

De stand van zaken...

Een kwalitatief onderzoek over de stand van zaken met betrekking tot de invoering van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg.



Arjen Bergman

Klas: EMM4DD

Studentnummer: 350213

Erwin Jonkman

Klas: EMM4DD

Studentnummer: 353370

Machiel Steggink

Klas: EMM4DD

Studentnummer: 347265

Philadelphia

Het beste uit jezelf

De boom

**Jullie zien mij hier staan als
volgroeide, volwassen, zo
zelfstandig mogelijke boom. Ja,
men had het al voor mij uitgedacht.
De normen, maar niet de waarden
waren al bepaald.**

Mijn groeiplan stond vast, het was keurig netjes ingekaderd. Ik had zelfs speelruimte gekregen. Maar het was voor mij bedacht en dat paste niet, ik ben anders. Ik ben mezelf. Zo groei ik verder, zoals ik mezelf prettig voel en op de manier waarop ik in het leven wil staan. Egoïstisch? Het is maar hoe je het bekijkt. In vergelijking tot hen die naast mij het hardst hun best deden om maar zo hoog en kaarsrecht mogelijk te worden. En ondertussen onder de grond mijn wortels beknelden.



Want ja, ik heb wel voeding nodig, ben niet de sterkste. Eerlijk is eerlijk. Mijn wortels kunnen met regelmaat een scheutje voeding gebruiken. Willen jullie me daarbij blijven helpen?... Zeker als het hier weer eens zo'n lange droge periode met zandstormen is. Dán voeg je iets toe aan mijn leven en wie weet ook wat aan dat van jezelf.

Vreemd, ik moet ineens aan Philadelphia denken. De diepere lading, de missie, broeder/zusterliefde. Bijbels. Hoe stond het er ook al weer? Kleine kracht, maar trouw. Je kunt er van op aan. Dat past en daarom dankjewel dat ik er zo mag zijn... En wel mijn wortels blijven voeden hé? (Philadelphia, 2014)

Saxion Enschede, Academie Mens en Maatschappij, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

LP 9.2 Bachelor onderzoek

Toetscode: T.AMM. 37555

Arjen Bergman – 350213

Erwin Jonkman – 353370

Machiel Steggink – 347265

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Voorwoord.....	5
Samenvatting	6
I. Inleiding onderzoek.....	8
I.1 Aanleiding	8
I.2 Doelstellingen	10
I.2.1 Korte termijn doelstelling.....	10
I.2.2 Lang termijn doelstelling	10
I.3 Onderzoeksvraag.....	10
I.3.1 Hoofdvraag.....	10
I.3.2 Deelvragen.....	10
I.4 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Wat is <i>Regelarme Zorg</i> ?.....	12
2.2 Missie/visie en beleid Philadelphia.....	14
2.3 Omgevingsaspecten <i>Regelarme Zorg</i>	15
2.4 Implementatie <i>Regelarme Zorg</i>	17
3. Methode van onderzoek	19
3.1 Onderzoeksmethode.....	19
3.2 Onderzoektype	19
3.3 Populatie en steekproef	20
3.4 Meetinstrument.....	20
3.5 Betrouwbaarheid	21
3.6 Validiteit	22
3.7 Ethische aspecten.....	23
4. Beschrijven van de resultaten.....	24
4.1 Kenmerken van de respondenten	24
4.2 Invloeden op het implementatieproces van <i>Regelarme Zorg</i>	25
4.3 Ervaringen medewerkers	26
4.4 Beleving met <i>Regelarme Zorg</i> door cliënten	28

5. Conclusies en aanbevelingen	30
5.1 Conclusies van de deelvragen.....	30
5.1.1 Conclusie begrip <i>Regelarme Zorg</i>	30
5.1.2 Conclusie missie, visie en beleid	30
5.1.3 Conclusie omgevingsaspecten.....	31
5.1.4 Conclusie implementatie <i>Regelarme Zorg</i>	31
5.2 Conclusie praktische deelvragen.....	32
5.2.1 Invloeden op het implementatieproces	32
5.2.2 Ervaringen medewerkers <i>Regelarme Zorg</i>	32
5.2.3 Ervaringen cliënten <i>Regelarme Zorg</i>	33
5.3 De stand van zaken.	33
5.4 Aanbevelingen.....	34
5.5 Sterkte zwakte analyse	34
5.6 Discussie	36
Literatuurlijst.....	38
Bijlage 1: Interviewvragen medewerkers.....	41
Bijlage 2: Interview vragen cliënten	43

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoek naar de stand van zaken van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg in Vriezenveen, onderdeel van Stichting Philadelphia Zorg. Door de resultaten van dit onderzoek hopen we een bijdrage te leveren aan de verdere invoering van *Regelarme Zorg* binnen de locatie.

Voorafgaande aan het schooljaar hebben we met ons drieën gebrainstormd over een onderzoeksonderwerp. Na verschillende gesprekken met mogelijke opdrachtgevers hebben we gekozen om bij Philadelphia onderzoek te doen naar regelarme zorg, een onderwerp wat ons alle drie aansprak. Gedurende het onderzoek is de samenwerking tussen ons als onderzoekers goed verlopen vanwege een kritische, open houding naar elkaar. Ook ons enthousiasme voor dit onderwerp is alleen maar gegroeid en dit heeft positieve invloed gehad op de verdere samenwerking en het uiteindelijke resultaat.

Er zijn een aantal personen geweest die een belangrijke rol gehad hebben tijdens het onderzoek. Allereerst willen we de medewerkers en cliënten van de Westerweilandweg bedanken waarmee we in gesprek zijn gegaan. Wij hebben deze gesprekken als zeer positief ervaren. In het bijzonder willen wij Ellen Kleinherenbrink, locatiemanager van de Westerweilandweg, bedanken voor haar feedback en begeleiding die een meerwaarde heeft gehad voor het hele onderzoek. Haar positivisme, de tussentijdse evaluatiemomenten en het actuele onderwerp was voor ons een steun in de rug. Tevens gaat onze dank uit naar Hans Schreurs, onderzoeksdocent van Saxion, wiens kritische blik en oprechte interesse bijgedragen hebben aan het resultaat van ons onderzoek.

Arjen Bergman

Erwin Jonkman

Machiel Steggink

Mei 2017

Samenvatting

Locatie Westerweilandweg in Vriezenveen is een onderdeel van Stichting Philadelphia Zorg, hierna te noemen Philadelphia. Deze locatie is vorig jaar samengevoegd met een andere locatie van Philadelphia. Het in goede banen leiden van deze samenvoeging heeft volgens de locatiemanager veel van haar aandacht geëist. Hierdoor heeft de invoering ontwikkeling van *Regelarme Zorg* minder prioriteit gekregen. *Regelarme Zorg* is in 2011 geïntroduceerd bij Philadelphia en komt voort uit een experiment van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) waar Philadelphia aan deelgenomen heeft. Het voornaamste doel van het experiment was de cliënt en zijn of haar behoefte weer centraal te stellen in het hulpverleningsproces door de externe en interne administratieve regeldruk te verminderen (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011). Philadelphia heeft vanuit het experiment, waar zeven pilotlocaties invulling hebben gegeven aan regelarme zorg, het gedachtengoed organisatiebreed ingevoerd door bijeenkomsten, theatervoorstellingen en aanhaakdagen te organiseren waar inmiddels alle locaties van Philadelphia aan hebben deelgenomen. De bedoeling was om de locaties daarna met behulp van regelarme coaches invulling te laten geven aan *Regelarme Zorg* op de locaties (Philadelphia, 2014).

Nu de samenvoeging inmiddels een feit is wil de locatiemanager graag verder invulling geven aan *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. Hiervoor is inzicht in de stand van zaken nodig van waaruit *Regelarme Zorg* verder ingevoerd kon worden. Dit was aanleiding voor een kwalitatief onderzoek waar, door middel van een procesevaluatie, ervaringen, belevingen en operationele kennis zijn onderzocht. Hierbij zijn medewerkers en cliënten van de Westerweilandweg geïnterviewd. Daarvoor zijn er eerst theoretische en praktische deelvragen opgesteld om antwoord te geven op de hoofdvraag: *Wat is de stand van zaken ten aanzien van de invoering van Regelarme Zorg op locatie Westerweilandweg van Philadelphia?*

De praktische deelvragen zijn beantwoord door semigestructureerde interviews af te nemen. Deze interviews zijn ontwikkeld met behulp van de specifieke omgevingsfactoren die kenmerkend waren voor *Regelarme Zorg* bij Philadelphia. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het gebruik van het elektronische cliëntdossier, SIS methodiek en het beraad. Deze zijn naar voren gekomen door een literatuuronderzoek te doen naar verschillende aspecten van *Regelarme Zorg*. Deze verschillende aspecten zijn verder uitgediept in het theoretische kader waarbij de definitie, omgevingsfactoren, beleid en implementatie van regelarme zorg de onderwerpen waren. Aan de hand van het beantwoorden van de theoretische deelvragen kan geconcludeerd worden dat Philadelphia haar interpretatie van *Regelarme Zorg* goed heeft omschreven in een missie, visie en beleid. Ook worden de locaties voldoende gefaciliteerd door de organisatie om *Regelarme Zorg* te implementeren. Er zijn inmiddels ook diverse elementen van *Regelarme Zorg* opgenomen in het algemene beleid van Philadelphia.

Na het verwerken van de interviews zijn er resultaten beschreven waar naar voren kwam dat er grote verschillen waren in de beleving van *Regelarme Zorg* tussen team 1 en team 2. Diverse factoren lagen daaraan ten grondslag met als grootste de samenvoeging van de locaties. Maar ook de verschillen in doelgroep maakte dat er andere inzichten zijn op *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. Over de stand van zaken kan geconcludeerd worden dat, hoewel de cliënten een positieve nabijheid ervaren, er

geen gedeeld eigenaarschap is als het gaat om het verlenen van zorg conform de speerpunten van *Regelarme Zorg*.

De aanbevelingen zijn daarom ook gericht op het ontwikkelen van gedeeld eigenaarschap en een gezamenlijke visie op *Regelarme Zorg*. Hiervoor zijn een teambuilding en transparante interne processen aanbevolen mogelijkheden. Nu de cultuurtransitie bij Philadelphia in volle gang wordt er ook aanbevolen om gebruik te maken van de faciliteiten die de organisatie daarvoor aanbiedt om aansluiting te krijgen en te houden.

Tot slot staan er in de discussie verschillende aanleidingen tot mogelijk vervolgonderzoek waarbij er vooral ingegaan wordt op de combinatie van externe factoren zoals de teamontwikkelingsfase, en verschillende zorgzwaartepakketten als invloed bij het implementeren en hanteren van *Regelarme Zorg*. Ook het gebruik maken van collectieve denkkraft van verschillende organisaties die op een eigen manier regelarm werken is een onderwerp in de discussie die mogelijk leiden tot een vervolgonderzoek.

I. Inleiding onderzoek

In hoofdstuk I wordt het onderwerp van het onderzoek beschreven. In paragraaf 1.1 wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Hier zal beargumenteerd worden waarom dit onderzoek uitgevoerd gaat worden. Vervolgens worden in paragraaf 1.2 de doelstellingen beschreven die betrekking hebben op dit onderzoek, welke zijn opgesplitst in een korte- en lange termijn doelstelling. In paragraaf 1.3 wordt de hoofdvraag weergegeven, evenals de theoretische en praktische deelvragen. Tot slot wordt in paragraaf 1.4 de leeswijzer van dit onderzoek beschreven.

I.1 Aanleiding

In 2011 is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) gestart. De toenmalige staatssecretaris van VWS sprak de hoop uit dat deze experimenten zouden bijdragen aan een paradigmashift door een andere kijk op zorg. De andere kijk op zorg en tevens het primaire doel van ERAI hield in dat de cliënt weer het middelpunt van het zorgproces zou vormen. De behoefte van de cliënt moest weer centraal komen te staan. Vanuit die gedachte zou kwaliteit van zorg weer een andere betekenis krijgen. De relatie tussen zorgverlener en cliënt vormde de basis, wat betekende dat professionals meer ruimte en vertrouwen nodig hebben om aan te kunnen sluiten op wat de cliënt nodig heeft. De vermindering van administratieve regeldruk ligt hieraan ten grondslag (Ministerie van VWS, 2016). Nagenoeg 90% van de zorgprofessionals ervaart administratieve taken als belastend. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is dit zelfs 96% en bij de verpleging, verzorging & thuiszorg en gehandicaptenzorg respectievelijk 82% en 85%. Voorbeelden van administratieve taken zijn het bijhouden van een cliëntendossier, plannen en roosteren, correspondentie met cliënten en familie en het opstellen van diverse rapportages (Hanekamp, 2016).

Philadelphia was 1 van de 28 zorgaanbieders die deelgenomen heeft aan ERAI. Op ruim 500 kleinschalige locaties in het land, begeleiden ruim 6.300 medewerkers van Philadelphia ruim 7.500 cliënten met een verstandelijke beperking (Philadelphia, 2017). De visie van Philadelphia, toegepast in het experiment *Regelarme Zorg*, is gericht op de (zorg)relatie tussen cliënt en medewerker waar de medewerker een essentiële rol heeft (Philadelphia, 2014). Philadelphia maakt hier gebruik van de *Presentiebenadering* als basis voor *Goede Zorg*. Deze stelt dat de hulpverlener continu moet aansluiten en afstemmen op de ander en op wat hij/zij nodig heeft als de basis van goede hulp en steun. De ander voelt zich gezien en gehoord en voelt zich volwaardig mens. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte voor wat zich niet laat maken of afdwingen (Movisie, 2016).

In zeven pilot locaties, met 100 cliënten en 120 medewerkers is het experiment als pilot gestart met als doelstelling het verhogen van de kwaliteit van zorg en het vereenvoudigen van het administratieve proces rondom (de verantwoording van) de zorg. De pilot locaties lieten een cultuurverandering zien waarbij medewerkers die vrijheid kregen én namen, de tijd durfden te nemen voor de cliënt en echte aandacht gaven aan de cliënt. Medewerkers die verantwoordelijkheid kregen én namen, waren zich bewuster van de keuzes die ze maakten en konden deze keuzes vervolgens ook beter toelichten of verantwoorden. Niet op basis van lijstjes, regels of protocollen, maar op basis van gezond professioneel

verstand. Deze verandering leidde tot meer zelfvertrouwen. Dit zelfvertrouwen ging hand in hand met het vertrouwen dat de medewerker kreeg van collega's, leidinggevend en externe instanties. Immers, de medewerker die vol zelfvertrouwen en vanuit zijn eigen kracht dacht en handelde, kreeg veel vaker het vertrouwen van anderen bij het werkelijk voorop stellen van het cliëntbelang en de afwegingen die hij daarbij zelf maakte (Philadelphia, 2014).

Het positieve effect van deze professionele ruimte is niet alleen terug te vinden in de zorg. In diverse sectoren wordt nadruk gelegd op het belang van ruimte voor professionals en de positieve gevolgen die dat heeft voor de kwaliteit van dienstverlening en het werkplezier van medewerkers (Geuijen, Bos, Horn, Krechtig, & Heij, 2010). Zo is er een pilot geweest binnen de reclasseringsorganisatie, gericht op het bestrijden van de bureaucratie en het vergroten van de professionele ruimte van reclasseringswerker (Hulsbos, Anderson, Kessels, & Wassink, 2012).

