

Een inventariserend
onderzoek over hoe
informele zorg ingezet kan
worden binnen een
beschermde woonvorm

Social Work
Academie voor Sociale Studies
Hanzehogeschool Groningen

Mandy Leehuis
Demi de Jonge

Inventariserend onderzoek naar informele zorg

Auteurs: Mandy Leehuis (337159)
Demi de Jonge (332179)
Klas: SW4X3
Vak: Social Work Onderzoeksopdracht Jaar 4
Cursuscode: SSVB16OO/SSDB16OO
Opleiding: Social Work deeltijd
Studiejaar: 2017-2018
Onderwijsinstelling: Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool
Groningen
Docent: Jitske Gulmans
Datum voltooiing: 5 juni 2018
Organisatie: Cosis
Locatie: Beschermd woonvorm Ekselerbrink
Opdrachtgever: Marco van der Velde
Aantal woorden: 14849

Voorwoord

Ter afsluiting van de studie Social Work, welke gevolgd werd aan de Hanzehogeschool te Groningen, is naar aanleiding van de onderzoekopdracht jaar 4 dit rapport geschreven. Deze onderzoekopdracht is uitgevoerd binnen de beschermde woonvorm (BW) Ekselerbrink in de wijk de Bargeses gelegen in Emmen, dat deel uitmaakt van Stichting Cosis. Voor u ligt het rapport, die voor de nodige gespannen momenten heeft gezorgd, maar welke wij met trots aan u presenteren!

We kijken terug op een prettige samenwerking met alle deelnemers die betrokken zijn geweest bij het onderzoek. Onze dank gaat uit naar de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink die ons hebben geholpen dit onderzoek te kunnen uitvoeren. Ook willen we de peergroup en onze onderzoeksdocent Jitske Gulmans bedanken voor de ondersteuning en input tijdens de studiebijeenkomsten.

In het bijzonder willen we Marco van der Velde, de opdrachtgever bedanken voor de steun, inspiratie en kennis die hij geboden heeft tijdens het onderzoeksproces.

Emmen, 7 juni 2018

Mandy Leehuis en Demi de Jonge

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel verandert naar aanleiding van vragen over de betaalbaarheid en de houdbaarheid van het bestaande zorgstelsel in Nederland. De gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor de financiering van de zorg, waarbij de gemeente de zorg moet organiseren met een lager budget. Van alle burgers in de samenleving wordt steeds meer verwacht het heft in eigen handen te nemen en zich minder afhankelijk op te stellen. Het is duidelijk geworden dat binnen de zorg- en welzijnsorganisaties de afhankelijkheid van de formele zorg niet meer op de voorgrond moet staan. Er wordt steeds meer gekeken naar de eigen kracht van mensen om daarmee meer richting te geven aan informele zorg, wat een verzamelnaam is voor onbetaalde zorg die geboden wordt. Uit onderzoek komt naar voren dat de GGZ-doelgroep voornamelijk gebruik maakt van formele zorg en minimaal gebruik maakt van informele zorg. Op basis van deze ontwikkelingen en inzichten is ervoor gekozen om binnen de beschermde woonvorm (BW) Ekselerbrink, dat deel uitmaakt van Stichting Cosis, een inventariserend onderzoek uit te voeren gericht op de volgende onderzoeksvraag: *Wat is er volgens de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink nodig voor het inzetten van meer informele zorg en hoe kan dit vorm gegeven worden, zodat eigen kracht en participatie van cliënten vergroot kunnen worden?*

Op basis hiervan konden aanbevelingen worden gedaan aan diverse betrokkenen (management, relevante professionals, cliënt en het netwerk) hoe zij binnen BW Ekselerbrink meer informele zorg kunnen inzetten, zodat de locatie meer richting kan geven aan het beleid dat vanuit de gemeente en de visie van de organisatie gesteld wordt wat betreft informele zorg.

Het praktijkonderzoek is uitgevoerd door het afnemen van interviews bij cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink. Door het houden van interviews hebben de cliënten en relevante professionals hun ervaringen en behoeften kunnen delen. Daaropvolgend is een verticale vergelijking uitgevoerd, welke uiteindelijk antwoord heeft gegeven op de onderzoeksvraag. Uit de interviews onder cliënten kwam vooral naar voren dat cliënten praktische informele zorg ontvangen van familieleden. Ook komt naar voren dat cliënten en relevante professionals open staan voor meer informele zorg inzetten, maar zij koppelen hier wel randvoorwaarden aan, zoals coördinatie van informele zorg om het proces zo goed mogelijk te laten verlopen. Hiervoor moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over; wederkerigheid, continuïteit, overvraging en eventuele misbruik van informele zorg en andersom. De onderlinge verwachtingen moeten helder zijn. Bij het inzetten van informele zorg moet rekening gehouden worden met het netwerk van de cliënten, dat vaak klein en ouder wordend is. Hierdoor is het ontvangen van informele zorg vanuit het netwerk minimaal, zo bleek uit het praktijkonderzoek. Ook uit het (inter-)nationale literatuuronderzoek kwam naar voren dat het organiseren van informele zorg nog niet zo gemakkelijk blijkt te zijn. Eigen kracht gaat gepaard met het eigen netwerk, alleen het netwerk van de kwetsbare burger is zoals hierboven benoemd relatief klein en heeft weinig draagkracht.

De ervaringen en meningen van cliënten strookt met die van de relevante professionals wat betreft het inzetten van informele zorg voor praktische doeleinden.

Als randvoorwaarde wordt door de relevante professionals opgemerkt dat informele zorg gecoördineerd zal moeten worden door formele zorg. Hierbij kun je ter discussie stellen of het inzetten van informele zorg wel zal gaan bijdragen aan de eisen die de maatschappij stelt voor informele zorg wat betreft de bezuinigingen, als hiervoor ook professionele ondersteuning nodig is. De respondenten geven aan dat er kansen liggen voor het vormgeven van meer informele zorg binnen de BW. Bij het inzetten van informele zorg zal er niet de verwachting moeten liggen dat het contact van twee kanten komt. Cliënten geven aan niet in staat te zijn altijd iets terug te kunnen doen. Een wederzijds vertrouwen is voor de cliënten die open staan voor meer informele zorg, een must!

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Context.....	7
1.2 Situatietanalyse.....	8
1.2.1 Huidige maatschappelijke ontwikkelingen omtrent informele zorg	8
1.2.2. Beleid van organisatie omtrent informele zorg.....	9
1.2.3 Informele zorg in de praktijk	9
1.3 Doelstelling.....	10
1.4 Onderzoeksvraag	10
1.4.1 Deelvragen.....	10
1.5 Vooruitblik op de onderdelen van het rapport.	10
Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek naar informele zorg	11
2.1 Inzetten van informele zorg bij cliënten met een psychiatrische beperking.....	11
2.1.1 WMO: steeds meer inzet van informele zorg	11
2.1.2 GGZ: van formele zorg naar vermaatschappelijking.....	11
2.2 (Inter-)nationale zorgconcepten Keyring en Buurtcirkel	12
2.2.1 KeyRing Living Support Networks	12
2.2.2 Buurtcirkel	12
2.2.3 Resultaten Buurtcirkel.....	13
2.2.4 Wederkerigheidcyclus.....	14
2.3 Eigen kracht, participatiesamenleving en zelfregie.....	14
2.3.1 Netwerkgericht werken.....	15
2.3.2 Engels en Canadees onderzoek naar informele zorg.....	15
2.4 Conclusie	16
Hoofdstuk 3 Methode	17
3.1 Typering onderzoek	17
3.2 Onderzoekspopulatie.....	17
3.3 Onderzoeksinstrumenten	17
3.3.1 Semigestructureerd open interview cliënten en relevante professionals.....	18
3.3.2 Bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid	18
3.4 Procedure gegevensverzameling.....	19
3.5 Analyseplan	20
3.5.1 Analysegegevens interviews.....	20
Hoofdstuk 4 Resultaten	22
4.1 Resultaten cliënten en relevante professionals	22

4.2 Bevindingen	27
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	28
5.1 Conclusie	28
5.2 Discussie	29
5.2.1 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid	29
5.2.2 Mate waarin doelstelling is behaald	30
5.2.3 Visie en kritische beschouwing van de onderzoekers	31
5.3 Aanbevelingen	32
Literatuurlijst	34
Bijlagen	36
Bijlage 1: De 7 gedragingen van Stichting Cosis	36
Bijlage 2: Onderzoeksinstrument	37
2.1 Topiclijst Cliënten	37
2.2 Topiclijst Relevante professionals	38
Bijlage 3: Mail ter voorbereiding interviews relevante professionals	39
Bijlage 4: Analysegegevensverzameling	40
Bijlage 5: Beoordeling zorgvuldigheid opdrachtgever	56

Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit onderzoeksrapport is geschreven in het kader van de Onderzoeksopdracht Jaar 4 in de opleiding Social Work aan de Hanzehogeschool in Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de BW Ekselerbrink, dat deel uitmaakt van Stichting Cosis. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de studenten Mandy Leehuis en Demi de Jonge. Beide studenten werken als persoonlijkbegeleider binnen een woonvorm voor mensen met psychiatrische en/of verstandelijke beperking. De studenten gebruiken in het vervolg van dit rapport de benaming 'onderzoekers'. De onderzoekers gebruiken in dit rapport de benaming 'cliënten', omdat vanuit de organisatie is gekozen om met deze benaming te spreken. In dit onderzoek zal in kaart worden gebracht wat ervoor nodig is om binnen de BW Ekselerbrink meer informele zorg in te zetten. Als eerst wordt de context beschreven waarin naar voren komt hoe de Stichting Cosis is opgedeeld en welke werkwijze wordt gehanteerd. Vervolgens wordt de huidige situatie geanalyseerd op micro-, meso- en macroniveau. Daaropvolgend worden de doelstelling, onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen weergegeven met tot slot een vooruitblik op het rapport.

1.1 Context

Stichting Cosis is 1 januari 2018 ontstaan nadat de organisaties Promens Care en Novo zijn gefuseerd. Cosis gelooft in de kracht van samen en dat kracht van lokale verankering meerwaarde biedt voor mensen die ondersteund worden binnen de stichting. Binnen Cosis werken circa 2.200 professionals, waaronder een gering aantal vrijwilligers, die meer dan 3.500 cliënten met een psychische en/of verstandelijke beperking ondersteunen. Deze ondersteuning wordt geboden in meer dan tweehonderd kleinschalige opgezette woon-, werk- en dagbestedingsaccommodaties in de provincies Groningen en Drenthe. Cosis verpakt haar visie en missie in een document genaamd: 'De Bedoeling'. De Bedoeling van Cosis: *"Wij helpen mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking grip te krijgen op het leven. Samen maken we kleine stappen"*. De visie van Cosis wordt mede ondersteund door de 7 gedragingen, die beschreven staan in bijlage 1, 'De 7 gedragingen van Stichting Cosis'.

Cosis richt zich op vier marktsegmenten:

- KJ&G (Kind Jeugd en Gezin)
- WMO 18+ (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)
- WLZ (Wet Langdurige Zorg)
- GGZ (Geestelijke Gezondheid Zorg)

Elk marktsegment is door Cosis verder uitgeschreven in een waarde propositie. Dit onderzoek is gericht op het segment GGZ. De waarde propositie GGZ heeft Cosis als volgt omschreven:

- Wij verwelkomen cliënten en zoeken samen naar een omgeving en persoonlijke ondersteuning waardoor de cliënt kan werken aan herstel en eigen kracht.
- Wij ondersteunen bij het kiezen, verkrijgen en behouden van de gewenste rollen in de samenleving.
- Wij bieden vertrouwen en zekerheid aan het (professionele) netwerk van cliënten, zodat maatschappelijke kosten verlaagd kunnen worden (Cosis, 2017).

Het onderzoek vindt plaats binnen de GGZ-locatie Ekselerbrink te Emmen in de wijk Bargeres. Hier wonen momenteel 19 volwassenen met een psychiatrische beperking. De cliënten beschikken allemaal over een eigen appartement. Binnen de BW Ekselerbrink wordt gewerkt met de methode Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) (Korevaar & Droës, 2016). Deze benadering ondersteunt mensen met een beperking bij hun maatschappelijk herstel. Dit gebeurt door hen te ondersteunen bij het realiseren van hun toekomstwensen op het gebied van wonen, werken, leren, dagbesteding, vrije tijd en sociale contacten.

1.2 Situatieanalyse

Dhr. Jansen is 38 jaar en heeft een veilige omgeving gecreëerd in zijn appartement. Maaltijden kookt hij zelf van thuisbezorgde boodschappen. Kleding en spullen bestelt hij via internet en wordt aan de deur afgeleverd. Werken lukt niet meer sinds georganiseerd vervoer is afgeschaft. Hierdoor heeft hij geen duidelijk dag -en nachtritme. Zijn familie blijft op afstand nadat hij een aantal keren niet opendeed toen ze langskwamen. Zijn netwerk bestaat ondertussen uit professionele begeleiders en af en toe heeft hij contact met zijn medebewoners in de beschermde woonvorm.

1.2.1 Huidige maatschappelijke ontwikkelingen omtrent informele zorg

Het Nederlandse zorgstelsel verandert naar aanleiding van vragen over de betaalbaarheid en de houdbaarheid van het bestaande zorgstelsel in Nederland. De gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor de financiering van de zorg, waarbij de gemeente de zorg moet organiseren met een lager budget. Van alle burgers in de samenleving wordt steeds meer verwacht het heft in eigen handen te nemen en zich minder afhankelijk op te stellen, zowel richting de overheid als richting professionele hulp- en dienstverlening (Hauwert, Metze, & Sedney, 2013). Dit betekent dat er steeds meer een beroep wordt gedaan op de informele zorg, zoals zorg die geleverd wordt door mensen die geen loon voor hun dienstverlening krijgen (Dröes & Witsenburg, 2012). Niet langer is alleen de overheid aan zet, maar wordt er gekeken naar de eigen kracht van de burger en wordt er een beroep gedaan op het sociale netwerk (nadere toelichting over beleidsveranderingen zijn te lezen in hoofdstuk 1.2.3). De formele zorg sluit hierbij aan en werkt met deze informele zorg samen (Movisie, Informele zorg, 2017). Uit onderzoek komt naar voren dat de GGZ-doelgroep voornamelijk gebruik maakt van formele zorg en minimaal gebruik maakt van informele zorg (Waanders & Wonderen, 2015). De fictieve casuïstiek hierboven geeft aan dat Dhr. Jansen weinig tot geen gebruik maakt van informele zorg. Feitelijk geeft de casus weer dat Dhr. Jansen over een klein netwerk beschikt en een beperkt aantal sociale rollen vervult. Deze beschrijvende situatie herkennen de onderzoekers binnen de GGZ-doelgroep.

Het is de laatste jaren steeds duidelijker geworden, dat binnen de zorg- en welzijnsorganisaties, de afhankelijkheid van de formele zorg niet meer op de voorgrond moet staan. Er wordt steeds meer gekeken naar de eigen kracht van de cliënten om daarmee meer richting te geven aan informele zorg (Hauwert, Metze, & Sedney, 2013). Zo ook bij de Stichting Cosis. Naar aanleiding van een veldoriëntatie met relevante professionals en leidinggevende op de locatie Ekselerbrink zijn de onderzoekers tot de conclusie gekomen dat er van informele zorg minimaal sprake is. De noodzaak van informele zorg bieden wordt steeds groter, gezien de veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel omtrent de betaalbaarheid en houdbaarheid. De informele zorg die op dit moment geboden wordt binnen de BW is voornamelijk intern. Dit uit zich in het bieden van hulp onderling, door bijvoorbeeld het doen van een boodschap voor een medebewoner. Echter komt deze onderlinge hulp tot stand door ondersteuning van professionals. Vanuit de veldoriëntatie zijn de onderzoekers in gesprek gegaan met de opdrachtgever. Uit het gesprek kwam naar voren om onderzoek te doen naar wat er nodig is om binnen de BW Ekselerbrink informele zorg te optimaliseren. Op basis hiervan is ervoor gekozen om een inventariserend onderzoek uit te voeren naar deze vraag.

1.2.2. Beleid van organisatie omtrent informele zorg

In de context (hoofdstuk 1.1) is beschreven dat het segment GGZ zich mede richt op het vergroten van eigen kracht en het aannemen van zelfgekozen en gewenste rollen van cliënten in de samenleving. Gezien de visie van de organisatie is het bieden van informele zorg binnen locaties nodig. Op deze manier worden de richtlijnen uit het segment GGZ benut en kunnen maatschappelijke kosten verlaagd worden. Het uitgangspunt van de organisatie is niet voor niets: 'Zo gewoon mogelijk'. Dit uitgangspunt sluit aan bij de toekomstperspectieven van de gemeente. De nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is 1 januari 2015 ingegaan (macro-niveau). Dit houdt onder andere in dat de gemeente verantwoordelijk is geworden voor de financiering van de BW zorg (meso-niveau). De verantwoordelijkheid voor de zorg en dienstverlening is veel dichterbij de burgers komen te liggen (Movisie, 2015). Hierdoor ontstaat er een andere relatie tussen de zorgaanbieder en de gemeente. De relatie wordt nu veel meer dan voorheen gekenmerkt door de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het welzijn van de kwetsbare burger. De cliënt is in deze huidige situatie ook nadrukkelijker gepositioneerd als een burger van de gemeente Emmen. De gemeente doet een beroep op iedere burger om naar eigen mogelijkheden een bijdrage te leveren aan de samenleving. Dit komt mede naar voren tijdens de indicatieprocedure in de vorm keukentafelgesprekken. In het gesprek wordt er een beroep gedaan op de cliënt als burger, hoe de burger iets kan betekenen voor een ander in de samenleving. Daarnaast vraagt de gemeente Emmen een focus op uitstroom van cliënten uit de BW (Gemeenteraad Emmen, 2014). De organisatie voelt zich verantwoordelijk om goede zorg te blijven bieden tegen lagere maatschappelijke kosten. De WMO 2015 beschrijft in haar wetsvoorstel, artikel 1.1.1 dat het begrip 'maatschappelijke ondersteuning' mede omvat wordt als: 'Ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving' (Movisie, 2015). De visie en missie die Cosis verpakt in de 'De Bedoeling' (zie hoofdstuk 1.1) past naadloos bij deze WMO-gedachte.

1.2.3 Informele zorg in de praktijk

Bovenstaande situatieanalyse van relevante ontwikkelingen op macro- en mesoniveau, is het vertrekpunt geweest voor een nader onderzoek naar de betekenis hiervan voor de dagelijkse praktijk binnen de BW Ekselerbrink (micro-niveau). In steeds meer gemeenten zoeken actieve burgers en zorg- en ondersteuningsorganisaties naar manieren om informele zorg te vernieuwen en te ontwikkelen. Deze uitkomsten moeten uiteindelijk resulteren in kwalitatief goede zorg en ondersteuning dicht bij de burgers. Zo zijn veel gemeenten bezig met het stimuleren van buurtinitiatieven, zodat informele zorg vergroot kan worden (Movisies Relatieblad voor het sociaal domein, 2016).

In het kader van een veldoriëntatie zijn de onderzoekers in gesprek gegaan met Lector Rehabilitatie Lies Korevaar, hieruit kwam naar voren dat er al veel onderzoek is gedaan naar informele zorg bieden aan kwetsbare burgers. In aanvulling hierop werd het advies gegeven om het Nederlandse zorgconcept Buurtcirkel te betrekken als mogelijk hulpmiddel in de ontwikkeling naar meer informele zorg. Het zorgconcept is afkomstig van het internationale zorgconcept Keyring dat in Engeland is ontwikkeld. Buurtcirkel is al op 25 verschillende gebieden geïmplementeerd en uit onderzoek komt naar voren dat het een positieve bijdrage levert aan de participatie van cliënten met een beperking. In het literatuuronderzoek (hoofdstuk 2.2.2.) wordt dieper ingegaan op de resultaten en de kanttekeningen van het zorgconcept Buurtcirkel. Dit biedt inzicht in kansen en/of belemmeringen voor het implementeren van informele zorg binnen de BW. Dit inzicht kan vervolgens worden meegenomen naar het praktijkonderzoek onder cliënten en relevante professionals om te inventariseren welke mogelijkheden zij zien voor informele zorg bieden binnen de BW Ekselerbrink. De onderzoekers vinden de uitgangspunten van het zorgconcept Buurtcirkel passend om informele zorg vorm te geven bij cliënten met een psychiatrische beperking. Met dit zorgconcept kan er op laagdrempelige wijze contact gemaakt worden met informele zorg.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit inventariserende onderzoek is om middels literatuur- en praktijkonderzoek in kaart te brengen wat ervoor nodig is om informele zorg binnen de BW Ekselerbrink meer in te kunnen zetten. Om op basis hiervan aanbevelingen te geven aan diverse betrokkenen (management, relevante professionals, cliënten en het netwerk) hoe zij binnen de BW Ekselerbrink meer informele zorg kunnen inzetten. Voor de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink ligt de relevantie van het onderzoek in het vergroten van de eigen kracht van cliënten, zodat op basis hiervan de zelfredzaamheid en participatie vergroot kunnen worden. Voor de opdrachtgever is het onderzoek hierop relevant, omdat inzicht wordt verkregen in hoe de locatie meer richting kan geven aan het beleid dat vanuit de gemeente en de organisatie gesteld worden wat betreft het inzetten van informele zorg.

1.4 Onderzoeksvraag

Wat is er volgens de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink voor nodig om meer informele zorg in te zetten en hoe kan dit vorm gegeven worden, zodat eigen kracht en participatie van cliënten vergroot kunnen worden?

