

Samen redzaam = wijzer

Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer

Sanne van Dam & Nicole van Dellen

Onderzoeksopdracht jaar 4, Social Work

Academie voor Sociale Studies,
Hanzehogeschool Groningen

Samen redzaam = wijzer

Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer

Sanne van Dam & Nicole van Dellen
6 juni 2018

Academie voor Sociale Studies – Hanzehogeschool Groningen
Social Work Voltijd

Onderzoeksoopdracht jaar 4 (semester 2) – SSVB1600

Aantal woorden: 14.986

Student 1

Naam student: Sanne van Dam
Studentnummer: 332051
E-mail: s.van.dam@st.hanze.nl

Student 2

Naam student: Nicole van Dellen
Studentnummer: 328264
E-mail: n.van.dellen@st.hanze.nl

Opdrachtgever

Naam instelling: Lentis Zuidlaren
Correspondentieadres: Lagerhout E35,
9470 AC, Zuidlaren
Naam opdrachtgever: Lisette van der Meer
Functie: Senior-onderzoeker
E-mail: l.vandermeer@lentis.nl

Afstudeerbegeleider

Naam docent: Ellen Meijer
E-mail: h.e.meijer@pl.hanze.nl

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is geschreven in het kader van het vak ‘Onderzoeksopdracht jaar 4’, dat onderdeel is van de afstudeerfase van de opleiding Social Work aan de Hanzehogeschool te Groningen. Wij trachten beiden het uitstroomprofiel ‘GGZ-agoog’ te voltooien en hebben het onderzoek daarom bij en in opdracht van de Geestelijke Gezondheidszorg instelling Lentis in Zuidlaren uitgevoerd.

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zijn wij vanuit Lentis Zuidlaren begeleid door senior-onderzoekers Lisette van der Meer en Leonie Bais. Wij willen hen bedanken voor hun ondersteuning, adviezen en de goede samenwerking. Daarnaast zijn wij vanuit de opleiding Social Work begeleid door onderzoeksdocente Ellen Meijer. Middels deze weg willen wij ook haar bedanken voor de goede begeleiding en haar kritische blik op ons onderzoek.

De onderzoekers hebben het onderzoek op de verschillende afdelingen binnen de Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren als zeer plezierig ervaren. Vanuit de instelling, de cliënten en de verpleegkundigen werd enthousiast meegedacht en meegewerkt. Daarnaast heeft onze begeleidster ons op een prettige manier ondersteuning geboden tijdens dit onderzoeksproces. Daarom willen wij door middel van dit voorwoord alle cliënten, verpleegkundigen en alle medewerkers van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren hartelijk danken voor de positieve samenwerking.

Wij hopen dat wij door middel van dit onderzoek hebben kunnen bijdragen aan het verkennen van een instrument dat aan de wensen en behoeften van zowel de cliënten als de verpleegkundigen voldoet. Wij wensen u dan ook veel nieuwe inzichten toe naar aanleiding van het lezen van dit onderzoeksrapport.

Sanne van Dam & Nicole van Dellen

Groningen, mei 2018

Samenvatting

Dit onderzoek is verricht in het kader van de afstudeeropdracht van de opleiding Social Work aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren. Op deze afdelingen worden cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen behandeld. Door de in Nederland recente overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving is de behandeling meer gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie. Hierbij wordt een groter beroep gedaan op het sociale netwerk van cliënten. Uit literatuur blijkt dat een betrokken sociaal netwerk een positieve bijdrage kan leveren aan het welzijn en de participatie. Hierom is het van belang om dit sociale netwerk in kaart te brengen om er beroep op te kunnen doen. Cognitieve en/of communicatieve beperkingen maken het lastig om met cliënten het sociale netwerk en de zelfredzaamheid in kaart te brengen. Daarom is onderzoek gedaan naar de samenredzaamheidswijzer, een instrument dat zowel het sociale netwerk als de zelfredzaamheid van cliënten visueel in kaart brengt. Dit instrument bevat vijf thema's/competenties (huishoudelijk, zelfverzorging en gezondheid, cognitief, maatschappelijk, sociaal) waarbij verschillende handelingen in de vorm van pictogrammen worden neergelegd. In dit onderzoek wordt onderzocht of de samenredzaamheidswijzer toepasbaar is in gesprek met cliënten en of de uitvoering hiervan kan leiden tot nieuwe inzichten in de zelfredzaamheid en/of het sociale netwerk van de cliënt. Tevens wordt onderzocht of met behulp van de samenredzaamheidswijzer nieuwe hersteldoelen opgesteld kunnen worden. Bovenstaande wordt vanuit het perspectief van zowel de cliënten als de verpleegkundigen onderzocht. De onderzoeksvraag van dit rapport luidt: *'In hoeverre geeft het toepassen van de samenredzaamheidswijzer volgens de cliënten en verpleegkundigen van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren (nieuwe) inzichten in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, en draagt het bij aan het opstellen van nieuwe hersteldoelen?'*

Middels halfgestructureerde interviews en participerende observaties is getracht antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Het antwoord op de onderzoeksvraag luidt: De samenredzaamheidswijzer is volgens de cliënten en verpleegkundigen een leuk, makkelijk en inzichtelijk instrument dat het sociale netwerk en de zelfredzaamheid in kaart brengt. Uit de resultaten is gebleken dat de samenredzaamheidswijzer bijdraagt aan het verkrijgen van inzichten in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten. Daarnaast levert de samenredzaamheidswijzer in enkele gevallen ook nieuwe inzichten op. Tevens maakt de samenredzaamheidswijzer het sociale netwerk en de zelfredzaamheid visueel inzichtelijk en is het inzetbaar tijdens gesprek over nieuwe hersteldoelen en aandachtspunten met betrekking tot de behandeling.

Aanbevolen wordt om de samenredzaamheidswijzer aan te passen aan de specifieke doelgroep, door thema's en/of pictogrammen toe te voegen. Tevens wordt geadviseerd de afname van diverse thema's van de samenredzaamheidswijzer te verspreiden over meerdere contactmomenten om gesprek op gang te brengen. Geadviseerd wordt dit minimaal twee keer per jaar uit te voeren om de ontwikkeling van cliënten duidelijk in kaart te brengen. Daarnaast wordt vervolgonderzoek aanbevolen om de samenredzaamheidswijzer passend/specifieker te maken voor de doelgroep en het langetermijneffect te onderzoeken. Tot slot wordt aanbevolen onderzoek te doen naar de mate waarin de samenredzaamheidswijzer meer opbrengsten levert en de voorkeur krijgt ten aanzien van de huidige werkwijze.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding.....	6
1.1 Context.....	6
1.2 Probleem-/situatieanalyse	7
1.3 Doelstelling.....	8
1.4 Onderzoeksvraag.....	8
1.4.1 Voorvragen	8
1.4.2 Deelvragen.....	8
1.5 Leeswijzer	9
1.6 Begripsafbakening	9
Hoofdstuk 2: Van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid.....	10
2.1 De doelgroep	10
2.1.1 De geschiedenis van de psychiatrie	10
2.1.2 De psychiatrische problematiek op de afdelingen	11
2.2 De participatiesamenleving	13
2.2.1 Het doel.....	13
2.2.2 De veranderingen binnen de GGZ.....	13
2.3 Het sociale netwerk.....	14
2.3.1 De vroegere rol van het sociale netwerk.....	15
2.3.2 De veranderende rol van het sociale netwerk	15
2.4 De samenredzaamheidswijzer	16
2.4.1 Het ontstaan van de samenredzaamheidswijzer.....	17
2.4.2 Uitleg over de samenredzaamheidswijzer	17
2.4.3 Ervaring met de samenredzaamheidswijzer	18
2.5 Conclusie.....	18
Hoofdstuk 3: Methode.....	20
3.1 Typering onderzoek	20
3.2 Respondenten/informatiebronnen	20
3.3 Onderzoeksinstrument	21
3.3.1 Participerende observaties	21
3.3.2 Halfgestructureerde interviews	21
3.4 Procedure gegevensverzameling.....	22
3.5 Analyseplan.....	23
Hoofdstuk 4: Resultaten	24
4.1 De toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer	24
4.2 De opbrengst van nieuwe inzichten	25
4.3 Nieuwe hersteldoelen.....	26
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	28
5.1 Conclusie.....	28

5.2 Discussie	28
5.2.1 Kritische beschouwing.....	29
5.2.2 Bruikbaarheid	30
5.2.3 Waarde en betekenis van de bevindingen.....	31
5.2.4 Definiëring, legitimering en profilering van het sociaal werk.....	32
5.3 Aanbevelingen	33
Literatuurlijst.....	36
Bijlage A – Pictogrammen	40
Bijlage B – Begeleidend schrijven samenredzaamheidswijzer	45
Bijlage C – Voorbeeld samenredzaamheidswijzer.....	47
Bijlage D – Interviewvragen	48
Bijlage E – Observatielijst.....	49
Bijlage F – Beoordeling zorgvuldigheid opdrachtgever.....	50

Hoofdstuk 1: Inleiding

Dit onderzoeksrapport is geschreven in het kader van de afstudeeropdracht binnen de opleiding Social Work aan de Hanzehogeschool te Groningen. Als vereiste van het uitstroomprofiel ‘GGZ-agoog’ wordt dit onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) uitgevoerd waarbij is gekozen voor Lentis Zuidlaren. Het onderzoek heeft betrekking op het inzichtelijk maken van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking aan de hand van de samenredzaamheidswijzer. In dit hoofdstuk wordt een probleem-/situatieanalyse geschetst, de doelstelling benoemd en de onderzoeksvraag met bijbehorende voor- en deelvragen uiteengezet.

1.1 Context

Lentis is een organisatie bestaande uit verschillende zorggroepen en diensten. Zij biedt geestelijke gezondheidszorg, forensische gezondheidszorg en ouderenzorg aan alle leeftijdsgroepen in Groningen, Drenthe en Friesland (Lentis, z.d.a). Binnen Lentis zijn verschillende zorgvormen zoals dagbehandeling, poliklinische behandeling, thuiszorg, klinische 24-uurszorg en zorg in een beschermde woonvorm. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren. De Langdurige Rehabilitatie bestaat uit vier afdelingen: de Es, Akkerhoven, de Brink en Buitenhuizen. Binnen deze afdelingen zijn verpleegkundigen, agogisch begeleiders, psychologen, psychomotorisch therapeuten, creatief therapeuten en artsen/psychiaters werkzaam (Lentis, z.d.b.).

Op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie verblijven ongeveer 130 cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) (Lentis, z.d.b.). Deze cliënten kunnen problemen ervaren op het gebied van lichamelijke gezondheid, zelfzorg en dagelijks functioneren. Tevens is het voor deze cliënten moeilijk om zelfstandig te functioneren en te participeren in de samenleving. Daarnaast is vaak sprake van cognitieve beperkingen, slecht ontwikkelde verbale communicatie (Van der Meer, Redmeijer & Stiekema, 2016) en ernstige maatschappelijke beperkingen (Delespaul, 2013). Deze cliënten hebben intensieve psychiatrische zorg nodig, waardoor zij vaak al jaren op het terrein van Lentis Zuidlaren verblijven. Tijdens de behandeling wordt nadruk gelegd op hersteldoelen zoals: het bevorderen van het welzijn van de cliënten en het herstellen van het algemeen functioneren en maatschappelijke rollen (Lentis, z.d.b.).

Iedere afdeling heeft een eigen team van verpleegkundigen. Zij zijn het aanspreekpunt voor cliënten en bieden hen dagelijkse zorg en begeleiding. De verpleegkundigen helpen cliënten op verschillende leefgebieden. Naast deze fysieke begeleiding hebben de verpleegkundigen op de afdelingen ook een signalerende functie en helpen zij cliënten bij eventuele tegenslagen. Iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider (verpleegkundige) die fungeert als vertrouwenspersoon, opkomt voor de cliënt, helpt waar nodig en wensen en behoeften op het gebied van vrije tijd en dagbesteding in kaart brengt. Hiermee tracht men cliënten te stimuleren en motiveren om actief te werken aan eigen herstel en zelfredzaamheid. Op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie kunnen cliënten zich ontwikkelen richting meer zelf- en samenredzaamheid, waarbij het sociale netwerk een grote rol speelt. Tevens wordt een veilige plek en veel structuur geboden van waaruit samen gewerkt wordt aan een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. De cliënten worden ondersteund bij het herstel van de beperkingen als gevolg van de psychiatrische problematiek. Dit gebeurt binnen Langdurige Rehabilitatie in een klinische setting, waarbij behandeling, begeleiding en rehabilitatie voorop staan (Lentis, z.d.b.).

1.2 Probleem-/situatieanalyse

De verzorgingsstaat is de afgelopen jaren veranderd in een participatiesamenleving, waarin de overheid een minder grote rol heeft op het gebied van zorg en ondersteuning. Burgers worden geacht om meer te participeren in de maatschappij en meer voor zichzelf en elkaar te zorgen (Movisie & Brink, 2013). Om deze participatie te stimuleren is de ‘ambulantisering’ opgekomen, wat inhoudt dat de intramurale zorg wordt afgebouwd en er alternatieven gevonden moeten worden voor cliënten (GGZ Nederland, z.d.). Het aantal klinische bedden neemt af waardoor vanuit instellingen nadruk wordt gelegd op de doorstroom van cliënten. Cliënten kunnen bijvoorbeeld doorstromen naar andere afdelingen op het terrein van Lentis Zuidlaren, beschermd wonen en in uitzonderlijke gevallen zelfstandig wonen. Het is de bedoeling dat klinische voorzieningen alleen worden ingezet wanneer geen andere redelijke opties te bedenken zijn.

Om de doorstroom vanuit de klinische behandeling naar bijvoorbeeld zelfstandig of begeleid wonen te bewerkstelligen, wordt gestreefd naar het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt. Het idee is dat mensen met de invoer van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) zelfredzamer worden wanneer zij beroep doen op hun sociale netwerk (Grootegoed, 2012). Zelfredzaamheid van cliënten kan, net als plezier en eigenwaarde, bevorderd worden door een actief sociaal netwerk (Movisie, 2017a). Een sterk sociaal netwerk heeft een positieve invloed op de gezondheid, het welbevinden en kan de kans op een terugval verkleinen (Van Driel, Mathijssen, Van der Goor & Van Nieuwenhuizen, 2014). Vaak zijn familieleden de enige overgebleven sociale netwerkliden en zijn zij van groot belang voor de kwaliteit van leven van cliënten (Lentis, z.d.b).

Zoals bij 1.1 is beschreven, is bij cliënten op de afdelingen onder andere sprake van cognitieve en/of communicatieve beperkingen. Volgens de opdrachtgever raken verpleegkundigen door deze beperkingen moeilijk in gesprek met cliënten over het sociale netwerk, de zelfredzaamheid en de zelfredzaamheidsbevordering van cliënten (L. van der Meer, persoonlijke communicatie, 27 januari 2018). Daarom is vaak weinig inzicht in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van deze cliënten. Volgens een verpleegkundige van de Langdurige Rehabilitatie (J. de Weme, persoonlijke communicatie, 13 februari 2018) is het door gebrek aan inzicht en gesprek moeilijk te achterhalen welke doelen en/of wensen cliënten hebben op het gebied van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, waardoor vaak geen nieuwe hersteldoelen opgesteld kunnen worden. Vanuit de afdelingen Langdurige Rehabilitatie is grote vraag naar een instrument dat ondersteunend is aan gesprek om inzicht te krijgen in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten, met behulp waarvan nieuwe hersteldoelen opgesteld kunnen worden.

Op de afdelingen wordt momenteel op verschillende manieren aandacht besteed aan het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten. Zo wordt tijdens het intakegesprek voorafgaand aan de opname en gedurende de opname gesproken over de netwerkliden (A.J. Faber & H. van Essen, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Tijdens de behandeling kan de verpleegkundige zelf invulling geven aan de gesprekken, waardoor mogelijk niet van iedere cliënt evenveel inzicht is in het sociale netwerk (J. de Weme, persoonlijke communicatie, 13 maart 2018). Daarnaast wordt de Triadekaart ingezet om afspraken te maken over de inbreng van de naasten van de cliënt (Ypsilon, z.d.). Tevens wordt in een woonbegeleidingsplan aandacht besteed aan het sociale netwerk en de benodigde ondersteuning vanuit de verpleging (A.C. Niland, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Een bestaand instrument dat de zelfredzaamheid in kaart brengt, is de Zelfredzaamheid-Matrix. Echter wordt hier op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie geen gebruik van gemaakt.

Bovenstaande werkwijzen en instrumenten geven inzicht in het sociale netwerk of de zelfredzaamheid, maar belichten niet beide domeinen/aspecten. Op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie is behoefte aan een instrument dat zowel het sociale netwerk als de zelfredzaamheid in kaart brengt. Een instrument dat beide zaken in kaart brengt, is de samenredzaamheidswijzer

(Weltevrede, van den Heerik, Wolff, de Boom, & Seidler, 2017). Dit instrument is recent ontwikkeld, waardoor het momenteel nog niet gebruikt wordt op de afdelingen. De samenredzaamheidswijzer heeft een visueel karakter omdat er gewerkt wordt met pictogrammen. Aangezien de cliënten moeite hebben met communiceren, kan het gebruik van pictogrammen ondersteunen bij de communicatie. De opdrachtgever wil onderzoeken of de samenredzaamheidswijzer aansluit bij de doelgroep en voldoet aan de wensen en behoeften van de afdelingen om het sociale netwerk en de zelfredzaamheid inzichtelijk te maken.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit praktijkgericht onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer in gesprek met cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking binnen de afdelingen van Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren. Tevens wordt er gekeken of de samenredzaamheidswijzer vanuit zowel het perspectief van cliënten als verpleegkundigen (nieuwe) inzichten oplevert met betrekking tot het sociale netwerk en de zelfredzaamheid. Tot slot wordt onderzocht of de samenredzaamheidswijzer bijdraagt aan het opstellen van kleine hersteldoelen voor de cliënten. Met behulp van deze inzichten kan worden bepaald of het instrument eventueel als nieuwe werkwijze ingezet kan worden binnen de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren.

1.4 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die beantwoord wordt in dit rapport luidt:

In hoeverre geeft het toepassen van de samenredzaamheidswijzer volgens de cliënten en verpleegkundigen van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren (nieuwe) inzichten in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, en draagt het bij aan het opstellen van nieuwe hersteldoelen?

