

“Maar kwantiteit is ook niet alles.”

Een onderzoek naar de kwaliteit van de zorg van mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen.

Afstudeeropdracht van Annemarie van Lenthe





Kom
verder



InteraktContour
verder met hersenletsel

Naam	Annemarie van Lenthe
Studentnummer	330750
Opleiding	Toegepaste Psychologie
Plaats	Deventer
Module	Scriptietraject AMA TP
1e begeleider	Frederieke Hermsen
2e begeleider	Frank Visscher
Opdrachtgever	NA(H)- zorg op maat
Datum	26-06-2017

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie "Maar kwantiteit is ook niet alles: Een onderzoek naar de kwaliteit van de zorg van mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen". Het onderzoek voor deze scriptie naar de kwaliteit van de zorg is uitgevoerd bij drie verschillende eenheden van InteraktContour, namelijk individuele begeleiding, woonzorg en dagbesteding. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Saxion Hogeschool in Deventer. In opdracht van de onderzoekslijn NA(H)- zorg op maat van Kitty Jurrius, werkzaam bij Windesheim Flevoland, ben ik van februari tot en met juni 2017 bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Graag wil ik de opdrachtgever, Kitty Jurrius, bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek te doen. De samenwerking heb ik als zeer prettig ervaren. Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleiders Frederieke Hermsen en Frank Visscher bedanken voor hun begeleiding tijdens het schrijven van mijn onderzoeksplan en scriptie. Hun feedback heeft bijgedragen aan de kwaliteit van deze scriptie. Als laatste wil ik de cliënten van InteraktContour die ik heb mogen interviewen bedanken voor hun medewerking. Zonder hen had ik deze scriptie niet kunnen schrijven.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Annemarie van Lenthe,
Kampen, juni 2017

Samenvatting

Deze scriptie is tot stand gekomen in samenwerking met de opdrachtgever Kitty Jurrius van de onderzoekslijn NA(H)- zorg op maat. De opdrachtgever wilde graag onderzoek laten doen naar hoe de zorg van mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen het beste kan worden vormgegeven. Binnen InteraktContour, een organisatie die zich richt op deze doelgroep, zijn 14 cliënten geïnterviewd. Deze cliënten krijgen zorg in de vorm van individuele begeleiding, dagbesteding of begeleiding bij wonen. Om de onderzoeksvraag 'Wat vinden mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen van de kwaliteit van de zorg die hen wordt geboden?' te beantwoorden, is er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de cliënten zich over het algemeen veilig voelen in de eigen omgeving waar de zorg wordt geboden, maar niet altijd even veilig voelen in een gezamenlijke ruimte waar medecliënten aanwezig zijn. Daarnaast zijn alle cliënten van mening dat de relatie met de begeleiders goed is. Er is ook onderzocht hoe tevreden de cliënten zijn met de beschikbaarheid van de geboden zorg. Opvallend hierin is dat de alle cliënten van de individuele begeleiding de beschikbaarheid van de zorg goed vinden, maar de meerderheid van de cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie vindt deze beschikbaarheid niet optimaal. Deze cliënten zijn van mening dat zij niet of nauwelijks kunnen bepalen wanneer zij zorg ontvangen, dat geplande zorg moeilijk kan worden veranderd en dat er nauwelijks tijd is voor ongeplande zorg. Bij afwezigheid van de vaste begeleider wordt er bij de meerderheid van de cliënten gezorgd voor vervanging, maar niet alle cliënten hebben hier goede ervaringen mee gehad.

De meerderheid van de cliënten geeft aan zich centraal gesteld te voelen in de geboden zorg. De cliënten voelen zich gelijkwaardig aan hun begeleiders en zij vinden dat zij gestimuleerd worden om eigen regie te nemen in zorg. Daarnaast vertelt de meerderheid dat de zorg goed is afgestemd op de zorgbehoeften. De samenwerking wordt als prettig ervaren en de meerderheid van de cliënten geeft aan dat er kan worden meebeslist over hoe de begeleiding eruit moet komen te zien. De meeste cliënten geven aan dat de kwaliteiten van de begeleiders als goed worden ervaren. Daarnaast vindt de meerderheid van de cliënten dat de tijd die er is voor de cliënt over het algemeen nuttig en zinvol wordt besteed en van goede kwaliteit is. Wat opvalt is dat de cliënten die individuele begeleiding krijgen op de hoogte zijn van hun doelen en hier actief mee bezig zijn, maar de cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie niet op de hoogte zijn van hun doelen en, ook wanneer zij wel op de hoogte zijn, niet actief werken aan doelen.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg van InteraktContour, maar dat er ook een aantal verbeterpunten zijn. De aanbevelingen zijn geschreven aan de hand van deze resultaten en conclusies. Deze gaan onder andere over meer begeleiders op de werkvloer, cliënten bewuster laten werken aan doelen en groepsmomenten anders indelen. Tevens zijn er aanbevelingen gedaan over een vervolgonderzoek.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 - Inleiding	6
§1.1 Aanleiding	6
§1.2 Onderzoeksvraag	7
§1.3 Doelstelling van het onderzoek	7
Hoofdstuk 2 - Theoretisch kader	9
§2.1 Niet-aangeboren hersenletsel	9
§2.1.1 De gevolgen	9
§2.2 Kwaliteit in de zorg	11
§2.2.1 Veiligheid	11
§2.2.2 Beschikbaarheid	12
§2.2.3 Cliëntgerichtheid	12
§2.2.4 Afstemming	12
§2.2.5 Doeltreffendheid	12
§2.3 Kwaliteit van de zorg in de zorg bij NAH en psychische problemen	13
§2.4 Conceptueel model	13
§2.5 Opzet van het onderzoek	13
Hoofdstuk 3 - Onderzoeksdesign	14
§3.1 Onderzoeksmethode	14
§3.2 Onderzoeksdoelgroep	14
§3.3 Onderzoeksinstrument	15
§3.4 Procedure	15
§3.4.1 Betrouwbaarheid	16
§3.4.2 Validiteit	16
§3.5 Analyse	16
§3.5.1 Bruikbaarheid	17
Hoofdstuk 4 - Onderzoeksresultaten	18
§4.1 Uitvoering	18
§4.2 Respons	18
§4.3 Resultaten	19
§4.3.1 Veiligheid	19
§4.3.2 Beschikbaarheid	20
§4.3.3 Cliëntgerichtheid	21
§4.3.4 Afstemming	21
§4.3.5 Doeltreffendheid	22
§4.3.6 NAH en psychische problemen	22
§4.3.6 Cijfers	23

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen	24
§5.1 Conclusie	24
§5.1.1 Veiligheid	24
§5.1.2 Beschikbaarheid	24
§5.1.3 Cliëntgerichtheid	25
§5.1.4 Afstemming	25
§5.1.5 Doeltreffendheid	25
§5.1.6 Beantwoording van de hoofdvraag	25
§5.2 Discussie	26
§5.2.1 Beperkingen van het onderzoek	26
§5.3 Aanbevelingen	28
Literatuurlijst	31

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een inleiding gegeven over het onderwerp van dit onderzoek. Er wordt kort uitgelegd wat de doelgroep is en hoe het onderzoek tot stand is gekomen. De opdrachtgever en zijn probleem worden voorgesteld en daaraan gekoppeld worden de argumenten die de relevantie van het onderzoek benadrukken beschreven. Aan de hand van deze theorie is er een hoofdvraag met bijbehorende deelvragen geformuleerd en ten slotte wordt de doelstelling van dit onderzoek beschreven.

§1.1 Aanleiding

De onderzoekslijn NA(H)-zorg op maat (2016) onderzoekt het leven van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vanuit klantperspectief en verspreidt kennis over hersenletsel. De onderzoekslijn ziet steeds meer, door contacten in het werkveld, dat er cliënten zijn die zowel NAH als psychische problematiek hebben. Helaas zijn hierover nog geen cijfers bekend. Juist daarom spelen er veel vragen omtrent dit thema, zoals: hoe vaak komt het voor, hoe wordt deze toename verklaard, wat vraagt dit van de competenties van medewerkers en in hoeverre zijn woonzorglocaties toegerust om goede zorg te bieden aan deze doelgroep. De onderzoekslijn NA(H)-zorg op maat wil in samenwerking met InteraktContour verkennend onderzoek laten uitvoeren naar de wijze waarop goede zorg voor mensen met NAH en psychische problematiek kan worden vormgegeven. Hierbij is het belangrijk dat er op zoek wordt gegaan naar bestaande kennis en ervaringen (NA(H)-zorg op maat, 2016).

De kwaliteit van de zorg staat bij InteraktContour hoog in het vaandel. InteraktContour (2015) zet de cliënt en hun naasten centraal. De stichting wil graag weten wat de cliënten vinden van de kwaliteit van de zorg. Daarom laat InteraktContour periodiek cliëntenraadplegingen uitvoeren door het Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap (LSR). Deze cliëntenraadplegingen zijn een goede afspiegeling van de mening van cliënten. De cliënten van InteraktContour geven in deze raadpleging van het LSR gemiddeld een 7.4 als rapportcijfer aan InteraktContour (Stichting Interakt Contour Groep, 2014). Naast dit grootschalige kwantitatieve onderzoek, wil de onderzoekslijn NA(H)-zorg op maat graag dieper ingaan op de mening van de cliënten door van kwalitatief onderzoek te laten doen, specifiek gericht op cliënten met NAH en psychische problematiek.

In het Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2015) is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg opgenomen waarin staat dat onder goede zorg wordt verstaan dat de zorg van goede kwaliteit en van goed niveau is die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Het Kwaliteitsinstituut Individuele Gezondheidszorg (KIGZ) lijkt hun visie gebaseerd te hebben op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het KIGZ (2016) geeft aan dat in de kwaliteit van de zorg de focus moet liggen op dat wat relevant is voor de cliënt. Volgens de KIGZ zijn definities van kwaliteit van zorg bedoeld om invulling te geven aan het begrip verantwoorde zorg, zoals in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) wordt genoemd. Onder verantwoorde zorg wordt in de KWZ verstaan: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt' (KIGZ, 2016). De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2017), ook wel NFU, deelt deze mening. Volgens het NFU is kwalitatief goede zorg zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd. Zij zegt dat het belangrijk is om de behoeften van de individuele patiënt en cliënt in het oog te houden binnen de geboden zorg. Gemert en Minderaa (2000) stellen dat men de laatste tijd graag zegt dat de kwaliteit van de zorgverlening goed is, wanneer ze bijdraagt aan de kwaliteit van het bestaan van de persoon. Dat betekent dat er maatwerk geleverd moet worden, en dat daarbij rekening gehouden moet worden met de behoeften van de persoon. Daarin zijn veel variaties denkbaar en mogelijk. Prof. dr. Tineke A. Abma zegt bovendien dat mensen mensen nodig hebben. Dit betekent dat goede zorg niet alleen wordt beoordeeld naar de deskundigheid van de zorgverlener, maar zeker ook of ze uit het hart van een medemens komt en of de cliënt zich daadwerkelijk door de zorgverlener als mens gezien en gehoord weet (Abma, 2010).

§1.2 Onderzoeksvraag

De opdrachtgever wil graag weten wat mensen met NAH en psychische problemen vinden van de kwaliteit van de zorg die wordt geboden door InteraktContour. Daarom is de volgende centrale vraag geformuleerd.

Wat vinden mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen, die binnen InteraktContour zorg ontvangen, van de kwaliteit van de zorg die hen wordt geboden?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe veilig voelt de cliënt zich in de geboden zorg?
2. In hoeverre is de cliënt tevreden over de beschikbaarheid van de geboden zorg?
3. In hoeverre voelt de cliënt zich centraal gesteld in de geboden zorg?
4. Wat vindt de cliënt van de afstemming op eigen behoeftes in de geboden zorg?
5. Wat vindt de cliënt van de doeltreffendheid van de geboden zorg?