De pilot locaties waren dusdanig succesvol dat er vanuit de raad van bestuur de opdracht is gegeven om deze cultuurverandering verder door te voeren door de gehele organisatie. Het doel hiervan was om de medewerkers en locatiemanagers weer in hun kracht te zetten door ze de regie over het zorgproces weer terug te geven in plaats van dat de regie van hogerhand kwam. Dit is ingezet door middel van een intensief opleidings- en coachingstraject (Philadelphia, 2014).

Uit het jaarverslag van 2015 blijkt dat 55 locaties van Philadelphia zijn gaan werken met *Regelarme Zorg*. De teams uit die locaties bezochten startdagen om het regelarme gedachtegoed te leren kennen en er zelf mee aan de slag te gaan. In het vervolg daarop werden ze waar nodig gedurende het jaar ondersteund door begeleiders (Philadelphia, 2015). Uit een gesprek met de inspirator achter regelarme zorg, kwam naar voren dat in 2016 zogenoemde "aanhaakdagen" zijn georganiseerd om alle locaties van Philadelphia kennis te laten maken met *Regelarme Zorg*. Na de zomer van 2016 heeft locatie Westerweilandweg uit Vriezenveen deelgenomen aan één van deze aanhaakdagen (Leene, persoonlijke communicatie, 2017). Philadelphia heeft het land ingedeeld in acht regio's. Locatie Westerweilandweg is een locatie van Philadelphia in regio Oost. Uit een gesprek met de locatiemanager van locatie Westerweilandweg, Ellen Kleinherenbrink, bleek dat de bewuste implementatie van *Regelarme Zorg* binnen de locatie minder prioriteit kreeg toen de opdracht kwam om cliënten en medewerkers van een andere locatie van Philadelphia op te nemen op locatie Westerweilandweg (Philadelphia, 2016). Nu de verhuizing is afgerond wil de locatiemanager zich weer richten op het verder invoeren van *Regelarme Zorg*. Omdat er twee locaties zijn samengevoegd wil de locatiemanager weten wat de stand van zaken is met betrekking tot *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. Het is haar intentie om aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek een plan te maken om regelarme zorg verder in te voeren op de Westerweilandweg.

1.2 Doelstellingen

In de aanleiding is de context waarop dit onderzoek zich richt weergegeven. Vanuit de aanleiding zijn de doelstellingen voor de korte en lange termijn bepaald.

1.2.1 Korte termijn doelstelling

Inzicht krijgen in de stand van zaken met betrekking tot de invoering van *Regelarme Zorg* op de locatie Westerweilandweg van Philadelphia.

1.2.2 Lang termijn doelstelling

Locatie Westerweilandweg van Philadelphia is toonaangevend in het werken met *Regelarme Zorg*.

1.3 Onderzoeksvraag

Vanuit de aanleiding en doelstellingen van dit onderzoek is er een hoofdvraag en zijn er deelvragen geformuleerd.

1.3.1 Hoofdvraag

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van *Regelarme Zorg* op locatie Westerweilandweg van Philadelphia?

1.3.2 Deelvragen

Theoretische deelvragen:

1. Wat zegt de literatuur over het begrip *Regelarme Zorg*?
2. Wat is de missie, visie en beleid van Philadelphia over *Regelarme Zorg*?
3. Wat zijn belangrijke omgevingsaspecten bij het hanteren van *Regelarme Zorg*?
4. Wat zegt de literatuur over implementatie van *Regelarme Zorg*?

Praktische deelvragen:

1. Wat heeft invloed op het implementatieproces van *Regelarme Zorg* aan de Westerweilandweg van Philadelphia?
2. Hoe ervaren de medewerkers van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met *Regelarme Zorg*?
3. Hoe ervaren de cliënten van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met *Regelarme Zorg*?

I.4 Leeswijzer

Het onderzoeksrapport is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. Voorafgaand aan deze vijf hoofdstukken wordt er een samenvatting van het onderzoek beschreven waarin de hoofdlijnen staan. Vervolgens wordt er in hoofdstuk 1 de aanleiding van het onderzoek beschreven. Ook geeft hoofdstuk 1 een overzicht van de vraag- en doelstellingen van het onderzoek. In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt er relevante theorie beschreven die vervolgens is gebruikt om de theoretische deelvragen te beantwoorden. Dit is gedaan door middel van literatuuronderzoek en het bevragen van deskundigen. Hoofdstuk 3 biedt een overzicht van de methode van onderzoek. De methode, het type onderzoek, de populatie en steekproef zullen in dit hoofdstuk worden toegelicht. Ook zullen de onderzoeksinstrumenten, de betrouwbaarheid, validiteit en de ethische aspecten in dit hoofdstuk worden besproken. In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven. De uitkomsten van de dataverzameling zullen hier worden beschreven. Als laatste wordt er in hoofdstuk 5 antwoord gegeven op zowel de theoretische als praktische deelvragen. Tevens wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoordt van waaruit conclusies en aanbevelingen worden beschreven.

2.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de vier theoretische deelvragen beantwoord. Iedere paragraaf behandelt één van de deelvragen waar, door middel van een literatuurstudie, de vragen worden ontleed en verklaard door gebruik van relevante theorie.

2.1 Wat is Regelarme Zorg?

In 2011 heeft toenmalig Staatssecretaris Veldhuizen-Van Zanten-Hyllner een brief geschreven over *Regelarme Zorg* aan de Tweede Kamer. In deze brief is er sprake van een experiment regelarme instellingen. Het experiment bevat twee elementen, ten eerste de inventarisatie van regels in de zorg waarvan twijfel bestaat over de noodzaak en ten tweede het experiment met zorgaanbieders waarvoor de hinderende regels niet of in mindere mate zullen gelden (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011). Philadelphia is één van de deelnemende instellingen. Philadelphia heeft hierover een projectplan geschreven met een tweeledige doelstelling. De eerste betreft het verhogen van de kwaliteit van de zorg en de tweede behelst het vereenvoudigen van het administratieve proces. In de komende paragrafen wordt er dieper in gegaan op de beide doelstellingen en de definitie van *Regelarme Zorg*.

Relatie professional en cliënt

De eerste doelstelling betreft het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Hierin staat de relatie tussen de cliënt en professional centraal. De professional krijgt meer bewegingsvrijheid, vertrouwen en eigen verantwoordelijkheid. Dat bevordert de eigen kracht van de professional en geeft deze meer discretionaire ruimte (Raeymaeckers, 2017). Uit het eindrapport experiment regelarme zorg (2014) blijkt dat *Regelarme Zorg* niet alleen maar gaat om lijstjes, geld of processen maar ook om de relatie tussen medewerker en cliënt. Enkele ervaringen van medewerkers zijn dat door de bewustwording van de houding ten opzichte van de cliënt, er een toename van de kwaliteit in het contact tussen medewerker en cliënt is. Zowel medewerkers als cliënten ervaren meer regel- en beslissingsruimte en medewerkers handelen meer vanuit eigen denken en verstand en minder vanuit voorschriften (Philadelphia, 2014).

Beraad

Eén van de belangrijke onderdelen van de nieuwe zorgplanmethodiek is het 'Beraad'. In dit overleg beraadt het team zich op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en de wijze waarop het team daar mee omgaat. Het wordt beschreven als een zoektocht naar een goede aanpak waar er geen regels van bovenaf voorgeschreven worden, maar door mensen zelf te laten denken, zoeken en uitproberen. De gedachte hier achter is de medewerkers professionals zijn die dagelijks met hun werk bezig zijn en daardoor als geen ander in staat zijn om vanuit de praktijk te vertellen wat wel en niet werkt en hoe het regelarm kan. Het 'Beraad' blijkt een veel effectievere (team)overlegvorm dan de eerdere multidisciplinaire overleggen (MDO's) omdat men sneller tot de kern van het vraagstuk komt en zo dus ook bij een passend antwoord (Zadelhoff & Molewijk, 2012). Hoewel geen doel op zich, wordt binnen regelarm werken veel minder gebruikgemaakt van lijsten en programma's zoals temperatuurlijsten op de koelkast en vooraf vastgestelde dagprogramma's. De daginvulling vindt bij regelarm werken in overleg

met de cliënt zelf plaats en is flexibeler dan voorheen waar het dagprogramma leidend was en de cliënt zich moest aanpassen. Mede daardoor is de begeleiding van de cliënt meer 'maatwerk' geworden. Reguliere verzorgingsmomenten zoals douchen en helpen bij het aankleden worden bewuster en anders ingericht, waardoor ook dit soort activiteiten meer tot echte 'contactmomenten' zijn geworden (Invoorzorg, 2013).

SIS methodiek

Voor het bepalen van de zorg- en ondersteuningsbehoefte maakt Philadelphia gebruik van de Support Intensity Scale methodiek (SIS). Deze methodiek vormt de basis van het zorg en dienstverleningsproces van Philadelphia. De SIS is een instrument welke ontwikkeld is in de Verenigde Staten waarmee op een gestructureerde manier inzicht verkregen wordt in de ondersteuningsbehoeften van mensen met verstandelijke beperkingen of verwante ontwikkelingsstoornissen (Thompson, Bryant, & Buntinx, 2010). Het zorgplan volgt de SIS methodiek en concentreert zich op de wensen en behoeften van de cliënt en gaat vooral uit van wat de cliënt wel kan. Het resultaat hiervan is dat de kwaliteit van contact tussen de cliënt en professional significant verbetert omdat er meer aandacht is voor de cliënt. De zorg is hierdoor meer toegesneden op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. Op deze manier behoudt de cliënt de regie over zijn eigen leven en kan de zelfredzaamheid en de participatie bevorderd worden (Zanten-Hyllner, 2012).

Verantwoording van zorg

Het vereenvoudigen van het administratieve proces is een belangrijke pijler van Philadelphia en tevens de tweede doelstelling van het projectplan. Uit het tevredenheidonderzoek van medewerkers blijkt dat zij de administratieve werkzaamheden als te belastend ervaren en er daardoor te veel tijd voor de cliënt verloren gaat (Philadelphia, 2015). Uit een extern onderzoek met 2.200 respondenten blijkt dat zorgprofessionals in de langdurige zorg 25% van hun tijd besteden aan administratie, waar zij zelf 15% reëel vinden. Bijna negen op de tien zorgprofessionals ervaren administratieve taken als enigszins (53%) of zeer (35%) belastend (Hanekamp, 2016). Daarom heeft Philadelphia er voor gekozen om administratieve handelingen die geen aantoonbare meerwaarde hebben voor het zorgproces stop te zetten. Dit betreft veelal de registraties op het gebied van kwaliteitszorg. Enkele voorbeelden daarvan zijn de gedetailleerde schoonmaaklijsten die de HACCP wetgeving voorschrijft en de registraties die betrekking hebben op het hanteren van een gecertificeerd kwaliteitssysteem zoals het HKZ (Ministerie van VWS, 2016). Daarnaast heeft het experiment als doel om het zorgproces op een efficiënte en toekomstbestendige manier te ondersteunen met ICT (Zanten-Hyllner, 2012). Om de duur van aanwezigheid op de groep zoveel mogelijk te vergroten, werken de begeleiders met laptops. Daarmee kunnen de begeleiders op de groep zijn en tegelijkertijd een rapportage vastleggen in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD), dat is ingericht op basis van de SIS-methodiek. In plaats van in een aparte ruimte het dossier aan te vullen, gebeurt het nu tussen de gesprekken door, op de groep. De cliënt ervaart dat de begeleider meer op de groep is en hij of zij kan daardoor vaker terecht met vragen. De begeleiders daarentegen ervaren het niet als extra administratieve last omdat ze beschikbaar zijn op de groep (Philadelphia, 2014).

Presentie

Philadelphia heeft tegelijkertijd met de invoering van *Regelarme Zorg* de presentiebenadering geïntroduceerd. De presentiebenadering is in de essentie 'er zijn voor de ander', waarbij gesteld kan worden dat menselijke waardigheid de centrale waarde van de presentiebenadering is. Het draait hierbij om de goede en nabije relatie van zorg, de waardigheid van de ander te herkennen en om wederzijdse afstemming op de leefwereld van de ander. De wil om de ander tot zijn of haar recht te laten komen en

niemand af te schrijven (Baart, 2014). Dit alles is een manier van werken die ruimte geeft aan wat zich niet laat maken of afdwingen. In deze benadering staat het aangaan van een zorgzame betrekking die ook geslaagd is als er uiteindelijk geen enkel probleem van betekenis door opgelost blijkt te worden. De benadering is geen methodiek die toegepast kan worden op een bepaalde doelgroep maar behelst meer dan het oplossen van problemen door een bejegening vanuit menselijke waardigheid (Baart, 2014). Deze benadering heeft er bij Philadelphia mede voor gezorgd dat medewerkers meer te weten komen over de cliënt en zijn/haar wensen en behoeftes (Philadelphia, 2014). Dit past bij de eerste doelstelling van *Regelarme Zorg* waarin de relatie tussen de cliënt en begeleider centraal staat (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011). Hoewel beschreven wordt dat presentie mede verantwoordelijk is voor het feit dat Philadelphia meer begeleiding biedt dan de norm (Invoorzorg, 2013) is er nog geen wetenschappelijk bewijs om uitspraken te kunnen doen over de specifieke effectiviteit van de Presentiebenadering. (Rensen, Peter; Place, Caroline; Petersen, Angita, 2017).

2.2 Missie/visie en beleid Philadelphia

Philadelphia is conform haar missie een landelijke zorginstelling die mensen begeleidt met een verstandelijke beperking. Philadelphia wil er vanuit een christelijke visie aan bijdragen dat cliënten met een verstandelijke beperking gelukkig kunnen zijn en het beste uit zichzelf kunnen halen. Er wordt gewerkt met verantwoordelijkheidsbesef, professionaliteit, aandacht en passie. Op 442 kleinschalige locaties in Nederland begeleiden ruim 6.700 medewerkers ruim 7.800 cliënten. Philadelphia beschrijft zichzelf als een organisatie zonder winstoogmerk (Philadelphia, 2016). Schermer (2013) beschrijft dat het ontbreken van een winstoogmerk en het nastreven van een maatschappelijk/ideëel doel de kenmerken zijn van een non-profit organisatie. Dit maatschappelijke doel wordt bij Philadelphia omschreven in de missie en de visie. De doelstelling van Philadelphia is iemand met een beperking zo min mogelijk beperkt te laten voelen in zijn dagelijks leven. Door te kijken naar de mogelijkheden van een persoon in plaats van zijn beperking dragen zij bij aan de randvoorwaarden die het geluk van een mens in hoge mate bepalen. Het samenwerken met anderen uit het netwerk van de cliënt ziet Philadelphia als een belangrijke factor om het beste uit iemand te halen. De samenwerking en het onderhouden van dergelijke contacten dragen bij aan de doelstelling van Philadelphia (Philadelphia, 2016). Het bovenstaande past bij de kerngedachte van *Regelarme Zorg* waarbij de focus ligt op behoefte en het geluk van de cliënt (Philadelphia, 2014).