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag wordt onder andere een literatuurstudie uitgevoerd, waarin antwoord gegeven wordt op onderstaande voorvragen. In het praktijkgedeelte van het onderzoek zullen onderstaande deelvragen worden behandeld.

1.4.1 Voorvragen

1. Welke doelgroep verblijft op de afdelingen van Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren?
2. Wat zijn de gevolgen van de beweging richting de participatiesamenleving voor cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking?
3. Wat is de rol van het sociale netwerk en welk effect heeft de verandering naar een participatiesamenleving op deze rol?
4. Wat is de samenredzaamheidswijzer en wat zijn de ervaringen in het werken hiermee?

1.4.2 Deelvragen

1. Is de samenredzaamheidswijzer toepasbaar in gesprek met cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren?
2. Levert de samenredzaamheidswijzer vanuit het perspectief van zowel cliënten als verpleegkundigen (nieuwe) inzichten op in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van de cliënten?
3. In hoeverre draagt de samenredzaamheidswijzer bij aan het opstellen van nieuwe hersteldoelen?

1.5 Leeswijzer

Het onderzoeksverslag telt vijf hoofdstukken waarin verschillende onderdelen aan bod komen. Hoofdstuk twee geeft aan de hand van literatuur antwoord op de voorvragen van dit onderzoek, welke ondersteunende informatie verschaffen over de te onderzoeken situatie. In hoofdstuk drie wordt aandacht besteed aan de toegepaste methode van onderzoek. De resultaten van het onderzoek worden uiteengezet in hoofdstuk vier, waarmee antwoord wordt gegeven op de deelvragen van dit onderzoek. In hoofdstuk vijf wordt in de conclusie antwoord gegeven op de onderzoeksvraag, waarna in de discussie een kritisch wordt teruggeblikt op het uitgevoerde onderzoek. Op basis van bovenstaande worden aanbevelingen gedaan.

1.6 Begripsafbakening

- ❖ **De afdelingen:** Hiermee worden in dit onderzoek de afdelingen Akkerhoven/Buitenhuizen en De Brink van de Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren bedoeld.
- ❖ **Nieuwe inzichten:** Onder nieuwe inzichten wordt in dit onderzoek het volgende verstaan: Inzichten waarvan cliënten en/of verpleegkundigen voorafgaand aan de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer niet op de hoogte waren.

Hoofdstuk 2: Van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van wetenschappelijke literatuur en vakliteratuur een aantal onderwerpen beschreven die betrekking hebben op de onderzoeksvraag. Deze onderwerpen vormen achtergrondinformatie die van belang is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en het ontwerpen van het onderzoeksinstrument. De onderdelen die worden uitgelicht zijn: de doelgroep, de participatiesamenleving, het sociale netwerk en de samenredzaamheidswijzer.

2.1 De doelgroep

In de afgelopen eeuwen is het denken over en de visie op psychiatrische problematiek erg veranderd. Daarom wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan de wijze waarop deze veranderingen hebben plaatsgevonden en wat dit heeft betekend voor de doelgroep. Tevens wordt ingegaan op de veel voorkomende psychiatrische stoornissen bij cliënten op de afdelingen en het effect van deze stoornissen op het functioneren van de cliënten.

2.1.1 De geschiedenis van de psychiatrie

Tijdens de Griekse oudheid werd gedacht dat mensen met een ernstige psychiatrische stoornis bezeten waren door de duivel of kwade geesten. In de Middeleeuwen werden geestesziekten ook wel zothed genoemd (Vercruyssen, 2008). In de loop van de 13e eeuw ontstonden gasthuizen en dolhuizen waar mensen met geestesziekten opgevangen werden, waarna de institutionele zorg begon. Dit resulteerde in maatschappelijke isolatie waardoor patiënten geen sociale rol meer hadden. Tot 1800 was het leven voor geesteszieken schrijnend en werden zij slecht behandeld of gedood. Na de Franse Revolutie ontstond een wetenschappelijke kijk op geestesziekten en stonden onmenselijke opsluiting dwangmiddelen ter discussie. Het idee ontstond dat mensen die zich afwijkend gedroegen ziek waren. Een menselijke bejegening in combinatie met een rustige omgeving zou zorgen dat iemand weer normaal zou kunnen functioneren (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Vanuit de opsluiting als therapeutisch middel en het recht op menselijke bejegening is de morele behandeling ontstaan.

In het begin van de 19e eeuw richtte deze beweging zich in Engeland op kalmte en regelmaat, waarbij geen sprake mocht zijn van dwangmaatregelen. In Frankrijk werd de morele behandeling vanuit Engeland methodisch toegepast. Tevens ontstond in West-Europa de gestichtstherapie. Het aantal gestichten en opnames steeg. Oorzaken hiervoor waren: het succes van de morele behandeling in gestichten, verstoring van het samenzijn binnen gezinnen door een familielid met een geestesziekte, verminderde tolerantie tegenover de medemens en psychiatrische gevolgen van de toename van drankgebruik. Gestichten waren voor mensen die steeds minder hun plek vonden in de samenleving. Halverwege de jaren '50 ontstonden medicamenteuze behandelingen, wetenschappelijke benaderingen en methoden om mensen met een psychiatrische stoornis te behandelen. Als reactie daarop kwam een deinstitutionalisering op gang. Door medicijnen konden veel mensen weer opgenomen worden en functioneren in de samenleving, waardoor zij de gestichten en instituties verlieten (Vercruyssen, 2008). Er ontstond discussie tussen voor- en tegenstanders van deze nieuwe ontwikkelingen. In de jaren '70 kwam dit tot een hoogtepunt in de antipsychiatrische beweging. Volgens deze beweging bestonden psychiatrische stoornissen niet en waren deze volgens hen het gevolg van de maatschappij (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Zij waren van mening dat instituten ziekmakend waren, omdat patiënten in instellingen hun identiteit als mens verloren (Vercruyssen, 2008). Mensen met geestesziekten zouden geen behandeling moeten krijgen, en zeker niet in een instituut (Nevid, Rathus & Greene, 2016).

Vanuit de antipsychiatrische beweging ontstonden buiten gestichten en instituten therapeutische gemeenschappen, waarin geen ruimte was voor behandeling van mensen met ernstige

psychiatrische stoornissen (Vercruyssen, 2008) (Renckens, 2012). De antipsychiatrie schoot door, maar toch hebben de speerpunten van deze beweging effect gehad. Enige tijd later is het aantal psychiatrische instellingen teruggedrongen en werd de ambulante behandeling geïntroduceerd. Ook zijn er aanpassingen gedaan met betrekking tot de rechten van mensen met een psychiatrische stoornis. Vanaf het eind 20^e eeuw was het streven om mensen met psychiatrische problematiek zo veel mogelijk ambulant te behandelen. Daarnaast mag iemand niet zomaar verplicht behandeld worden wanneer hij of zij hier geen motivatie voor heeft. Het gevolg hiervan was echter dat mensen die geen behandeling wilden, geen hulp kregen en bijvoorbeeld dakloos raakten. Voor deze zorgmijders is de bemoeizorg (outreaching) in het leven geroepen (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Voor mensen die wel gedwongen opgenomen worden, zijn de rechten vastgelegd in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Een gedwongen opname is alleen mogelijk wanneer iemand een gevaar is voor zichzelf, voor anderen of de omgeving en dit niet op een andere manier voorkomen kan worden (Rijksoverheid, z.d.).

2.1.2 De psychiatrische problematiek op de afdelingen

Op de afdelingen verblijven cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Bij deze cliënten slaan therapieën niet aan en is sprake van een verstoring in het denken, een beperkt ziekte-inzicht en lichamelijke problemen. Vaak hebben zij een hoog medicatiegebruik, een minder gezonde leefstijl en een lang verleden binnen de psychiatrische zorg. Het is voor de cliënten op deze afdelingen vaak tijdelijk niet mogelijk om zelfstandig of in een beschermde woonvorm te wonen en functioneren. Meestal is er sprake van sociale en maatschappelijke isolatie en velen hebben behoefte aan een veilige gestructureerde omgeving (Lentis, z.d.b). Bij de cliënten zijn verschillende diagnoses gesteld en bij iedere cliënt komt de problematiek op een andere manier tot uiting. De diagnoses die veelal bij cliënten voorkomen zijn: stemmingsstoornissen, schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in het gebruik van een middel. De psychiatrische stoornissen hebben een grote invloed op het functioneren van cliënten op verschillende gebieden, waaronder de cognitie en communicatie.

2.1.2.1 Stemmingsstoornissen

Een deel van de cliënten ervaart depressieve gevoelens en is gediagnosticeerd met een depressieve stoornis. In depressieve periodes kunnen mensen somber zijn, minder interesse of plezier ervaren, te veel of te weinig slapen, zich prikkelbaar voelen, langzamer praten of bewegen, een gebrek aan energie hebben, zich waardeloos of schuldig voelen, zich moeizaam ergens op kunnen richten of beslissingen nemen en regelmatig denken aan dood of suïcide. Deze gedragsveranderingen hebben grote invloed op het functioneren, zoals op het gebied van werk en sociaal gebied (American Psychiatric Association, 2016).

Een andere voorkomende stoornis is de bipolaire stoornis, welke wordt gekenmerkt door wisselingen in de stemming, energie en het functioneringsvermogen. De gemoedstoestanden van mensen met een bipolaire stoornis zijn zeer extreem en hevig, en duidelijk in te delen in een manische (uitbundig, euforisch of geïrriteerd) of depressieve stemmingsepisode. Een bipolaire stoornis kan impact hebben op het onderhouden van relaties en het dagelijks functioneren. Mensen met een bipolaire stoornis kunnen ervaren geen grip te hebben op hun stemmingen en gedrag. Binnen de bipolaire stoornis wordt onderscheid gemaakt tussen bipolaire-I-stoornis en bipolaire-II-stoornis. Bij een bipolaire-I-stoornis is sprake van wisselingen tussen manische en depressieve episoden. Een bipolaire-I-stoornis komt vaak voor in combinatie met een andere psychische stoornis en bij meer dan de helft van de mensen is dat een stoornis in het gebruik van een middel. Bij een bipolaire-II-stoornis

is sprake van hypomanie. Hypomane episodes zijn minder ernstig dan manische episodes, waardoor dit minder problemen veroorzaakt (American Psychiatric Association, 2016).

Kijkend naar bovenstaande blijken depressieve, hypomane en manische gevoelens invloed te hebben op het dagelijks en sociaal functioneren. Beperkingen in het dagelijks en sociaal functioneren en de symptomen (bijv. gebrek aan energie of hevige stemmingswisselingen) zouden invloed kunnen hebben op het voeren van een gesprek.

2.1.2.2 Psychotische stoornissen

Een van de veelvoorkomende psychiatrische stoornissen bij cliënten op de afdelingen is schizofrenie. Deze chronisch psychotische stoornis wordt gekenmerkt door verstoringen van het gedrag, het denken, de emoties, de waarnemingen (Nevid, Rathus & Greene, 2016), de motoriek en de communicatie (Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009). Bij mensen met schizofrenie is vaak sprake van een afname van het sociale en beroepsmatige functioneren. Dit kan tot gevolg hebben dat zij moeite hebben met het voeren van gesprekken, het aangaan van relaties, hun persoonlijke verzorging en het behouden van werk (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Bij schizofrenie wordt onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve symptomen. Bij positieve symptomen is sprake van een verstoorde realiteit of werkelijkheid, wat tot uiting komt in wanen en hallucinaties. Negatieve symptomen hebben betrekking op het verlies van bepaalde functies. Dit omvat spraakarmoede, gebrek aan ervaren of uitdrukken van emoties, verminderd ervaren van genot, verlies van motivatie, gebrek aan initiatief, gebrek aan interesse en een verminderde behoefte aan sociaal contact (Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009). Daarnaast kan sprake zijn van verwarde of onsamenhangende spraak, chaotische gedachten, verminderde concentratie, oogbewegingsstoornissen en een afwijkende motoriek (Nevid, Rathus & Greene, 2016).

Naast schizofrenie zijn er ook cliënten gediagnosticeerd met de schizoaffectieve stoornis. Bij mensen met een schizoaffectieve stoornis is sprake van een combinatie van symptomen van schizofrenie en symptomen van een stemmingsstoornis (American Psychiatric Association, 2016). Zo kunnen wanen en hallucinaties tegelijkertijd voorkomen met manische of ernstige depressieve episodes (Nevid, Rathus & Greene, 2016), wat voor problemen kan zorgen in het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association, 2016).

Kijkend naar de positieve en negatieve symptomen van schizofrenie blijkt dit grote gevolgen te hebben voor het cognitief en communicatief functioneren. Diezelfde symptomen kunnen ook bij de schizoaffectieve stoornis invloed hebben op het (dagelijks) functioneren. Daarnaast kunnen sombere en euforische gevoelens van de depressieve en manische periodes (net als bij de depressieve en bipolaire stoornis) gevolgen hebben voor de communicatie met anderen.

2.1.2.3 Borderline-persoonlijkheidsstoornis

Op de afdelingen verblijven tevens cliënten met de diagnose borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij mensen met deze stoornis is sprake van onvoorspelbare en impulsieve gedragingen, stemmingswisselingen, een instabiel zelfbeeld en instabiele relaties. Deze instabiliteit uit zich in verlatingsangst waardoor zij hoge eisen stellen in het contact met anderen. Dit zorgt er juist voor dat zij sociale contacten afstoten (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Stemmingswisselingen die voorkomen staan vaak niet in verhouding tot de aanleiding. De extreme wisselingen kunnen invloed hebben op de relaties met anderen. Zo kan liefde bijvoorbeeld in korte tijd omslaan in boosheid (American Psychiatric Association, 2016).

2.1.2.4 Stoornis in het gebruik van een middel

Een stoornis die vaak in combinatie met andere psychiatrische stoornissen voorkomt is de stoornis in het gebruik van een middel. Mensen met deze stoornis hebben problemen in het gebruik van verslavende middelen zoals: alcohol, cannabis, hallucinogenen, inhalantia, opiaten, hypnotica en anxiolytica, stimulerende middelen, tabak en eventueel medicijnen. Er is sprake van verstoord denken, gedragsontregeling en ontregelde lichaamsfuncties. Het gebruik van middelen kan erg schadelijk zijn voor het functioneren van de hersenen, wat voor problemen zorgt in het functioneren en gedrag. Daarnaast kan deze stoornis zorgen voor problemen op sociaal gebied. Ondanks de problemen die ontstaan door het gebruik van een middel, blijven mensen met een dergelijke stoornis middelen gebruiken. Door de verandering in hersenverbindingen ontwikkelen mensen een verlangen om het middel te gebruiken, wat het lastig maakt om er afstand van te doen (American Psychiatric Association, 2016). Het effect dat het gebruik van verslavende middelen kan hebben op de hersenen en het functioneren kan voor moeilijkheden zorgen in de communicatie of in het contact met anderen.

In deze paragraaf is de psychiatrische problematiek van cliënten op de afdelingen toegelicht. Deze problematiek heeft invloed op het functioneren op verschillende gebieden. Uit de geschiedenis van de psychiatrie wordt duidelijk dat cliënten met ernstige psychiatrische problematiek lange tijd slecht behandeld zijn en dat de visie op behandeling een verandering heeft doorgemaakt. Door de verandering naar de participatiesamenleving wordt verwacht dat burgers meer voor elkaar zorgen. Deze verandering heeft grote gevolgen voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek, wat in onderstaande paragraaf zal worden besproken.

2.2 De participatiesamenleving

In 2015 is een aantal nieuwe wetten in werking getreden om een optimale participatiesamenleving te bewerkstelligen. De drie belangrijkste wetten die zijn ingevoerd zijn: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Participatiewet (Verheij, 2015). Deze wetten hebben grote invloed op de zorg in Nederland en dus ook op de GGZ.

2.2.1 Het doel

Het doel van de Wmo, uitgevoerd door gemeenten, is om burgers zo goed mogelijk in staat te stellen deel te nemen aan de samenleving (Zorgwijzer, 2017). De Wmo houdt zich onder andere bezig met de beoordeling en verzorging van dagbesteding en de plaatsing van cliënten met een psychische stoornis in een beschermde woonvorm (Verheij, 2015). Ook de Wlz wordt in samenwerking met de Zorgverzekeringswet (Zvw), deels uitgevoerd door gemeenten. Zoals beschreven door Verheij (2015) is de Wlz bedoeld voor cliënten die voortdurend intensieve zorg of toezicht nodig hebben, zoals de cliënten op de afdelingen. De Wlz is een vorm van financiering voor de geleverde zorg, die bepaald en beoordeeld wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (Zorgwijzer, 2018). Tot slot is de Participatiewet ingevoerd met als doel zoveel mogelijk mensen met een arbeidsbeperking kansen te bieden om bij reguliere werkgevers te kunnen werken (Borghouts & Freese, 2016). Het is de bedoeling dat de Participatiewet mogelijkheden biedt voor burgers die op grote afstand van de arbeidsmarkt staan. Burgers moeten hiermee betere en goedkopere zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen (Verheij, 2015). Edzes en van Dijk (2015) stellen de financiële beheersing van de uitkeringsvolumes en het vergroten van de arbeidsparticipatie van kwetsbare en arbeidsbeperkte doelgroepen op de arbeidsmarkt als voornaamste doelen van de wet.

2.2.2 De veranderingen binnen de GGZ

Vanuit de hierboven beschreven wetgevingen wordt een aantal zaken verwacht van de burger, zo ook van burgers met een psychiatrische stoornis. Er wordt verwacht dat men dagbesteding volgt en zich

richt op een eventuele doorstroom naar een beschermde woonvorm. Vanuit het CIZ worden strenge eisen gesteld aan het verkrijgen van een passende indicatie voor de benodigde zorg. Daarnaast wordt vanuit de Participatiewet gewerkt aan het organiseren van werkgelegenheid voor kwetsbare en arbeidsbeperkte doelgroepen in de samenleving. Deze veranderingen in de wet- en regelgeving en de duidelijke ‘ambulantisering’ binnen Nederland, vragen om een nieuwe aanpak wat betreft de behandelmethodes binnen de intramurale zorg (GGZ Nederland, z.d.). Ambulantisering houdt in dat er een verschuiving plaatsvindt waarbij specialistische zorg in klinieken met toenemende mate vanuit de thuissituatie moet worden uitgevoerd door gespecialiseerde ambulante teams (GGZ Nederland, 2013). Deze veranderingen binnen de zorg hebben niet alleen invloed op de werkwijze en de hulpverleners, maar het zijn vooral de cliënten die te maken krijgen met een enorme ommekeer in de genoten zorg.

