



“ ONDERZOEK NAAR KENNIS EN COMPETENTIES OMTRENT DE GGZ EN DE PSYCHIATRIE ONDER DE BEGELEIDERS VAN AVELEIJN ROHAAN ”

“Een inventariserend onderzoek naar de gesteldheid en beleving van de aanwezige kennis en competenties van de GGZ/ psychiatrie bij de begeleiding van Aveleijn Rohaan”

Leerpakket 9.2 Bachelor rapport
T.AMM.37555
Saxion Enschede
Academie Mens en Maatschappij

Mark Koning 406909
Indy ten Dam 40541
Klas: EMM4DA

LEERPAKKET 9.2 BACHELORRAPPORT

Saxion Hogeschool Enschede
Academie Mens en Maatschappij
Opleiding Social Work/ SPH
Enschede, December 2017
2017/2018

Docent/Begeleider:
P.H. Birkenhager

Toetscode:
37555

Gemaakt door:
Mark Koning 406909
Indy ten Dam 405414

Klas:
EMM4DA

INHOUD

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1 Aanleiding	8
1.2 Doelstelling onderzoek	9
1.3 Onderzoeksvraag	9
1.4 Deelvragen:	9
1.4.1 Theoretische vragen	9
1.4.2 Praktische vragen	9
2. Theorie	10
2.1 GGZ Algemeen (competenties)	10
2.1.1 Taken GGZ-Agoog:	11
2.1.2 Competenties GGZ-agoog	12
2.1.3 Kennisgebieden GGZ-agoog	13
2.1.4 GGZ Intensive Care	14
2.2 Problematiek Rohaan	16
2.2.1 Psychiatrische aandoeningen	17
2.2.2 Psychische stoornissen	18
2.3 Samenhang	19
2.4 Conclusie theoretisch kader	21
2.4.1 Competenties en kerntaken	21
3. Methode van onderzoek	22
3.1 onderzoeksmethode	22
3.2 onderzoekstype	22
3.3 Meetinstrument	23
3.4 onderzoekspopulatie en steekproef	23
3.5 onderzoeksprocedure	23
3.6 Data analyse	24
3.6 Betrouwbaarheid	24
3.7 Validiteit	25
3.8 Ethische overwegingen	25
4 Resultaten	26
4.1 enquête	26
4.1.1 Problematiek	26
4.1.2 Ontwikkelen	26
4.1.3 handvatten	26
4.1.4 werkdruk	27

4.2 Interviews	27
4.2.1 Problematiek.....	27
4.2.2 Ontwikkelen	27
4.2.3 Handvatten.....	28
4.2.4 Werkdruk.....	29
5. Conclusie.....	30
5.1 inleiding van de conclusies	30
5.1.1 Problematiek	30
5.1.2 ontwikkelen.....	30
5.1.3 Handvatten.....	31
5.1.4 Werkdruk	31
5.1.5 Antwoord hoofdvraag	31
5.2 Discussie	32
5.3 Aanbeveling.....	33
5.3.1 Basis informatie	33
5.3.2 Kennis overdracht.....	33
5.3.3 Communicatie driehoek	33
5.3.4 Scholing	34
5.4 sterkte-zwakte analyse.....	34
Literatuurlijst.....	35
Bijlagen.....	37
Bijlage 1 Overeenkomstformulier	37
Bijlage 2 Overeenkomstformulier	39
Bijlage 3 evaluatie formulier opdrachtgever	41
Bijlage 4 interviewvragen.....	43

VOORWOORD

Dit bachelorrapport is geschreven in opdracht van Aveleijn Rohaan. Aveleijn is een zorginstelling met meerdere locaties. Aveleijn Rohaan is een IBB-locatie van Aveleijn. Ook beschikt Aveleijn Rohaan over een BOPZ status. Dit Bachelorrapport is geschreven door Mark Koning en Indy ten Dam. Wij zijn twee studenten die de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening volgen. Er is een verzoek gedaan door de manager om dit onderzoek uit te voeren op deze locatie. Het onderzoek gaat in op de begeleiders op de locatie Aveleijn Rohaan. Er wordt gekeken naar welke competenties er op de locaties worden gevraagd en naar welke competenties de werknemers beschikken. Dit zou in evenwicht moeten zijn om kwalitatief goede begeleiding te kunnen bieden. Op deze locatie is vorig jaar een ander onderzoek uitgevoerd. Deze heeft gekeken naar de werkdruk op de locatie Aveleijn Rohaan. Een aanbeveling van dit onderzoek is dat de competenties van de werknemers verbeterd kunnen worden om op deze manier de werkdruk te verlagen. In dit onderzoek zal er ook met het aspect werkdruk rekening gehouden worden.

De locatie Rohaan is een 24-uurs woonlocatie van Aveleijn. Op deze locatie wordt dagbesteding aangeboden op het eigen terrein en op terrein rondom Locatie Rohaan. Er bevindt zich op het terrein ook een theeschenkerij waar cliënten gasten ontvangen. Hier kunnen de cliënten gasten voorzien van koffie en zelfgemaakte appeltaart. De locatie Aveleijn Rohaan kent vijf verschillende woongroepen. Deze woongroepen vormen onderkomens voor volwassen cliënten die ouder zijn dan 18 jaar met, naast de verstandelijke beperking, een bijzondere en vaak zeer complexe hulpvraag. Omdat cliënten bij Aveleijn Rohaan vaak een zeer specifieke hulpvraag hebben, werkt Aveleijn Rohaan nauw samen met gedragskundige, een arts en waar nodig met andere deskundigen. Op deze manier zorgt Rohaan voor zorg op maat (Aveleijn, 2017)

Dit rapport brengt in kaart hoe het is gesteld met de huidige kennis en competenties omtrent de GGZ/psychiatrie bij de medewerkers van Aveleijn Rohaan. Daarnaast is er gekeken naar welke kennis er nodig is voor de aanwezige problematiek van de cliënten van Rohaan. Door dit met elkaar te vergelijken is er gekeken naar de aansluiting tussen cliënt en werknemer en of dit geoptimaliseerd kan worden. Wanneer de werknemers over voldoende competenties en kennis beschikken van de GGZ en psychiatrie zal dit voor zowel de cliënt als de werknemer een voordeel zijn. De werknemer kan, in het bezit van genoeg kennis en competenties, zijn werk met minder werkdruk uit kunnen voeren. Daarnaast zal de werknemer beter aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt, waardoor de aansluiting tussen cliënt en werknemers verbeterd zal worden. Wat de kerntaken en competenties van de GGZ en psychiatrie precies inhouden zal duidelijk worden in het theoretische kaders van dit rapport.

Allereerst willen wij de medewerkers van Aveleijn Rohaan bedanken voor de medewerking tijdens het onderzoek. Daarnaast willen wij de manager, Petra Staijen bedanken voor haar samenwerking en kritische noot. Ook willen wij Phil Birkenhager bedanken voor de begeleiding en het aanreiken van inhoudelijke adviezen tijdens het onderzoek. Dit onderzoek is bedoeld voor de manager van Aveleijn, zodat zij nieuwe inzichten kan verkrijgen over hoe het met de GGZ competenties gesteld is op Aveleijn Rohaan. De manager kan deze nieuwe inzichten eventueel terugkoppelen aan het Raad van Bestuur van Aveleijn.

Inleiding

In dit kwalitatieve onderzoek is er onderzocht hoe het gesteld is met de kennis en competenties onder de werknemers van Aveleijn Rohaan. Op deze locatie wordt intensieve behandeling en begeleiding geboden aan cliënten met een complexe hulpvraag. De aanleiding van het onderzoek is hierin dat de cliënten met een verstandelijke beperking steeds vaker ziektebeelden hebben die onder de ggz en psychiatrie vallen.

Methode

Door gebruik te maken van een enquête en interview zijn er resultaten verzameld. Op de enquête zijn er vijftientig respondenten te tellen. De locatie zelf kent zesenvoertig werknemers. Voor de interviews zijn er verschillende functies van de locatie geïnterviewd. Te weten een senior begeleider, twee persoonlijk begeleiders en twee ondersteunend begeleiders.

Resultaten

Werknemers van Aveleijn Rohaan geven te kennen dat zij meer behoefte aan kennis en competenties omtrent de ggz en psychiatrie. Daarnaast geven de werknemers te kennen dat zij meer handvatten geboden willen krijgen omtrent de ggz en psychiatrie. De werknemers geven ook aan dat zij een betere communicatie wensen tussen het team en de gedragswetenschapper. Volgens de respondenten ligt de rol hierin bij de manager. Het merendeel van de respondenten geven aan dat meer kennis en competenties omtrent de ggz en psychiatrie de werkdruk kunnen verlagen.

Conclusies

Ten eerste wordt er geconcludeerd dat niet alle werknemers eenduidig kunnen aangeven met welke problematiek zij op Aveleijn Rohaan te maken hebben. Ten tweede wordt de conclusie getrokken dat de behoefte van werknemers op dit moment voornamelijk ligt in kennis omtrent psychoses en wanideeën. Als derde conclusie wordt er gesteld dat er te weinig handvatten worden geboden. Hierin stellen de respondenten dat dit de verantwoordelijkheid is van de gedragswetenschapper.

Discussie

Het onderzoek is enkel toepasbaar op de locatie Aveleijn Rohaan. Dit wil zeggen dat het onderzoek niet extern valide is. Dit komt doordat dit onderzoek zich focust op de IBB locatie Rohaan, waar er complexe hulpvragen aanwezig zijn. Uit het onderzoek is gebleken dat werknemers wellicht sociaal gewenste antwoorden geven in de enquête. Dit is gesteld doordat de antwoorden van de interviews de enquête tegenspreken. Daarnaast is er geconcludeerd dat de werknemers niet voldoende eigen initiatief tonen. Om de probleemstelling op te kunnen lossen moet er van uit de driehoek meer initiatief worden getoond. Dus zowel de manager, gedragswetenschapper als de teams zouden zich meer moeten inzetten om gezamenlijk de probleemstelling te verbeteren.

Aanbevelingen

De eerste aanbeveling richt zich tot de basis kennis omtrent de problematiek op Rohaan. Elke werknemer zou moeten weten met welke problematiek hij of zij werkt. De tweede aanbeveling richt zich tot de gedragswetenschappers. De werknemers geven aan kennis te willen over psychoses en wanen. Hierin ligt de grootste verantwoordelijkheid bij de gedragswetenschappers, maar de werknemer moet hierin ook actief blijven door de reflectieve praktijk in te zetten. De derde aanbeveling richt zich tot het opstellen van probleemstellingen die worden opgelost in een vergadering.

Daarbij worden er twee vragen gesteld om dit te kunnen checken: “Heb ik nu voldoende kennis om de situatie te begeleiden” en “Weet ik(en het team) hoe er nu precies gehandeld dient te worden”? Als laatste aanbeveling werd er gesteld dat er winst te behalen is door scholing aan te bieden in de vorm van E-learning omtrent de ggz en psychiatrie. Voor iedere nieuwe werknemer wordt deze verplicht gesteld.

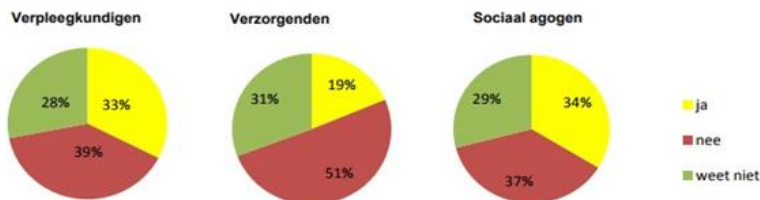
Sterkte-zwakte analyse

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van twee instrumenten. Dit zijn de enquête en het interview. Op de enquête is meer dan 50% respons gekomen. Dit maakt het onderzoek betrouwbaar. Ook zijn er van zowel de enquête als de interviews proefversies opgesteld. Deze zijn afgenomen om te controleren of er daadwerkelijk antwoord werd verkregen op de gestelde deelvragen. Ook zijn alle vragen van de interviews en de enquête voorgelegd aan de opdrachtgever en goedgekeurd. De objectiviteit is gewaarborgd doordat er een onbekende onderzoeker betrokken was bij het onderzoek. Deze was voor het onderzoek nog nooit op de locatie geweest en had nog geen vooroordelen over deze locatie. Wat het onderzoek minder betrouwbaar maakt is dat er slechts 5 interviews zijn afgenomen. Wanneer er meer interviews waren gedaan was de betrouwbaarheid hoger geweest. Ook is dit een kwalitatief onderzoek. Deze richt zich op de ervaringen en de meningen van de respondenten. Om conclusies te trekken uit de resultaten hebben de onderzoekers de conclusies moeten interpreteren. Dit wil zeggen dat hier altijd een stukje subjectiviteit bij komt kijken. Daarnaast had er tijdens het interview meer gefocust kunnen worden op de reflectie van de medewerker.

