzoek worden gedefinieerd, de zogenaamde stipulatieve definities, doordat niet alle definities uit de literatuur voldoende toereikend waren binnen dit specifieke praktijkonderzoek (Verhoeven, 2014).

In dit onderzoek wordt onder het begrip *vorm* het volgende verstaan:

- Bepaalde aspecten en/of uiterlijke kenmerken van een bepaald product in de breedste zin van het woord. Binnen dit onderzoek betreft het product echter de medezeggenschap van de cliënt op voorzieningsniveau (lokaal niveau) binnen de Amarant Groep.

In dit onderzoek wordt onder het begrip *cliëntmedezeggenschap* het volgende verstaan:

- Het gesprek tussen zorgprofessionals en cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers, waarin overleg gepleegd wordt over hoe dingen geregeld dienen te worden en welke afspraken er gemaakt dienen te worden die van invloed zullen zijn op de zorg. De invloed zal hierbij niet enkel betrekking hebben op de zorg en het leven van één cliënt, maar op het leven van alle cliënten waar men mee samen woont binnen de woonvoorziening. De cliëntmedezeggenschap zoals bedoeld binnen dit onderzoek richt zich op de 1^e-lijns medezeggenschap van de Amarant Groep, welke zich afspeelt op lokaal niveau met eventueel een lokale cliëntenraad (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016).

In dit onderzoek wordt onder het begrip *behoefte* het volgende verstaan:

- Behoefte betreft de motiverende krachten achter het menselijk gedrag, bepaald door het lustprincipe en de aangeboren driften van de mens volgens het principe van Freud, waarin de mens zoveel mogelijk lust en zo min mogelijk onlust wil beleven (Alblas, 2015). Volgens Jochems en Joosten (in Huizing et al., 2002) kan een behoefte echter omschreven worden als een 'noodzaak tot handelen ten einde een bepaald doel te bereiken', waarin de behoefte dus het hebben van een drang betreft (Huizing, Maaskant, Hamers, & Groo, 2002). De behoefte zoals bedoeld binnen dit onderzoek betreft het missen van, het nodig hebben, het verlangen naar, het wensen van en het hebben van een drang omtrent de cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep.

In dit onderzoek wordt onder het begrip *de LVB complex doelgroep* het volgende verstaan:

- Cliënten die tot het zorgprofiel (ZP) zes of hoger behoren binnen het zorgprofiel van de Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG) en/of een CEP-score hebben van drie of hoger hebben gescoord binnen het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. Een doelgroep die wordt gekenmerkt door complexiteit, doordat naast de doorgaande LVB problematiek ook ernstige psychiatrische, verslavings en/of gedragsproblematiek aanwezig is. Een andere benaming voor de LVB complex doelgroep binnen de Amarant Groep betreft dan ook LVB+ doelgroep (persoonlijke communicatie, 2018). De LVB complex doelgroep zoals bedoeld binnen het onderzoek betreft de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk.

In dit onderzoek wordt onder het begrip *zorgprofessional* het volgende verstaan:

- Professionals in de zorg, welke deel uit maken van de zorgtriade. Een zorgprofessional levert een belangrijke bijdrage in de zorg voor de cliënt en probeert door middel van ervaring, kunde en kennis een optimale kwaliteit van leven voor de cliënt te creëren. De zorgprofessional houdt daarbij rekening met zowel de mogelijkheden als de grenzen van ieder die bij het samenleven en/of samenwerken betrokken is (van Montfort & van Oorschot, 2016). De zorgprofessional zoals bedoeld binnen dit onderzoek maakt deel uit van de zorgtriade van de onderzoekspopulatie binnen dit onderzoek.

In dit onderzoek wordt onder het begrip *uitvoering* het volgende verstaan:

- Het door de zorgprofessionals realiseren van cliëntmedezeggenschap binnen de woonvoorziening en het werkveld van de Amarant Groep, de zogenaamde beroepspraktijk.

In dit onderzoek wordt onder het begrip *cliënt* het volgende verstaan:

- Een natuurlijk persoon die een geneeskundige behandeling en/of zorg van de Amarant Groep ontvangt en binnen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek valt (de Amarant Groep, 2014a).

In dit onderzoek wordt onder het begrip *cliëntvertegenwoordiger* het volgende verstaan:

- De met gezag belaste ouder(s), voogd, curator, bewindvoerder, mentor, gemachtigde of een andere persoon die de belangen van de cliënt binnen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek behartigt en die als zodanig door of krachtens de wet is aangewezen of door de Amarant Groep wordt erkend (de Amarant Groep, 2014a).

In dit onderzoek wordt onder het begrip *kwalitatief* het volgende verstaan:

- Kwaliteit betreft het geheel van kenmerken en eigenschappen van een product dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften en wensen van de opdrachtgever (Uitgeverij Streutker, 2018). Het begrip kwalitatief zoals binnen dit onderzoek bedoelt betreft De mate van de kwaliteit en doeltreffendheid zoals de Amarant Groep deze nastreeft in de uitvoering van de cliëntmedezeggenschap binnen de woonvoorziening.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksontwerp

§ 3.1. Het onderzoekstype

Het onderzoek dat uitgevoerd is betreft een praktijkgericht onderzoek, doordat het onderzoek gericht is op het oplossen van een probleem uit de dagelijkse praktijk en daarnaast maatschappelijk relevant is. Doordat de gegevens in alledaagse taal verwerkt worden en er gebruik is gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden betreft het een kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2014).

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek doordat kwalitatief onderzoek diepere inzichten in gedrag, attitudes en motivaties biedt. Deze vorm van onderzoek sluit het beste aan bij dit onderzoek, doordat dit onderzoek zich niet op het 'hoeveel en waar principe' richt, maar op het 'hoe en waarom'. Aan de hand van kwalitatief onderzoek kan men onderzoeken hoe een bepaalde problematiek in elkaar steekt en wat de mogelijke oorzaken en tevens oplossingen daarvan zijn (Scholl & Olivier, 2014).

§ 3.2. Dataverzamelmethode

Binnen dit onderzoek is er bewust gekozen voor een onderzoeksmethode die aansluit bij de probleem- en doelstelling van dit onderzoek en daarnaast toepasbaar is op de doelgroep binnen het onderzoek (Schoorman, Speet, & Kersten, 2004). Er is hierdoor gekozen voor het houden van half-gestructureerde interviews en aanvullend literatuuronderzoek. Men wil door middel van dit onderzoek inzicht verwerven in de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap.

Zoals eerder al vermeld is, betreft cliëntmedezeggenschap een essentieel punt binnen de Amarant Groep en zoals het woord 'medezeggenschap' al doet vermoeden, draait het om zeggenschap en het hebben van een 'stem'. Gespreksvoering staat voorop binnen medezeggenschap en is van groot belang. De keuze voor het houden van interviews als dataverzamelmethode is hierdoor een logische stap binnen het onderzoek. Het houden van interviews biedt naast diepere inzichten in motivatie en gedrag tevens de mogelijkheid om veel bruikbare informatie te verzamelen binnen een relatief kort tijdsbestek (Scholl, Olivier & 2014). Daarnaast sluit het houden van een interview het beste aan bij de LVB complex doelgroep, doordat uit eerdere gesprekken met zowel de Consulent cliëntmedezeggenschap als zorgprofessionals naar voren is gekomen dat observatieonderzoek en/of het houden van enquêtes niet gewenst is en/of weinig respons zal opleveren (persoonlijke communicatie, 2018).

Echter zal het enkel houden van interviews niet voldoende informatie opleveren om zowel de deelvragen als de hoofdvraag te beantwoorden. Het daarbij gebruik maken van literatuuronderzoek biedt hierin de uitkomst. De antwoorden verworven uit zowel de literatuur als de interviews zullen samen voldoende informatie geven om zowel de deelvragen als de hoofdvraag te kunnen beantwoorden (Verhoeven, 2014).

§ 3.3. Populatie en steekproef

3.3.1. Populatie

De populatie van een onderzoek betreft de onderzoeksgroep op wie het onderzoek gericht is. De populatie zijn alle eenheden waarover je uitspraken wilt doen binnen je onderzoek, oftewel het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt. Regelmatig komt het voor dat de opdrachtgever bepaalde wensen heeft over het te onderzoeken domein, zoals ook binnen dit onderzoek het geval is. In samenspraak met de Consulent cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep is het domein afgebakend.

Het domein van dit onderzoek betreft de LVB complex doelgroep binnen de divisie Wonen in de Wijk van regio Breda, verdeeld over vijf verschillende woonlocaties, namelijk: het Pastoor Pottersplein, de Ambachtenlaan, Valkenstraat, Brigidastraat en de Spiegelstraat. De cliëntenpopulatie van deze woonvoorzieningen betreft zo'n 85 cliënten die voldoen aan de kenmerken van de LVB complex doelgroep. Binnen dit onderzoek is het echter niet mogelijk om al deze personen te ondervragen, waardoor er een deelverzameling uit deze onderzoeksgroep tot stand is gekomen (Verhoeven, 2014).

3.3.2. Steekproef

Bij het trekken van een steekproef is het van belang dat er rekening wordt gehouden met een aantal regels die zowel de betrouwbaarheid als de houdbaarheid van de conclusie kunnen vergroten. De steekproefomvang is mede afhankelijk van het doel van het onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek is het informatiegehalte van de gegevens van belang, niet de omvang. De trekking van de steekproef binnen een kwalitatief onderzoek betreft daardoor dikwijls doelgericht, net zoals binnen dit onderzoek het geval is.

Er is doelgericht gezocht naar specifieke personen die de cliëntenpopulatie binnen dit onderzoek kunnen vertegenwoordigen. Hierdoor is er sprake van een selecte steekproef, waarbij de trekking niet door toeval is bepaald. Door middel van de medewerking van de Consulent Cliëntmedezeggenschap, zorgprofessionals binnen de verschillende woonvoorzieningen en de managers hiervan heeft er een selecte steekproef plaats kunnen vinden (Verhoeven, 2014). Bij het maken van deze selecte steekproef is er rekening gehouden met verschillende aspecten binnen de doelgroep, waarbij te denken valt aan gedragsproblematiek, uitdrukkingsvaardigheid en privacy. Daarnaast dient de respondent aan een aantal criteria te voldoen om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Zo dient de respondent het onderwerp wat centraal staat binnen het onderzoek te begrijpen (1), zichzelf verbaal kenbaar te kunnen maken (2) en vrijwillig deel te willen nemen (3). Mede hierdoor zijn er in binnen de gehele populatie drie subgroepen te onderscheiden, namelijk niet te benaderen personen, goed te benaderen personen en de personen die daar tussen zitten (Schuurman, Speet, & Kersten, 2004). Binnen dit onderzoek heeft men zich gericht op goed te benaderen personen, waardoor maar liefst acht individuele cliëntinterviews plaats hebben kunnen vinden met respondenten van vier verschillende locaties.

§ 3.4. Operationalisatie

Op het moment dat je algemene definities uit de probleemstelling vertaalt naar meetbare instrumenten, ben je aan het operationaliseren. Aan de hand van deze operationalisatie is er een meetinstrument ontwikkeld welke aansluit op de gekozen dataverzamelmethode. Een meetinstrument betreft een hulpmiddel om gegevens te verzamelen. De operationalisatie van deze begrippen was zeer belangrijk bij de voorbereiding van de interviews, doordat de begrippen uit de probleemomschrijving nu feitelijk te meten zijn (Avans Hogeschool, 2017). De geoperationaliseerde begrippen vormen hierdoor het uitgangspunt binnen het meetinstrument en de verworven resultaten daarvan. Binnen dit onderzoek zijn er meerdere begrippen geoperationaliseerd, namelijk: vorm (1), behoefte (2) en kwalitatief (3).

1. Vorm: Het woord 'vorm' wordt door de van Dale Uitgevers (2018) gedefinieerd als een uiterlijk gedaante (van Dale Uitgevers, 2018). een vorm beschikt over een aantal aspecten van een bepaald product in de breedste zin van het woord.	
• Inhoud	Welke onderwerpen vind jij belangrijk?
• Structuur	Wat vindt jij fijn qua structuur?
• Intensiteit	Hoe vaak en wanneer wil je een bijeenkomst?
• Techniek	Hoe zou je graag informatie over medezeggenschap ontvangen?
• Plaats	Waar zou jij graag willen vergaderen en dingen willen bespreken?
2. Behoeft: wordt door de van Dale Uitgevers (2018) op meerdere manieren gedefinieerd. Namelijk als; het hebben van een gebrek aan, het verlangen naar hetgeen je mist en een zaak die je nodig hebt (van Dale Uitgevers, 2018). Volgens Jochems en Joosten (1993) kan een behoefte echter omschreven worden als een 'noodzaak tot handelen ten einde een bepaald doel te bereiken', waarin de behoefte dus het hebben van een drang betreft (Huizing et al., 2002).	
• Missen	Wat mis je op dit moment in de cliëntmedezeggenschap, maar zou je wel willen hebben?
• Verlangen	Waar verlang je naar omtrent cliëntmedezeggenschap?
• Wensen	Wat is jouw perfecte plaatje hier binnen de woonvoorziening als het gaat om cliëntmedezeggenschap?
• Nodig hebben	Wat heb je nodig als het gaat om cliëntmedezeggenschap?
3. Kwalitatief: De kwaliteit betreft de mate waarin iets goed is (van Dale Uitgevers, 2018) en betreft het geheel van kenmerken en eigenschappen van een product dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften en wensen (Uitgeverij Streutker, 2018). De kwaliteit is van verschillende eigenschappen afhankelijk, zoals: het niveau, de verwachtingen en de eisen die gesteld worden aan cliëntmedezeggenschap.	
• Niveau	Wat vind je belangrijk aan medezeggenschap?
• Verwachtingen	Hoe zou je cliëntmedezeggenschap omschrijven?
• Eisen	Wat heb je nodig als het gaat om cliëntmedezeggenschap?

§ 3.5. Onderzoeksinstrument

Aan de hand van de bovenstaande operationalisatie is een onderzoeksinstrument ontstaan, waarmee een groot gedeelte van de onderzoeksgegevens verzameld zal worden. De gegevensverzameling binnen een onderzoek vindt namelijk altijd plaats aan de hand van één of meerdere onderzoeksinstrumenten. Tussen de dataverzamelmethode en het onderzoeksinstrument bestaat een logische samenhang. Daarnaast betreft het instrument goed hanteerbaar tijdens de afname en zal het gegevens opleveren die zonder problemen verwerkt en geanalyseerd kunnen worden (Schuurman, Speet, & Kersten, 2004).

De leidraad binnen de half-gestructureerde interview betreft de zogenaamde topiclijst (Verhoeven, 2014). Door middel van deze dataverzamelmethode wil de onderzoeker gedeeltelijk antwoord verkrijgen op deelvraag twee en deelvraag vier en volledig antwoord verkrijgen op deelvraag drie van het onderzoek. Om de behoefte in kaart te brengen over de gewenste vorm van cliëntmedezeggenschap, is er gebruik gemaakt van half-gestructureerd interviews waarin een topiclijst de leidraad heeft gevormd. Het daadwerkelijke meetinstrument kan men vinden in de bijlagen.

Hoofdstuk 4. Literatuuronderzoek

§ 4.1. Deelvraag 1

Binnen hoofdstuk 4.1 vindt er literatuuronderzoek plaats waardoor er antwoord gegeven kan worden op deelvraag één binnen dit onderzoek: 'Wie is de LVB complex doelgroep en wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen voor de doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap?'

4.1.1. LVB

De populatie van mensen met een verstandelijke beperking is erg uiteenlopend. Door de vele verschillen in ernst, leeftijd, bijkomende gezondheidsproblematiek, uitingsvormen en beperkingen is deze groep mensen absoluut niet heterogeen (van Trigt, Jüngen, & van der Meijden-Meijer, 2015). Daarnaast bestaan er verschillende definities en classificatiesystemen voor 'een verstandelijke beperking'. Er bestaan echter wel gedeelde kenmerken, waardoor men in staat is om een verstandelijke beperking te diagnosticeren.

Zo hanteert de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) de volgende drie criteria voor een diagnose, namelijk:

1. Een significante beperking in het intellectueel functioneren, waarbij een IQ aanwezig is met twee of meer standaardafwijkingen beneden het populatiegemiddelde.
2. Gelijktijdig optredend met een significante beperking in het adaptief gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) waarbij men twee of meer standaardafwijkingen heeft beneden het populatiegemiddelde.
3. Het optreden van deze beperkingen vóór het achttiende levensjaar.

Het intellectueel functioneren wordt ook vertaald als 'intelligentie'. Je intelligentie vertelt enkel iets over het verstandelijke vermogen en hoe men redeneert en leert, maar niet over het sociaal en/of lichamelijk functioneren. Intelligentie is een verzameling van capaciteiten, bestaande uit zowel de sociale intelligentie, verbale intelligentie als de performale intelligentie. Men meet intelligentie doorgaans met een IQ-test. Er wordt gesproken van een (licht) verstandelijke beperking bij een IQ-score van 70 of lager. Desondanks kan er bij een IQ tussen de 70 en de 85 eveneens over een licht verstandelijke beperking worden gesproken, mits de persoon in kwestie daarnaast bijkomende problematieken ondervindt op het gebied van sociale redzaamheid en/of sociale aanpassing. Adaptief gedrag daarentegen is leeftijdgerelateerd en zegt iets over de mate waarin men in staat is adequaat te reageren op de omgeving. Normaliter neemt het adaptief gedrag toe, naarmate een persoon ouder wordt (Hermsen, Keukens, & van der Meer, 2015).

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5®)* hanteert echter andere criteria voor het vaststellen voor een verstandelijke beperking, waarin verschillen zijn op te merken met zowel de AAIDD als de eerdere DSM-4. Ten eerste is de verstandelijke beperking binnen de DSM-5 onderverdeeld in het domein van de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en wordt er geen leeftijdsgrens van achttien jaar (meer) gehanteerd. Tevens is het belang van het adaptief functioneren toegenomen en het belang van het IQ vermindert. Daarnaast zijn er drie domeinen geïntroduceerd waarbinnen beperkingen in zowel het adaptief als het verstandelijk functioneren aanwezig dienen te zijn, namelijk:

1. Het conceptuele (onderwijs)domein, wat onder andere competenties op het gebied van het taal, schrijven, lezen, rekenen, praktische kennis en het probleemoplossend vermogen betreft.
2. Het sociale domein, wat onder andere competenties op het gebied van gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen, het sociale oordeelsvermogen en om het vermogen om vriendschap te sluiten betreft.
3. Het praktische domein, wat het zelfmanagement en leervermogen in meerdere levenssituaties betreft, zoals zelfverzorging, vrijetijdsbesteding, werk, zelfmanagement van gedrag en geld-beheer (Kaldenbach, 2015).

Op het moment dat er dermate deficiënties in het adaptieve functioneren aanwezig zijn, die ertoe leiden dat de persoon niet kan voldoen aan de sociaal-culturele en ontwikkelingsstandaarden van persoonlijke verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid en daarnaast zonder permanente ondersteuning het dagelijks functioneren van de persoon ernstig wordt beperkt, kan er gesproken worden van een verstandelijke beperking. De actuele ernst van de verstandelijke beperking (licht tot zeer ernstig) wordt bepaalt door het adaptieve functioneren en niet door IQ scores, omdat adaptief functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning nodig is. Echter zijn intelligentietests wel noodzakelijke instrumenten die in combinatie met een klinische beoordeling kunnen helpen om deficiënties in het intellectuele domein te onderzoeken (Kaldenbach, 2015).

De oorzaak voor een verstandelijke beperking is net zoals de stoornis zelf niet eenduidig. Zo kan de stoornis veroorzaakt worden door onder andere: prenatale stoornissen tijdens de zwangerschap, afwijkingen voor de zwangerschap in het genetisch materiaal van de ouders, perinatale beschadiging van het kind tijdens de geboorte of postnatale beschadiging van het kind na de geboorte (Hermesen et al., 2015). Dat de doelgroep van verstandelijk beperkte personen erg uiteenloopt, blijkt ook uit de onderstaande syndromen die veelvuldig gepaard gaan met een verstandelijke beperking, zoals het downsyndroom, het turnersyndroom, chatsyndroom, fragile-X-syndroom, angelmansyndroom, rettsyndroom, foetale alcoholisch syndroom, prader-willie syndroom, klinefeltersyndroom, cornelia-de-langesyndroom en het noonansyndroom (van Trigt et al., 2015).

4.1.2. De LVB complex doelgroep

De problematiek rondom een persoon met een lichte verstandelijk beperking (LVB) is meer dan eens zeer complex, doordat de beperkingen en de daarbij behorende problematieken binnen meerdere levensgebieden tot uiting komen en tevens tijdens het gehele leven zullen blijven voortbestaan. Hierdoor is levenslange zorg en begeleiding op alle levensgebieden (integraal) vaak noodzakelijk.

Naast de reguliere problematieken van een persoon met een lichte verstandelijke beperking, zoals selectieve aandachtsproblemen bij de uitvoering van meerdere taken, een vertraagde taalontwikkeling, een vertraagde cognitieve ontwikkeling, een beperking van het werkgeheugen, een beperking in het korte termijn geheugen en een vertraagde informatieverwerking, hebben veel personen met LVB daarnaast nog bijkomende problematieken. Zo ervaren veel personen met een lichte verstandelijke beperking problemen met sociale aanpassing en het aangaan en tevens opbouwen van sociale relaties. Evenzeer vertoont maar liefst 50 procent van de jongeren met een lichte verstandelijke beperking ernstige emotionele en gedragsproblemen. Daarnaast is uit zowel nationaal als internationaal onderzoek gebleken dat zo'n 30 tot 40 procent van de jongeren met LVB een bijkomende psychiatrische stoornis heeft en dat personen met LVB in het algemeen een groter risico lopen om op latere leeftijd een psychiatrische stoornis te ontwikkelen (van Nieuwenhuijzen, 2010). Uit een ander onderzoek loopt de schatting van de prevalentiecijfers van bijkomende psychopathologie bij LVB jongeren zelfs op tot meer dan tachtig procent (Lakeman, Bodden, & Tromp, 2017).