Vanaf 2015 hebben de gemeenten meer zeggenschap gekregen over het organiseren en financieren van de zorg. Het doel is om de bestaande voorzieningen doelmatiger te organiseren en vooral kritischer te kijken welke hulp burgers nodig hebben. Hierbij wordt vooral gekeken naar wat burgers op eigen kracht kunnen met behulp van het sociale netwerk (van der Gulden, 2014). Om ervoor te zorgen dat er kritischer gekeken wordt naar de zorg die cliënten nodig hebben, wordt van de zorginstellingen verwacht dat zij zich richten op een zo groot mogelijke inzet van ambulante hulpverlening en het leveren van herstelgerichte zorg. Deze herstelgerichte zorg richt zich op het werken aan zelfregie, de eigen verantwoordelijkheid en de maatschappelijke participatie van mensen met een psychiatrische aandoening (GGZ Nederland, 2013). Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zijn het nieuwe streven binnen de behandeling van cliënten. Ook in de Beroepscode voor de maatschappelijk werker (2016) wordt dit streven naar participatie opgenomen. Twee artikelen die hier betrekking op hebben, zijn artikel 1: *“De maatschappelijk werker bevordert het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving. De maatschappelijk werker draagt actief bij aan een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.”* (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, 2016, p. 8) en artikel 30: *“De maatschappelijk werker signaleert en ondersteunt maatschappelijke activiteiten die de emancipatie van mensen met een geestelijke, lichamelijke en/of maatschappelijke beperking of achterstand bevorderen.”* (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, 2016, p. 17). Van cliënten wordt verwacht dat zij herstelgerichte doelen opstellen en hier tijdens de behandeling aan werken, zodat zij zo veel mogelijk kunnen participeren in de samenleving. Hierbij wordt verwacht dat er beroep gedaan wordt op het sociale netwerk en cliënten eventueel meer zelfstandigheid ontwikkelen in de vorm van beschermd of zelfstandig wonen (Lentis, z.d.b). Bovenstaande benadrukt dat het belang van het sociale netwerk steeds duidelijker zichtbaar wordt in de huidige maatschappij. Mede daarom is het noodzakelijk om duidelijkheid te krijgen over wat verstaan wordt onder het sociale netwerk, welke bijdrage zij kunnen leveren en op welke manier dit de mate van participatie kan beïnvloeden.

2.3 Het sociale netwerk

Onder het sociale netwerk van de cliënt worden de mensen in de directe omgeving met wie het individu dagelijks en intensief, redelijk intensief of regelmatig contact heeft verstaan. Voorbeelden van netwerkliden waaruit het sociale netwerk kan bestaan zijn: partner, gezin, burens, familieleden (Tijhuis, 1994), leerkrachten, collega’s, vrienden (Van Driel, Mathijssen, Van der Goor & Van Nieuwenhuizen, 2014) aanverwante systemen of organisaties (Panda, Dehuri & Wang, 2014). De steun die het sociale netwerk kan bieden wordt verdeeld in twee soorten steun, namelijk structurele- en functionele steun. Structurele steun heeft betrekking op de frequentie van het contact, de grootte en de homogeniteit van het sociale netwerk. Onder functionele steun wordt de uitwisseling van hulp en sociale steun tussen de netwerkliden en de kwaliteit van het sociale netwerk verstaan (Oldenkamp, Klerk & Wagemakers, 2013). Zowel de omvang als de kwaliteit van het sociale netwerk is afhankelijk

van een aantal zaken. De diversiteit aan leden waaruit het sociale netwerk bestaat heeft invloed op de mate waarin een netwerk meer heterogeen of homogeen is. Het verschil tussen een heterogeen en een homogeen netwerk is als volgt te beschrijven: hoe meer verschillende ‘soorten’ netwerkleden zich in het netwerk van de cliënt bevinden, hoe meer heterogeen het netwerk is (Oldenkamp, Klerk & Wagemakers, 2013). Uit onderzoek (Tijhuis, 1994) is gebleken dat mensen met een meer homogeen netwerk minder steun ontvangen vanuit hun netwerk, dan mensen met een meer heterogeen netwerk. Ook is een balans in het geven en nemen binnen het sociale netwerk van groot belang voor de omvang en kwaliteit van het sociale netwerk. Oorzaken van een onbalans hierin kunnen een afnemende gezondheid of een lichamelijke beperking zijn. Tevens kan dit leiden tot zowel een vermindering van het aantal contacten als een verandering van de samenstelling van het sociale netwerk (Roozen, Meyers & Smith, 2013).

Echter is het aangaan en onderhouden van sociale contacten moeilijk voor mensen met ernstige psychiatrisch aandoeningen. Bredewold (2014) beschrijft zes veelvoorkomende oorzaken die het moeilijker maken om sociale contacten te onderhouden. Ten eerste noemt zij de beperkingen en de ziektes zelf die de persoon in de weg staan. Daarnaast zijn de onzekerheden die de beperkingen met zich meebrengen van grote invloed op het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Ook zelfoverschatting kan een belemmerende factor zijn wanneer het gaat over sociale contacten. Hierbij wordt het de persoon pijnlijk duidelijk dat het gesprek aangaan en volgen voor hem moeilijker is dan gedacht en dat hij anders is dan anderen. Dit zorgt voor teleurstellingen in het contact. Verder is ook het gebrek aan initiatief en sociale vaardigheden, dat is ontstaan door bijvoorbeeld een langdurig isolement, een grote belemmering (Van Lieshout, 2010). Maar ook het ontbreken van praktische middelen zoals een telefoon, eigen vervoersmiddelen en eigen woonruimte zijn belemmerend in deze sociale contacten. Tot slot noemt Bredewold (2014) dat iemand door geringe participatie vaak niet de mogelijkheid heeft het bestaande netwerk aan te vullen of te vervangen door nieuwe contacten.

2.3.1 De vroegere rol van het sociale netwerk

Kijkend naar de rol die het sociale netwerk jaren geleden vervulde, kan gesteld worden dat er weinig steun, begrip of hulp geboden werd vanuit het sociale netwerk van mensen met een psychiatrische aandoening. Deze mensen werden gezien als ‘gekken’ of ‘bezetenen’ en families schaamden zich vaak voor hun familielid. Tot in de jaren zeventig van de twintigste eeuw werden deze mensen verweggestopt van de bewoonde wereld en hun families. Ze werden naar inrichtingen gestuurd die zich in de bossen en/of duinen bevonden (Verplanke, Groenendijk & Duyvendak, 2010). Deze mensen, vaak met chronische psychiatrische problemen, hadden voortdurend zorg en toezicht nodig. Men was van mening dat het de patiënten juist ten goede kwam om in de afgelegen inrichtingen rust, ruimte en regelmaat te vinden (Oosterhuis & Gijswijt-Hofstra, 2008). Door de terreinen van de inrichtingen af te schermen met gesloten deuren, hoge muren, water of een groot bos werd het contact met de samenleving zo veel mogelijk verhinderd. Het leven van de cliënten vond uitsluitend binnen de muren van de instelling plaats. Tevens werd werk en vrijetijdsbesteding op het terrein uitgevoerd en was er weinig eigen regie voor de patiënten. Verplanke, Groenendijk & Duyvendak (2010) schrijven over dr. Goffman (1961) die dit fenomeen beschrijft als het vernietigen van ‘het zelf’ van de patiënten. In deze vorm van zorg was geen ruimte voor het sociale netwerk van de patiënten die, soms zelfs hun hele leven lang, verbleven op het terrein van de inrichtingen. Familie wilde niks te maken hebben met de lasten die het zorgen voor de patiënt met zich mee bracht (Vercruyssen, 2008).

2.3.2 De veranderende rol van het sociale netwerk

In de huidige participatiesamenleving verwacht de overheid dat burgers steeds meer beroep doen op hun sociale netwerk, zo ook binnen de klinische behandeling. Niet alleen in Nederland wordt deze

verschuiving waargenomen. Zo wordt in Noorwegen en Zweden gestreefd naar een zo groot mogelijke participatie van iedere burger, dit is in deze landen zelfs vastgelegd in de wet. Mensen met een beperking hebben in Noorwegen en Zweden recht op een woning in een gewone woonomgeving en regulier werk. Ook in de Verenigde Staten wordt gesproken over het burgerschapsparadigma wat inhoudt dat mensen met een beperking als gelijkwaardige burgers moeten kunnen leven en functioneren in de samenleving. Hierbij wordt niet van hen verwacht dat zij volledig zelfstandig zijn, maar dat zij ondersteund worden door het sociale netwerk dat wordt aangevuld door een professioneel netwerk (Cardol, Speet & Rijken, 2007).

Door deze verandering in de verwachtingen van het sociale netwerk wordt getracht om een verschuiving plaats te laten vinden, waarin alleen zware zorg nog binnen de instellingen wordt geboden en waarin de lichtere ondersteuning vanuit de ambulante hulpverlening geboden wordt. Naar aanleiding van deze veranderingen zou de professionele hulpverlening, die geboden wordt in zorginstellingen, van kortere duur moeten zijn. De aanwezigheid van een sociaal netwerk, naast ambulante begeleiding, vermindert bovendien de kans op een terugval (Van Driel, Mathijssen, Van der Goor & Van Nieuwenhuizen, 2014). Dit wordt verklaard vanuit het feit dat sociale steun ervoor kan zorgen dat de stress die iemand ervaart als minder heftig en bedreigend wordt gezien. Daarnaast kan het sociale netwerk de cliënt ondersteunen in het ontwikkelen en toepassen van effectieve coping strategieën op moeilijke momenten. Het hebben van vertrouwen in het sociale netwerk en de steun die aanwezig is, heeft een positief effect op de gezondheid en het welbevinden van mensen en zorgt ervoor dan men zich meer op zijn gemak voelt (Van Driel, Mathijssen, Van der Goor & Van Nieuwenhuizen, 2014). Uit onderzoek van Van Beuningen en Moonen (2014) blijkt dat sociale contacten en de omgeving invloed hebben op het welzijn van het individu. Mensen die geïsoleerd zijn, niet begrepen worden of niet bij iemand terecht kunnen, zijn ongelukkiger dan mensen die deze aspecten wel ervaren. Voorbeelden van praktische steun dat het sociale netwerk cliënten kan bieden, zijn: het zoeken van huisvesting, het kopen en koken van voeding en het bieden van hulp in het bijhouden van de financiën. Daarnaast noemen Van Erp, Place en Michon (2009) dat het sociale netwerk kan reageren op crisissen en/of de rol van casemanager of ervaringsdeskundige kan vervullen. De kennis dat het sociale netwerk heeft van de cliënt kan een grote bijdrage leveren in de zorg voor en de omgang met mensen met een psychiatrische aandoening.

Echter blijkt dat het in de praktijk vaak moeilijker is om beroep te doen op het sociale netwerk van cliënten dan in eerste instantie werd gedacht. Uit Van Erp, Place en Michon (2009) blijkt dat er verschillende redenen zijn waarom familieleden niet actief deel willen nemen aan de behandeling van de cliënt. Veelgenoemde redenen zijn: een extra last bovenop de lasten die zij ervaren in hun huidige dagelijks leven of niet geïdentificeerd willen worden met een GGZ-instelling vanuit de angst voor stigmatisering. Een andere reden is dat de familieleden in het verleden negatieve ervaringen hebben gehad met de cliënt en/of de GGZ. Tevens blijkt dat het frequent voor komt dat cliënten zelf geen betrokkenheid van familieleden willen tijdens de behandeling (Erp, Place & Michon, 2009). Daarnaast kan het voorkomen dat sociale netwerken niet goed in kaart zijn gebracht, waardoor deze niet betrokken kunnen worden. Daarom is het van belang om als hulpverlener duidelijk in kaart te brengen hoe het sociale netwerk van de cliënt eruit ziet en wie hierin een actieve rol (willen) spelen.

2.4 De samenredzaamheidswijzer

Er bestaan verschillende instrumenten om het sociale netwerk en de zelfredzaamheid in kaart te brengen. Veelgebruikte instrumenten zijn de Triadekaart en de Zelfredzaamheid-Matrix, maar deze instrumenten hebben beperkingen. De Triadekaart is gericht op het maken van afspraken over de rol van het sociale netwerk in de behandeling. De cliënt, de familie en de behandelaar gaan in gesprek over verschillende taken om vast te stellen wie welke taak uitvoert (Ypsilon, z.d.). De focus ligt op het

maken van nieuwe afspraken op basis van wensen van de drie partijen, en niet op het in kaart brengen van het gehele sociale netwerk en de zelfredzaamheid van de cliënt. Bij de Zelfredzaamheid-Matrix wordt wel nadruk gelegd op de zelfredzaamheid van de cliënt, maar niet op het sociale netwerk. De matrix gaat in op de mate van zelfredzaamheid door te scoren op verschillende algemene levensgebieden (Movisie, 2017b). Toch wordt hiermee geen verdiepend inzicht verkregen in de verschillende levensgebieden, uit wie het sociale netwerk bestaat en de (gewenste) functie van het sociale netwerk. Binnen de afdelingen is behoefte aan een instrument dat zowel het sociale netwerk als de zelfredzaamheid in kaart brengt. Omdat bovengenoemde instrumenten niet voldoen, is gekozen voor een instrument dat wel beide onderwerpen in kaart brengt: de samenredzaamheidswijzer.

2.4.1 Het ontstaan van de samenredzaamheidswijzer

De samenredzaamheidswijzer is ontwikkeld in het kader van het onderzoek van Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler (2017) naar de 'Buurtcirkel'. De Buurtcirkel is opgezet door Stichting Pameijer en sluit aan bij begrippen als zelfregie, eigen kracht, verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid, welke in de veranderende samenleving centraal staan. Dit project is afgeleid van het project 'KeyRing', dat 22 jaar geleden in Londen is opgezet. KeyRings was bedoeld voor mensen die door verstandelijke of psychische beperkingen niet zelfstandig konden wonen. In een Buurtcirkel zetten een vrijwilliger en negen tot elf mensen met verstandelijke, psychische, psychiatrische of psychosociale beperkingen hun talenten en krachten in om elkaar te ondersteunen om hun eigen zelfredzaamheid en die van anderen te bevorderen. De deelnemers worden gestimuleerd om niet te denken in beperkingen, wat het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van de deelnemers kan vergroten. In het onderzoek wordt onderzocht hoe zelfredzaam mensen in de Buurtcirkel zijn. Daarnaast vinden de onderzoekers het belangrijk om aandacht te besteden aan de rol die het informele netwerk speelt in de ondersteuning aan de cliënt om zelfredzaamheid te ontwikkelen. Dit wordt ook wel samenredzaamheid genoemd: het leiden van een zo zelfstandig mogelijk leven met hulp vanuit het sociale netwerk en zo min mogelijk steun vanuit de overheid/zorginstellingen. Om de analyse van het sociale netwerk, de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid te combineren hebben de onderzoekers een nieuw instrument ontwikkeld: de samenredzaamheidswijzer.

2.4.2 Uitleg over de samenredzaamheidswijzer

De samenredzaamheidswijzer is gebaseerd op bestaande instrumenten die het netwerk en de zelfredzaamheid analyseren en in kaart brengen. Bij netwerkanalyses worden interacties tussen mensen in kaart gebracht om op die manier bepaalde verhoudingen en bewegingen inzichtelijk te maken. De meeste netwerkanalyses geven geen inzicht in welke taken mensen voor elkaar doen. Binnen de Buurtcirkels wilden de onderzoekers inzicht krijgen in de activiteiten die voor, door en met deelnemers en andere sociale netwerkleiden werden uitgevoerd (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017). Bij de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer kan de cliënt zelfstandig zijn zelfredzaamheid en het sociale netwerk in kaart brengen. Hierbij staat het perspectief van de cliënt centraal en kunnen cliënten hun eigen situatie beoordelen. Dit onderscheidt het instrument van andere instrumenten, omdat deze niet wordt ingevuld/uitgevoerd door de professional. Daarnaast brengt de samenredzaamheidswijzer de rol van het sociale netwerk in kaart (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017).

Om de zelfredzaamheid in kaart te brengen, wordt in de samenredzaamheidswijzer aandacht besteed aan verschillende competenties, namelijk (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017, p. 116): "huishoudelijke competenties, zelfverzorging en gezondheid, cognitieve competenties, maatschappelijke competenties en sociale competenties". Onder iedere competentie vallen verschillende activiteiten/handelingen, welke in de vorm van pictogrammen zijn weergegeven

(bijlage A). Het aantal pictogrammen is beperkt gehouden om zo te voorkomen dat de testmomenten te lang zouden duren. Per overkoepelende competentie kan met behulp van deze activiteiten/handelingen in kaart gebracht worden in hoeverre de cliënten zelfstandig taken uitvoeren, zij ondersteuning krijgen en van wie zij deze ondersteuning krijgen (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017).

In het onderzoek naar de Buurtcirkels hebben de deelnemers van de Buurtcirkels het instrument zelf ingevuld. Per pictogram konden deelnemers aangeven of zij de activiteit/handeling zelf uitvoeren of dat zij hulp krijgen van anderen (bijlage B). De pictogrammen werden vervolgens neergelegd bij de deelnemer zelf of bij de ondersteunende persoon, instelling of hulpverlener. Door de toevoeging van de pictogrammen groeit het netwerk van de deelnemer en kan inzicht verkregen worden in de sociale netwerkliden en de zelfredzaamheid (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017). Een voorbeeld van de toepassing van de samenredzaamheidswijzer is opgenomen in bijlage C.

2.4.3 Ervaring met de samenredzaamheidswijzer

In het onderzoek naar de Buurtcirkels is de toepassing van de samenredzaamheidswijzer als laagdrempelig ervaren. Mede doordat de focus op de activiteiten/handelingen lag en deze daarna gekoppeld werden aan de deelnemer zelf of aan anderen. Door de focus op de activiteiten/handelingen te leggen, en niet direct naar het sociale netwerk te vragen, werd een confronterend gesprek voor de deelnemer vermeden. De deelnemers vonden de samenredzaamheidswijzer leuk en leerzaam. De reden hiervoor was dat het instrument op een speelse manier inzicht geeft in hun netwerk. Daarnaast is het gebruiksvriendelijk omdat er gebruik wordt gemaakt van pictogrammen (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017). Kijkend naar de cognitieve en communicatieve beperkingen waar mensen met ernstige psychiatrische problematiek mee te maken hebben (zie 2.1.2), zou de samenredzaamheidswijzer aan kunnen sluiten, omdat het ondersteuning kan bieden tijdens het gesprek over het sociale netwerk en de zelfredzaamheid.