1 AANLEIDING

Binnen de gehandicaptenzorg komen hulpverleners in toenemende mate in contact komen met cliënten die, naast een licht verstandelijke beperking, een psychiatrisch ziektebeeld hebben. In de verstandelijke gehandicaptenzorg zien we steeds meer cliënten met psychiatrische problematiek. Het gedrag dat cliënten met zo'n complex ziektebeeld laten zien, is moeilijk te begeleiden. Om deze begeleiding mogelijk te maken, hebben begeleiders kennis nodig over stoornissen, IQ (cognitief en peroraal), sociaal emotionele ontwikkeling en het psychiatrisch ziektebeeld (Gijzen, 2017).

Een tekort aan kennis omtrent deze ziektebeelden kan een hogere werkdruk met zich mee brengen. Dit valt te herleiden uit een eerder onderzoek dat is gehouden op de locatie Aveleijn Rohaan. Uit het onderzoek van Letteboer & Machielsen komt naar voren dat een tekort aan competenties de werkdruk kan verhogen op de locatie Rohaan. Een van de aanbevelingen uit het onderzoek van Letteboer & Machielsen stelt dat er onderzoek gedaan moet worden naar de competenties van de medewerkers van deze locatie (Letteboer & Machielsen, 2017)



Figuur 1 Wie werkt door tot hun 65e?

Overgenomen uit "Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen" van Nivel, 2012(<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-Arbeidsomstandigheden-en-doorwerken-tot-65.pdf?>). Copyright 2012, Nivel.

Uit het onderzoek van Letteboer en Machielsen (2017), gehouden op locatie Rohaan, is gebleken dat een tekort aan kennis kan leiden tot hogere werkdruk. Daarom is er gekeken naar de werkdruk in zijn algemeenheid. Een op drie werknemers ervaart werkdruk. Een te hoge of lage werkdruk kan leiden tot psychische en lichamelijke gezondheidsklachten. Men spreekt van werkdruk als de balans tussen de werkbelasting en belastbaarheid van de werknemer verstoord wordt. Uit onderzoek van het NIVEL, weergegeven in figuur 1, blijkt dat 37% van de sociaal agogen aangeeft niet tot hun 65e levensjaar door kan werken. Gelet op verzorgende blijkt dat dit zelfs 51% procent is. De ervaren werkdruk speelt naast de leeftijd, beroepsgroep en ervaren gezondheid een grote rol.

Werkdruk treedt op als men bijvoorbeeld ingewikkelde taken moet uitvoeren dan waar hij of zij geschoold is of wanneer werk niet aansluit bij het opleidingsniveau. Ook omstandigheden op het werk kunnen tot werkdruk leiden. Denk hierbij aan een onduidelijke taakomschrijving of cliënten die een complexe hulpvraag hebben met een extra zorgbehoefte. Werkdruk leidt tot werkstress en dit kan weer leiden tot psychische en lichamelijke gezondheidsklachten. Dit kan zich lichamelijk uiten in een verminderde weerstand, RSI, hoofdpijn en een verhoogde bloeddruk. Psychisch kan dit leiden tot slapeloosheid, depressie, overspannenheid en burn-out (Nivel, 2017).

Naast de hoge werkdruk heeft onderzoek ook uitgewezen dat HBO- opgeleide verpleegkundigen in de GGZ, ziekenhuizen en thuiszorg zich competentier voelen dan verpleegkundigen die MBO zijn opgeleid (Maurits, Veer, & Francke, 2015). Tijdens het onderzoek is hier rekening mee gehouden door uitvragen van het opleidingsniveau van de respondenten.

1.2 DOELSTELLING ONDERZOEK

Korte termijn: “In kaart brengen kennis en expertise van de GGZ/psychiatrie bij werknemers op Rohaan”.

Lange termijn: “De begeleidingsstijl optimaliseren door kennis en expertise aan te laten sluiten bij de problematiek van de cliënt”.

1.3 ONDERZOEKSVRAAG

“Hoe is het gesteld met de kennis en competenties van de begeleiders van Rohaan ten aanzien van de GGZ en psychiatrie”?

1.4 DEELVRAGEN:

1.4.1 THEORETISCHE VRAGEN

- Welke competenties en kerntaken vallen onder de GGZ/psychiatrie?
- Welke problematiek op Rohaan valt onder de GGZ/psychiatrie?

1.4.2 PRAKTISCHE VRAGEN

- Met welke problematiek hebben de werknemers te maken in de praktijk ten aanzien van de GGZ/psychiatrie?
- Welke kennis en competenties willen de werknemers aangereikt krijgen omtrent de GGZ/psychiatrie?
- In welke mate krijgen werknemers genoeg handvatten geboden om de problematiek van Rohaan te kunnen begeleiden?
- Waardoor ervaren begeleiders op Aveleijn Rohaan werkdruk?

2. THEORIE

Vanaf hoofdstuk 2.1 wordt er gekeken naar de competenties van de GGZ-agoog en psychiatrie. Van de kennis en competenties van een GGZ-agoog wordt een compleet en helder algemeen beeld weergegeven.

In hoofdstuk 2.2 wordt er gekeken naar de huidige problematiek van Rohaan. Deze zijn weergegeven in een tabel. De meeste cliënten hebben een dubbele diagnose. In de tabel wordt weergegeven welke problematiek er bestaat op de locatie en hoe vaak deze voorkomt. Uit deze tabel wordt gefilterd wat onder de GGZ en psychiatrische problematiek valt.

In hoofdstuk 2.3 van de theoretische kaders wordt gekeken naar de samenhang van de eerste twee theoretische begrippen. Het beeld van de kennis en competenties van een GGZ-agoog is in het eerste deel helder beschreven. In het tweede deel wordt er gekeken welke problematiek er op Rohaan aanwezig is die samenhangt met de GGZ en psychiatrie. Hoofdstuk 2.6 legt de eerste twee delen naast elkaar. Zo wordt er per ziektebeeld van de GGZ en psychiatrie die op Rohaan aanwezig is beschreven welke kennis of competenties hierbij passen. Op deze manier valt er een globaal beeld te schetsen van de kennis en competenties van GGZ en psychiatrie waar de locatie Aveleijn Rohaan om vraagt.

In hoofdstuk 2.4 worden er conclusies getrokken. Dit wordt gedaan door antwoord te geven op de theoretische deelvragen.

2.1 GGZ ALGEMEEN(COMPETENTIES)

Om begeleiding te kunnen optimaliseren is er gekeken worden naar het totale plaatje van competenties die passen bij het begeleiden van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Door eerst een duidelijk beeld te creëren van de juiste competenties kunnen deze vervolgens worden vergeleken met de aanwezige competenties van de medewerkers van locatie Rohaan. Voor het gedeelte dat het algemene beeld van de competenties van de GGZ en psychiatrie beschrijft, is er gebruik gemaakt van twee bronnen. Beide bronnen beschrijven welke competenties en kennis onder de GGZ en psychiatrie vallen.

Voordat er gekeken wordt naar de competenties en de kerntaken zal er een algemeen beeld worden geschetst over de GGZ professional. De GGZ spitst zich op vier onderdelen:

- 1 preventie van psychische aandoeningen;
- 2 diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen;
- 3 ondersteuning bieden aan mensen met een chronische aandoening bij deelname in de samenleving;
- 4 het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die uit zichzelf geen hulp zoeken.

De doelgroep van de GGZ leidt in algemene zin onder de gevolgen van een psychische aandoening in alle aspecten van het dagelijks leven en behoeven hierin ondersteuning. De GGZ moet aansluiten op een grote diversiteit aan cliënten. De doelgroep kent een zeer breed en divers aanbod wat betreft leeftijd, economische status, sociale status en culturele achtergrond. Deze diversiteit komt terug in wat deze doelgroep wenst in de ondersteuning. De geestelijke gezondheidszorg gebruikt een instrument om aandoeningen vast te stellen en te definiëren, namelijk de DSM-IV. Dit staat voor Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (GgzNederland, 2017).

Binnen de vier onderdelen waar de GGZ zich toespitst wordt onderscheid gemaakt naar zwaarte in de steun of zorg.

- In de eerste lijn wordt zorg verleend dat snel, gemakkelijk en toegankelijk is. Eerstelijns hulpverleners zijn ook degene die doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg.
- Tweedelijns zorg oftewel specialistische GGZ richt zich tot diagnostiek en effectieve behandeling van psychische aandoeningen.
- Derdelijns zorg oftewel topklinische GGZ is bedoeld voor cliënten met complexe en/of zeldzame psychische aandoeningen, die een hoge mate van specialisatie vragen. Dit zijn dan complexe vraagstukken die gaan over eetstoornissen, depressie, verslavingen en persoonlijkheidsstoornissen. Deze topklinische instellingen die zich richten tot deze problematiek hebben meestal een landelijk bereik.

Om de regie over hun leven weer te nemen over hun leven worden psychisch kwetsbare mensen ondersteund. Hierbij zijn veel mensen betrokken waaronder familie en vrienden, burens, maatschappelijke instellingen en algemene gezondheidszorg/ specialistische geestelijke gezondheidszorg.

De GGZ-agoog moet motiverende gespreksvoering beheersen, zelfregie versterkend, systeemgericht, oplossingsgericht en herstel ondersteunend kunnen werken. Daarbij moet de GGZ-agoog de dienstverlening in co creatie met cliënten vorm kunnen geven (Ggz Nederland, 2017)

2.1.1 TAKEN GGZ-AGOOG:

De GGZ-agoog heeft een takenpakket net als elke andere vakspecifieke professional. De taken van de GGZ-agoog zijn onder te verdelen in drie categorieën waarvan dit onderzoek zich toespitst op een van deze categorieën. Dit onderzoek is gericht op het optimaliseren van de begeleidingstijl. De begeleiding kenmerkt zich het meest door taken gericht op de cliënt. Hieronder zijn de cliënt gebonden taken uiteen gezet volgens GGZ Nederland(2017).

A) Oriënteren en analyseren van de situatie

De GGZ-agoog legt contact met de cliënt, naastbetrokkenen en andere hulpverleners. De GGZ-agoog gaat in gesprek met de cliënt en verzamelt op deze manier gegevens van de cliënten onderzoekt hoe de cliënt functioneert en wat zijn of haar leefsituatie is en analyseert de gegevens.

B) Organiseren van begeleiding en behandeling

De GGZ-agoog maakt in samenwerking met de cliënt een plan van aanpak en houdt dit plan aan als vertrekpunt om de begeleiding en behandeling te organiseren. De GGZ-agoog betreft hierbij ook het informele en formele netwerk van de cliënt.

C) Informatie, advies en voorlichting

De GGZ-agoog geeft op eigen initiatief(of verzoek)informatie aan de cliënt die nodig is voor beantwoording van de hulpvraag. Ook heeft de GGZ-agoog een adviserende richting de cliënt en naastbetrokkenen hoe zij bij kunnen dragen aan het herstel en hoe de cliënt het beste gebruik kan maken van voorzieningen maar ook welke preventieve maatregelen hij of zij kan nemen om verergering van de psychische klachten te voorkomen.

D) Individuele begeleiding en behandeling gericht op herstel

De GGZ-agoog geeft individuele begeleiding/behandeling gericht op het herstel en de re-integratie van de cliënt. De ondersteuning is praktisch of psychosociaal van aard. Ook hier betreft de GGZ-agoog zoveel mogelijk het netwerk bij de begeleiding. Bij een zwak sociaal netwerk, richt de GGZ-agoog zich op het uitbreiden en versterken van het netwerk.