1.4.1 Deelvragen

Literatuuronderzoek:

1. Wat zegt de (inter-)nationale literatuur over het inzetten van informele zorg bij cliënten met een psychiatrische beperking?
2. Wat zegt de (inter-)nationale literatuur over de zorgconcepten KeyRing en Buurtcirkel als manieren voor het bieden van informele zorg?
3. Wat zegt de (inter-)nationale literatuur over het vergroten van eigen kracht en participatie van cliënten met een psychiatrische beperking?

Praktijkonderzoek:

1. Welke ervaringen en behoeften hebben cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink met betrekking tot het inzetten van informele zorg?
2. Welke kansen en/of ideeën zien cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink bij het inzetten van meer informele zorg en welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig volgens hen?
3. Welke belemmeringen zien cliënten en relevante professionals om meer informele zorg in te zetten binnen BW Ekselerbrink?
4. Wat vinden de cliënten en relevante professionals van het bestaande (inter-)nationale zorgconcept Buurtcirkel die de informele zorg typeert?

1.5 Vooruitblik op de onderdelen van het rapport.

In hoofdstuk twee leest u een literatuuronderzoek gericht op beantwoording van de literatuurdeelvragen. Hierbij wordt ondermeer ingegaan op de WMO, over het implementeren van informele zorg, bestaande (inter-)nationale zorgconcepten en de begrippen eigen kracht en participatie. In hoofdstuk drie is de typering van het onderzoek omschreven, waarin naar voren komt met welke respondenten het onderzoek wordt uitgevoerd. Daarnaast is informatie te lezen over het onderzoeksinstrument dat wordt ingezet om de vraagstelling te kunnen beantwoorden.

In hoofdstuk vier zullen de resultaten worden geanalyseerd, vanuit het type onderzoek 'interviewen' dat in hoofdstuk drie staat beschreven. Tot slot zullen er in hoofdstuk vijf de conclusie, de discussie en de aanbevelingen te lezen zijn.

Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek naar informele zorg

In dit hoofdstuk worden de literatuordeelvragen beantwoord die beschreven staan in hoofdstuk 1.4.1. Eerst wordt ingegaan op het inzetten van informele zorg binnen de zorgsector en het zorgconcept Buurtcirkel, wat afkomstig is van het Engelse zorgconcept KeyRing Living Support Networks. Vervolgens leest u meer over het begrip eigen kracht en het implementeren van informele zorg binnen het werkveld om participatie van cliënten te vergroten. In de afsluitende conclusie wordt ingegaan op de betekenis van de uitkomsten van het literatuuronderzoek.

2.1 Inzetten van informele zorg bij cliënten met een psychiatrische beperking

Betrek de sociale omgeving bij het oplossen van problemen. Dat is de opdracht die sociale professionals vanuit de overheid hebben meegekregen (Movisie, De grote belofte die het sociale netwerk heet, 2018).

2.1.1 WMO: steeds meer inzet van informele zorg

Als gevolg van de stijgende kosten van de gezondheidszorg, wordt de druk groter om alternatieven te zoeken voor het bieden van zorg, zoals bovenstaande citaat weergeeft. Vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is het uitgangspunt dat mensen eerst een beroep doen op hun eigen netwerk, wanneer er behoefte aan ondersteuning is. Movisie stelt: In de samenleving wordt er steeds meer een beroep gedaan op het sociale netwerk van mensen (Movisie, 2015). Niet langer is alleen de overheid aan zet. Familie, burens en vrienden worden geacht te kijken waar ze zorg en ondersteuning kunnen bieden. De formele zorg sluit hierbij aan en werkt met deze informele zorg samen (Movisie, 2015). De huidige kabinetsplannen zetten in op meer informele zorg en het stimuleren van de eigen kracht van kwetsbare burgers. De overheid veronderstelt dat de informele zorg vergroten niet alleen zal leiden tot minder kosten, maar zal ook de verbondenheid tussen mensen vergroten (Boer & Klerk, 2013).

De nieuwe WMO die sinds 2015 van kracht is gegaan, wordt door gemeenten in Nederland uitgevoerd en heeft als doel om burgers zo goed mogelijk in staat te stellen om deel te nemen aan de samenleving. Vanuit het nieuwe sociale beleid wordt er om meer zorgkracht uit sociale netwerken gevraagd van burgers. Uit onderzoek blijkt dat wanneer burgers elkaar ondersteunen, dit erg moeizaam verloopt. Hierin spelen de sociale normen een grote rol. Hier luidt de ongeschreven regel: 'Problemen hoor je zelf op te lossen en als medeburger hoor je niet ongevraagd advies te geven'. Het kan een gevoel van schaamte geven wanneer je als burger om hulp wil of moet vragen. Uit het artikel "De grote belofte die het sociale netwerk heet" (2018) blijkt de drempel voor het vragen van ondersteuning mede door de Nederlandse cultuur erg hoog te zijn. De onderzoekers zijn ervan op de hoogte dat deze schaamte en de druk tot informele zorg cultuurafhankelijk kan zijn.

2.1.2 GGZ: van formele zorg naar vermaatschappelijking

Uit onderzoek naar het inzetten en vergroten van sociale netwerken in de GGZ (Waanders & Wonderen, 2015) blijkt er voornamelijk gebruik te worden gemaakt van formele zorg bij GGZ-cliënten. Zowel cliënten die beschermd wonen als cliënten die zelfstandig wonen, ontvangen meer hulp van hun begeleider dan vanuit hun sociale netwerk. Cliënten weten vaak niet goed hoe zij hun sociale netwerk kunnen inzetten voor ondersteuning naast of in plaats van formele begeleiding. Hoewel de meeste cliënten uit de GGZ-doelgroep wel degelijk over een sociaal netwerk beschikken, is bij velen van hen sprake van lage 'functionele inhoud' van het sociale netwerk. Een oorzaak hiervan kan zijn dat het sociale netwerk ook over (GGZ) problematiek beschikt, waardoor sociaal contact wordt belemmerd. Ook kan het zo zijn dat het een lage functionele inhoud heeft omdat er vroeger negatieve gebeurtenissen hebben plaats gevonden, waardoor het netwerk afstand neemt of op een andere manier betrokken is

bij hun familielid. De impact van de diagnose en alles wat hierbij komt kijken kan negatief uitwerken op de onderlinge familiebanden, hierdoor kan de draagkracht en draaglast van het netwerk verstoord zijn (Dröes & Witsenburg, 2012). Uit het onderzoek van Waanders en Wonderen (2015) blijkt dat de meerderheid van de geïnterviewde GGZ-cliënten verwacht dat hun huidige sociale netwerk een zorgaanvraag in de toekomst niet zou kunnen of willen opvangen.

Uit onderzoek van Van der Padt (2001/8) blijkt echter steeds meer draagvlak voor de vermaatschappelijking in de GGZ te komen. Zo komt naar voren dat het GGZ-beleid zo min mogelijk institutionalisering van de zorg wil en een zo groot mogelijke integratie van psychiatrische cliënten. Het streven is dat cliënten 'zo gewoon mogelijk' kunnen leven en deel uitmaken van de samenleving (Padt, 2001/8). De onderzoekers zien de vermaatschappelijking van de GGZ-cliënten terugkomen in de visie en missie van de Stichting Cosis, die zich aansluit bij bovenstaande gedachtegang 'zo gewoon mogelijk'.

2.2 (Inter-)nationale zorgconcepten Keyring en Buurtcirkel

In de volgende paragrafen worden de succesvolle zorgconcepten Keyring en Buurtcirkel beschreven.

2.2.1 KeyRing Living Support Networks

KeyRing Living Support Networks (KeyRing, 2018), is een zorgconcept dat in 1990 is ontwikkeld in Engeland. Het uitgangspunt van het zorgconcept is dat een groep kwetsbare mensen met ondersteuningsvragen elkaar op basis van hun talenten en krachten ondersteunen, zodat zij zelfredzamer worden in het dagelijks leven. KeyRing is begonnen door een woonnetwerk op te starten met een vast aantal leden. Een woonnetwerk bestaat uit een aantal woningen van mensen die ondersteuning nodig hebben. De leden die zich hebben aangemeld voor KeyRing ondersteunen elkaar bijvoorbeeld wanneer iemand naar het ziekenhuis of tandarts moet. De leden bieden ook ondersteuning in de dagelijkse activiteiten zoals; boodschappen doen, huishouden, administratieve werkzaamheden en gesprekken voeren voor zakelijke doeleinden of juist voor de gezelligheid. Het zorgconcept wordt in eerste instantie begeleid door een vrijwilliger. Er zijn ook professionals bij het proces betrokken om het zorgconcept te coördineren. De vrijwilliger ondersteunt de leden om elkaar te ontmoeten en gebruik te maken van de gemeenschap waarin zij leven. De vrijwilliger helpt onderzoeken welke talenten ze hebben en welke talenten zij van andere kunnen gebruiken om op deze manier zelfredzaamheid te vergroten.

KeyRing gelooft erin dat de lokale gemeenschap het succes is tot wederzijdse ondersteuning met als gevolg het terugdringen van professionele hulp. Hierdoor worden de mate van zelfstandigheid, het welzijn en het netwerk van de burger verbeterd. KeyRing laat mensen die ondersteuning nodig hebben kennis maken met de vaardigheden en talenten die de burger bezit, om zelfvertrouwen te ontwikkelen die bij kan dragen aan een sterkere en veerkrachtigere gemeenschap. Uit onderzoek blijkt dat Keyring een positieve bijdrage levert aan het welbevinden van mensen.

KeyRing maakt gebruik van Maslow's Hierarchy of needs-theorie (KeyRing, 2018). Dit kenmerkt zich doordat zij ervan uit gaan dat iedereen in staat is om te groeien wanneer de basis goed is. Ze houden rekening met dat levensgebeurtenissen invloed kunnen hebben op zelfontplooiing. Een kanttekening van Keyring is dat mensen met ernstige problematiek moeilijk te betrekken zijn bij keyring en moeilijk te motiveren zijn tot memberlid van Keyring. Dit laat zien dat Keyring lang niet voor iedereen haalbaar is (Keyring, 2015).

2.2.2 Buurtcirkel

Het Nederlandse zorgconcept Buurtcirkel, dat door de organisatie de Pameijer in de gemeente Rotterdam is opgestart, is al op 25 verschillende plekken geïmplementeerd en levert een succesvolle bijdrage aan de participatie van cliënten. Het concept Buurtcirkel is afgeleid van de methode 'Living Support Networks' van het organisatie KeyRing en wordt ook wel "ieniemienie maatschappij om te oefenen" door Buurtcirkel genoemd. Bij Buurtcirkel

is er ook een vaste groep mensen met ondersteuningsvragen die elkaar ondersteunen op basis van hun eigen krachten en talenten. Een buurtcirkel bestaat uit mensen met een verstandelijke en/of psychiatrische beperking die samen een netwerk van ongeveer tien personen vormen en in dezelfde buurt wonen. Professionals kunnen zich daardoor geleidelijk terugtrekken, zo is de gedachte (Buurtcirkel, z.d.). Dit uitgangspunt past in de huidige politieke koers waarbij een beroep wordt gedaan op iedere burger om deel te nemen aan de samenleving met als doel een zolang mogelijk zelfstanding leven leiden.

Er zijn verschillende positieve resultaten te lezen op de website die Buurtcirkel presenteert. Bijvoorbeeld dat deelnemers door het inzetten van hun eigen talenten, een rol van betekenis voor anderen in hun directe woonomgeving kunnen vervullen. Daardoor zou er op korte termijn minder vaak een beroep gedaan worden op formele zorg. Buurtcirkel leidt tot een vergroting van het zelfvertrouwen, eigenwaarde en zelfontplooiing (Buurtcirkel, z.d.). Net zoals bij het zorgconcept KeyRing zijn bij Buurtcirkel vrijwilligers en professionals die een coachende rol bieden en het proces coördineren. Indien nodig is de professional beschikbaar bij zwaardere zorgvragen die (nog) niet zelfstandig of binnen het netwerk opgepakt kunnen worden (Buurtcirkel, z.d.).

2.2.3 Resultaten Buurtcirkel

In 2017 is er een evaluerend onderzoek gedaan naar het nieuwe zorgconcept buurtcirkel. Uit dit onderzoek komt naar voren dat buurtcirkel verschillende positieve resultaten hebben opgeleverd, maar ook kanttekeningen kent. De positieve bijdrage die Buurtcirkel levert is van sociale aard. De groep cliënten van de cirkel ervaren een netwerkuitbreiding, ondernemen sociale activiteiten en leren hierdoor meer mensen kennen (Weltevrede, Heerik, Wolff, Boom, & Seidler, 2017). Dit geeft een positief effect op het emotioneel welbevinden van de cliënten (Korevaar & Droës, 2016). Buurtcirkel heeft met het zorgconcept cliënten uit een sociaal isolement kunnen halen. Naast dat het sociaal netwerk wordt uitgebreid, wordt ook de zelfredzaamheid van de cliënten vergroot. De cliënten krijgen steeds meer regie over hun eigen hulpverlening. Er is vooral 'samenzelfredzaamheid' gecreëerd. De cliënten koken samen of voor elkaar, brengen boodschappen, gaan mee op ziekenhuisbezoek of verzorgen elkaars huisdieren. De cliënten zijn bewuster geworden van hun eigen talenten. Echter is de zelf- en samenredzaamheid nog niet zodanig ontwikkeld dat professionele hulp niet meer nodig is. Sommige cliënten hebben nog wel de behoefte om ondersteuning te ontvangen van een professional (Weltevrede, Heerik, Wolff, Boom, & Seidler, 2017). Dit zal, misschien in mindere maten en in andere vorm, ook altijd nodig blijven gezien de kanttekeningen die naar voren komen in het evaluerend onderzoek naar het zorgconcept Buurtcirkel.

Naast de succesverhalen zijn er ook een aantal kanttekeningen naar voren gekomen, gedurende het implementeren van het zorgconcept. Zo blijkt het moeilijk te zijn om genoeg cliënten bij elkaar te krijgen die een buurtcirkel kunnen vormen (Weltevrede, Heerik, Wolff, Boom, & Seidler, 2017). In het onderzoek staat niet duidelijk beschreven waarom het moeilijk is om genoeg cliënten bij elkaar te krijgen voor een Buurtcirkel. Mogelijk heeft dit te maken met dat cliënten te kampen hebben met een lage zelfwaardering, door bijvoorbeeld vele afwijzingen te hebben meegemaakt. Het 'need to belong' effect (Vonk, 2013), of te wel de wil om erbij te willen horen, kan niet altijd worden bevredigd. Cliënten kunnen door een psychiatrische beperking en stigmatisering vanuit de samenleving in een sociaal isolement terecht komen, omdat sociaal contact leggen en onderhouden soms onmogelijk lijkt te zijn (Deth, 2013). Dit kan een enorm hoge drempel vormen voor cliënten om deel te nemen aan een 'ieniemienie maatschappij' zoals Buurtcirkel dit beschrijft. Daarnaast ervaren coaches van Buurtcirkel een terughoudendheid van begeleiders uit beschermde woonvormen. Ook gaat het werven van vrijwilligers moeizaam. Het blijkt moeilijk te zijn om vrijwilligers te vinden die zich voor langeretijd willen inzetten voor Buurtcirkel. In de praktijk is er nog weinig tot geen sprake van netwerkuitbreiding in de buurt. Het is vooral een uitbreiding van netwerk onder elkaar, door elkaar te ondersteunen. Dit kan opnieuw weer een isolement opleveren binnen een Buurtcirkel (Weltevrede, Heerik, Wolff, Boom, & Seidler, 2017).

2.2.4 Wederkerigheidscyclus

Naast de genoemde kanttekeningen die in het evaluerend onderzoek naar voren zijn gekomen, zien de onderzoekers nog een ander mogelijke kanttekening waardoor een gelijksoortig zorgconcept als Buurtcirkel belemmeringen op kan leveren, namelijk het begrip 'wederkerigheid'. Het begrip wederkerigheid wordt door de Nederlandse encyclopedie (2018) omschreven als een patroon van het geven en ontvangen van materiële en immateriële giften die beantwoord worden met tegengiften. Uit het artikel van Movisie "Hoe kan wederkerigheid mens en buurt zorgzamer maken" (2014) blijkt dat mensen selectief zijn in wie zij wel en niet informele zorg bieden. Dit wordt deels bepaald door de aantrekkelijkheid van degene aan wie de informele zorg geboden wordt. Iemand is aantrekkelijker wanneer hij iets terug kan doen voor de geboden zorg dan wanneer die kans vele male kleiner is, bijvoorbeeld doordat iemand een psychiatrische beperking heeft. Anderzijds hebben mensen met een ziekte of psychiatrische beperking het gevoel weinig te kunnen geven. Dit heeft weer zijn gevolgen op de vraag die zij doen op de informele zorg. Ze gaan sociale contacten uit de weg omdat hier mogelijk een tegengift gevraagd zal worden en zij deze niet of moeizaam kunnen volbrengen, blijkt uit het artikel van Movisie (2014). Dit proces kan als falend ervaren worden en kan negatieve gevolgen hebben voor het zelfbeeld.

Naast de negatieve factoren die wederkerigheid met zich mee kunnen brengen, zijn er ook positieve uitkomsten. Mensen die doorgaans in rol van cliënt zitten, kunnen het als zeer prettig ervaren wanneer zij zich kunnen inzetten voor een ander. Het gevoel van 'nuttig' zijn, geeft een boost voor het welbevinden en zelfvertrouwen van mensen. Er zou op den duur sprake kunnen zijn van 'uitgestelde wederkerigheid'. Dit houdt in dat het geven van een gift niet direct beantwoord hoeft te worden door een tegengift. Gezien het vertrouwen is dit niet direct nodig. Door gevoelens van schuldgevoel en dankbaarheid, komt er vroeg of laat een tegengift tot stand. Op deze manier ontstaat er een cyclus van wederkerigheid. Deze cyclus speelt vooral tussen mensen die elkaar langere tijd kennen en vertrouwen (Movisie, Hoe kan wederkerigheid mens en buurt zorgzamer maken, 2014).

Gezien het 'need to belong' effect (Vonk, 2013) kan er gesteld worden dat iedere burger andere mensen om zich heen nodig heeft om te overleven. Uit onderzoek hebben de onderzoekers bevestiging gekregen van het feit dat kwetsbare burgers meer moeite hebben met het vragen en vinden van ondersteuning vanuit de samenleving. Het is dus duidelijk dat het organiseren van informele zorg niet zomaar gedaan is. De onderzoekers zijn van mening dat het wenselijk zou zijn als professionals de cliënten ondersteunen bij het bieden van een tegengift, om de wederkerigheidscyclus te bevorderen. Hierbij is het bieden van continuïteit van belang. Deze aannames worden meegenomen in het praktijkonderzoek.

2.3 Eigen kracht, participatiesamenleving en zelfregie

De term 'eigen kracht' verwijst meestal naar talenten en mogelijkheden van mensen om zelf oplossingen te vinden voor problemen. Dit begrip is een 'hot item' binnen de zorgsector. Er wordt vaak de nadruk gelegd op dat mensen met een beperking ook over talenten en mogelijkheden beschikken, maar dat hier onvoldoende aandacht voor is. Bij de term 'eigen kracht', wat in het Engels 'empowerment' wordt genoemd, ligt de nadruk op het ruimte en aandacht geven aan mensen om hun eigen kracht te benutten en vergroten (Brink, Movisie, 2013). Binnen de participatiesamenleving zijn zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van groot belang. Er wordt verwacht dat iedereen moet kunnen participeren. Ook van de kwetsbare burger wordt er verwacht dat zij op eigen benen kunnen staan om te kunnen re-integreren in de samenleving. De blokkade waar deze kwetsbare burgers tegenaan lopen bij het kunnen re-integreren is echter dat hen te maken krijgen met ongelijke kansen, vooroordelen en een nieuwe vorm van zorg. Om te kunnen verwerklijken dat deze kwetsbare burgers uitstromen, moet de zelfredzaamheid verbeterd worden. Bij zelfredzaamheid horen eigen kracht, verantwoordelijkheid, zelfregie en zelfvertrouwen (Verheggen, 2017).

Onder de term 'zelfregie' wordt verstaan 'burgers die zeggenschap hebben over hun eigen leven en hun ondersteuning'. Movisie stelt dat mensen in kwetsbare situaties hun zelfbeschikkingsrecht houden en onnodige afhankelijkheid voorkomen, door hun eigen weg te bewandelen (eigenaarschap), verkenning van hun drijfveren (motivatie), oog voor hun eigen krachtige kant (eigen kracht) en daarbij de betekenis van andere mensen (contacten). Het gaat telkens om een vorm van hulp die aansluit bij de eigen leefwereld en aanvullend is op wat iemand zelf al doet en kan.

Zelfregie is van betekenis voor mensen zelf. Zelfbeschikkingsrecht, eigen kracht, drijfveren en contacten met anderen zijn van belang voor hoe sterk iemand in het leven staat. Autonomie en identiteit komen steeds meer naar voren binnen de sociale sector. Zelfregie gecombineerd met zelfredzaamheid, worden veel genoemd als middel om professionele hulp betaalbaar te houden of te maken. Zelfregie staat verbonden met de uitgangspunten van de WMO, namelijk eerst zelf, dan het netwerk en daarna pas de professionals. Gemeenten en organisaties zijn op zoek naar opties om het budget te minimaliseren, maar die wel voldoende hulp bieden en voorkomen dat problemen verergeren (Brink, Lucassen, Middelaar, & Poll, 2013).