Veranderingen in de zorg

Sinds 1 januari 2015 zijn er onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Tegelijkertijd is de Wet langdurige zorg (Wlz) geïntroduceerd. In de komende jaren wordt toenemende nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en op blijvende maatschappelijke participatie. De aandacht richt zich daarbij op verdere de-institutionalisering. Dat is het proces waar, in het kader van maatschappelijke participatie, hulpbehoevenden van grote gesloten zorginstellingen worden verplaatst naar kleine open woonlocaties met als doel het handhaven van deze groepen in de samenleving en het versterken van hun directe woon- en leefomgeving. De inzet van publieke middelen wordt verder gedecentraliseerd naar het lokale niveau c.q. de gemeenten. Die versterking van de sociale omgeving moet wel plaatsvinden tegen de achtergrond van een lokale samenleving die cultureel en qua leefstijl steeds gedifferentieerder wordt om balans te krijgen tussen formele en informele zorg (Peters, van Xanten, & Scholten, 2017).

Deze veranderingen op macro niveau hebben invloed op het beleid van Philadelphia. Philadelphia heeft in het jaarplan van 2012 aangekondigd op zoek te moeten naar en uitvoeren van onorthodoxe oplossingen op een wijze dat de organisatie zich voor de toekomst goed kan positioneren (Philadelphia, 2017). Onorthodoxe oplossingen wil in dit geval zeggen dat ontwikkelde alternatieven misschien tegen heersende ideeën en beleidsuitgangspunten ten aanzien van werkmethodes ingaan. De opvolgende jaarplannen laten ook zien dat Philadelphia zich aan het voorbereiden is op een paradigmaverandering. Ze zetten in op stevige verlaging van de overhead door het versimpelen en het saneren van processen (Philadelphia, 2017). Vanaf begin 2013 is de nieuwe werkwijze gefaseerd ingevoerd. De essentie van het vernieuwde ondersteuningsproces is dat de verantwoordelijkheden directer bij het team en de cliënt worden gelegd. 'De begeleider in zijn kracht' is één van de uitgangspunten. Dit betekent dat de regie in de ondersteuning bij het team komt te liggen in plaats van bij een derde die niet bij de dagelijkse zorg en begeleiding betrokken is. Op de locaties wordt het 'Beraad' ingevoerd. (Philadelphia, 2017). De uitkomsten van het experiment *Regelarme Zorg* liggen ten grondslag aan dit nieuwe organisatiebreed ingevoerde beleid. Hemstede (2017) schrijft dat Philadelphia zich de afgelopen 50 jaar voornamelijk heeft gericht op de kwaliteit van de zorg en dat ze de inrichting van de bedrijfsvoering hebben verwaarloosd. In de voorbereiding op de decentralisatie in 2015 en bijkomende bezuinigingen heeft Philadelphia een van de grootste reorganisaties ingezet waarbij 1300 medewerkers afscheid hebben moeten nemen (Hemstede, 2017).

Toekomstbestendig beleid

In de missie en visie van Philadelphia wordt aangegeven dat men op kleinschalige locaties zorg verleent (Philadelphia, 2017). Dit past bij het de-institutionaliseringproces dat beschreven wordt als één van de aandachtspunten van de Wlz (Peters, van Xanten, & Scholten, 2017). Philadelphia heeft te maken met een veranderende omgeving en wil zich de komende jaren vooral meebewegen om de maatschappelijke opdracht uit te kunnen blijven voeren. Dit meebewegen is de aanleiding geweest aan te sluiten bij het ERAI. Een experiment dat als succesvol is ervaren door de organisatie en ervoor heeft gezorgd dat het volledig is opgenomen in het strategisch beleid van Philadelphia. In het strategisch beleidsstuk van Philadelphia staat dat de ingezette cultuurtransitie mede te danken aan *Regelarme Zorg* verder en steviger moet worden aangezet. Met het vervolgen van de beweging van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' dragen bij aan de ontwikkeling van de cliënten (Philadelphia, 2017).

Met de uitwerking van het strategisch beleidsstuk heeft Philadelphia de doelstelling in 2020 een toonaangevende zorgaanbieder in Nederland te zijn. De komende jaren wil zij vanuit eigen kracht werken aan een Philadelphia waar regelarm gewerkt wordt en ruimte is voor initiatiefrijk handelen. Naast de basisprincipes van een regelarme organisatie wordt er gebruik gemaakt van alle technologische ontwikkelingen die bijdragen aan regie op eigen leven van de cliënt (Philadelphia, 2017).

2.3 Omgevingsaspecten *Regelarme Zorg*

In 2008 fuseerde Philadelphia met de Eevan Groep en Espria wat na bestuurlijk wanbeleid in 2009 weer ontbonden werd. Dit bestuurlijk wanbeleid had grote gevolgen voor het imago van Philadelphia. Door een nieuwe bestuurder en voorzitter van de raad van bestuur aan te stellen is er vanuit een herstelplan aan wederopbouw gewerkt. In het kader van deze wederopbouw heeft Philadelphia meegewerkt en meegedacht aan het Experiment regelarme instellingen wat is opgezet vanuit het Ministerie van VWS. (Zanten-Hyllner, Veldhuijzen van, 2011) Philadelphia heeft dit experiment aangegrepen om zich staande te houden als zorgaanbieder in een turbulente periode waarin de organisatie zich op dat moment

bevond. Hiervoor was meer nodig dan alleen het werken met minder regels maar een cultuuromslag die gepaard ging met een herziende organisatiekoers.

Vrijheid en verantwoordelijkheid

De doelstelling van Philadelphia is het verhogen van de kwaliteit van zorg en het vereenvoudigen van het administratieve proces rondom de verantwoording van de zorg. Er werd een pilot op zeven locaties, met 100 cliënten en 120 medewerkers gestart. De kwaliteit van de zorg wordt verbeterd door alle cliënten en medewerkers van een team te betrekken bij de zorg voor de cliënt. Als het gaat om het hanteren van lijsten die afgetekend worden na het schoonmaken van een koelkast of de tijden van toegankelijkheid van een gezamenlijke woonkamer. Over iedere regel of afspraak kan worden nagedacht of en welke meerwaarde deze heeft ten goede van de cliënt. Hiervoor heeft de medewerker zijn discretionaire bevoegdheden nodig om de ruimte te ervaren die nodig is om tot zelfstandige keuzes te komen. Discretionaire ruimte wordt hier bedoeld als het interpreteren van de regels die door de organisatie worden gesteld (Raeymaeckers, 2017). Philadelphia geeft met het ERAI de vrijheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen aan de medewerkers waarmee een aanspraak wordt gedaan op het gebruiken van gezond verstand. De term 'gezond verstand' wordt *Regelarme Zorg*, ook wel het 'boerenverstand' genoemd. Het maken is volgens G. Leene (persoonlijke communicatie, 10 januari 2017) van een bewuste keuze in plaats van het volgen van de regels zoals deze opgelegd zijn door anderen.

De administratieve dimensies

Het vereenvoudigen van het administratieve proces rondom de verantwoording van de zorg is te verdelen in de externe en interne dimensie. De externe dimensie is de samenwerking met zorgkantoren, inspectie en andere belanghebbenden te benoemen. De doelstellingen van deze organen zijn het verstrekken en controleren van de financiële middelen volgens vastgestelde normen. Als gevolg van deze scherpe wijze van toezicht op het besteding van de gelden die een bepaalde kwaliteit beogen is er voor Philadelphia veel aangelegen om ook intern nog eens een extra controle uit te voeren op de gestelde regels wat leidt tot meer regels protocollen en administratie. Vanuit het ERAI heeft Philadelphia afspraken gemaakt met deze belanghebbenden om het proces van bijvoorbeeld de inkoop en inkoopcriteria van zorg te vereenvoudigen door gebruik te maken van informatievoorziening AWBZ, oftewel iAWBZ. Een informatievoorziening die kan worden gebruikt door meerdere samenwerkende organen in een zorgketen. Het Zorginstituut was verantwoordelijk voor het optimaliseren van deze samenwerking tussen de verschillende partijen middels het gebruik maken van de mogelijkheden die de technologie biedt (Zorginstituut Nederland, 2017). De iAWBZ is sinds het vervallen van de AWBZ per 1 januari 2015 niet meer van toepassing. De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet en de Wet langdurige zorg zijn van kracht geworden. Met deze wijziging is de iAWBZ overgegaan in de informatievoorziening WLz (Zorginstituut, 2015).

De interne dimensie bestaat uit verschillende werkgroepen die vanuit het oogpunt van bedrijfsvoering kijken naar vereenvoudigingen die mogelijk zijn op het gebied van kwaliteit en medicatieveiligheid. Dit proces heeft geleid tot het herontwerpen van de bedrijfsprocessen op het gebied van financiële verantwoording van kosten en het verplicht behandelen van een groot aantal interne protocollen. Vanuit het experiment is een grote bijdrage geleverd aan het project business process redesign (BPR). In 2014 rondde Philadelphia het herontwerp af van de ondersteunende processen. Het project BPR had vooral impact op medewerkers van stafafdelingen, waar processen werden vereenvoudigd en waar mogelijk geautomatiseerd. Daarnaast werden kantoren samengevoegd en werd het dienstverleningsproces van staf naar lijn verbeterd (Philadelphia, 2017).

Het ministerie VWS heeft het in het eindevaluatie ERAI over het vertonen van lef dat organisaties moeten hebben om te werken volgens de uitgangspunten van *Regelarme Zorg*. Het experiment laat zien dat het mogelijk is om anders te werken waarbij de relatie cliënt – professional centraal staat en tegelijkertijd een kwalitatief verantwoorde bedrijfsvoering mogelijk is. Dit vraagt veel van alle betrokken partijen door op een andere manier te kijken naar bedrijfsprocessen die niet direct af te leiden zijn vanuit systemen, maar het fundamenteel anders kijken naar de zorg. Het vergt lef om niet meteen regels op te stellen als incidenten zich hebben voorgedaan maar op een andere wijze tegen risico's aan te kijken. Het vraagt van alle partijen om continu met elkaar in gesprek blijven over de dilemma's die zich aandienen. Professionals, bestuurders, beleidsmakers en de politiek hebben hier allen een belangrijke rol in. Het vraagt van alle partijen om continu met elkaar in gesprek blijven over de dilemma's die zich aandienen. Het heeft Philadelphia opgeleverd dat het in staat is zelf de interne regeldruk te reduceren indien de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder centraal staat (Ministerie van VWS, 2016).

2.4 Implementatie *Regelarme Zorg*

De visie van Philadelphia is gericht op het leveren van Goede Zorg. In deze visie moeten alle activiteiten binnen het zorgproces direct herleidbaar zijn naar een concrete toegevoegde waarde voor de cliënt. De vraag 'wat wordt de cliënt er beter van?' is hierin de belangrijkste vraag die een medewerker zich zal stellen. Vanuit dit perspectief is *Regelarme Zorg* met name gericht op de medewerkers omdat zij direct verantwoordelijk zijn voor het leveren van Goede Zorg (Movisie, 2016). De belangrijkste doelstelling is de cliënt en medewerker in zijn kracht te krijgen. Door de medewerker in zijn kracht te zetten krijgt hij zijn vak weer terug en handelt deze meer vanuit zijn eigen professionaliteit en drijfveren. Hierdoor is de professional in staat dat te doen wat goed is voor die ene cliënt op dat ene moment. En pas wanneer de medewerker werkelijk in zijn kracht staat kan en durft hij te reflecteren en zich te beraden op het eigen handelen. De formule die Philadelphia gebruikt om de medewerker in zijn kracht te krijgen is als volgt: Vrijheid x Verantwoordelijkheid geeft zelf Vertrouwen en Vertrouwen in elkaar. $V \times V = V_2$ (Philadelphia, 2014).

Denken vanuit de kern 'De Bedoeling'

Voor het ERAI zijn tien medewerkers opgeleid om teams te leren zorgen ondersteuning te bieden vanuit de Presentiebenadering in samenwerking met Stichting Presentie. De benadering van Presentie is één van de kernwaarden geworden van de organisatie Philadelphia. In de visie van Philadelphia is aan de hand van deelname aan ERAI aangepast op het leveren van Goede Zorg wat relationeel gestuurd is (Philadelphia, 2014). In de visie moeten alle activiteiten van de organisatie herleidbaar zijn naar concrete toegevoegde waarde voor de cliënt. Deze manier van het inrichten van het zorgproces heeft bijgedragen dat de focus van de medewerkers op de cliënten ligt. Zij zijn verantwoordelijk voor het leveren van de zorg en het is van belang de medewerkers in zijn of haar kracht te komen. Voor het ERAI werd het zorgproces vanuit de systeemwereld gezien als het uitvoeren van opdrachten die door allerlei zaken werden bepaald. De indicatiezwarte, urenregistratie en beschikbare tijd tussen de overleggen waren leidend voor de contactmomenten met een cliënt (Philadelphia, 2014). Denken vanuit de leefwereld komt vanuit de kern, de bedoeling, wat de medewerker tot nadenken zet omdat er veel wordt overgelaten en niet vast ligt door protocollen en regels vanuit de systeemwereld. Deze verandering wordt gezien als toegevoegde waarde voor de individuele cliënt (Hart, 2012).

De werkgroep kwaliteit heeft door collega's te bezoeken inzicht gekregen in de kernfactoren die mede worden bepaald door Goede Zorg en het werk dat verricht wordt. Er is voor de pilotlocaties een

elektronisch cliëntendossier (ECD) ingericht op basis van de regelarme visie. Met als doelstelling de begeleiding meer present en aanspreekbaar te laten zijn bij de cliënt. Hiervoor is gebruik gemaakt van laptops en draadloos internet waardoor de begeleider flexibel en efficiënt is in het rapporteren (Philadelphia, 2014).

Intern aanpassen: van procedure naar 'boerenverstand'

De werkgroep medicatieveiligheid heeft verbeteringen beschreven ten aanzien van het medicatiebeleid. Regelarm sluit aan bij het proces van medicatieverstrekking zoals die beschreven staat in de veldnorm veilige principes in de medicatieketen (KNMP, 2017). De werkgroep hygiëne en voedselveiligheid heeft tijdens het ERAI de focus gelegd op kennis en inzicht van de medewerkers, in plaats van regels en administratie om zeker te stellen dat bepaalde activiteiten worden gedaan. Hierbij benadrukt de werkgroep dat het boerenverstand van de medewerker volstaat om op een juiste manier om te gaan met dit thema. Met boerenverstand bedoelt men het vermogen om zelfstandig praktisch en logisch ergens over na te denken.