2.5 Conclusie

Op de afdelingen verblijven cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Vroeger werden deze cliënten gezien als bezeten door de duivel of een kwade geest, waardoor zij ver van de bewoonde wereld werden weggestopt in gestichten. Deze manier van denken over en de behandelingen voor psychiatrische patiënten zijn in de loop der tijd veranderd. De in dit hoofdstuk beschreven stoorissen hebben invloed op het dagelijks, sociaal, cognitief en communicatief functioneren van cliënten, waardoor moeilijkheden kunnen ontstaan op diezelfde gebieden. Door de moeizame communicatie is het voor de hulpverleners moeilijk om te voldoen aan de eisen die gesteld worden vanuit de nieuwe trend in de zorg. Door de invoer van de Wmo, Wlz en de Participatiewet worden de behandelingen nu gericht op het herstel en het bevorderen van een terugkeer en/of vergrote deelname in de samenleving. Waar cliënten vroeger verzorgd werden en voldaan werd aan hun wensen en behoeften, wordt nu van hen verwacht dat zij doelen opstellen gericht op het herstellen van rollen en functies met betrekking tot de participatie. Uit onderzoek is gebleken dat het hebben van een sterk sociaal netwerk kan bijdragen aan de gezondheid, het welbevinden en het verminderen van de kans op een terugval. Om de participatie te vergroten wordt vanuit de behandeling vaker beroep gedaan op het sociale netwerk van cliënten. Daarom is het van belang om dit netwerk zo goed mogelijk in kaart te brengen. Voor een onderzoek naar Buurtcirkels is de samenredzaamheidswijzer bedacht en ontworpen, waarmee het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten aan de hand van pictogrammen in kaart wordt gebracht. Hierdoor kan op een meer non-verbale manier inzicht worden verkregen in wat cliënten zelf kunnen en wat anderen voor hen doen. In dit onderzoek wordt gekeken naar de mogelijkheid om dit

instrument in te zetten bij de klinische 24-uurszorg voor cliënten met ernstig psychiatrische problemen op de afdelingen.

Uit de literatuur blijkt dat psychiatrische problematiek invloed kan hebben op het cognitief en communicatief functioneren van de cliënten, wat wordt beaamd door de verpleegkundigen op de afdelingen. In dit onderzoek wordt de samenredzaamheidswijzer in gesprek met cliënten ingezet. Om te onderzoeken of dit instrument aansluit bij de doelgroep wordt gebruik gemaakt van interviews en observaties. Het opgestelde interview voor de cliënten bestaat uit vier korte vragen. Met deze vragen is getracht om de cliënten op cognitief en communicatief niveau niet te veel te belasten. Daarnaast wordt een uitgebreider interview met de verpleegkundigen gehouden. Hierin wordt gevraagd naar de ervaring van de verpleegkundigen en een inschatting van de ervaring van de cliënt. Om ook op een meer objectieve manier aan informatie over de beleving van de cliënten te komen, wordt gebruik gemaakt van observaties die uitgevoerd worden door de onderzoekers.

Hoofdstuk 3: Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek beschreven. Hierbij wordt het type onderzoek toegelicht en worden de respondenten van dit onderzoek beschreven. Daarnaast zal dit hoofdstuk ingaan op de onderzoeksinstrumenten die zijn toegepast. Tot slot zal worden beschreven op welke manier de gegevensverzameling is voorbereid en uitgevoerd en hoe deze gegevens geanalyseerd en verwerkt zijn om de onderzoeksvraag en de deelvragen te beantwoorden. Bij de beschrijving van deze onderdelen is aandacht voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1 Typering onderzoek

Het onderzoek naar de toepassing van de samenredzaamheidswijzer betreft een kwalitatief onderzoek. Vanuit de afdelingen is er vraag naar een instrument dat ondersteuning kan bieden tijdens een gesprek om het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten in kaart te brengen. Om te onderzoeken of dit instrument meer inzicht geeft, aansluit bij de doelgroep en hersteldoelen oplevert zijn de ervaringen van verpleegkundigen en cliënten met dit instrument van groot belang. Volgens Migchelbrink (2013) staat het perspectief, het begrip of de interpretatie van de respondenten namelijk centraal. Met kwalitatief onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in het ervaren, het beleven en het geven van betekenis aan de werkelijkheid.

Volgens Migchelbrink (2013) heeft kwalitatief onderzoek betrekking op een sociale setting en de mensen binnen deze setting. In dit onderzoek betreft dit cliënten en verpleegkundigen. Om de werkelijkheid van de onderzochte setting te kunnen reconstrueren, dient de afstand tussen de onderzoeker en deze setting zo klein mogelijk gehouden te worden. Dit is gedaan door contact te maken en te onderhouden met de verpleegkundigen en cliënten gedurende het onderzoek. Middels interviews en observaties is getracht inzicht te verkrijgen in de ervaringen en het perspectief van de cliënten en verpleegkundigen met betrekking tot de samenredzaamheidswijzer (zie paragraaf 3.3). Dit is een belangrijk aspect binnen kwalitatief onderzoek.

Binnen de kwalitatieve onderzoeksbenadering kan dit onderzoek getypeerd worden als een evaluatieonderzoek. Bij dit type onderzoek is de centrale vraag of een handeling, programma of cursus werkt of effectief is (Migchelbrink, 2013). Binnen dit onderzoek wordt de samenredzaamheidswijzer geëvalueerd waarna beslist kan worden of dit instrument tegemoetkomt aan de wensen en behoeften van de afdelingen.

3.2 Respondenten/informatiebronnen

Gekozen is om zowel cliënten als verpleegkundigen van de afdelingen te benaderen als respondenten voor dit onderzoek, omdat beiden in de toekomst eventueel met het instrument gaan werken. De samenredzaamheidswijzer is door een voor de cliënt bekende verpleegkundige (met ondersteuning een onderzoeker) afgenomen. Het is van belang beide partijen te betrekken bij de afname en evaluatie van het instrument, om informatie te verkrijgen over hun inzichten door en ervaringen met de samenredzaamheidswijzer. Deze kunnen zij vergelijken met de inzichten door en ervaringen met de huidige werkwijze. De inzichten en ervaringen van beide partijen zorgen voor een volledig en gefundeerd antwoord op de onderzoeksvraag, wat de validiteit van de resultaten bevordert (Migchelbrink, 2013).

Tijdens de afname van de samenredzaamheidswijzer zijn participerende observaties uitgevoerd. Tevens zijn alle respondenten naderhand kort geïnterviewd. De verwachting was dat in totaal negen respondenten zouden meewerken aan dit onderzoek (zes cliënten en drie verpleegkundigen). Er werd ingezet op één verpleegkundige en twee cliënten per afdeling. Uiteindelijk

hebben tien respondenten meegewerkt aan het onderzoek, waarvan twee verpleegkundigen en acht cliënten. Deze respondenten zijn afkomstig van afdelingen de Brink en Akkerhoven/Buitenhuisen. Afdeling de Es heeft uiteindelijk niet deelgenomen aan het onderzoek. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, is bij de uitwerking van de resultaten geen informatie over de respondenten vermeld.

3.3 Onderzoeksinstrument

De samenredzaamheidswijzer is bij de cliënten afgenomen door een verpleegkundige. Afhankelijk van het concentratieniveau van de cliënt zijn minimaal twee tot maximaal vijf thema's behandeld. Een van de onderzoekers heeft de afname van de samenredzaamheidswijzer ondersteund, terwijl de tweede onderzoeker de afname observeerde. Naderhand zijn door de ondersteunende onderzoeker interviews uitgevoerd. In onderstaande subparagrafen worden de onderzoeksinstrumenten nader toegelicht.

3.3.1 Participerende observaties

Tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer zijn participerende observaties uitgevoerd. Volgens Migchelbrink (2013) kunnen participerende observaties ingezet worden om eventuele incongruentie tussen verbale en non-verbale communicatie waar te nemen. Uit de literatuur blijkt dat bij de respondenten sprake is van cognitieve en/of communicatieve beperkingen, wat invloed zou kunnen hebben op het begrijpen van de samenredzaamheidswijzer en de ervaring met het werken hiermee. Om vast te stellen dat wat cliënten benoemen over hun ervaring overeenkomt met hun houding, worden participerende observaties uitgevoerd. Eventuele incongruentie kan inzicht geven in belangrijke aandachtspunten met betrekking tot de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, zodat dit in de toekomst beter aan kan sluiten bij de cliënten.

Bij de observaties is gebruik gemaakt van een globale observatielijst (bijlage E). Deze lijst is gebaseerd op de interviewvragen, om een vergelijking te kunnen maken tussen het gedrag tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer en de antwoorden tijdens het interview. Daarnaast is bij het opstellen van de observatielijst rekening gehouden met de cognitieve beperkingen door aandacht te besteden aan het begrijpen van de pictogrammen, de samenredzaamheidswijzer zelf en de uitvoering daarvan. Tevens is de mate waarin de cliënten een realistische inschatting kunnen maken van hun situatie meegenomen in de observaties. Uit de literatuur is gebleken dat bij de cliënten sprake is van communicatieve beperkingen, waardoor er in de observatielijst aandacht voor de mate waarin de samenredzaamheidswijzer aansluit bij de cliënten.

De participerende observaties zijn om beurten door één van de twee onderzoekers uitgevoerd. Bij participerende observaties is de observant langere tijd onderdeel van de onderzochte situatie, waardoor op meerdere momenten informatie verzameld wordt. Echter zijn de observaties in dit onderzoek alleen ingezet tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, omdat dit onderzoek alleen betrekking heeft op de inzichten door en ervaringen met dit instrument. De participerende observant was fysiek (zichtbaar) aanwezig bij de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, waardoor eventuele incongruentie geobserveerd kon worden. Om selectieve perceptie en interpretatie te voorkomen zijn de bevindingen gecontroleerd door de andere onderzoeker, wat de betrouwbaarheid waarborgt (Migchelbrink, 2013).

3.3.2 Halfgestructureerde interviews

Na de afname van de samenredzaamheidswijzer zijn halfgestructureerde interviews uitgevoerd met verpleegkundigen en cliënten. Hieruit is informatie verkregen met betrekking tot ervaringen, (nieuwe) inzichten en hersteldoelen op basis van het werken met de samenredzaamheidswijzer. De interviewvragen zijn voorafgaand opgesteld om er zeker van te zijn dat zaken besproken zouden

worden en de verkregen informatie niet op toevalligheden zou berusten. Dit bevordert de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten (Migchelbrink, 2013). De interviewvragen voor de cliënten en verpleegkundigen verschillen van elkaar, beide vragenlijsten dekken de onderzoeksvraag (bijlage D). Bij het opstellen van de interviewvragen voor de cliënten is rekening gehouden met de in de literatuur beschreven cognitieve en communicatieve beperkingen en het lage concentratievermogen. Om die reden zijn korte vragen gesteld en is getracht naast de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer zo min mogelijk van de cliënten te vragen. Het was mogelijk om vragen eventueel te herformuleren (Migchelbrink, 2013), wat kijkend naar bovenstaande beperkingen van groot belang was wanneer vragen niet begrepen werden. De antwoordmogelijkheden lagen niet vast, waardoor de respondenten de ruimte hadden om persoonlijke opvattingen en belevingen te delen (Migchelbrink, 2013). Deze opvattingen en belevingen zijn binnen dit onderzoek noodzakelijk voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en geven informatie over de mate waarin de samenredzaamheidswijzer aansluit bij de wensen en behoeften van de respondenten. De vragen in een halfgestructureerd interview zijn over het algemeen open en de interviewer kan doorvragen om de juiste informatie te verkrijgen (Migchelbrink, 2013). Doorvragen, herformulering van vragen en de ruimte voor opvattingen en belevingen bevorderen de validiteit van de resultaten. Door gebruik te maken van zowel observaties als interviews is meer informatie verkregen over de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer, wat bij kan dragen aan de validiteit van de resultaten.

3.4 Procedure gegevensverzameling

De respondenten die zijn benaderd voor dit onderzoek verblijven en werken op verschillende afdelingen. Voorafgaand aan de gegevensverzameling is een bezoek gebracht aan iedere afdeling. De onderzoeksbegeleider vanuit Lentis heeft contact gelegd met een verpleegkundige van iedere afdeling om een afspraak te maken. Tijdens de bezoeken is met verpleegkundigen gesproken over de problematiek van cliënten, de samenredzaamheidswijzer en het huidige inzicht in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten. Daarnaast is met verschillende cliënten gesproken en is bij enkele cliënten een kort bezoek gebracht aan de kamer. De verpleegkundigen waren bereid om mee te werken en denken in het selecteren van respondenten binnen de cliëntengroep. Enkele cliënten zijn tijdens de bezoeken gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Anderen zijn op een later moment benaderd door de verpleegkundige.

De samenredzaamheidswijzer en de interviewvragen voor de cliënten zijn voorafgaand aan de afname met de verpleegkundigen doorgesproken omdat zij de afname hebben begeleid. Daarnaast is de samenredzaamheidswijzer aan iedere cliënt uitgelegd om hen voor te bereiden en vertrouwen op te bouwen. De verpleegkundigen hebben de samenredzaamheidswijzer met de cliënten uitgevoerd. Een van de onderzoekers ondersteunde de verpleegkundigen hierbij en vulde aan waar nodig. De andere onderzoeker heeft dit proces geobserveerd en naderhand zijn de verpleegkundigen en cliënten geïnterviewd. De samenredzaamheidswijzer en de interviews zijn uitgevoerd in het kantoor van de verpleegkundigen of de kamer van de cliënt. Deze omgeving is bekend en vertrouwd voor de respondenten. De ruimte was rustig en niet beschikbaar voor anderen, waardoor de concentratie van de respondenten zo min mogelijk werd verstoord. Daarnaast is getracht tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer en de interviews geen oordelen of adviezen te geven die de respondenten in een bepaalde richting konden sturen. Deze zaken gaan vertekening van de resultaten tegen, wat de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot. De participerende observaties en de interviews zijn schriftelijk vastgelegd. Bij de observaties is het van belang om te noteren wat er gebeurt, wat er wordt gezegd, wat er opvalt en wat dit oproept. De notities zijn naderhand zo snel mogelijk gedetailleerd uitgewerkt, waarbij zo min mogelijk interpretaties zijn beschreven. Hierna zijn eigen gedachten en interpretaties genoteerd (Migchelbrink, 2013). Tevens zijn foto's gemaakt van het resultaat van de

uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, waarbij de naam van de cliënt is afgeplakt. Deze keuzes bevorderen de betrouwbaarheid van de gegevens omdat wordt voorkomen dat gegevens verloren gaan of vertekend worden (Migchelbrink, 2013). Er is geen foto- of videomateriaal gemaakt van de respondenten en namen zijn niet vermeld, waardoor de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd is.

3.5 Analyseplan

Bij de analyse van kwalitatief, schriftelijk materiaal dient inhoudelijke ordening aangebracht te worden om betekenis te geven aan de informatie (Migchelbrink, 2013). De notities van de interviews zijn naderhand schriftelijk uitgewerkt, waarbij beschrijvend onderscheid is gemaakt tussen verbale en non-verbale signalen. Aan de hand van de interviewvragen is overbodige informatie verwijderd. Hierdoor is de relevante/buikbare informatie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag gefilterd. Er is gekozen deze relevante informatie middels een startlijst met labels te coderen. Deze labels zijn afgeleid van de deel- en interviewvragen en zijn tijdens het analyseren toegekend aan woorden, zinnen of stukken tekst. Eventuele overlappende labels met bijbehorende tekst zijn samengevoegd of opnieuw gelabeld. Om de betrouwbaarheid en validiteit van de analyse te bevorderen, is deze door beide onderzoekers uitgevoerd om visies te kunnen combineren. Ten slotte zijn eventuele eigen inzichten betrokken bij de analyse en zijn de labels ondergebracht in kernlabels. Deze kernlabels bestaan uit samenhangende labels die een hoofdzaak of patroon vormen. De uitwerkingen van de observaties zijn op dezelfde manier geanalyseerd. De uitkomsten hiervan zijn uitgewerkt in resultaten, waarmee antwoord wordt gegeven op de deelvragen en de onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Hierbij wordt een samenvatting gegeven van de uitkomsten en worden opmerkelijke bevindingen uitgelicht. In iedere paragraaf zal met behulp van de resultaten antwoord gegeven worden op de deelvragen, zoals weergegeven in de inleiding.

4.1 De toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: *'Is de samenredzaamheidswijzer toepasbaar in gesprek met cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren?'*

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat alle respondenten de samenredzaamheidswijzer een leuke, inzichtelijke en makkelijke manier vinden om in gesprek te gaan over de zelfredzaamheid en het sociale netwerk. De observaties tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer beaamen dit. Het merendeel van de cliënten gaf tijdens het interview aan dat hun sociale netwerk en zelfredzaamheid door het op tafel leggen van pictogrammen op een beeldende manier inzichtelijk is geworden. De meeste cliënten gaven aan/leken tevreden of trots te zijn over/op de mate van zelfredzaamheid. Dit was zichtbaar door de verblijde en verbaasde blik bij het zien van de neergelegde pictogrammen. Een van de cliënten gaf het volgende aan: "Ik doe eigenlijk best wel veel zelf, daar ben ik best wel trots op." Uit het interview met een verpleegkundige kwam naar voren dat één cliënt naar haar inzien ook de persoonlijke aandacht als prettig heeft ervaren.

Uit de observaties is gebleken dat enkele cliënten in eerste instantie niet enthousiast was over de deelname aan de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer. Echter veranderende hun houding na het uitvoeren van een thema of enkele pictogrammen. Bij twee van de cliënten was dit duidelijk zichtbaar doordat hun houding van gespannen naar ontspannen veranderde, zij spraakzamer werden en zelf actief deelnamen door de pictogrammen neer te leggen. Bij enkele cliënten leek de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer veel energie te kosten. Eén cliënt vroeg na het eerste en tweede thema: "Zijn we al klaar?" Daarnaast bleek tijdens de interviews dat twee cliënten niet voldoende energie hadden om de vragen uitgebreid te beantwoorden. Op twee cliënten na zijn per cliënt alle thema's behandeld. De verpleegkundigen zouden in de toekomst in sommige gevallen liever één thema per gesprek behandelen om op die manier ook dieper op één onderwerp in te gaan.