2.3.1 Netwerkgericht werken

Naast professionele hulpverlening kan een sociaal netwerk aan de ondersteuning op sommige levensgebieden bijdragen. De methode 'Netwerkgericht werken' kan hiervoor worden ingezet. Hierbij is de ondersteuning vooral gericht op de mogelijkheden die de cliënt en het netwerk te bieden hebben, om op deze manier eigen kracht van de cliënt te versterken. De 'Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse (MSNA) methodiek is ontwikkeld door mensen met een psychiatrische beperking. Deze MSNA-methodiek richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en focust zich op eigen kracht, welke zich onder meer richt op het eigen netwerk van de cliënt. Dit concept is doorontwikkeld door het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), om de focus op eigen kracht en het inschakelen van het eigen netwerk van de cliënt te vergroten. Eigen kracht en netwerkgericht werken is een werkwijze die aansluit bij de WMO-uitgangspunten. Het richt zich op de contextgerichte manier van werken. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het cliëntsysteem (Kruijswijk, et al., 2014). Sociale zekerheid wordt gevonden in het sociale netwerk. Wanneer een sociaal netwerk komt te vervallen, zal de burger meer aangewezen worden op zichzelf of op de formele zorg. Netwerkgericht werken kan gekenmerkt worden als een onderdeel van sociale eigen kracht. Burgers vergroten de kwaliteit van hun netwerk door het leggen van nieuwe contacten, het intensiveren van bestaande contacten, wederkerigheid te creëren van bestaande contacten en door het afsluiten van contacten die belemmeringen opleveren (Brink, Sok, & Verschelling, Empowerend en netwerkgericht werken in het AMW, 2008).

2.3.2 Engels en Canadees onderzoek naar informele zorg

Uit Engels onderzoek naar het informele zorgnetwerk van oudere volwassenen met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar met een verstandelijke en psychiatrische beperking, is aangetoond dat er verschillende soorten sociale netwerken bestaan en dat het identificeren van netwerktype en beschikbare informele ondersteuning belangrijk is voor het plannen van effectieve dienstverlening (Prosser & Moss, 2010). Dit onderzoek richtte zich op de structuur en kenmerken van informele ondersteuningsnetwerken en het patroon van ondersteuning dat plaatsvond. Er is een steekproef gedaan bij 32 kwetsbare burgers, waaruit bleek dat er weinig steun van mantelzorgers, familieleden en netwerk verkregen werd, bij het uitvoeren van persoonlijke en huishoudelijke verzorgingstaken. Vanuit het informele netwerk boden met name ouders, broers en zussen het grootste deel van de ondersteuning. Het overige netwerk speelde een minder belangrijke rol in het bieden van hulp.

Uit Canadees onderzoek in 2003 onder informele zorgverleners, bleek dat veel mantelzorgers de zorglast als zwaar hebben ervaren. Verschillende respondenten gaven aan vooraf niet te weten wat het precies zou betekenen om informele zorg te bieden. Fysieke inspanning, in combinatie met gebrek aan ondersteuning, medische kennis en slaap kan de

gezondheid van de mantelzorgers in gevaar brengen. Naar schatting heeft 60% van de mantelzorgers na 18 maanden zorg verlenen een gezondheidsrisico (Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003). Dit komt overeen met wat Dröes en Witsenburg (2012) stellen in het boek; Herstel ondersteunende zorg. Zij geven aan dat de impact van de diagnose en alles wat hierbij komt kijken negatieve gevolgen kan hebben op het netwerk en dat de draagkracht en draaglast van het netwerk belast kan worden. Het lijkt erop dat dit in al die jaren niet is veranderd.

2.4 Conclusie

Door de bezuinigingen wordt het organiseren van kwalitatief goede zorg steeds meer onderdruk gezet. De overheid wil met de inzet van de nieuwe WMO 2015 steeds meer een beroep doen op de eigenkracht van iedere burger. Daarvoor moet er steeds meer gekeken worden naar welke informele zorg er geboden kan worden om de kwetsbare burgers te ondersteunen. Uit dit literatuuronderzoek komt naar voren dat het organiseren van meer informele zorg nog niet zo gemakkelijk blijkt te zijn. Eigen kracht gaat gepaard met het eigen netwerk. Het netwerk van de kwetsbare burger is relatief klein en heeft weinig draagkracht om de ondersteuning te kunnen bieden. Naast een beperkt netwerk kan de Nederlandse cultuur ook voor een drempel zorgen om ondersteuning te vragen. Een cultuur die zegt dat je zelf je eigen problemen hoort op te lossen. Toch blijkt uit het literatuuronderzoek dat er succesvolle zorgconcepten ontwikkeld zijn die een bijdrage leveren aan het bieden van informele zorg. Eén van de uitkomsten is dat de zelfredzaamheid vergroot wordt van cliënten. Vanuit Engels onderzoek komt naar voren dat ook daar te kampen valt met hetzelfde probleem op het gebied van informele zorg inzetten, namelijk dat netwerken minimale inzet tonen in het bieden van ondersteuning. Hiernaast blijkt het moeilijk te zijn om vrijwilligers en deelnemers te vinden voor het bieden van informele zorg, doordat ze zich niet voor langere tijd willen inzetten. Wanneer er wel inzet getoond wordt voor het bieden van informele ondersteuning, blijkt uit Canadees onderzoek dat veel informele zorg bieden, dit de gezondheidsklachten van informele zorgbieders in gevaar kan brengen. Ook bleek dat het merendeel van de geïnterviewden uit het Canadese onderzoek niet vooraf wisten wat hen te wachten stond bij het bieden van informele zorg.

De resultaten uit het verouderde Canadese onderzoek, zien de onderzoekers alsnog als nuttige informatie. Aangezien dit aangeeft dat er tot op heden nog weinig veranderd is wat betreft het moeizaam inzetten van informele zorg, doordat er vele randvoorwaarden aan verbonden blijken te zitten. Het is de onderzoekers opgevallen dat de begrippen wederkerigheid en continuïteit matig terugkomen in de resultaten en kanttekeningen van het zorgconcept Buurtcirkel. De onderzoekers zijn van mening dat deze begrippen van belang zijn voor het bieden van informele zorg, omdat informele zorg bieden hierdoor meer kans van slagen heeft wanneer er continue ondersteuning geboden kan worden. In het literatuuronderzoek kwam naar voren dat er niet vermeld staat hoe zorg opgevangen wordt wanneer er geen vaste begeleider aanwezig is. De onderzoekers vragen zich af hoe cliënten kunnen bouwen op mensen die informele zorg bieden, maar die geen continuïteit kunnen bieden, doordat hen er simpelweg niet voor betaald krijgen en doordat er geen vaste uren voor vastgelegd zijn. Hetzelfde geldt voor het zorgconcept Buurtcirkel waarbij de cliënten zelf informele ondersteuning aan anderen bieden met een ondersteuningsvraag. Kunnen deze cliënten wel continuïteit bieden en hoe zit het met hun wederkerigheidscyclus? Doordat de onderzoekers hier vraagtekens bij hebben gezet na het literatuuronderzoek, is er besloten om nader onderzoek te doen op praktijk niveau in de vorm van een interview afnemen bij cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink. De onderzoekers zijn van mening dat cliënten continuïteit nodig hebben in het ontvangen van ondersteuning, zodat er gewerkt kan worden aan meer zelfstandigheid van cliënten. Volgens de onderzoekers zal er altijd een wisselwerking moeten blijven bestaan tussen formele zorg en informele zorg bieden, zodat cliënten wel de nodige zorg blijven ontvangen op professioneel niveau.

Hoofdstuk 3 Methode

In dit hoofdstuk wordt de typering van het inventariserend onderzoek omschreven, waarna ingegaan wordt op de respondenten die voor het onderzoek zijn betrokken en welke onderzoeksmethode is gebruikt om valide, betrouwbare en bruikbare informatie te verzamelen. Tot slot is er beschreven hoe de gegevens verzameld en geanalyseerd zijn.

3.1 Typering onderzoek

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Vanuit de richtlijnen die een kwalitatief onderzoek weergeven, van hieruit hebben de onderzoekers inzicht gekregen in verschillende ervaringen, behoeften, gedachten en interpretaties van cliënten en relevante professionals die vanuit de interviewvragen verkregen zijn. Volgens Migchelbrink (2013) is voor deze onderzoeksbenadering het beschouwend uitdrukken van gegevens in de vorm van woorden en beelden typerend. Taal is hier het essentiële middel waarin de bevindingen in het onderzoek worden uitgedrukt. Typerend voor het kwalitatieve onderzoek is het 'insidersperspectief' (Migchelbrink, 2013). Hierbij wilden de onderzoekers van binnenuit inzicht krijgen op hoe de relevante betrokkenen de huidige situatie beleven. De onderzoekers wilden inzicht krijgen in wat cliënten en relevante professionals nodig hebben om informele zorg in te zetten.

Een kwalitatief gerichte onderzoeksbenadering sluit goed aan bij het onderzoek, omdat de onderzoeksvraag zich richt op ervaringen, behoeften, gedachten en interpretaties. Kwalitatief onderzoek kan op meerdere manieren vormgegeven worden. In hoofdstuk 3.3 wordt beschreven welke onderzoeksmethode er is gebruikt voor het uitvoeren van het kwalitatief onderzoek.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 19 cliënten van de BW Ekselerbrink en de 11 relevante professionals die samen het team vormen van de locatie. De onderzoekers spreken in dit rapport met de term 'relevante professionals', omdat niet elke professional is meegenomen in het onderzoek zoals de huishoudelijke hulpverleners.

Het team bestaat uit één locatiehoofd, zeven HBO Social Work persoonlijk begeleiders, twee assistent begeleiders (MBO) en één ervaringsdeskundige.

De leeftijd van de cliënten ligt tussen de 23 en 60 jaar, deze bestaan uit ongeveer evenveel mannen als vrouwen. De cliënten van de BW hebben een (dubbele) diagnose op psychiatrisch gebied bijvoorbeeld depressies, vormen van autisme, verslavingsproblematiek en/of persoonlijkheidsstoornissen.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Om de onderzoeksvraag meetbaar te maken, is er gekozen voor de dataverzamelmethode 'interviewen'. Het afnemen van een interview sluit goed aan bij de onderzoeksvraag en bij de doelgroep waarbij het interview wordt afgenomen. De onderzoekers hebben rekening gehouden met het niveau van de geïnterviewden. Tijdens het afnemen van het interview kon er om een toelichting gevraagd worden door de onderzoekers, wanneer er onduidelijkheden waren of wanneer er onvolledige antwoorden zijn gegeven door de cliënten en relevante professionals. Op deze manier wordt de validiteit verhoogd (hoofdstuk 3.3.2). Een ander bijkomend voordeel van interviewen is dat het interview op een passend tempo afgenomen is, dat aansluit bij de cliënten en relevante professionals. Daarnaast kunnen cliënten en relevante professionals geobserveerd worden tijdens het interview, waarbij de onderzoekers hebben gelet op non-verbale communicatie. Volgens Migchelbrink (2013) is de respons op een interview afnemen groter dan bij het zelf in laten vullen van een vragenlijst.

3.3.1 Semigestructureerd open interview cliënten en relevante professionals

Migchelbrink (2013) beschrijft verschillende soorten interviews. De manier die het meeste richting geeft aan de onderzoeksvraag en het zogenoemde 'insidersperspectief', is het houden van een open interview. Dit betekent dat er geen sturing is op antwoordinhoud. De antwoordmogelijkheden liggen van tevoren niet vast. De onderzoekers hebben op deze manier de geïnterviewden uitgenodigd om in eigen woorden weer te geven welke gedachten ernaar voren kwamen. Via deze weg hebben de onderzoekers inzicht gekregen in het eigen verhaal en de belevingswereld van de geïnterviewden zonder daar sturing aan te geven. Een open interview kan in drie soorten worden ingedeeld, namelijk het open interview, het semigestructureerd interview en het gestructureerde interview.

Er is door de onderzoekers gekozen voor een semigestructureerd open interview. Deze bestaat uit een serie vragen die van tevoren zijn verwoord in een topiclijst (Migchelbrink, 2013), die structuur geeft aan het interview. In de topiclijst staan van tevoren vastgestelde gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan bod zijn gekomen. De volgorde en formulering van de verschillende gespreksonderwerpen stonden niet vast. De van tevoren gemaakte topiclijst is als checklist gebruikt tijdens het interview, zodat alle onderwerpen besproken zijn. Een semigestructureerd interview past bij de onderzoeksvraag en de doelgroep, omdat er ter plekke wijzigingen aangebracht konden worden in de formulering van de gestelde vragen. Dit is afhankelijk van het niveau van de geïnterviewden. Alle topicpunten worden, afhankelijk van het gespreksverloop, op het niveau van de geïnterviewden gesteld.

De interviewvragen zijn open van aard. De cliënten en relevante professionals zijn vrij in het formuleren van antwoorden, daarover zijn geen suggesties gedaan. De cliënten en professionals hebben hun antwoord in eigen woorden kunnen weergeven. Er waren vooraf geen aangemaakte antwoordrubrieken. De onderzoekers hebben doormiddel van doorvragen en interesse tonen verduidelijking gevraagd, om het gesprek op gang te houden en bruikbare antwoorden te ontvangen. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om voor de cliënten en relevante professionals aparte topiclijsten te maken die aansluiten bij het niveau van de geïnterviewden. In de bijlage 2 Onderzoeksinstrument, staan de topiclijsten (Bijlage 2.1 Topiclijst cliënten en Bijlage 2.2 Topiclijst relevante professionals) die zijn gebruikt tijdens het afnemen van de interviews. Er zijn hoofdvragen geformuleerd die aansluiten bij de onderzoeksvraag. Daarnaast zijn er voorbeeldvragen bijgezet die tijdens het houden van het interview gesteld kunnen worden om dieper in te gaan op de verkregen antwoorden. De onderzoekers hebben met deze voorbeeldvragen doorgevraagd om bruikbare antwoorden te verkrijgen. Bij het opstellen van de topiclijsten is er bewust gekozen om eerst naar de kansen en belemmeringen van de respondenten te vragen en als laatste in te gaan op het zorgconcept Buurtcirkel, zodat de respondenten niet beïnvloedt konden worden door het bestaande zorgconcept. Hierbij is de koppeling gemaakt met de kanttekeningen die zijn gegeven in het literatuuronderzoek bij het zorgconcept Buurtcirkel. Hierbij hebben de onderzoekers naar voren gebracht dat wederkerigheid en continuïteit van belang zijn in het bieden van informele zorg. Deze begrippen zijn meegenomen in de topiclijsten. Daarnaast zijn de onderzoekers er door het literatuuronderzoek van bewust dat informele zorg bieden niet gemakkelijk blijkt te zijn. De onderzoekers zijn door de onderzoeksvraag vooral gericht op kansen en randvoorwaarden van informele zorg. Om zo kritische mogelijk antwoord te geven op de onderzoeksvraag, negeren de onderzoekers de belemmeringen die zijn gegeven door de respondenten niet.

3.3.2 Bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit en betrouwbaarheid hebben allebei te maken met het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en in aangenomen handelingswijze (Migchelbrink, 2013). Er is gekeken door de onderzoekers naar de bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode. De onderzoekers zijn van mening dat de gekozen onderzoeksmethode het beste bij de doelgroep past, omdat deze ervoor zorgt dat doorvragen in het interview mogelijk is. Er is gekozen om voor de cliënten een versimpelde

versie van de topiclijst op te stellen, waardoor het interview beter aansluit bij de doelgroep. Daarnaast is gedacht aan de tijdsduur, een rustige plek voor het afnemen van het interview en een methode die aansluit bij het niveau van de cliënten.

Om zo goed mogelijk de validiteit en betrouwbaarheid na te streven is er gekozen om de cliënt zelf te laten kiezen in welke omgeving de cliënt het interview wil doen. Dit kan zijn in eigen woonruimte, kantoor of de gezamenlijk ruimte van de locatie, welke de 'koffietoren' wordt genoemd. Op deze manier kan de cliënt zich uiten in een omgeving waar hij/zij zich prettig voelt en zoveel mogelijk vrijuit durft te spreken. Hiermee is de kans groter dat de verkregen informatie uit het interview betrouwbaar is. Bij een kwalitatief onderzoek spreekt men in plaats van validiteit met de term 'credibility' (geloofwaardigheid). Dit begrip maakt duidelijk dat het gaat om het vertrouwen dat het resultaat klopt met de werkelijkheid (Migchelbrink, 2013). Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen om volgens de methode 'membercheck' de verkregen antwoorden te laten controleren door de respondenten zelf. De geïnterviewde heeft hierdoor de kans gekregen om zelf te controleren of de interpretatie van de onderzoekers klopt in de ogen van geïnterviewde en zo nodig de beschreven informatie bij te stellen. Op deze manier zijn de negatieve aspecten die horen bij een momentopname verkleind (Wassink., z.d.). Na het interview is er een samenvatting gemaakt van de verkregen antwoorden, waarna een membercheck werd uitgevoerd. Belangrijk bij een membercheck is dat de geïnterviewde zich vrij voelt om eventuele wijzigingen aan te brengen. De onderzoekers hebben daarom de open vraag gesteld: "Wat vind je van de samenvatting?" Wanneer de onderzoekers zouden vragen of de samenvatting op deze manier correct is, zou dit te veel sturing geven en kunnen de onderzoekers zich afvragen of de membercheck dan nog wel betrouwbaar is. De samenvattingen en memberchecks zijn op te vragen bij de onderzoekers om de privacy van de respondenten te waarborgen. In bijlage 5 Beoordeling zorgvuldigheid opdrachtgever, is aangetoond dat de privacy voldoende gewaarborgd is.

Er zijn niet meer interviewvragen gesteld dan nodig zijn voor het onderzoek om de deelvragen te kunnen beantwoorden. De tijdsduur van het interview is hiermee zo kort mogelijk gehouden (ongeveer een half uur per interview) omdat de concentratie van de geïnterviewden verloren kunnen gaan wanneer het interview te lang duurt. Ook is er rekening gehouden met de spanningsboog die per cliënt verschillend kan zijn. Naar aanleiding van een veldoriëntatie bij de begeleiding van de BW Ekselerbrink is geadviseerd om de topiclijst zo kort mogelijk te houden zodat er rekening wordt gehouden met de korte focus die cliënten kunnen hebben.

3.4 Procedure gegevensverzameling

Het semigestructureerd open interview is in de formele variant uitgevoerd. Dit houdt in dat er is gewerkt met een vaste rolverdeling tussen de onderzoekers en respondenten. Het interview is van tevoren aangekondigd, doormiddel van een e-mail aan elke relevante professional welke in bijlage 3 te lezen zijn. De cliënten zijn mondeling op de hoogte gebracht voor het afnemen van het interview, waarbij het onderwerp, tijdstip en de tijdsduur bekend zijn gemaakt. Bij het opstellen en afnemen van de interviewvragen is er rekening gehouden met de manier van vraagstelling. De interviewvragen die bij de cliënten zijn afgenomen zijn niet gesteld in vaktaal, maar sluiten aan bij het niveau van de cliënt. De topiclijst is getest bij verschillende mensen met een verstandelijke beperking (vb) van een andere organisatie, om erachter te komen welke vragen bijgesteld moesten worden. Doordat het bij een vb-doelgroep is getest, weten de onderzoekers zeker dat de bewoording van de interviewvragen niet te moeilijk zijn geformuleerd. Uit deze check kwam naar voren dat sommige interviewvragen aanscherping nodig hadden. Van tevoren zijn verschillende synoniemen opgezocht bij de originele vragen zodat de vragen ook op andere manieren uitgelegd konden worden. De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van verschillende soorten vragen, vraagvormen en vraagtypen. In de opgestelde vragenlijst voor het interview komen opinievragen (vragen naar meningen) en vragen naar wensen of voorkeuren naar voren.

Voorafgaand aan het interview worden begrippen uitgelegd op het niveau die aansluit bij de geïnterviewden, bijvoorbeeld de begrippen formele en informele zorg. Dit is terug te lezen in bijlage 2 van het onderzoeksinstrument.

Tijdens het afnemen van een interview is het belangrijk dat de onderzoekers goed hebben geluisterd en dat de onderzoekers de geïnterviewden uit laten praten. Er is daarom gekozen om het interview met twee onderzoekers af te nemen, ondanks dat één van de onderzoekers zelf werkzaam is binnen de BW Ekselerbrink en dus een bekend gezicht is voor de geïnterviewden. Door met twee personen het interview af te nemen wordt er meer informatie opgeslagen en meer geobserveerd waardoor het onderzoek betrouwbaarder wordt.