De laatst benoemde werkgroep is het regelarm roosteren. Teams roosteren zelf waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften van de cliënt en medewerker met als uitgangspunt een evenwichtig rooster te creëren die niet centraal maar door de teams zelf wordt opgesteld (Philadelphia, 2014). Met de uitkomsten van ERAI heeft Philadelphia een organisatieverandering in gang gezet met als doel de medewerkers en locatiemanagers in hun kracht te zetten. Concreet betekent dit dat verantwoordelijkheden weer teruggelegd worden in het primaire proces, de teams en hun leidinggevend. Hierdoor worden velen uit hun comfortzone gehaald. Het experiment betekent een grote cultuuromslag voor de begeleiders én voor de locatiemanagers. Na vele jaren te hebben gewerkt met allerlei lijstjes en regels, valt voor sommigen de zekerheid weg. Ook voor leidinggevend is het wennen. Hun rol verandert ook door dit experiment. Ze geven minder directe sturing en zijn meer gaan coachen (Invoorzorg, 2013).

Cultuuromslag

De grote verandering in deze werkwijze kan leiden tot weerstand. De angst voor het onbekende, een verandering in de bestaande normen van de groep en onvoldoende motivatie om te innoveren zijn voorbeelden van weerstandsfactoren die kunnen ontstaan bij verandering (Robbins & Coulter, 2013). Maar weerstand hoeft niet persé slecht te zijn. Weerstand in de organisatie kan een teken zijn van het kritische vermogen van de medewerker die alternatieve voorstellen hebben op de voorgestelde verandering (Robbins & Coulter, 2013). Door de teams verantwoordelijk te maken voor de invulling van *Regelarme Zorg* op hun locatie doet Philadelphia een beroep op het kritische vermogen van de medewerker.

Met het visiedocument Philadelphia 2.0 is een strategisch beleid ontwikkeld die een cultuurverandering in gang zet. Het ERAI wordt volledig binnen de organisatie uitgerold en middels themadagen hebben alle teams inmiddels kennis gemaakt met *Regelarme Zorg* met als basisgedachte terug naar 'De Bedoeling' (Philadelphia, 2017). Medio 2016 hebben alle locaties middels 'aanhaakdagen' kennis gemaakt met *Regelarme Zorg* en 'De Bedoeling'. Na deze 'aanhaakdagen' kunnen de teams zelf aan de slag met *Regelarme Zorg* op hun locatie. Daarbij krijgen ze ondersteuning die Philadelphia hen faciliteert (Philadelphia, 2017).

3. Methode van onderzoek

Waar hoofdstuk 2 is ingegaan op het theoretisch kader, wordt in dit hoofdstuk de methode van onderzoek toegelicht, beargumenteerd en verantwoord. In paragraaf 3.1 en 3.2 worden het onderzoektype en –methode uitgelegd. In paragraaf 3.3 de populatie en op welke wijze er een steekproef getrokken wordt. In paragraaf 3.4 en 3.5 wordt respectievelijk de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek beschreven. Tot slot wordt in paragraaf 3.6 de ethische overweging van het onderzoek toegelicht.

3.1 Onderzoeksmethode

Aangezien het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de stand van zaken ten aanzien van de invoering van *Regelarme Zorg* op de locatie Westerweilandweg van Philadelphia is het relevant om de belevingen en ervaringen van verschillende medewerkers omtrent dit onderwerp te weten te komen. Hieruit is af te leiden dat het onderzoek een kwalitatief onderzoek betreft. Volgens Baarda & De Goede (2013) is kwalitatief onderzoek een onderzoek waarbij problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen beschreven en geïnterpreteerd worden met behulp van gegevens van kwalitatieve aard, zoals belevingen, ervaringen, betekenisverleningen die verzameld zijn via open interviews en/of participerende observatie en/of gebruik van bestaande documenten.

Allereerst wordt er literatuuronderzoek verricht waarbij de definitie, het beleid, de missie en visie van Philadelphia en de implementatie worden uitgediept. De volgende stap is het analyseren van de huidige stand van zaken omtrent de belevingen, ervaringen en operationele kennis van *Regelarme Zorg* aan de Westerweilandweg. Om antwoord te kunnen geven op de praktische deelvragen uit hoofdstuk 2.3.2. worden er interviews afgenomen. De implementatie van *Regelarme Zorg* binnen Philadelphia kent een aantal speerpunten zoals beschreven in hoofdstuk 2.1.3. Er is gekozen voor een half gestructureerd interview omdat buiten de vaste onderwerpen er ook ruimte is voor inbreng van de individuele respondent (Verhoeven, 2011).

3.2 Onderzoektype

Het proces van de implementatie van *Regelarme Zorg* is per locatie verschillend verlopen zoals beschreven in hoofdstuk 2.3. Het antwoord op de vraag van de opdrachtgever om een stand van zaken rondom de implementatie van *Regelarme Zorg*, vraagt om een procesevaluatie omdat er gegevens verzameld dienen te worden rond de feitelijke uitvoering van het handelen (Migchelbrink, 2013). De gekozen variant van een procesevaluatie is de implementatie evaluatie omdat het handelen na het onderzoek voortgezet wordt. Dit is een kenmerk van een implementatie evaluatie zoals Migchelbrink (2013) deze omschrijft. Verder is de standaard waaraan getoetst gaat worden de norm van de uitvoerders en het management, in dit geval de medewerkers en locatiemanager van de Westerweilandweg. De informatiebronnen voor de praktische deelvragen zijn bij dit type onderzoek de begeleiders en cliënten van de Westerweilandweg, dit is ook kenmerkend voor een implementatie evaluatie zoals Migchelbrink (2013) deze omschrijft.

3.3 Populatie en steekproef

De populatie van dit onderzoek bestaat uit de medewerkers en cliënten van locatie Westerweilandweg. Er werken in totaal 23 personen, 20 vrouwen en 3 mannen in de leeftijd van 24 tot en met 61 jaar. Het totaal aantal fte bedraagt 10,51. Er wonen in totaal 23 cliënten op locatie Westerweilandweg. Deze cliënten hebben allemaal een indicatie voor zorg vanuit de Wlz vanwege een lichte tot matige verstandelijke en/of lichamelijke beperking. De leeftijd van de cliënten varieert tussen 26 en 58 jaar. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gekozen voor een steekproef waarin er 9 medewerkers en 9 cliënten geïnterviewd worden. Voor een verantwoorde selectie voor de steekproef wordt er gestreefd naar twee zaken. Namelijk dat er personen geselecteerd worden die veel informatie opleveren voor de beantwoording van de praktische deelvragen. Daarnaast moet deze informatie iets opleveren ten behoeve van de resultaten. Kijkend naar de verhoudingen in geslacht is er voor gekozen om van de medewerkers 7 vrouwen te interviewen en 2 mannen. Van deze respondenten hebben er 4 een HBO opleiding en 5 een MBO opleiding. De leeftijd van de respondenten is ingedeeld in 2 categorieën. 4 medewerkers horen in de leeftijdscategorie van 20 tot en met 40 jaar en 5 medewerkers behoren tot de leeftijdscategorie van 40 tot en met 60 jaar.

Bij de cliënten is de steekproef gemaakt op basis van geslacht, leeftijd, verblijfsduur en beperking. Van de 23 cliënten zijn er 12 man en 11 vrouw. Er worden zowel 5 mannen als 4 vrouwen geïnterviewd. Zij zijn allen tussen de 30 en 57 jaar. Van de 9 respondenten wonen er 4 sinds de opening op de locatie, inmiddels 10 jaar. 3 andere respondenten wonen niet langer als 2 jaar op de locatie en de overige 2 respondenten wonen er 6 jaar. Door rekening te houden met bovenstaande variabelen spreekt Verhoeven (2011) van een selecte steekproef.

3.4 Meetinstrument

De theoretische deelvragen worden in eerste instantie beantwoord door middel van vakliteratuur. Deze literatuur is met name gevonden in artikelen, boeken, persoonlijke communicatie en websites. Deze dataverzamelmethode past bij dit onderzoek, omdat het belangrijk is om inzicht te krijgen in wat *Regelarme Zorg* inhoudt volgens de vakliteratuur. Voor dit onderzoek is het van belang om eerst het theoretisch kader inzichtelijk te hebben alvorens te starten met de interviews omdat de interviewvragen naar aanleiding van het theoretisch kader zijn opgesteld. Vanuit het theoretisch kader is er een operationalisatieschema gemaakt die bestaat uit één begrip, drie dimensies en de daarbij horende indicatoren. Deze staat weergegeven in tabel 3.1.

De praktische deelvragen worden beantwoord door middel van dataverzameling uit interviews met medewerkers en cliënten. Er zijn verschillende interviewvragenlijsten opgesteld, één voor de medewerkers en één voor de cliënten van de Westerweilandweg. In bijlage 1 en 2 zijn deze interviewvragenlijsten te zien. De interviewvragen voor medewerkers zijn gebaseerd op de indicatoren zoals administratieve werkzaamheden, discretionaire bevoegdheden en de feedbackcultuur terwijl cliënten gevraagd worden naar bijvoorbeeld de aanwezigheid van de begeleiders, de eigen verantwoordelijkheden en de afsprakenkaart.

Begrip	Dimensies	Indicatoren
Regelarme Zorg	Organisatie	• Minder controle vanuit het regio-/ hoofdkantoor • Cursussen medewerkers • Aanhaakdagen locaties organiseren • Minder voorschriften voor de locaties • Vereenvoudiging financiële verantwoording van locaties • Gebruik van iAWBZ
	Professionals	• Minder administratieve werkzaamheden • Meer discretionaire bevoegdheden • Minder roosteren • Meer tijd bij cliënten • Meer aanwezigheid in de huiskamers • Meer organiseren van activiteiten • Open feedbackcultuur • Gebruik SIS methodiek
	Cliënten	• Afsprakenkaart op a4 formaat • Meer contact informele zorg • Meer verantwoordelijkheid in eigen proces • Meer aanwezigheid begeleiders • Minder papieren ondertekenen • Meer deelname aan activiteiten • Meer aanwezig in de huiskamers

Tabel 3.1: Operationalisatieschema

3.5 Betrouwbaarheid

Wanneer onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval, is er sprake van een hogere betrouwbaarheid. Voor dit onderzoek worden interviews afgenomen. Een aantal factoren kunnen hierbij de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten beïnvloeden. Voorafgaand aan het interview wordt benadrukt dat de anonimiteit wordt gewaarborgd in het verstrekken van informatie, zodat het vertrouwen bij de respondent toeneemt en de betrouwbaarheid vergroot wordt. Allereerst is de omgeving een factor. Wanneer een interview plaatsvindt, is het van belang dat er geen afleiding is. De interviews vinden plaats op locatie Westerweilandweg waar alle respondenten wonen of werken. In een afsluitbare ruimte worden de respondenten geïnterviewd om eventuele afleiding te voorkomen. De interviews hebben een half gestructureerd karakter omdat er gebruik gemaakt wordt van vooraf vastgestelde vragen maar waar er wel ruimte is voor eigen invulling van de respondent. Deze vinden individueel plaats en worden face to face afgenomen op een afgesproken tijd waardoor ze een formeel karakter hebben (Verhoeven, 2011). In het geval van de interviews met de cliënten die respondent zijn heeft de vragenlijst een meer gestructureerd karakter om ze niet te overvragen. Echter omdat er ruimte

is voor eigen invulling blijft het een half gestructureerd interview. De opgestelde interviews worden gecontroleerd en beoordeeld tijdens de intervisiebijeenkomsten om suggestieve vragen en/ of andere dubbelzinnigheden eruit te filteren zodat de interviews zorgen voor betrouwbare resultaten. Ook wordt er theorie gebruikt om op de hoogte te zijn van belangrijke kwaliteitsaspecten voor correcte interviews.

Een andere toevallige factor kan de interviewer zelf zijn. De ene interviewer kan namelijk een andere reactie tonen dan de andere. Het is van belang om hier bewust van te zijn en aan verschillende punten aandacht te schenken, zoals de communicatie en een goede vragenlijst. Er is gekozen om na het eerste (pilot) interview de vragenlijst aan te passen omdat de volgorde van de vraagstelling niet optimaal bleek te zijn. Na de aanpassing verliepen de interviews beter omdat het leidde tot meer informatie. Verder zijn de vragen zo neutraal en concreet mogelijk in open vraag formulering opgesteld, waardoor suggestieve vraagstelling wordt vermeden. Tevens zijn er begrippen uitgelegd en toegelicht in de interviews wanneer ze niet duidelijk zijn voor de respondent.

Door op deze manier vraagstellingen te formuleren, en te verduidelijken krijgen de respondenten de gelegenheid om allemaal antwoord te geven op de vragen. Hiermee wordt er gewaarborgd dat de vragen hetzelfde geïnterpreteerd worden en zijn de uitkomsten makkelijker te vergelijken (Baarda, et al., 2013).

3.6 Validiteit

De validiteit van het onderzoek is de mate waarin het onderzoek meet wat hij zou moeten meten. De gegevens zijn valide als ze de werkelijkheid weerspiegelen. Aangezien er kwalitatief onderzoek wordt gedaan mag er ook gesproken worden van geloofwaardigheid. Er dient overeenstemming te bestaan tussen de onderzochte implementatie en de woorden waarmee deze beschreven worden (Migchelbrink, 2013). In het bachelor rapport wordt verantwoord welke manier van onderzoek er gedaan wordt. Er wordt zowel mailcontact als fysiek contact gehouden met de opdrachtgever zodat verwachtingen vanuit beide partijen duidelijk zijn en er efficiënt gewerkt kan worden. Alle databestanden worden bewaard zodat alle stappen en beslissingen terug te vinden zijn. Ook wordt de kans op vertekening verkleind door nauwkeurig en zorgvuldig te werken (Migchelbrink, 2013).

Er wordt gezorgd voor het inbouwen van (zelf) controles. Tijdens het onderzoek worden de respondenten geïnterviewd. Dit heeft alles te maken met de manier waarop belangrijke begrippen zijn geoperationaliseerd. Het is van belang dat er rekening gehouden wordt met de doelgroep, bijvoorbeeld met betrekking tot het taalgebruik en het hanteren van begrippen. Zo zullen de interviews van medewerkers verschillen met interviews van de cliënten. Bij de medewerkers zal er sprake zijn van een half gestructureerd interview terwijl er bij de cliënten een meer gestructureerd interview afgenomen zal worden. Er zal gebruik gemaakt worden van gesloten vragen en de schaalvraag zal toegepast worden als de cliënt de vraag lastig vindt of de onderzoekers te weinig informatie hebben.

Volgens Baarda et al (2013) kan er op verschillende manieren rekening gehouden worden met de validiteit van het onderzoek. In dit onderzoek zal er eerst literatuuronderzoek verricht worden op de verschillende onderwerpen. Binnen het literatuuronderzoek zullen diverse en grote hoeveelheden informatiebronnen gezocht worden. Uit deze bronnen wordt uiteindelijk een selectie gemaakt welke bronnen juist en relevant zijn voor het onderzoek. Gezien het onderzoek kwalitatief en diepte betreft, is er gekozen om interviews af te nemen bij medewerkers en cliënten die ervaringen hebben met

Regelarme Zorg. De belangrijkste reden om interviews af te nemen is af te leiden uit het feit dat door middel van interviews de resultaten niet alleen betrekking hebben op wat iemand vindt, maar vooral ook op waarom iemand dat vindt. Dit is voor het onderzoek van belang aangezien er op basis van ervaringen, visies en denkwijzen conclusies worden getrokken.