Volgens de verpleegkundigen is de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer met de pictogrammen ondersteunend aan gesprek. Eén van de verpleegkundigen gaf aan te kunnen doorvragen op de pictogrammen die de cliënten neerleggen of wat ze vertellen. Met cliënten die gewoonlijk functioneel contact zoeken (voor praktische zaken), kan door het inzetten van de samenredzaamheidswijzer eventueel meer of beter gesproken worden over hun welzijn, het sociale netwerk en de zelfredzaamheid. Bij een van de cliënten die gewoonlijk functioneel contact heeft met de verpleging was er sprake van een grote taalbarrière. De verpleegkundige die de samenredzaamheidswijzer uitvoerde gaf het volgende aan: "Ik heb bij hem de pictogrammen meer ingezet omdat taal moeilijk was". De pictogrammen lijken goed aan te sluiten en inzetbaar bij cliënten met wie een gesprek voeren moeilijk is.

Uit de interviews en observaties bleek dat het tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer belangrijk is dat de verpleegkundigen doorvragen bij de pictogrammen. Het kwam meerdere malen voor dat cliënten na doorvragen van de verpleegkundigen hun zelfredzaamheid anders beoordeelden. In sommige gevallen noemde de cliënt een extra ondersteunend sociaal netwerklid of werd de uitvoering van handelingen als wel of niet geheel zelfstandig bestempeld. Eén van de cliënten legde regelmatig een pictogram bij zichzelf neer, maar na doorvragen van de

verpleegkundige bleek dat hij hier ondersteuning bij kreeg. De verpleegkundige zei hierover het volgende: “Hij denkt zelfstandiger te zijn dan hij daadwerkelijk is.”

Uit de observaties en interviews bleek een aantal pictogrammen te algemeen en onduidelijk. Een voorbeeld van een dergelijk pictogram is ‘de deur uit gaan’. Hierbij was het belangrijk dat de verpleegkundigen voorbeelden gaven, zoals: “Ga je wel eens een kop koffie drinken in het dorp of winkelen in het dorp? Met wie doe je dit dan?”. Tevens gaf één van de cliënten tijdens de afname van de samenredzaamheidswijzer het volgende aan: “Wat bedoel je met ‘kletsen in de buurt’, op het terrein ofzo?”. Eén van de cliënten gaf ook in het interview aan een paar pictogrammen lastig te vinden. “De pictogrammen zijn niet moeilijk maar soms wat verwarrend.” Voorbeelden van deze pictogrammen zijn: ‘Niet lekker’, ‘Hulp geven’, ‘Cadeaus krijgen en geven’, ‘Kletsen in de buurt’, en ‘Klusjes doen’. De verpleegkundigen gaven aan dat de pictogrammen specifiekere moeten aansluiten bij de doelgroep. Daarnaast was er een aantal pictogrammen en/of thema’s die zowel de cliënten als de verpleegkundige misten bij het instrument. De volgende onderwerpen werden genoemd: fietsen, met de taxi of belbus gaan, hobby’s, dagbesteding, werk, bed verschonen, verslaving, de behandeling, het nieuws/op de hoogte zijn van actuele gebeurtenissen in de wereld en het organiseren van bijvoorbeeld activiteiten. Tevens hadden de verpleegkundigen bij de meeste cliënten behoefte aan een uitgebreider thema over familie. Bij enkele cliënten was sprake van een gering sociaal netwerk en/of een lage zelfredzaamheid bij bepaalde thema’s. Eén van de verpleegkundigen zou daarom bredere en specifiekere taken willen toevoegen om de samenredzaamheidswijzer bij die cliënt aan te laten sluiten door meer pictogrammen neer te kunnen leggen. Tot slot zouden de verpleegkundigen en enkele cliënten de pictogrammen graag in kleur of met foto’s zien. Geconcludeerd kan worden dat na enkele aanpassingen de samenredzaamheidswijzer in combinatie met gesprek en doorvragen een toepasbaar instrument is waarmee het sociale netwerk en de zelfredzaamheid in kaart kunnen worden gebracht.

4.2 De opbrengst van nieuwe inzichten

In deze paragraaf wordt de tweede deelvraag van het onderzoek beantwoord, namelijk: *‘Levert de samenredzaamheidswijzer vanuit het perspectief van zowel cliënten als verpleegkundigen (nieuwe) inzichten op in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van de cliënten?’*

Uit de interviews en observaties is gebleken dat er per cliënt een verschil is in de mate waarin de cliënten en verpleegkundigen (nieuwe) inzichten hebben verkregen. Allereerst heeft het instrument bijgedragen aan het inzichtelijk maken van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid. Zowel cliënten als verpleegkundigen waren op de hoogte van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, maar gaven naderhand aan dat de samenredzaamheidswijzer heeft bijgedragen aan de visuele inzichtelijkheid hiervan. Eén cliënt gaf het volgende aan: “Het wordt heel beeldend, je ziet op tafel wat je dan eigenlijk al zelf doet en wat je sociale netwerk is.” Drie van de respondenten gaven aan trots of tevreden te zijn naar aanleiding van de uitvoering van het instrument. Zij hebben het inzicht gekregen dat zij eigenlijk erg zelfstandig zijn. Een van de respondenten gaf aan: “Ik heb het eigenlijk heel goed voor elkaar zie ik nu”.

Tevens zijn inzichten opgedaan met betrekking tot de situatie van cliënten. Uit enkele interviews met de verpleegkundigen kwam naar voren dat bij een deel van de cliënten tijdens de behandeling veel taken worden overgenomen. Voorbeelden hiervan zijn schoonmaken, kleding wassen en koken, wat door de huishoudelijke hulp of verpleegkundigen overgenomen wordt. Een deel van de cliënten zou deze taken volgens de verpleegkundigen zelf kunnen uitvoeren. Tevens gaf één van de cliënten, die momenteel ambulante begeleiding wordt, in het interview aan: “Tijdens de behandeling kookte ik niet meer zelf omdat het makkelijk was dat het eten voor je gemaakt werd. Hierdoor moet ik nu opnieuw leren koken. Ik weet niet goed meer hoe ik moet koken en dat maakt mij soms best

onzeker”. Daarnaast zegt één van de verpleegkundigen het volgende over de overname van taken: “Dit is iets wat we in het team nog eens moeten bespreken. We moeten goed kijken wat we van cliënten overnemen en wat zij zelf zouden kunnen doen”. Tevens heeft één van de verpleegkundigen door middel van de samenredzaamheidswijzer niet alleen meer inzichten gekregen in de zelfredzaamheid en het sociale netwerk van de cliënten, maar ook in de gedachtegang van de cliënten. Een voorbeeld hiervan is dat één van de cliënten bij het pictogram ‘cadeaus geven of krijgen’ vertelde wel eens chocolade of druiven te geven aan medebewoners. De verpleegkundige vertelde: “Ik vind het leuk om te horen dat deze voor ons kleine dingen voor deze mensen zo belangrijk kunnen zijn. Het is mooi om te zien hoe hij daar tegenaan kijkt en daarover nadenkt”.

Naast de visuele inzichtelijkheid en bovenstaande verkregen inzichten zijn weinig nieuwe inzichten verkregen. De reden hiervan is dat de verpleegkundigen de cliënten in de meeste gevallen goed en lang kenden, waardoor zij op de hoogte waren van de situatie. Daarnaast gaven alle cliënten aan ook op de hoogte te zijn van hun huidige situatie. Eén van de verpleegkundigen heeft bij twee cliënten nieuw inzicht gekregen in het sociale netwerk, namelijk dat het sociale netwerk beperkter was dan zij had gedacht. Naast de verpleging zijn bij deze cliënten geen tot weinig mensen die hen ondersteunen. Over één cliënt gaf de verpleegkundige aan: “Ik wist wel dat zijn sociale netwerk niet groot was, maar dat het zo klein was dat verbaasde mij. Ik weet nu ook dat ik hier echt iets mee moet doen binnen de behandeling”. Wel doet deze cliënt meer dingen zelfstandig dan de verpleegkundige had gedacht, waardoor zij nieuwe inzichten heeft gekregen in zijn zelfredzaamheid. Over de andere cliënt vertelde zij: “Ik was van mening dat hij bepaalde taken echt zelf deed, terwijl ik nu hoor dat hij daar dus nog wel hulp bij krijgt. Ik had verwacht dat hij meer vrienden had of dingen met vrienden ondernam, daar heeft hij het namelijk wel eens over.” Bij de overige cliënten werden geen nieuwe inzichten verkregen in het sociale netwerk en/of de zelfredzaamheid, maar werd de situatie zoals bovengenoemd wel degelijk inzichtelijk.

4.3 Nieuwe hersteldoelen

In deze laatste paragraaf wordt de volgende deelvraag beantwoord: *‘In hoeverre draagt de samenredzaamheidswijzer bij aan het opstellen van nieuwe hersteldoelen?’*

Tijdens de interviews werd duidelijk dat meer dan de helft van de cliënten zelf geen nieuwe hersteldoelen heeft kunnen en/of willen opstellen. Op de vraag “Zijn er dingen die je niet doet of die andere mensen voor jou doen, die je zelf zou willen leren?” gaven vijf cliënten aan hier geen behoefte aan te hebben. Een voorbeeld van een antwoord is: “Nee niet echt, ik vind het wel prima zo.” Echter hebben de verpleegkundigen bij alle cliënten het idee dat er nieuwe hersteldoelen opgesteld zouden kunnen worden met betrekking tot het sociale netwerk en de zelfredzaamheid. Eén van de verpleegkundigen geeft aan: “Ik denk dat hij veel meer kan en moet doen. Op basis daarvan kun je hersteldoelen maken. Het is belangrijk om te kijken naar wat iemand zelf nog kan doen.”

Beide verpleegkundigen gaven aan dat de samenredzaamheidswijzer informatie kan verschaffen over zaken waar in de behandeling meer aandacht voor zou kunnen of moeten zijn. Eén van de cliënten zei tijdens het neerleggen van de pictogrammen: “Ja dat doe ik ook zelf, ik voel me daardoor soms best wel alleen”. Naar aanleiding van deze opmerking was de verpleegkundige van mening dat hier binnen de behandeling meer aandacht voor moet zijn, eventueel in de vorm van een hersteldoel. Bij een van de cliënten, bij wie veel nieuwe inzichten zijn verkregen, heeft de samenredzaamheidswijzer bijgedragen aan de visie van de verpleegkundige met betrekking tot nieuwe hersteldoelen. Ze zei hierover het volgende: “Dit is een mooie manier om in gesprek te gaan en dingen te weten te komen. Ik heb gezien dat er veel meer aandacht moet zijn voor zijn stemmen en zijn angst hiervoor. Ook moeten we meer op het sociale gebied gaan zitten. Zijn netwerk is zo klein,

daar zou ik graag wat mee doen.” De verpleegkundigen zijn van mening dat dit zaken zijn waar in volgende gesprekken op teruggekomen kan worden.

Enkele cliënten gaven aan wensen te hebben, maar deze zijn niet als hersteldoel opgesteld voor de behandeling. In de toekomst zouden de verpleegkundigen graag één thema per keer behandelen, zodat er dieper kan worden ingegaan op de pictogrammen en de mening over de situatie. Aan de hand daarvan kan in kaart worden gebracht waar eventuele wensen en behoeften van de cliënten liggen, op basis waarvan nieuwe hersteldoelen opgesteld kunnen worden.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt in de conclusie antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Daarnaast wordt in de discussie een kritische beschouwing van het onderzoek, het instrument en de uitvoering van de gegevensverzameling beschreven. Tot slot wordt een aantal aanbevelingen gedaan die van toepassing zijn voor de opdrachtgever.

5.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt met behulp van de verkregen resultaten antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag van dit rapport luidt:

“In hoeverre geeft het toepassen van de samenredzaamheidswijzer volgens de cliënten en verpleegkundigen van de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren (nieuwe) inzichten in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, en draagt het bij aan het opstellen van nieuwe hersteldoelen?”

Uit de resultaten is gebleken dat de samenredzaamheidswijzer het sociale netwerk en de zelfredzaamheid op een leuke, inzichtelijke en makkelijke manier in kaart brengt. Zowel cliënten als verpleegkundigen geven aan dat het instrument de situatie van de cliënt visueel inzichtelijk maakt. Tevens geeft de samenredzaamheidswijzer aanleiding tot gesprek over het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten. Vooral voor de cliënten die over het algemeen functioneel in contact zijn, is de samenredzaamheidswijzer een passend instrument om in gesprek te gaan en om inzichten te verkrijgen in de situatie. Naast de inzichten die zijn verkregen in het sociale netwerk en de zelfredzaamheid van cliënten, zijn er echter weinig nieuwe inzichten verkregen. Dit heeft te maken met het feit dat de verpleegkundigen de cliënten kennen en de cliënten vaak op de hoogte waren van hun eigen situatie. Toch bleek het sociale netwerk van enkele cliënten kleiner te zijn dan de verpleegkundigen hadden verwacht, wat wel nieuwe inzichten gaf. Ondanks het beperkte aantal nieuwe inzichten heeft de visuele inzichtelijkheid van de zelfredzaamheid bij enkele cliënten een gevoel van trots opgeleverd. Echter bleek de samenredzaamheidswijzer voor het merendeel van de cliënten niet bij te dragen aan het opstellen van hersteldoelen. Wel hebben de verpleegkundigen aan de hand van de uitkomsten van de samenredzaamheidswijzer nieuwe ideeën verkregen over aandachtspunten binnen de behandeling. Op basis hiervan zouden volgens hen samen met de cliënt hersteldoelen opgesteld kunnen worden. Uit bovenstaande blijkt de samenredzaamheidswijzer een goede manier te zijn om te inventariseren waarover de verpleegkundigen verder in gesprek willen met de cliënt, om uiteindelijk samen met de cliënt tot nieuwe hersteldoelen te kunnen komen. Tegelijkertijd heeft de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer bijgedragen aan het verkrijgen van inzichten met betrekking tot benodigde veranderingen binnen de afdelingen. De samenredzaamheidswijzer heeft hierbij aanzet gegeven tot het stellen van kritische vragen over de vanzelfsprekendheid waarmee bepaalde handelingen van cliënten worden overgenomen, ondanks dat zij hier eventueel geen of weinig hulp bij nodig hebben.

5.2 Discussie

In deze paragraaf wordt kritisch teruggeblikt op het onderzoek, waarbij aandacht is voor validiteit en betrouwbaarheid, de waarde en betekenis van de bevindingen in relatie tot de literatuur, en de bruikbaarheid van het onderzoek. Daarnaast wordt het beroep van de Sociaal Werker vanuit het onderzoek belicht.

5.2.1 Kritische beschouwing

Wanneer kritisch gekeken wordt naar het onderzoek, de instrumenten en de gegevensverzameling is een aantal punten van discussie te noemen.

1. *Deelname afdeling 'De Es'*

Zoals beschreven in het methodehoofdstuk heeft afdeling De Es, ondanks enthousiasme over de samenredzaamheidswijzer, uiteindelijk niet meegewerkt aan het onderzoek. Er is meerdere malen een bezoek gebracht aan de afdeling, waaruit geen afspraak gemaakt kon worden over welke verpleegkundige mee zou willen/kunnen werken. Ondanks dat meerdere verpleegkundigen zijn benaderd, is omwille van de tijd besloten om afdeling De Es niet mee te nemen in het onderzoek. Dit heeft tot gevolg gehad dat geen informatie is verkregen over de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer op deze afdeling. Dit heeft de validiteit van het onderzoek beïnvloed, omdat de conclusie geen betrekking heeft op alle afdelingen van Langdurige Rehabilitatie. Echter wordt verondersteld dat de samenredzaamheidswijzer ook op afdeling De Es toepasbaar is, omdat de doelgroep overeenkomt met die van de andere afdelingen.

2. *Verpleegkundigen de leiding*

De keuze om de verpleegkundigen de leiding te geven tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, heeft gevolgen gehad voor de resultaten van het onderzoek. In de meeste gevallen kenden de verpleegkundigen de cliënten goed, waardoor het mogelijk was om cliënten tijdens de afname aan te vullen. Dit gebeurde wanneer cliënten sociale netwerkleiden, zelfredzaamheid of ondersteuning niet benoemden. Door de cliënten aan te vullen werd niet expliciet duidelijk in hoeverre de cliënten inzicht hebben in hun eigen situatie. Tevens is daardoor mogelijk niet geheel duidelijk geworden of de samenredzaamheidswijzer het sociale netwerk en de zelfredzaamheid zonder aanvullen voldoende in kaart brengt. Wanneer de samenredzaamheidswijzer was uitgevoerd door iemand die de cliënt niet kent, had achteraf met de verpleegkundigen gesproken kunnen worden over de mate van eigen inzicht van de cliënt en de mate waarin de samenredzaamheidswijzer de gehele situatie in kaart brengt. Wel had dit tot gevolg kunnen hebben dat het sociale netwerk en de zelfredzaamheid tijdens de afname onvolledig of onjuist in kaart waren gebracht. Eventuele inzichten en hersteldoelen hadden dan gebaseerd kunnen zijn op een onjuist overzicht. Dit had de validiteit van de resultaten sterk verminderd, omdat geen goede conclusie getrokken had kunnen worden met betrekking tot (nieuwe) inzichten en hersteldoelen. Tevens heeft de mogelijkheid tot aanvullen uiteindelijk wel inzichtelijk gemaakt dat de samenredzaamheidswijzer zonder aanvullen geen volledig beeld geeft van de situatie. Concluderend heeft de keuze om de verpleegkundigen de leiding te geven de validiteit van de resultaten gewaarborgd.

3. *Interpretatie pictogrammen*

Voorafgaand aan de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer bij cliënten, is het instrument getest bij één van de verpleegkundigen. Enkele pictogrammen bleken onduidelijk, waardoor gesproken is over de interpretatie van deze pictogrammen. Om één lijn te creëren in de interpretaties zijn deze uitkomsten besproken met de andere verpleegkundige. Ondanks dit overleg bleken de verpleegkundigen de pictogrammen tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer niet altijd op dezelfde wijze te interpreteren/benoemen, wat de betrouwbaarheid heeft verminderd. Voorbeelden van pictogrammen zijn: 'niet lekker', 'op reis gaan', 'de deur uit gaan', 'hulp geven', 'cadeaus krijgen of geven' en 'klusjes doen'. Achteraf bleek het bespreken van de pictogrammen niet voldoende en hadden hier verdere stappen in ondernomen kunnen worden. Dit had gekund door het begeleidend schrijven (bijlage B) aan te vullen naar aanleiding van dit overleg. Toch is de betrouwbaarheid

voldoende gewaarborgd omdat de ondersteunende onderzoeker de verpleegkundige tijdens de afname kon corrigeren om verkeerde interpretatie te voorkomen. Uiteindelijk is duidelijk geworden welke pictogrammen onduidelijk zijn en waarom, waardoor inzicht is verkregen in de mate waarop het instrument aansluit bij de doelgroep. Dit is ook een resultaat en antwoord op de doelstelling, wat de validiteit van het onderzoek bevordert.