De eerste deelvraag gaat over de beleving van veiligheid binnen de geboden zorg. Wanneer deze vraag is beantwoord, is er meer inzicht in hoe de cliënt de veiligheid ervaart en waar de opdrachtgever nog meer aandacht aan kan besteden. Het gaat dan bijvoorbeeld om de relatie met begeleiders, betrouwbaarheid van begeleiders, hoe begeleiders omgaan met hun persoonlijke eigenschappen en hoe zij met apparatuur en/of hulpmiddelen.

Deelvraag 2 omvat het begrip 'beschikbaarheid' van de zorg. Het doel van deze deelvraag is om de tevredenheid van de cliënt te onderzoeken over de hoeveelheid zorg, meebeslissen over de zorg en over hoe er wordt gehandeld bij afwezigheid van de vaste begeleider.

Deelvraag 3 heeft als doel om inzicht te krijgen in de mening van de cliënten over het centraal stellen van cliënten in de zorg. Hierin wordt duidelijk of de cliënt tevreden is over de begeleiding en hoe hij de persoonlijke betrokkenheid van de begeleiders ervaart. Daarnaast heeft deelvraag 3 als doel om het gevoel van gelijkheid tussen cliënten en begeleiders in kaart te brengen en hoe de eigen regie wordt vormgegeven.

De vierde deelvraag gaat over de afstemming van de geboden zorg aan de cliënt. Wanneer deze deelvraag beantwoord is heeft de onderzoeker in beeld hoe de cliënt de samenwerking met de begeleiders ervaart, hoe de kwaliteiten van de begeleiders worden ervaren en hoe de ervaring is met de afstemming van zijn zorgplan op zijn vragen en behoeftes.

Wanneer deelvraag 5 is beantwoord is de mening van de cliënten inzichtelijk wat betreft de doeltreffendheid van de geboden zorg. Hierin gaat het over wat de cliënt van de doelen vindt die zijn opgesteld in zijn zorgplan en hoe hij het werken aan zijn doelen ervaart.

§1.3 Doelstelling van het onderzoek

InteraktContour (2015) is er voor mensen die problemen ervaren als gevolg van hersenletsel, na bijvoorbeeld een beroerte, ongeluk of hersentumor. Hersenletsel verandert het leven van de getroffen en dat van hun naasten. Zo lukt het vaak niet om terug naar werk of school te gaan en thuis is alles anders. InteraktContour vindt dat er altijd wat mogelijk is met gespecialiseerde zorg en ondersteuning. Cliënten kunnen zorg en ondersteuning krijgen op het gebied van leven, wonen en werken. InteraktContour biedt daarvoor behandeling, begeleiding, dagbesteding en 24-uurs zorg in Oost- en Midden-Nederland. Zij biedt niet alleen zorg aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel, maar ook aan mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Onder InteraktContour werken 1295 mensen die op vier verschillende soorten manieren zorg verlenen; er bestaan 38 woonlocaties met 592 cliënten, 23 activiteitencentra met 1622 cliënten, vier teams die begeleiding thuis geven aan 960 cliënten en vijf teams van behandeling voor 225 cliënten. Dit grote werkgebied is verspreid over de provincies Overijssel, Flevoland, Gelderland en Utrecht.

Wanneer de hoofdvraag is beantwoord, is bekend hoe de kwaliteit van de zorg wordt ervaren door de doelgroep. Er is in kaart gebracht waar de knelpunten in deze zorg zich bevinden en waar verbetering kan worden aangebracht. Op deze manier hebben de opdrachtgever en InteraktContour inzicht in de ervaringen en behoeftes van de cliënten in de geboden zorg. Uit het onderzoek zullen aanbevelingen worden gedaan over de manier waarop goede zorg voor deze cliënten kan worden vormgegeven. De opdrachtgever zou graag de uitkomsten van dit onderzoek willen samenvatten in een nieuwsbericht voor medewerkers van InteraktContour zodat zij met elkaar in gesprek kunnen over wat er goed gaat, en over de verbeterpunten die zij kunnen aanbrengen in de zorg voor mensen met NAH en psychische problematiek.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft welke literatuur heeft bijgedragen om de gebruikte begrippen te operationaliseren. De aspecten die meespelen in het onderzoek zijn weergegeven in een conceptueel model. In de laatste paragraaf wordt de onderzoeksopzet beschreven.

§2.1 Niet-aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een afwijking of beschadiging van de hersenen die na de geboorte, door ziekte of andere oorzaken is ontstaan. Er kunnen grote, of soms voor anderen onzichtbare, gevolgen hebben voor de getroffen en zijn naasten (Jurrius, 2015). Jaarlijks worden ongeveer 80.000 mensen met NAH in het ziekenhuis opgenomen. Bij minstens 50.000 mensen gaat het om een cerebrovasculaire aandoening, een schedeltrauma, cerebrale infectie of tumor. Bij de rest van de mensen met NAH is epilepsie of een degeneratieve aandoening de primaire oorzaak (Vandermeulen, Derix, Avezaat, Mulder & van Strien, 2016)

Een cerebrovasculaire aandoening (CVA) is een medische term voor een ongeluk in de vaten van de hersenen. De Nederlandse CVA-vereniging (2014) legt uit dat in het dagelijks taalgebruik een CVA ook wel een beroerte wordt genoemd. Dit kan onder andere een herseninfarct of hersenbloeding zijn. Een CVA is een verstopping in de hersenen (herseninfarct) of kapot bloedvat in de hersenen (hersenbloeding). De toevoer van het bloed naar de hersenen wordt in beide gevallen verstoort. De beschadiging ontstaat dan door het zuurstoftekort in het getroffen gedeelte van de hersenen.

Naast een CVA is een schedeltrauma een veel voorkomende oorzaak van hersenletsel. Jurrius, Bax, Goes en Hofstra (2016) leggen het schedeltrauma uit als traumatisch hersenletsel. “In deze categorie vallen alle vormen van hersenletsel die veroorzaakt zijn door een ‘trauma’, oftewel schade aan de schedel en het brein door een kracht van buitenaf” (p. 12).

Een cerebrale infectie is ook een veel voorkomende oorzaak van hersenletsel. Een cerebrale infectie kan ontstaan door gisten, bacteriën, virussen, parasieten en prionen. Meningitis (hersenvliesontsteking) is de meest voorkomende infectie. Hierbij gaat het om een ontsteking in de vliezen die om de hersenen liggen en de ruimtes tussen de hersenen. Bij een hersenontsteking (encefalitis) is het weefsel van de hersenen ontstoken (Palm, 2005).

Bij een kleine groep mensen is een degeneratieve aandoening een aanleiding voor het hersenletsel. Hersenletsel door een degeneratieve aandoening legt Hersenletsel-uitleg (2017) uit als een ziekte waarbij na verloop van jaren steeds meer zenuwcellen of hersenverbindingen afsterven. Wanneer de klachten in ernst toenemen is er sprake van een progressieve ziekte. Vaak zijn er naast lichamelijke ook cognitieve gevolgen merkbaar. Onder andere Alzheimer, Parkinson, Korsakov (aantal vormen van dementie) of MS vallen onder een degeneratieve aandoening.

§2.1.1 De gevolgen

Volgens Kessels, Eling, Ponds, Spikman en van Zandvoort (2012) kan niet-aangeboren hersenletsel (NAH) cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen tot gevolg hebben. Na het oplopen van het letsel vindt er vrijwel altijd enig spontaan herstel plaats, maar dit hangt af van de ernst en de vorm van het letsel. Toch houdt het merendeel van de patiënten blijvende neuropsychologische stoornissen, die ingrijpende gevolgen kunnen hebben voor hun dagelijks leven. Ook Zanen (2002) spreekt over het spontaan herstel, maar benoemt daarnaast de gevolgen van het hersenletsel wanneer deze compensatie niet volledig succesvol blijkt. De hersenen sturen allerlei verschillende processen in het lichaam aan. Dat betekent dat hersenletsel heel diverse gevolgen kan hebben. Maar niet elk letsel heeft blijvende gevolgen. Het compenseren van het letsel door de hersenen is vaak succesvol, maar soms kunnen deze compensatiemechanismen gevolgen hebben voor het gedrag, geheugen of lichaam. Deze gevolgen zijn volgens Hochstenbach (1996) cognitieve, emotionele of gedragsmatige stoornissen. De cognitieve

stoornissen kennen een heel aantal soorten. Dit zijn onder andere aandachts- en concentratiestoornissen, geheugenstoornissen, waarnemingsstoornissen, planningsstoornissen en communicatiestoornissen. De emotionele- en gedragsmatige gevolgen zijn een verstoorde sociale perceptie en sociaal bewustzijn, afhankelijkheid, afgevlakt of beperkt affect, niet in staat zijn te leren van ervaringen en verstoorde controle zoals impulsiviteit, woede-uitbarstingen, ontremming in huilen of lachen, ongeduld, inflexibiliteit, depressie, angsten of achterdocht.

In dit onderzoek worden mensen met niet-aangeboren hersenletsel in combinatie met psychische problemen gevraagd naar hun ervaringen met de kwaliteit van de zorg van InteraktContour. Echter, deze doelgroep is lastig om te definiëren. Vaak gaat het om psychische problemen die zijn ontstaan uit het hersenletsel. Ook psychische problemen zijn moeilijk te onderscheiden. Seligman, Walker en Rosenhan (2001) hebben zeven factoren onderscheiden die bepalen of gedrag al psychische problemen kan worden beschouwd. Het gaat om persoonlijk lijden, de (disfunctionaliteit van het gedrag, irrationeel en onbegrijpelijk gedrag, onvoorspelbaarheid en controleverlies, opvallend en onconventioneel gedrag, gedrag dat een ongemakkelijk gevoel bij anderen teweegbrengt en het overtreden van morele normen. Of een bepaald gedrag een psychisch probleem genoemd kan worden, hangt af van de hoeveelheid factoren die aanwezig zijn en hoe duidelijker zij op de voorgrond treden. Toch zullen bovenstaande zeven aspecten zelden allemaal aanwezig zijn.

Psychische problemen en hersenletsel nauwelijks los van elkaar te zien. Beeckmans en Michiels (2005) stellen: “ ‘de’ NAH-patiënt bestaat niet omdat iedere patiënt anders is en dus andere combinatie van problemen vertoont” (p.10). Zo zijn de psychologische problemen bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel bijvoorbeeld concentratiezwakte, geheugenverlies, depressieve stemming, verwerkingsproblemen en gedragsveranderingen. Onder deze gedragsveranderingen vallen onder andere apathie, interesseverlies of ontremd gedrag. Jolles (1995) schreef over de gevolgen van hersenletsel over een aantal van deze neuropsychologische problemen. Er kan sprake zijn van een probleem in de acceptatie. Frustratie, boosheid, wraakgevoelens en agressie zijn veel voorkomende problemen. Ook kan er verandering van de persoonlijkheid ontstaan. Mensen die vroeger open en extravert waren, worden bijvoorbeeld minder flexibel en conservatief. Mensen met hersenletsel kunnen bij de pakken gaan neerzitten en gedeprimeerd en/of geïrriteerd worden. De zin willen doordrijven en het overdrijven van klachten zijn ook veel voorkomende problemen bij mensen met hersenletsel.