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om een bekend gezicht bij de interviews te betrekken, omdat dit kan zorgen voor een vertrouwd gevoel bij de geïnterviewden. De onderzoekers weten dat dit ook negatieve gevolgen met zich mee kunnen brengen, namelijk dat de geïnterviewden gewenste antwoorden kunnen geven. De belangrijkste reden dat de onderzoekers ervoor hebben gekozen om beide deel te nemen aan het interview, is omdat tijdens het afnemen van het interview mee getypt kon worden, zodat informatie niet verloren kon gaan. De ene onderzoeker heeft de vragen gesteld, waarbij tegelijkertijd de andere onderzoeker de verkregen antwoorden kon vastleggen. De interpretaties van de verkregen informatie en de observaties worden naderhand besproken en uitgewerkt. Er is bewust niet gekozen om het interview op te nemen met een voice recorder, zodat de achterdocht die sommige cliënten ervaren weggenomen kon worden en zij ook vrijuit konden spreken. De onderzoekers evalueerden voortdurend of de verkregen informatie bruikbaar was of niet. Zo niet dan had de onderzoeker doorgevraagd om toch een volledig antwoord te verkrijgen. Door het herhalen of parafraseren van de verkregen informatie hebben de onderzoekers gecheckt of de informatie goed opgevat is. Op deze manier kregen de geïnterviewden de kans om hun antwoorden te wijzigen of te verhelderen. De onderzoekers zijn ervan op de hoogte dat naast informatie dat verkregen is in het interview ook bruikbare informatie achteraf verkregen kon worden, wanneer de geïnterviewden napraten over het onderwerp. Er is daarom rekening gehouden in de planning met uitlooptijd. Naderhand werd er door beide onderzoekers geëvalueerd hoe het interview verlopen is en werden onduidelijkheden besproken, zodat deze eventueel nog nagevraagd konden worden bij de desbetreffende geïnterviewde.

De interviews werden op locatie BW Ekselerbrink afgenomen in de maand april en mei van 2018. Voorafgaand aan het interview is met de geïnterviewden afgesproken dat er geen namen genoteerd worden om de anonimiteit van de geïnterviewden te waarborgen. De geïnterviewden werden genummerd, zodat de samenvattingen geordend bleven voor het uitvoeren van de membercheck.

3.5 Analyseplan

In dit analyseplan wordt uitgelegd hoe de informatie is geanalyseerd en verwerkt tot een beschrijving van de resultaten.

3.5.1 Analysegegevens interviews

Zoals in hoofdstuk 3.4 is benoemd werden de interviews door beide onderzoekers afgenomen met ieder haar eigen taak. De ene onderzoeker stelde de vragen en de andere onderzoeker noteerde de verkregen informatie op de laptop, omdat schrijven meer tijd in beslag zal nemen. De onderzoekers waren ervan op de hoogte dat het typen op de laptop geluiden veroorzaakt die voor afleiding zouden kunnen zorgen. De planning voor het afnemen van de interviews zijn zo ingericht dat na elke interview gelijk een samenvatting getypt kon worden. Met behulp van deze samenvattingen hebben de onderzoekers een membercheck uitgevoerd bij de geïnterviewden. De geïnterviewden hebben elk hun eigen samenvatting kunnen lezen en bij goedkeuring een handtekening hebben gezet, die in het bezit zijn van de onderzoekers. Hierdoor hebben de onderzoekers hun verkregen informatie

gecontroleerd bij de geïnterviewden, zodat dit overeenkomt met wat de geïnterviewden op inhouds- en betrekkingniveau hebben gezegd.

In de samenvatting (hoofdstuk 4.1) staan de highlights beschreven die naar voren kwamen tijdens de interviews. Deze gegevens zijn geanalyseerd, doormiddel van horizontaal vergelijken (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Echter was het horizontale vergelijken een manier die volgens de onderzoekers overzichtelijker verticaal uitgevoerd kon worden. Daarom is er door de onderzoekers besloten om de analysemethode aan te passen naar verticaal vergelijken. Deze analysemethode vergelijkt antwoorden op open vragen. Alle antwoorden die op de open vragen zijn gegeven, zijn onder elkaar geplaatst, waarna de onderzoekers de opmerkelijke verschillen en overeenkomsten hebben opgezocht (zie bijlage 4 Analysegegevensverzameling). De onderzoekers hebben vervolgens een samenvatting geschreven per deelvraag van de analyse in hoofdstuk 4 Resultaten. Dit is in feite een samenvatting van de verschillende antwoorden (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Deze manier van analyseren is zowel bij de ondervraagde cliënten als professionals toegepast. De samenvattingen per deelvraag zijn verwerkt in tabellen om meer overzicht te creëren, waarvan de bevindingen worden meegenomen in de conclusie.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen en uitkomsten per deelvraag beschreven. Naar aanleiding van de gegevens in bijlage 4 Analysegegevensverzameling, is er een samenvatting gemaakt per deelvraag. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de resultaten te verwerken in tabellen, om meer overzicht te creëren.

4.1 Resultaten cliënten en relevante professionals

Er is een samenvatting geschreven van de volledige uitwerking van de interviews, waarna er een membercheck is uitgevoerd. De volledige uitwerking van de interviews en de membercheck zijn op te vragen bij de onderzoekers. Wegens privacy redenen zijn deze gegevens niet opgenomen in het rapport.

De interviews zijn afgenomen bij 17 van de 19 cliënten en 11 relevante professionals. Twee cliënten konden niet deelnemen aan het interview gezien hun psychische gesteldheid.

1. Welke ervaringen en behoeften hebben cliënten en relevante professionals van BW Ekselerbrink met betrekking tot het inzetten van informele zorg?

Cliënten:

De meerderheid van de cliënten, namelijk dertien, hebben ervaring met het ontvangen van informele zorg. Drie cliënten hebben helemaal geen ervaring met het ontvangen van informele zorg. Er komt naar voren dat bijna alle hulp die er wordt ontvangen, voornamelijk praktisch van aard is. Eén van de geïnterviewde cliënten gaf aan dat zijn moeder weleens eten voor haar zoon meeneemt, alleen worden de ingrediënten wel bekostigd. Eén cliënt geeft aan dat zijn ouders hem helpen met zijn financiën, echter krijgen ze hier wel voor betaald waardoor het geen informele zorg is.

Drie cliënten ontvangen zo nu en dan emotionele steun van ouders, vrienden of familieleden door het voeren van gesprekken.

Tien cliënten hebben in het interview aangegeven dat het ontvangen van hulp op praktisch gebied is, zoals het helpen in het huishouden, de financiën beheren of het brengen van een maaltijd.

Relevante professionals:

Alle professionals hebben ervaring met het inzetten van informele zorg of contact aangaan met informele zorg omtrent de cliënten. De frequentie van contact met de informele zorg is per professional verschillend. De ervaring met informele zorg wordt vooral gekenmerkt door het contact met de familie van cliënten, bijvoorbeeld ouders, broers en/of zussen en af en toe partners van cliënten. Ook is er ervaring met de 'omgekeerde participatie', zoals twee professionals dit in het interview benoemden. Omgekeerde participatie houdt in dat de professionals mensen van buiten de woonvorm betrekken bij activiteiten binnen de BW om cliënten in contact te laten komen met andere mensen, om zo hun leefwereld te vergroten.

Meer dan de helft van de ondervraagden zegt dat familie vooral kan ondersteunen bij de praktische zaken zoals; administratie, financiën, boodschappen en huishouden. Zodra het over emotionele ondersteuning gaat, zien drie professionals dat mensen meer afstand nemen, omdat dit vaak meer emoties naar boven brengt. Twee professionals geven aan dat cliënten ook terug kunnen vallen op het netwerk voor het ontvangen van emotionele ondersteuning, bijvoorbeeld wanneer er te veel prikkels ervaren worden door de cliënt.

De meerderheid van de professionals hebben weinig ervaring met het inzetten van vrijwilligers of andere externe informele zorg bij cliënten. De professionals geven aan dat over het algemeen het netwerk van de cliënten klein is, bijvoorbeeld wanneer de cliënt alleen ouders of een broer/zus heeft binnen het netwerk. Daarentegen geven vier professionals in het interview aan dat de grootte van het netwerk niets hoeft te zeggen over de informele zorg die de cliënt kan ontvangen. Het kan zo zijn dat iemand met een groot netwerk, minder ondersteuning kan verwachten dan van iemand met een klein netwerk. Het verschilt per cliënt welke behoefte hiertoe is en dus hoe groot het netwerk is.

2. Welke kansen en/of ideeën hebben cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink bij het inzetten van meer informele zorg en welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig volgens hen?

Cliënten:

Volgens twee cliënten zullen meer gezamenlijke momenten gepland kunnen worden binnen de BW, om cliënten onderling beter te leren kennen.

Sommige zaken zouden wel overgenomen kunnen worden door informele zorg, zoals uitjes, boodschappen doen of koffiedrinken.

Tien cliënten zouden wel behoefte hebben aan meer informele zorg. Randvoorwaarden zijn hiervoor dat klachten begrepen worden, dat het contact niet te persoonlijk wordt, dat er een wederzijds vertrouwen moet zijn en dat er naar de persoon zelf gekeken moet worden. Hier komt wel bij kijken dat de klachten begrepen worden, het moet niet te persoonlijk worden, als er wederzijds een goed vertrouwen is en als er naar de persoon zelf gekeken wordt.

Er is aangegeven dat er behoefte is aan meer contact met mensen binnen en buiten de BW.

Vijf cliënten geven aan geen verschil te merken tussen het ontvangen van formele- of informele zorg. Het maakt hen niet uit wie de ondersteuning biedt.

Twee cliënten geven aan het liefst alleen formele zorg te willen ontvangen, omdat zij het gevoel hebben beter begrepen en ondersteunt te kunnen worden, doordat informele zorg niet altijd voor cliënten klaar zal staan.

Relevante professionals:

Over het algemeen zeggen de elf professionals van de BW Ekselerbrink al op de goede weg te zijn wat betreft het inzetten van informele zorg, om daarmee de eigen kracht en zelfredzaamheid van de cliënten te vergroten. De professionals geven aan dat het inzetten van meer informele zorg niet per se moet, maar wel zou kunnen. Drie professionals geven aan dat informele zorg niet ingezet moet worden vanwege de bezuinigingen of zodat de professionele begeleiding door inzet van informele zorg, minder werk hoeven te doen. Het is niet de bedoeling dat informele zorg op de begeleidingsstoel gaat zitten en begeleidingsvragen gaat overnemen, als dit de ontwikkeling van de cliënt in de weg zit.

Tien van de elf professionals vinden dat er meer informele zorg binnen de BW Ekselerbrink ingezet zou kunnen worden. Eén professional geeft aan dat cliënten waarschijnlijk niet op meer informele zorg zitten te wachten en gezien de problematiek van de cliënten dit ook moeizaam zal gaan verlopen. Daarentegen zien alle professionals wel kansen als het gaat om vrijwilligers of maatjes die praktische ondersteuning kunnen bieden of voor de 'gezelligheid' iets kunnen ondernemen met de cliënten. Hieronder worden de verschillende kansen met randvoorwaarden beschreven:

- Praktische ondersteuning bieden door vrijwilligers of maatjes, bijvoorbeeld het doen van boodschappen, koken of helpen in het huishouden. Ondersteuning ter ontspanning kan vormgegeven worden door bijvoorbeeld samen iets te ondernemen. De professionals noemen dit een 'uitje'. Een randvoorwaarde voor het inzetten van vrijwilligers of maatjes is dat de verwachtingen aan beide kanten helder moeten zijn. De vrijwilligers of maatjes moeten goed ingelicht worden over de bijkomende problematiek waar ze mee te maken kunnen krijgen. Meer dan de helft van de professionals geeft aan dat er professionele begeleiding betrokken moet zijn bij het inzetten van vrijwilligers of maatjes, zodat de wisselwerking besproken kan worden. Eén professional geeft aan dat het aannemen van vrijwilligers goed georganiseerd kan worden door te kijken wat ze van begeleiding kunnen overnemen ten gunste van de cliënten, zodat de professionals zich meer op de kernactiviteiten kunnen richten, zoals de begeleidingshulpvragen van de cliënten.
- Informele zorg begeleiden: professionele begeleiding kan het proces coördineren door afspraken te maken en deze tijdig te evalueren met de betrokkenen. Zes professionals geven aan dat dit nodig is, omdat het anders een lage kans van

slagen heeft, gezien bijkomende problematiek. Twee professionals geven aan dat de vrijwilligers wel over enige kennis van de doelgroep en vaardigheden moeten beschikken, zoals geduld.

- Er moet goed gekeken worden naar wat de cliënt wil en kan wat betreft ondersteuning ontvangen van informele zorg. De professionals geven aan dat informele zorg niet verplicht moet zijn voor de cliënt om ondersteuning te ontvangen. Voorwaarden van het inzetten van vrijwilligers bij deze doelgroep is dat er een klik moet zijn. Binnen de organisatie zijn er mogelijkheden om vrijwilligers te werven. Voor het vinden van een maatje zou de cliënt zich kunnen aanmelden bij een maatjesproject.
- Twee professionals geven aan dat ze kansen zien in het onderling netwerk benutten van cliënten. Dit houdt in dat cliënten voor elkaar iets kunnen betekenen, zoals praktische ondersteuning. Ook dit proces zou gecoördineerd moeten worden door professionals, zodat het onderlinge contact goed verloopt. Er zal hiervoor een gezamenlijk visie van het team moeten komen zodat iedereen achter dit concept staat en door iedereen gedragen, gecoördineerd en geëvalueerd kan worden.
- Een mogelijkheid die één professional aangeeft is, om meer informele zorg in te zetten binnen de BW, is het betrekken van mensen die dagbesteding volgen binnen de Stichting Cosis. Informele zorg zou geboden kunnen worden door iemand die als dagbesteding iets kan betekenen voor een cliënt binnen de BW. Ook hierbij geeft de professional aan dat er een soort supervisor aanwezig moet zijn om dit proces goed te laten verlopen, omdat je met meerdere 'kwetsbare' mensen te maken hebt en de wisselwerking hierom kan stagneren.
- Twee professionals benoemen dat het kansen kan bieden om te onderzoeken wat de maatschappij voor de BW en cliënten kunnen betekenen. Bijvoorbeeld boodschappen leveren doormiddel van de app Picnic of door in gesprek te gaan met de supermarkt Boni om te kijken wat mogelijk is qua ondersteuning over en weer. Ook andere instanties of verenigingen zouden volgens een professional iets kunnen betekenen voor de doelgroep zoals de kerk, sportverenigingen of buurtinitiatieven. Dus in overleg met de omgeving kijken welke activiteiten van de begeleiding overgenomen kunnen worden ten gunste van de cliënt.
- Eén professional ziet een kans om het netwerk meer te betrekken bij het opstellen van het begeleidingsplan voor meer input en een betere afstemming.
- Tijdens cliënt- besprekingen zou er volgens één professional meer aandacht besteed kunnen worden aan het sociale netwerk van de cliënt en wat het netwerk ter ondersteuning zou kunnen bieden. Dit idee moet teambreed besproken worden wil dit ingezet worden.
- Meer structuur geven aan de mantelzorgbijeenkomsten die plaats vinden binnen de BW, zodat deze meer onder de aandacht blijven. Ook zou er een beroep gedaan kunnen worden op de kenniskring (verschillende disciplines in een werkgroep) van Cosis, die kennis over kunnen dragen, over hoe meer informele zorg ingezet kan worden.
- Drie professionals geven aan dat de begeleiding kritisch moet blijven kijken en grenzen stelt aan hetgeen de begeleiding doet of overneemt, zodat de begeleiding geen dingen uit handen neemt van cliënten.

3. Welke belemmeringen zien cliënten en relevante professionals om meer informele zorg in te zetten binnen BW Ekselerbrink?

Cliënten:

Er is aangegeven door vier cliënten dat informele zorg de psychische klachten van de cliënten niet goed zullen begrijpen, doordat er geen opleiding is gevolgd, waardoor er te weinig kennis is over de problematiek.

Daarnaast geven vijf cliënten aan dat hun sociale netwerk ver weg wonen of al op leeftijd zijn, waardoor de informele ondersteuning niet geboden kan worden of waardoor cliënten hun sociale netwerk niet tot last willen zijn.

Er is door vier cliënten aangegeven dat informele zorg minder structuur zal kunnen bieden en minder emotioneel betrokken is. Eén cliënt gaf aan: "Dit kan voor conflicten zorgen, bijvoorbeeld wanneer informele zorg iets terugverwacht voor de geboden zorg of dat informele zorg vaak alleen als het hen het beste uitkomt of wanneer familie, vrienden of kennissen toevallig in de buurt zijn".

Twee cliënten hebben aangegeven het niet prettig te vinden om nieuwe contacten aan te gaan met mensen die ze niet goed kennen. Twee andere cliënten gaven aan geen belemmeringen te zien in het ontvangen van informele zorg.

Relevante professionals:

- Twee professionals geven aan dat veel cliënten erg op hun zelf zijn en dat contact maken met anderen een uitdaging is voor velen.
- Meer dan de helft van de ondervraagde professionals geven aan dat ze niet zo zeer méér een beroep op familie en mantelzorgers zouden doen. De reden hiervoor is dat sommige familieleden/netwerk al veel hebben meegemaakt met hun familielid en die zorg soms als erg zwaar ervaren kan worden. Het netwerk kan daardoor overbelast worden. Sommige relaties zijn beschadigd en het is maar de vraag of je dit wil en moet herstellen. Vaak is dit netwerk klein en ouder wordend. Eén professional benoemt: "Je kunt er als hulpverlener niet vanuit gaan, dat de verhoudingen goed zijn tussen familie en de cliënt." Een andere professional benoemt: "Ik ben het er mee eens dat het 'gezonde' stukje voor de familie moet zijn, en het 'ziek zijn' opgepakt moet worden door de professionals en niet andersom." De professionals geven aan dat het soms beter is om mensen van buitenaf te betrekken voor het bieden van informele zorg dan het directe netwerk van de cliënt zoals familie.
- Vijf professionals geven aan dat het een belemmering kan zijn wanneer het directe netwerk emotioneel betrokken is bij de cliënt. Het netwerk van de cliënt kan soms niet helpend zijn in het ontwikkel- en herstelproces van de cliënt, wanneer het netwerk taken overneemt wat de zelfredzaamheid en ontwikkeling in de weg kan staan.
- Een belemmering bij het inzetten van vrijwilligers of maatjes speelt op wanneer er geen begeleiding is voor deze mensen. Wanneer er geen duidelijke afspraken gemaakt zijn of verwachtingen van beide partijen niet kloppen, kan dit voor teleurstellingen of misverstanden zorgen.
- Het kan voor belemmeringen zorgen wanneer een vrijwilliger taken overneemt van de cliënt wat de ontwikkeling, maar ook de begeleidingsafspraken in de weg kan staan. Eén professional geeft aan dat dit op de loer ligt, als cliënten misbruik maken van de aanwezigheid van een vrijwilliger. Het zou kunnen dat de vrijwilliger dan taken overneemt die de cliënt zelf zou kunnen. Dit kan de ontwikkeling richting zelfredzaamheid belemmeren.
- Twee professionals benoemen dat je niet zomaar vrijwilligers van de straat kunt plukken. Het vinden van geschikte vrijwilligers is moeilijk. Er is volgens hen nog veel onwetendheid over de GGZ- doelgroep, waardoor mensen zich terughoudend opstellen.
- Eén professional geeft aan dat het inzetten van informele zorg niet per definitie ervoor zorgt dat formele zorg zich kan terugtrekken. Het coördineren van informele zorg moet volgens alle professionals gedaan worden door professionele begeleiding. Er is tijd nodig om dit proces in goede banen te leiden.
- Eén professional geeft aan dat het lastig is om informele zorg, zoals vrijwilligers, in te zetten bij deze doelgroep omdat de cliënten vaak moeilijk te activeren zijn.
- Een nadeel kan zijn dat de doelgroep weinig terug te geven heeft, waardoor vrijwilligers of maatjes moeilijk zijn te koppelen aan cliënten.
- Wanneer een gezamenlijke visie van het team ontbreekt kan dit voor belemmeringen zorgen tijdens het creëren en coördineren van het proces.

4. Wat vinden cliënten en relevante professionals van het bestaande (inter-) nationale zorgconcept Buurtcirkel die informele zorg typeert?

Cliënten:

Acht cliënten zien kansen in het zorgconcept Buurtcirkel om in te zetten binnen de BW. Hierbij benoemen cliënten de volgende randvoorwaarden:

- Er is behoefte om diegene dan eerst goed te kennen, voordat er onderling ondersteuning aan elkaar geboden kan worden. Er moet volgens cliënten een klik zijn.
- Dat er eerst een bijeenkomst georganiseerd zal moeten worden om duidelijke afspraken te maken, om alle behoeften helder te krijgen en om verwardheid te voorkomen
- Er moet gekeken worden wat mensen willen en kunnen doen en het is belangrijk dat er een klik is onderling.
- Het liefst hebben de cliënten, die open staan voor het meer ontvangen van informele zorg, niet telkens een ander persoon, maar een vast iemand om een vertrouwensband op te bouwen.
- Er zal gekeken moeten worden naar wat cliënten en informele zorg willen en kunnen doen.

Vier cliënten denken dat het zorgconcept wel zal werken voor andere cliënten, maar zullen hier zelf niet aan willen meedoen, omdat ze aangeven zelf geen dingen voor anderen te kunnen doen of omdat ze geen verplichtingen willen hebben.

Vier cliënten zien geen kansen voor het inzetten van het zorgconcept binnen de BW, omdat cliënten erg op zichzelf gericht zijn. Eén cliënt dacht dat de meeste cliënten behoefte hebben aan een vertrouwd gezicht. Eén cliënt gaf aan te denken dat de meeste cliënten binnen de BW, behoefte hebben aan een vertrouwd gezicht.

Eén cliënt heeft geen antwoord gegeven op deze deelvraag.

Relevante professionals:

In deelvraag twee en drie wordt er door twee professionals een soort gelijk idee beschreven namelijk; 'onderling netwerk', waarbij cliënten elkaar onderling ondersteunen. Negen van de elf professionals geven aan dat een concept zoals Buurtcirkel zou kunnen werken binnen de BW. Professionals geven aan dat het onderling ondersteunen van elkaar al een beetje gebeurt binnen de BW. Sommige cliënten doen voor elkaar een boodschapje. Twee professionals zeggen dat dit niet alleen gedaan wordt vanuit goede bedoelingen, maar omdat hier persoonlijke belangen aan gekoppeld zijn.