Daarnaast is het opvallend dat veel jongeren met een lichte verstandelijke beperking uit multi-probleem gezinnen komen waarin veel psychiatrische- en verslavingsproblematiek speelt. Daarnaast vindt binnen deze gezinnen vaak een opeenstapeling van problemen plaats, wat dikwijls leidt tot een lage sociaal economische status, financiële problemen, disfunctioneren en een beperkte mate van zelfredzaamheid (van Nieuwenhuijzen, 2010). Naast psychiatrische problematiek komt verslavingsproblematiek vaak voor bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking. Men wordt aan steeds meer verleidingen blootgesteld, doordat de autonomie steeds meer toeneemt door middel van de participatiesamenleving. Dit in combinatie met de lichte verstandelijke beperking, het moeilijk overzien van consequenties op lange termijn wat vaak resulteert in impulsiviteit en de sterke behoefte aan identificatiefiguren, leidt regelmatig tot criminaliteit en verschillende uitingen van verslaving (Sijnke, 2016).

Onder de LVB complex doelgroep binnen de Amarant groep behoren cliënten die tot het zorgprofiel (ZP) zes of hoger behoren binnen het zorgprofiel van de Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG) en/of een CEP-score hebben van drie of hoger hebben gescoord binnen het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. Kortom, de problematiek van de LVB complex doelgroep wordt gekenmerkt door complexiteit, doordat naast de doorgaande LVB problematiek ook ernstige psychiatrische-, verslavings en/of gedragsproblematiek aanwezig is. Een andere benaming voor de LVB complex doelgroep binnen de Amarant Groep betreft dan ook LVB+ (persoonlijke communicatie, 2018).

4.1.3. Complicerende factoren rondom cliëntmedezeggenschap

Zoals eerder benoemd ziet men sinds een aantal jaren het belang van cliëntmedezeggenschap en cliëntraadpleging steeds meer in. De burgerschapsvisie en het recht op autonomie is hierbij van belang, een burger heeft namelijk recht op zeggenschap. Echter kan het verkrijgen van informatie bij personen met een lichte verstandelijke beperking tot een aantal moeilijkheden leiden. Het is van belang om hierbij gebruik te maken van de mogelijkheden en rekening te houden met de beperkingen, zodat de persoon met de lichte verstandelijke beperking optimaal in staat wordt gesteld om zijn mening te uiten (Schuurman, Speet, & Kersten, 2004).

Naast de lichte verstandelijke handicap gecombineerd met gedragsproblematiek en/of psychiatrische- en verslavingsproblematiek zijn er meerdere complicerende factoren waar rekening mee gehouden dient te worden tijdens de gespreksvoering met de persoon met de lichte verstandelijke beperking. Een aantal van deze complicerende factoren zijn, onder andere: een slecht begrip hebben voor het doel van een onderzoek, gesprek en/of bijeenkomst, waardoor men minder gemotiveerd is om ergens aan deel te nemen. Evenzeer kan men over een beperkt abstraherend vermogen beschikken, waardoor tevens het beantwoorden van abstracte vragen als moeilijk ervaren wordt. Daarnaast kan men tevens moeite hebben met het beantwoorden en begrijpen van open vragen en kan men moeilijk onderscheid maken tussen verschillende antwoordcategorieën. Als gevolg hiervan voelt men snel een gevoel van onveiligheid en/of toetsing, heeft men last van bewegingsdrang en logischerwijs en slechte concentratie. Tevens kan men gefixeerd zijn op een beperkt aantal specifieke onderwerpen en kan men moeilijk verstaanbaar zijn, door gehoorstoornissen, hersenbeschadigingen, anatomische afwijkingen en/of een beperkte woordenschat (Schuurman, Speet, & Kersten, 2004). Personen met een lichte verstandelijke beperking beschikken namelijk over een beperkt vocabulaire en maken gebruik van minder variërende zinsconstructies door een vertraagde taalontwikkeling (van Nieuwenhuijzen, 2010).

§ 4.2. Deelvraag 2

Binnen hoofdstuk 4.2. vindt er literatuuronderzoek plaats waardoor er grotendeels antwoord gegeven kan worden op deelvraag twee binnen dit onderzoek: 'Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliëntmedezeggenschap na?'

4.2.1. Cliëntmedezeggenschap

De Amarant groep werkt vanuit de dialogische visie, waarin het werken vanuit de methodieken 'familiezorg' en 'de kunst van het ontmoeten' leidend zijn. Dit maakt gespreksvoering binnen de zorgtriade, waarin in overeenstemming met het cliëntsysteem gezocht wordt naar de beste zorg voor de cliënt en zijn specifieke situatie, zeer belangrijk. Op het moment dat deze gesprekken goed verlopen, zal er een combinatie ontstaan van verwachtingen, wensen, behoeften en inzichten vanuit zowel het cliëntsysteem als de zorgprofessionals over de beste zorg voor de cliënt. Door de afspraken hierover vast te leggen, regelmatig te bespreken en waar nodig te wijzigen, ontstaat er gewaarborgde zeggenschap voor het cliëntsysteem, welke betrekking heeft op hun zorg en hun leven (van Oorschot, 2016).

Op het moment dat deze zeggenschap niet enkel betrekking heeft op de zorg en het leven van één cliënt, maar op het leven van alle cliënten waar men mee samen woont binnen de woonvoorziening spreekt men van cliëntmedezeggenschap. Dit betreft de gespreksvoering tussen zorgprofessionals en cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers, waarin overleg gepleegd wordt over hoe dingen geregeld dienen te worden en welke afspraken er gemaakt dienen te worden binnen de woonvoorziening en/of de organisatie die van invloed zullen zijn op de zorg (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016). Echter kan er zowel op een informele als op een formele manier vorm gegeven worden aan het medezeggenschap van de cliënt. Men spreekt van formeel zeggenschap op het moment dat er buiten de 'huiskamer' onderwerpen besproken worden, die van invloed zijn op de zorg. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het personeelsbeleid, de financiële kant, het onderhoud van het gebouw of de nieuwe inrichting van een zorgcomplex. Door middel van de Wet Cliëntmedezeggenschap Zorginstellingen (WMCZ) hebben cliënten het wettelijke recht om mee te denken, te praten en te beslissen over de zorg en de geboden begeleiding binnen de Amarant Groep. Formeel medezeggenschap wordt vormgegeven binnen een cliëntenraad, waarin je als vertegenwoordiger voor meerdere cliënten op komt (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016).

De wettelijke verplichting voor medezeggenschap binnen zorginstellingen, maakt duidelijk dat er binnen de maatschappij veel waarde wordt gehecht aan de samenwerking mét de cliënt bij het realiseren van goede zorg. Daarnaast wordt binnen deze wet het belang beschreven van de samenwerking en het samenspel tussen de instelling en haar cliënt en/of cliëntvertegenwoordigers (de Amarant Groep, 2017). Desalniettemin zijn er naast het feit dat er een wettelijke verplichting is voor de medezeggenschap van het cliëntsysteem binnen zorgorganisaties, nog meerdere redenen aan te voeren voor het realiseren van medezeggenschap binnen de Amarant Groep. De Amarant Groep wil graag de beste zorg voor de cliënt organiseren. De 'beste zorg' kan echter alleen tot stand komen en gerealiseerd worden in samenwerking met het cliëntsysteem. Het eenzijdig aanbieden van zorg door een organisatie is niet voldoende, waardoor (mede)zeggenschap van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordigers een noodzaak betreft. Daarnaast richt de Amarant groep zich op de eigen kracht en verantwoordelijkheid. De Amarant groep wil de kwaliteit van leven voor de cliënt vergroten. Meedoen en zélf doen waar mogelijk is daarbij van belang. Het organiseren van zeggenschap over het eigen leven en medezeggenschap over de beleidsvorming, gericht op de beste zorg voor de cliënt, binnen de verschillende niveaus van de organisatie sluit daarbij goed op aan (van Oorschot, 2016).

4.2.2. Medezeggenschapstructuur

De besluiten omtrent de vernieuwde medezeggenschapsstructuur zijn per 31 december 2015 opgenomen binnen de organisatie, waarmee de Amarant Groep nieuwe vormen van betrokkenheid en participatie van cliënten en cliëntvertegenwoordigers wil bevorderen. De medezeggenschapsstructuur binnen de organisatie kent sinds die tijd een werkmodel, bestaande uit vijf verschillende niveaus van (mede)zeggenschap, namelijk op het niveau van de cliënt, op het niveau van de voorziening, op het niveau van de zorgpijler, op het niveau van de divisies en op het niveau van de Amarant Groep. Binnen dit werkmodel kan er binnen de verschillende cliëntenraden enigszins afgeweken worden, doordat er passende aanpassingen toegevoegd kunnen worden. Op deze manier heeft de Amarant groep een heldere structuur proberen neer te zetten, waarin het helder is welke taken, verantwoordelijkheden en rollen daarin van belang zijn. Echter dient er nog nader gekeken te worden naar hoe deze structuur geïnternaliseerd worden binnen de organisatie en wat er nodig is om dat proces te blijven ondersteunen (van Oorschot, 2016). De belangen van de cliënten zullen als vanzelfsprekend het vertrekpunt blijven, binnen de innovaties die nog zullen volgen binnen de Amarant Groep omtrent het medezeggenschap (de Amarant Groep, 2016).

Samenvattend behartigt de lokale cliëntenraad de algemeen gemeenschappelijke belangen van de cliënten die in de voorziening verblijven met betrekking tot medezeggenschap. De verschillende cliëntenraden binnen de divisies behartigen daarentegen de algemene en gemeenschappelijke belangen van cliënten binnen de desbetreffende divisie, mits deze betrekking hebben op de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de Divisiedirecteur. Daarnaast worden de gemeenschappelijke belangen van alle cliënten binnen de Amarant Groep behartigt middels de Centrale Cliëntenraad, voor zover deze belangen niet op het niveau van de voorziening of op het niveau van de divisie worden behartigt (de Amarant Groep, 2017).

4.2.3. Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen

Door middel van de Wet Cliëntmedezeggenschap Zorginstellingen (WMCZ) heeft het cliëntsysteem het recht om mee denken en te beslissen over organisatorische zaken binnen de Amarant groep. Hierbij is het van belang dat de medezeggenschap goed geregeld is binnen de Amarant Groep, zodat er kwalitatieve medezeggenschap gerealiseerd kan worden binnen de verschillende organisatielagen (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016).

Hoewel de WMCZ handvatten aanreikt voor de inrichting van het cliëntmedezeggenschap voor de cliënt binnen organisaties, is een zorginstelling als de Amarant Groep vrij om zelf de vorm van het cliëntmedezeggenschap te bepalen, mits deze aan de volgende twee voorwaarden voldoet, namelijk:

1. De cliëntenraad moet voldoende representatief zijn voor de cliënten van de instelling. De cliëntenraad moet bestaan uit cliënten zelf of uit personen die geacht worden de belangen van de cliënt te kunnen behartigen.
2. De cliëntenraad moet voldoende in staat zijn om de gemeenschappelijke belangen van de cliënten daadwerkelijk te kunnen behartigen. Zo moet de cliëntenraad over voldoende ondersteuning en materiele middelen kunnen beschikken (*Kamerstukken II, 34858, nr. 3, 2017*).

Daarnaast staat in Artikel 2 van de WMCZ beschreven dat de zorgaanbieder een voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad instelt, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen dient te behartigen. Dit houdt in dat elke woonvoorziening over een lokale cliëntenraad dient te beschikken. Het is hierbij van belang dat elke cliëntenraad schriftelijk zijn werkwijze en vertegenwoordiging heeft opgesteld. Zo is er binnen de Amarant Groep binnen elk team minimaal één medewerker aangesteld als contactpersoon voor de cliëntmedezeggenschap. Daarnaast is de Amarant Groep in bezit van meerdere reglementen, waarin de verschillende wijze beschreven staan van cliëntmedezeggenschap binnen de structuur van het medezeggenschap, zoals: het Huishoudelijke Reglement Medezeggenschap; het reglement 'Divisie Cliëntenraad', het reglement 'Lokale Cliëntenraad' en het reglement 'Cliënten Amarant Groep' (de Amarant Groep, 2017).

Binnen Artikel 3 van de WMCZ staan de onderwerpen en de bevoegdheden beschreven waarbij de zorginstelling de cliëntenraad de gelegenheid dient te geven om advies uit te brengen over het voorgenomen besluit. De bevoegdheden uit Artikel 3 zijn opgenomen per niveau van medezeggenschap en uitgewerkt in de reglementen van zowel de lokale cliëntenraad (LCR), de divisiecliëntenraad (DCR) en de centrale cliëntenraad (CCR). Daarnaast is het van belang dat het advies op een zodanig tijdstip wordt gevraagd, dat het een wezenlijke invloed kan uitoefenen op het te nemen besluit (Overheid, 2016). Tevens wordt ook in de visie van de divisie Wonen in de Wijk beschreven dat het van belang is om de medezeggenschap op zowel voorzieningsniveau, sub-regioniveau en divisieniveau, in een vroeg stadium van de ontwikkelingen te betrekken voor een optimale medezeggenschap (de Amarant Groep, z.d.-a). Voor een kwalitatief goede medezeggenschap dient de instelling daarnaast de cliëntenraad tijdig en schriftelijk alle inlichtingen en gegevens te verstrekken die men voor de vervulling van deze taak redelijkerwijs nodig heeft (Overheid, 2016). Zo verstrekt de Amarant groep minimaal aan zowel de LCR, de DCR als de CCR het door de Raad van Bestuur vastgelegde jaarverslag (1), de vastgestelde begroting, eventueel met betrekking tot de eigen voorziening of divisie (2), het algemene beleidsplan van de Amarant Groep (3), het beleidsplan van de eigen voorziening of divisie (4) en het huisorgaan van de Amarant Groep (5).

Tevens stelt de Amarant Groep de verschillende cliëntenraden en/of cliëntvertegenwoordigersraden in staat goed te functioneren, door faciliteiten en budget beschikbaar te stellen voor:

- Cliëntondersteuning door middel van een (externe) begeleider of coach,
- informatiemateriaal voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers over cliëntmedezeggenschap
- De nodige materiele ondersteuning, zoals vergaderruimte, koffie, thee, papier, apparatuur, reiskosten
- secretariële ondersteuning
- Scholing en
- Informatie naar de achterban
- Raadpleging van deskundigen (de Amarant Groep, 2017).

In wisselwerking daarvan dienen de LCR, de DCR en de CCR aan de daartoe toegewezen personen verslagen te verstrekken van onder andere; de gehouden vergaderingen, de oproeping en de agenda alsmede de bijbehorende vergaderstukken van de vergaderingen en het jaarverslag en werkplan indien aanwezig. Daarnaast hebben alle leden binnen een cliëntenraad een plicht tot geheimhouding aan derden, van alles wat zij in hun hoedanigheid als lid aan informatie ontvangen en waarvan het vertrouwelijk karakter uit de aard der zaak volgt of waarvan zij het vertrouwelijk karakter hadden kunnen begrijpen (de Amarant Groep, 2017).

§ 4.3. Deelvraag 4

Binnen hoofdstuk 4.3. vindt er literatuuronderzoek plaats waardoor er gedeeltelijk antwoord gegeven kan worden op deelvraag vier binnen dit onderzoek: 'Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen?'

4.3.1. Vaardigheden zorgprofessional met betrekking tot de LVB complex doelgroep

Het vertrekpunt van de zorgprofessional dient het belang van de cliënt te zijn, doordat goede zorg enkel geboden kan worden zodra men dit doet met elkaar. Om hier grotendeels aan te kunnen voldoen, dient de zorgprofessional te werken via de kunst van het ontmoeten. Men spreekt over de kunst van het ontmoeten op het moment dat de zorgprofessional een 'gewoon' mens probeert te zijn, wie benieuwd is naar hoe het is om die unieke cliënt of zijn naaste te zijn in hun specifieke situatie. Ontmoeten houdt in dat men de ander in principe gewoon alle vragen durft te stellen. Men hoeft daarbij nooit bang te zijn dat men dingen te horen krijgt die men als zorgprofessional vervolgens op zou moeten lossen. Als problemen worden opgelost, doen mensen dat altijd zelf. Echter kan een zorgprofessional daar wel bij helpen. Die hulp zit voor een groot deel in het stellen van vragen en het luisteren naar de antwoorden en de verhalen. De aandacht is daarbij de interventie. Er zijn wel een aantal eigenschappen en vaardigheden die ervoor zorgen dat de mensen die je ontmoet in de zorgtriade ook écht ervaren dat je benieuwd naar ze bent en aandacht voor ze hebt. Je kunt deze eigenschappen en vaardigheden *de kunde van het ontmoeten* noemen. De kunde van het ontmoeten bestaat uit basisvaardigheden als: luisteren, empathie tonen, nieuwsgierig zijn, beschikken over reflectie en een kritische blik, kunnen relativeren, vragen durven stellen, graag samen willen werken met anderen en over humor beschikken, een gesprek kunnen leiden en deze tevens samen kunnen vatten. Veel van de kunde zit in de houding en non-verbale signalen van de zorgprofessional, alhoewel men ook over kennis van de zorgtriade dient te beschikken en gesprekstechnieken toe dient te kunnen passen op het moment dat men een gesprek voert met het cliëntsysteem (van Montfort & van Oorschot, 2016).

Tevens dient de zorgprofessional te beschikken over het vermogen om grenzen te stellen nog voor het moment dat grensoverschrijdend zich voor kan doen en preventief te kunnen werken, waarbij tijdige signaalherkenning van belang is. Eveneens dient men binnen crisissituaties adequaat te kunnen reageren en de-escalerend te kunnen werken middels communicatie en bejegening (VGN, 2015). Daarnaast dient de zorgprofessional te denken en te werken middels de ethiek van de familie zorg. Binnen dit concept staat de samenwerking en de dialoog binnen de zorgtriade centraal. Men dient daarbij de cliëntmedezeggenschap te stimuleren en daarnaast de zorg zoveel mogelijk af te stemmen op de verwachtingen, wensen en behoeften van het cliëntsysteem (van Oorschot, 2016). De intrinsieke motivatie van de cliënt wordt vergroot op het moment dat de zorgprofessional de cliënt als competent benaderd en daarbij zijn mogelijkheden en wensen als uitgangspunt neemt, waardoor de zorgprofessional meer kan volgen en minder hoeft te sturen en motiveren (de Uitzondering, 2018). Echter dient de zorgprofessional wel in staat te zijn tot een lange externe sturing, controle en/of motivering door de beperkte emotie-regulatie en gewetensontwikkeling van een LVB'er (MEE, 2015) en het zwakke, negatieve zelfbeeld, waardoor het zelfvertrouwen normaliter laag is en men zich regelmatig afhankelijk opstelt van de zorgprofessional, een grote behoefte heeft aan individuele aandacht en men tevens moeite met het delen van de aandacht met andere personen (Smit, 2008).

4.3.2. Vaardigheden zorgprofessional met betrekking tot kwalitatief cliëntmedezeggenschap

De zorgprofessional dient de lokale cliëntenraad daadwerkelijk in staat te stellen tot het behartigen van de algemeen gemeenschappelijke belangen van de cliënten die in de voorziening verblijven met betrekking tot cliëntmedezeggenschap. De zorgprofessionals dienen daarvoor voldoende ondersteuning en materiele middelen beschikbaar te stellen aan de cliëntenraad, zoals een vergaderruimte, apparatuur, secretariële ondersteuning, informatiemateriaal en cliëntondersteuning (de Amarant Groep, 2017). Daarnaast dient er binnen elke woonvoorziening één zorgprofessional als contactpersoon te fungeren voor alle taken rondom de cliëntmedezeggenschap (van Oorschot, 2016).

De zorgprofessionals dienen er zorg voor te dragen dat de lokale cliëntenraad tijdig en schriftelijk alle gegevens en inlichtingen krijgen, die men redelijkerwijs nodig heeft voor de vervulling van de taak als cliëntenraad. Op die manier kan men tijdig een wezenlijke invloed uitoefenen op de te nemen besluiten van de Amarant Groep uit Artikel 3 van de WMCZ (Overheid, 2016). In wisselwerking daarvan dienen de zorgprofessionals er op toe te zien dat de LCR aan de daartoe toegewezen personen verslagen verstrekken van onder andere; de gehouden vergaderingen en de bijbehorende vergaderstukken van de vergaderingen (de Amarant Groep, 2017).

Hoofdstuk 5. Praktijkonderzoek

§ 5.1. Deelvraag 2

Binnen hoofdstuk 5.1. vindt men de resultaten op deelvraag twee van het praktijkgerichte onderzoek, waardoor er gedeeltelijk antwoord gegeven kan worden op de volgende deelvraag binnen dit onderzoek: 'Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliënt- medezeggenschap na?'

De respondenten binnen dit onderzoek hebben cliëntmedezeggenschap op verschillende manier omschreven. De omschrijving die men gaf is onder andere: het hebben van inspraak over de zorg, zelf creëren wat er gaat gebeuren in de woonvoorziening, luisteren naar elkaar en je mening geven over de zorg. Daarnaast ziet men cliëntmedezeggenschap als een gezamenlijke activiteit, waarin men onderling contact heeft met elkaar en gezamenlijk activiteiten onderneemt. De activiteiten die door de respondenten binnen dit onderzoek zijn genoemd zijn als volgt: het spelen van een spelletje met elkaar, het maken van bloemstukken voor gelegenheden als Pasen en kerst, het organiseren van een BBQ, het gezamenlijk koffie drinken tijdens het koffie-half-uurtje en uitjes weg naar bijvoorbeeld de Efteling, de dierentuin en de rommelmarkt. Daarnaast hebben meerdere respondenten de zogenoemde 'bewonersvergadering' of 'rode draad bijeenkomsten' waarin de zorgdriehoek centraal staat, genoemd als een vorm van cliëntmedezeggenschap binnen de woonvoorziening. Drie respondenten hebben cliëntmedezeggenschap gekoppeld aan een cliëntenraad.