Het onderzoek dat verricht wordt heeft externe validiteit omdat de onderzoeksresultaten deels gegeneraliseerd kunnen worden naar andere locaties van Philadelphia. Denk daarbij aan locaties van Philadelphia met dezelfde doelgroep als de Westerweilandweg. Hoewel er een selecte steekproef wordt gedaan die alleen geldt voor de onderzochte populatie, namelijk de locatie Westerweilandweg, zijn de speerpunten van *Regelarme Zorg* organisatiebreed hetzelfde. De generaliseerbaarheid van de resultaten naar de populatie is bij kwalitatief onderzoek echter vaak geen hoofddoel. Dat kan ook bijna niet anders, aangezien in kwalitatief onderzoek vaak met kleine groepen en/ of selecte steekproeven wordt gewerkt. Dit geldt ook voor het betreffende onderzoek waar het in dit onderzoeksplan om gaat (Verhoeven, 2011). Tevens is dit onderzoek valide omdat de steekproef 44,7% van de populatie behelst. Verhoeven (2011) stelt dat de validiteit verhoogd wordt naar mate de steekproef groter is en des te nauwkeuriger uitspraken en conclusies getrokken kunnen worden.

3.7 Ethische aspecten

Dit onderzoek is ethisch verantwoord omdat steeds het uitgangspunt is dat respondenten vrijwillig meewerken en de uitkomsten van de interviews anoniem worden verwerkt en voor de respondenten geen nadelig effect hebben. Zoals eerder is vermeld, worden de interviews met de respondenten in een afsluitbare ruimte gehouden. Voor het interview worden de respondenten geïnformeerd over de anonimiteit van het interview en de verwerking van de gegevens. Dit komt overeen met de beroepscode van het maatschappelijk werk en de gehandicaptenzorg omdat de privacy van de respondent gewaarborgd blijft (Buitink, 2016). De onderzoekers zijn zich er van bewust dat opname materiaal de respondent kan afschrikken en zich beroept op sociaal wenselijke antwoorden. Daarom is er voor gekozen om het opname materiaal te beperken tot een dictafoon en door, voorafgaand aan het interview, veel aandacht te besteden aan het creëren van een zo'n veilig mogelijke omgeving waarin de respondent zich veilig en vertrouwd voelt. Tijdens het afnemen van de eerste drie interviews kwamen de onderzoekers er bij toeval achter dat de medewerkers meer informatie gaven op het moment dat hun directe collega, tevens één onderzoeker, niet bij het interview aanwezig was. De medewerkers vertelden zich veiliger te voelen wat leidde tot een kritischere houding. Hierdoor hebben we er voor gekozen om de directe collega niet meer aanwezig te laten zijn bij de interviews waar de medewerkers de respondenten zijn.

4. Beschrijven van de resultaten

In hoofdstuk 4 zullen de resultaten van de praktische deelvragen worden beschreven. Eerst zullen in paragraaf 4.1 de kenmerken van de respondenten beschreven worden, waarna in paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4 de praktische deelvragen zullen worden uitgewerkt. De deelvragen die hier behandeld worden zijn: “Wat heeft invloed op het implementatieproces van Regelarme Zorg aan de Westerweilandweg van Philadelphia?”, “Hoe ervaren de medewerkers van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met Regelarme Zorg?” en “Hoe ervaren de cliënten van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met Regelarme Zorg?”

4.1 Kenmerken van de respondenten

Het onderzoek richt zich op twee verschillende groepen mensen, namelijk de cliënten van Philadelphia die 24-uurszorg ontvangen en de professionals die met deze doelgroep werken. Aan de hand van deze populatie is een steekproef gemaakt waarin uiteindelijk negen medewerkers en negen cliënten zijn geïnterviewd. In de volgende twee alinea's worden de kenmerken van deze twee groepen respectievelijk beschreven. Alle respondenten die in de beschrijving van de steekproef in hoofdstuk 3.3 staan zijn geïnterviewd, er is dus geen sprake van een non-respons.

Met betrekking tot de medewerkers waren er in totaliteit negen respondenten. Hetgeen wat zij gemeenschappelijk hebben is dat ze allen werkzaam zijn binnen Philadelphia aan de locatie Westerweilandweg. Sinds december 2016 wordt er binnen de locatie in twee teams gewerkt. Dit is een voortvloeisel uit de fusie van de locaties Engelsstraat en Westerweilandweg. Van de negen medewerkers zijn er vijf werkzaam in team 1 en vier in team 2. De medewerkers verschillen van elkaar in functie. De functies die de respondenten uitvoeren zijn coördinerend begeleiders (drie) en begeleiders (zes). Er zijn twee mannelijke en zeven vrouwelijke respondenten. Twee respondenten zijn vanaf het begin betrokken aan de locatie Westerweilandweg, namelijk tien jaar. Er zijn twee respondenten sinds december 2016 werkzaam op de Westerweilandweg. De gemiddelde dienstperiode van de respondenten is zes jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 43 jaar. Eén van de respondenten is tevens de aandachtfunctionaris met betrekking tot *Regelarme Zorg* binnen de locatie Westerweilandweg.

Met betrekking tot de interviews met cliënten waren er in totaliteit negen respondenten. Hetgeen wat zij gemeenschappelijk hebben is dat ze allemaal woonachtig zijn op de locatie Westerweilandweg en daar 24-uurszorg ontvangen. De leeftijd de cliënten is verschillend. De jongste cliënt is 35 jaar en de oudste is 57 jaar. De gemiddelde leeftijd van deze respondenten is 46 jaar. Twee respondenten wonen sinds december 2016 op de locatie Westerweilandweg terwijl twee andere respondenten er tien jaar woonachtig zijn. Gemiddeld wonen de negen respondenten vijfenhalf jaar op locatie Westerweilandweg. In tabel 1 staat de onderzoekspopulatie schematisch weergegeven.

Gegevens respondent	Medewerkers	Cliënten
Geslacht	7 vrouwen, 2 mannen	5 vrouwen, 4 mannen
Leeftijd	Leeftijd varieert van 24 tot 63 jaar. Gemiddeld 43 jaar	Leeftijd varieert van 35 tot 57 jaar. Gemiddeld 46 jaar
Functie	6 begeleiders, 3 coördinerend begeleiders	-
Hoelang werkzaam WWW	Gemiddeld 6 jaar	
Hoelang woonachtig WWW	-	Gemiddeld 5,5 jaar
Problematiek	-	Verstandelijke beperking, Niet Aangeboren Hersenletsel en Borderline. Functioneren IQ tussen 55 en 85

Tabel 4.1: Onderzoekspopulatie professionals en cliënten

4.2 Invloeden op het implementatieproces van *Regelarme Zorg*

Deze paragraaf behandelt de eerste praktische deelvraag. Deze luidt: wat heeft invloed op het implementatieproces van *Regelarme Zorg* aan de Westerweilandweg van Philadelphia? Samengevat: de meerderheid van de respondenten benoemen de vergroting van de discretionaire ruimte als de grote invloed die *Regelarme Zorg* op hen heeft gehad. Dat wordt hieronder toegelicht aan de hand van de speerpunten passend bij *Regelarme Zorg*. Enkele voorbeelden hiervan zijn: eerste contact met *Regelarme Zorg*, aanhaakdagen, theaterstuk 'De Bedoeling', administratieve werkzaamheden en discretionaire ruimte.

Eerste contact met Regelarme Zorg

Een meerderheid van de (6) respondenten zijn in aanraking gekomen met *Regelarme Zorg* middels bijeenkomsten die georganiseerd zijn door Philadelphia. Enkele (2) respondenten zijn werkzaam geweest op andere locaties van Philadelphia die deel hebben genomen aan de pilot *Regelarme Zorg*. Een andere respondent geeft aan via de mail en door gesprekken met collega's op de hoogte is gekomen van *Regelarme Zorg*. Een reactie van een respondent was dat er per individuele cliënt wel regels moeten zijn waar aan gehouden moet worden omdat het anders zo 'losgeslagen' wordt. Hiermee wordt bedoeld dat er anders chaotische situaties kunnen ontstaan als er helemaal geen regels zijn waar medewerkers en cliënten zich aan moeten houden.

Aanhaakdagen

Minder dan de helft (4 van de 9) van de respondenten zijn naar een aanhaakdag geweest. Deze heeft in september 2016 plaats gevonden als startsein van *Regelarme Zorg* voor de locatie Westerweilandweg. Vooraf had een enkele respondent een sceptisch gevoel hierover omdat er vaker bijeenkomsten georganiseerd worden waar de respondent het nut niet van in heeft gezien. De respondenten die zijn geweest geven aan dit achteraf als positief te hebben ervaren en bewuster zijn geworden van *Regelarme Zorg*. Al deze respondenten vertelden dat het delen van ervaringen met andere locaties hebben geholpen bij deze bewustwording. Ze gaven te kennen dat de teams van de Westerweilandweg en de Engelsstraat net voor de aanhaakdag te horen hebben gekregen dat de locaties samengevoegd zouden worden. Dit gaf bij één respondent een dubbel gevoel. Enkele (2) respondenten geven duidelijk aan dat zij door deze dag bewuster zijn geworden van de manier waarop medewerkers en cliënten met elkaar omgaan. Zij merkten op dat ze soms vast zitten in een bepaalde manier van denken. Een enkeling is gevraagd of er

verdere trainingen of cursussen zijn geweest naar aanleiding van de aanhaakdag waarop één respondent aangeeft geen idee te hebben.

Theaterstuk 'De Bedoeling'

Een grote meerderheid van de (7) respondenten zijn naar theaterstuk 'De Bedoeling' geweest. Ze vertelden dat het stuk herkenbaar en confronterend was. Met name viel het de respondenten op dat zij in het dagelijkse werk veel invulden voor de cliënt. Een respondent: "Jeetje, *doen we dat zo?!*" Een andere reactie op 'De Bedoeling' is dat het al zo'n lange tijd geleden is: "het onderwerp is vervaagd omdat er zoveel andere dingen zijn die je *"opslokken"*. Doordat het theaterstuk in het jaar 2014 heeft plaatsgevonden is dit voor de respondent te lang geleden om hier bewust van te zijn hoe met *Regelarme Zorg* om te gaan.

4.3 Ervaringen medewerkers

Administratieve werkzaamheden

Alle respondenten geven aan dat zij de administratieve werkzaamheden als belastend ervaren. De meeste (5) respondenten gaven aan dat dit te veel is en dat men zou willen dat men meer tijd aan de cliënten besteed kon worden. Gevolg is dat de werkzaamheden zich volgens de respondenten opstapelen. Enkele (2) respondenten geven echter duidelijk aan dat een aantal administratieve werkzaamheden in het belang zijn van de cliënt en er gewoon bij horen en er niet aan kan ontkomen.

Discretionaire bevoegdheden

Over het algemeen wordt er volgens de respondenten voldoende ruimte ervaren om zelfstandig beslissingen of besluiten te nemen. Enkele (2) respondenten geven aan dat de manager een belangrijke rol speelt in het geven van vertrouwen. Volgens hen verwacht de manager dat bepaalde taken in het team opgepakt worden en legt daarbij de verantwoordelijkheid terug bij de medewerkers. Echter bij beslissingen waar grote consequenties aan verbonden zijn vindt de ruime meerderheid (6) het fijn om feedback bij collega's of de manager te vragen. Enkele (2) respondenten benoemen dat er beslissingen worden genomen in het belang van de cliënt waar voorheen vaste afspraken voor golden. Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt het fijn vond om tijdelijk een hond te hebben terwijl dit volgens de huisregels niet zou mogen. *"We gaan dan een dialoog aan met elkaar en komen tot een besluit ten behoeve van de cliënt. Dan is dat wel heel mooi om te zien. Dan help je juist een cliënt in dit geval."*

Zelf roosteren

Het zelf roosteren wordt door alle respondenten als prettig ervaren. *"Dat wordt al drie jaar op deze locatie gedaan en men wil niet meer terug naar de oude planbureaus"*, aldus een respondent. Hiermee wordt bedoeld dat er op teamniveau invloed is bij het opzetten van de dienstenstructuur als het uitwerken van het werkrooster. Ook het opvangen van verzuim door verlof en ziekteverzuim vallen onder de verantwoordelijkheden van het zelf roosteren. Enkele (3) respondenten weten niet meer hoe het voor het zelfroosteren ging. Met name de eigen regie en verantwoordelijkheid vinden de respondenten belangrijk als het gaat om roosteren.

Medicatie verstrekken

Het verstrekken van medicatie wordt door de respondenten als belangrijk ervaren. De meerderheid (7) geeft aan dat er enige vorm van controle moet zijn op het beheren en verstrekken van medicatie. Eén respondent geeft aan dat het aftekenen versoepeld wordt, van elk tabletje aftekenen naar de baxter in

één geheel aftekenen. Een respondent ziet het als een taak van de professional om de gezondheid van de cliënten te waarborgen. De medicatietoediening is volgens enkele respondenten niet regelmatig maar ze vragen zich af of dat überhaupt wel regelmatig kan. Het aftekenen en het bijschrijven van tijdelijke medicatie is nog wel een punt van aandacht omdat dat niet altijd gebeurt, aldus een aantal respondenten. Ze vertelden dat dat wordt soms gedaan terwijl dat volgens protocol niet mag.

In contact met cliënten

De respondenten geven aan dat er in team 1 een groot verschil is in de groepen waar men aan het werk is. De samenvoeging van de locaties wordt als één van de redenen gezien die een grote invloed heeft gehad op de invoering van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. De prioriteit lag eind 2016 op de samenvoeging van de locaties Engelsstraat en Westerweilandweg. Respondenten geven aan dat er binnen team 1 minder tijd overblijft voor individueel contact met cliënten, mede doordat de zorgvragen veranderd zijn en dat er meer rekening gehouden moet worden met de invloed van het directe netwerk van de cliënten. Dit wordt door de respondenten van team 2 anders ervaren. Uit de antwoorden blijkt dat in team 2 minder druk ervaren wordt. De grote meerderheid van de respondenten vindt dat zij genoeg in de algemene ruimtes aanwezig zijn. Met name tijdens de koffie en eetmomenten zijn zij daar aanwezig. De aanwezigheid van de laptops hebben daar aan bij gedragen zodat zij niet naar kantoor hoeven om te rapporteren. Een enkeling zegt geen gebruik te maken van de laptops in de algemene ruimte.