E) Stimuleren van participatie in de samenleving

De GGZ-agoog werkt samen met de cliënt aan het participeren in de samenleving. Dit kan gaan over meedoen aan sociale activiteiten, de arbeidsmarkt of het onderwijs. De agoog moet ook een poging doen om het maatschappelijk klimaat te bevorderen waarin mensen met een psychische aandoening mogelijkheden hebben tot sociale integratie. Dit kan door het begrip te vergroten en toegang tot sportverenigingen en buurthuizen te vergemakkelijken.

F) Creëren en hanteren van het therapeutische (leef)klimaat in groepen

De GGZ-agoog zorgt dat de leefomgeving van cliënten die intramurale begeleiding krijgen, ruimte biedt om sociale vaardigheden te leren en te werken aan begeleidingsdoelen.

G) Groepsgerichte begeleiding

De GGZ-agoog organiseert bijeenkomsten voor cliënten welke hij begeleidt. Dit zijn trainingen gericht op onderwerpen die bijdragen aan herstel en zelfverzekerdheid van de cliënt of lotgenoten met vergelijkbare problematiek.

H) Preventie en hanteren van crisissituaties

De GGZ-agoog werkt aan preventie van crisissituaties, zodat dwang en drang zo min mogelijk ingezet hoeven worden. Wanneer er toch sprake is van acute psychische nood, verleent de GGZ-agoog kortdurende intensieve, meestal directieve begeleiding.

I) Rapporteren, evalueren en bijstellen van de hulpverlening

De GGZ-agoog evalueert regelmatig het verloop en de voortgang van het ondersteuningstraject. Zo nodig stelt ze in overleg met de cliënt en naastbetrokkenen de doelen en het ondersteuningsplan bij (GgzNederland, 2017).

2.1.2 COMPETENTIES GGZ-AGOOG

De competenties welke een GGZ-agoog moet bezitten wordt opgedeeld in twee onderdelen. De generieke(algemene)competenties en de specifieke competenties (ggznederland, 2017). Generieke competenties zijn competenties die elke hulpverlener zou moeten bezitten. Dit onderzoek spitst zich toe op de specifieke competenties welke hieronder zijn uitgewerkt.

De vakspecifieke competenties hebben een sterke invloed op de identiteit van de beroepsgroep. De afzonderlijk competenties zijn daarbij niet bepalend, maar eerder de unieke combinatie ervan. De competenties zijn vakspecifiek als ze op drie aspecten discrimineren ten opzichte van de generieke competenties. Deze aspecten zijn; de beoogde doelgroepen, de beroepscontext en de benodigde vakkennis en de hierbij toe te passen methoden en technieken.

- De beoogde doelgroepen: de beroepskracht heeft kennis van de specifieke kenmerken van de cliënten en kunnen die kennis integreren in hun beroepsmatig handelen.

- De beroepscontext: Verschillen in de context worden bepaald door de plaats van handelingen. Zoals een spreekkamer, algemene voorziening, thuissituatie van de cliënt, gedwongen kader of intramuraal.

- De benodigde vakkennis en de toe te passen methoden en technieken van de beroepskracht.

Hieronder worden de vakspecifieke competenties van de GGZ-agoog geformuleerd volgens GGZ Nederland(2017)

H) Werkt outreachend

De GGZ-agoog heeft op proactieve wijze contact met cliënt, naastbetrokkenen en betrokken professionals. Op deze wijze krijgt de agoog zicht op situaties waar hulpverlening noodzakelijk is en kan er worden ingegrepen.

I) Ondersteunt de cliënt in het herstelproces

De GGZ-agoog motiveert de cliënt op creatieve, enthousiaste wijze om de kwaliteiten en mogelijkheden aan te wenden bij de aanpak van het probleem. Bij dit herstelproces probeert de cliënt de draad weer op te pakken en het leven opnieuw richtingen inhoud te geven.

J) Ondersteunt de cliënt bij rehabilitatie

De GGZ-agoog probeert de cliënt weer actief te laten participeren in de samenleving. Dit doet de agoog door de cliënt inzicht te laten krijgen in hun situatie en hen hierbij te ondersteunen in het benutten van mogelijkheden.

K) Ondersteunt de cliënt bij netwerkontwikkeling

Om een sociaal isolement tegen te gaan, helpt de GGZ-agoog het persoonlijke netwerk van de cliënt te ontwikkelen.

L) Motiveert en ondersteunt bij gedragsverandering

De GGZ-agoog ondersteunt de cliënt bij gedragsverandering. De GGZ-agoog zal zicht richten op het handhaven en versterken van de zelfredzaamheid door bewezen effectieve methoden en werkwijzen toe te passen.

M) Werken in gedwongen kader

De GGZ-agoog gaat op een respectvolle en duidelijke wijze om met de cliënt bij gedwongen opname. De GGZ-agoog kan wet en regelgeving toepassen waardoor de cliënt weet waar hij of zij aan toe is.

N) Creëert een therapeutisch (leef)klimaat binnen de groepsgerichte behandeling

De GGZ-agoog streeft samen met de cliënt naar gedragsverandering. Dit door het inzetten van de leefgroep als behandeling instrument om gedrag te kunnen beïnvloeden (ggznederland, 2017).

2.1.3 KENNISGEBIEDEN GGZ-AGOOG

Volgens GGZ Nederland(2017) behoort een GGZ-agoog te beschikken over kennis van bepaalde kennisgebieden. Deze worden hieronder uitgewerkt.

A) Systeemtheorie

Een GGZ- agoog moet kennis hebben over materie dat te maken heeft met de systeemtheorie. Dit richt zich op de systeembenadering, toegepast in de communicatietheorie en in processen. Hierin is sprake van interactie tussen personen en interactie of transactie tussen personen.

B) Agogiek

Agogiek heeft betrekking op het systematisch en normatief werken.

C) Biologie, geneeskunde, gezondheidskunde

Dit kennisgebied is gericht op de menselijke natuurlijke gegevenheid en betekenis ervan voor het welbevinden.

D) Psychologie en psychiatrie

In de psychologie en psychiatrie onderzoekt men de ontwikkeling van de persoonlijkheid, ontwikkeling van persoons modaliteiten. Dit zijn emoties, percepties en gedrag.

E) (Ortho)pedagogiek en socialisatietheorie

(Ortho)pedagogiek en socialisatietheorie hebben betrekking op bijvoorbeeld de directe opvoedingsomgeving, opvoedproblemen of het gezin.

F) Sociologie

Sociologie houdt zich bezig met de sociale context. Denk hierbij aan de buurt, maatschappelijke participatie of de feitelijke woonomgeving.

G) Levensbeschouwing, ethiek, filosofie

Het gebied richt zich op natuurlijke gegevenheid en betekenis ervan voor ons welbevinden.

H) Culturele antropologie

In de culturele antropologie onderzoekt men verschillende culturen en het wederzijdse verstaan, met de nadruk op diversiteit in het samenwonen en leven.

I) Economie, maatschappijleer en recht

Dit kennisgebied houdt zich bezig met arbeid, inkomen, sociale zekerheid, ontwikkelingen in de democratische rechtsstaat, staatsrecht, strafrecht, burgerlijk recht, rechtsprincipes en de sociale thematiek, historische en actuele sociale inrichting van de samenleving en de sociale geschiedenis van Nederland en Europa.

J) Kunsttheorie

Kunsttheorie betreft kennis van kunsttheorieën, kunstgeschiedenis, kennis van eigenschappen en technieken van de muzisch-agogische media (ggznederland, 2017).

2.1.4 GGZ INTENSIVE CARE

Als er wordt gesproken over intensive care in de GGZ dan gaat het over 7 x 24 uren klinische zorg voor ernstig zieke patiënten. Deze kunnen niet op een reguliere opnameafdeling verblijven omdat hun eigen veiligheid in het geding komt of vanwege ernstige symptomen of functiestoornissen en/of hoge mate van verlies van zelfcontrole. Op locatie Rohaan vinden af en toe ook crisisopnames plaats. Dit traject vraagt om andere competenties en/of kennis. Het onderscheid met de competenties voor IC en de genoemde kennis/competenties uit hoofdstukken 2.1, 2.2 en 2.3 zit vooral in de mate en de uitgebreidheid van de kennis en het handelingsrepertoire (Borgesius, 2010).

Kennis

- uitgebreide kennis van (de behandeling van) de psychopathologie, trauma's, alcoholendugsgebruik en de gevolgen daarvan;
- wetkennis, kennis van patiëntenrechten en het adequaat toepassen van die kennis;
- kennis van de-escalatie en onderhandelingsmethoden;
- kennis van observatietechnieken en -methodieken en deze kunnen hanteren;
- kroegsignalering.

Vaardigheden

- contact leggen en houden met zeer verwarde en geagiteerde patiënten;
- beschikken over creativiteit en buiten kaders kunnen denken om de relatie met de patiënt positief te beïnvloeden;
- goed en snel kunnen wisselen tussen grenzen stellen en met de patiënt meebewegen;
- hanteren groepsmilieu dat sterk onder druk staat en aan grote schommelingen

onderhevig is;

- angst bij de patiënt aanvoelen en er op kunnen reageren;
- agressie signaleren en daarop anticiperen (de-escalatietechnieken);
- gespreksvaardigheden;
- voorlichting kunnen geven op uiteenlopende niveaus;
- multidisciplinair kunnen werken, en dus ook multidisciplinair kunnen vormgeven van het behandelplan.

Attitude

- geduld en zelfbeheersing;
- zelfkennis (voortdurend bewust van effect van eigen gedrag);
- spanningsverminderend kunnen werken: het kunnen bieden van troost, gebruik kunnen maken van humor, ontspannende activiteiten kunnen aanbieden;
- besef van culturele verschillen in de bejegening van patiënten.

2.2 PROBLEMATIEK ROHAAN

In dit rapport is vooral gekeken naar de kennis en competenties van de GGZ en psychiatrie. Er is gekeken naar de diagnose van de cliënten van Rohaan. Deze zijn in het volgende schema weergegeven. Hierin zal te zien zijn dat veel cliënten, naast een verstandelijke beperking, ook last hebben van psychische stoornissen en psychiatrische aandoeningen. Dit zijn ziektebeelden die relevant zijn voor kennis en competenties van de GGZ en psychiatrie. Omdat psychische stoornissen en psychiatrische aandoeningen relevant voor het onderzoek worden onder tabel 1 zes ziektebeelden uitgewerkt.

Tabel 1 Diagnostiek van cliënten Rohaan

Diagnose	Aantal
Verstandelijke handicap	28
Psychiatrische aandoening	11
Psychische stoornis	10
Schizofrenie	1
Psychoneurotisch	1
Verslaving	8
Autisme	2
SGLVG	1
SGEVG	2
Gilles de la Tourette	1
ADHD	1
Diabetes	2
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1
Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type	1

Aveleijn, 2017

2.2.1 PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

ADHD

ADHD is een aangeboren en erfelijke afwijking van kleinere delen in de hersenen. Dit kan zorgen voor aandachtsproblemen, impulsiviteit en hyperactiviteit. Mensen met ADHD zonder hyperactiviteit werd ADD genoemd. Mensen met ADHD ervaren dus aandachtsproblemen in de vorm van bijvoorbeeld snel afgeleid zijn, kort kunnen lezen, vergeetachtig en chaotisch zijn. Ook hyperactiviteit speelt een rol. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld moeite met stilzitten, friemelen, druk praten en innerlijke rusteloosheid(gevoel). Daarnaast hebben mensen met ADHD te maken met impulsiviteit. Dit komt tot uiting in bijvoorbeeld impulsaankopen, ongeduldig zijn, gokken en vreetbuien hebben (centraal, 2017)

Schizofrenie

Schizofrenie wordt gekenmerkt als een ernstige en complexe psychiatrische ziekte, die gepaard gaat met psychoses. Mensen met schizofrenie verliezen het contact met de realiteit. Erfelijkheid speelt een grote rol in de oorzaak van schizofrenie maar genetische aanleg alleen is niet de enige factor. Ook belastende omstandigheden(stress) waarin iemand kwetsbaar is kunnen psychoses een kans krijgen. Schizofrenie openbaart zich vaak rond de puberteit waarin persoonlijke veranderingen het grootst zijn.

Schizofrenie kent verschillende kenmerken. Dit zijn bijvoorbeeld wanen, hallucinaties en het wegvallen van de samenhang in spraak en denken, maar ook onlogische gedragingen en gebrek aan emotie en motivatie zijn kenmerken. Om van schizofrenie te spreken moeten er minsten twee van deze kenmerken/symptomen zich openbaren.