Op de vraag hoe cliëntmedezeggenschap is vormgegeven binnen de woonvoorziening zijn de volgende antwoorden naar voren gekomen namelijk:

- De ideeënbus (Ambachtenlaan en Pastoor Pottersplein)
- De maandelijksse rode draad bijeenkomsten (Brigidastraat)
- Eén tot tweemaal per maand een vergadermoment waar de consulente medezeggenschap, de lokale cliëntenraad en twee aangestelde contactpersonen voor de cliëntmedezeggenschap van verschillende locaties bij aanwezig zijn (Ambachtenlaan)
- De (tijdelijk) stilgelegde bewonersvergaderingen (Pastoor Pottersplein en Valkenstraat)

De respondenten van beide locaties waarbij de bewonersvergaderingen (tijdelijk) is stilgelegd wegens de ingewikkelde groepsdynamiek hebben aangegeven dit jammer te vinden. Daarnaast hebben de twee respondenten van de Ambachtenlaan (die op dit moment met zijn tweeën de lokale cliëntenraad vormen) aangegeven contactmomenten met elkaar over te hebben over het cliëntmedezeggenschap binnen de woonvoorziening.

§ 5.2. Deelvraag 3

Binnen hoofdstuk 5.2. vindt men de resultaten op deelvraag drie van het praktijkgerichte onderzoek, waardoor er geheel antwoord gegeven kan worden op de volgende deelvraag binnen dit onderzoek: 'Wat is de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de vorm van cliëntmedezeggenschap?'

Binnen het onderzoek zijn door middel van vragen aan de hand van de samengestelde topiclijst, zowel de motiverende als demotiverende factoren voor de cliënt omtrent de cliëntmedezeggenschap naar voren gekomen. Aan de hand hiervan kan de behoefte van de cliënt omtrent de cliëntmedezeggenschap in kaart worden gebracht, doordat de behoefte de motiverende krachten betreft achter het menselijk gedrag (Abbas, 2015).

Binnen de getranscribeerde teksten zijn verschillende coderingen aangebracht, waarbij er tevens gebruik is gemaakt van de geoperationaliseerde begrippen. Aan de hand van deze operationalisatie en coderingen zullen zowel de motiverende als demotiverende factoren die binnen het onderzoek naar voren zijn gekomen worden beschreven, waarbij de motiverende factoren als eerste aan bod komen.

5.2.1. Motiverende factoren omtrent cliëntmedezeggenschap

Codering: *Nieuwe contacten* (behoefte hebben aan het aangaan van nieuwe contacten)

“Er zijn nu twee nieuwe bewoners, ik vind het leuk om mezelf voor te gaan stellen namens de cliëntenraad.”

Codering: *Interesse in andermans mening* (behoefte hebben aan het horen van andermans mening)

“Ik zou het wel interessant en leuk vinden om de mening van anderen te horen over een bepaalde onderwerp”

Codering: *Belangenbehartiging* (behoefte hebben om de belangen van anderen te behartigen)

“Ik heb de behoefte om voor anderen op te komen en te ervoor te zorgen dat we mensen tevreden kunnen houden.”

Codering: *Plezier* (behoefte hebben aan plezier)

“Ik vind het leuk als we met zijn allen gezamenlijke dingen, zoals uitjes weg of spelletjes kunnen doen. Op de andere locatie deden we veel meer gezamenlijk, hier zitten veel mensen alleen maar saai op hun eigen kamer.”

Codering: *Laagdrempelige informatie* (behoefte hebben aan laagdrempelige informatie)

“Fijner als de gesprekken of de informatie niet uit te moeilijke taal bestaat”

Codering: *Gehoord worden* (behoefte hebben om gehoord te worden)

“De dingen waar mensen tegenaan lopen. Mensen willen graag gehoord worden, dat vind ik belangrijk.”

Codering: *Goede opkomst* (behoefte aan een goede opkomst)

“Als het goed loopt en er een grote opkomst is, zou ik er nog wel meer tijd in willen stoppen, bijvoorbeeld één of twee keer in de week afspreken.”

Codering: *Ontspannen sfeer* (behoefte hebben aan een ontspannen sfeer)

“Ik zou wel deel willen nemen aan zo’n bijeenkomst als er geen ruzie is en iedereen elkaar laat uitpraten. Met koffie en een koekje erbij.”

Codering: *Onafhankelijkheid* (behoefte hebben aan een onafhankelijke gespreksleider)

“Fijner als er iemand is van buitenaf die de bijeenkomsten houdt, iemand die ons niet kent en tegen wie we alles kunnen zeggen.”

Codering: *Privacy* (behoefte hebben aan privacy)

“Mensen van de benedenverdieping of van de andere groep hoeven niet alles te horen wat er besproken wordt, die hebben daar niets mee te maken. Tijdens de rode draad bijeenkomsten moeten we ook geen namen noemen”

Codering: *Uitbreiding cliëntenraad* (behoefte hebben aan uitbreiding van de cliëntenraad)

“Te weinig mensen op dit moment in de cliëntenraad, het zou fijn zijn als er minimaal twee mensen bij komen, zodat we met vier tot zes personen zijn. Op die manier kunnen we de taken beter verdelen.”
“Ik mis meer en nieuwe ideeën, meerdere mensen weten altijd meer en kunnen andere dingen verzinnen.”

Codering: *Fijne omgang* (behoefte hebben aan een fijne omgang met anderen)

“Het is fijn, zolang er geen ruzie is tussen mensen.”

“Ruzie met elkaar is heel vervelend, daar wordt je gek van.”

“Je moet met elkaar kunnen klikken.”

“Respectvol je mening gegeven en niet schreeuwen.”

Codering: *Respect* (behoefte hebben aan respect)

“Zolang je maar respect toont naar elkaar, zelfs als je mensen niet aardig vindt.”

“Ik vind het belangrijk dat mensen elkaar laten uitpraten, nu laten mensen elkaar vaak niet uitpraten.”

“Ik vind naar elkaar luisteren belangrijk, om zo te horen wat iemand heeft in te brengen.”

Codering: *Eigen verantwoordelijkheid* (behoefte hebben aan eigen verantwoordelijkheid)
"Als je niet bij een bewonersvergadering aansluit, kun je er ook niks over zeggen."

Codering: *Gemoedelijkheid* (behoefte hebben aan gemoedelijkheid)
"We moeten wat aardiger zijn tegen elkaar, gemoedelijker zijn. Bijvoorbeeld als iemand moet huilen, dan niet nog daar opmerkingen bovenop gaan maken."
"Fijn als mensen zich rustig houden tijdens een bijeenkomst of wanneer ze op onze groep komen. Als Pietje bijvoorbeeld op onze groep komt vind ik dit niet fijn, schreeuwt ook wel eens dat hij zichzelf voor de trein gaat gooien."

Codering: *Terugkoppeling* (behoefte hebben aan terugkoppeling)
"Ze moeten vaker het overleg terugkoppelen, bijvoorbeeld als ik iets aangeef en ze hebben overleg gepleegd, dan hoor ik er niets van terug. Maar ik zou dat wel fijn vinden. Bijvoorbeeld over de tuin. Het was juist mijn wens om iets voor mij alleen te hebben, in plaats van plantenbakken voor iedereen."

5.2.2. Demotiverende factoren omtrent cliëntmedezeggenschap

Codering: *Gedemotiveerde medewerkers* (behoefte hebben aan gemotiveerde medewerkers)
"De begeleiding heeft er alleen ook niet altijd zin meer in, doordat er zo weinig mee willen doen of op komen dagen."

Codering: *Ongelijkheid* (behoefte hebben aan gelijkheid in het de zorg)
"Een voorbeeld, op de Spiegelstraat kunnen ze wel geheel verzorgd barbecueën en hier moeten we ons eigen vlees meenemen en hebben we een koffie-half-uurtje zonder koekjes."

Codering: *Zelfstandigheid* (behoefte hebben aan zelfstandigheid)
"Ik ben meer op mezelf, en wil graag dingen alleen en zelf doen. Ik wil alleen de begeleiding op mijn kamer (ambulant) en niet in de groep."

Codering: *Wachttijd* (behoefte hebben aan een snelle reactie)
"Ik irriteer me eraan dat overal veel tijd overheen gaat, als ik de begeleiding mail dan ik moet ik lang op hulp wachten of wachten tot de volgende bijeenkomst. Nu wil ik bijvoorbeeld een poster maken, maar heb ik pas weer over twee weken een bespreking en het andere cliëntenraadslid kan heel vaak niet."

Codering: *Het 'klaaguur'* (behoefte hebben aan gezelligheid)
"Mensen gaan alleen maar over hun problemen praten tijdens het koffie-half-uurtje, daar ging het de vorige keren ook mis."

Codering: *Weinig respons* (behoefte hebben aan respons en hulp van anderen)
"Als ik nu geen respons krijg van de bewoners, dan stop ik er echt mee. Ik heb al 4 jaar meegedaan, ik doe het nog maximaal een halfjaar. Het is gewoon niet meer leuk als je bijna alles alleen moet doen."

Codering: *Controversiële onderwerpen* (behoefte hebben aan niet-controversiële onderwerpen)
"Controversiële onderwerpen vindt ik niet fijn, zoals vluchtelingenproblematiek, schulden, racisme, de zwaardere onderwerpen, daar komt vaak onenigheid van. Ik probeer dan een grapje te maken om het luchtig te houden, maar dat lukt niet altijd."

Codering: *Slechte groepsdynamiek* (behoefte hebben aan een fijne groepsdynamiek)
"Ik heb wel vaker ideeën in mijn hoofd, zoals leuke dingen die we kunnen doen en uitjes weg, maar dat gaat gewoon niet met deze groep. Zo was de BBQ ook al niet goed verlopen. Ik moet ook uitkijken met wat ik zeg, niet iedereen begrijpt mijn grapjes en dan ontstaat er tjah... miscommunicatie zal ik maar zeggen."

Codering: *Autoritair* (behoefte hebben aan een niet-autoritair gespreksleider)
"Vind het niet fijn als mensen de gespreksleider te autoritair is en de hele tijd woorden gebruikt als je moet."

De respondenten binnen dit onderzoek is gevraagd naar de behoefte omtrent de vorm van de cliëntmedezeggenschap, waarin de begrippen inhoud, intensiteit, plaats, structuur en techniek centraal stonden. In de onderstaande paragrafen worden de verkregen informatie verder uiteen gezet.

5.2.3. Inhoud

De inhoud is gericht op de onderwerpen waarvan de respondenten aangegeven hebben deze graag te bespreken tijdens gezamenlijke bijeenkomsten. Onderwerpen die hierbij naar voren kwamen zijn onder andere: overlast, familiecontact, gezamenlijkheid, wisselende begeleiding, de kwaliteit van zorg, het bespreken van leuke activiteiten, de woonvoorziening en telefonerende zorgprofessionals.

Codering: *Overlast medebewoners en/of begeleiders*

"Meldingen maken, bijvoorbeeld van geluidsoverlast of van een blowende buurman."

"Ik heb last van de gesprekken om 06:45 uur die voor mijn voordeur gevoerd worden. Ik heb dit al vaker aangegeven, maar het gebeurt nog steeds."

Codering: *Familiecontact*

"Ze mogen de familie er ook meer bij betrekken, dat gebeurt hier nog niet zoveel. Dit kan bijvoorbeeld met een nieuwjaarsborrel, familiedag of familiebijeenkomst."

Codering: *Gezamenlijkheid*

"Ik trek heel veel naar contacten van buitenaf de woonvoorziening toe, en dat is fijn. Maar ik zou dat graag meer op de voorziening hebben. Ik hou van mensen en spelletjes spelen, ik kom ook uit een groot gezin."

"Ik zou wel graag meer samen willen doen met de groep. Bijvoorbeeld meerdere dagen in de week samen eten met andere bewoners in de gedeelde huiskamer."

Codering: *Wisselende begeleiding op de woonvoorziening*

"Wat ik vervelend vind is als er een invaller komt, dat is geen vaste. Ik moet die vreemde allemaal niet. Ze geven het wel van tevoren aan."

"Invallers vind ik niet fijn, als ik het van tevoren weet, schrik ik daar minder van."

Codering: *Meer aandacht van de begeleiding*

"Er zijn erbij die wel luisteren, en er zijn erbij die het niet zo interessant vinden als ik iets aan het vertellen ben."

"Soms als ik met de begeleiding aan het praten ben, dan komen er mensen tussen, en dan mag ik niet uitpraten."

"De telefoon van de begeleiding ergert mij. Ik vind het storend als ze hun mobiel opnemen als ik een begeleidingsmoment heb."

Codering: *Bespreken leuke activiteiten*

"Ik zou het graag met de andere bewoners ook willen hebben over uitjes en gezellige dingen doen."

"Zou willen overleggen of dat we niet eens wat leuks zouden kunnen doen."

"Ik zou graag naar de Beekse bergen, de dierentuin of de Efteling willen."

"Ik zou graag naar een Nederlandse talige zanger gaan luisteren met zijn allen."

Codering: *Woonvoorziening*

"Ik zou het wel gezellig willen maken in het pand en in de tuin."

"Met de andere meedenken; hoe kunnen we de flat verbeteren?"

Codering: *Kwaliteit zorg*

"Hoe de zorg voor ons geregeld wordt er eruit ziet."

"Als er dingen zijn waar alle bewoners mee te maken hebben, dan wil ik die dingen ook graag met de andere bewoners bespreken."

Codering: *Telefoneren begeleiding*

"Vindt het heel vervelend als de begeleiding de telefoon opneemt als ze met mij in gesprek zijn of tussendoor op hun telefoon zitten. Dit ook al aangegeven tijdens bijeenkomsten maar hier wordt niet voldoende naar geluisterd."

5.2.4. Intensiteit

Alle respondenten binnen dit onderzoek hebben hun voorkeur uitgesproken voor een maandelijks avondbijeenkomst, van minimaal 30 minuten tot maximaal 90 minuten lang, tussen 19:00 uur en 21:30 uur waarin onderwerpen omtrent de cliëntmedezeggenschap gezamenlijk besproken worden en waarin ieder zijn mening mag uiten. Drie respondenten hebben hierbij aangegeven dat zij het structureel inplannen van deze momenten, bijvoorbeeld iedere eerste maandag van de maand, prettig zouden vinden. Op deze manier kan men er rekening mee houden, er zichzelf op voorbereiden en valt er daadwerkelijk weer iets te bespreken. Voor de gezamenlijke activiteit ligt deze intensiteit hoger, variërend van éénmaal in de maand tot meerdere keren per week, zoals in de onderstaande tabel te zien is. Daarnaast hebben heeft het merendeel van de respondenten aangegeven dat deze bijeenkomsten tevens in de middag plaats mogen vinden, waarin de voorkeur ligt tussen maandag tot en met donderdag en indien gunstig in het weekend.

Behoeftte omtrent een bijeenkomst met betrekking tot een leuke gezamenlijke activiteit	
Respondent 1	Eén keer per week een activiteit
Respondent 2	Eén keer in de week een koffie-half-uurtje, als dat goed loopt tweemaal in de week.
Respondent 3	Eén keer in de maand is genoeg voor mij.
Respondent 4	Zeker één keer in de maand iets gezelligs doen. Voor mij mag dat elke twee weken, maar het gaat niet alleen om mij.
Respondent 5	Twee keer in de week
Respondent 6	/
Respondent 7	Het liefste meerdere keren in de week een gezamenlijke activiteit, zoals koken.
Respondent 8	Ik zou zo vaak mogelijk iets gezamenlijks willen doen met de andere bewoners.

5.2.5. Plaats

De ruimte waar deze gezamenlijke bijeenkomsten het liefste gehouden worden volgens de respondenten loopt eveneens uiteen. Dit is tevens afhankelijk van de specifieke woonvoorziening, de mogelijkheden en het aantal personen binnen de woonvoorziening. Opvallend is echter wel dat vijf van de acht respondenten naast de onderstaande ruimtes aangegeven hebben graag buiten in de tuin een bijeenkomst te houden, mits het lekker weer is.

- Koffieruimte beneden omdat dat een grote ruimte betreft (Valkenstraat)
- In de woonkamer (Pastoor Pottersplein)
- In de gezamenlijke woonkamer (Brigidastraat)
- Dagactiviteitencentrum of in de eigen woning van een respondent (Ambachtenlaan)

5.2.6. Structuur

Alle respondenten binnen dit onderzoek hebben aangegeven dat een voorzitter/gespreksleider tijdens een bijeenkomst gericht op cliëntmedezeggenschap gewenst is. Men vindt het hierbij prettig als de begeleiding en/of de onafhankelijke gespreksleider een leidende rol aanneemt binnen zo'n bijeenkomst, zodat men bijvoorbeeld niet allemaal door elkaar heen kan gaan roepen. Daarnaast hebben zeven van de acht respondenten aangegeven behoefte te hebben aan het van tevoren bekend maken en/of opstellen van een gespreksagenda. Op deze manier kan men zich voorbereiden. Eén respondent geeft daarnaast aan dat er soms onderwerpen zijn die zij zelf niet op durft te schrijven maar een ander wel.

Codering: *Vertegenwoordiger*

“Rode draadbijeenkomsten op splitsen in kleine groepjes van 5 a 6 personen in één groep, die hebben dan een groepsleider/vertegenwoordiger die de mening van de anderen benoemd. Ik zou het leuk vinden om die persoon te zijn.”

5.2.7. Techniek met betrekking tot informatieoverdracht

Op dit moment geven de respondenten aan op verschillende manieren informatie te ontvangen welke betrekking heeft op de cliëntmedezeggenschap. Voorbeelden hiervan zijn: mondelinge overdracht via de begeleiding, schriftelijke overdracht via de cliëntenraad e-mail, schriftelijke informatie ontvangen via de begeleiding, schriftelijke informatie ontvangen via de persoonlijke brievenbus. De helft van de respondenten geeft de voorkeur aan mondelinge informatieoverdracht, tegenover drie respondenten die graag de informatie omtrent cliëntmedezeggenschap in de persoonlijke brievenbus ontvangen. Eén respondent geeft de voorkeur aan informatieoverdracht via de e-mail.

§ 5.3. Deelvraag 4

Binnen hoofdstuk 5.3. vindt men de resultaten op deelvraag vier van het praktijkgerichte onderzoek, waardoor er gedeeltelijk antwoord gegeven kan worden op de volgende deelvraag binnen dit onderzoek: 'Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen?'

5.3.1. Behoeft van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap

Uit het onderzoek is gebleken dat de respondenten verschillende behoeften hebben omtrent cliëntmedezeggenschap en de invulling hiervan. Nu deze behoeften in kaart zijn gebracht, is de mogelijkheid ontstaan voor de zorgprofessionals om hier gericht op te spelen en zo goed mogelijk aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap te kunnen voldoen. Het is van belang dat de zorgprofessional hierbij een omgeving creëert waarin er aan de behoeften kan worden voldaan. Zo dient de zorgprofessional allereerst minimaal één keer in de maand een bijeenkomst te organiseren waarin de cliëntmedezeggenschap centraal staat. Het is hierbij van belang om deze bijeenkomsten te organiseren in de voorkeursruimte van de desbetreffende voorziening, zoals aangegeven in hoofdstuk 5.2.5. binnen dit verslag. Daarnaast dient deze bijeenkomst plaats te vinden op een maandag, dinsdag, woensdag of donderdagavond tussen 19.00 uur en 21.30 uur.

Het is daarnaast de taak van de zorgprofessional de cliënt te stimuleren voor de cliëntmedezeggenschap en tevens zelf gemotiveerd te zijn en te blijven hiervoor. Men kan hierbij gebruik maken van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en tevens zichzelf verdiepen in de cliëntmedezeggenschap, door bijvoorbeeld met andere woonvoorzieningen informatie uit te wisselen en te brainstormen. Op deze manier wordt de gelijkheid in de zorg gewaarborgd. Zo dient ook de privacy van de cliënt gewaarborgd te worden en dient er een omgeving gecreëerd te worden waarin de cliënt vrij is om te praten en zijn mening te geven. Dit kan gewaarborgd worden door middel van een onafhankelijke zorgprofessional, die bekend is met conflicthantering en het leiden van een groepsgebesprek waarin complexe problematiek op de voorgrond staat.

Tevens dient de zorgprofessional tijdens deze bijeenkomsten een leidende rol in te nemen, waarin men geen autoritaire houding aanneemt maar eerder gebruikt maakt van de overtuigende leiderschapstijl, zodat men zowel een hoge relatiegerichtheid als een hoge taakgerichtheid heeft (Remmerswaal, Tils, 2013). Door middel van de hoge relatiegerichtheid kan men eerder een ontspannen sfeer creëren waarin een fijne omgang, respect en de groepsdynamiek centraal staan. Het uiten van ieders mening (over niet-controversiële onderwerpen) dient hierbij gestimuleerd te worden, zodat er aan de behoefte aan het horen van andermans mening kan worden voldaan. Het is daarnaast van belang dat men het gevoel heeft uit te mogen praten en tevens gehoord te worden.