- De negen professionals vinden dat het concept Buurtcirkel bruikbaar is binnen de BW, maar stellen wel een aantal randvoorwaarden hieraan. De professionals benoemen dat dit zorgconcept gecoördineerd moet worden door professionals, zodat er afspraken gemaakt kunnen worden over; wederkerigheid, continuïteit en over een vangnet bieden. De meningen zijn verdeeld over in hoeverre het proces gecoördineerd moet worden door professionals en wie als vangnet gaat dienen wanneer cliënten geen continuïteit kunnen bieden aan de informele zorg. Het merendeel geeft aan dat het niet de bedoeling is, dat wanneer een cliënt de afspraken niet nakomt, dat de begeleiding dit overneemt. Negen professionals geven aan dat hierover vooraf goede afspraken gemaakt moeten worden, ook als het gaat over overvraging en misbruik van elkaar zodat de wisselwerking op een niveau blijft dat het een positieve bijdrage levert voor beide partijen.
- Drie professionals geven aan dat het zorgconcept Buurtcirkel een goed concept zal kunnen zijn voor cliënten om meerdere rollen te kunnen vervullen en hierdoor zelfredzaamheid, eigenwaarde en eigen identiteit te vergroten.
- Over het algemeen vinden de professionals dat meedoen aan dit zorgconcept niet verplicht moet zijn. De cliënten moeten hier zelf aan willen deelnemen. Ze vinden dat er goed gekeken moet worden naar de draagkracht en draaglast van de cliënt, om in kaart te kunnen brengen wat iemand voor een ander kan betekenen.

- Drie professionals geven aan dat de wisselwerking kan stagneren wanneer cliënten alleen zorg willen ontvangen. Eén professional benoemd: “Cliënten die nooit hebben gewerkt of een opleiding hebben gedaan het lastig en ongewoon vinden om iets terug te doen voor een ander omdat ze dit niet gewend zijn.” Doormiddel van dit zorgconcept geef je een ‘gezonde’ prikkel af, benoemd een professional: “Zo gewoon mogelijk”. Hiervoor moet volgens de professional ook bij de begeleiding helder zijn wat die ‘gezonde’ prikkels dan zijn, om deze te kunnen afgeven bij de cliënten.
- Eén professional geeft aan dat de begeleiding gezamenlijk een goede visie moet hebben zodat duidelijk is wanneer de begeleiding de verantwoordelijkheid terug legt bij de cliënt, in plaats van dit zelf op te lossen. Volgens een andere professional zou het wenselijk zijn om een werkgroep op te stellen die zich over dit zorgconcept gaat buigen. Een werkgroep met professionals en cliënten waarbij het gaat over verschillende onderwerpen zoals; wederkerigheid waarborgen, continuïteit bieden, overvraging en misbruik voorkomen. Wanneer deze onderwerpen in een werkgroep besproken worden, kunnen er nieuwe of andere gezamenlijk normen en waarden ontstaan. Het is dan volgens de professional aan de begeleiding om de cliënten in het proces van een Buurtcirkel te begeleiden.
- Twee van de ondervraagde professionals geven aan dat het zorgconcept Buurtcirkel niet zou kunnen werken binnen de BW gezien de problematiek. Ze geven aan dat cliënten moeilijk te activeren zijn en soms al genoeg hebben aan hun eigen activiteiten over de dag. Ook geven de twee professionals aan dat cliënten moeilijk met de verschillende verwachtingen om kunnen gaan en hiermee op de loop kunnen raken. Daarnaast zien meerdere professionals dat het bieden van continuïteit en wederkerigheid door deze doelgroep moeilijk kan zijn gezien de problematiek.

4.2 Bevindingen

De onderzoekers zijn op zoek gegaan naar verschillen en overeenkomsten die in de resultaten beschreven staan. Een overeenkomst is dat zowel cliënten als relevante professionals vinden dat het netwerk van de cliënt klein en ouder wordend is. Hierdoor is het ontvangen van informele zorg minimaal. Cliënten en professionals benoemen beide dat het inzetten van informele zorg niet per definitie door het netwerk van de cliënt gedaan moet worden. Zowel cliënten als professionals geven aan dat informele zorg goed ingezet kan worden voor de praktische taken. De mening van de professionals strookt met de mening van de cliënten als het gaat om verwachtingen. De vrijwilliger moet weten dat hij niet iets terug kan verwachten van de cliënt. Naast dat de vrijwilligers en maatjes goed ingelicht moeten worden, moet de ervaring van de cliënt leidraad zijn. De professionals geven allemaal aan dat het nodig is om informele zorg te begeleiden door de formele zorg. De professionals zeggen dat er genoeg tijd moet zijn om het bieden van informele zorg door mantelzorgers of vrijwilligers in goede banen te leiden, om ook kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. Zowel cliënten en professionals denken over het algemeen hetzelfde over het feit dat cliënten binnen de BW erg op zichzelf zijn gericht, waardoor er weinig wederkerigheid is. Dit kan tot gevolg hebben dat het onderlinge netwerk stagneert. Daarom is het belangrijk dat wanneer het onderlinge netwerk ingezet wordt, hier formele zorg is om het proces te coördineren. Mensen van buitenaf betrekken, zoals vrijwilligers of maatjes, heeft waarschijnlijk een grotere kans van slagen als het gaat om wederkerigheid bieden. De kansen die zijn vermeld in de resultaten voor het inzetten van informele zorg zijn voornamelijk gegeven door professionals. Cliënten wisten op deze vragen niet altijd antwoord te geven. Ook kwam uit het onderzoek naar voren dat cliënten eigenlijk heel tevreden zijn met de zorg die op dit moment geboden wordt.

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt allereerst in de conclusie een kort en expliciet antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Vervolgens wordt er in de discussie stil gestaan bij de kritische beschouwing van het onderzoek, het instrument, de uitvoering van de gegevensverzameling. Daarbij wordt de waarde en betekenis van de bevindingen beschreven. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan over hoe de bevindingen kunnen worden gebruikt in de praktijk.

5.1 Conclusie

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Wat is er volgens de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink nodig voor het inzetten van meer informele zorg en hoe kan dit vorm gegeven worden, zodat eigen kracht en participatie van cliënten vergroot kunnen worden?

Zoals omschreven staat in de conclusie van het literatuuronderzoek, blijkt dat het van belang is om cliënten continuïteit te kunnen bieden. Door het uitvoeren van praktijkonderzoek, in de vorm van interviewen, is er bevestigd dat cliënten deze behoefte beamen. Ook zal er altijd een wisselwerking moeten blijven bestaan tussen formele- en informele zorg, zodat cliënten wel de ondersteuning blijven ontvangen die zij nodig hebben.

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de meeste cliënten van BW Ekselerbrink te maken hebben met het ontvangen van minimale informele zorg. Dit uit zich voornamelijk in de vorm van praktische ondersteuning van familieleden. Een groot deel van de cliënten geeft aan meer ondersteuning op basis van informele zorg te willen, maar zien net als de geïnterviewde professionals ook belemmeringen. Het nadeel dat de cliënten van BW Ekselerbrink zien, is dat veel medecliënten erg op zichzelf zijn gericht waardoor contact leggen moeilijk zal verlopen, vooral met nieuwe en/of onbekende mensen. Hierdoor zal participeren in de samenleving een hoge drempel blijven. Volgens de professionals moet er niet te veel een beroep gedaan worden op het netwerk van de cliënt. Dit kan als erg belastend worden ervaren door het netwerk. Vele familieleden zijn al op leeftijd en/of wonen niet in de buurt, waardoor informele zorg bieden moeizaam zal verlopen. Vaak hebben familieleden veel meegemaakt met de cliënt, waardoor informele zorg bieden zwaar kan zijn. Dit strookt met de ervaringen en behoeften van cliënten die aangeven liever hun netwerk niet tot last te willen zijn. Ook zegt de literatuur hierover dat het netwerk van mensen met psychiatrische problematiek hieronder kan lijden (Korevaar & Droës, 2016).

Op de vraag hoe informele zorg dan wel ingezet kan worden is door het inzetten van vrijwilligers, maatjes of een zorgconcept zoals Buurtcirkel die het onderling netwerk en eigen kracht van cliënten kan vergroten. Het merendeel van de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink zien in het zorgconcept Buurtcirkel een kans om informele zorg binnen de BW in te zetten. Bij cliënten komt naar voren dat er vooral behoefte is aan meer sociale contacten. Een belemmering dat naar voren kwam uit het praktijkonderzoek is dat cliënten weinig terug kunnen doen voor een ander, gezien de problematiek. Hierdoor is continuïteit bieden van informele zorg onderling tussen cliënten lastig. Wanneer een gelijksoortig zorgconcept ingezet zal gaan worden, vinden de geïnteresseerden het wenselijk dat hierover voorafgaand een bijeenkomst georganiseerd wordt, waarin afspraken gemaakt kunnen worden.

Uit het literatuur- en praktijkonderzoek kwam naar voren dat informele zorg niet per definitie betekent dat formele zorg zich terug kan trekken uit de begeleiding. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat professionals het een randvoorwaarde vinden dat informele zorg gecoördineerd wordt door formele zorg. Dit is van belang, omdat de informele zorg met complexe problematiek te maken kunnen krijgen. Door ondersteuning van professionals heeft het inzetten van informele zorg een grotere kans van slagen. Cliënten hebben aangegeven dat ze het liefst niet hun psychiatrische problemen bespreken met de informele zorgbieders,

omdat cliënten ervaren dat informele zorgbieders niet weten waar ze het over hebben, doordat er geen opleiding gevolgd is. Een optie die wordt gegeven door zowel cliënten als professionals is dat informele zorg kleine praktische taken zal kunnen uitvoeren zoals koffiezetten, koken, een boodschapje doen of een activiteit organiseren wanneer dit het herstel- en ontwikkelingsproces van de cliënt niet in de weg zal gaan staan. Professionals geven aan dat het belangrijk is dat formele zorg de begeleiding omtrent herstel- en ontwikkelingsproces blijft coördineren. Bij het inzetten van informele zorg zal er niet de verwachting moeten liggen dat het contact van twee kanten komt. Cliënten geven aan niet in staat te zijn altijd iets terug te kunnen doen. Wederzijds vertrouwen is voor de cliënten die open staan voor meer informele zorg, een must!

5.2 Discussie

In de discussie wordt allereerst ingegaan op de kritische beschouwing aan de hand van de begrippen validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Daarnaast wordt ingegaan op welke mate de doelstelling is behaald. Tot slot wordt beschreven welke betekenis het onderzoek heeft in relatie tot cliënten, organisatie en de maatschappelijke ontwikkelingen met daarbij de visie van de onderzoekers.

5.2.1 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid

In dit hoofdstuk worden de begrippen validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid beschreven in relatie tot het onderzoek. Volgens Van der Donk & Van Lanen (2016) zegt de validiteit iets over dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk systematische verstoringen bevatten. Dit betekent dat de onderzoekers de invloeden die de uitkomsten van het onderzoek bepalen zoveel mogelijk proberen te herkennen en te beschrijven. De betrouwbaarheid van het onderzoek geeft aan dat het dezelfde resultaten zou moeten opleveren wanneer iemand hetzelfde onderzoek zou gaan uitvoeren. Dit houdt in dat toevallige verstoringen van het praktijkonderzoek zo veel mogelijk worden geprobeerd te voorkomen.

De onderzoekers zijn van mening dat validiteit nooit 100% gewaarborgd kan worden, omdat er altijd beïnvloedende factoren zijn waar de onderzoekers zich niet altijd van bewust waren. De onderzoekers weten nooit wat de beïnvloedende factoren voor effect hebben op de onderzoeksresultaten. Deze factoren zijn grotendeels getackeld door de volgende punten waarvan de onderzoekers zich wel bewust waren.

- De onderzoekers hebben de inschatting gemaakt om per interview driekwartier in te plannen. Hier hebben de onderzoekers rekening gehouden met eventuele uitlooptijd. Na het eerste interview kwamen de onderzoekers erachter dat het verstandig was om direct een korte samenvatting van het interview te schrijven, aangezien toen alle informatie nog vers in het geheugen zat. Dit was mogelijk omdat de interviews vaak niet langer dan een half uur in beslag namen. Naar aanleiding van deze informatie is de planning ruim gehouden.
- De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de interviews niet op te nemen met een voice recorder, gezien de achterdocht die bij respondenten konden opspelen en om privacy van de respondenten te waarborgen. De ene onderzoeker heeft mee getypt tijdens het interview om informatie te verzamelen en de andere onderzoeker nam het interview af. Het nadeel van mee typen is dat het typen geluiden met zich mee brengt wat voor afleiding kon zorgen. Daarbij kwamen de onderzoekers er na twee interviews achter dat de onderzoeker te snel opeenvolgende vragen stelde aan de geïnterviewde waardoor het mee typen voor de onderzoeker moeilijk bij te houden was. Na twee interviews is deze beïnvloedende factor door de onderzoekers besproken en bijgeteld. Er zijn bij de overige interviews meer stiltes ingelast tussen de interviewvragen en antwoorden. Hierdoor kunnen de eerste paar interviews minder compleet zijn, omdat bruikbare informatie hierdoor verloren kon gaan.

- Een beperking van het onderzoek zou kunnen zijn dat de onderzoekers ervoor hebben gekozen om een bekend gezicht de interviews te laten afnemen. Hierdoor zouden respondenten (met name cliënten) het gevoel kunnen krijgen dat gegeven anonieme informatie doorspeeld zou kunnen worden binnen de BW en tegen hen gebruikt zou kunnen worden. Hierdoor zouden er gewenste antwoorden gegeven kunnen worden wat invloed heeft op de betrouwbaarheid van de resultaten. Hier kunnen de onderzoekers geen duidelijk antwoord opgeven.
- Sommige cliënten gaven aan dat ze openhartiger zijn richting netwerk, omdat ze ervaren dat netwerk meer emotioneel betrokken is. Dit zou kunnen betekenen dat de verkregen informatie niet compleet is aangezien het interview werd afgenomen door professionals.
- De validiteit van de resultaten zou in twijfel getrokken kunnen worden, aangezien de onderzoekers minimaal gebruik hebben gemaakt van letterlijke citaten van de respondenten. Door de onderzoekspopulatie, die vrij groot is, hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de verkregen antwoorden samen te vatten aan de hand van de letterlijke citaten die zijn op te vragen bij de onderzoekers.
- De uitkomsten die verkregen zijn uit de afgenomen interviews zijn betrouwbaarder gemaakt door het uitvoeren van een membercheck. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om een membercheck uit te voeren, omdat dit ervoor zorgt dat de risico's die een momentopname met zich meebrengen worden verkleind. De onderzoekers hebben de verkregen informatie samengevat en laten controleren door elke geïnterviewde. De uitkomsten van dit onderzoek zijn gebaseerd op bevindingen van de geïnterviewden. Doordat de mogelijkheid gecreëerd werd om feedback te geven op de genoteerde informatie, heeft dit ervoor gezorgd dat het onderzoek een hogere validiteit heeft gekregen en daarbij een positieve bijdrage heeft geleverd aan de geloofwaardigheid (credibility) van het rapport.
- De validiteit is verhoogd door het toepassen van triangulatie, waarbij de onderzoekers gebruik hebben gemaakt om vanuit verschillende perspectieven hetzelfde vraagstuk te onderzoeken (Migchelbrink, 2013). De onderzoekers hebben voor advies Lector Rehabilitatie Lies Korevaar benaderd en zijn hierdoor geïnspireerd tot het doen van een inventariserend onderzoek. Naar aanleiding van dit gesprek hebben de onderzoekers de onderzoeksvraag bijgesteld en zich gericht op het bestaande zorgconcept Buurtcirkel wat in het literatuuronderzoek verwerkt is. Hierdoor hebben de onderzoekers gericht onderzoek kunnen doen naar de ervaringen en behoeften van de respondenten.

Wanneer een ander ditzelfde onderzoek zal uitvoeren, zouden er hoogstwaarschijnlijk dezelfde resultaten naar voren komen, dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Door de onderzoekers is er zorgvuldig omgegaan met de verkregen informatie en is er niets ingevuld. Dit is gedaan door het stellen van open vragen en verdiepende vragen. Vervolgens is er een membercheck uitgevoerd, dit is een betrouwbaar middel om eerlijke en integere antwoorden te verkrijgen. Data die verkregen zijn in de korte periode van het onderzoek zijn bruikbaar, omdat de validiteit en betrouwbaarheid volgens de onderzoekers voldoende is nagestreefd. Het onderzoek zal gebruikt kunnen worden binnen de BW om meer informele zorg in te zetten, omdat er bruikbare aanbevelingen gegeven zijn.

5.2.2 Mate waarin doelstelling is behaald

De onderzoekers kunnen concluderen dat de doelstelling is behaald omdat er waardevolle informatie is gegeven door zowel cliënten als relevante professionals, welke zijn opgenomen in de resultaten. Het doel van dit inventariserende onderzoek was om middels literatuur- en praktijkonderzoek in kaart te brengen wat ervoor nodig is om meer informele zorg binnen de BW Ekselerbrink in te zetten, zodat eigen kracht en participatie van de cliënten vergroot kunnen worden. Deze resultaten kwamen naar voren uit de interviews met 17 cliënten en 11 professionals. De onderzoekers hebben alle 19 cliënten van de BW uitgenodigd voor een

interview, waarvan uiteindelijk twee cliënten niet aan het interview hebben kunnen deelnemen door hun psychische gesteldheid. De onderzoekers vragen zich af hoe dit gegeven in andere situaties een rol zal kunnen spelen. Bijvoorbeeld wanneer informele zorg meer ingezet zal gaan worden, zal er misschien wel tegen hetzelfde probleem aan gelopen kunnen worden. Dit hebben de onderzoekers niet meegenomen in de resultaten maar wel als discussie punt gesteld. Wanneer er van twee cliënten extra informatie ontvangen is, zou dit de resultaten kunnen beïnvloeden.

5.2.3 Visie en kritische beschouwing van de onderzoekers

In de conclusie en aanbevelingen is te lezen dat het inzetten van informele zorg ondersteuning nodig zal hebben van de formele zorg. Je kunt je dus afvragen of het inzetten van informele zorg daadwerkelijk voor minder formele zorg gaat zorgen en dus het verlagen van maatschappelijk kosten gaat bevorderen. De onderzoekers zien in ieder geval het terugtrekken van formele zorg en daarmee minder maatschappelijke kosten nog niet zo snel gebeuren. Tenminste niet op korte termijn. Het is belangrijk volgens de onderzoekers dat de informele zorg steun en begeleiding kunnen ontvangen van formele zorg, steun omdat het helpen van mensen met een psychische beperking zwaar en ingewikkeld kan zijn. Het is belangrijk dat de informele zorg kan ventileren en kan sparren over zaken waar zij tegenaan lopen. Daarnaast vinden de onderzoekers, net zoals de professionals, dat de informele zorg goed ingelicht moet zijn over de problematiek van de doelgroep en wat zij kunnen verwachten. Ook de privacy van beide partijen zal goed gewaarborgd moeten worden om zo de cliënten hierin te beschermen.

De onderzoekers stellen vanuit het literatuur- en praktijkonderzoek ter discussie dat het een hele opgave is om meer informele zorg in te zetten. Dit blijkt mede uit de resultaten waarin naast kansen ook veel belemmeringen worden geformuleerd. Hieruit blijkt dat er veel haken en ogen zitten aan het inzetten van informele zorg. Door de non-verbale communicatie te observeren, viel het de onderzoekers op dat cliënten tijdens het interview soms zichtbaar emotioneel of gefrustreerd waren, wanneer er over het netwerk gesproken werd. De ervaringen die zowel cliënten als relevante professionals vertelden gaven aan dat het netwerk weinig behoefte had of niet instaat is om meer informele zorg te bieden aan hun familielid. Dit gegeven schuurt met de eisen die de gemeente/maatschappij stelt over het inzetten van informele zorg. De zorg zou dus meer vanuit externe informele zorg geboden moeten worden, maar ook dit is zoals in de conclusie staat beschreven moeilijk te realiseren.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het literatuur- en praktijkonderzoek hebben de onderzoekers zeven aanbevelingen geformuleerd.