Behandeling van schizofrenie vindt plaats in de GGZ. Cliënten met schizofrenie krijgen vaak antipsychotica als medicijnen. Deze bestrijden de symptomen maar bieden geen genezing. Deze medicatie kent veel bijwerkingen wat het voor sommige patiënten/cliënten onmogelijk maakt om het medicijn te blijven gebruiken. Als cliënten (voor)tekenen van een psychose kunnen herkennen bij zichzelf dan kunnen ze op tijd hulp zoeken. Hierbij hoort goede voorlichting bij de behandeling (Hersenstichting, 2017).

Verslaving

Men spreekt van een verslaving als iemand lichamelijk of geestelijk afhankelijk wordt van een stof of gewoonte. Het gedrag wat hierbij tot uiting komt is gericht op het verkrijgen van een middel of het handelen naar de gewoonte. Als men stopt met de gewoonte of het middel treden er ontweningsverschijnselen op. Als we spreken over een middelenverslaving gaat het voornamelijk om drugs of psychoactief middel. Bij een gewoonteverslaving gaat men op zoek naar de kick. Denk hierbij aan een gokverslaving of seksverslaving. Een oorzaak van verslaving is niet meteen aan te wijzen. Wel kan er worden gesteld dat het gaat om een samenspel van persoonsgebonden- en omgevingsfactoren. Het risico om verslaafd te raken is 40 tot 60% erfelijk bepaald. Daarnaast spelen persoonlijkheidskenmerken een rol net als de aanwezigheid van andere psychische aandoeningen, zoals een depressie. De omgeving is ook medebepalend (Spoor, 2017).

2.2.2 PSYCHISCHE STOORNISSEN

Posttraumatische stressstoornis

Bij een post traumatische stress stoornis heeft een persoon een nare ervaring opgedaan. Dit kan komen door een ongeluk, een overval, mishandeling of seksueel geweld. Het kan lang duren voordat een soortgelijke gebeurtenis verwerkt wordt. Wanneer het niet lukt om een schokkende gebeurtenis te verwerken, kan een persoon dit aan verschillende klachten merken. Dit zijn hartkloppingen, schrikt snel en bent somber (Gezondheid, 2017).

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Borderline is een psychische aandoening waarbij de cliënt te maken krijgt met angst, depressiviteit en in de war zijn. Borderline is voor een deel erfelijk bepaald, maar ook het meemaken van een traumatische gebeurtenis speelt een rol. Borderline is mogelijk een gevolg van meerdere psychische problemen.

Personen die borderline hebben vinden het niet makkelijk om vriendschappen of relaties op te bouwen. Borderline is moeilijk te behandelen. Dit kan gedaan worden aan de hand van psychotherapie. Deze therapie kan worden ondersteund door tijdelijke farmacotherapie, sociotherapie en systeemtherapie (Gezondheidsplein, 2017).

Parafilie

Over het algemeen worden mensen opgewonden door een persoon van hetzelfde of een ander geslacht. Mensen met parafilie hebben seksuele gevoelens bij personen of voorwerpen die niet als direct seksueel worden gekenmerkt. Voorbeelden van parafilie zijn onder andere pedofilie, fetisjisme en voyeurisme (Psyonline, 2017).

Parafilie is pas problematisch zodra er geen instemming is van een ander en als het leidt tot strafbare feiten.

2.3 SAMENHANG

In het tweede gedeelte van het theoretische kader is kort beschreven welke problematiek op Rohaan aanwezig is en wat deze ziektebeelden inhouden. In dit gedeelte van het theoretische kader wordt gekeken naar welke competenties en kennis er wordt gevraagd om deze ziektebeelden te begeleiden. Op deze manier wordt er een beeld geschetst van de kennis en competenties die werknemers dienen te beschikken om de problematiek op Rohaan te kunnen begeleiden. Hieronder zijn de meest geschikte competenties bij de diagnoses weergegeven.

ADHD

Zoals in hoofdstuk 2.2 beschreven staat kenmerkt ADHD bij cliënten zich in impulsiviteit, hyperactiviteit en aandachtsproblematiek. Ook kunnen cliënten met ADHD disfunctioneel gedrag vertonen (Centraal, 2017).

Competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Werkt outreachend
- Creëert therapeutisch (leef)klimaat

De GGZ-agoog dient te beschikken over een rustige en duidelijke communicatie. Dit zorgt voor rust bij aandachtsproblematiek. Daarnaast is een prikkelarme omgeving een goede setting om een cliënt met ADHD te kunnen begeleiden. Als GGZ-agoog dien je dit klimaat te kunnen creëren en in te zetten bij de begeleiding.

Schizofrenie

Zoals in hoofdstuk 2.2 beschreven staat kenmerkt schizofrenie zich onder andere in wanen, hallucinaties, gebrek aan motivatie en onlogische gedragingen (Hersenstichting, 2017).

Competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Werkt outreachend
- Ondersteunt cliënt bij het herstelproces
- Creëert een therapeutisch leefklimaat binnen groepsgerichte behandeling.

Vanuit de IC GGZ, past hierbij de competenties:

- Contact leggen en houden met zeer verwarde en geagiteerde cliënten.

De GGZ-agoog dient cliënten met wanen en hallucinaties niet te erkennen maar hun verhaal wel serieus te nemen. Dit onderdeel is belangrijk in contact met de cliënt. Het ondersteunen de cliënt met schizofrenie is belangrijk, gezien het kenmerk gebrek aan motivatie bekend is bij dit ziektebeeld.

Verslaving

Zoals in hoofdstuk 2.2 beschreven staat kenmerkt een verslaving zich bij een cliënt als deze lichamelijk en geestelijk afhankelijk wordt van een middel of gebruik (Spoor, 2017).

De competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Ondersteunt cliënt bij het herstelproces
- Ondersteunt cliënt bij rehabilitatie
- Ondersteunt cliënt bij netwerkontwikkeling.

De GGZ-agoog biedt voorwaardelijke steun aan de cliënt. Cliënten met een verslaving raken vaak hun plek in de maatschappij kwijt. De GGZ-agoog biedt handvatten ter re-integratie van de cliënt. De GGZ-agoog biedt ondersteuning aan het vitaliseren van een gezond netwerk. Cliënten met een verslaving houden deze verslaving vaak in stand door hun oude netwerk.

Posttraumatische stressstoornis

Zoals in hoofdstuk 2.2 beschreven staat kenmerkt PTSS zich door een nare ervaring welke een cliënt heeft opgedaan. Dit door bijvoorbeeld een ongeluk, mishandeling of seksueel geweld. Het verwerkingsproces hiervan is lang.

De competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Werkt outreachend
- Ondersteunt de cliënt bij het herstelproces
- Motiveert en ondersteunt bij gedragsverandering

Vanuit de IC GGZ past kennis omtrent trauma's en het aanvoelen van angstigheid bij de cliënt het meest.

De GGZ-agoog zet in op traumaverwerking en sluit aan bij de leefwereld van de cliënt. Samen met de cliënt gaat de agoog werken aan het terug krijgen van de regie op de eigen leefsituatie. Daarnaast neemt de cliënt een motiverende rol aan en richt zich op de behandelingen en ondersteuning van de zelfredzaamheid.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

In hoofdstuk 2.2 staat beschreven dat Borderline zich kenmerkt door angst, in de war zijn en depressiviteit. Dit kan mede zijn door een traumatische ervaring. Cliënten met Borderline vinden het moeilijk om vriendschappen of relaties op te bouwen (Gezondheidsplein, 2017).

De competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Creëert een therapeutisch (leef)klimaat.
- Ondersteunt de cliënt bij netwerk ontwikkeling
- Motiveert en ondersteunt bij gedragsverandering.

Als GGZ-agoog moet je een actieve en betrokken houding kunnen aannemen bij cliënten met Borderline. Als GGZ-agoog dien je de cliënt verantwoordelijk te houden voor het eigen gedrag. Als agoog is bedachtzaamheid aangeraden. Je moet kunnen inspelen op hevige emoties van cliënten.

Parafilie

In hoofdstuk 2.2 staat beschreven dat mensen met parafilie seksuele gevoelens hebben bij personen of voorwerpen die niet direct als seksueel worden gekenmerkt. Een voorbeeld hiervan is pedofilie. Parafilie hoeft niet per definitie te worden genezen. Wanneer parafilie strafrechtelijk problematiek geeft of gaat geven, dient behandeling en ondersteuning plaats te vinden. Begeleiding van deze problematiek zit voornamelijk in het begeleiden van seksuele impulsen (Psyonline, 2017).

De competenties die hierbij het meest van toepassing zijn:

- Ondersteunt cliënt bij rehabilitatie
- Ondersteunt de cliënt bij gedragsverandering.

Vanuit de IC GGZ kan er worden gesteld dat de GGZ-agoog kennis dient te dragen van de wet en regelgeving en kan hierover voorlichting geven.

De GGZ-agoog ondersteunt de cliënt in het aanleren van alternatieven omtrent hun seksuele verlangens. Daarnaast is rehabilitatie voor de cliënt een belangrijk onderwerp gelet op de strafbare vormen van parafilie. Maatschappelijk gezien zijn de strafbare vormen van parafilie niet geaccepteerd. Cliënten ondervinden hinder bij terugkeren in de maatschappij.

2.4 CONCLUSIE THEORETISCH KADER

2.4.1 COMPETENTIES EN KERNTAKEN

De eerste deelvraag is “welke competenties en kerntaken vallen onder de GGZ/psychiatrie?”. De doelgroep van de GGZ lijdt in algemene zin onder de gevolgen van een psychische aandoening in alle aspecten van het dagelijks leven en heeft hierin ondersteuning. Kerntaken binnen de GGZ zijn te verdelen in vier onderdelen:

- preventie van psychische aandoeningen;
- diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen;
- ondersteuning bieden aan mensen met een chronische aandoening bij deelname in de samenleving;
- het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Om de eigen regie in het leven weer te herpakken worden psychisch kwetsbare mensen ondersteund. De GGZ-agoog dient over competenties te beschikken die hierbij aan sluiten. Samenvattend beschikt een GGZ-agoog over motiverende gespreksvoering en kan zelfregie versterkend, systeemgericht, oplossingsgericht en herstel ondersteunend werken.

De tweede deelvraag is: “welke problematiek op Rahaan valt onder de GGZ/psychiatrie?”

Er is op basis van diagnostiek een schema opgesteld weergegeven in tabel 1 van hoofdstuk 2.2. Uit deze diagnostiek komen een paar ziektebeelden naar voren. Van deze ziektebeelden die voorkomen op Aveleijn Rahaan zijn er zes uitgewerkt in hoofdstuk 2.2. De volgende ziektebeelden van Aveleijn Rahaan vallen onder de GGZ/psychiatrie:

- ADHD
- Schizofrenie
- Verslaving
- PTSS
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Parafilie.

Naast de literatuur wordt er ook aan de medewerkers van Aveleijn Rahaan gevraagd met welke problematiek/ziektebeelden, omtrent de GGZ/psychiatrie, zij te maken hebben. Deze zullen bij de resultaten in dit rapport worden weergegeven.

3. METHODE VAN ONDERZOEK

3.1 ONDERZOEKSMETHODE

Het doel van dit onderzoek was het inventariseren van de aanwezige kennis en expertise op Aveleijn Rohaan. Dit is gedaan door een kwalitatief onderzoek te houden. Om dit te kunnen inventariseren zijn er verschillende begeleiders geïnterviewd en is er een enquête gehouden. Aan de hand van de enquête is er basis informatie opgehaald. Hierop is een diepte interview opgesteld en afgenomen.

Kwalitatief onderzoek is gericht op mensen. Dit onderzoekstype is gericht op menselijke ervaringen door na te gaan wat mensen vinden of voelen. Kwalitatief onderzoek gaat uit van subjectieve ervaringen, hierdoor moet de data die verzameld wordt goed gestroomlijnd worden. Op voorhand moet er uitgewerkt worden wat er precies onderzocht wordt en hoe dit uitgevraagd gaat worden (Zee, 2017).