4. Interviewvragen/interview cliënt te moeilijk

Na de afname van de samenredzaamheidswijzer zijn halfgestructureerde interviews uitgevoerd, waarbij onderscheid is gemaakt tussen cliënten en verpleegkundigen. Bij het opstellen van interviewvragen voor de cliënten is rekening gehouden met een eventuele verminderde concentratie na de afname van de samenredzaamheidswijzer. Toch bleken de korte en het beperkte aantal vragen voor enkele cliënten te veel, waardoor het lastig was om de vragen te beantwoorden. Dit kan de validiteit van de verkregen resultaten beïnvloeden hebben. Het korte interview na afloop van de samenredzaamheidswijzer heeft misschien een te groot beroep gedaan op cliënten. Als alternatief hadden de interviews op een later moment uitgevoerd kunnen worden. Het risico hiervan is dat de cliënten door hun beperkingen eventueel minder goed kunnen terugblikken op de afname van de samenredzaamheidswijzer, wat invloed had gehad op de validiteit van de resultaten. Tevens leken cliënten interviewvragen twee en drie als lastig te ervaren. De woorden ‘inzicht’, ‘sociaal netwerk’ en ‘zelfredzaamheid’ werden niet door alle cliënten goed begrepen. Uit de literatuur is gebleken dat sprake is van cognitieve en/of communicatieve beperkingen bij de doelgroep. Echter stelt de literatuur niet dat dit tot gevolg heeft dat het intelligentieniveau altijd lager dan gemiddeld is. Hierdoor is de inschatting gemaakt dat de vragen begrijpelijk geformuleerd waren. Bij het opstellen van de vragen was immers rekening gehouden met het concentratievermogen en de cognitieve beperkingen door het interview en de interviewvragen kort te houden. Tijdens de interviews zijn deze halfgestructureerde vragen opnieuw geformuleerd om aan te sluiten bij de cliënten. Als deze vragen voorafgaand anders waren geformuleerd, had dit de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten kunnen bevorderen. De vragen hadden bij iedere cliënt op dezelfde wijze gesteld kunnen worden.

5. Participerende observaties

Binnen dit onderzoek is middels observaties gekeken naar de verbale en non-verbale communicatie van cliënten en verpleegkundigen. Deze observaties zijn gevoelig voor interpretatie, wat kan zorgen voor vertekening van de resultaten. Om de validiteit van de resultaten te waarborgen zijn de observaties met zo min mogelijk interpretaties beschreven. Wanneer sprake was van interpretaties van non-verbale houdingen is dit expliciet vermeld. Daarnaast hebben de interviews het geobserveerde verduidelijkt en bevestigd, wat de validiteit van de resultaten heeft bevorderd. Ondanks eventuele interpretaties hebben de observaties bijgedragen aan de validiteit van de resultaten. Doordat de interviews bij enkele cliënten niet voldoende inzicht gaven in de ervaringen, inzichten en wensen, waren de observaties ondersteunend en is meer informatie verkregen. Bij de andere cliënten en de verpleegkundigen bleken de observaties de interviews te bevestigen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de observaties de validiteit van de resultaten hebben bevorderd.

5.2.2 Bruikbaarheid

Ondanks het ontbreken van afdeling De Es wordt verondersteld dat de samenredzaamheidswijzer ook bij de doelgroep van deze afdeling toepasbaar is. Om die reden is dit onderzoek bruikbaar voor alle afdelingen Langdurige Rehabilitatie. De keuze om de verpleegkundigen de leiding te geven tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer, heeft voldoende informatie opgeleverd over de mate waarin inzicht is verkregen in het sociale netwerk, de zelfredzaamheid en de missende pictogrammen.

Tevens heeft de onduidelijkheid over de betekenis van bepaalde pictogrammen wel inzicht gegeven in noodzakelijke verbeterpunten om de samenredzaamheidswijzer aan te laten sluiten bij de doelgroep. Ondanks eventuele interpretaties van de observaties, hebben deze observaties inzicht gegeven in de te onderzoeken situatie. Daarnaast waren de observaties ondersteunend omdat in enkele interviews met cliënten onvoldoende inzicht werd verkregen in de ervaringen, inzichten en hersteldoelen. Bij de andere cliënten en verpleegkundigen waren de observaties een bevestiging van de interviews. Bovenstaande discussiepunten in acht nemende, blijken de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek voldoende gewaarborgd, waardoor het onderzoek bruikbaar is.

Wanneer gekeken wordt naar de doelstelling, blijkt het rapport eveneens bruikbaar te zijn. Middels de observaties en interviews is inzicht verkregen in de toepasbaarheid van de samenredzaamheidswijzer in gesprek met cliënten met een cognitieve en/of communicatieve beperking. Het instrument is als positief ervaren en blijkt aan te sluiten bij de beperkingen van de cliënten, mits er enkele aanpassingen worden verricht. Tevens heeft het instrument inzichten opgeleverd en wordt het sociale netwerk en de zelfredzaamheid op een visuele manier inzichtelijk. Voor enkele cliënten heeft het instrument wensen met betrekking tot hersteldoelen naar voren gebracht, bij het andere deel van de cliënten gold dat zij tevreden waren over de huidige situatie. In alle gevallen hebben de verpleegkundigen (nieuwe) ideeën opgedaan voor aandachtspunten/hersteldoelen binnen de behandeling. De verpleegkundigen zijn van mening dat de samenredzaamheidswijzer ingezet kan worden om dieper in te gaan op bepaalde onderwerpen, op basis waarvan hersteldoelen opgesteld kunnen worden. Het inzichtelijk maken van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid, het hierover in gesprek gaan en het eventueel opstellen van nieuwe hersteldoelen maakt de samenredzaamheidswijzer van grote waarde en betekenis voor de afdelingen. Met de nodige aanpassingen is het instrument zeer bruikbaar en zou het instrument op de afdelingen ingezet kunnen worden. De doelstelling van het onderzoek is hiermee bereikt. Ook voor andere (GGZ)instellingen, waar cliënten te maken krijgen met de veranderde verwachtingen vanuit de samenleving, zou dit instrument waardevol kunnen zijn.

5.2.3 Waarde en betekenis van de bevindingen

Het literatuurhoofdstuk van dit rapport is ingegaan op de samenredzaamheidswijzer, beschreven in het onderzoeksrapport van Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler (2017). In dat onderzoek is de samenredzaamheidswijzer in Buurtcirkels ingezet, waarna de onderzoekers enkele noodzakelijke verbeterpunten hebben opgesteld. Volgens hen zou de betekenis van de pictogrammen verduidelijkt moeten worden om de ruimte voor eigen interpretatie te beperken. De resultaten van het onderzoek op de afdelingen bevestigen dit. Enkele cliënten (soms ook verpleegkundigen) hadden moeite met bepaalde pictogrammen en deze werden niet altijd op dezelfde manier geïnterpreteerd. Daarnaast missen er volgens de respondenten pictogrammen en thema's die passend zijn bij de doelgroep. Ten tweede zou de duur van de afname volgens de onderzoekers van de Buurtcirkels korter kunnen in verband met de concentratie van de deelnemers (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler, 2017). Binnen het onderzoek op de afdelingen is dit eveneens naar voren gekomen. De concentratie van de cliënten is over het algemeen laag, waardoor het uitvoeren van meerdere thema's in combinatie met gesprek hierover te lang kan zijn. De verpleegkundigen wensen in de toekomst één/twee thema's per keer te behandelen zodat cliënten dit volhouden en er voldoende ruimte is voor gesprek.

Met een aantal verbeterpunten vanuit het onderzoek naar Buurtcirkels is in dit onderzoek op de afdelingen al rekening gehouden. In Weltevrede, van den Heerik, Wolff, Boom & Seidler (2017) wordt beschreven dat de grootte van de groep waarin het instrument is afgenomen kleiner en het aantal aanwezige onderzoekers groter zou moeten zijn. Hierdoor kunnen de deelnemers meer ondersteuning krijgen en zouden de gegevens beter geïnterpreteerd kunnen worden. Daarnaast wordt benadrukt dat

de samenstelling van het team bij voorkeur ongewijzigd blijft. Dit kan de vertrouwensband met de deelnemers bevorderen en een positieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van de resultaten. Binnen het onderzoek op de afdelingen zijn deze punten toegepast en als bevorderend ervaren. Iedere afname stond in het teken van één cliënt, die door een verpleegkundige en onderzoeker werd begeleid. De andere onderzoeker observeerde de afname. De persoonlijke ondersteuning tijdens de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer lijkt een positieve invloed te hebben op de gegevensverzameling en het gesprek. De onderzoekers wisselden iedere afname van rol, maar het team van onderzoekers bleef ongewijzigd. Dit heeft de betrouwbaarheid van de resultaten bevorderd. De ervaringen met de toegepaste verbeterpunten en de andere overeenkomende geconstateerde verbeterpunten bevestigen dat dit bij verdere toepassing van de samenredzaamheidswijzer verwerkt moeten worden.

Tevens is uit het literatuurhoofdstuk gebleken dat door de beschreven psychiatrische problematiek sprake kan zijn van een verminderde concentratie (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Binnen het onderzoek op de afdelingen bleek dit bij een deel van de cliënten het geval te zijn, waardoor de uitvoering van de samenredzaamheidswijzer en de interviews naderhand soms veel energie kostten. Vanuit het onderzoek kan gesteld worden dat het van belang is om rekening te houden met dit verminderde concentratievermogen. Dit kan door bijvoorbeeld één thema per keer te behandelen. Ook komt in de literatuur naar voren dat bij de cliënten sprake is van communicatieve beperkingen, wat invloed kan hebben op het voeren van een gesprek (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat de samenredzaamheidswijzer aanleiding geeft tot gesprek. Het instrument is als leuk en makkelijk ervaren en lijkt aan te sluiten bij de problematiek van de cliënten. De samenredzaamheidswijzer maakt het sociale netwerk en de zelfredzaamheid op een visuele manier inzichtelijk, waardoor het instrument van toegevoegde waarde kan zijn om met cliënten in gesprek te gaan.

Tot slot is uit de literatuur gebleken dat binnen de participatiesamenleving wordt gekeken naar wat burgers op eigen kracht kunnen met behulp van het sociale netwerk (van der Gulden, 2014). Lentis (z.d.b.) beschrijft dat verwacht wordt dat men beroep doet op het sociale netwerk. De steun van het sociale netwerk blijkt een positief effect te hebben op de gezondheid, het welbevinden (Van Driel, Mathijssen, Van der Goor & Van Nieuwenhuizen, 2014) en het welzijn van mensen (Van Beuningen en Moonen, 2014). Uit het onderzoek op de afdelingen is gebleken dat het sociale netwerk van de cliënten over het algemeen beperkt is, wat invloed kan hebben op de participatie. De literatuur spreekt van het belang van het betrekken van het sociale netwerk. De verpleegkundigen beamen dit en vinden dat hier bij een deel van de cliënten tijdens de behandeling meer aandacht voor moet zijn. Binnen de participatiesamenleving zou de samenredzaamheidswijzer passend kunnen zijn. Door het in kaart brengen van het sociale netwerk en de zelfredzaamheid kan de samenredzaamheidswijzer ondersteunen bij het opstellen van hersteldoelen, wat kan bijdragen aan de participatie van cliënten.

5.2.4 Definiëring, legitimering en profilering van het sociaal werk

Binnen dit onderzoek is gekeken naar de ervaringen, inzichten en hersteldoelen van cliënten en verpleegkundigen. Op de afdelingen zijn geen sociaal werkers en maatschappelijk werkers aanwezig. Door de veranderingen in de samenleving wordt er een groter beroep gedaan op het sociale netwerk van cliënten, maar daar tegenover staat dat sociaal werkers binnen de afdelingen geen rol spelen. Hierdoor zijn taken die betrekking hebben op het betrekken en inzetten van het sociale netwerk bij de verpleegkundigen neergelegd. Ondanks hun functie als groepsbegeleider en hun (eventuele) ervaring met betrekking tot sociale netwerken, zijn de verpleegkundigen niet opgeleid tot het betrekken en inzetten van het sociale netwerk van cliënten. In het adviesrapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, z.d.) is beschreven dat klinische redenering de basis is van het handelen van hbo-geschoolde verpleegkundigen. Binnen

slechts drie beroepscompetenties is in de vorm van een vaardigheid aandacht voor het contact met en betrekken van het sociale netwerk. Zo dienen verpleegkundigen met behulp van klinisch redeneren een plan op te kunnen stellen wat gericht is op de bevordering van het zelfmanagement van cliënten en hun omgeving. Tevens dienen zij te kunnen communiceren met diverse cliënten en te communiceren met het sociale netwerk omtrent hun rol en inzet. Daarnaast zijn verpleegkundigen in staat om het sociale netwerk te versterken. Ondanks de aandacht voor het sociale netwerk binnen deze competenties, zijn de beroepscompetenties beschreven in het licht van verpleegkundig handelen.

De eerste vijf generieke competentieclusters in het 'Beroepscompetentieprofiel van de Sociaal Werker' (Hens & Weyburg, 2018) zijn: contact leggen en betekenisvolle relaties aangaan, signaleren en agenderen, ondersteunen bij het voeren van de eigen regie, mensen met elkaar verbinden, en stimuleren tot participatie en actief burgerschap. Tevens zijn specifieke competenties voor zeven leefgebieden opgenomen, namelijk: financiën; wonen & leefbaarheid; werk, opleiding en activiteit; sociale relaties; lichamelijke gezondheid; psychische gezondheid; en zingeving. Deze competenties/clusters zijn gericht op contact met cliënten, vragen en behoeften van cliënten en hun sociale netwerk, eigen regie en verantwoordelijkheid, krachten en kansen, activering en stimulering van contact, versterking van (de inzet van) het sociale netwerk, burgerschap en participatie, zelfredzaamheid, en herstel en rehabilitatie.

De beide beroepsprofielen in ogenschouw nemend zijn wij van mening dat de competenties van sociaal werkers meer passend zijn bij de onderdelen sociaal netwerk, zelfredzaamheid en participatie binnen de samenleving. Ondanks de ervaring van de verpleegkundigen, zou de sociaal werker door opleiding en competenties van grote meerwaarde zijn in het betrekken van het sociale netwerk, het vergroten van zelfredzaamheid en het in de praktijk brengen van de samenredzaamheidswijzer op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren. Hierdoor is voor verpleegkundigen meer ruimte om zich te kunnen richten op hun vakinhoudelijk handelen, wat beter aansluit bij de beroepscompetenties van verpleegkundigen. Ons inziens wijst bovenstaande uit dat sociaal werkers deel uit moeten maken van de teams op de afdelingen Langdurige Rehabilitatie van Lentis Zuidlaren. Dit ten behoeve van de rehabilitatie en participatie binnen behandeling van cliënten.

De samenredzaamheidswijzer past binnen de uitvoering van het beroep sociaal werk omdat deze raakvlakken heeft met de begrippen verandering, ontwikkeling en empowerment van cliënten, welke centraal staan in de definiëring van het beroep van de sociaal werker (International Federation of Social Workers, 2014). De aandacht die de samenredzaamheidswijzer heeft voor zelfredzaamheid, participatie en het sociale netwerk, sluit aan bij de beroepscompetenties van sociaal werkers. Deze beroepsgroep kan deze beroepscompetenties inzetten bij de uitvoering van dit instrument. Tegelijkertijd kan dit instrument ondersteunen bij het inzetten/nastreven van deze beroepscompetenties. Binnen het sociaal werk zou de samenredzaamheidswijzer een bijdrage kunnen leveren aan het bevorderen van de zelfredzaamheid en het inzetten van het sociale netwerk van cliënten, waardoor dit onderzoek van grote waarde is voor de beroepsgroep sociaal werk.

5.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever, om het werken met de samenredzaamheidswijzer te kunnen optimaliseren. Tevens wordt nader onderzoek aanbevolen. Hierbij wordt gekeken op welke manier de bevindingen uit dit onderzoek in de praktijk gebruikt kunnen worden, wat het belang hiervan is en wat hiervoor nodig is.