Gedrag en emoties veranderen vaak na het hersenletsel, zo stellen ook Witteveen, Admiraal, Visser en Wilken (2010): “Sommige mensen zijn rustiger dan voorheen, anderen zijn juist veel sneller prikkelbaar, maken makkelijker ruzie, reageren te snel, zijn verhoogd afleidbaar en worden gauw driftig of agressief (p. 65)”. Daarnaast benoemen Witteveen et al. (2010) depressie als een aanzienlijk probleem na hersenletsel. Depressie heeft een relatie met de fysieke problemen die mensen met hersenletsel vaak ervaren. Daarnaast zijn meer handicaps, langer verblijf in het ziekenhuis, minder sociale activiteiten en verminderde kwaliteit van leven voorspellers van de depressie. Depressie is tevens een voorspeller van vermoeidheid, vallen en achteruitgang in mobiliteit in de chronische fase (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2007). Het komt voor dat mensen emotioneel veel labiel zijn dan voor het hersenletsel. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (2007) beschrijft apathie, agressie en agitatie, stemmingsstoornissen en denk- en waarnemingsstoornissen als veel voorkomende stoornissen. Apathie is volgens Rosenthal, Griffith en Kreutzer (1999) een syndroom van primair motivatieverlies, niet door verminderd bewustzijn emotionele problemen of cognitieve beperkingen.

Frontaal-hersenletsel is een specifiek hersenletsel en een veel voorkomende oorzaak van executieve functiestoornissen. Volgens Cicerone, Levin, Malax, Stuss en Whyte (2006) zijn er vier domeinen van executieve functies: de executieve cognitieve functies, de zelfregulerende gedragsfuncties, de activering regulatie functies en de metacognitieve functies. De processen die in deze functies vallen zijn plannen, monitoren, activeren, schakelen en inhiberen. Bij de functies van activering regulatie gaat het met name om processen die te maken hebben met initiatiefname. Naast executieve functiestoornissen komen persoonlijkheidsveranderingen voor bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Mathiesen en Weinryb (2004) hebben onderzocht welke persoonlijkheidstrekken verstoord zijn bij mensen met

frontaal-hersenletsel. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen met niet-aangeboren hersenletsel vaker problemen laten zien op het gebied van interpersoonlijke relaties. Daarnaast laten mensen met een persoonlijkheidsverandering, veroorzaakt door het hersenletsel, vaker een borderline persoonlijkheidsorganisatie zien. Dit betekent dat de realiteitstoetsing intact is, maar de afweermechanismen en objectrelaties onrijp zijn. De borderline persoonlijkheidsorganisatie wordt gekenmerkt door diffusie van de identiteit, primaire afweermechanismen en periodes van verminderde realiteitsbesef (Kernberg, 1985). Keeken, Rood, Wester, Hermert- van der Poel, Hoff en Kuks (2010) spreken ook van verandering in de persoonlijkheid door frontaal-hersenletsel. Zij noemen een aantal symptomen van het frontale kwab syndroom: "onder meer ontremming, kritiekverlies, decorumverlies, verlies van tact, egocentrische gedrag, kinderlijk gedrag, euforie en affectieve vervlakking" (p. 63). Daarnaast komen ook minder uitgesproken persoonlijkheidsveranderingen voor zoals het niet kunnen inschatten van een sociale situatie of neiging om net iets te hard te lachen wanneer dit niet gepast is.

§2.2 Kwaliteit in de zorg

Bij de zorg aan mensen met NAH zijn er verschillende aandachtspunten. Witteveen et al. (2010) vinden een belangrijk uitgangspunt, om ondersteunende zorg vorm en inhoud te geven, dat activiteiten plaatsvinden in de verschillende zorgfasen om de persoon optimaal te kunnen ondersteunen. Dit houdt in dat in de acute, revalidatie- en chronische fase genoeg ondersteuning moet zijn voor de stabilisatie, heroriëntatie en re-integratie van de patiënt. Tevens vinden zij, net als Beeckmans en Michiels (2005), dat er rekening mee gehouden moet worden dat elk genezings- en herstelproces anders is doordat elk letsel anders is en in een specifieke context plaatsvindt. Volgens van der Cingel en Jukema (2014) is deze persoonsgerichte zorg een vrij nieuw begrip. "Het is een paraplu-begrip voor verschillende visies en methoden van professionele zorg die de zorgvrager als uniek persoon centraal stellen" (p. 3). Daarnaast zijn in de theorieën van veel Amerikaanse verpleegkundigen begrippen zoals betrokkenheid, het vermogen om zich in een ander in te leven en aandacht opgenomen. Toch bestaan volgens hen de kenmerken van persoonsgerichte zorg al een hele tijd langer. Florence Nightingale (1820-1910) beschreef dat het onderzoeken naar wat een patiënt werkelijk interesseert van belang is (Cingel en Jukema, 2014).

De kwaliteit van zorg wordt in hoge mate bepaald door de bejegening van de patiënt en de betrokkenheid die de zorgverlener toont. Daarbij draait het niet alleen om het herstel van de patiënt, maar ook om het accepteren van het leren leven met de ziekte (Bouwer & de Haer, 2010). Ponds, van Heugten, Fasotti en Wekking (2010) zijn van mening dat dit makkelijk gesproken is, maar niet altijd in de praktijk gebeurt. Zij hebben het in hun boek over 'overlevenden van hersenletsel'. Volgens hen krijgen de overlevenden niet altijd de behandeling die ze zouden verdienen. Soms komt dit doordat er de overtuiging is dat deze mensen niet meer beter zouden kunnen worden of niets meer zouden kunnen. Het kan volgens hen ook komen door onverschilligheid, gebrek aan financiering of onwetendheid over hersenletsel.

§2.2.1 Veiligheid

In dit onderzoek worden, zoals eerder benoemd, vijf punten van de kwaliteit van de zorg onderzocht. De eerste is veiligheid. Van Campen, Kerkstra en Taes (1997) noemen veiligheid en autonomie van bewoners, naast de gezondheidstoestand, belangrijke aspecten van kwaliteit van leven. Veiligheid en autonomie zijn ook termen die duidelijk naar voren komen bij de Landelijke Organisatie Cliëntenraden gedefinieerde behoeftegebieden (LOC, 1992). In het rapport Kwaliteitskader Verantwoorde zorg van de Stuurgroep Verantwoorde zorg (2007) wordt gesteld dat de veiligheid van wonen en verblijf in essentie vijf dingen betekent. Allereerst moet de cliënt weten wat hij moet doen bij calamiteiten. Ook is het belangrijk dat de cliënt zich veilig voelt. Daarnaast moeten zorgverleners betrouwbaar zijn, gaan zij zorgvuldig om met persoonlijke eigendommen en zijn zorgverleners voldoende geïnstrueerd hoe met apparatuur (zoals tilliften) moet worden gewerkt.

Mast en Tienhoven (2015) beschrijven veiligheid samen met vrijheid. Zij vinden dat cliënten in zorgorganisaties daar niet zonder reden wonen. "Ze zijn in meer of mindere mate afhankelijk en kwetsbaar waardoor ze niet in staat zijn zelfstandig hun eigen leven te leven. Ze hebben bescherming, steun en stimulans nodig. Maar ook verantwoorde, professionele zorg" (p. 26). Ook Mast en Tienhoven (2015) vinden

vrijheid een belangrijk aspect als het gaat om veiligheid. Zij zijn van mening dat medewerkers op zoek moeten naar de betekenis van vrijheid voor hun cliënt. Van de organisatie waarin zij werken moeten medewerkers volgens Mast en Tienhoven (2015) de ruimte krijgen om flexibel om te gaan met vragen van cliënten en hun naasten. Zo kunnen zij leren hoe ze de maximale keuzevrijheid voor cliënten kunnen creëren, zonder de veiligheid van de cliënt uit het oog te verliezen. Dat betekent dat er overleg moet zijn over de verschillende situaties van de cliënt en om deze situaties vanuit verschillende perspectieven te kunnen belichten. Daarnaast vinden zij dat er ook ruimte zijn om dingen anders te doen of fouten te maken.

§2.2.2 Beschikbaarheid

Er is weinig bekend over hoe de beschikbaarheid van de zorg kan worden vormgegeven. Als men kijkt naar voorgaande onderzoeken over beschikbaarheid in de zorg in het algemeen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen is er meer onderzoek gedaan. Volgens De Veer, Poortvliet en Vogel (2005) blijkt dat slechts 28 procent van de verzorgende in verpleegtehuizen voldoende tijd had om goede zorg te leveren. Ook de vraag naar zorg verandert. Dit gaat om veranderingen in de zorgvraag, zorgvragers worden ouder, het aantal chronisch zieken stijgt en er is meer sprake van comorbiditeit. Er zijn dus meer zorgvragers met zwaardere zorgvragen (Van Duin & Stoeldraijer, 2014). Daarnaast zeggen Maurits, De Veer en Francke (2016) dat de meerderheid van de ondervraagde zorgverleners aangeven in hun onderzoek dat zij een toename in administratieve handelingen ervaart en dat zorgverleners ontevreden zijn over de tijd die zij besteden aan administratief werk. Zo kan worden geconcludeerd dat de beschikbaarheid van de zorg ook minder wordt, doordat de zorgverleners meer tijd moeten besteden aan administratieve taken.

§2.2.3 Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid is een derde onderdeel van de kwaliteit van de zorg volgens de eerder genoemde Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg. In veel voorgaande studies wordt cliëntgerichtheid vertaald naar vraaggerichte zorg of klantgerichtheid. Verbeek (2002) vindt dat vraaggerichte zorg betekent dat het zorgaanbod is afgestemd op de behoeftes en wensen van de cliënt. Hierin is het voor de beroepsbeoefenaar heel belangrijk de eigen opvattingen en wensen van de cliënten zo goed mogelijk te combineren en daar waar dat niet kan, een passende oplossing te zoeken. Daarnaast kenmerkt vraaggerichte zorg zich als een streven naar machts gelijkheid in de relatie tussen cliënt en hulpverlener (Overbeek, 2002). Widdershoven (2003) zegt dat eigen regie een populaire gedachte is zowel onder zorgverleners als beleidsmakers. In verschillende aspecten van de zorg staat dit uitgangspunt prominent op de agenda. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat de positie van de cliënt meer centraal is komen te staan. Volgens Widdershoven (2003) is dat een goede zaak voor de kwaliteit van de zorg: "In verschillende situaties komt het meer aan op betrokkenheid en zorgzaamheid, dan op afstandelijkheid en respect voor het recht op zelfbeschikking" (p. 25).

§2.2.4 Afstemming

Het Transferpunt Vaardigheidsonderwijs (2001) stelt dat, wanneer men de zorg voor cliënten kan afstemmen op de zorgvragen, men op een effectieve manier moet kunnen communiceren met collega's van diverse disciplines zodat er continuïteit kan worden geboden aan de cliënt. Maar dat is niet het enige aandachtspunt voor goede afstemming op zorgvragen. Een meerderheid van de ondervraagde zorgverleners in het onderzoek van Maurits, De Veer en Francke (2016) geeft aan dat er een toename is in complexere zorgvragen. Deze complexere zorgvragen gaan over lichamelijk, psychische en sociale hulp. De zorgverleners ervaren een toename van ernstige comorbiditeit. Maurits et al. (2016) zeggen ook dat niet alle zorgverleners zich voldoende bekwaam voelen voor de cliënten met complexere zorgvragen. In tegenstelling tot de bekwaamheid om om te gaan met de complexere zorgvragen, geeft de meerderheid van de zorgverleners aan zich wel genoeg bekwaam te voelen voor het bevorderen van de zelfredzaamheid en het ondersteunen van cliënten bij eigen regie.