Doordat dit onderzoek het doel heeft om de kennis en expertise bij begeleiders te inventariseren, betreft het een inventariserend onderzoek. Doordat de interviews ingaan op de subjectieve meningen van begeleiders, wordt er door middel van een kwalitatief onderzoek antwoord gegeven op de hoofdvraag. Hierdoor kan er een oordeel worden uitgesproken en hierop kunnen aanbevelingen worden gedaan.

3.2 ONDERZOEKSTYPE

Dit onderzoek is een inventariserend onderzoek. Voor een inventariserend onderzoek is het belangrijk om na te gaan wat de huidige situatie is en wat de ontwikkelingen zijn van de situatie die in beeld wordt gebracht. Voor dit onderzoek is er een ontwikkeling gaande in het 'soort' cliënten die binnen de gehandicaptenzorg geplaatst worden. In toenemende mate moeten begeleiders in de gehandicaptenzorg ook begeleiding geven aan cliënten met psychiatrische problematiek. Aveleijn Rohaan wil dat de begeleiders op deze locatie ook deze cliënten goed kunnen begeleiden. Om hier antwoord op te geven moet er eerst in kaart worden gebracht hoeveel kennis en expertise de begeleiders over GGZ/ psychiatrie hebben. Hier draagt een inventariserend onderzoek aan bij (Migchelbrink, 2000).

Bij een inventariserend onderzoek wordt er informatie verzameld door literatuur onderzoek, een enquête en door face- to- face interviews. Door verschillende databronnen te gebruiken kan er gesproken worden van triangulatie. Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. Door de inventarisatie van informatie uit de literatuur en de interviews kan er uiteindelijk antwoord gegeven worden op de hoofdvraag (Migchelbrink, 2000).

3.3 MEETINSTRUMENT

De data dat voor dit onderzoek relevant is, is verzameld door gebruik te maken van een enquête en het houden van een interview(bijlage 4). Vanuit de enquête wordt er gevraagd naar de algemene beleving van de werknemers op locatie Aveleijn Rohaan. In de enquête worden middels stellingen gevraagd of de medewerkers zich kunnen herkennen aan het gestelde. De enquête bestaat uit een gestructureerde vragenlijst. Hierin staan de vragen en antwoordmogelijkheden vast. Doelstelling van de enquête is het uitvragen waar de behoeftes liggen van de respondenten op basis van ervaringen van de medewerkers.

Op de uitkomsten van de enquête is een interview opgesteld. Het interview bestaat uit een semigestructureerde vragenlijst. Door het houden van het interview kunnen we meer diepgang aan brengen om de kwalitatieve gegevens te kunnen verwerken.

3.4 ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF

Dit onderzoek is uitgevoerd op een locatie van Aveleijn. De respondenten van dit onderzoek zijn de medewerkers van Aveleijn locatie Rohaan. Zoals hierboven al beschreven staat is er gebruik gemaakt van twee verschillende meetinstrumenten.

Het eerste meetinstrument dat is ingezet is de enquête. Om deze betrouwbaar te maken hebben we de enquête gedeeld met alle werknemers van Aveleijn Rohaan. Van de 46 begeleiders die op Rohaan werken hebben er 25 deze enquête ingevuld. Dit komt uit op een respons van 54,3%. Ook is er gevraagd naar de functies van de respondenten. Het streven was dat ondersteunend begeleiders, persoonlijk begeleiders en senior begeleiders als respondent op zouden treden. Dit is ook gelukt. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de enquête groter.

De interviews dienden diepgang aan te brengen aan de informatie die al verkregen was uit de enquêtes. Na de gehouden enquête zijn er zes medewerkers benaderd voor een diepte-interview. Er is gekozen om een gevarieerde onderzoekspopulatie samen te stellen om tot een zo duidelijke mogelijk beeld te komen. Onder de zes geïnterviewde respondenten zaten twee persoonlijk begeleiders, twee ondersteunend begeleiders en twee senior begeleiders. Hier is voor gekozen om zo alle functies op de werkvloer aan het woord te laten komen waardoor je een breed perspectief verschaft. Uiteindelijk zijn er vijf interviews afgenomen.

3.5 ONDERZOEKSPROCEDURE

Voor het onderzoek zijn er praktische deelvragen opgesteld. Om antwoord te krijgen op deze vragen is er allereerst een proefenquête opgesteld. Deze is voorgelegd aan de opdrachtgever ter goedkeuring. Na goedkeuring is de enquête nogmaals gecontroleerd of er deels antwoord kon worden gegeven op de deelvragen. Hierna is de enquête rond gestuurd op de locatie Rohaan.

Om tot zo veel mogelijk respondenten te komen, is er besloten om de enquête twee weken te laten draaien. Na een week is er een reminder gestuurd om de enquête nogmaals onder de aandacht te brengen.

Vanuit de enquête zijn de resultaten geanalyseerd en hierop is een interview opgesteld. Het interview is gecontroleerd door de opdrachtgever en hierdoor zijn er nog wat aanpassingen geweest in de vragenlijst. Om de duur van het interview te bepalen is er eerst een proefinterview gehouden door de onderzoekers. Hierdoor werd ook gemeten of er antwoord werd gegeven op de deelvragen. De ervaring die hiermee is opgedaan is gebruikt om vraagstellingen beter te omschrijven doordat er bijvoorbeeld een onduidelijke formulering in zat.

Het interview is afgenomen op basis van een uitnodiging. Zie hiervoor ook hoofdstuk 3.4. De onderzoekers hebben het interview afgenomen volgens een bepaalde structuur. Beide onderzoekers waren aanwezig tijdens de interviews en hierin hadden beiden onderzoekers een eigen rol. Één van de onderzoekers leidde het interview en stelde de vragen en de andere onderzoeker schreef mee, had controle over de opnameapparatuur en kon eventueel verdieping in de vragen brengen bij onduidelijkheden. De interviews zijn gehouden in gesloten ruimtes en de geïnterviewden zijn vooraf in kennis gesteld over de anonimiteit van het interview.

3.6 DATA ANALYSE

Middels het online programma survio.com is er een enquête opgesteld. Deze online omgeving is voor de respondent toegankelijk middels een link. De data is door dit programma makkelijk en overzichtelijk uit te lezen. De data is gebaseerd op ervaringen van de werknemers van locatie Rohaan en door dit programma omgezet in percentages.

Op de uitkomsten van de enquête is het interview opgesteld. De data die is verkregen middels de interviews, zijn uitgeschreven en geanonimiseerd in een verbatim. De verbatims zijn vervolgens gearchiveerd. Vanuit de deelvragen zijn labels opgesteld en heeft er gerichte codering plaatsgevonden. Bij het gericht coderen kijk je naar de onderzoeksvragen en ga je in segmenten bekijken welke uitspraken relevant zijn voor beantwoording van de onderzoeksvragen (Baarda, et al., 2013).

Het labelschema is opgesteld door een onderzoeksvraag een label te geven en dit eventueel op te delen in sublabels. Hierbij zijn de fragmenten genummerd en hebben de geïnterviewden hun eigen nummer. Na elk fragment vallend onder het zelfde label zijn deze met elkaar vergeleken. Hierdoor kon er selectief een conclusie geschreven worden. De conclusies zijn beschreven in het resultatenhoofdstuk van het bachelorrapport. Tot slot zijn er een aantal citaten toegevoegd om deze tekst te ondersteunen en te bekrachtigen.

3.6 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid in het onderzoek is bevorderd door meerdere factoren. Gevraagd is er tijdens de duur van de enquête dat medewerkers onderling niet communiceren over de enquête als zij die hadden ingevuld. Hierdoor is de objectiviteit van de enquête gewaarborgd gebleven. Het instrument dat is gebruikt voor de enquête is anoniem en geeft geen persoonlijke gegevens vrij. Hierdoor is de privacy van de respondent gewaarborgd. Door de anonimiteit kan de respondent in vrijheid spreken.

Tijdens de interviews zijn beide onderzoekers aanwezig geweest. Één van de onderzoekers is werkzaam op Rohaan en kent de werknemers van de locatie. De andere onderzoeker is wel werkzaam bij Aveleijn maar niet op de locatie. Hierdoor kon de andere onderzoeker zich onbekend opstellen en eventueel verhelderende en gerichte vragen stellen bij onduidelijkheden. De interviews zijn opgenomen en in alle letterlijkheid uitgeschreven. Hierdoor is de interpretatie van de onderzoeker transparant en tot een minimum beperkt.

De interviews zijn afgenomen zoals ook benoemd in hoofdstuk 3.3 middels een semigestructureerde vragenlijst. Hierdoor vind er geen sturing plaats in de antwoorden van de respondent. Op de locatie Rohaan zijn er 46 medewerkers werkzaam. Hiervan hebben er 25 gereageerd op de enquête. Dit is een percentage van 54,3%. De betrouwbaarheid van de resultaten wordt ook vergroot door een selectieve keuze te maken in de functies van de werknemers voor de interviews.

Zo zijn er twee ondersteunend begeleiders, twee persoonlijk begeleiders en twee senior begeleiders benadert voor een interview. Uiteindelijk zijn er twee ondersteunend, twee persoonlijk en één senior begeleider geïnterviewd. Op deze manier zijn alle functies op de werkvloer aan het woord gekomen.

3.7 VALIDITEIT

Bij het opstellen van de enquête is er gekeken naar de validiteit. Dit is gewaarborgd door de vragen eerst voor te leggen bij de opdrachtgever. Daarna is de enquête eerst ingevuld door een onafhankelijk persoon. Hierbij is gecheckt of deze antwoorden daadwerkelijk antwoord gaven op de deelvragen van dit onderzoek. Er hebben na deze proefenquête veranderingen plaats gevonden in de vragenlijst zodat er helder informatie werd verkregen op de deelvragen.

Net als bij de enquête is er voor het interview ook eerst een proefinterview opgesteld. Deze is ook voorgelegd aan de opdrachtgever en afgenomen bij onafhankelijk persoon. Na dit proefinterview zijn de interviewvragen bijgesteld om de antwoorden beter aan te laten sluiten bij de deelvragen. Doordat er tijdens de enquête al basisinformatie over het onderwerp is verzameld, zijn de vragen in de interviews hier op gericht. In de vragen zijn stellingen gezet die uit de enquêtes naar voren zijn gekomen. Doormiddel van de interviews zijn hier voorbeelden en diepgang uit naar voren gekomen. Door de verkregen informatie uit de enquêtes konden de vragen uit de interviews ook gericht worden gesteld, waardoor ze ook goed aansluiten bij de deelvragen.

3.8 ETHISCHE OVERWEGINGEN

Voor de ethische overwegingen is privacy een belangrijk punt binnen een onderzoek. Hier is tijdens dit onderzoek op verschillende manieren rekening mee gehouden. Allereerst is er voor de enquête een meetinstrument gebruikt waarin alle antwoorden samenkwamen. Dit meetinstrument gaf echter geen privacygevoelige informatie weer. De antwoorden waren dus niet te herleiden naar een respondent. Ook de interviews zijn volledig anoniem afgenomen. Er worden dan ook geen namen van de respondenten genoemd tijdens de opname van het interview. Met de opdrachtgever is geregeld dat de werknemers een uur mochten schrijven voor het meedoen aan een interview. Zo kregen de werknemers hier een vergoeding voor. We hebben ook in deze kwestie rekening gehouden met de anonimiteit. De werknemers die mee hebben gedaan aan de enquête hebben een uur geschreven onder een 'andere naam'. De meeste respondenten hebben dit weggeschreven onder PB-taken.

De interviews die zijn afgenomen werden bijgewoond door beide onderzoekers. Dit hield in dat één onderzoeker een bekende was van de respondenten en de andere onderzoeker onbekend. De onderzoeker die bekend was binnen Aveleijn Rohaan weet hoe het er aan toe gaat op de werkvloer.

4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het onderzoek. Hiervoor is een enquête opgesteld en vervolgens is er een interview gehouden op locatie Rohaan. De respons op de enquête betrof vijftientig respondenten van de zesenvestig begeleiders. Vervolgens zijn er nog vijf interviews afgenomen om diepgang aan te brengen. Het verloop van dit hoofdstuk zal bestaan uit het beschrijven van de resultaten uit de enquête en daarna zullen de resultaten uit de interviews aan bod komen. In de resultaten wordt weergegeven met welke problematiek de locatie te maken heeft, welke handvatten zij geboden krijgen, welke kennis of competenties willen de werknemers aangereikt krijgen en waardoor zij werkdruk ervaren op de locatie.