1. Formele zorg betrekken bij informele zorg: Bij het aangaan van nieuwe contacten voor iemand met psychische problematiek, is het van belang dat dit contact zorgvuldig begeleid wordt door formele zorg. Informele zorg dient vooraf van de problematiek van de doelgroep op de hoogte te zijn. Er is in de resultaten van de afgenomen interviews naar voren gekomen dat informele zorg gecoördineerd dient te worden in het verloop van dit nieuwe contact, aangezien het volgens professionals anders weinig kans van slagen zal hebben, waarna het contact hoogstwaarschijnlijk zal gaan verwateren en/of stagneren. Daarbij dient wel rekening gehouden te worden met aanbeveling nummer 2.
2. Professionals grenzen stellen: Onbewust nemen professionals taken over die cliënten zelf ook zouden kunnen uitvoeren. Dit is niet ten nadele van het werk dat de professionals uitvoeren, maar uiteindelijk wel ten nadele van de ontwikkeling en eigen regie van cliënten. Professionals dienen scherp te blijven op zichzelf en op collega's. Het elkaar blijven geven van feedback is een belangrijk onderdeel van het niet uit handen nemen van taken van cliënten. Doordat dit doorgaans onbewust gebeurt, is feedback aan elkaar geven van belang. Deze aanbeveling sluit aan bij nummer 3 van de 7 gedragingen uit bijlage 1: 'Wij nemen niet onnodig verantwoordelijkheden en taken uit handen.'
3. Werven van vrijwilligers en maatjes: Het werven van vrijwilligers en maatjes is een grote opgave en kost tijd en moeite. Vrijwilligers liggen niet voor het oprapen en niet iedere burger van de samenleving zal goed kunnen omgaan met de problematiek van deze doelgroep. Het is daarom van belang dat professionals tijd en ruimte creëren voor het werven van informele zorg. Echter betekent dit wel dat formele (betaalde) zorg ingezet moet worden, om uiteindelijk informele (onbetaalde) zorg te kunnen inzetten. Hierbij komt kijken dat een goede match met de cliënt noodzakelijk is, zodat er een duurzame relatie zal kunnen ontstaan. De informele zorg zal voornamelijk ingezet moeten worden voor praktische doeleinden, zoals boodschappen doen, een uitje of voor bijvoorbeeld gezamenlijk koffiedrinken. De relevante professionals geven in het interview aan dat het belangrijk is dat de taken van formele zorg niet te veel worden overgenomen door informele zorg, aangezien dit de ontwikkeling van cliënten in de weg kan staan. Aan te raden voor de professionals is om het vrijwilligersbeleid van de organisatie door te nemen, voordat vrijwilligers geworven worden.
4. Bijeenkomst organiseren zorgconcept: Raadzaam zal zijn om een bijeenkomst te organiseren wanneer er vanuit de locatie besloten wordt om een soortgelijk zorgconcept als Buurtcirkel te gaan inzetten. Dit is nodig zodat er een plan gemaakt kan worden over hoe dit uitgewerkt, ingezet, geëvalueerd en bijgesteld kan worden (plan-do-check-act). Ook zal er in de bijeenkomst een gezamenlijke visie nagestreefd moeten worden vanuit het team en deelnemende cliënten, zodat het plan gedragen wordt. Voor het zorgconcept zal de draagkracht en draaglast in kaart moeten worden gebracht van de deelnemende cliënten. Dit is van belang zodat cliënten niet overvraagd worden en zodat de verwachtingen onderling afgestemd kunnen worden.
5. Omgekeerde participatie: Mensen van buiten de woonvorm betrekken bij de BW is al eerder binnen de BW goed uitpakket. Op deze manier blijven de cliënten in hun eigen betrouwbare omgeving en worden er mensen van buitenaf betrokken bij de locatie. Dit is voorheen in de vorm van een voetbalteam met zowel cliënten als mensen van buitenaf gecreëerd. Dit zal ook een mogelijkheid kunnen zijn om de cliënten in aanraking te laten komen met verschillende andere verenigingen naast hun netwerk, zoals sportverenigingen, buurinitiatieven of supermarkten. Ook zouden er dagbestedingsplekken of andere locaties betrokken kunnen worden bij cliënten van de BW. Op deze manier kunnen andere cliënten in de vorm van dagbesteding iets betekenen voor de cliënten binnen de BW.

6. Structuur mantelzorgbijeenkomsten: Een advies vanuit de geïnterviewde was om meer regelmaat en structuur te geven aan mantelzorgbijeenkomsten. Aangezien de mantelzorgbijeenkomsten op dit moment niet regelmatig worden ingepland, komt automatisch het netwerk minder vaak bij elkaar om de tafel. Dit zal wel een bijdrage kunnen leveren aan het meer inzetten van informele zorg, aangezien het netwerk dan beter op de hoogte is van alle ontwikkelingen binnen de organisatie/locatie. De onderzoekers adviseren de BW Ekselerbrink om een planning te gaan maken, waarin er bijvoorbeeld standaard twee keer per jaar een mantelzorgbijeenkomst wordt ingepland. Hierbij kan geïnventariseerd worden welke andere mensen uit de omgeving (buiten het sociale netwerk) betrokken kunnen worden bij de mantelzorgbijeenkomsten.
7. Vervolgonderzoek: Om nog beter uit te werken hoe informele zorg uiteindelijk het beste ingezet zal kunnen worden, naar aanleiding van de aanbevelingen, wordt een vervolgonderzoek aanbevolen voor het inzetten van informele zorg aan beschermde woonvormen.

Literatuurlijst

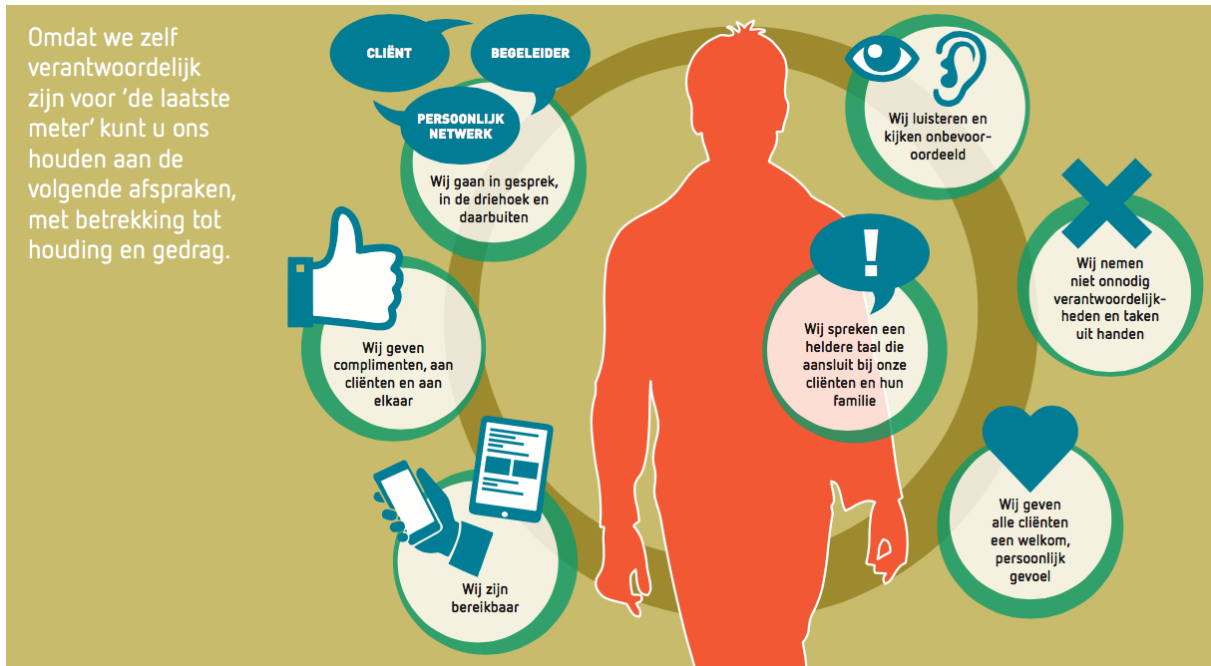
- Boer, A. d., & Klerk, M. d. (2013). *Informeel zorg in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/06/03/informeel-zorg-in-nederland/informeel-zorg-in-nederland.pdf>
- Brink, C. (2013, Juli). *Movisie* . Opgehaald van Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Geraadpleegd op https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%205BMOV-1421737-0.1%5D.pdf benutten en vergroten. Dit wordt ook wel empowerment genoemd.
- Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M., & Poll, A. (2013, december). *Methoden en instrumenten zelfregie* . Geraadpleegd op 14 maart, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methoden-en-instrumenten-zelfregie%20\[MOV-1924484-0.2\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methoden-en-instrumenten-zelfregie%20[MOV-1924484-0.2].pdf)
- Brink, C., Sok, K., & Verschelling, M. (2008, juli 23). *De kracht van het netwerk* . Geraadpleegd op 18 maart 2018, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kracht%20van%20het%20netwerk%205BMOV-238514-0.4%5D.pdf
- Buurtcirkel. (z.d.). *Buurtcirkel*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <http://buurtcirkel.nl/over-buurtcirkel>
- Cosis. (2017). *De Bedoeling* . Geraadpleegd op 24 februari 2018, van <http://www.cosis.nu/nieuws/Documents/Publieksversie%20Bedoeling.pdf>
- Movisie (2018, maart 6) De grote belofte die het sociale netwerk heet. Geraadpleegd op 17 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/grote-belofte-die-sociale-netwerk-heet>
- Deth, R. v. (2013). *Psychiatrie, Van diagnose tot behandeling* . Houten : Bohn Stafleu van Loghum Springer Media .
- Dröes, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg* . Amsterdam : B.V Uitgeverij SWP Amsterdam .
- Encyclopedie, N. (2018). *Encyclo.nl*. Nederlandse Encyclopedie. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <http://www.encyclo.nl/begrip/Wederkerigheid>
- Gemeenteraad Emmen. (2014, juni). Opgehaald van WMO beleidsplan gemeente Emmen 2015-2016. Geraadpleegd op 14 maart 2018, van <https://www.gemeenteraademmen.nl/nc/vergaderingen/document/document/38541/via/theme%3A1463.html>
- Hauwert, S., Metze, R., & Sedney, P. (2013). *Zelfregie van mensen in kwetsbare posities* . Geraadpleegd op 8 maart 2018, van <http://www.tinteling.asherboersma.com/hauwert-print.pdf>
- KeyRing. (2018). *KeyRing Living Supports Networks* . We're Life Changing. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <http://www.keyring.org/what-we-do/network-model>
- KeyRing. (2015) Emerging horizons, Inspiring Health & Wellbeing, 2015. Geraadpleegd op 21 maart 2018, van http://www.keyring.org/uploaded_files/1101/images/Recovery%20Network%20evaluation%20-%20Emerging%20Horizons.pdf
- Korevaar, L., & Dröes, J. (2016). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum : Uitgeverij Coutinho.
- Kruiswijk, W., Veer, M. v., Brink, C., Calis, W., Maat, J. W., & Redeker, I. (2014, maart). *Methoden en instrumenten*. Geraadpleegd op 14 maart 2018, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%205BMOV-2237000-1.1%5D.pdf
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek; zorg, welzijn, wonen en werken*.

- Movisie. (2014, November 27). *Hoe kan wederkerigheid mens en buurt zorgzamer maken*. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van https://www.movisie.nl/artikel/hoe-kan-wederkerigheid-mens-buurt-zorgzamer-maken#block-commentblock-comment_block
- Movisie. (2015, Januari 25). Geraadpleegd op 14 maart 2018, van https://www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd?gclid=EAlaIQobChMImdCqw8y-2QIVTLftCh1inw1fEAAYASAAEgLQwPD_BwE
- Movisie. (2017). *Informeel zorg*. Geraadpleegd op 8 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/kennisdossiers/informeel-zorg>
- Movisies Relatieblad voor het sociaal domein. (2016, Juni). Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/545446/1/Movisies+27.pdf>
- Sawatzky, J. E., Fowler-Kerry, S. (2003) *Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers*. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.hanze.nl/doi/full/10.1046/j.1365-2850.2003.00601.x>
- Padt, I. v. (2001/8). Zo gewoon mogelijk. *Vakblad Sociale Psychiatrie*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp65/sp65_literatuur.pdf
- Prosser, H., & Moss, S. (2010, maart 25). *Wiley Online Library*. Informal Care Networks of Older Adults with an Intellectual Disability. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-3148.1996.tb00095.x>
- Verheggen, E. (2017, mei 23). *Ik ben anders, maar ik kan het wel*. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:hbokennisbank.nl:sharekit_fontys%3A0ai%3Asurfsharekit.nl%3A09c087d1-2867-4b4f-9bb3-6ccc09a6c05b
- Vonk, R. (2013). *Sociale Psychologie*. Groningen/Houten : Noordhoff uitgevers.
- Waanders, W., & Wonderen, R. v. (2015, mei). *Transitie GGZ*. Verwey-Jonker instituut. Geraadpleegd op 11 maart 2018, van <https://www.verwey-jonker.nl/doc/2015/314010-09%20GGZ%20in%20transitie.pdf>
- Weltevrede, A., Heerik, A. v., Wolff, R., Boom, J. d., & Seidler, Y. (2017). *Netwerken in de buurt*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Netwerken-in-de-buurt%20%5BMOV-12687804-1.0%5D.pdf

Bijlagen

Bijlage 1: De 7 gedragingen van Stichting Cosis

Onderstaande illustratie geeft de 7 gedragingen van Stichting Cosis weer, die in het document 'De Bedoeling' beschreven staan.



Bron, (Cosis, 2017)

1. Wij gaan in gesprek, in de driehoek en daarbuiten (cliënt, begeleider en persoonlijk netwerk)
2. Wij luisteren en kijken onbevooroordeeld.
3. Wij nemen niet onnodig verantwoordelijkheden en taken uithanden
4. Wij spreken een heldere taal die aansluit bij onze cliënten en hun familie
5. Wij geven alle cliënte een welkom, persoonlijk gevoel.
6. Wij zijn bereikbaar
7. Wij geven complimenten, aan cliënten en aan elkaar.

Bijlage 2: Onderzoeksinstrument

2.1 Topiclijst Cliënten

Versimpeling van het begrippen formele- en informele zorg:

- Formele zorg is de zorg die geboden wordt door professionals. De begeleiding van de Ekselerbrink bijvoorbeeld. De begeleiding heeft een studie gevolgd om de mensen die in de woonvorm wonen te begeleiden, de begeleiding krijgt hiervoor betaald.
- Informele zorg is juist het omgekeerde. Dat wil zeggen dan zorg geboden wordt door mensen die hier niet speciaal een studie voor hebben gevolgd om mensen in een beschermde woonvorm te ondersteunen of te begeleiden. Hier krijgen ze dan ook niet voor betaald. Deze mensen worden ook wel vrijwilligers of mantelzorgers genoemd. De ondersteuning kan ook geboden worden vanuit het eigen netwerk van hulpvrager.

Interview cliënt

Het begrip wordt door bovenstaande tekst uitgelegd aan de cliënt. De term informele zorg komt terug bij het stellen van de interviewvragen. Wanneer de onderzoekers merken dat het begrip informele zorg niet goed begrepen wordt, gaan de onderzoekers over op de termen: begeleiding die geboden wordt door niet professionals of begeleiding die geboden wordt door netwerk, kennissen, vrienden, burens ect.

Topiclijst Cliënten:

1. Weet je wat informele zorg is?
2. Welke gedachten komen bij jou naar boven bij het woord informele zorg/zorg die gegeven wordt door anderen dan professionals?
3. Welke ervaringen heb je met het ontvangen/krijgen van informele zorg/niet professionals?
4. Merk je verschil in de manier waarop je geholpen wordt door professionals of niet professionals?
5. Zal je ook hulp/ondersteuning willen ontvangen van niet professionals bij de dingen waar je moeite mee hebt/ wat je lastig vindt?
6. Hoe ziet jouw sociale netwerk eruit?
7. Ontvang je op dit moment ondersteuning vanuit je sociale netwerk?
8. Zie je ook nadelen in het krijgen van hulp van niet professionals?
9. Heb je een idee over hoe niet professionals mensen in de BW meer zouden kunnen ondersteunen?
10. Er bestaat al iets dat buurtcirkel heet, dat is een concept die in de buurt ervoor zorgt dat mensen elkaar kunnen helpen. Bijvoorbeeld jij kan erg goed koken en bereid een maaltijd voor je buurman omdat hij niet meer in staat is om te koken. Deze buurman is wel goed in administratie en kan jou helpen met de post.
11. Heb je zelf weleens iemand anders geholpen?

2.2 Topiclijst Relevante professionals

Definitie informele zorg: Zorg die geleverd wordt door mensen die dat niet als beroep doen bijvoorbeeld door mantelzorgers, vrijwilligers of andere uit het netwerk. Deze mensen krijgen geen loon voor hun dienstverlening

Topiclijst Relevante professionals:

1. Welke ervaringen heb je met betrekking tot informele zorg inzetten omtrent cliënten?
 - Kun je hier voorbeelden van geven?
 - Hoe ziet die zorg eruit?
2. Vind je dat er binnen de BW Ekselerbrink meer informele zorg ingezet kan/moet worden?
3. Welke kansen zie je voor het inzetten van informele zorg binnen BW Ekselerbrink
 - Kun je een voorbeeld noemen?
 - Kun je aangeven waarom je dit als kans ziet?
 - Hoe zou je deze kans willen inzetten binnen de BW?
4. Welke ideeën heb je voor het inzetten van meer informele zorg binnen de BW Ekselerbrink?
5. Welke randvoorwaarden zijn voor bovenstaande ideeën nodig volgens jou?
6. Zie je ook belemmeringen als het gaat om informele zorg inzetten binnen de BW Ekselerbrink.
 - Waarom wel/niet?
 - Kun je een voorbeeld noemen?
 - Kun je aangeven waarom je dit als een belemmering ziet?
- *Indien nog niet over netwerk is gesproken:*
7. Hoe zou je het netwerk van de cliënt omschrijven?
 - Ontvangen de cliënten zorg uit hun eigen netwerk?
 - Zo ja, hoe ziet dat eruit?
 - Zo nee, waarom niet?
 - Wanneer vind jij dat een netwerk klein, gemiddeld of groot is?
8. Indien cliënten geen zorg kunnen ontvangen uit hun sociale netwerk, zijn er dan nog andere mensen die informele zorg kunnen bieden aan cliënten? Waarom wel/niet?
9. Er zijn al bestaande zorgconcepten namelijk: Buurtcirkel
Het uitgangspunt van zorgconcept is dat een groep kwetsbare mensen (cliënten) met ondersteuningsvragen elkaar op basis van hun talenten en krachten ondersteunen, zodat zij zelfredzamer worden in het dagelijks leven, en dat professionele hulp zich kan terugtrekken.
 - Wat vind je hiervan?
 - Denk je dat een soort gelijk concept bruikbaar is binnen de BW?
 - Zouden hiervoor aanpassingen gedaan moeten worden of juist niet?
 - Welke bijdrage zou je hier zelf aan kunnen en willen leveren?
10. Denk je dat de cliënten ook wat terug zouden willen/kunnen doen voor de ontvangen zorg? Waarom wel/niet?
11. Welke gedachten komen naar boven wanneer het gaat over continuïteit bieden van informele zorg, door cliënten of anderen?

Bijlage 3: Mail ter voorbereiding interviews relevante professionals

Hallo collega's

Zoals Jullie al weten, willen wij (Mandy en Demi) jullie interviewen voor ons scriptie onderzoek. Zodra wij feedback hebben ontvangen op onze interviewvragen, sturen wij jullie een schema met een datum en tijd voor het interview. Het schema is afgeleid van het rooster. Wanneer jullie niet kunnen op de aangewezen tijd/datum zouden wij hier graag een mail van ontvangen.

Wij verwachten dat de feedback van de eerste 3 hoofdstukken voor 23 april zijn verwerkt, zodat wij vanaf die week kunnen beginnen met interviewen. Schema volgt nog.

Het interview zal ongeveer een half uur duren. Voorafgaand willen we jullie de vragenlijst sturen, zodat je de vragenlijst alvast kunt inlezen mocht je dit prettig vinden.

Het interview zal gaan over het inzetten van de informele zorg. Welke ervaringen/behoefes er zijn en welke mogelijkheden en/of belemmeringen jullie zien voor het inzetten van informele zorg binnen de Ekselerbrink.

We willen antwoorden hebben op onze onderzoeksvraag:

Wat is er volgens de cliënten en relevante professionals van de BW Ekselerbrink nodig voor het inzetten van informele zorg en hoe kan dit vorm gegeven worden, zodat eigen kracht en participatie van cliënten vergroot kunnen worden?

Doelstelling:

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat ervoor nodig is om informele zorg te optimaliseren. Op basis hiervan kan er meer een beroep gedaan worden op de eigen kracht van de cliënten van BW Ekselerbrink, zodat de zelfredzaamheid en de deelname aan de samenleving vergroot kunnen worden. Daarnaast willen de onderzoekers inventariseren hoe informele zorg vormgegeven kan worden volgens literatuur- en praktijkonderzoek. Vanuit de opdrachtgever wordt er met dit onderzoek gevraagd om te inventariseren hoe de locatie meer richting kan geven aan het beleid dat vanuit de gemeente en de organisatie gesteld worden wat betreft het inzetten van informele zorg.

Dit onderzoek is opgezet omdat vanuit de huidige wetgeving (WMO) steeds meer een beroep gedaan wordt op de informele zorg. Ook in 'de bedoeling' van Cosis komt dit terug, dat de organisatie hierin wil meebewegen.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat informele zorg gepaard gaat met eigenkracht en participatie en dat dit vergroot kan worden. Ook lezen we terug dat het organiseren van informele zorg met onze doelgroep erg moeilijk blijkt te zijn. Daarom willen wij graag onderzoeken hoe de cliënten en professionals tegen deze beweging aan kijken en of er ideeën zijn over hoe informele zorg meer te organiseren valt binnen de woonlocatie.