§2.2.5 Doeltreffendheid

Gemert en Minderaa (2000) zeggen dat de eisen van de omgeving van de cliënt en zijn competentie niet onafhankelijk van elkaar zijn. Als de cliënt goede prestaties levert op een doel kunnen hogere eisen gesteld

worden en wanneer de cliënt lagere prestatie levert, stelt men de verwachtingen bij. Op den duur zal iemands competentie dan toenemen, mits de eisen niet te ver afstaan van het niveau van de cliënt. Volgens Van de Kar, van Keijzerswaard en Van Wel (2003) zijn kwaliteit en doelmatigheid essentiële begrippen in de zorg. Het in praktijk brengen van deze begrippen kan echter nog wel eens spanningen teweeg brengen. De grote nadruk op doelmatigheid kan de kwaliteit van de zorg in verdrukking brengen. De kwaliteit van de zorg wordt zo op een instrumentele wijze benaderd waardoor de patiënt en zijn familie in de verdrukking kunnen komen. Zorg dient volgens Van de Kar et al. (2003) in de huidige tijd vraaggestuurd te zijn in plaats van aanbodgestuurd.

§2.3 Kwaliteit van de zorg in de zorg bij NAH en psychische problemen

Er is weinig literatuur beschikbaar over hoe de kwaliteit van de zorg eruit ziet bij cliënten met NAH en psychische problemen. Van der Weijden en Lendemeijer (2007) stellen dat hersenletsel een belangrijke rol in de psychiatrie speelt. Bij de screening van GGZ-instellingen blijkt 20% van de patiënten te kampen met hersenletsel. Toch blijkt dat er weinig aandacht geschonken wordt aan de diagnostiek, zorg en behandeling van deze patiënten. Daarnaast wordt de hersenbeschadiging bij mensen met NAH onvoldoende herkend en worden de gevolgen hiervan vaak onderschat. Daardoor lopen de zorg- en behandeltrajecten vaak niet goed. Volgens Arts, Schut en van der Weijden (2013) zijn patiënten met psychische stoornissen als gevolg van hersenaandoeningen niet goed genoeg in beeld bij zorgaanbieders, beroepsverenigingen en ziektekostenverzekeraars. Arts et al. (2013) concludeert dat deze doelgroep lijdt onder het feit dat deze stoornissen zich in een grensgebied bevinden van neurologie en psychiatrie waardoor zorgverleners onvoldoende competent zijn. Daarnaast is de doelgroep vertegenwoordigd bij verschillende organisaties die niet goed samenwerken. Een ander probleem is dat de doelgroep complex en kostbaar is waardoor er veel klinische behandelvoorzieningen zijn verdwenen.

§2.4 Conceptueel model

Om een duidelijk beeld weer te geven hoe dit onderzoek zich vormgeeft, is er een conceptueel model opgesteld.



§2.5 Opzet van het onderzoek

Uit de literatuur blijkt dat niet-aangeboren hersenletsel nauwelijks los gezien kan worden met psychische problemen. Bij InteraktContour wonen en werken mensen met niet-aangeboren hersenletsel die, zo mag er geconcludeerd worden, vaak last hebben van psychische problemen. Om de mening van deze cliënten van InteraktContour goed in beeld te krijgen, is er onderzoek nodig. In de literatuur is er veel te vinden over de symptomen van hersenletsel en van psychische problemen, maar er is nauwelijks onderzoek gedaan naar hoe zich dit in de praktijk uit en hoe de zorg rondom deze doelgroep het beste kan worden vormgegeven. De opdrachtgever is benieuwd naar de beleving van de cliënten van InteraktContour en hoe zij de zorg ervaren zodat hij een duidelijk beeld heeft van de situatie nu, en hoe deze in de toekomst verbeterd kan worden.

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming van de onderzoeksmethode, de onderzoeksdoelgroep en het onderzoeksinstrument beschreven. Vervolgens wordt de procedure en de analyse van dit onderzoek uitgelegd.

§3.1 Onderzoeksmethode

De opdrachtgever wilde graag bij dit onderzoek gebruik maken van kwalitatief onderzoek omdat hij op zoek was naar de beleving van cliënten, hun achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften. De opdrachtgever wilde niet alleen weten of de cliënten tevreden zijn, maar ook weten waarom ze wel of niet tevreden zijn en wat de context is van hun ervaringen. Door het kwalitatieve aspect van dit onderzoek konden achterliggende redenen worden achterhaald. Op deze manier heeft de onderzoeker beter inzicht in de persoonlijke beleving van de respondenten kunnen krijgen en hoe deze volgens hen verbeterd kan worden. Bij kwantitatief onderzoek kan de doelgroep namelijk wel hun mening kan uiten, maar de onderzoeker heeft dan geen gelegenheid om meer vragen te stellen bij deze mening. Ook Baarda (2013) zegt dat kwalitatief onderzoek de beste manier voor de onderzoeker is om persoonlijke vragen te kunnen stellen. Daarnaast kan er door middel van waarneming vastgesteld worden wat in de werkelijkheid zich afspeelt. Omdat meningen over tevredenheid breed uiteen kunnen lopen, is er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews zodat er bij de dataverzameling samenhang van de constructen kon worden ontdekt. Dit heeft geholpen om de meningen betekenisvol te kunnen interpreteren.

Het is in het kwalitatief onderzoek belangrijk om ruimte te geven voor de achterliggende gedachten en meningen zodat dit kon worden meegenomen in de aanbevelingen (Verhoeven, 2010). Volgens Lucassen en oude Hartman (2007) is deze onderzoeksvorm gefundeerd op de meningen, ervaringen en betekenissen zoals die leven bij de doelgroep. Het resultaat van dit type onderzoek kan een illustratie zijn van een bepaald verschijnsel met ervaringen en betekenissen uit het dagelijks leven. Het gaat minder over 'enkelvoudige' gedragingen die met ja of nee kunnen worden beantwoord, en meer om het 'waarom' achter die antwoorden te achterhalen en te begrijpen. In het eerdere kwantitatief onderzoek van het Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (Stichting Interakt Contour Groep, 2014) is er gevraagd naar de mening van de cliënten van InteraktContour, maar de opdrachtgever zou graag het waarom achter de antwoorden willen begrijpen. Daarnaast heeft het LSR onderzoek gedaan bij het gehele cliëntenbestand van InteraktContour, maar de opdrachtgever wilde graag onderzoek laten doen bij mensen met NAH en psychische problemen zodat juist de achterliggende gedachten van deze doelgroep kon worden achterhaald.

§3.2 Onderzoeksdoelgroep

InteraktContour biedt hulp aan ongeveer 2500 cliënten in midden- en oost Nederland. Deze cliënten ontvangen zorg op het verschillende gebieden. InteraktContour (2015) zegt dat na revalidatie mensen met niet-aangeboren hersenletsel verder thuis kunnen revalideren of ervoor gekozen kan worden om binnen een woonlocatie een nieuw bestaan op te bouwen. Soms kan er met kleine ondersteuning (door middel van individuele begeleiding) er voor worden gezorgd dat deze mensen thuis kunnen blijven wonen. Om na het hersenletsel een zinvolle dagbesteding te vinden wanneer het oude werk niet kan worden opgepakt, kunnen mensen deelnemen verschillende dagbestedingslocaties van InteraktContour. De onderzoeker wilde graag bij de woonzorg, dagbesteding en individuele begeleiding van InteraktContour onderzoek doen. Om dit binnen de vijf maand van onderzoek te kunnen realiseren, heeft de onderzoeker samen met de opdrachtgever ervoor gekozen om 15 cliënten te interviewen. Van deze cliënten wonen vijf cliënten in een woonlocatie, gaan vijf cliënten naar een dagbestedingslocatie en wonen vijf cliënten thuis, maar krijgen individuele begeleiding van InteraktContour. Bij al deze cliënten is er sprake van NAH in combinatie met psychische problemen. Het gaat hier niet om een psychiatrische diagnose, maar psychische problemen die leidend zijn in de begeleiding die InteraktContour biedt. Dit betekent dat de cliënten worden begeleid op basis van deze problemen. Zo zijn er in het zorgplan, welke samen met iedere cliënt wordt opgesteld bij aanvang van de begeleiding, doelen opgesteld die te maken hebben met de psychische problemen die de

cliënt ervaart. De cliënten die voor dit onderzoek in aanmerking zijn gekomen, zijn geschikt geacht door de begeleiders van de verschillende locaties. Zij hebben aangegeven welke cliënten aan de criteria voldoen en welke cliënten zouden willen meewerken aan het onderzoek. Deze cliënten hebben allen een doel in hun zorgplan staan die te maken heeft met de psychische problemen die de cliënt ervaart.

De respondenten zijn telefonisch benaderd door de onderzoeker. De onderzoeker was inmiddels bekend met de doelgroep en kende een aantal cliënten. De onderzoeker werkt inmiddels vijf jaar als begeleider bij een woonlocatie en heeft een half jaar stage gelopen op een dagbesteding van InteraktContour. De meeste cliënten zullen naar verwachting bereid te zijn geweest om mee te werken omdat men van te voren heeft aangegeven om bijdrage te willen leveren aan het onderzoek tijdens de inventarisatie van de begeleiders. Het was belangrijk om aan te geven dat het om een tevredenheidsonderzoek zou gaan waarbij er aanbevelingen zouden worden gedaan, niet om direct al veranderingen teweeg te brengen. Dit was belangrijk omdat er dan niet te hoge verwachtingen werden geschept bij de cliënten. Het zou kunnen dat cliënten verwachtten dat er meteen iets werd gedaan aan hun eventuele ontevredenheid en dit zou onrust kunnen veroorzaken. Het is duidelijk gemaakt dat de mening van de cliënten zouden worden meegenomen in verbeterplannen van de onderzoekslijn NA(H)-zorg op maat en die van InteraktContour.

§3.3 Onderzoeksinstrument

Tijdens het kwalitatief onderzoek is er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Hierin zijn vijf constructen uitgelicht. Dit gaat om de constructen veiligheid, beschikbaarheid, cliëntgerichtheid, afstemming en doeltreffendheid van de geboden zorg van InteraktContour. De constructen zijn door de operationalisering van het theoretisch kader tot stand gekomen. De onderzoeker heeft aan de hand van de literatuur per construct een aantal vragen opgesteld. De opdrachtgever en scriptiebegeleiders hebben elk hun feedback over de opgestelde vragen gegeven, waarna de onderzoeker de vragen heeft geherformuleerd zodat de vragen op een goede manier konden bijdragen aan de vijf constructen. Deze vragen waren een leidraad in het gesprek met de cliënt. De onderzoeker bezit de juiste gesprekstechnieken om van deze vragen af te wijken zodat er een duidelijk mogelijk beeld kon worden geschetst van de belevingen van de cliënt.

De vijf constructen zijn de onderwerpen die werden onderzocht, maar de meningen buiten deze constructen zijn minstens zo belangrijk geweest wanneer de geïnterviewden het nodig achtten om deze meningen uit te dragen in het kader van het onderzoek. Dit is een belangrijke reden waarom er gekozen is voor semi-gestructureerde interviews omdat hier ruimte is om af te wijken van de beschreven onderwerpen. Van de interviews zijn er geluidsopnames gemaakt zodat de onderzoeker na de interviews de analyse goed kon volbrengen omdat hij kan terugluisteren wat de geïnterviewden precies hebben gezegd.

§3.4 Procedure

Na de inventarisatie van de begeleiders en over welke cliënten in aanmerking zouden kunnen komen, heeft de onderzoeker in de elektronische dossiers gekeken naar de zorgplannen van deze cliënten. De onderzoeker wilde er namelijk zeker van zijn dat de cliënten allemaal aan de criteria zouden voldoen. Nadat er 15 cliënten waren geselecteerd, heeft de onderzoeker contact gezocht met de cliënten, waarna er een afspraak is gemaakt voor het afnemen van het interview. Daarnaast heeft de onderzoeker hen gevraagd hoe zij het liefste voorbereid wilden worden op het onderzoek en waar zij ondersteuning bij nodig hadden. Jurrius, Bax, Goes en Hofstra (2016) zijn van mening dat de behoefte aan informatie aan mensen met NAH per persoon kan verschillen. De een wil graag volledig geïnformeerd worden en de ander wil graag wat beperkter en in kleinere stappen geïnformeerd worden over wat hen te wachten staat. Dit vraagt om persoonlijke benadering: kijken naar wat iemand prettig vindt, wat iemand wel en niet wil en waar iemand wel dan niet behoefte aan heeft. De onderzoeker is bij de cliënten thuis geweest of, wanneer de cliënt dit aangaf, op een andere locatie geweest waar het interview is afgenomen. De vragenlijst is niet getest, maar direct gebruikt in het daadwerkelijke onderzoek. De onderzoeker heeft na elk interview geëvalueerd of er door gebruik van deze interviews het doel van het onderzoek nog steeds werd behaald, en waar nodig de

vraagstelling aangepast zodat de kwaliteit van het interview hoog blijft en de doelen alsnog behaald konden worden.