4.1 ENQUÊTE

In hoofdstuk 4.1 zullen de resultaten worden weergegeven van de enquête. De resultaten zijn verzameld door het meetinstrument Survio.

4.1.1 PROBLEMATIEK

De enquête brengt in kaart met welke problematiek de werknemers op Rohaan voornamelijk werken. De volgende ziektebeelden hebben meer dan de helft van de respondenten aangevinkt. Dit zijn: verstandelijke beperking, verslaving, schizofrenie, Parkinson, depressie, autisme(ASS), ADHD, SGLVG, diabetes, borderline, hechtingsproblematiek en psychotische ziektebeelden. Hiervan vallen volgens de respondenten de volgende ziektebeelden onder de ggz of psychiatrie: schizofrenie, ASS, Borderline, psychotische ziektebeelden en depressie.

4.1.2 ONTWIKKELEN

De enquête heeft gekeken of er voldoende kennis en competenties op de locatie, naar eigen zeggen, aanwezig zijn. Daarnaast heeft de enquête ook de vraag gesteld of werknemers meer kennis en competenties zouden willen beschikken of aangereikt willen krijgen. Vanuit de enquête is gebleken dat slechts elf van de respondenten dat ze zelf voldoende kennis en competenties omtrent de ggz/psychiatrie hebben om de problematiek te kunnen begeleiden op Rohaan. Ook blijkt dat vier van de vijftientig respondenten stelt dat zij te weinig kennis en competenties beschikken om de problematiek op Rohaan te kunnen begeleiden. Hiervan houden tien respondenten zich op neutraal gebied. Van de vijftientig respondenten geven er tweeëntwintig aan dat zij meer behoefte hebben aan kennis en competenties omtrent de ggz/psychiatrie. Hiervan stelt maar één respondent dat hij of zij geen behoefte van aan meer kennis en competenties.

4.1.3 HANDVATTEN

De enquête wordt uitgevraagd of de respondenten voldoende mogelijkheden hebben om kennis en competenties te verwerven rondom de ggz en psychiatrie vanuit de organisatie Aveleijn. Daarnaast wordt er gekeken of er vanuit de collega's, gedragswetenschapper en manager voldoende handvatten worden aangeboden. De enquête bekijkt ook of werknemers zelfstandig en actief op zoek gaan naar kennis en competenties. Uit de enquête is gebleken dat acht van de vijftientig respondenten vindt dat Aveleijn genoeg mogelijkheden biedt om kennis en competenties te verwerven. Hierbij vindt zeven van de vijftientig respondenten dat Aveleijn te weinig mogelijkheden biedt.

Uit de enquête blijkt dat tien van de vijftientig respondenten vindt dat zij genoeg handvatten geboden krijgen door collega's, gedragswetenschapper en de manager. Ook blijkt dat zeven van de vijftientig hierin stelt niet voldoende handvatten te krijgen en acht van de respondenten houdt zich over deze stelling op neutraal gebied. Uit de enquête blijkt dat vijftien van de respondenten stelt dat hij of zij genoeg stappen onderneemt om zijn of haar kennis op peil te houden. Ook stellen zeven respondenten dat zij niet voldoende stappen ondernemen om de kennis op peil te houden.

4.1.4 WERKDruk

In de enquête is uitgevraagd of er werkdruk wordt ervaren op de locatie Rohaan. Hierbij wordt ook uitgevraagd of deze werkdruk te maken heeft met gebrek aan kennis en competenties of dat dit te maken had met andere factoren. Van de vijftientig respondenten geven er tweeëntwintig aan dat zij werkdruk ervaren op de locatie Rohaan. Volgens acht respondenten heeft dit te maken met het gebrek aan kennis en competenties omtrent de ggz en psychiatrie. Hiervan geven negen van de respondenten te kennen dat dit niet te maken heeft met een gebrek aan kennis en competenties. De ervaren werkdruk is volgens vijftien van de respondenten te wijten aan andere factoren dan een gebrek aan kennis en competenties. Wel zijn achttien van de vijftientig respondenten met de stelling: "De juiste kennis en competentie omtrent ggz en psychiatrie kan de werkdruk verlagen".

4.2 INTERVIEWS

Om meer diepgang te krijgen in het te onderzoeken onderwerp is er een diepte interview ingezet. Er zijn vijf interviews gehouden. Hiervan zullen hieronder de resultaten worden weergegeven.

4.2.1 PROBLEMATIEK

In het interview wordt er gevraagd naar de problematiek waarmee de locatie Rohaan te maken heeft. Hierbij geeft meer dan de helft van de respondenten aan te maken te hebben met een verstandelijke beperking. Daarnaast geven de respondenten aan te maken te hebben met de volgende ziektebeelden: autisme, verslaving, antisociale persoonlijkheidsproblematiek en diverse psychiatrische ziektebeelden.

"Gedragsproblematiek en lichtverstandelijke beperking .Daarnaast ook ziektebeelden als autisme, psychiatrie en verslavingsproblematiek (respondent 1). "Het grootste gedeelte is verstandelijke beperking en waanideeën (respondent 2)".

4.2.2 ONTWIKKELEN

Vanuit de enquête is gebleken dat meer dan de helft van de respondenten behoefte heeft aan meer kennis en competenties omtrent de ggz en psychiatrie. In het interview is uitgevraagd welke kennis of welke competenties dit dan zouden zijn.

"De kennis die ik zou willen hebben is als mensen in een psychose raken of waanideeën hebben, daar meer mee kunnen doen. Daarnaast wil ik angsten herkennen en weg kunnen halen (respondent 2)". Vier van de vijf geïnterviewden stellen dat zij meer kennis willen omtrent psychoses en waanideeën. Slechts één van de geïnterviewden stelt dat hij of zij over genoeg kennis beschikt. Gelet op de competenties stelt één van geïnterviewden dat hij vindt dat 75% van de collega's te weinig competenties beschikt.

4.2.3 HANDVATTEN

In de interviews is uitgevraagd of de begeleiders van Aveleijn Rohaan genoeg handvatten geboden krijgen om de problematiek rondom de GGZ/Psychiatrie goed te kunnen begeleiden. Er is onderscheid gemaakt op basis van wie de handvatten aan zou moeten reiken. Dit zijn de collega's, gedragswetenschapper, manager, de organisatie en het eigen initiatief van de begeleider. Alle respondenten gaven in de interviews aan dat er in de eerste instantie om handvatten gevraagd wordt bij collega's. Vier van de vijf respondenten geven aan dat ze bij de collega's onvoldoende handvatten kunnen halen om de problematiek rondom GGZ/Psychiatrie te kunnen begeleiden. Een van de vijf respondenten geeft aan dat er vaak bij de collega's handvatten te krijgen zijn waar de respondent de dag mee doorkomt. Handvatten voor langere termijn kan deze respondent ook niet vinden bij collega's. Alle respondenten vonden het niet direct de taak van collega's om de handvatten aan te reiken omtrent GGZ en psychiatrie. *"Ja, uit de enquête die jullie hebben gehouden zoals jij aangeeft, blijkt dat 88% meer behoefte heeft aan kennis en competenties. Dus ik heb het idee dat ik de handvatten niet van de collega's kan krijgen (respondent 1)". "Als ik vraagstukken heb ga ik in eerste instantie naar de collega's op de werkvloer. Hierdoor krijg ik een handvat om in elk geval de dag door te komen (respondent 3)".*

Vier van de vijf respondenten geeft aan dat er handvatten bij vraagstukken worden gevraagd bij de gedragswetenschapper. Al deze vier respondenten zijn ook van mening dat de gedragswetenschapper de aangewezen persoon is om deze handvatten aan te bieden omdat deze hier de kennis en het opleidingsniveau voor zou hebben. Drie respondenten geven aan dat ze deze in het algemeen wel krijgen, maar dat bij de moeilijke vraagstukken te weinig handvatten worden aangereikt door de gedragswetenschapper. Een van de vier respondenten stelt ook dat de gedragswetenschapper bij moeilijke vraagstukken te weinig handvatten biedt, maar is van mening dat collega's hier niet over mogen klagen zolang ze zelf niet opspreken tegen de gedragswetenschapper of laten blijken dat ze het niet eens zijn met de huidige uitgezette lijnen. Een van de vijf respondenten geeft aan soms ook naar een GGZ-arts te stappen wanneer een casus zo moeilijk is dat het de kennis van een gedragswetenschapper te boven gaat. *"Wij hebben vaak gevraagd om handvatten omtrent een cliënt. Maar tot op heden hebben wij hierover geen concrete handvatten ontvangen. Het team is gemotiveerd maar krijgt te weinig handvatten geboden. Naar mijn inziens moet ik die krijgen van de gedragswetenschapper en als die het niet weet moet de gedragswetenschapper contact zoeken met andere gedragswetenschappers (respondent 4)". "Daarnaast vind ik dat de handvatten door de behandelaar en gedragswetenschapper aangeboden kunnen worden. Deze hebben hier voor gestudeerd (respondent 1)".*

Over de rol van de manager in het aanreiken van handvatten noemen twee van de vijf respondenten iets. Beide respondenten noemen dat de manager niet zozeer zelf degene moet zijn die de handvatten aanbiedt, maar dat de manager een rol heeft in een soepele kennisoverdracht van gedragswetenschapper naar team. *"De manager zou hierin ook een rol kunnen spelen gezien deze het beleid uitzet voor de locatie. Als situaties uit de hand blijven lopen moet de manager vragen gaan stellen bij de gedragswetenschapper (Respondent 3)". "Wij moeten eigenlijk werken in een driehoek tussen gedragswetenschapper, manager en het team. Ik merk dat de laatste tijd het team letterlijk om handvaten roept. Ik krijg het idee dat het team soms tegen een muur aan loopt of niet gehoord wordt. Ik denk dat er een rol ligt voor de manager om dit in goede banen te leiden en dit op te lossen (respondent 4)".*

Een van de vijf respondenten geeft aan dat Aveleijn als organisatie ook meer handvatten aan zou kunnen bieden door meer E-learning's aan te bieden waar werknemers vrijwillig aan deel kunnen nemen. *"Het kan altijd meer en misschien kan Aveleijn meer E-learning's aanbieden waar ik vrijwillig aan kan deelnemen (respondent 4)".*

Ook is er gevraagd of de begeleiders zelf actief stappen ondernemen hun kennis/competenties op peil te houden rondom de GGZ/psychiatrie. Drie van de respondenten geven aan dat ze niet voldoende zelf initiatief nemen om zelf hun kennis en competenties op peil te houden rondom GGZ en psychiatrie. Een van de vijf respondenten stelt dat hij niets doet om zijn kennis op peil te houden rondom GGZ en psychiatrie. Deze respondent vindt dit ook niet bij zijn takenpakket hoort wanneer hij werkt bij een gehandicaptenzorg instelling. Ook geeft een van de vijf respondenten aan dat hij kan stellen dat zowel hij zelf als de meeste collega's niets doet om actief hun kennis op peil te houden rondom GGZ en psychiatrie. *"Ik werk niet bij een ggz-instelling. Ik zit op een locatie vallend onder de gehandicaptenzorg. Wij hebben cliënten met ggz-problematiek en die moeten naar een ggz-instelling en horen niet op Aveleijn Rohaan. Hierdoor ga ik zelf niet actief op zoek naar kennis omtrent de ggz. Dan moeten ze me ook meer betalen (respondent 2)".* "Ik herken mij daar niet in. Ik denk dat ik voor iedereen kan spreken dat het in de praktijk ook helemaal niet waar is (respondent 5)".

4.2.4 WERKDruk

In het interview wordt ook uitgevraagd wat de werkdruk op Aveleijn Rohaan voor de respondenten creëert. Twee van de vijf respondenten geven aan dat een tekort aan kennis en competenties voor een groot gedeelte de werkdruk veroorzaakt op hun werk. *"Ik denk dat deels de kennis die wij niet beheersen om bijvoorbeeld om te gaan met gedragsproblematiek of de psychiatrische kant het werken bemoeilijkt. De juiste kwaliteiten en kennis zal de-escalerend werken en hierdoor zal werkdruk verminderen (respondent 1)".* *"De ervaren werkdruk wordt veroorzaakt door een tekort aan kennis omtrent psychiatrische problematiek (respondent 5)".*

Twee van de vijf respondenten geven aan dat het grote takenpakket zorgt voor de werkdruk op de locatie Aveleijn Rohaan. "Het grote takenpakket voor een pb-er zorgt voor werkdruk. Hierin is het wel belangrijk dat je als pb-er de ondersteunend begeleider betreft in jou takenpakket (respondent 4)".