Op basis van de resultaten zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

1. De eerste aanbeveling bestaat uit drie delen, welke betrekking hebben op het aanpassen van het instrument:
 - ❖ Allereerst is het zeer gewenst de pictogrammen van de samenredzaamheidswijzer visueel aantrekkelijker te maken door kleuren en/of foto's toe te voegen. Deze aanpassingen maken het aantrekkelijker om met het instrument aan de slag te gaan. Aanpassingen kunnen gedaan worden door de verpleegkundigen, die cliënten hierbij kunnen betrekken door hen foto's te laten maken.
 - ❖ Daarnaast is gebleken dat binnen de verschillende thema's een aantal pictogrammen en onderwerpen niet aan bod kwam, welke volgens de respondenten veel voorkomen binnen de behandeling. Om te voorkomen dat cliënten bijvoorbeeld binnen een bepaald thema weinig bij zichzelf neer kunnen leggen, is het raadzaam om de pictogrammen aan te vullen met onderwerpen die van toepassing zijn op de doelgroep. Op die manier kan meer maatwerk geleverd worden en kan de verpleegkundige, op onbeantwoorde vragen, antwoorden verkrijgen door middel van het toevoegen van bepaalde pictogrammen. Aangeraden wordt om aanvullende ideeën van verpleegkundigen in samenspraak met Lisette van der Meer toe te voegen.
 - ❖ Tevens is gebleken dat de betekenis van bepaalde pictogrammen onduidelijk is. Om verschillende resultaten naar aanleiding van interpretaties te voorkomen, is het raadzaam om vast te stellen wat de precieze betekenis van deze onduidelijke pictogrammen is. Geadviseerd wordt dat Lisette van der Meer in samenwerking met de verpleegkundigen een handleiding opstelt waarin de betekenis van de pictogrammen vaststaat.
2. De tweede aanbeveling heeft betrekking tot aanpassingen in de uitvoering van het instrument:
 - ❖ Tijdens de afname bleek dat het behandelen van meerdere thema's veel energie en concentratie van de respondenten vraagt. Daarom zou de verpleegkundige er goed aan doen om de thema's van het instrument te verspreiden over meerdere gesprekken. Zo kan per cliënt gekeken worden welk thema van toepassing is of waar de verpleegkundige meer informatie over wil verkrijgen.
 - ❖ Tevens is het raadzaam om één of twee thema's per keer te behandelen om te voorkomen dat naast het neerleggen van pictogrammen geen gesprek ontstaat. Door het aantal thema's per gesprek te beperken, is de kans op het verkennen en verkrijgen van nieuwe hersteldoelen het grootst. Op die manier verkrijgt de verpleegkundige de meeste informatie, ontstaat er een gesprek met verdiepende vragen en blijft het voor de cliënt overzichtelijk.
3. De derde aanbeveling betreft het inzetten van het instrument binnen de behandeling:
 - ❖ Om de vooruitgang van de cliënten zo goed mogelijk in kaart te brengen is het wenselijk de samenredzaamheidswijzer minimaal tweemaal per jaar uitgevoerd wordt met de cliënt. Hiervan kan een foto gemaakt worden, welke door de verpleegkundige in het dossier opgenomen of aan de cliënt gegeven kan worden. Op die manier kunnen de, tijdens de eerste uitvoering opgestelde, hersteldoelen geëvalueerd worden door kritische vragen te stellen en de veranderingen tussen de twee uitvoeringen te bespreken. Wanneer er meerdere pictogrammen zijn verplaatst van netwerkleiden naar de cliënt zelf, kan worden gesteld dat de zelfredzaamheid is toegenomen en kan gekeken worden naar de verdere ontwikkelingen binnen de behandeling. Dit kan

bevorderend zijn voor het zelfvertrouwen en de motivatie van cliënten, omdat de vooruitgang, de kansen en de mogelijkheden inzichtelijk weergegeven worden.

4. Tot slot worden drie mogelijkheden tot vervolgonderzoek aanbevolen:

- ❖ Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen welke specifieke pictogrammen (naast de in dit onderzoek missende pictogrammen) van belang zijn om toe te voegen aan het instrument, om ervoor te zorgen dat deze passend is voor de specifieke doelgroep. Dit omdat de focus binnen dit onderzoek niet lag op de missende pictogrammen en er met een beperkt aantal verpleegkundigen is samengewerkt. Aanbevolen wordt dat Lisette van der Meer dit onderzoek in samenwerking met de verpleegkundigen kan bewerkstellingen.
- ❖ De onderzoekers bevelen vervolgonderzoek aan naar de opbrengsten van het instrument op lange termijn, om te kijken naar de daadwerkelijke bijdrage van het instrument aan de vooruitgang van cliënten. Dit kan uitgevoerd worden door Lisette van der Meer, eventueel in samenwerking met studenten.
- ❖ Eveneens wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen naar de mate waarin de samenredzaamheidswijzer daadwerkelijk meer opbrengsten levert dan het voeren van een gesprek. Ook is het van belang om te onderzoeken welke werkwijze de uiteindelijke voorkeur heeft. Ook dit vervolgonderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door Lisette van der Meer, in samenwerking met verpleegkundigen.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2016). *Alles over psychische stoornissen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk. (2016). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Geraadpleegd op 5 april, van https://issuu.com/nvmwstaf/docs/nvmw_beroepscode
- Beuningen, J. van, & Moonen, L. (2014). De sociale context van geluk: wat is belangrijk voor wie? Opgevraagd op 28 april 2018, van <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/45DA0C78-6C99-45A2-BCE4-594287D4FE9B/0/20140306b15.pdf>
- Bredewold, F. H. (2014). *Lof der oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners*. Geraadpleegd op 24 april 2018, van https://pure.uva.nl/ws/files/1950788/132752_thesis_print.pdf
- Borghouts, I., & Freese, C. (2016). Inclusief HRM: (hoe) Past de Participatiewet in de organisatie- en HR- strategie? *Tijdschrift voor HRM*, 2016(7), 1-20. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van https://pure.uvt.nl/portal/files/12470552/TvHRM_Freese_Borghouts_2016_.pdf
- Cardol, M., Speet, M., & Rijken, M. (2007) *Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 28 april 2018, van <http://kcco.nl/doc/kennisbank/Anders%20of%20toch%20niet.pdf>
- Delespaul, P. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. Geraadpleegd op 13 april 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
- Driel van, M., Mathijssen, J., Goor van der, I. & Nieuwenhuizen van, C. (2014). Pak het samen op! Over steun in sociale netwerken. *Kind & Adolescent Praktijk*, 13(4), 158–165. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <https://link.springer.com.proxy.hanze.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12454-014-0046-4.pdf>
- Edzes, A., & Dijk, J. van (2015). Lokale onmacht rond de Participatiewet. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(1), 88-95. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van https://pure.rug.nl/ws/files/21061502/Edzes_Van_Dijk_2015_TVA_Lokale_onmacht_rond_de_Participatiewet.pdf
- Erp, N. van, Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <Http://www.platformggz.nl/lpggz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures/ea/rapport-trimbos-familie-in-de-langdurige-ggz-deel1-interventies.pdf>
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland. (2013). *Hervorming langdurige zorg: de positie van de ggz*. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/factsheet-langdurige-zorg-mei-2013.pdf>

Geestelijke Gezondheidszorg Nederland. (z.d.). *Ambulantisering*. Geraadpleegd op 23 februari 2018, van <http://www.ggz nederland.nl/themas/ambulantisering>

Grootegoed, E. (2012). Tussen zelfredzaamheid en eigen regie: Wmo en de autonomieparadox. In J. Steyaert & R. Kwekkeboom (Reds.), *De zorgkracht van sociale netwerken* (pp. 72-80). Geraadpleegd op 26 april 2018, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/De%20zorgkracht%20van%20social%20netwerken%20%5BMOV-177803-0.3%5D.pdf

Gulden, J.W.J. van der (2014) De participatiesamenleving: gezonde prikkel of een verkeerd idee? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 2014(1), 1-2. Geraadpleegd op 20 maart 2018 van <https://link-springer-com.proxy-ub.rug.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12508-014-0001-7.pdf>

Hens, H. & Weyburg, D. (Eindred.) (2018). Beroepscompetentieprofiel voor de sociaal werker: Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=15784&m=1521200969&action=file.download>

International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definition of Social Work*. Geraadpleegd op 6 juni 2018, van <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

Lentis. (z.d.a). *Over Lentis*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://www.lentis.nl/over-lentis/>

Lentis. (z.d.b). *Langdurige rehabilitatie*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://www.lentis.nl/behandeling/langdurige-rehabilitatie/>

Lieshout, H. van (2010). *Zicht op kwetsbare groepen. Een onderzoek naar de mogelijkheden van sociale professionals om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg*. Geraadpleegd op 24 april 2018, van https://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&as_sdt=0%2C5&q=Van+Lieshout%2C+H.+%2820%29.+Zicht+op+kwetsbare+groepen.+Een+onderzoek+naar+de+mogelijkheden+van+social+professionals+om+maatschappelijke+steunsystemen+uit+te+breiden+naar+informele+zorg+Utrecht%3A+Universiteit+van+Utrecht.&btnG=

Meer, L. van der., Redmeijer, J. & Stiekema, A. (2016). *Cognitieve Adaptatie Training*. Geraadpleegd op 26 januari 2018, van <http://compenserenkunjeleren.nl/wat-is-cat>

Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Movisie. (2017a, 26 juli). *Oog voor het sociale netwerk*. Geraadpleegd op 26 april 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/oog-sociale-netwerk>

Movisie. (2017b, 19 januari). *De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)*. Geraadpleegd op 5 april 2018, van <https://www.movisie.nl/tools/zelfredzaamheid-matrix-zrm>

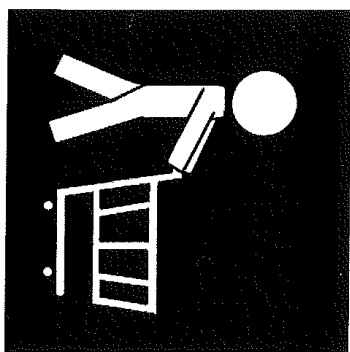
Movisie & Brink, C. (2013, juli). Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen

- verantwoordelijkheid: *De begrippen ontward*. Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMO V-1421737-0.1%5D.pdf
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2016). *Psychiatrie: Een inleiding* [Abnormal psychology in a changing world] (8e herziene editie; E. Hoencamp, J. Haffmans & J. van Loon; J. E. Bruijn, S. Birnie, & J. Koning, Vert.). Amsterdam: Pearson.
- Oldenkamp, M., de Klerk, M. & Wagemakers, A. (2013). Beperkt contact? De relatie tussen functionele beperkingen en netwerkkenmerken. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 478–488. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <https://link-springer-com.proxyub.rug.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12508-013-0159-4.pdf>
- Oosterhuis, H. & Gijswijt-Hofstra, M. (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Qavi5pMPMDwJ:https://www.bmg.nlchr.nl/articles/10.18352/bmgnlchr.6956/galley/7010/download/+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl&client=safari>
- Panda, M., Dehuri, S., & Wang, G. (2014). Social Networking. Mining, Visualization, and Security. *Intelligent Systems Reference Library*, 2014(65). Geraadpleegd op 4 april 2018, van <https://link-springer-com.proxy.hanze.nl/book/10.1007/978-3-319-05164-2#toc>
- Renckens, C. (2012, 12 januari). De antipsychiatrie heeft veel schade aangericht. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 26 april 2018, van <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/-de-antipsychiatrie-heeft-veel-schade-aangericht~a3117701/>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wet-bopz>
- Roozen, H.G., Meyers, R.J. & Smith, J.E. (2013). *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A., & Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 2009(110). 1-23. Geraadpleegd op 29 maart, van [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(09\)00090-5/pdf](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(09)00090-5/pdf)
- Tijhuis, M.A.R. (1994). *Social networks and health*. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000847.pdf?>
- Vercruyssen, W. (2008). *Zorgboerderijen. Een vernieuwend concept in het streven naar de rehabilitatie van chronisch psychiatrische patiënten*. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/415/109/RUG01-001415109_2010_0001_AC.pdf

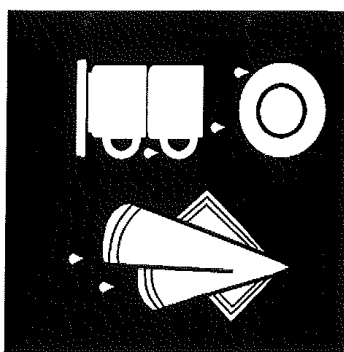
- Verheij, M. (2015). Transitie in werking. *Maatwerk*, 2015(16). 34-35. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://link-springer-com.proxy.hanze.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12459-015-0014-6.pdf>
- Verplanke, L., Groenendijk, J., & Duyvendak, J. W. (2010). *Onder de mensen?: over het zelfstandig wonen van psychiatrische patinten en mensen met een verstandelijke beperking*. Nijmegen: Amsterdam University Press. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <http://web.a.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzMyNDU2Ml9fQU41?sid=c0e63751-2e4f-461b-8c4c-f129c87abd10@sessionmgr4009&vid=0&format=EB&rid=1>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (z.d.). Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Beroepsprofiel%20hbo-opgeleide%20verpleegkundige.pdf>
- Weltevrede, A., Heerik, A. van den, Wolff, R., Boom, J. de & Seidler, Y. (2017). *Netwerken in de buurt*. Utrecht: Movisie.
- Zorgwijzer. (2017). *Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)?* Opgevraagd van op 30 oktober 2017 van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>
- Zorgwijzer. (2018). *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>
- Ypsilon. (z.d.). *De Triadekaart – een overzicht*. Geraadpleegd op 27 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/triadekaart>

Bijlage A – Pictogrammen

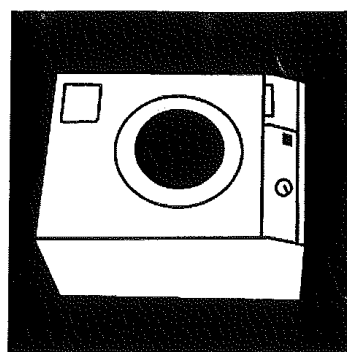
Huishouden



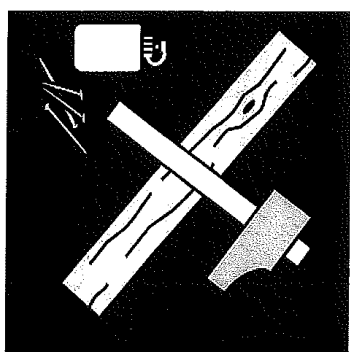
Boodschappen doen



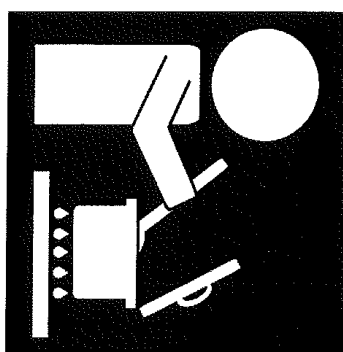
Afwassen



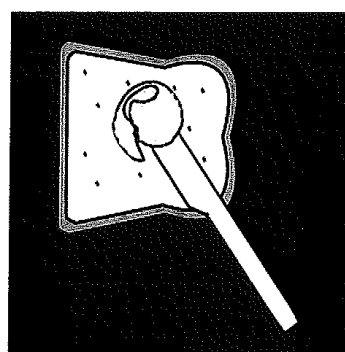
Kleding wassen



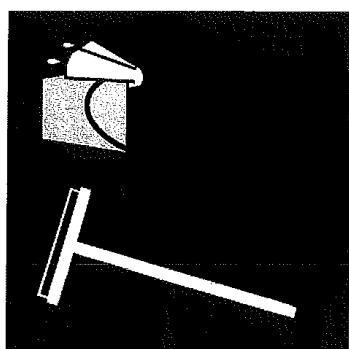
Klusjes doen



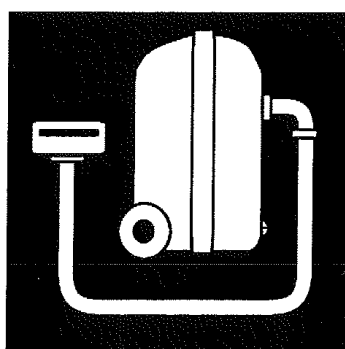
koken



Ontbijt/lunch maken

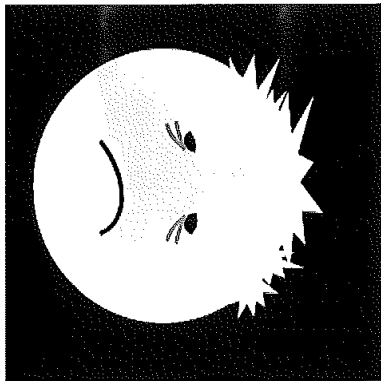


Schoonmaken

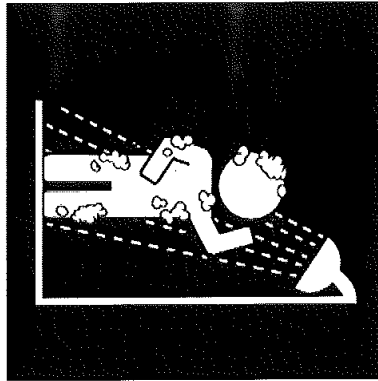


Stofzuigen

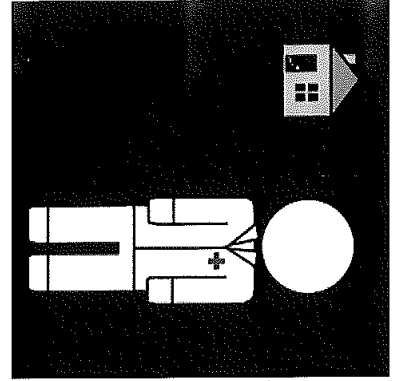
Zelfverzorging en Gezondheid



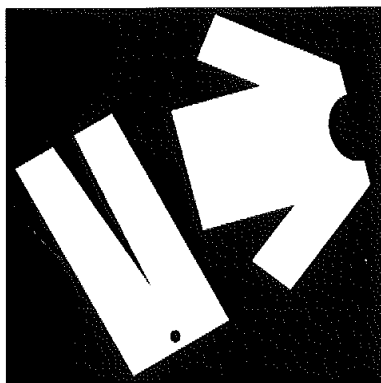
Niet lekker



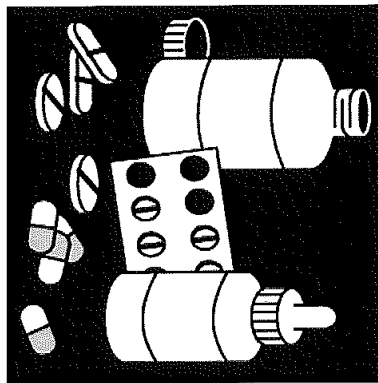
Douchen/wassen



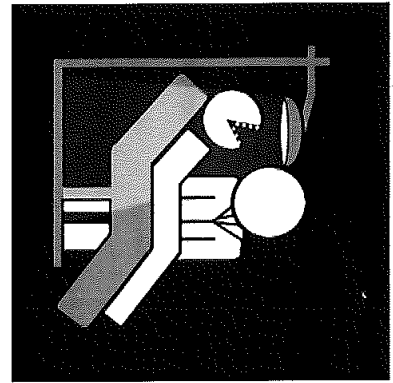
Naar huisarts/zakhuis



Kleding kiezen

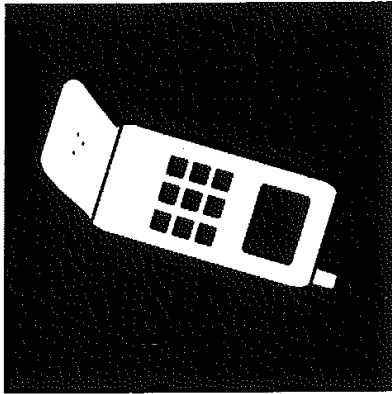


Medicijnen innemen

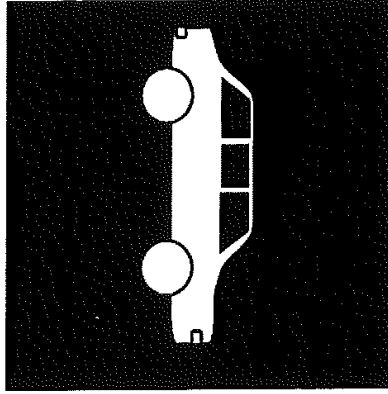


Naar tandarts

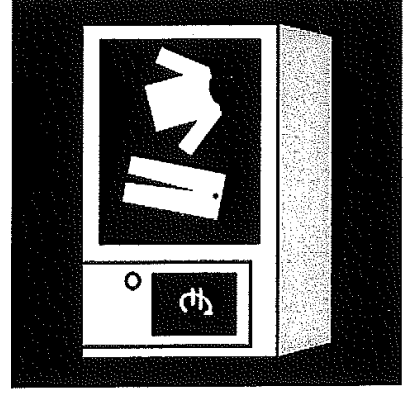
Maatschappelijk



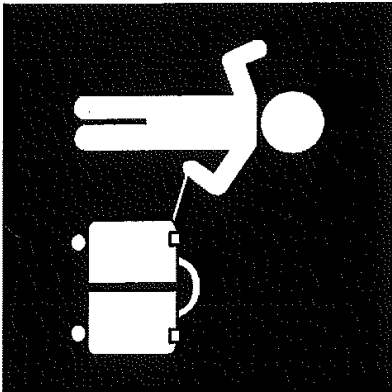
Mobielte (tegged, abbonen)