Ook met betrekking tot het organiseren van activiteiten wordt er door de respondenten een groot verschil ervaren tussen team 1 en team 2. Zij vinden dat de cliënten van team 1 over het algemeen genoeg activiteiten hebben. Cliënten van team 2 minder maar zij geven aan hier ook minder behoefte aan te hebben. Drie respondenten vinden dat er meer activiteiten buitenshuis plaats moeten vinden. Ook ervaart een enkele respondent de bus als een meerwaarde. Zij hebben daardoor meer vrijheid om activiteiten te ondernemen. Een andere respondent vindt dat sommige cliënten kennelijk een te druk bestaan hebben, waardoor zij niet meer toekomen aan voldoende rustmomenten. Dit blijkt uit het volgende citaat: *"Zij hebben elke avond een activiteit."*

Open feedbackcultuur

Alle respondenten zijn het er over eens dat er onderling meer gecommuniceerd moet worden en dat er vaker een kritische houding naar elkaar aangenomen mag worden inzake het bespreekbaar maken van bestaande regels, afspraken, procedures en protocollen. Drie respondenten geven aan dat de samenvoeging van de locaties hier invloed op heeft gehad. Beide teams bestaan sinds december uit de huidige samenstelling. *"Er is nog angst om elkaar te kwetsen"* is een citaat van een respondent.

SIS methodiek en 'Dit vind ik ervan'

Meer dan de helft van de respondenten (5) hebben geen idee wat de Support Intensity Scale (SIS) methodiek inhoudt. Enkele (3) respondenten kennen de methodiek wel en geven aan dat dit een meerwaarde is. Zij vertellen dat er door de SIS een beter beeld ontstaat van de cliënt, zijn/haar wensen, behoeften en aandachtspunten/blinde vlekken. Eén (1) respondent weet wat de SIS inhoudt, maar vindt het jammer dat er na de afname ervan zo weinig mee gedaan wordt. Als reden geven enkele respondenten aan dat dat komt omdat het resultaat van de afname in het ECD komt te staan en daarna niet voor iedereen zichtbaar is. Een aantal (4) respondenten benoemt het instrument 'Dit vind ik ervan'. Zij vinden het allen waardevol omdat cliënten zich volgens hun belangrijk voelen en zo regie over hun leven ervaren. *"Net als bij de SIS worden hier ook de wensen en behoeften van de cliënten zichtbaar"*, aldus een respondent. Dit instrument draagt bij aan de betrokkenheid van de cliënt bij hun eigen proces.

Afsprakenkaart op A4 formaat

Een aantal (3) respondenten hebben niet inzichtelijk wat het doel van de afsprakenkaart is. Enkele andere respondenten geven aan dat dit bij het takenpakket van de coördinerend begeleiders (CB'ers) hoort en hebben geen zicht op de inhoud hiervan. Ook geven ze aan geen inhoudelijke taak te hebben in het bijhouden van de afsprakenkaarten. Twee respondenten zien echter wel de meerwaarde van de afsprakenkaart en geven aan het format prettig werkt omdat het vanuit de cliënt geschreven is. Een citaat is: *"Maar het belangrijkste is dat de cliënt gehoord wordt en dat we met hun wensen aan de slag gaan"*.

Contact informele zorg

De meeste respondenten zien een verschil tussen team 1 en team 2. Bij team 1 is volgens de respondenten informele zorg meer aanwezig en wordt deze soms als bepalend ervaren. Deze respondenten vinden het lastig om afstemming te vinden tussen medewerkers en belangenbehartigers van de cliënten. De belangenbehartigers zijn betrokken bij de zorg van de cliënt en dit wordt door enkele respondenten ervaren als overbezorgd. Bij team 2 is er minder betrokkenheid van informele zorg, aldus een aantal respondenten. Bij de meeste cliënten geven ze aan dat er een belangenbehartiger in beeld is, bij een enkeling niet.

4.4 Beleving met Regelarme Zorg door cliënten

Aanwezigheid begeleiding

Een doelstelling vanuit de *Regelarme Zorg* is het centraal laten staan van de relatie tussen de professional en cliënt. De meerderheid van de respondenten ervaart dat ze de begeleiding voldoende zien. Op het moment dat ze iemand nodig hebben is er altijd iemand beschikbaar. Dit blijkt uit het feit dat het merendeel van de respondenten positief heeft geantwoord op de vraag *"Als je buiten de vaste afspraken de begeleiding nodig hebt zijn ze dan bereikbaar?"* De begeleiding is volgens de respondenten vaak aanwezig in de algemene ruimtes. Hoewel er geplande contactmomenten zijn voelt de meerderheid van de respondenten zich vrij om de begeleiders buiten deze contactmomenten op te zoeken. Enkele uitspraken die hier over gedaan worden zijn: *"Ze zijn er altijd voor ons"* en *"Er is altijd iemand hier."* Een enkeling geeft aan de begeleiding "vroeger" vaker te zien. Ook een kritische noot is dat de begeleiding niet meer zo vaak op het appartement komt.

Een gevolg van de invoering van *Regelarme Zorg* is dat er ook meer tijd is voor het organiseren van activiteiten. Alle respondenten vertellen dat er activiteiten worden georganiseerd. Over de frequentie zijn de uitspraken verdeeld, echter geeft een krappe meerderheid van de respondenten te kennen dat er meer activiteiten georganiseerd mogen worden. Over de aard van de activiteiten die nu plaatsvinden benoemen bijna alle respondenten dat het gaat om spelletjes, kaarten en bingo. Een aantal uitspraken die dit bevestigen zijn: *"we hebben laatst 'mens erger je niet' gedaan of memory"* en *"er worden wel eens spelletjes gedaan in de huiskamer. Morgen doe ik nog mee met bingo"*. Van de respondenten die aangeven meer activiteiten te willen is er de wens voor meer activiteiten buiten de locatie: *"ik zou graag wat vaker ergens heen willen gaan met de groep. Voor de verhuizing deden we dat veel vaker. Nu kan dat niet meer, dat vind ik erg jammer."*

Betrokken in eigen proces

Hoewel er voor alle respondenten ondersteuningsplannen zijn geschreven en afsprakenkaarten zijn gemaakt geeft een meerderheid aan hier geen weet te hebben. Vanuit de *Regelarme Zorg* is een van de speerpunten om de afspraken die met de cliënten worden gemaakt weer te geven op een A4-tje. Enkele

uitspraken die hierover zijn: *"ik snap niet waar het over gaat. Dat regelt mijn moeder voor mij."* Van de enkele respondenten die wisten wat een afsprakenkaart was, was er één die opmerkte dat deze korter was dan voorheen *"Dat is gelukkig niet zo uitgebreid. We waren er zo mee klaar. Eerst was het een half boek wat met mij werd doorgenomen"*. Verder zijn alle respondenten op de hoogte van het feit dat er dagelijks rapportages gemaakt worden. Op de vraag of ze weten wat er in deze rapportages staat gaven alle respondenten aan hier geen kennis van te hebben. Enkele uitspraken die dit bevestigen zijn: *"ik zit er wel eens bij maar ik weet niet wat er in wordt gezet"* of *"de leiding zie ik vaak bezig op de computer en ik weet niet wat ze doen"*. Alle respondenten geven te kennen graag te willen weten waar de begeleiding mee bezig is als ze achter de computer zitten.

Contact informele zorg

Alle cliënten hebben contact met hun familie. Deze ervaren ze als positief. *"Mijn zus en zwager helpen mij", "Ja mijn moeder helpt me wel eens" en "ik heb mijn ouders en mijn zussen. Die zijn heel lief voor mij en komen vaak op bezoek"*. Een aantal cliënten hebben daarnaast ook contact met vrijwilligers, *"En Pieta komt vanavond nog voor mij, dat is mijn vrijwilliger. Dan ga ik leuke dingen met haar doen."* De ruime meerderheid geeft te kennen dit voldoende te vinden maar er zijn er een aantal die meer zouden willen, *"Hoe het nu gaat vind ik het goed maar soms mis ik wel een goede vriend" en "ik zou nog graag een vrijwilliger er bij willen hebben zodat ik nog vaker spelletjes kan spelen en het dorp in kan gaan."*

Bekendheid met Regelarme Zorg

Het merendeel van de cliënten vinden de regels prima zoals ze zijn. Slechts een klein aantal vinden dat er te veel regels zijn, enkele voorbeelden: *"Soms vind ik het wel strak. We eten altijd om 17:30 uur. Dat kan ik net redden met mijn werk."* Of: *"Ik moet de muziek zo vroeg uit doen omdat andere mensen er last van hebben. Dat vind ik heel irritant."* Er is geen cliënt bekend met Regelarme Zorg, *"Daar heb ik nog nooit van gehoord", "ik weet niet wat dat is hoor" en "nee" zijn antwoorden die gegeven worden op de vraag of ze bekend zijn met Regelarme Zorg.*

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek beschreven. In de paragrafen 5.1 en 5.2 worden de conclusies op de deelvragen gegeven, in paragraaf 5.3 wordt de conclusie op de hoofdvraag van het onderzoek beschreven. Vervolgens worden in paragraaf 5.4 aanbevelingen gedaan. Daarna is er in paragraaf 5.5 een sterkte/zwakte analyse gegeven en wordt in paragraaf 5.6 afgesloten met een discussie.

5.1 Conclusies van de deelvragen

In paragraaf 5.1.1 tot en met 5.1.4 worden de conclusies op de theoretische deelvragen van het onderzoek gegeven.

5.1.1 Conclusie begrip *Regelarme Zorg*

In deze paragraaf wordt de conclusie op de eerste theoretische deelvraag gegeven: Wat zegt de literatuur over het begrip *Regelarme Zorg*?

Er kan geconcludeerd worden dat de definitie van *Regelarme Zorg* een interne definitie is van Philadelphia. *Regelarme Zorg* wordt volgens de literatuur door Philadelphia beschreven als een samenstelling van verschillende elementen die kwaliteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid verhogen en door het administratieve proces te vereenvoudigen.

De definitie is afgeleid vanuit de ERAI die in 2011 is gestart door het Ministerie WVS. Vanuit het experiment waren instellingen vrij om invulling te geven aan *Regelarme Zorg*. De relatie tussen de medewerker en cliënt wordt gezien als belangrijkste speerpunt van de *Regelarme Zorg*. Hiervoor is de Presentiebenadering de kernwaarde voor het werken met cliënten. Met oprechte aandacht er zijn voor de ander waardoor een medewerker leert zien wat de behoefte is van de cliënt. Met deze houding wordt er vanuit de cliënt gekeken wat er echt nodig is voor het leveren van zorg dat aansluit bij de hulpvraag. Dit maakt *Regelarme Zorg* anders doordat er niet gekeken wordt welke zorg er geleverd kan worden vanuit de gestelde indicatiestelling.

5.1.2 Conclusie missie, visie en beleid

In deze paragraaf wordt de conclusie op de tweede theoretische deelvraag gegeven: Wat is de missie, visie en beleid van Philadelphia over *Regelarme Zorg*?

Er kan geconcludeerd worden dat de missie, visie en beleid op *Regelarme Zorg* door Philadelphia inmiddels gedeeltelijk geïntegreerd is in het algehele beleid van de organisatie. Philadelphia is goed op weg om *Regelarme Zorg* organisatiebreed te implementeren. Dit blijkt uit het feit dat er elementen vanuit de *Regelarme Zorg* inmiddels onderdeel zijn van het algemene beleid van Philadelphia. Enkele voorbeelden hiervan zijn; het nieuwe zorgproces, met de Supports Intensity Scale (SIS) als ondersteuning en een afsprakenkaart die op één A4-tje past. Op alle locaties in het land wordt er gewerkt met laptops die met Wifi verbonden zijn met internet in de groepsruimte. Een landelijke elektronisch cliëntendossier (ECD) is geïmplementeerd en nieuwe trainingen Medicatieveiligheid en Hygiëne voedselveiligheid zijn opgenomen

in het trainingsaanbod. Daarbij hanteert Philadelphia de Presentiebenadering als basis voor bejegening van haar cliënten.

5.1.3 Conclusie omgevingsaspecten

In deze paragraaf wordt de conclusie op de derde theoretische deelvraag gegeven: Wat zijn belangrijke omgevingsaspecten bij het hanteren van *Regelarme Zorg*?

De conclusie en daarbij het antwoord op deze deelvraag is dat er bij het hanteren van *Regelarme Zorg* rekening gehouden dient te worden met de twee belangrijkste omgevingsaspecten van *Regelarme Zorg* welke gericht zijn op de tweeledige doelstelling van het ERAI, te weten:

Het verhogen van de kwaliteit van zorg door middel van vrijheid en verantwoordelijkheid

Er kan geconcludeerd worden dat Philadelphia voldoende faciliteert in het aanbieden van trainingen, bijeenkomsten en andere vormen van ondersteuning die nodig zijn om *Regelarme Zorg* te implementeren en te hanteren op de locaties. Philadelphia biedt ruimte voor een pilotomgeving waarbij nieuwe projecten getoetst worden en waarbij fouten gemaakt mogen worden. Er zijn vanuit de pilotlocaties trainingen ontwikkeld waarbij de opgedane kennis en ervaringen gebruikt kunnen worden om alle locaties "regelarm" te maken en te houden. Deze richten zich op het werken vanuit de visie van *Regelarme Zorg*. Vanuit de organisatie is er voor de individuele locaties ook ondersteuning beschikbaar in de vorm van mensen die nauw betrokken zijn geweest bij het ERAI (Philadelphia, 2014).

Het administratieve proces vereenvoudigen

Er kan geconcludeerd worden dat deze doelstelling onderhevig is aan uitkomsten van afspraken die gemaakt zijn op tactisch niveau. Denk daarbij aan afspraken die regiokantoren maken met externe belanghebbenden zoals het zorgkantoor, inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en het Centrum voor Indicatiestellingen (CIZ). Ook interne afspraken die aan de hand van uitkomsten van uit de verschillende werkgroepen worden gemaakt zijn van invloed op het hanteren van het administratieve proces.

5.1.4 Conclusie implementatie *Regelarme Zorg*

In deze paragraaf wordt de conclusie op de vierde theoretische deelvraag gegeven: Wat zegt de literatuur over implementatie van *Regelarme Zorg*?

De conclusie van de implementatie van *Regelarme Zorg* is dat Philadelphia voldoende faciliteert bij het implementeren van *Regelarme Zorg* op de locaties. Denk daarbij aan theaterstuk 'De Bedoeling' en de aanhaakdagen waaraan de locaties deel genomen hebben. Tijdens deze aanhaakdagen is er per locatie een aandachtfunctionaris aangesteld als aanspreekpunt voor de organisatie.

Met de uitkomsten van ERAI heeft Philadelphia een organisatieverandering in gang gezet met als doel de medewerkers meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden te geven. Concreet betekent dit dat verantwoordelijkheden weer teruggelegd worden in het primaire proces, de teams en hun leidinggevend. Vrijheid x Verantwoordelijkheid geeft zelf Vertrouwen en Vertrouwen in elkaar. $V \times V = V_2$ (Philadelphia, 2014) Hierdoor zijn veel medewerkers uit hun comfortzone gehaald. *Regelarme Zorg* betekent een grote cultuuromslag voor de begeleiders én voor de locatiemanagers.

Het zorgproces rondom de cliënt heeft ook een metamorfose ondergaan. Deze is opnieuw ingericht op basis van de regelarme visie. De doelstelling hier is om naast de cliënt te staan en de regie bij de cliënt te laten in hoeverre dat mogelijk is. Zo zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld en methodieken geïntroduceerd om hier aan te voldoen zoals de SIS methodiek, 'Dit vind ik ervan', het Beraad en de

afsprakenkaart. Het vernieuwde ECD en de laptops in de algemene ruimte dragen bij aan de flexibiliteit en efficiëntie van de medewerker.