Doordat de behoefte omtrent de te bespreken onderwerpen in kaart zijn gebracht middels dit onderzoek, is het zaak om deze onderwerpen daadwerkelijk te bespreken tijdens deze bijeenkomsten omtrent de cliëntmedezeggenschap en deze een structureel terug te laten komen op de gespreksagenda, zodat men werkelijk het gevoel heeft gehoord te worden. Het gaat hierbij om de volgende onderwerpen: familiecontact, overlast medebewoners en/of begeleiders, de woonvoorziening, de zorgprofessionals, de gezamenlijkheid binnen de woonvoorziening, de kwaliteit van zorg en het bespreken en inventariseren van leuke activiteiten.

Eveneens kan er aan de behoefte om gehoord te worden voldaan door nadien terugkoppeling te geven over de besproken onderwerpen. De informatie die gegeven wordt aan de cliënt omtrent het cliënt-medezeggenschap dient laagdrempelig te zijn, zodat er tevens aan deze behoefte kan worden voldaan. De voorkeur met betrekking tot deze informatieoverdracht betreft zowel een mondelinge als schriftelijke overdracht. Op het moment dat er aan zoveel mogelijk bevorderende factoren wordt voldaan, waaronder het minimaal eenmaal per week uitvoeren van een gezamenlijke activiteit, zal men meer plezier beleven aan de cliëntmedezeggenschap, waardoor de opkomst binnen bijeenkomsten waarschijnlijk hoger wordt en er wellicht een uitbreiding van de lokale cliëntenraad zal ontstaan.

Hoofdstuk 6. Conclusie

Naar aanleiding van de uitgebreide probleemanalyse naar het probleem binnen de beroepspraktijk van de Amarant Groep is een probleemstelling met bijbehorende deelvragen ontstaan. Hierdoor heeft er een onderzoek plaatsgevonden waarbij men door middel van gespreksvoering en literatuuronderzoek inzicht wilde verwerven in de behoefte van de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk omtrent cliëntmedezeggenschap, zodat er in het vervolg een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet kan worden bij deze specifieke doelgroep en de Amarant Groep optimale medezeggenschap voor de cliënt kan realiseren zoals de organisatie deze nastreeft. Bij het trekken van de conclusie binnen dit onderzoek zijn de onderzoeksresultaten met de probleemstelling verbonden. Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd, waardoor de onderzoeksvraag beantwoordt kan worden. Voordat de probleemstelling wordt beantwoordt, worden allereerst de deelvragen beantwoordt. Hierdoor kan er nadien een kort en bondig antwoord geformuleerd worden binnen de eindconclusie en wordt tevens de doelstelling van het onderzoek behaald (Verhoeven, 2014).

§ 6.1. Deelconclusies

6.1.1. Deelvraag 1

'Wie is de LVB complex doelgroep en wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen voor de doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap?'

De LVB complex doelgroep kan beperkingen omtrent de cliëntmedezeggenschap ervaren doordat de LVB complex doelgroep bestaat uit cliënten met een gediagnosticeerde (lichte) verstandelijke beperking zoals beschreven in de DSM5 en die daarnaast tot het zorgprofiel zes of hoger behoren binnen de sector van de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en/of een CEP-score hebben van drie of hoger binnen het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (persoonlijke communicatie, 2018). De problematiek komt levenslang op meerdere levensgebieden tot uiting waardoor men intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering nodig heeft (KansPlus, 2016).

Naast de LVB problematiek, zoals onder andere sociale aanpassingsproblematiek, sociaal-emotionele problematiek, een beperking in het korte termijn geheugen, zowel een vertraagde taal- als cognitieve ontwikkeling en een vertraagde informatieverwerking (van Nieuwenhuijzen, 2010) wordt de LVB complex doelgroep gekenmerkt door een combinatie van verschillende problemen en beperkingen waarbij ernstige psychiatrische, verslavings en/of gedragsproblematiek aanwezig is (VGN, 2015). Men beschikt over een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en over zowel een beperkt empathisch vermogen als een beperkte gewetensontwikkeling, wat resulteert in een zwakke emotie-regulatie en gedrag gericht op de directe bevrediging van de eigen behoeften. Eveneens heeft men een grote behoefte aan individuele aandacht (Smit, 2008) waardoor men met al deze complexiteit moeilijk zonder hulp binnen sociale situaties kan functioneren (MEE, 2015).

6.1.2. Deelvraag 2

'Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliëntmedezeggenschap na?'

Kwalitatief cliëntmedezeggenschap betreft het gesprek tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem over de invulling van de zorg aan de hand van de dialogische visie, waarbij men gebruikt maakt van de eigenschappen en vaardigheden van de kunde van het ontmoeten en men werkt middels de ethiek van de familiezorg (van Oorschot, 2016). Door de afspraken hierover vast te leggen, regelmatig te bespreken en waar nodig te wijzigen, ontstaat er gewaarborgde zeggenschap voor de cliënt, welke niet enkel betrekking heeft op de zorg en het leven van één cliënt, maar op het leven van alle cliënten waar men mee samen woont binnen de woonvoorziening. Deze omschrijving komt overeen met de beschrijving van cliëntmedezeggenschap zoals genoemd door de respondenten binnen dit onderzoek, namelijk het geven van je mening en het hebben van inspraak over de zorg. Echter noemt men daarbij tevens het ondernemen van een gezamenlijke activiteit binnen of buiten de woonvoorziening (persoonlijke communicatie, 2018).

De Amarant Groep streeft kwalitatief cliëntmedezeggenschap na door cliënten de mogelijkheid te bieden om mee te denken, te praten en te beslissen over de ontwerpen beschreven in Artikel 3 van de WMCZ, zodat de beste zorg voor de cliënt binnen de Amarant Groep tot stand kan komen, zoals de wet de Amarant Groep ook verplicht (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016). Daarnaast streeft de Amarant Groep kwalitatief cliëntmedezeggenschap na door middel van een heldere medezeggenschapsstructuur bestaande uit vijf niveaus en tevens voor ieder medezeggenschapsniveau een vaststaand reglement, waar niet van afgeweken kan worden, tenzij er aanvullingen van meerwaarde toegevoegd kunnen worden (van Oorschot, 2016). Eveneens dient de cliëntenraad voldoende in staat te zijn om de gemeenschappelijke belangen van de cliënten daadwerkelijk te kunnen behartigen, waardoor de Amarant Groep faciliteiten, budget, ondersteuning en materiële middelen beschikbaar stelt aan de cliëntenraad (de Amarant Groep, 2017).

6.1.3. Deelvraag 3

'Wat is de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de vorm van cliëntmedezeggenschap?'

Motivatie betreft een innerlijke drang die personen aanzet tot handelen ten einde een bepaald doel te bereiken (Uitgeverij Streutker, 2018). Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de respondenten binnen dit onderzoek een drang hebben tot het behartigen van de belangen van anderen, tot het aangaan van nieuwe contacten, tot het horen van andermans mening en tot het ervaren van plezier en gezelligheid. Daarnaast ervaart men een drang tot het hebben van eigen verantwoordelijkheid, welke vergroot en ingezet kan worden middels de deelname aan cliëntmedezeggenschap. Als men kijkt naar de behoefte omtrent de zorgprofessionals hebben alle respondenten uit dit onderzoek een sterke behoefte aan een gemotiveerde zorgprofessional, die een sturende rol aan durft te nemen binnen bijeenkomsten omtrent de cliëntmedezeggenschap. Daarbij wenst men het liefst een onafhankelijke zorgprofessional als gespreksleider. Voor deelname aan zo'n bijeenkomst heeft men een ontspannen sfeer nodig, welke men op dit moment sterk mist. Men mist hierbij de gemoedelijkheid en verlangt naar een fijne groepsdynamiek en een fijne omgang met anderen binnen de woonvoorziening. Daarnaast verlangt men naar respect, door elkaar uit te laten praten en naar elkaar te luisteren en heeft men een sterke behoefte of zelfs drang om gehoord te worden. Men heeft op dit moment niet altijd het gevoel gehoord te worden, doordat men terugkoppeling, respons van de medebewoners en een snelle reactie van de begeleiding mist. Een goede opkomst tijdens bijeenkomsten omtrent cliëntmedezeggenschap blijft daarbij ook relatief vaak uit. Een deel van de respondenten wenst hierdoor meer hulp van anderen, meer en nieuwe ideeën en een uitbreiding van de cliëntenraad om de gezamenlijkheid binnen de woonvoorziening te verhogen.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat men minimaal één keer per maand op een avond, een bijeenkomst (van maximaal anderhalf uur) wenst waarin onderwerpen met betrekking tot cliëntmedezeggenschap besproken worden en waarbij men een op voorhand gemaakte gespreksagenda als prettig ervaart. De behoefte omtrent de informatieoverdracht loopt uiteen onder de respondenten, waarbij de wensen tot laagdrempelige schriftelijke en mondelinge overdracht het sterkst naar voren komen. Als men kijkt naar de plaats waar deze bijeenkomst plaats dient te vinden, heeft de meerderheid van de respondenten de behoefte om met lekker weer deze bijeenkomst buiten te houden. Daarnaast is gebleken dat de respondenten de behoefte hebben om een aantal specifieke onderwerpen te bespreken tijdens bijeenkomsten omtrent cliëntmedezeggenschap, waarbij de onderwerpen: familiecontact, leuke activiteiten, wisselende begeleiding, gezamenlijkheid en het telefoongebruik van de begeleiding op de voorgrond staan, doordat de onderwerpen meerdere malen tijdens de verschillende interviews benoemd zijn.

6.1.4. Deelvraag 4

'Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen?'

Het is van belang om als zorgprofessional zo goed mogelijk in te spelen op de in kaart gebrachte behoeften van de respondenten en daarbij een omgeving te creëren waarin aan zoveel mogelijk behoeften wordt voldaan. Daarnaast is het van belang om als zorgprofessional gemotiveerd te blijven en daarnaast ook de cliënten binnen de woonvoorziening te blijven motiveren. Het vertrekpunt van de zorgprofessional dient het belang van de cliënt te zijn, doordat goede zorg enkel geboden kan worden zodra men dit doet met elkaar (de Amarant Groep, 2016). De zorgprofessional dient hierbij te werken middels de kunst van het ontmoeten en de ethiek van de familiezorg, waarbij men aan een aantal basisvaardigheden dient te voldoen. Daarnaast dient de zorgprofessional over een aantal kwaliteiten te beschikken. Zo dient de zorgprofessional conflicthantering toe kunnen passen, adequaat te kunnen reageren binnen crisissituaties en een overtuigende sturende rol aan te kunnen nemen als binnen een groepsgesprek en/of groepsbijeenkomsten (van Montfort & van Oorschot, 2016). Als zorgprofessional ligt er ook een taak tot het bieden en beschikbaar stellen van ondersteuning en materiële middelen, zodat de lokale cliëntenraad werkelijk in staat wordt gesteld om de algemeen gemeenschappelijke belangen van de cliënten uit de woonvoorziening te behartigen (de Amarant Groep, 2017).

§ 6.2. Eindconclusie

Binnen dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende probleemstelling: *'Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan het cliënt-medezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?'*

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat deze vorm dient te bestaan uit interventies die de motivatie van de cliënten stimuleert. De motivatie van de cliënten neemt toe zodra deze interventies aansluiten bij de behoefte van de deelnemers (Rothman, 2013). De vorm van cliëntmedezeggenschap die aansluit op de behoefte van de LVB complex doelgroep en tevens voldoet aan kwalitatief cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft, dient aan een aantal voorwaarden te voldoen.

Allereerst dient de zorgprofessional een situatie te creëren binnen of buiten de woonvoorziening waarbij aan de behoeften van de cliënt omtrent de cliëntmedezeggenschap wordt voldaan en waarin het vertrekpunt van de cliënt binnen de zorg voorop blijft staan (de Amarant Groep, 2016). Dit houdt in dat de zorgprofessional werkt middels de ethiek van de familiezorg en zowel de basisvaardigheden van de kunst van het ontmoeten als een leidende -maar niet-autoritaire rol- inzet tijdens het creëren van deze situatie waarin de in kaart gebrachte drang, wensen en behoeften van de cliënt leidend zijn. Dit betreft een situatie en omgeving waarin cliënten gehoord wordt, de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten gestimuleerd wordt en cliënten een fijne sfeer ervaren tijdens de maandelijkse bijeenkomsten, waarin iedere cliënt zijn mening mag geven over: vaststaande onderwerpen zoals binnen de WMCZ is bepaald (Overheid, 2016), de in kaart gebrachte onderwerpen tijdens dit onderzoek zoals het ondernemen van leuke activiteiten, familiezorg en de kwaliteit van zorg en nieuwe aan te dragen onderwerpen. De zorgprofessional dient daarnaast er zorg voor te dragen voldoende ondersteuning en materiële middelen beschikbaar te stellen en tevens persoonlijk gemotiveerd te zijn en dit ook uit te dragen naar de omgeving, zodat deze vorm van cliëntmedezeggenschap daadwerkelijk uitgevoerd kan worden (de Amarant Groep, 2017).

Hoofdstuk 7. Discussie

Een onderzoek dient te voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria (Verhoeven, 2014). Binnen dit hoofdstuk zal de kwaliteit van dit onderzoek ter discussie worden gesteld.

§ 7.1. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Daarnaast kan een de betrouwbaarheid worden verhoogd middels triangulatie, iteratie en een hoge mate van herhaalbaarheid.

7.1.1. Triangulatie

Triangulatie staat voor 'driehoeksmeting'. Zodra er door middel van meerdere bronnen en verschillende dataverzamelmethode data wordt verzameld, spreekt men van triangulatie binnen een onderzoek. De betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek is verhoogd, doordat er triangulatie heeft plaatsgevonden binnen de dataverzameling. Zo is er binnen dit onderzoek middels meerdere kwalitatieve dataverzamelmethode data verzameld, namelijk: literatuurbronnen, open interviews en explorerende gesprekken met zorgprofessionals uit meerdere lagen van de organisatie. Daarnaast is er sprake van triangulatie, doordat de respondenten van dit onderzoek verdeeld over vier verschillende woonvoorzieningen binnen de Amarant Groep wonen. De intentie was eerder om nog meer triangulatie binnen het onderzoek toe te passen middels een groepsinterview. Helaas heeft dit door een communicatiefout niet plaats kunnen vinden. Desondanks is er voldoende data verzameld om de vanuit meerdere invalshoeken naar de probleemstelling te kijken. De verschillende methoden hebben elkaar aangevuld, waardoor er een genuanceerd beeld van de resultaten is ontstaan. De eerder verkregen resultaten konden aan elkaar worden gekoppeld waardoor een getrianguleerde theorie is ontstaan, die heeft geresulteerd in de eindconclusie van dit onderzoek (Verhoeven, 2014).

7.1.2. Iteratie

Doordat er in het onderzoeksproces continu is gereflecteerd en aan de hand daarvan is bijgestuurd, heeft er iteratie plaatsgevonden binnen het onderzoek. De kwaliteit van het onderzoek is namelijk binnen elke fase van de onderzoekscyclus van belang. Dit begint al bij het onderzoeksonderwerp en eindigt bij de eindconclusie van het onderzoek. Men is immers pas klaar met 'iteratie' zodra de probleemstelling beantwoordt kan worden. Door middel van de iteratie is de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2014). Zo is het onderzoeksonderwerp van het onderzoek meerdere malen gewijzigd, doordat er continu is bijgestuurd op de doeltreffendheid en haalbaarheid. Daarnaast zijn de probleemstelling en de deelvragen meerdere malen geherformuleerd; net zo lang totdat de juiste onderzoeksvraag ontstond die de essentie van dit onderzoek goed weergeeft. Eveneens was het een zoektocht om deelvragen te formuleren die allen een bijdrage zouden leveren aan het antwoord op de probleemstelling.

Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten binnen het onderzoek meerdere malen geanalyseerd en geïnterpreteerd. Na elke nieuwe dataverzameling middels het interview zijn de resultaten geanalyseerd. Dit geldt eveneens voor de dataverzameling middels het literatuuronderzoek. Continu is de vraag gesteld; kunnen de deelvragen voldoende worden beantwoordt middels deze gegevens, zodat uiteindelijk antwoord gegeven zal kunnen worden op de probleemstelling? Doordat er tijdig vorm is gegeven aan de opzet van het onderzoeksverslag, kon er goed zicht gehouden worden op de voortgang van het onderzoek. Zodra er bijvoorbeeld niet voldoende informatie verzameld was om deelvraag één van dit verslag middels literatuur te beantwoorden, kon er gericht gezocht worden naar de nodige aanvullende literatuur. De iteratie heeft zo geleid tot een hogere kwaliteit van de resultaten binnen het onderzoek.

Een ander belangrijk punt betreft de voorbereiding van de interviews, waardoor de kwaliteit van het onderzoek is toegenomen. Er is rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep tijdens de afname van de interviews, waardoor de lichte verstandelijke beperking geen belemmering heeft gevormd binnen de dataverzameling. De gewenste informatie is verkregen middels een passende voorbereiding, gesprekstechnieken en een open onderzoekende houding (Schoorman, Speet, & Kersten, 2004).

De iteratie en objectiviteit binnen het onderzoek had verhoogd kunnen worden door middel van peer feedback binnen de data-analyse, waarbij een collega-onderzoeker de resultaten naleest en de onderzoek van feedback voorziet. Echter is hier in de fase van de data-analyse geen gebruik van gemaakt. Tijdens de fase van het onderzoeksontwerp en de dataverzameling was dit wel het geval. Binnen deze fases is er gericht feedback gegeven op de voortgang door middel van individuele en gezamenlijke gesprekken met de docent- en praktijkbegeleider. Tevens had de iteratie binnen het onderzoek verhoogd kunnen worden middels een proefinterview. Er heeft geen proefinterview plaatsgevonden door het korte tijdsbestek. De tijd tussen het begin van de dataverzameling middels de interviews en de deadline van dit onderzoeksverslag was namelijk gering. Aangezien de pilot slechts een oefening is en geen deel uit maakt van de werkelijke dataverzameling, is de keuze gemaakt om in deze kostbare tijd een zo hoog mogelijk respondentenaantal te interviewen.

7.1.3. Herhaalbaarheid

Naast de triangulatie en de iteratie bestaat er nog een derde criteria dat belangrijk is voor de betrouwbaarheid binnen een onderzoek, namelijk de herhaalbaarheid. Een onderzoek dient herhaalbaar te zijn op een ander tijdstip, door een andere onderzoeker, met andere proefpersonen en onder andere omstandigheden. Binnen dit onderzoek is geen sprake van een hoge herhaalbaarheid. Zo is er eveneens geen hoge mate van standaardisering binnen het onderzoek, ondanks dat er gebruik is gemaakt van een topiclijst en er middels een vast systeem is gewerkt binnen de analyse van de onderzoeksresultaten.

Doordat dit onderzoek een kwalitatief onderzoek betreft, staat de beleving van de respondent centraal. Er is sprake van een subjectieve betekenisverlening, waardoor de onderzoeksresultaten interpretatief van aard zijn. Daarnaast bestaat er geen herhaalbaarheid binnen de gehouden diepte-interviews, doordat ieder interview uniek is. Ondanks dat de vragen binnen de verschillende interviews gesteld zijn aan de hand van een topiclijst, is er binnen ieder interview bijgestuurd en doorgevraagd. Daarnaast werkt iedere onderzoeker middels een andere relatieopbouw en zet men gesprekstechnieken in die bij de unieke persoonlijkheid passen. Op het moment dat een respondent het antwoord op een vraag niet weet, kan dit gezien worden als een toevallige fout, waardoor een half-gestructureerd interview, zoals de naam al doet vermoeden, vol zit met toevallige fouten (Verhoeven, 2014).

§ 7.2. Validiteit

De geldigheid van een onderzoek, oftewel de validiteit, is afhankelijk van de onderzoeksgroep en het meetinstrument. Deze factoren zijn onder te verdelen in de externe, interne- en begripsvaliditeit (Verhoeven, 2014).

7.2.1. Interne validiteit

Binnen dit onderzoek is geen sprake van een hoge interne validiteit, doordat er een selecte steekproef heeft plaatsgevonden en er gebruik is gemaakt van open interviews. Volgens Verhoeven (2014) kan de interne validiteit in gevaar komen zodra er een selectie van respondenten heeft plaatsgevonden. Doordat er echter een aantal voorwaarden waren gesteld aan de respondent en de respondenten daarnaast namens de zorgprofessionals van de verschillende woonlocaties zijn voorgedragen, was er echter geen mogelijkheid tot het houden van een aselechte steekproef. Desondanks is er middels de selecte steekproef veel bruikbare informatie gewonnen en heeft elke respondent vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek (Verhoeven, 2014).

7.2.1. Externe validiteit en generaliseerbaarheid

Ondanks dat de steekproef een juiste afspiegeling vormt van de populatie binnen dit onderzoek, en daarbij de externe validiteit van dit onderzoek hoog is, is deze statistische generaliseerbaarheid minder van belang binnen een kwalitatief onderzoek. De inhoudelijke generaliseerbaarheid is binnen dit kwalitatieve onderzoek meer van belang, welke eveneens hoog is. Dit maakt de onderzoeksresultaten generaliseerbaar naar andere, soortgelijke situaties (Boeije, 2012).

7.2.3. Begripsvaliditeit

Tevens is er sprake van een hoge begripsvaliditeit binnen dit onderzoek. Een hoge mate van begripsvaliditeit zorgt ervoor dat men meet wat men wil meten. Ondanks dat dit bij abstracte begrippen lastig ligt (die binnen de probleemstelling absoluut aanwezig zijn) is dit toch gelukt middels uitgebreide operationalisatie en het juiste meetinstrument. De begrippen 'vorm' en 'behoefte' uit de probleemstelling zijn vrij abstracte begrippen, waarvoor meerdere aspecten van deze begrippen tijdens de interviews bevraagd dienden te worden. Dankzij de operationalisatie van deze begrippen, is er een meetinstrument ontstaan waardoor deze begrippen gemeten konden worden en er voldoende onderzoeksresultaten verzameld zijn, waardoor de probleemstelling beantwoord kon worden (Verhoeven, 2014).