Mochten er vragen zijn, schiet ons aan

Alvast Bedankt

Groetjes Mandy Leehuis en Demi de Jonge

Bijlage 4: Analysegegevensverzameling

	Deelvragen			
Cliënten	1: Welke ervaringen hebben cliënten met betrekking tot het inzetten van informele zorg?	2: Welke kansen en/of ideeën hebben cliënten van de BW Ekselerbrink bij het inzetten van meer informele zorg en is hier behoefte aan?	3: Welke belemmeringen zien cliënten om meer informele zorg in te zetten bij BW Ekselerbrink en wat is hiervoor aan randvoorwaarden nodig volgens hen.	4: Wat vinden de cliënten van de bestaande (inter-) nationale zorgconcepten die de informele zorg typeren?
Cliënt 1	Ik heb veel ervaring met mensen die hulp willen bieden.	Het zal goed zijn als er meer bekendheid gemaakt zal worden aan de gezamenlijke momenten binnen de beschermde woonvorm, zodat je meer mensen leert kennen en meer respect over en weer plaatsvindt, dit zal meer door de begeleiders gestimuleerd moeten worden.	Uit ervaring merk ik dat mensen van buitenaf vinden dat mensen die in een BW wonen niet bij de maatschappij horen. Ik wil wel gezien worden als mens. Ik merk dat mensen mij niet begrijpen op medisch vlak.	Wel een goede zaak! Ik sta wel open voor het onderling helpen van elkaar, maar ik moet wel eerst diegene goed kennen en vertrouwen. Ik kan er slecht tegen wanneer mensen hun afspraken niet nakomen. Als andere mensen voor contact open staan, dan wil ik het wel, als ze zich maar niet met het medische bemoeien.
Cliënt 2	Mantelzorgers helpen mij meer op praktisch gebied. Mijn ervaring is dat wanneer iemand te veel over zijn eigen klachten praat, dat ik hierover ga nadenken en er teveel in blijf hangen, waar ik zelf last van kan krijgen. Mijn ervaring met het ontvangen van professionele hulp is dat ik goed begrepen wordt, ze weten	Het ontvangen van meer hulp van mantelzorgers zal wel wenselijk zijn, mits ze mijn psychische klachten begrijpen, ik krijg het gevoel van onmacht wanneer ik niet begrepen word.	De professionals helpen mij diepgaander. Een belemmering in het ontvangen van meer hulp van familie is dat ze al rond de 70 jaar zijn en allemaal ver weg wonen, dit is iets dat de overheid vergeet bij het inzetten van meer mantelzorgers.	Ik heb er mijn twijfels over, omdat mensen van buitenaf het niet snappen dat je het huishouden niet aankan als je de hele dag thuis bent. Maar er komt niets uit mijn handen dan. Ik zit er psychisch doorheen.

	waar ze over praten.			
Cliënt 3	Mijn ouders hebben mij vaak gesteund. Deze hulp is vaak praktisch. Ik heb ook wel ervaring met het helpen van medebewoners, met een paar heb ik wel contact maar aan hen vertel ik niet zo vaak mijn privé verhalen.	Af en toe is er een avond voor de mantelzorgers, 1 of 2 keer per jaar. Dat is wel genoeg, hoeft niet vaker. Ik heb wel behoefte aan meer contact, dat vind ik gezellig.	Als het gaat over het geestelijke gebied, dan ga ik naar de begeleiding of de ervaringsdeskundige om erover te praten. Hierover wil ik mijn ouders niet tot last zijn, omdat ze ook al op leeftijd zijn.	Ik ontvang liever de hulp zoals een boodschapje en gezelligheid van niet begeleiders.
Cliënt 4	Mijn moeder doet weleens iets voor me, voor de rest eigenlijk niet zoveel. Ze neemt eten voor me mee, daar geef ik haar wat geld voor. Dat vind ik wel leuk.	De zorg van mijn moeder is meer persoonlijk. Je hebt al het maatjesproject. Het moet niet te persoonlijk worden. Lijkt me altijd leuk om andere mensen beter te leren kennen. Maar persoonlijk van mijn moeder. Met één familielid zal ik wel graag meer contact willen.	De zorg van begeleiding is meer afstandelijk. Geven altijd standaardantwoorden. Ik denk dat niemand het leuk vindt, om anderen te helpen.	Lijkt me ook wel leuk, om iets te kunnen doen voor een ander. Er zal een bijeenkomst voor nodig zijn.
Cliënt 5	Mijn ouders helpen mij wel bij sommige huishoudelijke taken. Ik heb alleen contact met mijn naaste familie.	Ik vind het gemakkelijker om met hen te praten over dingen waar ik mee zit, dan met begeleiders hier. Dat komt omdat ik mijn familieleden beter ken, dat voelt vertrouwd.	Ik zal zelf niet anderen meer willen ondersteunen dan ik nu al doe. Mensen van buiten de woonvorm zijn vreemde mensen, die ken ik niet goed. Dat vind ik wel eng. Dan weet ik vaak niet wat ik moet zeggen.	Ik denk dat het wel zal werken binnen de woonvorm of als het niet steeds andere mensen zijn, hulp van een vast iemand. Aan een vast iemand gekoppeld worden, zodat ik diegene beter leer kennen. Ik vind het moeilijk als het steeds andere mensen zijn.
Cliënt 6	Ik heb geen ervaring met zorg die gegeven wordt door	Ik sta open voor begeleiding die anderen dan professionals	Ik zou zelf niet snel ondersteuning bieden aan iemand anders.	Een plan zoals Buurtcirkel zou best kunnen werken binnen deze

	mensen die geen diploma hebben of hier niet voor betaald krijgen.	kunnen bieden. Mijn eigen sociale netwerk is klein maar kan hier altijd ondersteuning van verwachten. Ik zou alleen ondersteuning bieden aan iemand zoals mijn naasten die ik heel goed ken en vertrouw.	Hier ben ik niet goed in.	woonvorm. Ik zou hier mijzelf niet snel voor aanmelden, omdat ik erg op mezelf ben. Ik benader eerst mijn eigen netwerk en zou niet in de wijk ondersteuning vragen.
Cliënt 7	Ik heb ervaring met ondersteuning ontvangen van mijn naaste familie. Ook doe ik weleens een beroep op vrienden, zodat ik de taxi niet hoeft te bellen als ik naar de stad wil. Ik vind deze zorg van vrienden en familie erg fijn.	Ik vraag alleen hulp van medebewoners, wanneer er iets aan de hand is dat ik zelf niet kan oplossen en wanneer begeleiding niet aanwezig is. Ik zal wel willen dat de ondersteuning onderling tussen medebewoners meer zal worden. Maar beide soorten zorg bevalt mij wel.	Ik vind dat begeleiding meer structuur kan bieden bij ondersteuning dan mantelzorgers. Ook vind ik het een nadeel dat mijn familie erg ver weg woont.	Ik denk dat buurtcirkel niet zal werken, omdat ik denk dat de meeste mensen behoefte hebben aan een vertrouwd gezicht. Maar ik heb liever meer hulp van professionals dan van anderen. Ik zal liever geen mantelzorger voor iemand anders willen zijn, tenzij iemand uit mijn familie dit echt nodig heeft.
Cliënt 8	Mijn ervaringen met hulp krijgen is dat mijn moeder elke week langs komt om een beetje te helpen.	Ik zal wel ondersteuning aan medebewoners willen geven als het echt noodzakelijk is. Het maakt mij niet uit of begeleiding mij helpt of medebewoners, allebei vind ik goed. Ik help mijn medebewoners af en toe mee.	Ik zie geen belemmeringen.	-
Cliënt 9	Ik heb volgens mij geen ervaringen met	Of ik hulp van anderen wil ontvangen ligt	Ik ga ervan uit dat ik geen ondersteuning kan verwachten van	Als anderen binnen de woonvorm iets voor elkaar willen

	andere mensen helpen, alleen met dat professionals mij helpen. Ik vind de hulp van professionals goed, ze doen hun werk.	eraan wie het is. Ik sta er wel open voor, als ik maar een goed gevoel heb bij dat persoon. Ik ben tevreden met mijn netwerk zoals het is.	andere mensen dan professionals, ik ga er altijd vanuit dat ik alles alleen moet doen. Ik vraag nooit om hulp, ik ga meestal naar begeleiding toe als er echt iets is. Ik zal zelf geen ondersteuning aan anderen willen bieden, omdat ik er niet goed in ben. Ook de dingen waar ik wel goed in ben, wil ik niet bieden aan een ander.	doen, werkt dat vast wel. Maar ook als ik ziek ben, zal ik het zelf oplossen. Ik probeer altijd zelfstandig te zijn.
Cliënt 10	Ik heb niet veel ervaring met ondersteuning van niet professionals, want ik krijg hulp vanuit een andere zorgorganisatie. Ook heb ik wat contacten in het gebouw met mensen die ik echt vertrouw.	Mijn buurvrouw in het pand zou net zo goed al die hulp kunnen bieden, ik merk niet veel verschil in hulp van begeleiding of medebewoners. Ik zou deze hulp best meer willen ontvangen. Ik zie hier geen nadelen in.	De mensen die hier al langer wonen vind ik wat stug en kan ik niet echt iets van verwachten. Ik krijg alleen hulp van mensen in het gebouw die echt om mij geven.	Ik vind zo'n systeem als buurtcirkel een heel goed idee. Dit zou wel kunnen werken binnen de Ekselerbrink. Ik denk ook dat iedereen in het gebouw al wel z'n systeem hebben. Ik ondersteun ook weleens anderen. Een steuntje in de rug. Ik vind het niet erg als mensen bij mij om steun vragen.
Cliënt 11	Ik heb niet veel ervaring met informele zorg. Mijn vader helpt mij weleens met klusjes in huis en hij beheert mijn geld. Met mijn moeder heb ik meer emotioneel contact, als ik ergens mee zit kan ik goed praten. Mijn ouders staan altijd voor mij klaar en helpen mij goed, ik vind hun hulp erg prettig.	De hulp van mantelzorgers is uit liefde. Ik word ooit mantelzorger van mijn ouders, maar ik wil eerst werken aan mezelf, zodat ik stabiel ben en klaar kan staan voor hun. Ik ben tevreden met de hoeveelheid zorg die ik op dit moment ontvang van mantelzorgers.	Ik zie geen nadelen aan meer hulp van mantelzorgers.	Het idee als Buurtcirkel zie ik hier niet snel gebeuren, omdat de mensen hier erg op zichzelf zijn. Ik heb geen idee waar dit aan ligt, we groeten elkaar wel en doen soms een boodschapje voor elkaar, maar verder doen mensen hier niet echt dingen samen. Ik zal op dit moment geen ondersteuning kunnen bieden aan mensen buiten de woonvorm, omdat ik nu nog niet stabiel genoeg ben en nog

				druk bezig ben met mijn EMDR-training. Bij ondersteuning bieden aan een ander, komt veel kijken zoals zorgvuldigheid en verantwoordelijkheid. Ik vind dat ik eerst goed in mijn vel moet zitten.
Cliënt 12	Ik heb wel ervaringen met mantelzorgers, mijn ouders helpen mij met de financiën, maar krijgen hier wel voor betaald. Ik kan altijd bij hen terecht als er wat is. Verder ontvang ik geen hulp van anderen die niet professional zijn.	Ik heb wel ervaring met ondersteuning bieden aan anderen. Ik probeer andere mensen positief te stimuleren. Ik geef meer ondersteuning dan dat ik ontvang van mijn medebewoners. Ik heb niet meer behoefte aan informele zorg. Wanneer ik een probleem heb, ga ik naar de professionals toe. Ik zou zelf wel mensen willen helpen om te ondersteunen bij hun angsten, zodat ze kunnen ontwikkelen. Hier heb ik zelf ook ervaring mee.	Ik merk een heel groot verschil in ondersteuning krijgen van professionals en niet professionals zoals mijn ouders. Met mijn ouders heb ik ook een emotionele band, die ik niet heb met de professionals. Door die ouder-kind band die er is, staan mijn ouders veel dichterbij mij. Dit levert weleens conflicten op. Er worden soms dingen bijgehaald die een professional niet zou doen, omdat die emotioneel gezien meer op afstand staan. Een ander verschil is dat de professional er niks voor terug hoeft. Mantelzorgers verwachten je er ook wat voor terug gaat doen.	Een idee zoals buurtcirkel vind ik erg goed. Ik denk dat buurtcirkel wel zou kunnen werken binnen de woonvorm alhoewel mensen wel erg op zichzelf zijn. Hierbij komt kijken dat bij het inzetten van hulp onderling in de woonvorm, hele duidelijke afspraken gemaakt moeten worden. Eigenlijk zal er een bijeenkomst georganiseerd moeten worden, hier zal ik mij zeker bij aansluiten. Ik vind dan dan het thema 'wederkerigheid' op de agenda moet komen, zodat hier geen verwardheid over kan ontstaan. Ik zal wel zekerheid willen dat als ik een ander help, dat het niet moet betekenen dat een ander eist dat ik direct iets terug moet doen.
Cliënt 13	Ik heb zelf geen ervaring met het ontvangen van ondersteuning van vrijwilligers. Wel heb ik ervaring in het bieden van vrijwilligerswerk.	Ik heb veel meegemaakt, dus ik probeer anderen daarin te steunen en dat vind ik leuk om te doen. Als ik terugkijk had ik wel hulp	De nadelen van hulp van mantelzorgers vind ik dat hun geen vooropleiding hebben gehad, waardoor het voor hun meer tijd kost om de vinger op de zere plek te leggen. Bij	In het concept Buurtcirkel zie ik wel kansen, dit is juist de tijd om dat soort dingen te gaan organiseren. Ik denk dat iedereen wel behoefte heeft aan hulp, dus ik denk dat

	Ook ondersteun ik sommige medebewoners of help ik vrienden die mij bellen. Omdat ik zoveel ervaring heb en veel meegemaakt heb, bellen mijn vrienden mij eerder op voor een gesprek, dan hun eigen psychiater.	willen ontvangen op de manier hoe ik dat nu bied aan anderen. De steun die ik van professionals ontvang heb ik nodig en vind ik belangrijk, maar sommige dingen zullen goed opgevangen kunnen worden door mantelzorgers.	mantelzorgers, waar we vandaag de dag eigenlijk niet meer zonder kunnen, kost het hun veel tijd om met het juiste te kunnen helpen.	er hier in de buurt ook wel behoefte aan is.
Cliënt 14	Ik heb ervaring met het ontvangen van hulp van mijn ouders. Ik merk verschil in dat mijn ouders mij bijvoorbeeld meer helpen bij praktische klusjes zoals de was doen en begeleiding meer met gesprekken.	Ik heb zelf weleens ondersteuning geboden aan anderen, zoals technische ondersteuning of een luisterend oor. Het gaat er mij meer om wie mij op dat moment beter kan helpen, dat kan zowel een professional zijn als een vrijwilliger.	Ik zie geen nadelen in het ontvangen van ondersteuning van vrijwilligers. Mijn netwerk is zo goed als niet bestaand, ik heb wel kennissen, maar die wonen allemaal ver weg.	Ik denk dat Buurtcirkel wel zal kunnen werken, maar je moet wel kijken wat mensen eventueel willen en kunnen doen. Het heeft denk ik wel met persoonlijkheid te maken, of mensen elkaar een beetje liggen. Het is belangrijk dat er een klik is, ik zal zelf willen kiezen bij wie ik wel help en bij wie niet. Ik zal het liefst willen dat er altijd eerst een professional tussen zit omdat ik mensen binnen en buiten de woonvorm niet (goed) ken. Ik word van sommige mensen nerveus.
Cliënt 15	Ik heb geen ervaringen met het ontvangen van hulp van niet professionals, buiten mijn ouders om. Ik ontvang soms hulp van mijn ouders. Ik geef zo nu en dan hulp als er	Ik help mensen altijd, ik heb veel contact met mensen op het gebied dat mij interesseert. Ook doe ik vrijwilligerswerk. Ik merk verschil tussen onopgeleide mensen en	Het nadeel van niet opgeleide mensen vind ik dat ze sommige dingen niet hebben geleerd, waardoor ze het antwoord niet weten. De mensen die niet betaald krijgen, staan alleen klaar als het hun uitkomt of als ze in de buurt zijn.	Ik denk dat Buurtcirkel wel zal kunnen werken binnen de woonvorm, maar niet met mij. Het ligt er ook aan of ik diegene mag, dan zal het misschien wel werken. Ik vind het fijn om in mijn eigen omgeving te

	iemand depressief is ofzo, dan probeer ik diegene wat gerust te stellen.	opgeleide mensen, dat onopgeleide mensen je echt willen helpen en dat opgeleide mensen je moeten helpen omdat ze ervoor betaald krijgen. Het maakt mij niet veel uit van wie ik hulp krijg, als er maar hulp is als ik het nodig heb. Ik heb eigenlijk geen idee hoe informele zorg meer ingezet zal kunnen worden, misschien meer vrijwilligers vragen.		zijn. Ik sta wel open voor eventuele contacten binnen de woonvorm of in de buurt, maar iemand moet mij wel liggen. De klik is hierin heel belangrijk.
Cliënt 16	Mijn ervaring met informele zorg is dat ik een beetje hulp van mijn familie krijg, door bijvoorbeeld gesprekken met mij. De rest van de zorg is allemaal van professionals.	Ik geef zelf geen hulp aan anderen en binnen de woonvorm zal ik ook niet weten wie ik hulp zal kunnen geven of van wie ik hulp zal kunnen krijgen en ik heb er ook geen behoefte aan.	Ik merk wel verschil in het krijgen van hulp van professionals en niet professionals, omdat professionals kennis hebben en andere mensen hebben dat niet. Ik vraag liever professionals om hulp dan mijn familie, omdat bijvoorbeeld mijn moeder op leeftijd is en haar eigen problemen heeft, ik wil haar liever niet belasten.	Ik denk niet dat Buurtcirkel zal werken, iedereen hier is zelfstandig. Ik vind dat ik mijn problemen zelfstandig moet oplossen, maar van professionals maak ik wel gebruik.
Cliënt 17	Ik heb minimale ervaring met informele zorg. Ik heb een familielid die mij af en toe vraagt hoe het gaat. Hij helpt mij af en toe met formulieren die ik niet begrijp, maar dit is heel minimaal.	Ik help wel graag anderen. Ik vind de denkwijze van anderen interessant. Ik wil wel mijn ervaring en adviezen delen met anderen. Ik zie een heel duidelijk verschil in begeleiding	Ik voel mij soms opgelaten om anderen om hulp te vragen. Ik wil niet te veel druk bij anderen neerleggen. Ik vind het moeilijk om hulp te ontvangen, omdat het soms heel intensief kan zijn voor een ander. Omdat iedereen zijn of haar eigen leven heeft. Ik	Ik vind het lastig om te zeggen of een idee zoals buurtcirkel zou kunnen werken binnen de BW. Ik ken namelijk niet alle mensen hier even goed. Omdat ik mij anders voel binnen deze woonvorm zou ik hier niet aan deelnemen. Ik denk dat het voor anderen

		van professionals of mantelzorgers. Mensen die een opleiding hebben gevolgd creëren onbewust een bepaalde tunnelvisie. Mensen om mij heen kijken meer naar de persoon zelf. Als je contact hebt met hulpverleners is het altijd zakelijk en gericht op hoe je je voelt en dat je anders bent. Bij vrienden is het luchtiger en heb je het er even over en ga je weer verder op een luchtige manier.	vind het niet normaal dat er z'n druk wordt gelegd op mantelzorgers. Er zijn al heel veel mensen met depressies en burn-out 's. Ik denk niet dat het handig is om meer druk te leggen op nog meer mantelzorgers door bezuinigingen.	wel zou kunnen werken, omdat het binnen de woonvorm een laagdrempelig en een veilig manier is om contacten te leggen.
--	--	--	--	--