5.2 Conclusie praktische deelvragen

In paragraaf 5.2.1 tot en met 5.2.3 worden de conclusies op de praktische deelvragen van het onderzoek gegeven.

5.2.1 Invloeden op het implementatieproces

In deze paragraaf wordt de conclusie gegeven op de eerste praktische deelvraag: Wat heeft invloed op het implementatieproces van *Regelarme Zorg* aan de Westerweilandweg van Philadelphia?

Er kan geconcludeerd worden dat de samenvoeging van twee locaties negatieve invloed heeft gehad op een succesvol implementatieproces. Het implementatieproces is door de samenvoeging vertraagd. Door de samenvoeging is de locatie teruggeworpen in de formatiefase zoals Remmerswaal (2006) deze beschrijft. Ook zijn de medewerkers door de organisatie verschillend geïnformeerd over *Regelarme Zorg*. Een aantal medewerkers hebben theaterstuk 'De Bedoeling' bijgewoond en een aantal collega's zijn aanwezig geweest bij de aanhaakdag. Door de verschillende wijze van informeren zijn er verschillende inzichten ontstaan bij de medewerkers op *Regelarme Zorg*.

Tijdens de aanhaakdag voor *Regelarme Zorg* in september 2016 is een aandachtfunctionaris benoemd voor de locatie Westerweilandweg. Dit teamlid is een eerste aanspreekpunt voor de organisatie en kan gezien worden als initiator voor de medewerkers van de Westerweilandweg. Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat niet alle medewerkers op de hoogte zijn van het bestaan van de aandachtfunctionaris.

5.2.2 Ervaringen medewerkers *Regelarme Zorg*

In deze paragraaf wordt de conclusie gegeven op de tweede praktische deelvraag: Hoe ervaren de medewerkers van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met *Regelarme Zorg*? Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag worden er conclusies getrokken op de verschillende speerpunten van *Regelarme Zorg*.

Administratieve werkzaamheden

De conclusie is dat *Regelarme Zorg* niet goed is geïmplementeerd op het gebied van de administratieve werkzaamheden. Er is een significant verschil te zien tussen de taken en bevoegdheden van coördinerend begeleiders en begeleiders. Merendeel van de begeleiders zijn niet op de hoogte welke afspraken gemaakt zijn met de cliënt. Zij zien het als taak van de coördinerend begeleiders om te zorgen voor een actuele afsprakenkaart per cliënt. Wat betreft het zelf roosteren en het medicatiebeleid kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een volledig geïntegreerde werkwijze vanuit *Regelarme Zorg* welke als positief wordt ervaren door de medewerkers.

Vertrouwen

Er kan geconcludeerd worden dat medewerkers vertrouwen en vrijheid ervaren vanuit het management. Dit zijn gunstige factoren die bijdragen aan het ervaren van discretionaire ruimte. Medewerkers hebben vertrouwen in organisatie en in de managers die daarin een actieve rol hebben gespeeld.

Er kan geconcludeerd worden dat er nog geen sprake is van een open feedbackcultuur, dat wil hier zeggen dat de huidige manier van samenwerken belemmerend werkt voor het werken met *Regelarme Zorg*. De respondenten waren unaniem in hun uitspraken dat er nog ruimte voor verbetering is.

Contact met de cliënt

Er kan geconcludeerd worden dat er een zichtbaar verschil ervaren wordt tussen het in contact zijn met cliënten vanuit de twee teams. De cliënten binnen team 1 hebben een intensievere zorgvraag waardoor zij meer afhankelijk zijn hoe de omgeving dit faciliteert. De cliënten binnen team 2 hebben een mindere intensieve zorgvraag waardoor zij wat minder afhankelijk zijn van deze context en op afgesproken momenten begeleiding krijgen. Door de komst van laptops in de algemene ruimte is het contact met de cliënten verbeterd omdat de medewerkers vaker fysiek aanwezig zijn. Hierdoor wordt het rapporteren niet als taak ervaren die je aan het eind van een dienst uitvoert maar als iets wat tussendoor kan plaatsvinden.

5.2.3 Ervaringen cliënten Regelarme Zorg

In deze paragraaf wordt de conclusie gegeven op de derde praktische deelvraag: Hoe ervaren de cliënten van de Westerweilandweg van Philadelphia het werken met *Regelarme Zorg*?

Hoewel het verhogen van de kwaliteit van zorg een doelstelling is van *Regelarme Zorg*, kan geconcludeerd worden dat de cliënten hier nauwelijks iets van mee lijken te krijgen. De versimpeling van het administratieve proces is slechts door een enkeling opgemerkt in de vorm van de verkleining van de afsprakenkaart.

Voor de cliënten is er voldoende tijd ter beschikking waarin contact is met de begeleiding. Er is een significant verschil tussen de beleving tussen de medewerkers en cliënten. Cliënten ervaren de nabijheid van begeleiders belangrijker dan de daadwerkelijke contactmomenten die volgens afspraak worden uitgevoerd. De samenvoeging van de beide locaties hebben hierin geen verschil gemaakt.

5.3 De stand van zaken...

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek: Wat is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van *Regelarme Zorg* op locatie Westerweilandweg van Philadelphia?

De manier waarop Philadelphia *Regelarme Zorg* heeft uitgewerkt is duidelijk omschreven in een missie, visie en beleid. Echter wordt er op de Westerweilandweg te verschillend gedacht over *Regelarme Zorg*. Hoewel er sprake is van integratie van een aantal onderdelen van *Regelarme Zorg* ontbreekt het nog aan gedeeld eigenaarschap als het gaat om het verlenen van zorg conform de speerpunten. De cliënten ervaren positieve nabijheid van de medewerkers. Dit past bij de Presentiebenadering wat voor Philadelphia de basis is voor de bejegening van haar cliënten.

5.4 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden er drie aanbevelingen gegeven die voortkomen uit de conclusies.

Cultuuromslag

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat er een cultuuromslag plaatsvindt binnen de organisatie Philadelphia. De ingezette cultuurtransitie is voor de organisatie een antwoord op de beweging van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving waarbij volgens het visiedocument *Regelarme Zorg* verder en steviger moet worden aangezet. Er worden vanuit de organisatie middelen aangereikt zoals trainingen, cursussen en vervolgdagen om de individuele locaties te ondersteunen bij deze cultuurtransitie. De aanbeveling is voor de locatie Westerweilandweg om hierbij opnieuw aansluiting te krijgen bij deze cultuurtransitie door gebruik te maken van deze middelen.

Van samenvoegen naar samenwerken

Er is in het onderzoek veel geschreven over de samenvoeging en de effecten daarvan op de locatie Westerweilandweg. Met name de verschillen tussen team 1 en team 2 en de bijkomende effecten op het werken met *Regelarme Zorg* komen naar voren. Hiermee wordt voornamelijk bedoeld het geven van goede feedback en de ontwikkeling van de gezamenlijke visie op *Regelarme Zorg*. Om hier aan te werken is de aanbeveling voor de Westerweilandweg om een teambuilding te organiseren waarbij de nadruk ligt op het geven van feedback en de gezamenlijke visie.

Transparante processen

De in het onderzoek beschreven verschillen van taken en bevoegdheden tussen de begeleider en coördinerende begeleider zorgen er voor dat er geen transparantie is rondom de administratieve processen van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. Om het eigenaarschap te vergroten wordt geadviseerd om alle administratieve processen rondom de cliënten transparant te maken voor zowel de begeleider als de coördinerende begeleider. Op deze manier wordt er voor gezorgd dat alle medewerkers op de hoogte zijn en betrokken worden bij het administratieve proces rondom *Regelarme Zorg*.

5.5 Sterkte zwakte analyse

In deze paragraaf worden de sterktes en zwaktes van dit onderzoek toegelicht welke tijdens de uitvoering van dit onderzoek zichtbaar zijn geworden.

Sterktes	Zwaktes
• Interviewvragen ervaringen en belevingen • Steekproef • Afname interviews • Geen non-respons • Effectieve samenwerking • Vernieuwde inzichten	• Interviewvragen over implementatie • Doorvragen tijdens interviews • Onvoldoende informatie hulpvragen doelgroep • Verschillen team 1 en team 2 onvoldoende uitgevraagd • Beraad niet bevraagd

Sterktes

Door de interviewvragen vanuit het operationalisatieschema te ontwikkelen zijn de ervaringen en belevingen van de respondenten op de gekozen topics ruim aan bod gekomen. Hierdoor is een grote hoeveelheid aan data verkregen dat bijdraagt aan de resultaten en conclusies op het gebied van ervaring. De steekproef van de populatie behelst bijna 40% van de totale populatie. De selectie van de respondenten, het aantal en het feit dat er geen sprake is van non-respons maakt dat dit een sterkte van het onderzoek is. Een andere sterkte is de omgeving/ruimtes waar de interviews zijn afgenomen. Deze zijn rustig en er waren tijdens het afnemen van de interviews geen storingen of onderbrekingen. De keuze van de ruimtes binnen de locatie is een sterke kant gebleken. Het feit dat de onderzoekers vier jaar intensief met elkaar samenwerken is het onderzoek ten goede gekomen omdat de samenwerking op een efficiënte en effectieve manier vorm is gegeven. Het laatste sterke punt van dit onderzoek is dat het naast de opgeleverde conclusies en aanbevelingen geleid heeft tot vernieuwde inzichten waarbij de onderlinge verschillen op teamniveau zichtbaar zijn geworden tijdens het onderzoek. Een ander inzicht is het effect van de zorgzwaarte op cliëntniveau op het regelarm werken.

Zwaktes

Naast de sterktes zijn er ook een aantal zwaktes te benoemen van het onderzoek. Er zijn te weinig interviewvragen gesteld omtrent de implementatie van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg. Bij het beschrijven van de resultaten werd duidelijk dat er weinig data over dit onderwerp was verzameld. Datzelfde geldt voor het doorvragen tijdens de interviews. Dit onvoldoende gedaan waardoor er informatie over de achterliggende redenen van antwoorden niet genoeg zijn uitgediept.

Tijdens het afnemen van de interviews blijkt dat er een duidelijk cognitief en sociaal emotioneel niveauverschil bestaat tussen de cliënten uit team 1 en 2. Dit heeft invloed gehad op de beleving van het interview en daarbij *Regelarme Zorg* door de respondenten. De mate hiervan is moeilijk te bepalen maar in de discussie wordt dit onderwerp verder uitgewerkt. Ook werd tijdens de interviews duidelijk dat er een 'wij' en 'zij' cultuur heerst tussen de beide teams. Omdat dit vooraf niet bekend was is hier in de vraagstelling weinig aandacht voor geweest terwijl dit van invloed is gebleken op alle facetten van *Regelarme Zorg* op de Westerweilandweg.

Bij het opstellen van de interviewvragen is er gebruik gemaakt van de speerpunten van *Regelarme Zorg*. Eén van de speerpunten is 'het Beraad' wat hoort bij het zorgproces rondom de cliënt. De onderzoekers hebben dit onderwerp niet opgenomen in hun interviewvragen waardoor er over dit onderwerp geen data is verzameld.

5.6 Discussie

In deze paragraaf worden er drie discussiepunten uitgelicht die voor zijn gekomen uit de conclusies van dit onderzoek.

Teamontwikkelingsfase Westerweilandweg

Bij de implementatie van *Regelarme Zorg* dient meer rekening gehouden te worden met de teamontwikkelingsfase. De samenvoeging heeft als gevolg gehad dat de locatie in zijn geheel opnieuw in een formatiefase is terecht gekomen. Kenmerken hiervan zijn tegenstellingen over elkaars rollen en verantwoordelijkheidsgebieden en oplopende emoties. Tuckman onderscheidt verschillende groepsfasen, te weten: de formingfase, stormingfase, normingfase, performingfase, en de adjourningfase (Remmerswaal, 2006). De huidige fase van de Westerweilandweg heeft significante invloed gehad op alle facetten van *Regelarme Zorg* op deze locatie en zou verschillen op het moment dat de locatie zich in de norming of performingfase zou bevinden. Dit zou een aanleiding kunnen zijn voor een vervolgonderzoek waarbij vastgesteld kan worden welke specifieke invloeden van een teamontwikkelingsfase effect hebben gehad op de implementatie en uitvoering van *Regelarme Zorg*.

Afstemmen Regelarme Zorg

De veranderingen in de zorg en bijkomende bezuinigingen hebben als effect dat er locaties samengevoegd worden, net als dat bij de Engelsstraat en de Westerweilandweg is gebeurd. Dit heeft als neven effect dat er verschillende doelgroepen op een locatie bij elkaar zijn komen wonen. Volgens (Bouten & van Kampen, 2006) is het belangrijk dat onder andere tijd genomen wordt en eigenaarschap gecreëerd wordt. Dit zijn belangrijke succesfactoren voor een goede samenwerking. De verschillen in doelgroep kenmerkt zich ook in het verschil in zorgzwaartepakketten en bijbehorende hulpvragen, denk daarbij aan het verzorgende aspect tegenover een meer ambulante vorm. Dit is mogelijk een aanleiding voor een vervolgonderzoek waarbij er onderzocht wordt wat de zorgzwaarte voor effect heeft op de mogelijkheden om *Regelarme Zorg* op de doelgroep af te stemmen.

Gezamenlijke inspanning

Bij het ontwikkelen van *Regelarme Zorg* is er geen gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van vergelijkbare initiatieven bij andere instellingen die deel hebben genomen aan het ERAI. Wellicht zou een platform op het gebied van *Regelarme Zorg* kunnen helpen. Hoewel Philadelphia zich profileert als een voorloper op het gebied van *Regelarme Zorg* zijn er andere organisaties waar met soortgelijke initiatieven gewerkt wordt. Het Ministerie van VWS stimuleert een actieve samenwerking tussen zorginstellingen om van elkaar te leren. In een brief van de staatsecretaris Volksgezondheid, Welzijn en Sport laat deze aan de Tweede Kamer weten dat het aanpakken van de regeldruk alleen werkt als alle partijen ook echt meedoen (Rijn, 2016).