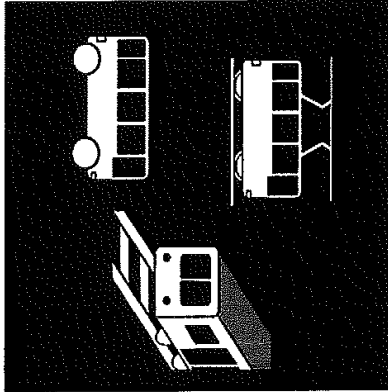
Met auto



Kleding kopen

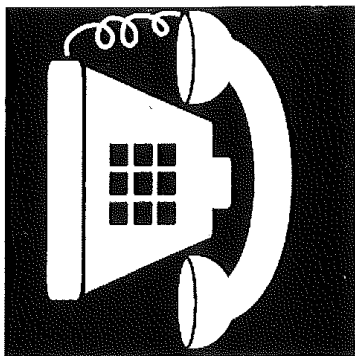


Op reis gaan

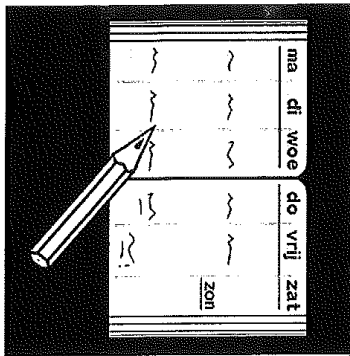


Met openbaar vervoer

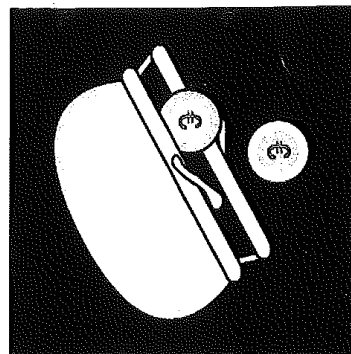
Cognitief



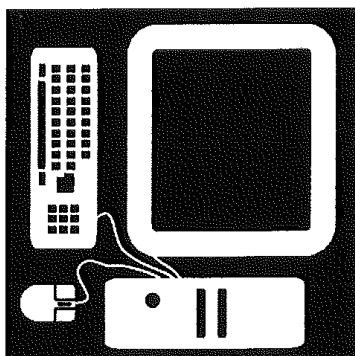
Instanties bellen



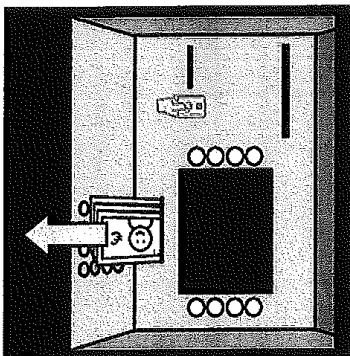
Agenda (inplannen, tijd komen)



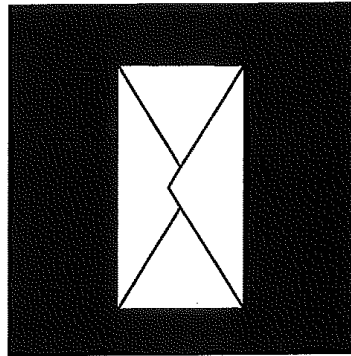
Uitgaven checken & rekening betalen



Dingen regelen met computer

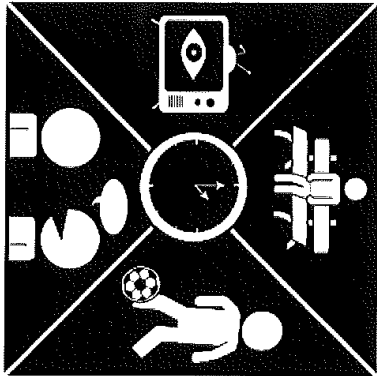


Geld pinnen

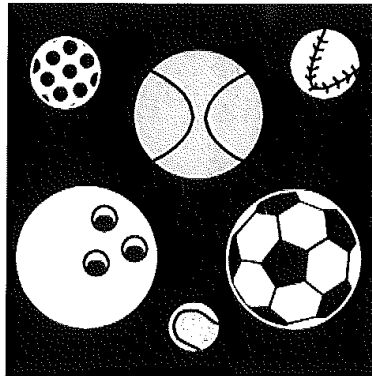


Brieven openmaken & afhandelen

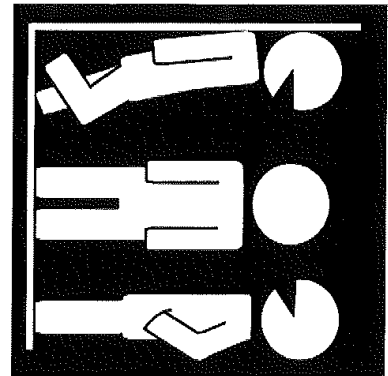
Sociaal



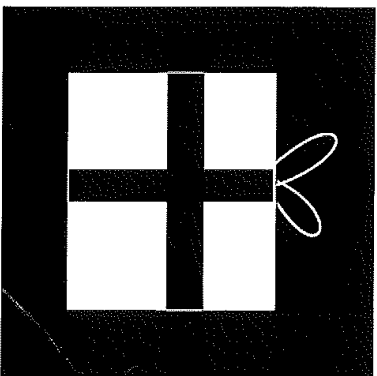
Leuke dingen doen



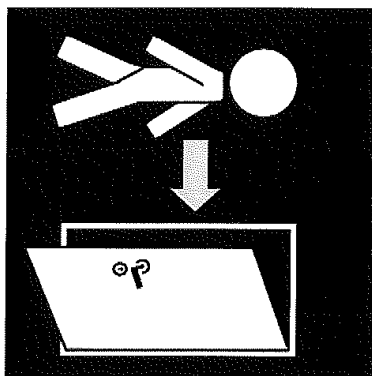
Sporten



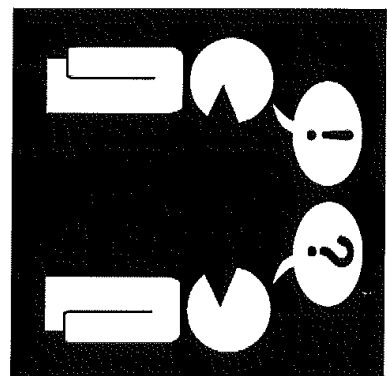
Kletsen in de buurt



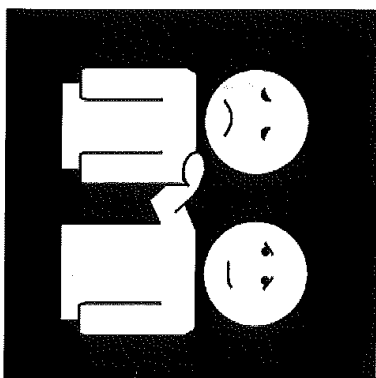
Cadeaus kopen/krijgen



De deur uitgaan



Hulp geven. Met wat?



Praten over gevoelens

Bijlage B – Begeleidend schrijven samenredzaamheidswijzer

Interactieve itemlijst/ Voorbeeld vragen

Huishoudelijke competenties

Helpt iemand je met? En zo ja: wie helpt je met:

- ☐ Schoonmaken (stofzuigen/badkamer/toilet)
- ☐ Stofzuigen
- ☐ Afwassen/drogen
- ☐ Kleren wassen
- ☐ Koken avondeten
- ☐ Ontbijt/lunch maken
- ☐ Boodschappen doen
- ☐ Klussen in huis/Als er iets kapot gaat in huis?

Zelfverzorging en gezondheid

Helpt iemand je met? En zo ja: wie helpt je met:

- ☐ Als je je niet goed voelt?
- ☐ Medicijnen innemen?
- ☐ Als je naar de huisarts/ ziekenhuis moet?
- ☐ Douchen/ wassen?
- ☐ Kleding kiezen?
- ☐ Tandarts bezoek?

Maatschappelijke competenties

Helpt iemand je met? En zo ja: wie helpt je met:

- ☐ Openbaar vervoer?
- ☐ Auto rijden?
- ☐ Kleding kopen?
- ☐ Ga je wel eens op vakantie/ een weekendje weg? Wie organiseert dat?
- ☐ Je mobieltje opladen, sms'en, een abonnement zoeken etc.

Cognitieve competenties

Helpt iemand je met? En zo ja: wie helpt je met:

- ☐ Agenda inplannen, bijhouden, op tijd bij afspraak zijn?
- ☐ Dingen regelen met de computer?
- ☐ Telefoneren met instanties?
- ☐ Wie maakt je post open? Wie helpt je met brieven?
- ☐ Geld pinnen?
- ☐ Je uitgaven in de gaten houden? Rekeningen betalen?

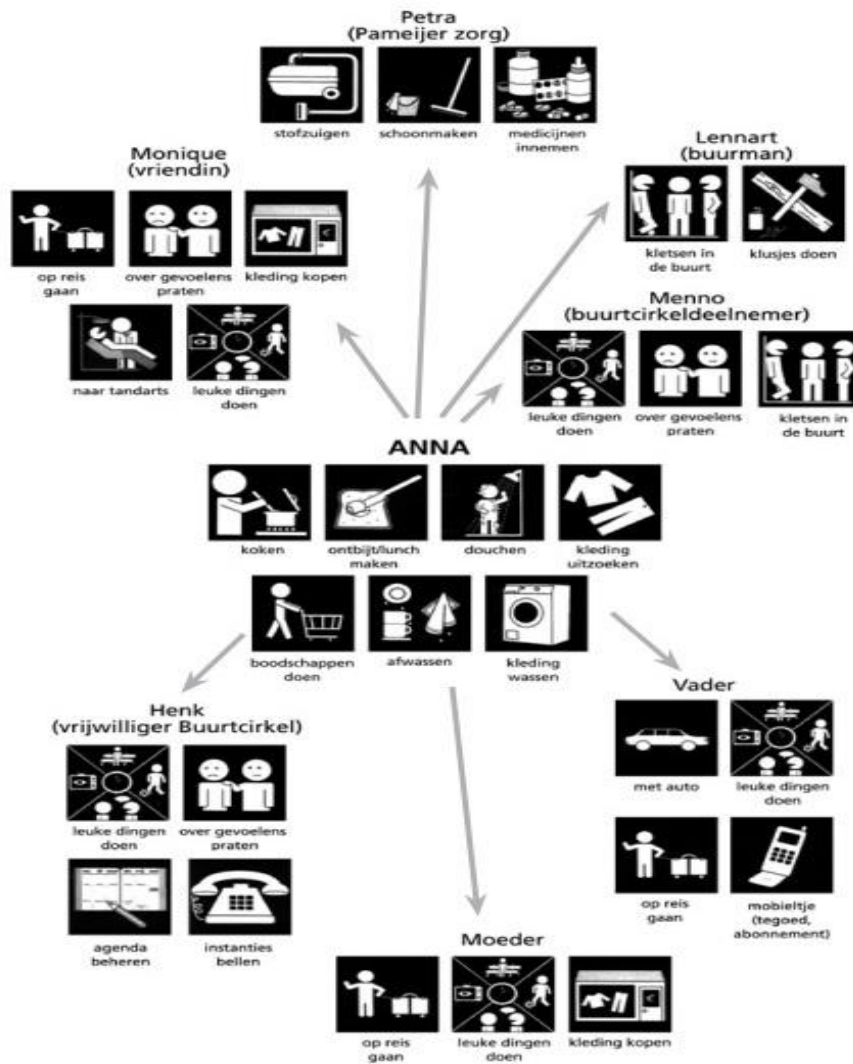
Omgaan met anderen

Helpt iemand je met? En zo ja: wie helpt je met:

- ☐ Ga je weleens je huis uit? Waarheen?

- ☐ Leuke dingen doen? WAT> erbij schrijven
- ☐ Sporten?
- ☐ Met wie klets je uit de buurt?
- ☐ Heb je iemand om mee te praten (over gevoelens)?
- ☐ Koop je weleens een cadeautje voor een ander? Of krijg je die weleens?
- ☐ Help je iemand anders met iets? Zo ja: wat doe je en wie? (erbij schrijven wat bij wie)

Bijlage C – Voorbeeld samenredzaamheidswijzer



Figuur 7.2: Voorbeeld samenredzaamheidswijzer (fictief)

Bijlage D – Interviewvragen

Vragen interview cliënt:

1. Hoe vond je het werken met de samenredzaamheidswijzer?
 - Wat vond je prettig/goed gaan en waarom?
 - Wat vond je vervelend/moeilijk en waarom?
2. Heb je nieuwe inzichten gekregen in jouw sociale netwerk? Zo ja, welke?
3. Heb je nieuwe inzichten gekregen wat je zelf doet/kan en wat anderen voor jou doen? Zo ja, welke?
4. Zijn er dingen die je niet doet of die andere mensen voor jou doen, die je nog zelf zou willen leren?

Vragen interview verpleegkundige:

1. Hoe heb je het werken met de samenredzaamheidswijzer ervaren en waarom?
2. Hoe heeft de cliënt het werken met de samenredzaamheidswijzer naar jouw inzicht ervaren?
3. Heb je nieuwe inzichten gekregen in het sociale netwerk van de cliënt? Zo ja, welke?
4. Heb je nieuwe inzichten gekregen in de zelfredzaamheid van de cliënt? Zo ja, welke?
5. Welke (nieuwe) inzichten heeft de cliënt volgens jou opgedaan in zijn eigen situatie?
6. Kan je je vinden in de manier waarop de cliënt zichzelf beoordeelt heeft?
7. Wat vind je van de inhoud van de verschillende thema's (huishoudelijk, maatschappelijk, cognitief, sociaal en zelfzorg/gezondheid) en wat valt op?
8. Wat vind je van de pictogrammen die gebruikt worden bij de samenredzaamheidswijzer en waarom?
9. Wat heeft het uitvoeren van de samenredzaamheidswijzer opgeleverd met betrekking tot het opstellen van nieuwe hersteldoelen?

Bijlage E – Observatielijst

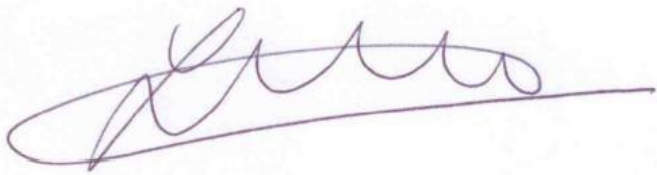
Observatiepunten voor de cliënt:

1. De cliënt lijkt de pictogrammen te snappen.
 - Huishouden
 - Maatschappelijk
 - Sociaal
 - Cognitief
 - Zelfverzorging/gezondheid
2. De cliënt kan de pictogrammen bij de juiste persoon neerleggen.
 - Huishouden
 - Maatschappelijk
 - Sociaal
 - Cognitief
 - Zelfverzorging/gezondheid
3. De cliënt mist bepaalde pictogrammen
4. De cliënt snapt hoe de samenredzaamheidswijzer werkt
5. De cliënt vindt het werken met de samenredzaamheidswijzer prettig.
6. De cliënt heeft nieuwe inzichten gekregen in het sociale netwerk en wie hem ondersteunen.
7. De cliënt heeft nieuwe inzichten gekregen in wat hij zelf doet en wat anderen doen.
8. De cliënt heeft een reëel beeld van wat hij zelf doet en wat anderen doen.
9. De cliënt heeft wensen voor nieuwe hersteldoelen.

Observatiepunten voor de verpleegkundige:

1. De verpleegkundige legt de werkwijze en de onderdelen van de samenredzaamheidswijzer duidelijk/begrijpelijk uit.
 - Huishouden
 - Maatschappelijk
 - Sociaal
 - Cognitief
 - Zelfverzorging/gezondheid
2. De verpleegkundige mist bepaalde pictogrammen.
3. De verpleegkundige vindt het werken met de samenredzaamheidswijzer prettig
4. De verpleegkundige heeft aandacht voor de manier waarop de cliënt het werken met de samenredzaamheidswijzer beleeft.
5. De verpleegkundige heeft nieuwe inzichten in het sociale netwerk van de cliënt.
6. De verpleegkundige heeft nieuwe inzichten in de zelfredzaamheid van de cliënt.
7. De verpleegkundige kan zich vinden in de manier waarop de cliënt zichzelf beoordeelt.
8. De verpleegkundige heeft ideeën over nieuwe hersteldoelen.

Bijlage F – Beoordeling zorgvuldigheid opdrachtgever

Naam opdrachtgever/organisatie: Lisette van der Meer, senior-onderzoeker Lentis Zuidlaren	
Handtekening opdrachtgever:	
Datum: 28-05-2018	
Naam student 1: Sanne van Dam Naam student 2: Nicole van Dellen	
	Ja/nee
Zijn de feiten m.b.t. de organisatie juist weergegeven?	Ja
Is de privacy van respondenten voldoende gewaarborgd?	Ja
Is de rapportage in huidige vorm geschikt voor verspreiding binnen de organisatie?	Ja
Toelichting indien het antwoord op één van bovenstaande vragen nee is:	