Ook zijn er oorzaken genoemd als slechte communicatie binnen het team en/of met gedragswetenschapper en manager, ontbrekende handvaten, collega's die nog niet precies weten waar zijn/haar verantwoordelijkheid ligt. Ook wordt er voor één respondent werkdruk veroorzaakt doordat collega's zaken constateren, maar hier vervolgens geen acties op ondernemen.

5. CONCLUSIE

5.1 INLEIDING VAN DE CONCLUSIES

In hoofdstuk 4 worden de resultaten verzameld van de meetinstrumenten. Door de resultaten uit te lezen kunnen er conclusies worden getrokken en kan er antwoord worden gegeven op de praktische deelvragen. Tevens geven de resultaten en de conclusies antwoord op de hoofdvraag. De praktische deelvragen die met dit onderzoek zijn onderzocht geven antwoord op hoe het gesteld is met de kennis en competenties omtrent de ggz/psychiatrie op de locatie Rohaan.

5.1.1 PROBLEMATIEK

De eerste praktische deelvraag gaat over de problematiek waar men mee werkt op Aveleijn Rohaan. De problematiek waar men het meest mee werkt, de verstandelijke beperking, is voor bijna iedereen helder op te noemen. Uit de resultaten valt te concluderen dat wanneer men kan kiezen uit ziektebeelden, zij deze makkelijker kan opnoemen dan dat zij hier naar gevraagd wordt. Uit de interviews blijkt dat alle respondenten maar twee tot vier ziektebeelden uit hun hoofd kunnen benoemen waar zij daadwerkelijk werken. Uit het theoretisch kader blijkt dat er minimaal tien gediagnosticeerde ziektebeelden bekend zijn op Aveleijn Rohaan die raakvlak hebben met de ggz en psychiatrie. Uit de resultaten valt ook te concluderen dat er meer ziektebeelden op Aveleijn Rohaan zijn, dan blijkt uit het theoretisch kader. Ook deze ziektebeelden konden de respondenten in het interview niet benoemen. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat de meeste werknemers niet helemaal helder hebben met welke problematiek zij werken op Rohaan, of enkel kennis hebben van de voor hun meest bekende, dan wel voorkomende, problematiek.

5.1.2 ONTWIKKELEN

De tweede praktische deelvraag onderzocht welke kennis of competenties de werknemers aangereikt zouden willen krijgen. Vanuit de enquête is er gekeken of er al voldoende kennis en/of competenties omtrent de ggz en psychiatrie aanwezig waren op de locatie Rohaan. Uit deze enquête is er in het interview uitgevraagd welke kennis of competenties de werknemers dan zouden willen beheersen. Uit de resultaten kan de conclusie worden getrokken dat slechts 44% van de respondenten zich competent genoeg voelt om de problematiek rondom ggz en psychiatrie te kunnen begeleiden op locatie Rohaan. Hiervan houdt 40% van de respondenten zich op neutraal gebied. Dit wil zeggen dat slechts 12% van de respondenten zich competent genoeg voelen om de problematiek te kunnen begeleiden. Uit de resultaten valt ook te concluderen dat 88% van de respondenten behoefte heeft aan meer kennis omtrent de ggz en psychiatrie. Uit de resultaten valt ook te herleiden dat merendeel van de respondenten aangeeft dat zij één specifieke ziektebeeld benoemen waarvan zij meer willen weten. Uit dit resultaat valt te concluderen dat de medewerkers niet kennis aangereikt krijgen omtrent een ziektebeeld.

5.1.3 HANDVATTEN

De derde praktische deelvraag onderzocht of de werknemers genoeg handvatten geboden krijgen. Daarnaast kwam ook ter sprake wie deze handvatten dan zou moeten aanbieden. Uit de resultaten valt te concluderen dat het personeel over het algemeen te weinig handvatten geboden omtrent de ggz en psychiatrie. Zo vindt slechts 32% van de respondenten dat de organisatie Aveleijn genoeg handvatten aanbied omtrent de ggz en psychiatrie. Ook vindt 40% van de respondenten dat ze genoeg handvatten geboden krijgen van collega's, gedragswetenschappers of de manager. Vanuit de enquête komt naar voren dat 60% van de werknemers zelf voldoende stappen onderneemt om zijn of haar kennis op peil te houden. De resultaten van het interview spreken dit echter tegen. Alle respondenten van het interview geven aan dat zij onvoldoende initiatief nemen om hun kennis op peil te houden. Hiervan geeft er één aan dat hij denkt te kunnen spreken voor alle werknemers van Rohaan dat het niet waar is dat men genoeg stappen onderneemt om zijn of haar kennis op peil te houden.

Uit de resultaten van het interview valt te concluderen dat de respondenten niet tot weinig handvatten verkrijgen bij collega's. Ook zijn de respondenten van mening dat collega's op de eerste plaats niet de aangewezen personen zijn om deze handvatten aan te bieden. Daarnaast vinden alle respondenten dat de gedragswetenschapper de handvatten moeten aan kunnen bieden, maar hierin te kort schieten. Mocht het zo zijn dat de gedragswetenschapper kennis te kort komt, dan zou volgens één van de respondenten de gedragswetenschapper contact moeten leggen met andere disciplines om deze kennis te kunnen verkrijgen. Hieruit valt te concluderen dat de gedragswetenschappers onvoldoende handvatten aanbieden op momenten dat hierom gevraagd wordt. Dit kan eventueel komen doordat in de lijn van communicatie te kort wordt geschoten. Hierin ligt volgens de respondenten een rol voor de manager. Deze rol zal dan voornamelijk de nadruk hebben op de communicatie en kennisoverdracht tussen manager, gedragswetenschapper en team.

5.1.4 WERKDruk

De vierde praktische deelvraag ging over de ervaren werkdruk op locatie Rohaan en of dit in lijn lag met de kennis omtrent de ggz en psychiatrie. In de enquête is uitgevraagd of medewerkers werkdruk ervaren op de locatie Rohaan. Van de 25 respondenten gaf 88% aan dat zij werkdruk ervaren op de locatie. Hiervan gaf 32% aan dat dit komt door een gebrek aan kennis en competenties en 36% gaf aan dat dit komt door andere factoren dan een gebrek aan kennis. Van de 25 respondenten gaf 72% aan dat zij vinden dat de werkdruk verlaagd kan worden door de juiste kennis en competenties omtrent de ggz en psychiatrie. Hieruit valt te concluderen dat de ervaren werkdruk kan worden verlaagd als er op de locatie over de juiste kennis en competenties kan worden overgedragen. Uit de resultaten van de interviews blijkt dat twee respondenten hun werkdruk ervaren door kennis en competenties. Ook geven respondenten aan dat het takenpakket dat zij hebben leidt tot werkdruk. Er valt te concluderen dat het takenpakket van een PB'er groot is gezien beide respondenten die het takenpakket als oorzaak van werkdruk aangeven PB'ers zijn.

5.1.5 ANTWOORD HOOFDVRAAG

Dit onderzoek heeft onderzocht hoe het is gesteld met de kennis en competenties onder de werknemers van Aveleijn Rohaan omtrent de ggz en psychiatrie. Hierin is te concluderen dat de werknemers onvoldoende kennis en competenties hebben omtrent de ggz en psychiatrie maar open staat om deze kennis en competenties te verwerven. Hierin is het belangrijk om de communicatie te blijven behouden tussen de teams, manager en gedragswetenschappers. Daarbij zal iemand hierin een sturende rol moeten oppakken.

5.2 DISCUSSIE

Het onderzoek en de daarbij horende resultaten zijn niet voor andere locaties van Aveleijn geschikt. Dit doordat de uitkomsten gebaseerd zijn op de problematiek van de IBB-locatie. Over het algemeen zijn op de locatie complexere hulpvragen dan binnen de gemiddelde locatie van Aveleijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat op de locatie Rohaan van Aveleijn werknemers te weinig kennis omtrent de ggz en psychiatrie hebben. Dit betekent voor de organisatie dat zij hierin kunnen investeren. Er is gebleken dat er te kort wordt geschoten in de communicatie tussen de teams op de locatie en de aldaar aanwezige gedragswetenschappers. Er wordt wel gevraagd om handvatten maar deze worden niet gegeven of de duur waarin deze worden aanreikt zijn erg lang.

Ook is gebleken dat er te weinig eigen initiatief is onder de werknemers om de kennis op peil te houden. Uit de enquête bleek dat 60% van de respondenten genoeg stappen onderneemt om de kennis op peil te houden omtrent de ggz en psychiatrie. Uit de interviews is naar voren gekomen dat er geen enkele respondent stelt dat zij dit daadwerkelijk doen. Dit zou kunnen duiden op sociaal gewenste antwoorden in de enquêtes. Saunders, Lewis en Thornhill (2015) beschrijven dat respondenten sociaal gewenste antwoorden kunnen geven om zo privacy gevoelige antwoorden te kunnen mijden. Het lijkt er op dat in de enquête wordt gesteld dat men wel genoeg stappen onderneemt om zijn of haar kennis op peil te houden, maar dit enkel doet om zichzelf beter voor te laten komen.

Uit de meetinstrumenten is gebleken dat de werknemers veel verwachtingen hebben van de manager en gedragswetenschappers. Zij vragen concreet handvatten bij hen maar vinden deze naar eigen zeggen niet genoeg. Daarentegen blijkt ook dat de respondenten zelf weinig tot geen initiatief stappen ondernemen om bij te dragen aan de oplossingen van het probleem. Om deels bij te kunnen dragen aan het verbeteren van de probleemstellingen ligt dus ook de verantwoordelijkheid bij de werknemers. Het probleem kan enkel worden verbeterd als alle drie de partijen, dus de werknemer, manager en gedragswetenschapper, hierin zijn rol omtrent eigen initiatief aanpast.

5.3 AANBEVELING

In dit hoofdstuk worden er een aantal aanbevelingen gedaan op de conclusies die er zijn getrokken uit de resultaten van dit onderzoek.

5.3.1 BASIS INFORMATIE

De eerste aanbeveling richt zich tot de problematiek zoals gediagnosticeerd op Aveleijn Rohaan. Uit het onderzoek is gebleken dat de medewerkers op Rohaan niet eenduidig antwoord kunnen geven op de vraag met welke problematiek zij werken. Aveleijn Rohaan heeft een BOPZ-status. Van de medewerkers mag verwacht worden dat zij kennis hebben van de problematiek die op de locatie aanwezig is. Om deze kennis te verkrijgen is het een mogelijkheid om dit op te doen tijdens een CWO. Er zijn vijf teams op locatie Rohaan voor de 24-uurs zorg. Deze vijf teams geven een presentatie van ongeveer vijf tot tien minuten waarin in elk geval de ziektebeelden, van de cliënten van dat team en de belangrijkste kenmerken hiervan aan bod komen. Op deze manier zorg je er voor dat iedereen de informatie ontvangt. Daarnaast is het handig om de ziektebeelden plus kenmerken uit te werken op een a-4 zodat deze in de slaapdienst map en de inwerkmappen gedaan kan worden. Op deze manier hebben ook nieuwe werknemers snel overzichtelijk welke problematiek/ziektebeelden er op Rohaan aanwezig zijn.

5.3.2 KENNIS OVERDRACHT

De tweede aanbeveling richt zich tot de gedragswetenschappers. De behoefte vanuit de werknemers ligt in het verkrijgen van kennis omtrent psychoses en waanideeën. Bijna alle respondenten gaven aan het lastig vinden om met deze cliënten weer in contact te komen en te begeleiden wanneer zij zich in een waan/psychose bevinden. De gedragswetenschapper doet hier kennis over op, eventueel bij andere gedragswetenschappers, binnenplein of andere disciplines. Deze kennis kan worden overgedragen tijdens teamvergaderingen waarbij de gedragswetenschapper aan kan sluiten. Nadat de gedragswetenschapper deze kennis heeft overgedragen kan dit worden getoetst middels de reflectieve praktijk. Hierbij wordt maandelijks een casus besproken gericht op de psychose/waan mocht dit van toepassing zijn. Als er tijdens de reflectieve praktijk nog zaken spelen waar de medewerkers tegen aan lopen omtrent de psychoses/wanen zal de gedragswetenschapper hierin de vervolg rol krijgen. Dit is ook toepasbaar op andere ziektebeelden dan enkel de psychoses/wanen.