Dit hangt volgens hen samen met de samenvoeging van de locaties en de opnieuw geformeerde teams. Volgens (Remmerswaal, 2006) is feedback een mededeling aan iemand, die hem informatie geeft over hoe zijn gedrag wordt waargenomen, begrepen en ervaren. De mate waarin feedback gegeven wordt en de effectiviteit er van, wordt sterk bepaald door de sfeer van vertrouwen in de groep en de desbetreffende personen. Een open feedbackcultuur kan worden gezien als het in open dialoog gaan onder teamleden en daar hun observaties te delen. Elkaar aanspreken op ineffectief gedrag en daarvan

leren en tot verbeteringen te komen (Schouten, Baak, & Kamminga, 2007). Op dit moment ervaren de medewerkers nog niet het vertrouwen om volgens deze feedbackregels te handelen.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fisher, T., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baart, A. (2014). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bouten, L., & van Kampen, H. (2006). *Grootschalig regisseren - kleinschalig organiseren in de gehandicaptenzorg, Spagaatof pas de deux*. Rotterdam.
- Buitink, J. (2016). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Woerden: Revon B.V.
- Geuijen, K., Bos, A., Horn, J., Krechtig, L., & Heij, D. (2010). *Hoe neem je ruimte. Hoe regel je ruimte*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hanekamp, M. (2016, 07 13). *Administratieve taken langdurige zorg kosten jaarlijks € 5 miljard*. Opgehaald van [www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl/actueel/2016/juli/administratieve-taken/): <https://www.berenschot.nl/actueel/2016/juli/administratieve-taken/>
- Hart, W. (2012). *Verdraaide Organisaties*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet Management B.V.
- Hemstede, M. (2017, maart 30). *Reorganisatie Philadelphia: Radicaal versimpelen*. Opgehaald van VGN: <http://www.vgn.nl/markant/artikel/20244>
- Hulsbos, F., Anderson, I., Kessels, J., & Wassink, H. (2012). *Professionele ruimte en gespreid leiderschap*. Heerlen: Open Universiteit.
- Invoorzorg. (2013, 08 14). *Philadelphia: Werken aan houding en gedrag voordat je regels afschaft*. Opgehaald van www.invoorzorg.nl: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-philadelphia-werken-aan-houding-en-gedrag-voordat-je-regels-afschafft.html>
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2012). *Verandermanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- KNMP. (2017, maart 8). *www.KNMP.nl*. Opgehaald van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.: file:///C:/Users/Erwin/Downloads/2_Brochure_Veilige_principes_in_de_medicatieketen.pdf
- Leene, G. (2017, Februari 22). *persoonlijke communicatie*. (E. Jonkman, M. Steggink, & A. Bergman, Interviewers)
- Leene, G. (2017, januari 10). *Regelarme Zorg*. (A. Bergman, M. Steggink, & E. Jonkman, Interviewers)
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van VWS. (2016, Mei). *Eindevaluatie experiment regelarme instellingen*. Opgeroepen op 02 14, 2017, van www.rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/05/02/eindevaluatie-experiment-regelarme-instellingen-erai>
- Movisie. (2016, 12 22). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Opgehaald van Movisie: <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Noordegraaf, M., Schiffelers, M., Camp, E. J., & Bos, A. (2014). *Professionele standaarden: een vergelijkend perspectief*. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak.
- Peters, A., van Xanten, H., & Scholten, C. (2017, maart 30). *Kantelen naar informele zorg*. Opgehaald van Movisie.nl: <https://www.movisie.nl/publicaties/kantelen-naar-informele-zorg>
- Philadelphia. (2014, 04). *Eindrapport experiment regelarme zorg*. Opgeroepen op 02 14, 2017, van www.philadelphia.nl: https://www.zorgvisie.nl/PageFiles/85106/001_1396598306564.pdf
- Philadelphia. (2015, Februari 14). *Philadelphia in 2015*. Opgehaald van Philadelphia: <https://www.philadelphia.nl/documents/10184/142271/Philadelphia+Jaarverslag+2015.pdf/cddc9525-f69f-4947-9b98-87eb9e8cd3ec>
- Philadelphia. (2016, maart 10). *Missie en visie van Philadelphia*. Opgehaald van Philadelphia.nl: <http://www.philadelphia.nl/over-philadelphia/bestuur-en-organisatie/visie-en-missie>
- Philadelphia. (2016, september 9). *Notulen teamvergadering Westerweilandweg*. Opgehaald van Intranet/philadelphia/Westerweilandweg/notulen teamoverleg september 2016.

- Philadelphia. (2017, 02 28). Opgehaald van Website van Stichting Philadelphia Zorg: <https://www.philadelphia.nl/over-philadelphia/bestuur-en-organisatie/over-onze-organisatie>
- Philadelphia. (2017, maart 30). *jaarplan 2012*. Opgehaald van www.philadelphis.nl:https://www.philadelphia.nl/documents/10184/29965/Verkorte-versie_jaarplan-2012.pdf/b77a29a3-66a8-4675-9c9d-656727ac37c4
- Philadelphia. (2017, maart 30). *Jaarplan 2013*. Opgehaald van Philadelphia.nl: https://www.philadelphia.nl/documents/10184/29965/Jaarplan_2013_V2.pdf/fe400018-588f-4b06-bbb3-025358f8eec5
- Philadelphia. (2017, maart 30). *Jaarplan 2014*. Opgehaald van Philadelphia: https://www.philadelphia.nl/documents/10184/29965/1312HKE_003_Jaarplan-2014.pdf/84f4bca4-26c2-43cd-815c-b30e77ab395b
- Philadelphia. (2017, maart 30). *Jaarverslag 2014*. Opgehaald van www.Philadelphia.nl:https://www.philadelphia.nl/documents/10184/90769/Philadelphia-Jaarverslag-2014.pdf/427c5176-24c0-4cf5-b585-95c13b6bfcf7
- Philadelphia. (2017, februari 1). *Philadelphia 2.0*. Opgehaald van [www.philadelphia.nl:https://www.philadelphia.nl/documents/10184/142271/Philadelphia-2-0-de-volgende-stappen.pdf/00550720-71d5-42aa-b95a-6b865925cbf6](https://www.philadelphia.nl/documents/10184/142271/Philadelphia-2-0-de-volgende-stappen.pdf/00550720-71d5-42aa-b95a-6b865925cbf6)
- Raeymaeckers. (2017, maart 15). *Hulpverleners en hun omgeving. Een kwalitatieve studie naar de rol van de organisatiecultuur*. Opgehaald van Journal of Social Intervention: Theory and Practice: <https://www.journalsi.org/articles/abstract/10.18352/jsi.170/>
- Raeymaeckers, P. (2009). Hulpverleners en hun omgeving een kwalitaiteve studie over de rol van de organiatiestructuur. *Journal of Social Intervention*, 23-41. Opgehaald van Journal of Social Intervention.
- Remmerswaal, J. (2006). *Groepsdynamica in praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rensen, Peter; Place, Caroline; Petersen, Angita. (2017, maart 30). *Wat werkt? Een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren*. Opgehaald van [Moviesie.nl:https://www.moviesie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Wat%20werkt%20%5bMOV-226275-0.3%5d.pdf](https://www.moviesie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Wat%20werkt%20%5bMOV-226275-0.3%5d.pdf)
- Rijn, v. M. (2016, Juni 15). *www.rijksoverheid.nl/kamerbrief*. Opgehaald van www.rijksoverheid.nl:https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/15/kamerbrief-over-meer-tijd-voor-zorg-merkbaar-minder-regeldruk
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2013). *Management in sociaal agogische beroepen*. Amsterdam: Pearson.
- Rossum, M. v. (2011). *De lerende organisatie*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Schermer, K. (2013). *De organisatie als hulpmiddel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schouten, J., Baak, A., & Kamminga, W. (2007). *Verbeteren van teams*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Staalduinen, W. v., & Voorde, F. t. (2011). *Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg*. Den Haag: TNO.
- Thompson, J., Bryant, B., & Buntinx, W. (2010). *SIS Supports Intensity Scale, Schaal intensiteit van ondersteuningsbehoeften*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thuis, P. (2014). *Toegepaste organiatiekunde*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M. L. (2011, 12 23).
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek, praktijkboek voor methoden en technieken voor het hoge onderwijs*. Den Haag: Boom Lemna.
- Zadelhoff, E. v., & Molewijk, B. (2012, 02). Van begeleiden tot borgen, Moreel Beraad inbedden in een zorginstelling. *Denkbeeld*, 12-14. Opgehaald van <https://link.springer.com/>.
- Zanten-Hyllner, V. v. (2012, 10 05). *Brief regelarme zorg Philadelphia*. Opgehaald van www.invoorzorg.nl:https://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/Regelarm/3132462%20SFI%20MG%20go%20brief%20Stichting%20Philadelphia%20Zorg.pdf
- Zanten-Hyllner, Veldhuijzen van. (2011, juli 6). *Aanpak experiment regelarme instellingen en minutenregistratie*. Opgehaald van [Rijksoverheid.nl:https://www.rijksoverheid.nl/zoeken?trefwoord=regelarme%20zorg&periode-van=&periode-tot=&onderdeel=Alle%20ministeries&type=Alle%20documenten&sorteren-op=datum&pagina=18](https://www.rijksoverheid.nl:https://www.rijksoverheid.nl/zoeken?trefwoord=regelarme%20zorg&periode-van=&periode-tot=&onderdeel=Alle%20ministeries&type=Alle%20documenten&sorteren-op=datum&pagina=18)

Zorginstituut. (2015, februari 01). *Informatievoorziening 2016 Kader release iWlz 1.1*. Opgehaald van informatievoorziening 2016: <https://www.istandaarden.nl/ibieb/informatievoorziening-2016-kader-release-iwiz-11>

Zorginstituut Nederland. (2017, maart 30). *Zorginstituut Nederland*. Opgehaald van [zorginstituutnederland.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl/): <https://www.zorginstituutnederland.nl/>

Bijlage I: Interviewvragen medewerkers

Wij zijn Arjen, Erwin en Machiel, studenten van het Saxion Enschede en studeren aan de Academie Mens en Maatschappij aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Voor ons bacheloronderzoek doen we op deze locatie van Philadelphia onderzoek naar de stand van zaken omtrent regelarme zorg. Daarover willen we graag met u in gesprek. Wij willen u bedanken voor de medewerking aan ons onderzoek. Dit gesprek zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk gebruikt worden en uw naam wordt niet bekend gemaakt. Het gesprek wordt opgenomen op een dictafoon, zodat we het nogmaals kunnen beluisteren ten behoeve van de analyse. De opnamen worden na goedkeuring van het onderzoeksrapport vernietigd.

De resultaten van dit onderzoek zullen omstreeks mei gepresenteerd worden. Het rapport zal daarna openbaar worden gemaakt voor alle medewerkers en cliënten van de Westerweilandweg.

Interview vragen medewerkers:

Persoonlijke gegevens respondent:

Geslacht:

Leeftijd:

Vooropleiding:

Werkervaring:

Hoelang werkzaam op de Westerweilandweg:

Introductievragen:

- 1. Waar denk je aan bij regelarme zorg?**
- 2. Wat roept regelarme zorg bij je op?**
- 3. Hoe ervaar je het om regelarm te werken?**
- 4. Hoe ben je in aanraking gekomen met regelarme zorg?**

Topiclijst:

- Aanhaakdagen
- Theaterstuk 'De Bedoeling'
- Cursussen / leermodules

- 5. Hoe ziet regelarme zorg er voor jou uit op de werkvloer?**

Topic lijst:

- Administratieve werkzaamheden
- Discretionaire bevoegdheden
- Zelf roosteren
- Medicatie toediening
- Tijd bij cliënten

- Aanwezigheid algemene ruimtes
- Organiseren van activiteiten
- Open feedbackcultuur
- Gebruik SIS methodiek

6. Hoe denk je dat cliënten regelarme zorg ervaren?

Topic lijst:

- Afsprakenkaart op A4
- Contact informele zorg
- Verantwoordelijkheid in eigen proces
- Aanwezigheid begeleiders (in algemene ruimtes)
- Papieren ondertekenen
- Deelname aan activiteiten

7. Wat is volgens jou de stand van zaken van regelarm werken op de Westerweilandweg?

8. Afsluiting: Hoe heb je dit interview ervaren? Bedanken voor de tijd.

Bijlage 2: Interview vragen cliënten

Wij zijn Arjen, Erwin en Machiel, studenten van het Saxion Enschede. Voor ons onderzoek doen we op de Westerweilandweg onderzoek naar regelarme zorg. Daarover willen we graag met je in gesprek. Wij vinden het fijn dat je mee wilt werken. Dit gesprek zal ongeveer 20 minuten duren.

De antwoorden zullen vertrouwelijk gebruikt worden en je naam wordt niet bekend gemaakt. Het gesprek wordt opgenomen, zodat we het terug kunnen luisteren. Als we klaar zijn met het onderzoek worden de opnames verwijderd.

De resultaten van dit onderzoek zullen in mei gepresenteerd worden. Het rapport zal daarna openbaar worden gemaakt voor alle medewerkers en cliënten van de Westerweilandweg.

We hebben er voor gekozen om hier voornamelijk een topiclijst aan te houden om de vraagstelling te gebruiken die bij de desbetreffende cliënt past. Op deze manier zijn wij van mening dat er een goede aansluiting is met de cliënt waarbij er zo veel mogelijk informatie ingewonnen kan worden. In principe wordt er gebruik gemaakt van een zo open mogelijke vraagstelling. Mocht dit niet passend zijn voor de cliënt zou de schaalvraag bijvoorbeeld bij elk topic ingezet kunnen worden.

Persoonlijke gegevens respondent:

Geslacht:

Leeftijd:

Hoelang woonachtig op de Westerweilandweg:

Problematiek:

Mogelijke beperkingen voor het interview:

Hoe gaan de onderzoekers hier mee om?

1. Ben je bekend met regelarme zorg? Zo ja:

Wat weet je er van?

Hebben de begeleiders jou iets verteld over regelarme zorg?

Wat vindt je van regelarme zorg?

2. Hoe vaak zie jij de begeleiding in de week?

Vindt je dat veel, weinig of precies genoeg?

Hoe was dat een jaar geleden?

Waar zie je de begeleiding (algemene ruimten of individueel op kamer)?

Wat vindt je daar van?

Zou jij je begeleider meer of minder willen zien? En waarom?

Heb je vaste afspraken / momenten dat de begeleiding langs komt?

Als je buiten de vaste afspraken de begeleiding nodig hebt zijn ze dan bereikbaar?

3. Bij Philadelphia werken ze met afsprakenkaarten en persoonlijke ondersteuningsplannen. Wordt jij hier bij betrokken?

Zo ja, hoe? Op welke manier?

Is dit in de afgelopen jaren veranderd?

Zit je er wel eens bij als een begeleider rapporteert?

Weet je dan wat er gerapporteerd wordt?

Zo ja, vindt je dat fijn? (doorvragen naar verandering met een jaar geleden).

Zo nee, zou je dat willen weten?

Wat vindt je van de afsprakenkaart?

Moet je wel eens papieren ondertekenen?

Moet je meer of minder papieren ondertekenen dan een jaar geleden?

Vindt je dat veel of weinig?

Wat vindt je daar van?

4. Worden er wel eens activiteiten georganiseerd?

Kun je daar wat over vertellen?

Doe je wel eens mee met een activiteit?

Zo ja, hoe vaak?

Kun je een paar voorbeelden noemen?

Wat vindt je er van?

Zou je wat anders willen zien?

Moeten er meer of minder activiteiten georganiseerd worden?

5. Zijn er naast de contactmomenten met de begeleiding andere mensen in je omgeving die je helpen?

Hoeveel mensen zijn dat?

Sinds wanneer?

Is dat anders dan een jaar geleden?

Wat vindt je daar van?

Meer/ minder

6. Vindt je dat er te veel regels zijn op de Westerweilandweg waar jij je aan moet houden?