§3.4.1 Betrouwbaarheid

Baarda et al (2013) zegt dat het voordeel, maar ook het nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de onderzoeker zelf het onderzoeksinstrument is. Het kan voorkomen dat de onderzoeker de ene dag een beter humeur heeft dan de andere dag waardoor zijn kwaliteit van het interviewen beïnvloed wordt. De onderzoeker heeft rekening gehouden met het feit dat de onderzoeksresultaten beïnvloed kunnen worden door de manier waarop hij de interviews afneemt. Daarnaast is de onderzoekssituatie van belang geweest. Wanneer de onderzoeker niet alleen uitspraken wilde doen over de specifieke doelgroep dat in het onderzoek betrokken is, maar ook over de doelgroep in het algemeen, is het de vraag in hoeverre toevallige kenmerken van de van specifieke doelgroep de resultaten hebben gekleurd (Baarda, et al. 2013). Zo is de onderzoeker alleen in gesprek geweest met mensen zonder (forse) afasie, terwijl de mensen met afasie misschien wel meer of minder tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg. Dit feit is meegenomen in de discussie en aanbevelingen van het onderzoek.

Volgens Plochg, Juttmann en Klazinga (2010) heeft het begrip betrouwbaarheid te maken met transparantie van het onderzoek. Het gaat daarbij om de vraag in hoeverre derden kunnen controleren of gepresenteerde data betrouwbaar zijn. De integriteit en de geloofwaardigheid van de onderzoekers zijn hierbij dus in het geding. Daarom moet gegevensverzameling zorgvuldig en systematisch zijn, deze systematiek moet transparant zijn, er moet duidelijkheid zijn over de gebruikte waarnemingsinstrumenten en in principe zouden databestanden openbaar moeten zijn voor onafhankelijke beoordelaars. De onderzoeker heeft in dit onderzoek nauwkeurig beschreven wat er in het onderzoek gedaan is. Daarnaast zijn de gebruikte methodes en de wijze waarop deze is toegepast uitvoerig beschreven. Naast het meeschrijven tijdens de interviews heeft de onderzoeker een spraakopname gemaakt zodat er meerdere malen naar de opname kon worden geluisterd, mocht de onderzoeker zich delen van het interview niet meer herinneren.

§3.4.2 Validiteit

Er kan tijdens het onderzoek sprake zijn geweest van sociale wenselijkheid. De vraag is of de doelgroep altijd eerlijk is bij het verstrekken van informatie. Volgens Plochg et al. (2010) zullen betrokkenen waarschijnlijk weten dat je eerlijk en open hoort te zijn en zullen daarom mogelijk zeggen dat zij geen informatie achterhouden tijdens de interviews, terwijl ze dat misschien toch doen. De informatie is dan niet valide omdat het niet overeenkomt met de werkelijkheid. Toch kan de informatie wel betrouwbaar zijn omdat toeval geen rol speelt in de meningen van de cliënten. Om de constructvaliditeit van dit onderzoek te kunnen waarborgen heeft de onderzoeker er zoveel mogelijk voor gezorgd dat de vragen van het interview meten wat er gemeten moet worden in vaste constructen. Daarnaast heeft de onderzoeker ervoor gekozen om de interviews zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de cliënten te laten plaatsvinden ter bevordering van de interne validiteit. Om de externe validiteit te kunnen waarborgen heeft de onderzoeker geprobeerd om zoveel mogelijk interviews te laten plaatsvinden, rekening houdend met de haalbaarheid.

§3.5 Analyse

Na het afnemen van de interviews zullen de interviews geanalyseerd worden door middel van transcripten en coderen. Bij het transcripten zal de onderzoeker de geluidsopname, die tijdens de interviews is gemaakt, omzetten in tekst. Het coderen zal gedaan worden zodat er per construct kan worden gekeken naar overeenkomsten en verschillen van meningen van de geïnterviewden. Bij het analyseren van het transcripten en het coderen is er gebruik gemaakt van het software programma Atlas ti. De vijf constructen veiligheid, beschikbaarheid en tijdigheid, cliëntgerichtheid, afstemming van de behoeftes van de cliënt en de doeltreffendheid zijn hierin uitgediept en de meningen van elke cliënt zijn aan deze constructen gekoppeld. De uitkomsten zijn in bijlage 2 te vinden. Door middel van deze uitkomsten zijn de deelvragen en is daarna de hoofdvraag beantwoord. Aan de hand van deze beantwoording zijn er aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever en InteraktContour.

§3.5.1 Bruikbaarheid

Wanneer er sprake is geweest van te weinig validiteit en betrouwbaarheid, kan het onderzoek wel bruikbaar zijn. De onderzoeker kan dan de resultaten, ondanks gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid, alsnog gebruiken voor verder onderzoek of verbeterplannen omdat de resultaten wel de werkelijkheid bevatten (Baarda, et al. 2013). De betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek zal naar alle waarschijnlijkheid op een andere manier gewaarborgd worden dan in kwantitatief onderzoek, maar de resultaten zullen wel bruikbaar blijven omdat het wel een goede weerspiegeling zal zijn van wat er speelt bij de doelgroep.

Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk is de uitvoering van het onderzoek beschreven en wat de respons is geweest van de interviews. Daarna zijn de resultaten uitgewerkt per construct en vervolgens zijn de suggesties van cliënten weergegeven.

§4.1 Uitvoering

De uitvoering van het onderzoek is volgens de onderzoeker goed verlopen en volgens het onderzoeksplan gegaan. De planning om binnen twee weken de interviews af te nemen is aangepast. Het heeft het langer geduurd dan gepland om tot juist geformuleerde interviews te komen, waardoor de interviews moesten worden uitgesteld. De onderzoeker heeft daardoor nieuwe afspraken gemaakt met de cliënten. De afnames zijn gegaan volgens het plan, maar de onderzoeker heeft gemerkt dat niet alle cliënten even open zijn over de kwaliteit van de zorg van InteraktContour waardoor het ene interview sneller moest worden afgebroken dan de andere omdat er niet meer waardevolle informatie kon worden verkregen. De uiteindelijke doelen zijn wel behaald, waardoor er kan worden aangenomen dat het onderzoek representatief is. De verwerking van de interviews zijn volgens het plan uitgevoerd. De gecodeerde transcripten die aan bod zijn gekomen bij de interviews zijn te vinden in bijlage 2. De onderzoeker heeft de gecodeerde transcripten kunnen uitwerken tot een betekenisvolle conclusie die aansluit bij de vraag van de opdrachtgever.

§4.2 Respons

Helaas zijn er geen cijfers van de totale populatie van mensen met NAH en psychische problematiek. Het doel was om in de maand mei van 2017 15 interviews af te nemen bij de onderzoeksdoelgroep van de drie verschillende eenheden van InteraktContour. Dit zijn uiteindelijk 14 interviews geworden. Er zijn vijf cliënten van individuele begeleiding, vier cliënten van een dagbestedingslocatie en vijf cliënten van een woonzorglocatie geïnterviewd. In tabel 1 is in het kort weergegeven wat de respons is geweest.

Tabel 1

Aantal geïnterviewden van de verschillende onderzoeksdoelgroepen van het onderzoek

	Aantal geïnterviewden
Individuele begeleiding	5
Dagbestedingslocatie	4
Woonzorglocatie	5
Totaal	14

§4.3 Resultaten

§4.3.1 Veiligheid

Gevoel van veiligheid

De cliënten die individuele begeleiding ontvangen en de cliënten van de woonlocatie benoemen allemaal dat zij zich over het algemeen veilig voelen als zij zorg ontvangen in hun eigen omgeving, zoals in hun eigen appartement of huis. "Als mijn begeleider bij me is, voel ik me prima op mijn gemak en durf ik alles te zeggen wat er in mij omgaat", zegt een cliënt die individuele begeleiding thuis ontvangt. Een cliënt van de woonlocatie benoemt: "Ik voel me veilig op mijn eigen appartement, ook als er begeleiders bij zijn."

Daarentegen zegt de meerderheid die te maken heeft met gezamenlijke ruimtes zich niet altijd even veilig voelt in de gezamenlijke ruimte van de locatie waarin zij zorg ontvangt. Vier cliënten van de woonlocatie en twee cliënten van de dagbestedingslocatie geven aan dat zij zich niet altijd even veilig voelen in een gezamenlijke ruimte waar meerdere cliënten aanwezig zijn. Een cliënt van de woonzorglocatie zegt het volgende hierover: "Je hebt hier toch met hersenletsel te maken. Er zijn een paar mannen die soms als een boksbal tegenover elkaar staan. En ook al weet je wel dat het te maken heeft met hun hersenletsel, als je erbij bent, heb ik toch mijn hartslag in mijn keel zitten. En op een of andere manier heeft dat toch impact dat ik zoiets heb van, oke, laat maar zitten. Daar denk ik dan wel twee keer over na of ik de volgende dag weer een keer naar de gezamenlijke ruimte kom."

Relatie met begeleiders

Verder geeft de gehele onderzoeksdoelgroep aan dat de relatie met de vaste begeleider goed is. Een cliënt die individuele begeleiding ontvangt, vertelt: "De relatie is nu wel goed, maar we kennen elkaar nog niet zo lang dus daar kan ik niet zoveel over zeggen. Het is altijd maar afwachten hoe dat verder verloopt." Bij de dagbestedingslocatie en de woonzorglocatie hebben cliënten te maken met andere begeleiders naast hun vaste begeleider. Hierbij geven zij aan dat het vaak per persoon verschilt hoe goed de relatie tussen cliënt en begeleider is. "Tja, met de een heb ik meer dan met een ander, maarja, dat is overal zo toch?", vertelt een cliënt van de woonlocatie.

Betrouwbaarheid van begeleiders

De vijf cliënten van de individuele begeleiding vinden hun begeleider betrouwbaar. Zij vertrouwen hun begeleider als hij in hun huis aanwezig is, maar ook als zij even weg zouden moeten. Daarnaast vertellen zij dat ze vertrouwen op de deskundigheid van de begeleider. Een cliënt vertelt: "Ik vertrouw mijn begeleider met dat hij weet wat hij doet, en ik voel me veilig bij hem. Ik moet wel eens wat van boven wat ophalen, maar dan ben ik echt niet bang dat hij dan wat van mij steelt ofzo." Het merendeel van de cliënten van de dagbestedingslocatie en de woonlocatie geven ook aan dat zij de begeleiders vertrouwen op hun deskundigheid en betrouwbaarheid. Zij geven aan dat begeleiders betrouwbaar zijn, afspraken nakomen en doen wat ze zeggen.