§ 7.3. Bruikbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid van een onderzoek staan sterk met elkaar in verbinding. Dit is echter niet het geval met de bruikbaarheid van een onderzoek. Desondanks dat de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek en kwalitatief onderzoek in het algemeen, niet op alle punten even hoog scoort, betreft dit onderzoek absoluut bruikbaar voor de beroepspraktijk (Verhoeven, 2014).

7.3.1. Instrumentele bruikbaarheid

Dit onderzoek een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en innovaties binnen de Amarant Groep, met name door de generaliseerbaarheid naar andere soortgelijke situaties. Hierdoor kan het onderzoek een bijdrage leveren aan ontwikkeling en innovatie omtrent de cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep. Dit maakt de instrumentele bruikbaarheid van het onderzoek hoog. Het onderzoek kan de komende jaren een bijdrage leveren aan de uitvoering en beleidsvoering van de Amarant Groep. Het onderzoek heeft betrekking tot een innovatief onderwerp, waarin nog de nodige aanpassingen plaats zullen gaan vinden. Daarnaast is dit onderzoek uitgevoerd onder begeleiding van de Consulent cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep, wat de bruikbaarheid verhoogt (Boeije, Hart, & Hox, 2009).

7.3.2. Conceptuele bruikbaarheid

Zoals hierboven benoemd betreft cliëntmedezeggenschap een innovatief concept zowel binnen de Amarant Groep als binnen de gehele samenleving. Naast instrumentele bruikbaarheid, heeft dit onderzoek eveneens een hoge mate van conceptuele bruikbaarheid. Zo kan het onderzoek gebruikt worden om een discussie over cliëntmedezeggenschap en de uitvoering daarvan binnen de Amarant Groep aan te snijden, zowel op lokaal, divisie als centraal niveau (Boeije et al., 2009).

Hoofdstuk 8. Aanbevelingen

§ 8.1. Aanbevelingen voor in de beroepspraktijk

8.1.1. Eindconclusie

Het wordt de Amarant groep en de zorgprofessionals sterk aanbevolen om de eindconclusie van dit onderzoek serieus te nemen en daadwerkelijk in de praktijk te brengen, zodat er recht gedaan wordt aan het medezeggenschap van de cliënt binnen de Amarant Groep.

8.1.1. Voorlichting

Het wordt de Amarant Groep aanbevolen om meer, waar nodig laagdrempelige, voorlichting te geven aan cliënten, cliëntvertegenwoordigers en familieleden over cliëntmedezeggenschap en de huidige (wettelijke en informele) mogelijkheden tot beïnvloeding van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Deze aanbeveling is tot stand gekomen naar aanleiding van meerjarige agenda van dhr. van Rijn (2016) en de in kaart gebrachte behoeften van de cliënt, waarbij men onder andere een grote(re) rol van de familie binnen de zorgdriehoek wenst (van Rijn, 2016).

8.1.2. Huisreglement met gedragscode

Het wordt de zorgprofessionals sterk aanbevolen om binnen elke woonvoorziening (daar waar dit nog niet gebeurd is) het 'huishoudelijk reglement cliëntenraad' op te stellen waarin tevens de gedragscode is toegevoegd, zodat de randvoorwaarden (minimaal maandelijks één bijeenkomst omtrent de cliëntmedezeggenschap) en de gedragsregels voor de lokale cliëntenraad vast komen te staan. Er is al een format voor dit reglement aanwezig binnen de Amarant Groep, welke tevens toegevoegd zal worden in de bijlagen van dit verslag. Enkel zal er zelf vorm gegeven dienen te worden aan de gedragscode. Het is hierbij een vereiste om het reglement middels de kunde van het ontmoeten, in samenspraak met de cliënten binnen de woonvoorziening op te stellen.

8.1.3. Cliëntenraadverkiezing

Doordat op meerdere woonvoorzieningen nog geen lokale cliëntenraad is samengesteld, wordt het de zorgprofessionals sterk aanbevolen (daar waar dit nog niet het geval is) om per woonvoorziening een cliëntenraadverkiezing te organiseren. Het is aan te raden voor de contactpersoon omtrent het cliëntmedezeggenschap van de desbetreffende woonvoorziening om de Consulent cliëntmedezeggenschap daarin te betrekken voor advies en raadgeving.

8.1.4. Ideeënbus

Het wordt de zorgprofessionals aanbevolen (daar waar dit nog niet het geval is) om een uitnodigende, leuke ideeënbus op te hangen, zodat de cliëntmedezeggenschap gestimuleerd kan worden. Deze aanbeveling is tot stand gekomen na het zien van de kleine, niet uitnodigende ideeënbus binnen verschillende woonvoorzieningen.

8.1.5. Toevoeging teamagenda

Het wordt de managers Krachtige Teams en de zorgprofessionals sterk aanbevolen om het item 'cliëntmedezeggenschap' standaard toe te voegen op de gespreksagenda van de teamvergadering. Deze aanbeveling is tot stand gekomen naar aanleiding van de explorerende gesprekken met een aantal Managers van Krachtige Teams. Deze aanbeveling wordt versterkt door het feit dat meerdere zorgprofessionals aan hebben gegeven weinig energie meer over te hebben voor het medezeggenschap van de cliënt. Dit signaal is eveneens teruggekoppeld binnen een interview met een respondent. Het valt daarnaast aan te raden om de Consulent cliëntmedezeggenschap uit te nodigen tijdens een teamvergadering voor raadpleging en advies omtrent de cliëntmedezeggenschap.

Als extra toevoeging aan dit onderzoekverslag zijn er in de bijlagen van dit verslag (hoofdstuk 8.2) aanbevelingen voor vervolgonderzoek bijgevoegd.

Hoofdstuk 9. Beroepsproduct

§ 9.1. Het beroepsproduct

Middels het onderzoek is er toegewerkt naar een beroepsproduct, wat relevant en eventueel bruikbaar is binnen de beroepspraktijk (Avans Hogeschool, 2017). In het beroepsproduct naar aanleiding van dit onderzoek wordt aanbeveling twee, het geven van laagdrempelige voorlichting, uitgewerkt middels een striptekening. Daarnaast is er deel van aanbeveling drie, de cliëntenraadverkiezing, uitgewerkt middels een poster. Het laatste onderdeel van het beroepsproduct betreft het adviesrapport, waarin een korte samenvatting van het onderzoek is weergegeven en een advies wordt aangedragen op basis van de aanbevelingen voor in de beroepspraktijk en de meerwaarde daarvan. Het volledige driedelige beroepsproduct kan men vinden in de bijlagen (hoofdstuk 9.1.).

§ 9.2. Meerwaarde beroepsproduct en afstudeerproject

Het beroepsproduct is van meerwaarde doordat het bestaat uit relevante aanbevelingen naar aanleiding van dit praktijkonderzoek en de bijbehorende eindconclusie. Binnen de doelgroep is er behoefte aan laagdrempelige informatie en terugkoppeling. Daarnaast wil men graag gehoord worden. Door middel van het stripverhaal kan men op een laagdrempelige wijze geïnformeerd worden over de uitkomst van dit onderzoek. De stem van de cliënt is gehoord en tevens verwerkt binnen dit onderzoek wat een grote meerwaarde betreft, doordat de echte behoefte van de cliënt in kaart is gebracht door middel van gespreksvoering daar waar het juist binnen cliëntmedezeggenschap allemaal om draait. De deelname van de respondenten heeft een grote meerwaarde gehad binnen het onderzoek, terugkoppeling geven op een laagdrempelige manier sluit daar mooi bij aan.

Daarnaast betreft het gehele afstudeerproject van meerwaarde door het innovatieve onderwerp. Door middel van dit onderzoek is de cliëntmedezeggenschap, bij zowel de zorgprofessionals als de cliënten van de Amarant Groep verder onder de aandacht gebracht. Eveneens beschikt het onderzoek, zoals al eerder beschreven, over zowel een hoge conceptuele als een instrumentele bruikbaarheid. Het onderzoek kan namelijk een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en innovaties van de Amarant Groep omtrent de cliëntmedezeggenschap en is reden voor nieuwe gespreksvoering binnen de zorgvoorzieningen (Boeije et al., 2009). Het adviesrapport is evenzeer van meerwaarde, voornamelijk door de bruikbare aanwijzingen die binnen het adviesrapport worden gegeven en welke middels kwalitatieve data-verzamelmethode in kaart zijn gebracht. Het adviesrapport vormt hierdoor een uitstekend middel om kracht bij te zetten aan het onderwerp cliëntmedezeggenschap tijdens gespreksvoering, bijvoorbeeld binnen teamvergaderingen.

9.2.1. Overdracht beroepsproduct aan de beroepspraktijk

Het beroepsproduct is op 21 mei 2018 middels de e-mail overgedragen aan Anne Barendrecht, de Consulent cliëntmedezeggenschap en tevens praktijkbegeleidster binnen dit onderzoeksproces.

Literatuurlijst

- Alblas, G. (2015). *Inleiding in de psychologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Avans Hogeschool. (2017, november). Afstudeertraject ASH. AP430 2017-2018 Onderwijsjaar 4, periode 3&4. 's-Hertogenbosch: Academie voor Sociale Studies
- Boeije, H. (2012). Uitwerking van de methode: operationalisatie en steekproef. In N. Verhoeven, *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. (5^e druk, pp. 208). Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). Uitwerking van de methode: operationalisatie en steekproef. In N. Verhoeven, *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (5^e druk, pp. 214). Den Haag: Boom Lemma.
- De Amarant Groep. (2013). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2012*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van http://www.amarantgroep.nl/pdf/Jaardocument_Amarant_Groep_2012.pdf
- De Amarant Groep. (2014a). *ALGEMENE VOORWAARDEN Amarant Groep. Behorend bij de zorg- en dienstverleningsovereenkomst van onderstaande instellingen, allen onderdeel van de Amarant Groep*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van https://www.idris.nl/brochures/Algemene_voorwaarden_Amarant_Groep.pdf
- De Amarant Groep. (2014b). *(Re)Organisatieplan 2014 – 2018. RVE Amarant Wijkzorg 'Ambulant'. Versie voor bestuur en medezeggenschap*. Breda: Auteur.
- De Amarant Groep. (2015). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2014*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van http://www.amarantgroep.nl/pdf/Jaardocument_Amarant_Groep_2014.pdf
- De Amarant Groep. (2016, september). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2015*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van <https://www.amarantgroep.nl/images/MaatschappelijkdocumentJaarverslag2015.pdf>
- De Amarant Groep. (2017). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2016*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van https://www.amarantgroep.nl/pdf/Jaardocument_Amarant_Groep_2016.pdf
- De Amarant Groep. (z.d.-a). *Jaarplan Divisie Wonen in de Wijk voor 2018*. Breda: Auteur.
- De Amarant Groep. (z.d.-b). *Amarant in de wijk. Ambulante ondersteuning. Informatie voor gemeenten over laagdrempelige zorg in de buurt*. Tilburg: Beelenkamp Ontwerpers. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van https://www.amarant.nl/images/PDF/Amarant_in_de_Wijk.pdf
- De Bin, G., Kouwenhoven, M. (2014). Succes in de LVB-zorg vanuit drie dimensies. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 53 (7), 312-326. Geraadpleegd op 6 mei 2018, van <http://www.kouwenhovenopleidingen.nl/uploads/files/SuccesindeLVBzorg.pdf>
- De Koning, N.D., Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent: tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie*, 28, 215-229
- De Uitzondering. (2016). *Competentiegericht- en Oplossingsgericht werken met mensen met een Licht Verstandelijke Beperking*. Geraadpleegd op 8 mei 2018, van <https://www.deuitzondering.nl/artikelen>

- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2013, december). *Inventarisatie diagnostiek bij LVB*. Geraadpleegd op 8 mei 2018, van <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/799d99d7-9ba1-4b44-9b3c-bb084d4f19ea/publicaties/efp-tf-lvb-diagnostiek-v10.pdf>
- Hermesen, P., Keukens, R., & van der Meer, J. (2015). Ik bepaal het zelf! Mensen met een verstandelijke beperking. In J. Bassant, M. Bassant & I. Heemskerk (Red.), *Mensenwerk: oriëntatie op werkvelden in het sociaal werk* (2^e herziene druk, pp. 188-207). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Huizing, A.R., Maaskant, M.A., Hamers, J.P.H., & Groo, W. (2002, december). *Een eigen invulling. Zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke handicap*. Geraadpleegd op 15 april 2018, van <https://www.prv-limburg.nl/sites/prv-limburg.nl/files/adviezen/Een%20eigen%20invulling.pdf>
- Kaldenbach, Y. (2015, 30 juni). *De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5*. Geraadpleegd op 23 maart 2018, van https://www.boompsychologie.nl/media/15/dsm5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf
- *Kamerstukken II, 31996, nr. 35* (2016, 1 juli). Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/07/01/bijlage-bij-kamerbrief-samenwerken-aan-een-betere-gehandicaptenzorg>
- *Kamerstukken II, 34858, nr. 3* (2017, 27 december). Geraadpleegd op 4 april 2018, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/behandelddossier/34858/kst-34858-3?resultIndex=3&sorttype=1&sortorder=4>
- KansPlus. (2016). *Overzicht van de zorgprofielen voor VG en LVG*. Geraadpleegd op 1 mei 2018, van <https://www.kansplus.nl/wp-content/uploads/2016/01/zorgprofielen-WLZ.pdf>
- Kramer, G.J.A. (2001). *Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag: Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van problemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Lakeman, M., Bodden, D., & Tromp, N. (2017). Wees alert op depressie bij jongeren met licht verstandelijke beperking: Diagnose wordt bij LVB-jongere vermoedelijk vaak gemist. *Kind & Adolescent Praktijk*, 16(3), 38. doi:10.1007/s12454-017-0035-5
- Landelijk Opleidingsoverleg SPH (2009). *De creatieve professional: met afstand het meest nabij, Opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties, Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Amsterdam: SWP.
- MEE Zuid-Holland Noord (2015, september). *LVB-ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om? Sociaal-emotioneel functioneren bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 4 mei, van <http://www.meezhn.nl/media/1157/whitepaper-lvb.pdf>
- Overheid. (2016). *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*. Geraadpleegd op 8 april 2018, van <http://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0007920&z=2016-01-01&g=2016-01-01>
- Overheid. (2017). *Nieuwe bepalingen met betrekking tot de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018)*. Geraadpleegd op 1 mei, 2018 van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34858-3.html>
- Platform Cliënt Medezeggenschap. (2016). Medezeggenschap en Familiezorg. *WERKWOORD Magazine Werk & Dagbesteding*, 6(6), 16-17.
- Remmerswaal, J., & Tils, J. (2013). *Handboek groepsdynamica: Een inleiding op theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom/Nelissen

- Rothman, L. (2013, december). *Alliantie motiveert lvb-jongere met leerstraf. Motiverende factoren voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Alliantie-motiveert-lvb-jongere-met-leerstraf.pdf>
- Scholl, N., Olivier, A.J. (2014, mei). *De Essentie van Kwalitatief Marktonderzoek. Waar je op moet letten als kwalitatief marktonderzoek onderdeel is van afstudeerscripties, stageverslagen en praktijkopdrachten*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van https://moa04.artoo.nl/clou-moaweb-images/images/bestanden/pdf/Studenteninformatie/SCHOLL_OLIVIER_De_essentie_van_kwalitatief Onderzoek_versie4.pdf
- Schuurman, M., Speet, M., & Kersten, M. (2004). *Onderzoek met mensen met een verstandelijke beperking: handreikingen voor de praktijk*. Utrecht: LKNG.
- Sijnke, J. (2016). Waarom zijn mensen met een LVB extra verslavingsgevoelig? *AS - Maandblad Voor De Activiteitssector*, 37(11), 30.
- Smit, W. (2008, juni). Hoe begeleid je LVG-plussers? *Onderzoek naar de competenties die begeleiders nodig hebben om licht verstandelijk gehandicapte jongeren en jongvolwassenen met psychische en/of gedragsproblemen goed te kunnen begeleiden* (afstudeeropdracht). Geraadpleegd op 9 mei 2018, van <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjfnaSQ7YzbAhVE6QKHXBsCdwQFjAAegQIARAv&url=http%3A%2F%2Fwww.kennispleingehandicaptensector.nl%2Fkennispleindoc%2Fshowcases%2Fhoebegeleidjelvgplussers.doc&usg=AOvVaw30i5TQxl5M9zquAvV0TB-m>
- Uitgeverij Streutker. (2018). *Begrippenbank bedrijfskunde*. Geraadpleegd op 26 maart 2018, van <http://www.uitgeverijstreutker.nl/files/pdf/Begrippenbank.pdf>
- Van Dale Uitgevers. (2018). *Gratis woordenboek*. Geraadpleegd op 6 april 2018, van <https://www.vandale.nl/opzoeken>
- Van den Bosch, A., Boss, E. (2009, december). *Motiveren is maatwerk! Beloning en Motivatie voor jonge vrijwilligers*. Geraadpleegd op 28 april 2018, van <https://www.movisie.nl/publicatie/motiveren-maatwerk>
- Van den Herik, M., Schuitema, A. (2016). *Een onderzoekende houding: werken aan professionele ontwikkeling*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Montfort, K., Van Oorschot, A. (2016, maart). *Werken met familie zorg, wat betekent dat nou eigenlijk?* Geraadpleegd op 23 februari 2018, van http://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wpcontent/uploads/2018/01/Werken_met_familiezorg_wat_betekent_dat_nou_eigenlijk_25-01-2017.pdf
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2010, november). *De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 6 april 2018, van <http://pdf.swphost.com/inkijkpagina/850154inkijk.pdf>
- Van Oorschot, A. (2016). *Over het waarom en hoe van medezeggenschap. Notitie t.b.v. de studiemiddag lokale cliëntmedezeggenschap op 16 juni 2016*. Geraadpleegd op 23 februari 2018, van http://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2018/01/Over_het_Waarom_en_Hoe_van_Medezeggenschap.pdf
- Van Rijn, M.J. (2016, 1 juli). *Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/07/01/bijlage-bij-kamerbrief-samen-werken-aan-een-betere-gehandicaptenzorg>
- Van Trigt, M., Jüngen, I., & van der Meijden-Meijer, S. (2015). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Inleiding en ziektebeelden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, Springer Media.

- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2015). *Competentieprofiel voor beroepskrachten in de gehandicaptenzorg die begeleiding en behandeling bieden aan mensen met een lichte verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen*. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://www.vgn.nl/artikel/26435>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma.

Bijlagen

Operationalisatieproces

Vorm

Inhoud

Structuur

Plaats

Techniek

Intensiteit

Behoefte

Missen

Wens

Verlangen

Nodig hebben

Kwalitatief

Eisen

Verwachtingen

Niveau

§ 8.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

1. Cliëntstelsysteem

Het wordt de Amarant Groep aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar hoe de cliëntenraden en familieleden/familieverenigingen meer betrokken kunnen worden bij besluitvorming die rechtstreeks invloed heeft op de kwaliteit van zorg en leven van cliënten. Deze aanbeveling is ontstaan naar aanleiding van de meerjarige agenda van dhr. van Rijn (van Rijn, 2016).

2. Ervaringsdeskundigen

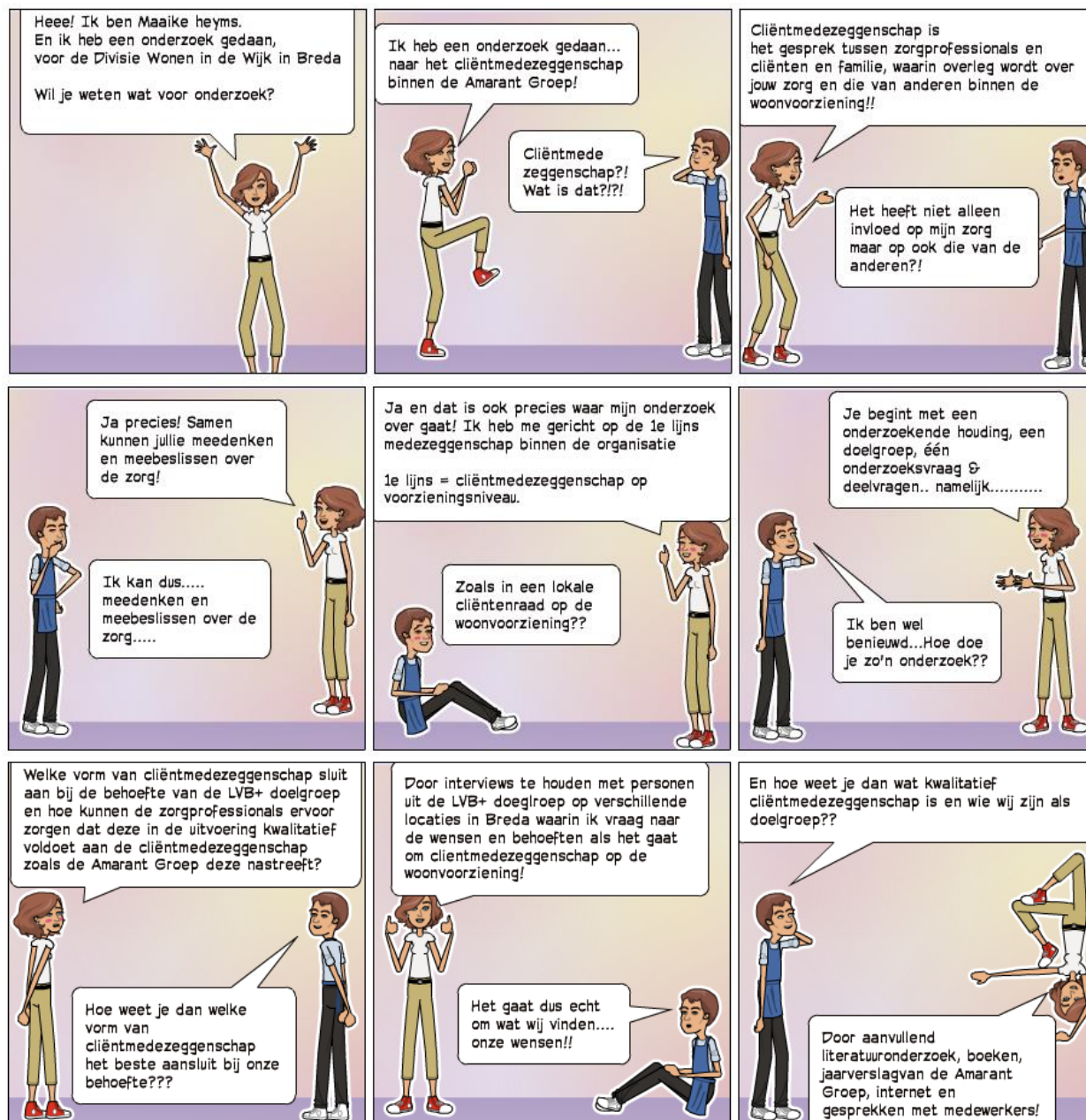
Het wordt de Amarant Groep aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar andere vormen van cliëntmedezeggenschap. Zo bracht eerder mevrouw Emmerink (2016) een aantal ideeën in voor de verbetering van medezeggenschap op lokaal niveau binnen Idris, zoals het regelmatig inzetten van ervaringsdeskundig (persoonlijke communicatie, 2018). Het is aan te raden om dit verder te onderzoeken.