	Deelvragen			
Relevante professionals	1: Welke ervaringen hebben relevante professionals met betrekking tot het inzetten van informele zorg?	2: Welke kansen en/of ideeën hebben relevante professionals van de BW Ekselerbrink bij het inzetten van meer informele zorg en wat is hiervoor aan randvoorwaarden nodig volgens hen?	3: Welke belemmeringen zien relevante professionals om meer informele zorg in te zetten bij BW Ekselerbrink?	4: Wat vinden de relevante professionals van de bestaande (inter-) nationale zorgconcept Buurtcirkel die informele zorg typeert?
Professional 1	Ik heb contact met de familie van de cliënt. Ik heb contact met familie om korte lijntjes te creëren voor samenwerking en steun van familie in het begeleiden van de cliënt.	Ik zou het mooi vinden als cliënten een vrijwilliger of maatje zouden hebben voor uitjes. Ik vind dat als er vrijwilligers/maatjes worden ingezet, deze goed moeten worden ingelicht door professionals over de doelgroep en de bijbehorende problematiek. Buurtcirkel: Je zou wel kunnen onderzoeken wat de draagkracht en draaglast is van iemand en aan de hand hiervan een activiteit bedenken waarbij ze iemand anders kunnen ondersteunen	Ik vind dat er niet altijd een beroep op familie gedaan kan worden omdat je er niet vanuit kan gaan dat de verhoudingen tussen familie en de cliënt goed zijn. Een belemmering voor het inzetten van vrijwilligers of maatjes is dat hier ook begeleiding bij zal moeten komen om het proces te coördineren.	Ik vind het een mooi initiatief, alleen denk ik niet dat cliënten hier continuïteit in kunnen bieden. Ook met de verschillende verwachtingen kunnen cliënten op de loop raken. Ondersteuning wordt hier en daar al aan elkaar geboden, maar dan omdat cliënten hier zelf voordeel uit halen. Bijvoorbeeld gedrag dat voortkomt uit verslaving. Dat cliënten voor elkaar iets kunnen betekenen vind ik goed, maar ik denk niet dat het gaat werken binnen de BW, omdat de cliënten soms al genoeg hebben aan hun eigen dagelijkse activiteiten.
Professional 2	Ik heb ervaring met het inzetten van informele zorg bij cliënten. Ik betrek het netwerk bij de begeleiding door in gesprek te gaan en te kijken waarbij familie de cliënt kan ondersteunen.	Ik zie kansen in een maatjes project om de cliënten op die manier de wereld te laten verkennen. Je zou als begeleider de cliënten meer kennis kunnen laten maken met maatjesproject of vrijwilligers kunnen werven. Ik zie ook kansen in het betrekken van dagbestedingsplekken bij informele zorg. Bijvoorbeeld dat mensen van de Nijverheidsstraat iets kunnen betekenen voor de mensen hier	Vrijwilligers of maatjes zouden over bepaalde vaardigheden moeten beschikken zoals empathie voor de doelgroep. Vaak is er nog veel onwetendheid bij vrijwilligers over de doelgroep GGZ. Mensen zijn hierdoor terughoudend.	Dit zorgconcept is al een beetje gaande binnen de BW doordat sommige van elkaar afhankelijk zijn als het gaat om een boodschapje halen van de supermarkt. Dit concept zou wel kunnen werken binnen de BW mits er een supervisor aangekoppeld is. Het concept zou niet zelfstandig kunnen lopen omdat het daar te kwetsbaar voor is. Bijvoorbeeld als er afspraken niet na worden gekomen. Er zal dan een vangnet moeten komen anders komen andere

		in de woonvorm (als dagbesteding). Het is belangrijk dat er een supervisor betrokken is en het proces coördineert, om de vrijwilliger en of cliënten kan ondersteunen.		cliënten weer in de problemen.
Professional 3	Ik heb ervaring met informele zorg omtrent het netwerk van de cliënt. Ik ga in gesprek met het netwerk. De hulp van netwerk is vooral gericht op praktische ondersteuning. Wanneer het over de diagnose gaat heb ik de ervaring dat mensen meer afstand nemen omdat dit vaak meer emoties naar boven brengt.	Ik denk dat er meer informele zorg ingezet kan worden al vind ik niet dat informele zorg taken moet ontnemen van de begeleiding. Ik zie kansen in de 'omgekeerde participatie' door mensen van buitenaf te betrekken in plaats van andersom. Mensen van buitenaf zouden praktische dingen kunnen overnemen zoals boodschappen, koken, spelletjes ect. Dit is cliënt afhankelijk. Ik zie kansen voor het inzetten van informele zorg als cliënten elkaar onderling kunnen ondersteunen. Dit proces zou door een professional coördineert moeten worden.	Het netwerk van de cliënt heeft vaak al veel meegemaakt en is vaak emotioneel betrokken bij de cliënt. Ik zie dat er soms onmacht meespeelt wanneer het over de diagnose en de bijkomende symptomen gaat. Informele zorg bieden door familie kan dan moeizaam verlopen. Onderlinge ondersteuning van cliënten moet niet ontstaan vanuit het doel dat begeleiding dan minder werk heeft. Het inzetten van informele zorg betekend niet per definitie minder werk voor de formele zorg. Ook hier is professionele begeleiding nodig voor ondersteuning in afspraken, verwachtingen en vangnet.	Het zorgconcept Buurtcirkel zou kunnen werken als het gaat om praktische ondersteuning van cliënten aan elkaar. Ook dit zal door formele zorg gecoördineerd moeten worden. Er moet genoeg tijd zijn om dit te kunnen begeleiden, zodat er goede afspraken gemaakt kunnen worden en verwachtingen onderling helder zijn. Ik denk dat het gezond is om mensen van buitenaf bij de zorg te blijven betrekken omdat het voor cliënten een hele hoge drempel is om naar buiten toe te participeren. Door dit concept zouden cliënten meerdere rollen kunnen vervullen.

Professional 4	Mijn ervaring met informele zorg is voornamelijk ouders van cliënten die praktische ondersteuning bieden.	Ik denk dat het mogelijk is om meer vrijwilligers in te zetten voor informele zorg bij de praktische ondersteuning, maar dan moeten de verwachtingen van beide kanten wel duidelijk zijn. Er moeten duidelijk afspraken gemaakt worden en er moet kennis van de doelgroep zijn. De vrijwilliger zal een lange adem moeten hebben. De begeleiding van de vrijwilliger komt op de professionals neer.	Een ander nadeel is dat vrijwilligers of mantelzorgers bepaalde dingen in stand kunnen houden, doordat er dingen uithanden wordt genomen van de cliënt. De vrijwilliger is dan minder emotioneel betrokken dan bijvoorbeeld ouders.	Ik denk dat cliënten elkaar meer kunnen ondersteunen alleen denk ik dat het niet goed is om hier als begeleider tussen te zitten. Bijvoorbeeld als de ondersteuning misgaat, zouden cliënten waarschijnlijk verwachten dat begeleiding het oplost. Terwijl we juist cliënten stimuleren conflicten zelf op te lossen. Ik denk dat het goed is om cliënten bewust te maken van hun talenten. Ik denk niet dat cliënten continuïteit kunnen bieden, misschien wel als hier een beloning/voordeel aan vast zit. Een nadeel kan zijn dat mensen met verslavingsproblematiek vanuit hier gaan handelen.
Professional 5	Ik heb ervaring met informele zorg inzetten bij cliënten als het gaat om familie. Cliënten hebben voornamelijk contact met ouders. Ze helpen bijvoorbeeld bij administratie of dienen als vangnet wanneer er te veel prikkels ervaren wordt door de cliënt.	Ik vind het een goede ontwikkeling om met behulp van informele zorg zaken meer naar het 'normale' te trekken. Ik zie kansen om informele zorg te vergroten door het netwerk te betrekken bij de begeleidingsplannen. Voor meer input en betere afstemming. Dit zal teambreed besproken moeten worden. Een ander idee is om meer structuur te geven aan de mantelzorg-bijeenkomsten, zodat deze onder de aandacht blijven. Door feedback aan elkaar te geven zal er een omslag in denken en handelen richting de	Belemmeringen die ik zie voor informele zorg is dat sommige cliënten een erg klein of ouder wordend netwerk hebben. Contacten aan gaan is voor sommige een hele uitdaging. Ook kan het netwerk soms niet helpend zijn in de ontwikkeling van de cliënt, als het netwerk te veel overneemt van de cliënt.	Ik denk dat Buurtcirkel een goed concept is om in te zetten omdat je de cliënt activeert om meer in eigen kracht te staan. Randvoorwaarden is wel dat het teambreed gemaakt moet worden en er een bewuste omslag zal moeten komen in het denken van begeleiding, zodat de verantwoordelijkheid bij de cliënten teruggelegd kan worden. Het team zou ervoor moeten waken dat we niet te snel dingen overnemen van de cliënten wanneer ze niet die continuïteit kunnen bieden.

		cliënten komen zodat wij niet alles uit handen nemen van de cliënt. Ook kan er tijdens cliënt-besprekingen aandacht besteed worden aan het sociale netwerk van de cliënt en wat zij kunnen betekenen voor de cliënt. Ook vanuit de kenniskring kan kennis overgedragen worden aan professionals hoe informele zorg meer ingezet kan worden. Ik zie kansen in meer inzet van vrijwilligers		
Professional 6	Ik heb ervaring met informele zorg inzetten rondom cliënten als het gaat om familie. Ik stimuleer onderling contact als ik weet dat familie belangrijk is voor de cliënt. Informele zorg zou meer ingezet kunnen worden zodat eigen krachten en mogelijkheden van de cliënten benut kunnen worden.	Ik zou informele zorg inzetten als het gaat om uitjes, zoals activiteiten buiten de woonvorm. Ik denk dat het maatschappelijk verkeer hier positief mee beantwoord wordt. Deze zorg zou gedaan kunnen worden door familie, maatjes of anderen die hier belang bij hebben. Randvoorwaarden moeten zijn dat de informele zorgbieder moet weten wat de doelgroep is en de problematiek om verwachtingen helder te maken.	Een belemmering zou kunnen zijn dat de informele zorgbieder wat anders verwacht en teleurgesteld zou kunnen zijn door de soms complexe problematiek waar je mee te maken krijgt.	Ik denk dat een concept zoals buurtcirkel zou kunnen werken binnen de BW. Dit gebeurt al een beetje doordat cliënten voor elkaar bijvoorbeeld een boodschapje doen. Ik vind dat niks verplicht moet worden want dat kan voor een drempel zorgen waardoor mensen afhaken of het gevoel van moeten ervaren. Ik denk dat het goed is dat dit proces door professionals wordt gecoördineerd. Ik denk dat cliënten wel wat voor elkaar kunnen en willen doen, maar hier geen continuïteit in kunnen bieden.
Professional 7	Ik heb ervaring met informele zorg inzetten rondom cliënten als het gaat om familie of partners van	Er zou meer informele zorg ingezet kunnen worden als het gaat om een uitje, boodschappen of koken. Er zouden maatjes of vrijwilligers ingezet kunnen	De ervaring die ik heb is dat cliënten over een klein netwerk beschikken en ook moeilijk te koppelen zijn	Ik denk dat het zorgconcept Buurtcirkel goed zou werken binnen de BW. Alleen denk ik wel dat er cliënten blijven die enkel en alleen zullen vragen en ontvangen. Cliënten die nooit

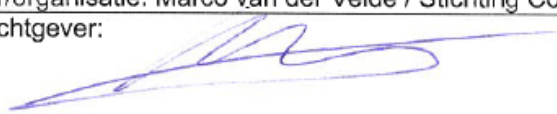
	de cliënt. De informele zorg zijn voor de gezellig dingen zoals, uitjes, winkelen ect. Als begeleider ondersteun ik cliënten bij het verkrijgen en behouden van deze relaties. Dat werkt zelfstandigheid en participatie in de hand en kunnen dan uiteindelijk met minder formele zorg doen.	worden, maar hier heb ik weinig ervaring mee. Er zouden naast netwerk ook andere informele instanties zoals de kerk, sportverenigingen of bondgenootschappen ingezet kunnen worden. Randvoorwaarden is dat de zorg passend is voor de cliënt en dat hun ervaring leidraad in het proces moet zijn en niet andersom. De zorg moet goed geëvalueerd worden met behulp van professional. Houden aan afspraken is erg belangrijk voor deze mensen. De zorg moet betrouwbaar zijn. Het moet helder zijn wat de verwachtingen zijn van beide kanten.	aan een maatje omdat cliënten zelf weinig terug kunnen bieden. Ik zie ook dat cliënten vaak afzeggen wanneer er iets gepland staat. Er is geen continuïteit.	hebben gewerkt, een opleiding hebben gedaan of nu niet werken vinden het ongewoon om iets terug te doen/ aan eisen te voldoen omdat ze dit niet gewend zijn. Het is belangrijk dat begeleiding dit bespreekbaar maakt. Tip is om met R. Noorda contact op te nemen, hij heeft voor participatiemogelijkheden gekeken naar wat mensen te bieden hebben.
Professional 8	Ik heb weinig ervaring met het inzetten van informele zorg bij cliënten. Wel bied ik het netwerk een luistert oor. Ik denk dat cliënten zelf niet zitten te wachten op meer informele zorg.	Het stukje 'ziek' zijn is voor de begeleiding en het 'gezonde' stukje is voor de familie, zodat familie nog kan genieten van de leuke dingen. Ouders hebben vaak al veel meegemaakt met hun kind. Dus zou ik hier niet meer informele zorg van vragen. Informele zorg zou ingezet kunnen worden in de vorm van uitjes. Dit zou door vrijwilligers gedaan kunnen worden, al hangt het er wel vanaf hoe deze mensen geschoold zijn en welke ervaringen ze hebben met de doelgroep.	Ik denk dat cliënten moeilijk te activeren zijn omdat ze vaak niks willen doen. Het is al lastig om sommige mensen de schoenen aan te krijgen om de deur uit te gaan. Nadeel is dat je niet zomaar een vrijwilliger van de straat kunt plukken gezien de doelgroep psychiatrie die soms moeilijk kan zijn.	Het zorgconcept Buurtcirkel vind ik een leuk concept. Ik denk alleen niet dat het binnen de BW zou werken. Veel cliënten kruipen in hun eigen schulpje. Sommige cliënten helpen elkaar al, maar er wordt ook gemanipuleerd. Sommige cliënten durven geen nee te zeggen. Vaak gebeurt deze ondersteuning niet uit goodwill maar gebeurt er iets omdat iemand daar voordeel van heeft. Ik denk niet dat cliënten continuïteit kunnen bieden. Veel hebben al moeite om structuur in eigen leven te hebben, laat staan dat er structuur voor een ander geboden kan worden.

Professional 9	Ik heb de ervaring dat informele zorg aan cliënten geboden wordt door ouders of familie leden. Ze bieden zowel praktische als emotionele ondersteuning. De begeleiding van de BW maakt al goed gebruik van de driehoek: Client, netwerk en hulpverlening. Begeleiding zoekt verbinding en betreft het netwerk bij de zorg.	Ik zou niet per se willen zeggen dat er meer informele zorg ingezet moet worden. Informele zorg zou ik dan niet zo zeer door familie inzetten maar door maatjes of vrijwilligers, om hierdoor zelfredzaamheid te vergroten. Ik denk ook dat de begeleiding kritisch kan zijn op de dingen die ze doen voor/met de cliënten, die iemand ook zelf zou kunnen doen. Dit is al wel steeds onderwerp van gesprek. Randvoorwaarden zijn dat informele zorg niet verplicht moet worden en dat er altijd gekeken moet worden naar wat de cliënt wil hierin. Bij het inzetten van een vrijwilliger zou er goed gekeken moeten worden naar wat iemand komt doen en wat de verwachtingen zijn.	Het gevaar van meer informele zorg inzetten is dat het netwerk overbelast kan worden. Vaak hebben ouders al veel zorgen om hun kind gehad. Ook zijn ouders vaak emotioneel betrokken bij hun kind wat de ontwikkeling van de cliënt in de weg kan staan. Ik vind niet dat informele zorg ingezet moet worden in het kader van de bezuinigingen, maar om iemand zijn zelfredzaamheid te vergroten door meerdere rollen te vervullen. En zo het vergroten van eigenwaarde en identiteit.	Het concept Buurtcirkel zou wel bruikbaar zijn binnen de BW. Ook dit moet je niet verplichten en in samenspraak met de cliënt overleggen. Je zou in kaart kunnen brengen wat iemand zijn kracht is en waar iemand nog ondersteuning bij zou willen krijgen. Ook hier moeten professionals bij betrokken worden, alleen krijgen die een andere rol. Namelijk; samen kijken met de cliënt wie de cliënten kan ondersteunen bij een hulpvraag i.p.v. het als begeleider te ondersteunen of op te lossen. Hiervoor zou je als professional wel de sociale kaart moeten kennen. Net zoals bij vrijwilligers zouden hier de professionals het proces moeten blijven coördineren.
Professional 10	Ik heb ervaring met het werken met cliënten en informele zorg. Vaak met de familie van de cliënt. Ik heb weinig ervaring met vrijwilligers die ondersteuning bieden bij de GGZ doelgroep omdat vaak de vraag van cliënten erg	Ik denk dat er binnen de BW wel meer informele zorg ingezet kan worden. We zouden meer opzoek kunnen gaan naar vrijwilligers. Het is belangrijk om te blijven kijken naar wat de begeleiding doet met betrekking tot de doelen van mensen. We zouden meer grenzen kunnen stellen aan hetgeen wat wij doen als begeleiding. Als je niet oppast, wordt je ingezet als taxi. Er	Vaak merk je dat het netwerk van de cliënten binnen de GGZ wat beschadigd zijn. Het is de vraag of je dit wil en kan herstellen. En dus een beroep kunt doen op netwerk voor informele zorg.	Het concept Buurtcirkel zou hier wel kunnen werken. Bijvoorbeeld tegen eenzaamheid of bij het ondersteunen van praktisch zaken zoals banden plakken. Ook zou ervaring kundig dit concept kunnen helpen als het maar in het positieve blijft. Dit moeten mensen wel zelf willen. Er moet een afstemming komen tussen bewoners om overvraging en misbruik tegen te gaan. Zodat het een leuke wisselwerking blijft. Continuïteit bieden

	specifiek kan zijn.	moet een balans gevonden worden in wat de informele zorg wel of niet kan overnemen. Informele zorg moet niet op de stoel van de begeleiding gaan zitten. Er moet goed gekeken worden wanneer het om vrijwilligers werk gaat en wanneer het om begeleidingstaken gaat. De rol van informele zorg moet goed duidelijk zijn. Er moet een match zijn en mensen moeten het leuk vinden.		door cliënten is lastig omdat de betrouwbaarheid en stabiliteit niet altijd even groot is door eigen beperkingen. Er zal goed gekeken moeten worden naar de draagkracht en draaglast van mensen. Het kan niet zo zijn, dat als het niet lukt, de begeleiding het moet overnemen.
Professional 11	Ik heb ervaring met het begeleiden van cliënten met betrekking tot informele zorg. Ik kijk en luister om te zien hoe de omgang met elkaar is en in hoeverre dit ook wenselijk is voor de ontwikkeling van de cliënt of juist contra geïndiceerd is. Ik ga met netwerk in gesprek, zodat informele zorg geboden kan worden. Of om juist ouders gerust te stellen en inzicht te geven hoe wij met cliënten omgaan, hetgeen hen hielp om meer los te laten.	Je zou meer vrijwilligers in kunnen zetten en kijken wat er gebeurt wanneer professionele hulpverlening meer los gaat laten. Het zou interessant zijn, wanneer niet anders kan, als blijkt dat de hulpverlening met minder FTE zou kunnen doen. Dit heeft niet mijn voorkeur. Aan de andere kant vind ik het belangrijk dat wanneer er vrijwilligers ingezet worden dat deze mensen begeleiding kunnen krijgen. Vrijwilligers zouden binnen gehaald moeten worden voor een bepaalde activiteit. Ik zie mogelijkheden om in de maatschappij te onderzoeken, wat zij voor de BW en cliënten. Zoals boodschappen.	Ik vind dat er niet te veel een beroep gedaan moet worden op de mantelzorgers zoals familie die vaak groot deel van hun leven al voor hun familielid hebben gezorgd, voor familie kan dit heel zwaar zijn. Een nadeel van het aannemen van vrijwilligers is dat ze het ontwikkelings- en herstelproces van de cliënt in de weg kunnen staan. Bv als de cliënt misbruik maakt van de aanwezigheid van de vrijwilliger en dingen gaat overnemen wat iemand ook zelf kan doen.	Het concept Buurtcirkel sluit goed aan bij onderling netwerk creëren. Dit concept zou passend gemaakt moeten worden zodat het aansluit bij cliënten. Cliënten hebben snel de neiging zich afhankelijk op te stellen en alleen maar te willen ontvangen. Het is voornamelijk belangrijk om gezonde prikkels af te geven aan cliënten om mensen in beweging te krijgen. Professionals moeten zich ook bewust zijn van die gezonde prikkels om deze te kunnen afgeven. Ik zou als bijdrage kunnen leveren om mijn mening te geven en mee te denken als er een soort werkgroep komt om dit te realiseren. Er moet voldoende tijd zijn om kwaliteit te leveren. De wederkerigheid en waarborgen van continuïteit zou door professionals begeleid moeten worden.

	Zodat ze op een andere manier, met rust en afstand ouders konden zijn. Een ander voorbeeld is de omgekeerde participatie, waarbij we mensen vanuit de samenleving bij ons naar binnen halen in plaats van andersom.	Bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met Boni en te kijken wat mogelijk is, bijvoorbeeld met de app “picnic” om boodschappen te laten bezorgen. Dus in overleg met de omgeving kijken welke activiteiten van de begeleiding kunnen overnemen ten gunste van de cliënt. En wat kunnen wij hun bieden zoals een boni. Ik zie kansen in het onderling netwerk vergroten. Dat cliënten bij elkaar als burens iets voor elkaar kunnen betekenen. Er moet hiervoor een gezamenlijk visie van het team voor komen en het proces moet gecoördineerd worden. Er moet een goed gezamenlijk plan komen die ook geëvalueerd wordt en bijgesteld. Plan-do-check-act.	Belemmeringen voor onderling netwerk is als er geen gezamenlijk visie van het team aanwezig is. Ook als er niet genoeg begeleiding geboden wordt om het proces onderling of met vrijwilligers te coördineren. Soms heb je te maken met complexe problematiek Randvoorwaarde; Het aannemen van vrijwilligers kan georganiseerd kan worden door te kijken wat ze van begeleiding kunnen overnemen ten gunste van de cliënten, zodat de professionals begeleiding meer op kernactiviteiten kan richten, zoals de begeleidingshulpvragen. Op deze manier kan de professionals de vrijwilligers goed begeleiden en instrueren zodat de ondersteuning richting cliënten ook een kans van slagen heeft met deze doelgroep.	Wanneer deze onderwerpen in een werkgroep besproken worden kunnen er nieuwe of andere gezamenlijk normen en waarden ontstaan. Aan de begeleiding is dan om cliënten hierin te begeleiden.
--	--	---	--	--

Bijlage 5: Beoordeling zorgvuldigheid opdrachtgever

Naam opdrachtgever/organisatie: Marco van der Velde / Stichting Cosis	
Handtekening opdrachtgever: 	
Datum: 23-05-2018	
Naam student 1: Demi de Jonge Naam student 2: Mandy Leehuis	
	Ja/nee
Zijn de feiten m.b.t. de organisatie juist weergegeven?	ja
Is de privacy van respondenten voldoende gewaarborgd?	ja
Is de rapportage in huidige vorm geschikt voor verspreiding binnen de organisatie?	ja
Toelichting indien het antwoord op één van bovenstaande vragen nee is:	