Twee cliënten van de woonlocatie vertellen dat zij voorzichtig zijn met het vertrouwen op hun begeleiders: "Een tijdje terug is er wat misgegaan. Ik dacht dat er iemand op mijn appartement was geweest terwijl ik er niet was, en daar werd ik heel boos van. Nu let ik meer op. Sommigen vertrouw ik met het blote oog, maar bij anderen heb ik mijn vraagtekens. Ik vertrouw er wel op dat ze hun werk goed doen, hoor. Maar ik ben gewoon voorzichtig." Een andere cliënt van de woonlocatie vertelt: "Ze maken allerlei beloftes, maar komen zo nooit na. Dus vertrouwen is er niet. En ik laat ze al helemaal niet alleen in mijn huis, hebben ze ook niks te zoeken." Een cliënt van de dagbestedingslocatie verteld: "Waarom zou ik ze vertrouwen? Ze doen toch wat ze zelf willen en denken niet aan mij."

Verder geven alle cliënten aan dat de begeleiders goed omgaan met hun eigendommen en de meeste cliënten geven aan dat de begeleiders goed weten hoe ze moeten omgaan met apparatuur of hulpmiddelen. Een cliënt vertelt: "Mijn ipad kan het beste bestuurd worden door mijn begeleider, ik ben er zelf veel lomper mee en weet soms niet hoe het allemaal moet." Een cliënt van de woonlocatie geeft aan: "Ik voel me bij de meeste begeleiders op mijn gemak als ik in de tillift hang, bij anderen moet dat nog een beetje groeien omdat ze bijvoorbeeld net nieuw zijn. Dan vind ik het soms wel een beetje eng." Een andere cliënt van de woonlocatie geeft aan dat sommige begeleiders niet altijd weten hoe ze moeten werken met de aantrekhulp

voor de steunkousen, maar dat ze blij is dat begeleiders regelmatig een cursus volgen om die kwaliteiten te optimaliseren.

§4.3.2 Beschikbaarheid

Hoeveelheid zorg

Alle cliënten die individuele begeleiding ontvangen, geven dat de hoeveelheid zorg die zij ontvangen goed is. “De ene week heb ik meer begeleiding nodig dan de andere week, maar over het algemeen is de tijd ruim voldoende die er voor mij is”, geeft een cliënt aan. Bij de dagbestedingslocatie en woonzorglocaties wordt er anders gedacht over de beschikbaarheid en de tijdigheid van de geboden zorg. Bij de dagbestedingslocatie is er niet altijd hulp wanneer dit nodig is. Drie van de vier cliënten delen dezelfde mening hierover. Een cliënt vertelt het volgende: “Als ik hulp nodig ben met iets, moet ik vaak lang wachten.” Een cliënt die meer tevreden is, vertelt over haar mening over de beschikbaarheid van de zorg: “Ik ben gewoon tevreden over hoe het gaat. Als ik iets nodig heb, wordt het me aangereikt en dan doe ik het ook wel zelf verder, daar heb ik geen hulp bij nodig.” Een cliënt van de woonlocatie vertelt dat ze tevreden is over de hoeveelheid zorg die gepland staat, maar dat ze het jammer vindt dat er naast de geplande zorg niet veel extra’s kan. Alle vier andere cliënten benoemen dit ook. Een cliënt vertelt: “Nu ik weer meer hulp nodig ben omdat ik lichamelijk erg achteruit ga, is er eigenlijk geen extra tijd voor mij. Dat past niet in hun schema.” Over de kwaliteit van de beschikbaarheid van de zorg toen de cliënten nog geen contact hadden met InteraktContour, geeft de gehele onderzoeksdoelgroep aan dat zij snel werden geholpen door InteraktContour om hun zorg vorm te kunnen geven toen zij hulp nodig bleken te hebben na hun hersenletsel.

Meebeslissen

Vier van de vijf cliënten van de woonlocatie geven aan dat zij niet kunnen afwijken van de geplande zorg wanneer zij dat wel zouden willen. “Best wel heel slecht, er is heel veel geplande zorg, en ongeplande zorg kan er eigenlijk nooit tussen. Wil ik een keer eerder op bed omdat ik best wel veel pijn heb, dan kan dat soms gewoon helemaal niet. Omdat ze dan op bepaalde dagen zo vol zitten met de zorg, dat ongepland er weer niet tussen past.” Een andere cliënt geeft aan: “Als je het van te voren weet, dan kan er best worden geschoven met de zorg. Maar niet zo kort van tevoren, maar dat is ook logisch.” De cliënten van de individuele begeleiding hebben het idee dat er meestal kan worden meebeslist over wanneer men de zorg wil ontvangen. Een cliënt vertelt: “Mijn begeleider is heel flexibel als ik een keer niet kan. Misschien zou ik wel wat vaker in de week begeleiding willen in plaats van een keer, maar ik snap dat mijn begeleider het ook druk heeft en dat dat niet kan.” Alle cliënten van de dagbesteding hebben niet veel te maken met vaste afspraken, maar wanneer het wel voorkomt, kunnen zij wel meebeslissen over wanneer deze afspraken kunnen plaatsvinden. Een cliënt geeft aan: “Ik heb niet zo vaak een afspraak met een begeleider. Maar als het wel eens zover komt, dan kan ik best aangeven wanneer het mij het beste uitkomt.”

Afwezigheid vaste begeleider

Hoe het geregeld is wanneer de vaste begeleider afwezig is, hebben de cliënten van de woonzorglocatie en de dagbestedingslocatie een andere mening dan die van cliënten die individuele begeleiding ontvangen. De cliënten van individuele begeleiding geven aan dat de begeleiding altijd beschikbaar is, behalve in het weekend of vakanties. Dan wordt altijd gezorgd voor vervanging. En als er echt dringende zaken zijn, kan er gebeld worden met de begeleiding: “Als ik dan wat heb waarvan ik denk, tja dat kan toch niet wachten tot donderdag, dan kan ik altijd bellen, dat vind ik heel fijn.” De cliënten van de dagbestedingslocatie geven aan dat zij niet weten hoe het geregeld is als hun vaste begeleider afwezig is, maar geven wel aan dat zij altijd wel bij andere begeleiders terecht kunnen. De cliënten van de woonzorglocatie vertellen dat, wanneer hun vaste begeleider afwezig is, er een schaduwbegeleider bestaat. Degene die de schaduwbegeleider is, neemt dan de zaken waar die normaal de vaste begeleider zou doen. Twee van de vijf cliënten geven aan dat zij daar geen goede ervaringen mee hebben gehad. Een cliënt vertelt: “Nu mijn PO’er op vakantie is, schijnt niemand te weten wie het dan moet doen, en wordt door iedereen maar wat gedaan, maar communiceren ze helemaal niet met elkaar.” De ander geeft aan: “Degene die het zou overnemen was ook maar een dag van de week aanwezig dus die kon alsnog niks betekenen. Toen heb ik maar andere begeleiders gevraagd, dat lukte gelukkig wel.”

§4.3.3 Cliëntgerichtheid

Gelijkheid

Alle cliënten van de individuele begeleiding vertellen dat zij zich gelijkwaardig voelen aan hun begeleiders. Een cliënt geeft aan: "Ik mag zijn wie ik ben, en mijn begeleider doet zich niet beter voor dan dat hij is. Dat vind ik erg belangrijk, anders was ik niet zo open geweest." Een andere cliënt vertelt dat hij soms wel onzeker wordt van de deskundigheid van de begeleider en dat hij dan met de neus op de feiten wordt gedrukt dat hij niet alles meer kan: "Maar mijn begeleider respecteert mij en behandelt me wel met respect gelukkig." De volgende cliënt vertelt dat hij het soms wel jammer vindt dat er niet meer begeleiders zijn van zijn leeftijd, en mist soms de aansluiting bij begeleiders. Volgens hem heeft dat wel invloed op de hechte relatie met de begeleiders, maar hij vertelt ook dat dit geen invloed heeft op hoe de begeleiders hem behandelen: "De kwaliteit van de begeleiding heeft op zich niet te maken met leeftijd, want dat is wel goed. Maar soms heb ik behoefte aan meer raakvlakken."

Vier van de vijf cliënten van de woonlocatie geven aan dat zij zich gelijkwaardig voelen aan de begeleiders. De vijfde cliënt vertelt: "Ze doen net alsof ze de wijsheid in pacht hebben en alles beter weten, laat ze alsjeblieft ander werk zoeken want dan ben je hier niet op de juiste plek!" Een cliënt van de dagbestedingslocatie heeft een soortgelijke mening over dit onderwerp: "Ik ben niks voor hun. Een speldje op de hoop." Andere cliënten van de dagbesteding geven aan dat ze zich wel gelijk voelen aan de begeleiders. Een cliënt vertelt: "Ze zijn goed voor me. Dat betekent soms dat ze dingen kunnen die ik niet meer kan, maar dat vind ik niet erg. Dat helpt me juist."

Eigen regie

De meeste cliënten van de individuele begeleiding, woonlocatie en dagbestedingslocatie geven aan dat ze worden gestimuleerd in hun eigen regie: "Ik moet zelf beslissen wat ik wil en wordt gestimuleerd om iets te doen wat ik nog niet zo vaak heb gedaan" en "Ik geef zelf aan wat ik nodig heb en mijn begeleider daagt me dan uit." Een cliënt van de woonlocatie geeft aan dat hij eigen regie wel een lastig onderwerp vindt: "Die eigen regie vind ik lastig. Ik wil wel zelfstandig zijn, maar merk ook dat ik bij heel veel hulp nodig heb. Dat is confronterend." Een andere cliënt van de woonlocatie geeft aan dat alles wordt bepaald voor hem en dat zijn leven wordt verpest door de begeleiders. Hij zegt dat hij niks te maken wil hebben met de begeleiding, maar dat hij niet anders kan omdat hij afhankelijk is van InteraktContour om een woonplek te hebben.

Betrokkenheid

Een cliënt van de individuele begeleiding geeft aan: "Als er iets met mij aan de hand is, ziet hij het meteen." Daarnaast geven zes van de negen cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie aan dat zij de hoeveelheid betrokkenheid goed vinden. "Als ik niet lekker in mijn vel zit, kan ik mijn verhaal kwijt. Dit doe ik niet bij iedereen, maar ik heb daar zo mijn eigen persoonsjes voor." Een cliënt van de dagbestedingslocatie die minder tevreden is vertelt: "Ze geven mij geen aandacht. Ze negeren mij. Dat doen ze expres." Een andere cliënt geeft aan dat de begeleiders doen wat ze moeten doen, maar verder geen betrokkenheid laten zien of laten zien dat de cliënt belangrijk is. Een cliënt van de woonlocatie geeft aan dat dat betrokkenheid soms een beetje teveel is: "Soms is er wel heel veel bemoeienis van begeleiders. Bijvoorbeeld als ik een afspraak heb, dan wordt er wel tien keer van te voren gezegd dat ik die afspraak heb zodat ik hem niet vergeet, en daarna tien keer gevraagd hoe het was. Dat is niet fijn."

§4.3.4 Afstemming

Ingaan op behoeftes en wensen

Alle vijf cliënten die individuele begeleiding ontvangen geven aan dat zij blij zijn met de afstemming van begeleiding. Een cliënt vertelt: "Ze doet alleen wat ik wil, maar ze weet ook als er iets gedaan moet worden wat ik misschien niet zo graag wil. Dan denk ik achteraf: het was toch wel goed." Van de woonlocatie en dagbestedingslocatie geven zeven van de negen cliënten aan dat de afstemming goed is. "Ik kan goed overleggen wat ik wil en hier luisteren ze goed naar", vertelt een cliënt. Een andere cliënt geeft aan: "In het begin was het een beetje puzzelen over waar ik begeleiding in nodig heb, maar ze hebben goed naar me gekeken dus nu weten ze precies wat ik wil, kan en niet meer kan." Een cliënt die minder tevreden is over

dit onderwerp vertelt: "Ze weten niet eens wat mij bezig houdt, dus laat staan dat ze zich daarop aanpassen."