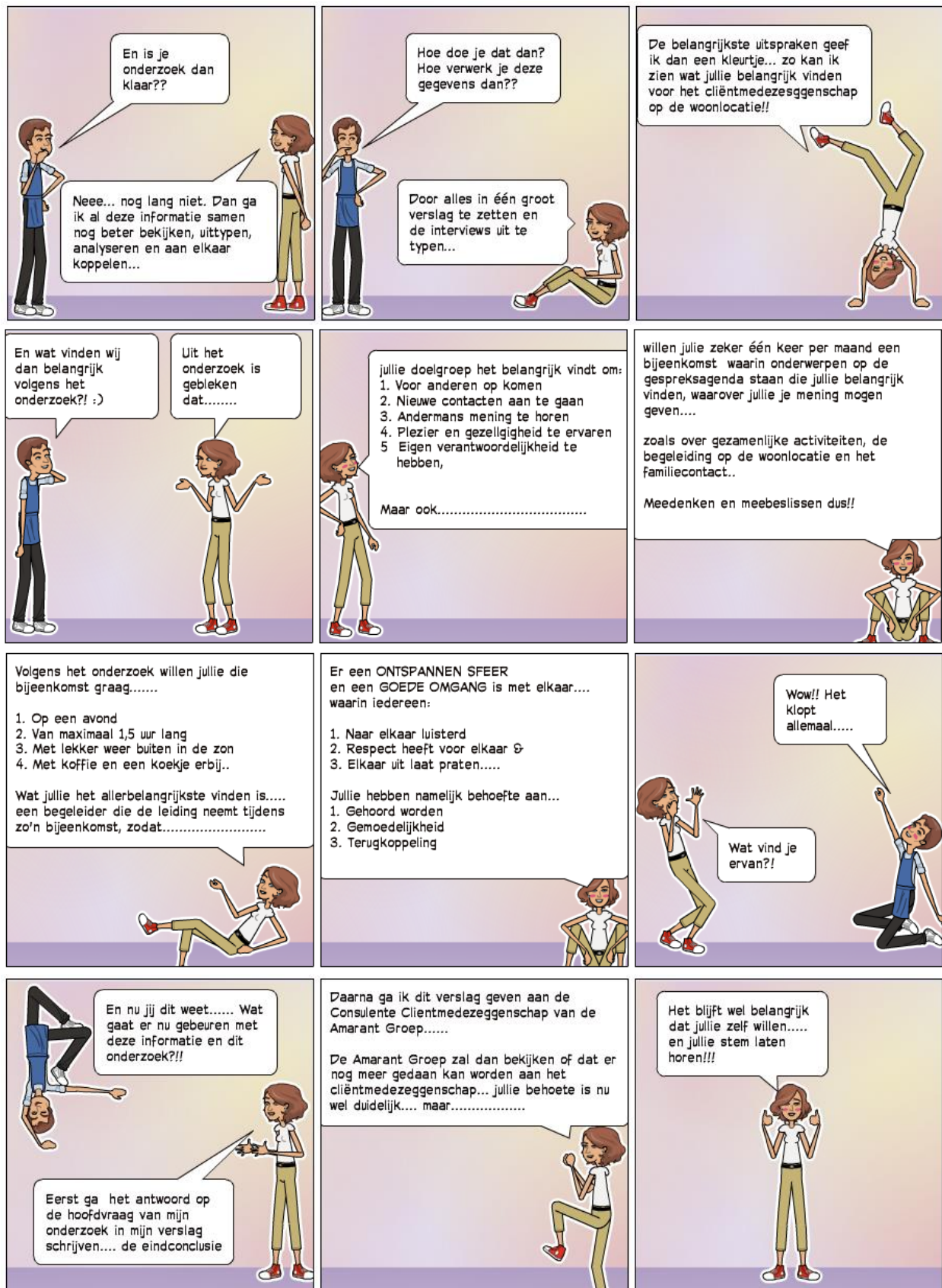
3. Afschaffing geheimhoudingsplicht

Het wordt de Amarant Groep aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de geheimhoudingsplicht binnen de cliëntenraad. Geheimhouding zou onbedoeld onderling vertrouwen kunnen belemmeren. Een geheimhoudingsplicht kan door een gebrek aan openheid bijvoorbeeld een goede relatie tussen de cliëntenraad en de individuele cliënten schaden en een beeld geven dat cliëntenraad en bestuur onder één hoedje spelen. Uiteraard is het wel belangrijk dat cliëntenraden en de instelling onderling afspreken hoe zij met vertrouwelijke informatie omgaan. Het resultaat daarvan kan in de medezeggenschapsregeling worden opgenomen (*Kamerstukken II, 34858, nr. 3, 2017*)

§ 9.1. Uitwerking beroepsproduct

9.1.1. Verhalende strip







30 JULI 2018 VERKIEZING LOKALE CLIËNTENRAAD

Meebeslissen met JOUW stem

Ben jij geïnteresseerd in de cliëntmedezeggenschap? Wil jij graag meebeslissen over de zorg binnen jouw woonvoorziening?

STEL JE NU BESCHIKBAAR VOOR DE VERKIEZING!!

Amarant
Groep



Geef je snel op als
KANDIDAAT

HET GAAT OM
JOUW
BELANGRIJKE
STEM

LIJKT JE DIT
LEUK?! OPGEVEN
KAN BIJ JOUW
BEGELEIDERS

AMARANT

Doenradestraat 50
4834 GH
Breda

a.barendrecht@amarant.nl

ADVIESRAPPORT CLIËNTMEDEZEGGENSCHAP



“Ik zou het wel interessant en leuk vinden om de mening van anderen te horen over een bepaald onderwerp.”

Dit rapport betreft een adviesrapport voor de Amarant Groep omtrent de cliëntmedezeggenschap binnen de Divisie Wonen in de Wijk. Het rapport is specifiek gericht op de LVB complex doelgroep binnen deze divisie, naar aanleiding van een afstudeeronderzoek gericht op de vormgeving van cliëntmedezeggenschap voor deze doelgroep.

Maaïke Heyms
21 mei 2015

De Amarant Groep / Avans Hogeschool

Inhoudsopgave

Inleiding	Blz. 53 t/m. 54
Hoofdstuk 1. Onderzoeksopzet	Blz. 55
1.1. Doelgroep	Blz. 55
1.2. Probleemomschrijving	Blz. 55
1.3. Onderzoeksresultaten	Blz. 56 t/m. 57
1.4. Eindconclusie onderzoeksvraag	Blz. 58
Hoofdstuk 2. Aanbevelingen	Blz. 59 t/m. 60
Hoofdstuk 3. Advies	Blz. 61
Literatuurlijst	Blz. 62 t/m. 63

Inleiding

Medezeggenschap op alle niveaus is van belang; het kan een bijdrage leveren en tevens van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Het ontwikkelen van goed georganiseerde cliëntmedezeggenschap binnen de organisatie betreft echter geen project dat eenvoudig afgevinkt kan worden. Het is een proces dat verankerd dient te worden binnen een organisatie waarbij zo'n 20.000 personen betrokken zijn. Daarnaast zijn er meerde doelgroepen die zorg ontvangen van de Amarant groep, waardoor er op verschillende manieren vorm gegeven zal moeten worden aan cliëntmedezeggenschap. Hierdoor zullen meerdere vormen van cliëntmedezeggenschap ontwikkeld dienen te worden, zoals voor de doelgroep LVB complex het geval is (van Oorschoot, 2016).

Op dit moment is gebleken dat de huidige vorm van cliëntmedezeggenschap niet goed aansluit bij de LVB complex doelgroep en voor meerdere dilemma's en problemen zorgt binnen de verschillende woonvoorzieningen. Dit is gebleken nadat er over de verschillende locaties al meerdere vormen van cliëntmedezeggenschap zijn aangenomen zonder het gewenste resultaat. Een kleine greep uit de eerdere pogingen verdeeld over de verschillende locaties: het organiseren van een barbecue, bingo-avond, koffie-half-uurtje, thema-avond, frietavond, bewonersvergadering en het ophangen van een ideeënbus (persoonlijke communicatie, 208).

De huidige situatie betreft dat er op meerdere locaties geen lokale cliëntenraad aanwezig is en enkel sporadisch of zelfs geen gezamenlijke bijeenkomsten (meer) plaats vinden waarin de medezeggenschap van cliënten gestimuleerd wordt. Daarnaast is gebleken dat binnen de locaties waar deze bijeenkomsten wel georganiseerd worden of werden, de groepsdynamiek tussen de bewoners binnen deze locaties zo slecht is, dat veel cliënten allereerst niet naar deze bijeenkomsten komen en zodra dat wel het geval is, men elkaar zowel verbaal als fysiek aanvalt. Daarnaast geven meerdere zorgprofessionals aan dat veel cliënten het doel en evenzeer het nut van medezeggenschap niet inzien en men niet gemotiveerd is zodra er geen directe beloning aan vastzit (persoonlijke communicatie, 2018).

Dit fenomeen heeft echter te maken met het feit dat de LVB complex doelgroep een doelgroep van cliënten betreft waarbij een combinatie van verschillende problemen en beperkingen aanwezig zijn, wat zowel sociale, emotionele als psychiatrische problemen betreft en resulteert in ernstige gedragsproblematiek. Deze (ernstige) gedragsproblematiek kan in verschillende vormen tot uiting komen, zoals agressief, grensoverschrijdend, provocatief en/of ontwijkend gedrag. Daarnaast heeft men moeite om zichzelf te handhaven binnen maatschappelijke verbanden en het sociale systeem waar men deel van uitmaakt, mede doordat het kenmerkend is voor LVB complex cliënten dat men in zowel in sociaal, emotioneel als verbaal opzicht op drie verschillende niveaus functioneert en er eveneens sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen (VGN, 2015). Hierdoor kan men zich minder goed kan aanpassen binnen allerlei sociale situaties en slecht functioneren binnen sociale situaties. Men heeft daarbij niet enkel een verstandelijke beperking, maar tevens een sociaal-emotionele beperking, waardoor men blijvende ondersteuning van anderen nodig heeft (MEE, 2015).

Daarnaast heeft men veel moeite met het inleven in anderen, doordat men zich minder goed kan verplaatsen in een ander, de emoties van een ander niet goed kan lezen en eveneens moeite heeft met het begrijpen van wat die ander zegt. Uit onderzoek is gebleken dat op het moment dat een persoon met een licht verstandelijke beperking de bedoelingen van een ander moeilijk kan inschatten, men situaties relatief vaak zwart-wit interpreteert waarbij men zich eerder laat leiden door het negatieve dan door het positieve deel. Dit resulteert dikwijls in zowel een zwakke emotie-regulatie als impulscontrole en in een beperkte gewetensontwikkeling, doordat men niet goed aanvoelt wat voor gedrag wel en niet gewenst is binnen een situatie. Door de zwakke emotie-regulatie en het moeilijk uit kunnen stellen van de behoeften laat men vaak impulsief gedrag zien, waarin gevoelens direct omgezet worden in daden (MEE, 2015). Men kiest hierbij vaker voor negatief gedrag als voor pro-sociaal gedrag. Desondanks kan de reactie erg onvoorspelbaar zijn, doordat de stemming snel om kan slaan en er emotionele uitbarstingen plaats kunnen vinden die niet goed te herleiden zijn (de Koning & Collin, 2007).

Zoals eerder aangegeven geven medewerkers aan dat de doelgroep vaak het doel en het nut niet inziet van de medezeggenschap, zeker zodra men geen directe beloning voor de deelname hieraan ervaart. Het gedrag van een persoon met een licht verstandelijke beperking kan hierbij als egocentrisch omschreven worden. Personen met een lichte verstandelijke beperking functioneren nog vaak in het egocentrische stadium van de gewetensontwikkeling, waarbij een verminderd empathisch vermogen een kenmerk betreft (EFP, 2013). Het gedrag is gericht op de directe bevrediging van de eigen behoeften, zonder geweten, zonder inzicht in de eigen mogelijke gebreken en zonder hechte band met anderen. Hierbij heeft men geen begrip voor de sociale regels, doordat men zich niet gebonden voelt aan de wetten en gewoonten van bijvoorbeeld de woonvoorziening (de Bin & Kouwenhoven, 2014).

Daarnaast is er weinig, tot geen sprake van intrinsieke motivatie bij de populatiedoelgroep om deel te nemen aan cliëntmedezeggenschap. Men laat zich veelal leiden door extrinsieke motivatie, die helaas niet gewenst is of mogelijk gemaakt kan worden door de Amarant Groep en haar zorgprofessionals. Extrinsieke motivatie bestaat namelijk uit externe stimulansen, waarbij de beloning buiten de persoon en buiten de activiteit zelf ligt. De activiteit, in dit geval het deelnemen aan cliëntmedezeggenschap, zou daarbij enkel een middel zijn om een ander doel: de extrinsieke stimulans te bereiken. Een extrinsieke stimulans betreft bijvoorbeeld geld of een andere tastbare beloning. Intrinsieke motivatie daarentegen bestaat uit motieven die uit een persoon zelf komen, zoals plezier of interesse. De intrinsieke motivatie ontstaat hierbij door het uitvoeren van de activiteit, hoewel de extrinsieke motivatie ontstaat door de uitkomst die buiten de activiteit ligt (van den Bosch & Boss, 2009). Zo kan volgens de zelfdeterminantietheorie een interventie die aansluit bij de behoefte van de deelnemers de motivatie stimuleren, terwijl het tegenovergestelde effect plaats zal vinden bij een interventie die de behoefte van de deelnemers zal frustreren (Rothman, 2013).

Hoofdstuk 1. Onderzoeksopzet

1.1. Doelgroep

Amarant

“Amarant richt zich op mensen, van jong tot oud, met een matig tot ernstige verstandelijke beperking. Soms is er sprake van bijkomende medische/verpleegkundige problematiek en zintuiglijke en/of lichamelijke beperkingen. De begeleidings- en zorgvraag varieert van matig tot ernstig intensief en is ‘levensbreed’; van wonen en een zinvolle dagbesteding tot vrije tijd en behandeling. De zorg wordt geboden in de wijk of in centra voor specialistische zorg en behandeling” (de Amarant Groep, 2015).

Divisie Wonen in de Wijk

Het specialisme van de medewerkers zit met name in de begeleiding en ondersteuning van cliënten, in hun netwerk en in de directe woonomgeving. Daarbij wordt tevens ingespeeld op de veranderende en steeds complexer wordende zorgvragen. Er zorg voor dragen dat cliënten zich staande houden in de samenleving vraagt van medewerkers een flexibele, creatieve en zelfs nieuwsgierige houding. Het beantwoorden van deze complexe zorgvragen in een veilige verantwoorde omgeving geschiedt een nauwe samenwerking met andere divisies van de Amarantgroep en diverse netwerkpartners.

Binnen de divisie staat het hele netwerk centraal. De mensen rondom de cliënt zien we als onmisbaar. Samen worden afspraken gemaakt over gewenste uitstekende zorg; de cliënt vanuit zijn zoektocht naar geluk en welzijn, de familie, netwerk en vrijwilligers vanuit hun betrokkenheid en de medewerkers vanuit een professionele nabijheid. Het is onze ambitie om uitstekende zorg te bieden voor het welzijn van de cliënt. Dit doen we op een gastvrije en klantvriendelijke wijze waarbij mensen zich welkom voelen. De medezeggenschap van cliënten, verwanten en medewerkers is essentieel binnen Wonen in de Wijk.”

LVB complex

Het domein van dit onderzoek betreft de LVB complex doelgroep binnen de Divisie Wonen in de Wijk van regio Breda, verdeeld over vijf verschillende woonvoorzieningen, namelijk: het Pastoor Pottersplein, de Ambachtenlaan, Valkenstraat, Brigidastraat en de Spiegelstraat. De cliëntenpopulatie van deze woonvoorzieningen betreft zo’n 85 cliënten die voldoen aan de kenmerken van de LVB complex doelgroep.

1.2. Probleemomschrijving

Doelstelling

Door middel van gespreksvoering en literatuuronderzoek inzicht verwerven in de behoefte van de LVB complex doelgroep van de divisie Wonen in de Wijk (regio Breda) omtrent cliëntmedezeggenschap, zodat er een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet kan worden bij deze specifieke doelgroep en de Amarant Groep een optimale medezeggenschap kan realiseren, zoals de organisatie deze nastreeft.

Probleemstelling

Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?

Deelvragen

1. Wie is de LVB complex doelgroep en wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen voor de doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap?
2. Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliëntmedezeggenschap na?
3. Wat is de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de vorm van cliëntmedezeggenschap?
4. Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen.

1.3. Onderzoekresultaten

Deelconclusie deelvraag 1

'Wie is de LVB complex doelgroep en wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen voor de doelgroep omtrent de cliëntmedezeggenschap?'

De LVB complex doelgroep kan beperkingen omtrent de cliëntmedezeggenschap ervaren doordat de LVB complex doelgroep bestaat uit cliënten met een gediagnosticeerde (lichte) verstandelijke beperking zoals beschreven in de DSM5 en die daarnaast tot het zorgprofiel zes of hoger behoren binnen de sector van de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en/of een CEP-score hebben van drie of hoger binnen het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (persoonlijke communicatie, 2018). De problematiek komt op meerdere levensgebieden tot uiting waardoor men intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering nodig heeft (KansPlus, 2016). Naast de LVB problematiek, zoals onder sociale aanpassingsproblematiek, sociaal-emotionele problematiek, een beperking in het korte termijn geheugen, een vertraagde taalontwikkeling en zowel een vertraagde cognitieve ontwikkeling als een vertraagde informatieverwerking (van Nieuwenhuijzen, 2010) wordt de LVB complex doelgroep gekenmerkt door een combinatie van verschillende problemen en beperkingen waarbij ernstige psychiatrische, verslavings en/of gedragsproblematiek aanwezig is (VGN, 2015). Men beschikt over een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en over zowel een beperkt empathisch vermogen als beperkte gewetensontwikkeling, wat resulteert in een zwakke emotie-regulatie en gedrag gericht op de directe bevrediging van de eigen behoeften. Eveneens heeft men een grote behoefte aan individuele aandacht (Smit, 2008) waardoor men met al deze complexiteit moeilijk zonder hulp binnen sociale situaties kan functioneren (MEE, 2015).

Deelconclusie deelvraag 2

'Wat is cliëntmedezeggenschap en hoe streeft de Amarant Groep voor hen kwalitatief cliëntmedezeggenschap na?'

Kwalitatief cliëntmedezeggenschap betreft het gesprek tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem over de invulling van de zorg aan de hand van de dialogische visie, waarbij men gebruikt maakt van de eigenschappen en vaardigheden van de kunde van het ontmoeten en men werkt middels de ethiek van de familiezorg (van Oorschot, 2016). Door de afspraken hierover vast te leggen, regelmatig te bespreken en waar nodig te wijzigen, ontstaat er gewaarborgde zeggenschap voor de cliënt, welke niet enkel betrekking heeft op de zorg en het leven van één cliënt, maar op het leven van alle cliënten waar men mee samen woont binnen de woonvoorziening. Deze omschrijving komt overeen met de beschrijving van cliëntmedezeggenschap zoals genoemd door de respondenten binnen dit onderzoek, namelijk het geven van je mening en het hebben van inspraak over de zorg. Echter noemt men daarbij tevens het ondernemen van een gezamenlijke activiteit binnen of buiten de woonvoorziening (persoonlijke communicatie, 2018). De Amarant Groep streeft kwalitatief cliënt- medezeggenschap na door cliënten de mogelijkheid te bieden om mee te denken, te praten en te beslissen over de ontwerpen beschreven in Artikel 3 van de WMCZ, zodat de beste zorg voor de cliënt binnen de Amarant Groep tot stand kan komen, zoals de Wet Cliëntmedezeggenschap Zorginstellingen de Amarant Groep ook verplicht (Platform Cliënt Medezeggenschap, 2016). Daarnaast streeft de Amarant Groep kwalitatief cliënt-medezeggenschap na middels een heldere medezeggenschapsstructuur bestaande uit vijf niveaus en voor iedere niveau een vaststaand reglement, waar niet van afgeweken kan worden, tenzij er aanvullingen van meerwaarde toegevoegd kunnen worden (van Oorschot, 2016). Eveneens dient de cliëntenraad voldoende in staat te zijn om de gemeenschappelijke belangen van de cliënten daadwerkelijk te kunnen behartigen, waardoor de Amarant Groep faciliteiten, budget, ondersteuning en materiële middelen beschikbaar stelt aan de cliëntenraad.