5.3.3 COMMUNICATIE DRIEHOEK

De derde aanbeveling richt zich tot de communicatie binnen het team, de gedragswetenschappers en de manager. Uit het onderzoek blijkt dat er naast een te kort aan handvatten een gebrek is aan goede communicatie tussen de manager, gedragswetenschapper en het team. De respondenten gaven aan zich niet gehoord te voelen en duurt het te lang voordat er concrete oplossingen komen. Het is verstandig om hierom voorafgaand aan de teamvergadering probleemstellingen op te stellen. Hierin ligt de rol voor de persoonlijk begeleiders in combinatie met zijn of haar ondersteunende begeleider. Deze probleemstelling wordt tijdens de teamvergadering besproken. De probleemstelling dient opgelost te worden in overleg met collega's, gedragswetenschapper en manager. Aan het eind van de vergadering worden er twee vragen geïmplementeerd: "Heb ik nu voldoende kennis om de situatie te begeleiden" en "Weet ik(en het team) hoe er nu precies gehandeld dient te worden"? Mocht dit nog niet helder zijn, plant de persoonlijk begeleider op korte termijn een gesprek met de gedragswetenschapper zodat de probleemstelling sneller opgelost kan worden. De manager is hierin adviserend en controlerend.

5.3.4 SCHOLING

De vierde aanbeveling richt zich op de scholing van de werknemers van Avelijn Rohaan. Uit het onderzoek is gebleken dat de werknemers behoefte hebben aan meer kennis omtrent GGZ en psychiatrie. Ook stellen de respondenten dat hiermee de werkdruk kan worden verlaagd. Door het aanbieden van nieuwe kennis in de vorm van E-learnings, welke verplicht worden gesteld, kan de werknemer nieuwe kennis op doen omtrent de GGZ en psychiatrie.

54 STERKTE-ZWAKTE ANALYSE

Dit kwalitatieve onderzoek is sterk gemaakt door het gebruik van twee meetinstrumenten. De respondenten op de enquête betrof meer dan 50% van de werknemers op de locatie. Hierdoor waren de uitkomsten betrouwbaar. Bovenop deze informatie is er een diepte interview gehouden. Hierdoor zijn er meer en betere resultaten zichtbaar geworden. Om de betrouwbaarheid te bevorderen is er gekozen om meerdere functies op de werkvloer te interviewen. Echter er zijn maar vijf interviews afgenomen. Om de betrouwbaarheid nog beter te kunnen maken hadden we hiervoor meer interviews kunnen afnemen.

Om goed antwoord te kunnen geven op de deelvragen zijn er eerst proefversies opgemaakt van zowel de enquête als het interview. Deze zijn gecontroleerd door de opdrachtgever.

Een ander sterk punt is dat een onbekende onderzoek betrokken was bij het onderzoek op deze locatie. Dit heeft er voor gezorgd dat de objectiviteit gewaarborgd is gebleven. De onderzoeker had vooraf geen oordeel of kennis over de locatie.

Een zwak punt van het onderzoek kan zijn dat de gegevens foutief zijn geïnterpreteerd door de onderzoekers. Alle interpretaties zijn onderbouwd door feiten. Echter de interpretaties bevatten subjectieve meningen van de onderzoekers. Een ander zwak punt ligt in het dieper uitvragen van informatie uit de interviews. Er had meer nadruk gelegd kunnen worden op de eigen verantwoordelijkheid omtrent het opdoen van kennis en competenties. De vraagstelling had vooraf zodanig opgesteld moeten worden dat de respondent werd aangezet tot enige zelfreflectie.

LITERATUURLIJST

- Aveleijn. (2017, Oktober 6). *Rohaan*. Opgehaald van Aveleijn:
<https://www.aveleijn.nl/locaties/rohaan/>
- Baarda, B., & Bakker, E. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. d., Peters, V., et al. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Borgesius, E. (2010). *Intensive Care in de GGZ*. Opgehaald van GGZ Nederland:
<http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/download/rapporten-brochures-profs/lpggz-2010-veldnormen-intensive-care-in-de-ggz.pdf>
- centraal, A. (2017, Oktober 6). *Wat is ADHD?* Opgehaald van ADHD centraal:
<http://www.adhdcentraal.nl/wat-is-adhd/>
- Centraal, A. (2017, Oktober 6). *Wat is ADHD?* Opgehaald van ADHD centraal:
<http://www.adhdcentraal.nl/wat-is-adhd/>
- Gezondheid, P. (2017, Oktober 6). *Posttraumatische-stressstoornis (PTSS)*. Opgehaald van fonds psychische gezondheid: <https://www.psychischegezondheid.nl/ptss>
- Gezondheidsplein. (2017). *Borderline*. Opgehaald van Solvo:
<https://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/borderline/item33360>
- Ggz nederland. (2017). *ggz- agoog beroepscompetentieprofiel hbo*. Amersfoort: GGZ nederland.
- Gijzen, T. (2017, Oktober 6). *Ondersteunen bij een verstandelijke beperking en psychiatrie*. Opgehaald van KLIK:
http://www.klik.org/Nieuws/Ondersteunen_bij_een_verstandelijke_beperking_en_psychiatrie-160921130623
- Hersenstichting. (2017, Oktober 6). *Schizofrenie*. Opgehaald van Hersenstichting:
https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/schizofrenie?gclid=Cj0KCQjwx8f0BRD7ARIsAPVq-Nl5nj1s5In9kCVyHob1h9A_bu2ao6InrVFgd90V_6jmN4KpuVlv-fkaAlNGEALw_wcB
- Letteboer, M., & Machielsen, A. (2017). *Hoe ervaren begeleiders van Aveleijn Rohaan de werkdruk en hoe gaan zij hiermee om?* Enschede: Saxion.
- Maurits, E., Veer, A. d., & Francke, A. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg*. Utrecht: Nivel.
- Migchelbrink, F. (2000). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij S.W.P. B.V. .
- Nivel. (2017, Oktober 6). *Werkdruk is meer dan overwer*. Opgehaald van Nivel:
<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/werkdruk-meer-dan-overwerk>
- Psyonline. (2017, Oktober 6). *Seksuele stoornissen - Parafilieën (o.a.: exhibitionisme, pedofilie en sadisme)*. Opgehaald van psyonline: <https://www.psyonline.nl/parafilieen.html>

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek*. Pearson benelux B.V.

Spoor. (2017, Oktober 6). *wij helpen u bij het afkicken van deze verslavingen*. Opgehaald van spoor: <https://www.spoor6.nl/verslavingen/>

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom onderwijs.

Zee, F. v. (2017, Oktober 6). *Steekproef, eisen aan de steekproef*. Opgehaald van hulp bij onderzoek : <https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/steekproef/>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 OVEREENKOMSTFORMULIER

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Indy ten Dam
Adres	Esstrant 64
Postcode/woonplaats	7402EZ
Telefoonnummer	0548-543393
Mobiel	
Email	indy.tendam@hotmail.com
Opleiding	SPH
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING / ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	aveleyn Rohaan
Eindverantwoordelijke onderzoek	Petra Stajen
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Petra Stajen
Adres	Gooseneij 48
Postcode/woonplaats	7425 RF
Telefoonnummer	0547367680
Email	
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Phil Bickenhager
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	Kennis/competenties omtrent GGZ/psychiatrie
Doelstelling/vraagstelling	in kaart brengen van kennis
Projectomschrijving	in verband met
Werkwijze	
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	6 maand
Beoogde tussenproducten	
Producten ter beschikking	
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

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

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

VOOR AKKOORD

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






Datum en Plaats

Evt. Bijlagen

markelo, 31-01-2018

BIJLAGE 2 OVEREENKOMSTFORMULIER

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Marla Koning
Adres	Tynghestraat 19
Postcode/woonplaats	1559 NK Heigelo
Telefoonnummer	
Mobiel	06 30490331
Email	M.koning@qmail.com
Opleiding	SPH
<i>(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)</i>	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Academy f. Rehaan
Eindverantwoordelijke onderzoek	Petra Stajen
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Petra Stajen
Adres	Geeseweg 40
Postcode/woonplaats	7415 BE Marhele
Telefoonnummer	0541 367 000
Email	
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Phil Buijsen
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	Kopieën complexiteit 9/2
Doelstelling/vraagstelling	Inzicht brengen van bestaande
Projectomschrijving	Inventariserend onderzoek
Werkwijze	
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	het maandel Sept-2017-Feb 2018
Beoogde tussenproducten	
Producten ter beschikking	
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

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

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

VOOR AKKOORD

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

Datum en Plaats

Evt. Bijlagen

Machado 31-1-2018

BIJLAGE 3 EVALUATIE FORMULIER OPDRACHTGEVER

Evaluatieformulier opdrachtgever



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Indy ten Dam & Mark Koning
Onderwerp bacheloronderzoek	Kennis/competenties omtrent GGZ/psychiatrie
Opleiding	SPH
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Aveleijn Rehaan
Onderzoeksbegeleider	Petra Staijen
Adres	Gaasweg 48
Postcode/woonplaats	Markelo
Telefoonnummer	0547 - 367080
Email	p.staijen@aveleijn.nl
Datum	31-01-2018

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

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

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

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

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)	geen	inzicht	in	
Samenwerking studenten vs. organisatie			X	
Zelfstandigheid studenten			X	
Effectiviteit van werken van studenten			X	
Omgaan met afspraken/planning			X	
Communicatie van studenten				X
Afronding van de opdracht door studenten				X
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				
Gezien lichamelijke problematiek van een v/d studenten zijn de contacten vocaal met een student verlopen. Overigens deze student gaf wel aan dat er onderling afstemming is Randon onderzoek. In de presentatie kwam dit				

Bedankt voor het invullen!

Zichtbaar na voren.

BIJLAGE 4 INTERVIEWVRAGEN

Interview kennis/competenties omtrent GGZ/psychiatrie

- 1.** Bent u een man of een vrouw?
- 2.** Wat is uw leeftijd?
- 3.** Wat voor beroeps opleiding heeft u afgerond ?
- 4.** Hoelang bent u al werkzaam bij Aveleijn Rohaan?
- 5.** Wat voor functie bekleedt u?
- 6.** Met welke cliënt problematiek werkt u op Rohaan?
- 7.** Uit de enquête is naar voren gekomen dat 88% van de respondenten behoefte heeft aan meer kennis/competenties omtrent de GGZ/psychiatrie.
 - a.** Zou u kunnen noemen welke competenties u dan zou willen beheersen of welke (praktische) kennis u aangereikt zou willen krijgen.
 - b.** Als men het lastig vindt competenties te noemen, documenten aanreiken.
- 8.** Er zijn respondenten die stellen dat ze te weinig handvatten rondom GGZ/psychiatrie aangeboden krijgen van collega's, gedragswetenschapper en manager.
 - a.** Herkent u zich hierin?
 - b.** Kunt u hier voorbeelden van noemen (dan wel van collega's)?
 - c.** Wie zou u deze handvatten aan moeten reiken?
- 9.** Uit de enquête blijkt dat merendeel van de respondenten vindt dat ze zelf voldoende stappen ondernemen om hun kennis/competenties op peil te houden rondom GGZ/Psychiatrie.
 - a.** Herkent u zich hierin?
 - b.** Kunt u voorbeelden noemen van wat u onderneemt wat betreft kennis en competenties op peil houden?.
- 10.** Bijna alle respondenten hebben aangegeven dat ze werkdruk ervaren op de locatie Aveleijn Rohaan.
 - a.** Wat veroorzaakt voor u werkdruk op Rohaan?

(Mocht er niets genoemd worden over kennis/competenties van GGZ/psychiatrie, zie B)

b. Hebben (te weinig) kennis en competenties van de GGZ/psychiatrie nog een aandeel in het veroorzaken van de werkdruk op Rohaan?

11. Zijn er volgens u nog andere belangrijke zaken rondom dit onderwerp die niet ter sprake zijn gekomen?

a. Zo ja, wat?

12. Hoe heeft u het interview ervaren?

Dank voor deelname!