Kwaliteiten van begeleiders

De vijf cliënten van de individuele begeleiding vertellen dat de kwaliteiten van hun begeleiders goed zijn. Een cliënt vertelt dat het soms verschilt per begeleider hoe de relatie is, maar dat alle begeleiders die hij gehad heeft goede kwaliteiten hebben om hem te kunnen begeleiden. Een cliënt van de woonlocatie vertelt: "Ze kunnen me goed helpen en ik heb veel aan ze. Zonder hen zou ik hier niet kunnen wonen." De andere drie cliënten van de woonlocatie geven ook aan dat de kwaliteiten van de begeleiders goed zijn of voldoen. De vijfde vertelt: "Ze horen hier niet thuis, laat ze lekker ergens anders werken, want hier zijn ze niet gewenst. Allemaal niet." De cliënten van de dagbestedingslocatie geven aan dat de kwaliteiten van de begeleiders voldoen aan hun verwachtingen. "Je weet van sommige dat ze het gewoon kunnen. Dat is fijn." vertelt een cliënt. Een andere cliënt geeft aan dat de kwaliteiten van de begeleiders misschien wel goed zijn, maar niet wanneer ze haar helpen: "Ik merk er niks van tenminste."

§4.3.5 Doeltreffendheid

Passende doelen en zinvolle begeleiding

De cliënten van de individuele begeleiding hebben het idee dat de zorg die zij ontvangen zinvol is en dat zij goed kunnen werken aan hun doelen die zijn opgesteld in het zorgplan. Alle cliënten van de woonzorglocatie vertellen dat zij niet op de hoogte zijn van hun doelen, of er niet actief mee aan het werk zijn. Wel geven vier van de vijf cliënten aan dat de zorg die zij ontvangen in meerdere of mindere mate zinvol is. Een cliënt benoemt dat de tijd die er is, zinvol besteed wordt, maar dat er wel behoefte is aan meer tijd: "Maar kwantiteit is ook niet alles, hoor. Stel dat er heel veel tijd is voor ons, maar er wordt daarin niks gedaan, dan heb je toch ook niks. Dan liever minder tijd die goed is, dan meer tijd die slecht is." Een andere cliënt van de woonzorglocatie geeft aan dat hij niet op de hoogte is van doelen en de zorg die hij ontvangt niet zinvol is omdat de begeleiding niet luistert naar zijn behoeftes. Daarnaast is een van de vier cliënten van de dagbestedingslocatie op de hoogte van zijn doelen, en werkt hier ook actief mee. De andere cliënten van de dagbestedingslocatie geven wel aan dat zij weten dat de doelen bestaan, maar dat zij hier niet bewust actief mee aan het werk zijn. "Ja, er zijn doelen, maarja, dat zijn doelen, en dat is het. Er moet iets op papier staan, maar ik ben er helemaal niet mee bezig. Ik werk gewoon. Volgens mij is een doel dat ik zelfstandig werk, nou, dat doe ik. Doel geslaagd", vertelt een cliënt van de dagbestedingslocatie.

Vraaggestuurde zorg

"Als ik een vraag heb, kan ik altijd bellen." vertelt een cliënt van de individuele begeleiding. Alle cliënten van de individuele begeleiding sluiten zich hierbij aan. Daarnaast hebben zij het idee dat de hulpvraag die zij hebben, goed beantwoord wordt. De zorg wordt aangepast op hun niveau en wat zij aankunnen: "Soms lukt het me niet om dingen voor elkaar te krijgen, maar dat is dan niet erg." Vier van de vijf cliënten van de woonlocatie geven aan dat de zorg op een juiste manier wordt vormgegeven: "Ik heb wel het idee dat de begeleiders weten wat ik nodig heb." Drie van de vier cliënten van de dagbestedingslocatie zijn het met deze mening eens, maar een andere cliënt vertelt: "Toen ik hier voor het eerst kwam, is er helemaal niet aan mij gevraagd wat ik wilde gaan doen. Ze hebben mij in een hoekje gezet en gezegd wat ik moest doen. Nou mooi is dat."

§4.3.6 NAH en psychische problemen

De onderzoeker heeft naast de kwaliteit van de zorg ook gevraagd naar hoe de cliënten omgaan met hun psychische problemen, wat zij hierin nodig hebben en hoe zij worden begeleid. Sommige cliënten wilden hier niet veel over kwijt of vertelden dat zij geen last hebben van dergelijke problemen. Drie cliënten vertellen over hun problemen en hoe zij hierbij begeleid worden.

"Ik heb last van stemmingswisselingen. Nu gaat het weer een poos goed, maar er zijn ook weken dat ik me heel slecht voel en dan ben ik het liefste dood. Je moet dan iemand hebben die dat ziet en weet hoe die er mee moet omgaan. Gelukkig kunnen ze dat hier wel. Ik krijg veel steun van mijn begeleiders. Ja ook wanneer het goed gaat hoor, want dan kan ik de hele wereld aan en wil ik veel te veel tegelijk doen. Ze weten dan

goed hoe ze me moeten aanpakken, dan heb ik een rem nodig en overzicht. Daar zijn ze wel goed in, structuur bieden. Dat heb ik nodig. Dan gaat het langzamerhand weer wat beter zodat ik weer mezelf ben.”

“Soms word ik heel boos. Dat is mijn fout, ik ben stom bezig. Dan loop ik weg, of ze zeggen dat ik weg moet. Daar luister ik dan naar en ga ik naar mijn kamer. Dan word ik weer rustig. Dan ga ik weer terug en is het weer goed.”

“Ja ik voel me vaak wel depri. Vooral in de winter, als de zon niet schijnt. In de zomer voel ik me beter, ken je dat liedje, alles ziet er anders uit als de zon schijnt? Nou zo is het ook. Alles ziet er beter uit als de zon schijnt. Dus in de winter als het zo donker en koud is heb ik nergens zin aan. Ik heb ook weinig vrienden en vervel me vaak. Niet dat ik het niet druk heb, want ik heb dagbesteding en vrijwilligerswerk. Maar ik wil zo graag iets doen voor een ander, iets waar ik me nuttig voel. Als ik dat niet heb, zit ik in de put. Ze helpen me hier dan om mijn gevoelens op te schrijven. Ik kan ook wel eens heel boos worden, dan schreeuw ik tegen een begeleider, terwijl die er misschien niks aan kan doen. Dan bied ik ook wel weer mijn excuses aan hoor. Zal dat bij me horen? Dat ik dan zo ineens heel boos kan zijn? Mijn PO'er helpt me om minder boos te zijn door een gevoelskalender. Die moet ik dan invullen zodat ik weet hoe het komt dat ik boos word of me down voel. Maar ik ben niet zo goed in dingen invullen, dan vergeet ik het weer. Maar ze doen wel hun best om mij te begrijpen en te helpen. Daar ben ik blij mee. Ik wilde vroeger eigenlijk wel alles zelf doen, een eigen huis, maar ik kom er steeds meer achter dat dat niet meer lukt. Ook niet omdat ik in een rolstoel zit, maar vooral omdat ik bij veel dingen hulp nodig heb. Het is niet leuk, maar ik moet het accepteren.”

§4.3.6 Cijfers

Aan het eind van de interviews is de cliënten gevraagd om een cijfer aan de zorg van InteraktContour te geven. In tabel 2 zijn deze cijfers weergegeven. Over een gemiddelde van deze cijfers kan moeilijk een uitspraak over gedaan worden maar is ter illustratie toch weergegeven. Omdat er twee cijfers beduidend lager zijn dan de rest, schiet het gemiddelde erg omlaag. De rest van de cijfers zijn net onvoldoende, voldoende of ruim voldoende.

Tabel 2

Cijfers van cliënten aan InteraktContour

	Cijfer	Gemiddelde
Individuele begeleiding	7, 8, 8, 8 en een 7	7,6
Dagbestedingslocatie	8, 7, 7 en een 1	5,8
Woonlocatie	6, 0, 7, 5 en een 8,5	5,3

Suggesties om deze cijfers te verbeteren van de individuele begeleiding zijn onder andere het beter verdelen van de tijd zodat er meerdere begeleidingsmomenten zijn in de week in plaats van een lange afspraak, uitbreiding van taken van begeleiders zodat zij ook mee kunnen gaan naar externe afspraken in plaats van dat het netwerk dit moet doen, en een suggestie dat InteraktContour meer mensen moet aannemen die dezelfde leeftijd hebben als de cliënten. De cliënten van de dagbestedingslocatie gaven als suggesties om onder andere meer begeleiders van InteraktContour op de werkvloer in te zetten zodat er meer aandacht en tijd kan worden gegeven aan cliënten. Daarnaast geeft een cliënt aan dat er minder discriminatie van huidskleur zou moeten zijn. Suggesties die cliënten gaven van de woonlocatie om het cijfer te verbeteren zijn: minder bemoeienis van begeleiders naar cliënten, meer spontane activiteiten met begeleiders en cliënten, meer flexibiliteit van begeleiders, groepsmomenten anders indelen zodat er minder confrontaties met medecliënten zijn, meer tijd voor ongeplande zorg (onder andere door minder computerwerk voor begeleiders) en betere communicatie tussen begeleiders.

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek weergegeven per construct. Daarna wordt de discussie beschreven en vervolgens zijn er diverse aanbevelingen gedaan.

§5.1 Conclusie

§5.1.1 Veiligheid

Met de eerste deelvraag is onderzocht hoe veilig de cliënt zich voelt binnen de geboden zorg. Over het algemeen voelt de cliënt zich veilig wanneer er binnen zijn eigen omgeving zorg wordt geboden. Van Houten- van den Bosch (1999) zegt in een onderzoek dat mensen met een verstandelijke beperking met betrekking tot aspecten van de woonsituatie te zien is dat ongeveer 80% zich altijd tot bijna altijd veilig voelt in zijn/haar woning. De cliënten van InteraktContour voelen zich dus veiliger in hun eigen omgeving dan mensen met een verstandelijke beperking.

Daarnaast voelt de meerderheid van de onderzoeksdoelgroep zich niet altijd even veilig in een gezamenlijke ruimte waar meerdere medecliënten aanwezig zijn. Zij geven aan dat dat vooral te maken heeft met het agressieve en/of onvoorspelbare gedrag van de medecliënten. Palm (2005) schrijft over agressie als een van de veel voorkomende gevolgen van traumatisch hersenletsel, en wat dat teweeg kan brengen bij omstanders. De agressie is volgens Palm (2005) zelden persoonlijk gericht, maar kan wel heel heftig zijn en kunnen gevoelens van bedreiging oproepen.

De cliënten geven allemaal aan dat de relatie met de vaste begeleider goed is. Het zou goed kunnen dat dit te maken heeft met de mate van veiligheid die de cliënten ervaren in hun eigen omgeving. De cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie hebben naast hun vaste begeleider ook te maken met andere begeleiders. Zij geven aan dat de relatie met andere begeleiders verschilt per persoon, maar ze zijn van mening dat dat niet erg is of dat deze relatie nog moet groeien. Embregts (2011) zegt dat de kwaliteit van de zorg in zijn meest wezenlijke vorm plaatsvindt in een betekenisvolle, goede relatie tussen de cliënt en hulpverlener. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid ook verband met hoe de cliënten de betrouwbaarheid van de begeleiders ervaren. De meerderheid geeft aan dat zij hun begeleider betrouwbaar vinden en dat zij vertrouwen op de deskundigheid van de begeleider. Alle cliënten zijn van mening dat de begeleiders goed omgaan met de eigenschappen van de cliënten en de meeste cliënten zeggen dat de begeleiders goed weten hoe zij moeten omgaan met apparatuur of hulpmiddelen.