Deelconclusie deelvraag 3

'Wat is de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent de vorm van cliëntmedezeggenschap?'

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de respondenten binnen dit onderzoek een drang hebben tot het behartigen van de belangen van anderen, tot het aangaan van nieuwe contacten, tot het horen van andermans mening en tot het ervaren van plezier en gezelligheid. Daarnaast ervaart men een drang tot het hebben van eigen verantwoordelijkheid, welke vergroot en ingezet kan worden middels de deelname aan cliëntmedezeggenschap. Als men kijkt naar de behoefte omtrent de zorgprofessionals hebben alle respondenten uit dit onderzoek een sterke behoefte aan een gemotiveerde zorgprofessional, die een sturende rol aan durft te nemen binnen bijeenkomsten omtrent de cliëntmedezeggenschap. Daarbij wenst men het liefst een onafhankelijke zorgprofessional als gespreksleider. Voor deelname aan zo'n bijeenkomst heeft men een ontspannen sfeer nodig, welke men op dit moment sterk mist. Men mist hierbij de gemoedelijkheid en verlangt naar een fijne groepsdynamiek en een fijne omgang met anderen binnen de woonvoorziening. Daarnaast verlangt men naar respect, door elkaar uit te laten praten en naar elkaar te luisteren en heeft men een sterke behoefte of zelfs drang om gehoord te worden. Men heeft op dit moment niet altijd het gevoel gehoord te worden, doordat men terugkoppeling, respons van de medebewoners en een snelle reactie van de begeleiding mist. Een goede opkomst tijdens bijeenkomsten omtrent cliëntmedezeggenschap blijft daarbij ook relatief vaak uit. Een deel van de respondenten wenst hierdoor meer hulp van anderen, meer en nieuwe ideeën en een uitbreiding van de cliëntenraad om de gezamenlijkheid binnen de woonvoorziening te verhogen.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat men minimaal één keer per maand op een avond, een bijeenkomst (van maximaal anderhalf uur) wenst waarin onderwerpen met betrekking tot cliëntmedezeggenschap besproken worden en waarbij men een op voorhand gemaakte gespreksagenda als prettig ervaart. De behoefte omtrent de informatieoverdracht loopt uiteen onder de respondenten, waarbij de wens tot laagdrempelige schriftelijke en mondelinge overdracht het sterkst naar voren komen. Als men kijkt naar de plaats waar deze bijeenkomst plaats dient te vinden, heeft de meerderheid van de respondenten de behoefte om met lekker weer deze bijeenkomst buiten te houden. Daarnaast is gebleken dat de respondenten de behoefte hebben om een aantal specifieke onderwerpen te bespreken tijdens bijeenkomsten omtrent cliëntmedezeggenschap, waarbij de onderwerpen: familiecontact, leuke activiteiten, wisselende begeleiding, gezamenlijkheid en het telefoongebruik van de begeleiding op de voorgrond staan, doordat zij meerdere malen tijdens verschillende interviews benoemd zijn.

Deelconclusie deelvraag 4

'Wat is er nodig van de zorgprofessionals om zowel aan de behoefte van de LVB complex doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap als aan kwalitatief medezeggenschap zoals de Amarant deze nastreeft te kunnen voldoen?'

Het is van belang om als zorgprofessional zo goed mogelijk in te spelen op de in kaart gebrachte behoeften van de respondenten en daarbij een omgeving te creëren waarin aan zoveel mogelijk behoeften wordt voldaan. Daarnaast is het van belang om als zorgprofessional gemotiveerd te blijven en daarnaast ook de cliënten binnen de woonvoorziening te blijven motiveren. Het vertrekpunt van de zorgprofessional dient het belang van de cliënt te zijn, doordat goede zorg enkel geboden kan worden zodra men dit doet met elkaar (de Amarant Groep, 2016). De zorgprofessional dient hierbij te werken middels de kunst van het ontmoeten en de ethiek van de familiezorg, waarbij men aan een aantal basisvaardigheden dient te voldoen. Daarnaast dient de zorgprofessional over een aantal kwaliteiten te beschikken. Zo dient de zorgprofessional conflicthantering toe kunnen passen, adequaat te kunnen reageren binnen crisissituaties en een overtuigende sturende rol aan te kunnen nemen als binnen een groepsgesprek en/of groepsbijeenkomsten (van Montfort, van Oorschot, 2016). Als zorgprofessional ligt er ook een taak tot het bieden en beschikbaar stellen van ondersteuning en materiele middelen, zodat de lokale cliëntenraad werkelijk in staat wordt gesteld om de algemeen gemeenschappelijke belangen van de cliënten uit de woonvoorziening te behartigen (de Amarant Groep, 2017).

Eindconclusie onderzoeksvraag

Binnen dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende probleemstelling: *‘Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB complex doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals ervoor zorgen dat deze in de uitvoering kwalitatief voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?’*

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat deze vorm dient te bestaan uit interventies die de motivatie van de cliënten stimuleert. De motivatie van de cliënten neemt toe zodra deze interventies aansluiten bij de behoefte van de deelnemers (Rothman, 2013). De vorm van cliëntmedezeggenschap die aansluit op de behoefte van de LVB complex doelgroep en tevens voldoet aan kwalitatief cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft, dient aan een aantal voorwaarden te voldoen.

Allereerst dient de zorgprofessional een situatie te creëren binnen of buiten de woonvoorziening waarbij aan de behoeften van de cliënt omtrent de cliëntmedezeggenschap wordt voldaan en waarin het vertrekpunt van de cliënt binnen de zorg voorop blijft staan (de Amarant Groep, 2016). Dit houdt in dat de zorgprofessional werkt middels de ethiek van de familiezorg en zowel de basisvaardigheden van de kunst van het ontmoeten als een leidende -maar niet-autoritaire rol- inzet tijdens het creëren van deze situatie waarin de in kaart gebrachte drang, wensen en behoeften van de cliënt leidend zijn. Dit betreft een situatie en omgeving waarin cliënten gehoord wordt, de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten gestimuleerd wordt en cliënten een fijne sfeer ervaren tijdens de maandelijkse bijeenkomsten, waarin iedere cliënt zijn mening mag geven over: vaststaande onderwerpen zoals binnen de WMCZ is bepaald (Overheid, 2016), de in kaart gebrachte onderwerpen tijdens dit onderzoek zoals het ondernemen van leuke activiteiten, familiezorg en de kwaliteit van zorg en nieuwe aan te dragen onderwerpen. De zorgprofessional dient daarnaast er zorg voor te dragen voldoende ondersteuning en materiële middelen beschikbaar te stellen en tevens persoonlijk gemotiveerd te zijn en dit ook uit te dragen naar de omgeving, zodat deze vorm van cliëntmedezeggenschap daadwerkelijk uitgevoerd kan worden (de Amarant Groep, 2017).

Hoofdstuk 2. Aanbevelingen

Eindconclusie

Het wordt de Amarant groep en de zorgprofessionals sterk aanbevolen om de eindconclusie van dit onderzoek serieus te nemen en daadwerkelijk in de praktijk te brengen, zodat er recht gedaan wordt aan het medezeggenschap van de cliënt binnen de Amarant Groep. Deze aanbeveling zal recht doen aan de cliënt en de cliëntdoelgroep, doordat men zich op deze wijze gehoord zal voelen. De behoeften is in kaart gebracht en vanuit hier kan er gericht verder worden gebouwd aan cliëntmedezeggenschap binnen de Amarant Groep. Op het moment dat de Amarant Groep een vorm hanteert waarvan de interventies aansluiten bij de behoefte van de cliënten en die tevens bestaat uit interventies die de motivatie van de cliënten stimuleert, zal de intrinsieke motivatie van de cliënten toenemen, waardoor de zorgprofessional de cliënten minder hoeft te sturen en meer kan volgen (Rothman, 2013).

Voorlichting

Het wordt de Amarant Groep aanbevolen om meer, waar nodig laagdrempelige, voorlichting te geven aan cliënten, cliëntvertegenwoordigers en familieleden over cliëntmedezeggenschap en de huidige (wettelijke en informele) mogelijkheden tot beïnvloeding van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Het belang van (lokale) cliëntmedezeggenschap is zeer groot aangezien het de directe woonomgeving van cliënten raakt. Zodra men geen gebruik maakt zijn of haar zeggenschap, zal dit invloed hebben op het collectieve belang, doordat men allereerst niet meedenkt over onderwerpen op het niveau van de voorziening en tevens niet op andere niveaus van beleids- en besluitvorming binnen de Amarant Groep die de zorg voor cliënten kunnen beïnvloeden. Op het moment dat de cliënt echter wel gebruik maakt van zijn cliëntmedezeggenschap op het voorzieningsniveau, ontstaat de mogelijkheid om mee te denken over onderwerpen als de directe leefomgeving, de sfeer, het huisreglement, het jaarwerkplan van de voorziening en de communicatie (de Amarant Groep, 2017).

Huisreglement met gedragscode

Het wordt de zorgprofessionals sterk aanbevolen om binnen elke woonvoorziening (daar waar dit nog niet gebeurd is) het 'huishoudelijk reglement cliëntenraad' op te stellen waarin tevens de gedragscode is toegevoegd, zodat de randvoorwaarden (minimaal maandelijks één bijeenkomst omtrent de cliëntmedezeggenschap) en de gedragsregels voor de lokale cliëntenraad vast komen te staan. Het is hierbij een vereiste om het reglement middels de kunde van het ontmoeten, in samenspraak met de cliënten binnen de woonvoorziening op te stellen. Op het moment dat deze gesprekken goed verlopen, zal er een combinatie ontstaan van verwachtingen, wensen, behoeften en inzichten vanuit zowel het cliëntstelsel als de zorgprofessional(s). Door de afspraken hierover vast te leggen, regelmatig te bespreken en waar nodig te wijzigen, ontstaat er gewaarborgde zeggenschap voor het cliëntstelsel, welke betrekking heeft op hun zorg en hun leven (van Oorschot, 2016).

Cliëntenraadverkiezing

Doordat op meerdere woonvoorzieningen nog geen lokale cliëntenraad is samengesteld, wordt het de zorgprofessionals sterk aanbevolen (daar waar dit nog niet het geval is) om per woonvoorziening een cliëntenraadverkiezing te organiseren. Het is aan te raden voor de contactpersoon omtrent de cliëntmedezeggenschap van de desbetreffende woonvoorziening om de Consulente Cliëntmedezeggenschap daarin te betrekken voor advies en raadgeving. Zodra het cliëntstelsel de behoeften en wensen kenbaar kan maken middels een lokale cliëntenraad, zal dit uiteindelijk het democratisch functioneren van de instelling worden verhogen. Het cliëntperspectief kan vanaf dat moment binnen de besluitvorming betrokken worden en de Raad van Bestuur kan daar ook naar handelen. Door middel van cliëntmedezeggenschap wordt de zorg meer cliëntgericht, doordat de organisatie de zorg af kan stemmen op de reële behoefte van de cliënt en randvoorwaarden kan scheppen (*Kamerstukken II, 34858, nr. 3, 2017*).

Ideeënbus

Het wordt de zorgprofessionals aanbevolen (daar waar dit nog niet het geval is) om een uitnodigende, leuke ideeënbus op te hangen, zodat de cliëntmedezeggenschap gestimuleerd kan worden. Deze aanbeveling is tot stand gekomen na het zien van de kleine, niet uitnodigende ideeënbus binnen verschillende woonvoorzieningen. Uit gesprekken met zorgprofessionals, Managers Krachtige Teams en cliënten is naar voren gekomen dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de ideeënbus. Wellicht heeft de uitstraling van de ideeënbus op dit moment een negatief effect, waar een uitnodigende uitstraling wellicht een positief effect heeft op het gebruik van de ideeënbus.

Toevoeging teamagenda

Het wordt de managers Krachtige Teams en de zorgprofessionals sterk aanbevolen om het item 'cliëntmedezeggenschap' standaard toe te voegen op de gespreksagenda van de teamvergadering. Deze aanbeveling is tot stand gekomen naar aanleiding van de explorerende gesprekken met een aantal Managers van Krachtige Teams. Deze aanbeveling wordt versterkt door het feit dat meerdere zorgprofessionals aan hebben gegeven weinig energie meer over te hebben voor het medezeggenschap van de cliënt. Dit signaal is eveneens teruggekoppeld binnen een interview met een respondent. Veel van de kunde van het ontmoeten zit in de houding en non-verbale signalen van de zorgprofessional (van Montfort, van Oorschot, 2016). Cliënten binnen de LVB complex doelgroep hebben behoefte aan een zorgprofessional die weet te motiveren en leiding weet te nemen. Men kan echter een ander niet motiveren, zodra men zelf gedemotiveerd is voor een taak omtrent de cliëntmedezeggenschap. Taakverdeling binnen een Krachtig Team is hierbij van belang en daar is gespreksvoering voor nodig, zoals tijdens een teamvergadering het geval kan zijn. Het valt daarnaast aan te raden om de Consulent cliëntmedezeggenschap uit te nodig tijdens een teamvergadering voor raadpleging en advies omtrent de cliëntmedezeggenschap.

Hoofdstuk 3. Advies

Het uiteindelijke advies voor de Amarant Groep betreft een combinatie van alle vijf de aanbevelingen. De cliëntmedezeggenschap dient meer op de kaart gebracht te worden, zowel bij de Krachtige Teams als bij de bewoners van de lokale woonvoorziening en het gehele cliëntsysteem. Het is van groot belang om in gesprek te blijven, te werken middels de kunst van het ontmoeten en het concept Familiezorg en de behoeften van de cliënten binnen de woonvoorziening serieus te nemen, zodat een aansluitende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet kan worden binnen elke woonvoorziening. Door middel van het huisreglement en de cliëntenraadverkiezing kan er een lokale cliëntenraad tot stand komen per woonvoorziening, waardoor de Amarant Groep aan de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) zal voldoen. Op het moment dat men de aanbevelingen opvolgt, zal er een passende vorm van cliëntmedezeggenschap ingezet worden bij deze specifieke doelgroep, waardoor de Amarant Groep een optimale medezeggenschap kan realiseren.

Bronnenlijst

- De Amarant Groep. (2015). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2014*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van http://www.amarantgroep.nl/pdf/Jaardocument_Amarant_Groep_2014.pdf
- De Amarant Groep. (2016, september). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2015*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van <https://www.amarantgroep.nl/images/MaatschappelijkdocumentJaarverslag2015.pdf>
- De Amarant Groep. (2017). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2016*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van https://www.amarantgroep.nl/pdf/Jaardocument_Amarant_Groep_2016.pdf
- De Bin, G., Kouwenhoven, M. (2014). Succes in de LVB-zorg vanuit drie dimensies. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 53 (7), 312-326. Geraadpleegd op 6 mei 2018, van <http://www.kouwenhovenopleidingen.nl/uploads/files/SuccesindeLVBzorg.pdf>
- De Koning, N.D., Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent: tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie*, 28, 215-229
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2013, december). *Inventarisatie diagnostiek bij LVB*. Opgevraagd op 8 mei 2018, van <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/799d99d7-9ba1-4b44-9b3c-bb084d4f19ea/publicaties/efp-tf-lvb-diagnostiek-v10.pdf>
- *Kamerstukken II, 34858, nr. 3* (2017, 27 december). Geraadpleegd op 4 april 2018, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/behandelddossier/34858/kst-34858-3?resultIndex=3&sorttype=1&sortorder=4>
- KansPlus. (2016). *Overzicht van de zorgprofielen voor VG en LVG*. Geraadpleegd op 1 mei 2018, van <https://www.kansplus.nl/wp-content/uploads/2016/01/zorgprofielen-WLZ.pdf>
- MEE Zuid-Holland Noord (2015, september). *LVB-ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om? Sociaal-emotioneel functioneren bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 4 mei, van <http://www.meezhn.nl/media/1157/whitepaper-lvb.pdf>
- Overheid. (2016). *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*. Geraadpleegd op 8 april 2018, van <http://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0007920&z=2016-01-01&g=2016-01-01>
- Platform Cliënt Medezeggenschap. (2016). Medezeggenschap en Familiezorg. *WERKWOORD Magazine Werk & Dagbesteding*, 6(6), 16-17
- Rothman, L. (2013, december). *Alliantie motiveert lvb-jongere met leerstraf. Motiverende factoren voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Alliantie-motiveert-lvb-jongere-met-leerstraf.pdf>
- Smit, W. (2008, juni). Hoe begeleid je LVG-plussers? *Onderzoek naar de competenties die begeleiders nodig hebben om licht verstandelijk gehandicapte jongeren en jongvolwassenen met psychische en/of gedragsproblemen goed te kunnen begeleiden* (afstudeeropdracht). Geraadpleegd op 9 mei 2018, van <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjfnaSQ7YzbAhVE6QKHXBsCdwQFjAAegQIARAv&url=http%3A%2F%2Fwww.kennispleingehandicaptensector.nl%2Fkennispleindoc%2Fshowcases%2Fhoebegeleidjelvgplussers.doc&usq=AOvVaw30i5TQxl5M9zquAvV0TB-m>

- Van den Bosch, A., Boss, E. (2009, december). *Motiveren is maatwerk! Beloning en Motivatie voor jonge vrijwilligers*. Geraadpleegd op 28 april 2018, van <https://www.movisie.nl/publicatie/motiveren-maatwerk>
- Van Montfort, K., Van Oorschot, A. (2016, maart). *Werken met familie­zorg, wat betekent dat nou eigenlijk?* Geraadpleegd op 23 februari 2018, van http://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wpcontent/uploads/2018/01/Werken_met_familiezorg_wat_betekent_dat_nou_eigenlijk_25-01-2017.pdf
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2010, november). *De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 6 april 2018, van <http://pdf.swphost.com/inkijkpagina/850154inkijk.pdf>
- Van Oorschot, A. (2016). *Over het waarom en hoe van medezeggenschap. Notitie t.b.v. de studiemiddag lokale cliëntmedezeggenschap op 16 juni 2016*. Geraadpleegd op 23 februari 2018, van http://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2018/01/Over_het_Waarom_en_Hoe_van_Medezeggenschap.pdf
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2015). *Competentieprofiel voor beroeps­krachten in de gehandicaptenzorg die begeleiding en behandeling bieden aan mensen met een lichte verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen*. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://www.vgn.nl/artikel/26435>

Feedback Beroepsproduct Maaïke Heyms

Het is een verzorgd geheel, waarin de stem v/d cliënt leidend is. Mooie, sprekende, beeldende en laagdrempelige vormgeving geheel in de trant van het onderzoek, super! De verbinding tussen medezeggenschap, familie zorg en de kunst van het ontmoeten worden mooi weergegeven, zo ook het belang hiervan. Het belang van medezeggenschap, formeel en informeel, worden middels het literatuuronderzoek en de gesprekken met respondenten goed aangetoond. De combinatie van het in kaart brengen van de behoeften/wensen LVB complex doelgroep en de benodigde competenties (en motivatie) van zorgprofessionals maken het tot een bruikbaar product. Het nodigt uit tot dialoog en verdere uitwerking met alle betrokkenen (cliënten, verwanten, zorgprofessionals). Daarnaast kan het ter ondersteuning meegenomen worden naar soortgelijke doelgroepen binnen andere voorzieningen binnen de gehele divisie. Een tip is om vooraf of bij de start van het praktijkonderzoek iets meer in te gaan op de huidige stand van clientmedezeggenschap per voorziening. Dit bekeken en belicht vanuit alle perspectieven van de zorgtriade. Aspecten als wat is er reeds ondernomen, waarom zijn cliënten (nog) niet gehoord en voorzien in de behoeften komen dan naar alle waarschijnlijkheid aan bod. Het zal dan als totaalplaatje de knelpunten en behoeften vanuit het breder geheel doen weergeven. Dit maakt dat het product naast de belangrijkste essentie (stem v/d cliënt) ook stil staat bij de ervaring en wat we daaruit, samen met de cliënt, kunnen leren.

Ik zou je willen uitnodigen om naast het beeldende (strip) óók een mondelinge terugkoppeling richting de respondenten, teams en managers te geven. Wellicht kun jij de resultaten ook kenbaar maken binnen de sub regio cliëntenraden en de divisie cliëntenraad van divisie Wonen In de Wijk zodat het beroepsproduct ten volle benut kan worden.

Bedankt voor jouw enthousiaste en waardevolle bijdrage. Ik heb je als een leergierige, positief kritische, flexibele, zorgvuldige en zelfstandige student ervaren met hart voor het vak en de cliënt!

Gespreksagenda

INTRODUCTIE

- Voorstellen + waardering uitspreken
- Mijn onderzoeksvraag

Welke vorm van cliëntmedezeggenschap sluit aan bij de behoefte van de LVB+ doelgroep en hoe kunnen de zorgprofessionals in de uitvoering ervoor zorgen dat deze in de uitvoering voldoet aan de cliëntmedezeggenschap zoals de Amarant Groep deze nastreeft?

Het gaat hierbij om lokale cliëntmedezeggenschap.

- DOEL VAN HET GESPREK = beantwoorden van mijn deelvragen in het onderzoek.

1. Wat is de behoefte van de LVB+ doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap?
2. Wat is er nodig om aan de behoefte van de LVB+ doelgroep omtrent cliëntmedezeggenschap te voldoen?

- ONDERWERPEN

1. Jou als persoon
2. Cliëntmedezeggenschap
3. Jou behoefte,
4. De begeleiders
5. De vorm van cliëntmedezeggenschap

- Toestemming vragen + uitleggen wat er met de informatie gebeurt.

Topiclijst (meetinstrument)

JIJ ALS PERSOON.

- Vind je het leuk om iets over jezelf te vertellen?
- Waar houdt je jezelf allemaal mee bezig?

CLIËNTMEDEZEGGENSCHAP

Wat is voor jou cliëntmedezeggenschap?

Hoe zou je cliëntmedezeggenschap **omschrijven**?

Wat vind je **leuk** aan medezeggenschap?

Wat vind je **belangrijk** aan medezeggenschap?

Wat vind je minder leuk / **vervelend** aan cliëntmedezeggenschap?

Hoe komt dit?

Zou je iets aan cliëntmedezeggenschap willen **veranderen**?

Hoe is de cliëntmedezeggenschap in jou **woonvoorziening**/woonteam geregeld?

Wat wordt er allemaal gedaan voor cliëntmedezeggenschap?

Zou je daar iets aan willen **veranderen**?

BEHOEFTE

Behoeft is wat iemand **nodig** heeft, wat iemand fijn vind.

Bijvoorbeeld: ik voel me alleen, ik heb behoefte aan contact met anderen.

Wat is jou **behoefte** als het gaat om cliëntmedezeggenschap?

Wat heb je nodig als het gaat om cliëntmedezeggenschap?

Waar **verlang** je naar omtrent cliëntmedezeggenschap?

Wat is jouw **wens**?

Wat is jouw perfecte plaatje hier binnen de woonvoorziening als het gaat om cliëntmedezeggenschap?

Wat **mis** je op dit moment in de cliëntmedezeggenschap, maar zou je wel willen hebben?

Waarom mis je dit?

Waarom zou je het wel willen hebben?

ZORGPROFESSIONALS

Wat is de **rol** van de begeleiders op dit moment bij de cliëntmedezeggenschap?

Wat doet de begeleiding allemaal voor de cliëntmedezeggenschap?

Wat zou de begeleiding nog meer kunnen doen, om aan jouw **wensen** van cliëntmedezeggenschap te voldoen?

Waar zou de begeleiding jou nog mee kunnen **helpen**, als het gaat over cliëntmedezeggenschap?

Wat heb je **nodig** van de begeleiding?

Waar heb je de begeleiding bij nodig?

VORM (inhoud, structuur, intensiteit, plaats)

1. INHOUD

Waar zou je het over willen hebben binnen de cliëntenraad?
Welke **onderwerpen** vind jij belangrijk?
Wat wil je dat er besproken wordt?

Wat zou je graag met anderen willen **bespreken**?
Wat zou je graag met anderen willen **delen**?

2. STRUCTUUR, ongestructureerd/gestructureerd.

Wat vindt jij fijn qua structuur?

Bijvoorbeeld:

De onderwerpen van tevoren al bepaald met een **gespreksagenda**, of juist helemaal niet?
Een **voorzitter** (iemand die het gesprek leidt) of mag iedereen dit doen?
Met **begeleiders** erbij of zonder begeleiders erbij?

Vertel, wat zou jij fijn vinden?

3. INTENSITEIT/TIJD

Hoe **vaak** en **wanneer** wil je een bijeenkomst?

Hoelang mag deze bijeenkomst duren?
Hoe lang kun jij je concentreren

Liever in de ochtend, middag of avond?
Op welke **dag**?

Altijd op hetzelfde moment en tijdstip, of elke keer anders?

Overig

4. PLAATS

Waar zou jij graag willen vergaderen en dingen willen bespreken?
Bijvoorbeeld; Altijd op dezelfde plek of iedere keer ergens anders?

Binnen of buiten?
Hier of op een andere locatie?

Hoe zou die locatie er dan uit moeten zien?

5. **INFORMATIE**

Als je een idee/onderwerp hebt, bij wie zou je die dan graag in willen **leveren**?

Als je een idee/onderwerp hebt, waar zou je die dan graag in willen leveren?

Waar lever je je idee/onderwerp nu in?

Hoe wordt je nu **geïnformeerd**?

Hoe ontvang je nu informatie over medezeggenschap?

Van wie ontvang je informatie over medezeggenschap?

Hoe zou je graag **informatie** over medezeggenschap ontvangen?

Is het goed zoals het is, of zou je het op een andere manier fijner vinden?

Mijn laatste vraag:

- **Wat zou je overhalen om nog meer tijd aan de cliëntmedezeggenschap te besteden?**

Zorgprofiel 6 – Verstandelijk Gehandicaptenzorg

VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.
Zorgprofiel
De cliënten functioneren sociaal (zeer) beperkt zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoomis) gecombineerd met gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. De begeleiding is vaak individueel en structuurbiedend, gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op veiligheid. Er worden grenzen gesteld door anderen. Er is sprake van een voorspelbare invulling van de dag en van vaste leefregels. Veiligheidsrisico's voor de begeleiders zijn beperkt. Op het gebied van <i>sociale redzaamheid</i> hebben de cliënten ten aanzien van de meeste aspecten hulp of overname van taken nodig. Met name bij het uitvoeren van complexere taken, het regelen van de dagelijkse routine en het huishoudelijk leven is vanwege gedragsproblematiek overname van taken nodig. Ten aanzien van de <i>psychosociale/cognitieve functies</i> hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Met name op het gebied van concentratie, geheugen en denken kan zelfs sprake zijn van continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. De cliënt kan <i>ADL</i> veelal zelf uitvoeren, maar iemand anders moet wel toezien of stimuleren of soms helpen. Ten aanzien van <i>mobiliteit</i> is doorgaans geen hulp nodig, soms wel toezicht en stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis. Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van <i>verpleging</i>. Er is sprake van structurele, vaak cumulatieve <i>gedragsproblematiek</i>. De cliënten hebben hierdoor vaak of continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. De cliënten vragen van hun omgeving continu grote alertheid vanwege manipulatief, dwangmatig, ontremd en reactief gedrag. Er komt regelmatig <i>psychiatrische problematiek</i> voor bij deze cliënten. Dit kan zowel actief als passief of wisselend van aard zijn. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoomis).

Zorgprofiel 7 – Verstandelijk Gehandicaptenzorg

VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.	
Zorgprofiel	
Cliënten zijn sterk gedragsgestoord en licht of ernstig verstandelijk gehandicapt (SGLVG respectievelijk SGEVG).	

Beide cliëntgroepen functioneren sociaal beperkt of nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedrags- en/of psychiatrische problematiek. De cliënten hebben permanent structuur, veiligheid en bescherming nodig. De begeleiding is vaak individueel en structuurbiedend, waarbij de nadruk ligt op voorspelbaarheid van de invulling van de dag en vaste leefregels. Voor de doelgroep SGLVG heeft de begeleiding meer het karakter van hulp, in tegenstelling tot de doelgroep SGEVG waar de nadruk meer op overname ligt en met name de ADL-zorg meer nadrukkelijk aanwezig is. Wat betreft tijdbesteding komen deze twee groepen met elkaar overeen, waardoor tot uitdrukking wordt gebracht dat toezien en helpen voor de doelgroep SGLVG tijdsintensiever is dan overname van taken.

Er is sprake van risicovol gedrag, maatschappelijk probleemgedrag en cliënten zijn vaak zelf niet gemotiveerd voor behandeling. In verband met veiligheidsrisico's zijn doorgaans meerdere begeleiders tegelijkertijd aanwezig.

Wat betreft *sociale redzaamheid* hebben cliënten hulp of overname van taken nodig, mede vanwege een combinatie van op elkaar ingrijpende problematiek (denk aan een verstandelijke handicap gepaard gaande met lichamelijke handicap(s) en/of psychogeriatrische problematiek etc.). Deelname aan het sociale leven is alleen mogelijk met individuele begeleiding.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Met name op het vlak van concentratie, geheugen en denken kunnen cliënten continu behoefte hebben aan hulp, toezicht of sturing.

De doelgroep SGLVG-clieñten kunnen *ADL* veelal zelf uitvoeren, maar hebben vaak wel behoefte aan toezicht en stimulatie. Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen hulp nodig, soms is wel toezicht en stimulatie nodig bij het verplaatsen buitenshuis.

De doelgroep SGEVG-cliënten hebben ten aanzien van *ADL* wel regelmatig hulp nodig, met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huis, het wassen en het eten en drinken. Het kan voorkomen dat er twee verzorgenden/begeleiders nodig zijn. Ten aanzien van de *mobilititeit* kunnen zij ook hulp nodig hebben. Deze kan in intensiteit wisselend zijn. Met name bij oriëntatie in ruimte en het verplaatsen buitenshuis is hulp nodig. Cliënten kunnen door lichamelijke problematiek afhankelijk zijn van een elektrische rolstoel, ingewikkelde transfers, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Er kan sprake zijn van *verpleegkundige aandacht*.

Deze cliënten kennen verschillende vormen van extreme *gedragsproblematiek*. Dit kan zich op allerlei wijze uiten, bijvoorbeeld verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De cliënten vragen van hun omgeving continu grote alertheid. Het corrigeren van gedrag is zeer moeilijk doordat cliënten niet of moeilijk (met gangbare middelen) beïnvloedbaar zijn. Cliënten hebben geen of weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en een zeer beperkt leervermogen. Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren.

Kenmerkend voor deze doelgroepen is dat er doorgaans sprake is van een CEP-score van 3 of hoger en de aanwezigheid van een Bijzonder Zorgplan CCE. Er komt regelmatig *psychiatrische problematiek* voor bij deze cliënten. Deze kan actief, passief of wisselend van aard zijn.

De *aard van het begeleidingsdoel* is meestal gericht op stabilisatie of op ontwikkeling. Dit uit zich in het reguleren van de gedragsproblematiek en het bieden van structuur en veiligheid.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoomis).

Bronvermelding:

- KansPlus. (2016). *Overzicht van de zorgprofielen voor VG en LVG*. Geraadpleegd op 1 mei 2018 van <https://www.kansplus.nl/wp-content/uploads/2016/01/zorgprofielen-WLZ.pdf>

Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag

CEP-score 3A Zeer ernstige problematiek

“Wanneer er geen maatregelen worden getroffen om het probleemgedrag te voorkomen, zal de persoon zichzelf of anderen ernstig lichamelijk letsel of psychische schade toebrengen, mogelijk met blijvende gevolgen door middel van hevige agressie, ernstige automutilatie en/of sterke suïcidaliteit, dan wel het gedrag van de persoon veroorzaakt grote (materiële) schade of leidt tot een ernstige aantasting van de kwaliteit van het bestaan van de persoon, dan wel de persoon sluit zich dermate af van de omgeving dat dit uiterst belemmerend is voor diens functioneren en/of ontwikkeling.

Het is mogelijk om met een intensieve ondersteuning en/of behandeling verbetering in de situatie te brengen. Het ondersteunings/behandelaanbod dat het probleemgedrag moet voorkomen of beïnvloeden is zodanig, dat dit als aanvaardbaar kan worden aangeduid, maximaal gesproken kan worden over matige bijverschijnselen” (Kramer, 2001)

CEP-score 3B Zeer ernstige problematiek

“Het gedrag van de persoon is maximaal zeer hinderlijk, pijnlijk, shockerend of bedreigend voor de omgeving dan wel zeer pijnlijk of belemmerend voor de (ontwikkeling van) de persoon zelf of zeer negatief voor de kwaliteit van diens bestaan. Bovendien is sprake van veelvuldig voorkomen van dit gedrag, dat daarom als zeer belastend wordt ervaren. Een effectieve behandeling of aanpak, waardoor ofwel het probleemgedrag wordt tegengegaan ofwel de gevolgen van het probleemgedrag worden voorkomen, is niet bekend, of kan in redelijkheid niet worden toegepast, bijvoorbeeld in verband met bijverschijnselen. óf

Het ondersteunings/behandelaanbod dat in verband met het probleemgedrag is gekozen, is van een zodanige aard, dat dit ingrijpende negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van het bestaan van de persoon” (Kramer, 2001)

CEP-score 4 Extreem ernstige problematiek

“Wanneer geen maatregelen worden getroffen om het probleemgedrag te voorkomen, zal de persoon zichzelf of anderen ernstig lichamelijk letsel of psychische schade toebrengen, mogelijk met blijvende gevolgen, door middel van hevige agressie, ernstige automutilatie en/of sterke suïcidaliteit, dan wel het gedrag van de persoon veroorzaakt grote (materiële) schade of leidt tot een ernstige aantasting van de kwaliteit van het bestaan van de persoon, dan wel de persoon sluit zich dermate af van de omgeving dat dit uiterst belemmerend is voor diens functioneren en/of ontwikkeling.

Het ondersteunings/behandelaanbod dat in verband met het probleemgedrag is gekozen, is van een zodanige aard, dat dit ingrijpende negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van het bestaan van de persoon.

en/of

Een effectieve behandeling of aanpak, welke een verbetering in de situatie van de persoon zouden kunnen brengen, is niet bekend of er is sprake van een min of meer onafwendbaar negatief beloop van de toestand van de persoon” (Kramer, 2001)

Bronvermelding:

- Kramer, G.J.A. (2001). *Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag: Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Cliëntmedezeggenschapstructuur Amarant Groep

Het werkmodel

0e-lijns (informeel over familiezorg)

Betrokken binnen deze lijn van (mede)zeggenschap zijn de individuele professionals, cliënten en familie. De familiezorg is gericht op samenwerking in de zorgtriade om de beste zorg te realiseren op basis van wensen, verwachtingen en behoeften van cliënten en familie en professionele inzichten van professionals. De afspraken worden vastgelegd in het persoonlijk plan. Ook huiskamergesprekken en andere gesprekken tussen cliënten, familie, medewerkers vallen onder deze 0e-lijns medezeggenschap. Daarnaast motiveren professionals cliënten en familie om actief deel te nemen aan het formele zeggenschap. Er is geen vaste procedure voor afspraken die voortkomen uit gesprekken binnen het dagelijks samenleven en/of samenwerken. Tevens bestaat er geen formele procedure vanuit de WMCZ voor de familiezorg.

1e-lijns (overleg op team-of voorzieningsniveau)

Betrokken binnen deze lijn van medezeggenschap zijn de cliënt, de cliëntvertegenwoordigers, het team, de contactpersoon, de coach, de Consulente Medezeggenschap en manager(s) krachtige teams (MKT). Men volgt de procedure conform het Reglement Medezeggenschap voor Cliënten op Lokaal Niveau en daarnaast het huishoudelijk reglement van de locatie. Per locatie is er een lokale cliëntenraad (LCR), een lokale cliëntenvertegenwoordigersraad (LCVR) of een combinatie hiervan samengesteld. In elk team is één medewerker aangesteld als contactpersoon voor de LCR / LCVR, die tevens ook deelneemt aan het overleg met de lokale cliëntenraad. Daarnaast vaardigt elke lokale cliëntenraad (LCR) of elke lokale cliëntenvertegenwoordigersraad een vertegenwoordiger af naar het 2^e lijns overleg met de MKT's. De manager heeft een formele rol met betrekking tot de benoeming van de leden van de lokale cliëntenraad. Daarnaast heeft de manager, net als de Consulente Medezeggenschap, een ondersteunende rol tussen het team en de lokale cliëntenraad. De consulente Medezeggenschap betreft waar nodig de divisiedirecteur, de Raad van Bestuur en/of de centrale cliëntenraad bij het overleg.

2e-lijns (informeel overleg met Managers Krachtige Teams)

Betrokken binnen deze lijn van medezeggenschap zijn twee MKT's of vertegenwoordigers daarvan, vertegenwoordigers van de lokale cliëntenraden uit de locaties van de twee managers en de Consulente Medezeggenschap. Het overleg is erop gericht om een brug te slaan tussen het lokale medezeggenschap en het medezeggenschap op divisieniveau. Er vindt uitwisseling plaats over de gang van zaken in de medezeggenschap en de ontwikkelingen binnen de divisie. Het overleg kan per divisie verschillend worden ingevuld, afhankelijk van aard en omvang van de Divisie. Dit in samenspraak met de Divisie-directeur en ter beoordeling van de Divisie CliëntenVertegenwoordigersraad (DCR).

3e-lijns (overleg op divisieniveau)

Betrokken binnen deze lijn van medezeggenschap zijn de vertegenwoordigers van de lokale cliëntenraden en de vertegenwoordigers van de divisie CliëntenvertegenwoordigersRaad, welke samen de centrale cliëntenraad (CCR) vormen, de divisiedirecteur en tevens de consulente medezeggenschap. Men volgt de procedure conform het Reglement van de CliëntvertegenwoordigersRaad en de Cliëntenraad op divisieniveau en daarnaast het huishoudelijk reglement van de divisie. Het overleg vindt plaats tussen de CCR/CVR en de divisiedirecteur. De Consulente Medezeggenschap speelt een belangrijke rol in de voorbereiding en uitvoering hiervan.

4e-lijns (overleg op niveau Raad van Bestuur)

Betrokken binnen deze lijn van medezeggenschap zijn de vertegenwoordigers van de Cliënt (vertegenwoordigers)raden, cliëntvertegenwoordigers met kwaliteitszetel, de Raad van Bestuur en de ambtelijk secretaris van de Centrale CliëntvertegenwoordigersRaad (CCVR). Men volgt de procedure conform het Reglement van de CCVR. Het overleg vindt plaats tussen de CCVR en de Raad van Bestuur. De ambtelijke secretaris ondersteunt hierbij (van Oorschoot, 2016).

Huishoudelijk Reglement Cliëntenraad

2-11-6 VOORBEELD HUISHOUDELIJK REGLEMENT CLIËNTENRAAD

Noot: In dit concept wordt gesproken over LCR (Lokale Cliëntenraad), maar kan vanzelfsprekend ook gebruikt worden om afspraken te maken voor de DCR (Divisie Cliëntenraad) of CCR (Centrale Cliëntenraad). Dit concept is nader in te vullen en aan te vullen op basis van ter plaatse gemaakte afspraken.

De Lokale Cliëntenraad functioneert op basis van het Reglement Medezeggenschap Lokale Cliëntenraad. Voor een goede interne organisatie van het medezeggenschapswerk verdient het aanbeveling om, in het verlengde van het formele reglement nadere werkafspraken vast te leggen in een huishoudelijk reglement.

Hieronder treft u een aantal onderwerpen aan die zich lenen voor nadere afstemming en vastleggen in een huishoudelijk reglement. Het is aan het medezeggenschapsorgaan zelf om hier naar eigen inzicht vorm en inhoud aan te geven, zolang dit niet in strijd is met het formeel vastgestelde reglement. Daarnaast dienen bepaalde bepalingen in dit huishoudelijk reglement, die betrekking hebben op de samenwerking, afgestemd te worden met desbetreffende manager en/of Krachtig Team.

Inrichting medezeggenschap

Indien er sprake is van meerdere medezeggenschapsorganen, bijvoorbeeld een LCR bestaande uit cliënten en een LCR van cliëntvertegenwoordigers, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop het overleg vorm krijgt en op welke wijze wordt samengewerkt.

In de locatie / voorziening functioneren (kruis aan):

- ☐ een Lokale Cliëntenraad bestaande uit cliënten;
- ☐ een Lokale Cliëntenraad bestaande uit vertegenwoordigers;
- ☐ een Lokale Cliëntenraad bestaande uit zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers.

Samenstelling

De LCR bestaat uit minimaal en maximaal leden.

Overleg

Ten behoeve van de medezeggenschap vindt overleg plaats. Het overleg krijgt als volgt vorm:

- ☐ Eén keer per jaar en indien er sprake is van formele adviesbevoegdheden vindt er overleg plaats tussen LCR en de Manager Krachtige Teams.
- ☐ Het overleg tussen LCR en (een vertegenwoordiger van) het krachtig team vindt keer per jaar plaats.
- ☐ Afspraken over het overleg tussen LCR-clieuten en LCR-vertegenwoordiger* zijn als volgt:
- ☐ In eigen verband komt de LCR keer per jaar bijeen.

Ten behoeve van het overleg wordt er elk jaar een vergaderplanning vastgesteld.

De vergaderingen zijn wel/niet openbaar voor andere cliënten of cliëntvertegenwoordigers.

Agenda en verslag

De agenda voor het eigen overleg van LCR wordt één week voor de vergadering vastgesteld door de voorzitter en verzonden. Leden kunnen zelf onderwerpen voor bespreking aandragen.

De agenda voor het overleg van de LCR en (de vertegenwoordiger van) het krachtig team komt in onderling overleg tot stand.

Van elke bijeenkomst wordt een verslag gemaakt en verspreid onder de deelnemers aan het overleg. Het verslag wordt de eerstvolgende vergadering goedgekeurd.

Commissies

De LCR kent de volgende commissies.

- ☐ Commissie
- ☐ Commissie
- ☐ Commissie

Leden van de commissie maken met elkaar afspraken over het aantal besprekingen en de agenda. Commissies nemen geen formele besluiten. Dit is voorbehouden aan de LCR.

Budget

De LCR beschikt wel/niet over een eigen budget. Het budget is geormerkt voor de volgende uitgaven

Vanuit de LCR wordt het budget beheerd door

Informatievoorziening achterban

Cliënten en cliëntvertegenwoordigers worden geïnformeerd over de activiteiten en resultaten van de medezeggenschap op de volgende manieren:

- ☐ De verslagen van de bijeenkomsten worden als volgt verspreid / bekend gemaakt:
.....
- ☐ Overige informatie over de activiteiten wordt als volgt bekend gemaakt aan cliënten, vertegenwoordigers en medewerkers:
.....