§5.1.2 Beschikbaarheid

Er is onderzocht hoe tevreden de cliënt is over de beschikbaarheid en tijdigheid van de geboden zorg. De cliënten die individuele begeleiding ontvangen van InteraktContour zijn van mening dat de hoeveelheid zorg en beschikbaarheid van de begeleiders goed is. De meerderheid van de cliënten van de dagbestedingslocatie en de woonlocatie geven aan dat er niet altijd hulp is als zij dit nodig achten. Volgens Mistiaen en Delnoij (2003) klagen veel ook cliënten zowel in thuiszorg, als in verpleeg- en verzorgingstehuizen over een tekort aan zorg en kunnen bewoners vaak moeilijk hun eigen dagritme bepalen. De cliënten van de woonlocatie hebben net als deze cliënten een aantal keer benoemd dat zij zelf niet kunnen bepalen wanneer zij zorg ontvangen, de geplande zorg moeilijk kan worden opgeschoven of kan worden veranderd en dat er nauwelijks tijd is voor ongeplande zorg. De cliënten van de individuele begeleiding geven aan dat er in hun begeleiding wel kan worden meebeslist wanneer ze begeleiding willen ontvangen. Ook geven zij aan dat wanneer de vaste begeleider afwezig is er altijd gezorgd wordt voor vervanging. De cliënten van de dagbestedingslocatie geven aan niet te weten hoe het is geregeld als de vaste begeleider afwezig is. Dit komt waarschijnlijk doordat de cliënten ook hebben aangegeven niet veel contact met hun vaste begeleider is. Zij geven daarnaast aan dat zij wel altijd bij andere begeleiders terecht kunnen als er iets is. De cliënten van de woonlocatie weten wel dat er een schaduwbegeleider bestaat als de vaste begeleider afwezig is, maar de minderheid heeft hier niet altijd even goede ervaringen mee gehad. Dit heeft volgens hen vooral te maken met de communicatie tussen de begeleiders.

§5.1.3 Cliëntgerichtheid

Vervolgens werd er bij de derde deelvraag onderzocht in hoeverre de cliënt zich centraal gesteld voelt in de geboden zorg. De meningen over dit onderwerp zijn verdeeld. De cliënten van de individuele begeleiding zijn tevreden over de betrokkenheid van de begeleiders en hebben het idee dat de zorg die zij krijgen om hen draait. Deze mening wordt gedeeld door een aantal cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie, maar daarnaast geven twee cliënten aan dat zij zich niet gehoord voelen en dat de begeleiders niet betrokken zijn bij hun belevingswereld. Dat er soms negatief gesproken werd over het centraal gesteld voelen in de geboden zorg, is wel te verklaren. Schoot (2007) zegt dat de ervaringen van zorgverleners met cliëntgecentreerde zorg duidelijk maakt dat zorgverleners spanningsvelden ervaren tussen enerzijds het tegemoet komen aan wat de cliënt wil, en anderzijds andere rollen en verantwoordelijkheden die van hen verwacht worden. Het centraal stellen van de cliënt wil niet zeggen dat de vraag van de cliënt altijd letterlijk genomen moet worden. De vraag kan irreëel zijn of gevormd worden door een verkeerde consumptieve houding (Graste & Bauduin, 2000). De meerderheid geeft aan dat zij zich gelijkwaardig voelen aan hun begeleiders en zijn van mening dat zij worden gestimuleerd om eigen regie te nemen in hun begeleiding. Dit staat echter niet in verhouding tot de manier waarop de cliënten de beschikbaarheid van de zorg ervaren, omdat de meerderheid de ervaring heeft dat men niet kan meebeslissen over wanneer met zorg ontvangt. De eigen regie heeft dan ook vooral te maken met de manier waarop men de zorg wil vormgeven, niet wanneer zij de zorg ontvangen.

§5.1.4 Afstemming

Voor deelvraag 4 is er onderzocht of men tevreden is over de afstemming van de zorg op de behoeftes van de cliënt. Van Busschbach en Wiersma (1999) onderzochten een populatie van circa 700 chronisch psychiatrische patiënten. De meerderheid van de onderzochten gaven aan een of meer onvervulde zorgbehoeften te hebben. De meerderheid van de cliënten van InteraktContour geven aan dat de zorg juist wel goed is afgestemd op hun zorgbehoeften. Zij geven aan dat zij de samenwerking met de begeleiders als goed ervaren en zij kunnen meebeslissen over hoe de begeleiding eruit moet komen te zien. Twee van de 14 cliënten delen deze mening niet. Zij hebben het idee dat alles voor hen beslist wordt en zij hier niet in kunnen of mogen meedenken. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de manier waarop de cliëntgerichtheid wordt ervaren door deze cliënten.

De kwaliteiten van de begeleiders wordt ook door de meerderheid van de cliënten als goed ervaren. Zij geven aan dat het per begeleider verschilt in hoeverre zij de kwaliteiten bezitten om op een juiste manier de zorg vorm te geven, maar zijn van mening dat het over het algemeen goed is gesteld met de kwaliteiten. Wederom zijn twee van de 14 cliënten minder tevreden over de kwaliteiten van de begeleiders.

§5.1.5 Doeltreffendheid

Voor de laatste deelvraag is er onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid van de zorg. Busschbach en Wiersma (1999) zeggen dat de chronisch psychiatrische patiënten die zij hebben onderzocht matig tevreden zijn over de hen geboden zorg, vooral over de doeltreffendheid van de behandeling. Dit komt niet overeen met dit huidige onderzoek. De meeste cliënten van InteraktContour geven aan dat de tijd die er is voor de cliënt, over het algemeen nuttig en zinvol wordt besteed en van goede kwaliteit is. Daarnaast geven de cliënten die individuele begeleiding ontvangen van InteraktContour aan dat zij tevreden zijn over de opgestelde doelen in het zorgplan, en dat zij actief werken aan deze doelen. Wat opvalt is dat de cliënten van de dagbestedingslocatie en de woonlocatie niet of nauwelijks op de hoogte zijn van hun doelen en daar niet actief mee bezig zijn, of wel op de hoogte zijn van hun doelen maar daar niet actief mee bezig zijn. Daartegenover staat het feit dat de meerderheid van mening is dat de zorg goed wordt vormgegeven aan de hand van hun hulpvraag en dus deze doelen wel worden behaald.

§5.1.6 Beantwoording van de hoofdvraag

De hoofdvraag die is opgesteld voorafgaand aan dit onderzoek luidt als volgt: "Wat vinden mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen, die binnen InteraktContour zorg ontvangen, van de kwaliteit van de zorg die hen wordt geboden?"

Op basis van de resultaten van hoofdstuk 4 en de conclusies kan worden gesteld dat de meerderheid van de cliënten tevreden is over de kwaliteit van de zorg. Alle cliënten van de individuele begeleiding geven aan tevreden te zijn over de kwaliteit van de begeleiding. Dit kan worden verklaard door de hoeveelheid zorg die de meeste cliënten nodig hebben wanneer zij individuele begeleiding ontvangen. Meestal is een begeleider een keer per week of, wanneer dit nodig is, een keer vaker aanwezig. Cliënten van de dagbestedingslocatie en woonlocatie hebben vaker en intensiever contact met de begeleiding. Zij zijn af en toe minder tevreden, maar de meerderheid geeft InteraktContour een voldoende. Wat echter opvalt, is dat twee cliënten bijzonder ontevreden zijn over de zorg van InteraktContour.

Naast de kwaliteit van de zorg zijn er ook uitspraken gedaan over de psychische problemen van de cliënten en hoe zij hierin begeleid worden. De cliënten die erover wilden spreken, vertelden dat zij op een goede manier geholpen worden om hun problemen onder controle te krijgen of te houden. Andere cliënten wilden er weinig over kwijt, of vertelden geen psychische problemen te hebben naast de kenmerkende gevolgen van het hersenletsel.

§5.2 Discussie

Twee van de 14 cliënten geven de kwaliteit van de zorg een 0 en een 1 als cijfer. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat de onderzoeksdoelgroep niet alleen niet-aangeboren hersenletsel heeft, maar ook last heeft van psychische problemen. Dit zou de beoordeling van de zorg kunnen beïnvloeden. Het zou kunnen zijn dat deze cliënten meer klachten ervaren van hun psychische problemen en dat zij een onderliggende hulpvraag hebben welke niet op een juiste manier beantwoord kan worden. Een medestudent van de onderzoeker heeft onderzoek gedaan naar de wijze waarop goede zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychiatrische problematiek kan worden vormgegeven. Zij heeft geconcludeerd dat professionals in de woonzorg zich niet voldoende bekwaam voelen om de zorg rondom cliënten met NAH en psychiatrische problematiek vorm te kunnen geven. Er is een duidelijke vraag van deze professionals om meer kennis te vergaren over deze, steeds groter wordende, doelgroep. Dit kan de negativiteit van de twee cliënten verklaren. Anderzijds valt het op dat de rest van de cliënten dus geen of weinig hinder lijken te ondervinden van deze, naar eigen zeggen, onbekwaamheid van professionals.

§5.2.1 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bij kwalitatief onderzoek op een andere manier gewaarborgd dan in kwantitatief onderzoek omdat het gaat om de beleving van specifieke personen. Het kan per moment verschillen hoe deze beleving wordt geïnterpreteerd (Verhoeven, 2010). Wat ook meespeelt, is dat kwalitatief interviewen een intermenselijk contact is waarbij improvisatie een grote rol speelt. Iedere cliënt die heeft meegewerkt aan dit onderzoek antwoordde op een andere manier, wat veel flexibiliteit van de onderzoeker heeft gevraagd. Teveel aanwijzingen door middel van uitgewerkte voorbeelden zouden dan eerder verlamdend werken en de creativiteit van de onderzoeker de das om kunnen doen (Evers, 2015). In dit onderzoek kan er door de interviewer voorbeelden zijn gegeven waardoor de geïnterviewde een vertekend beeld zou kunnen geven van de werkelijkheid. Wanneer een cliënt een vraag niet begreep of niet goed kon beantwoorden, heeft de onderzoeker soms voorbeelden gegeven van hoe de kwaliteit van de zorg eruit zou kunnen zien. Dit heeft misschien geleid tot suggesties voor de cliënt. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben beïnvloed.

Een ander nadeel van kwalitatief onderzoek doen, zoals eerder benoemd in hoofdstuk 3, is de vraag in hoeverre toevallige kenmerken van de specifieke doelgroep de resultaten kleuren (Baarda, et al., 2013). De onderzoeker is alleen in gesprek gegaan met mensen zonder (forse) afasie, terwijl deze cliënt wel tot de doelgroep in het algemeen behoort. Zo kan de onderzoeker moeilijk uitspraken doen over de specifieke doelgroep die in het onderzoek betrokken is. Dit heeft invloed op de validiteit van het onderzoek. Omdat de resultaten niet geheel generaliseerbaar zijn. Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van geluidsopnames tijdens de interviews. Zo heeft de onderzoeker aan de hand van deze geluidsopnames gebruik kunnen maken van transcripten, waarna de onderzoeker op een juiste manier heeft kunnen coderen doordat de geluidsopnames teruggeluisterd konden worden. Doordat

er gebruik gemaakt is van semi-gestructureerde interviews is de bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. Het is goed mogelijk om dit onderzoek te herhalen, door het gebruik van hetzelfde interview. Wel is het interview een aantal keer off-topic geraakt, wat de kans op dezelfde resultaten bij hetzelfde interview kleiner maakt.

Nog een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat 10 van de 14 cliënten de onderzoeker al langer kenden. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat deze cliënten meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven dan de andere cliënten. Al zou sociaal wenselijk gedrag ook een aspect kunnen zijn geweest bij meerdere cliënten. Dit kan de validiteit van het onderzoek hebben aangetast. Het zou ook mogelijk kunnen zijn dat de cliënten waarmee de onderzoeker al bekend was, meer open durfden te spreken omdat er een zekere mate van vertrouwen aanwezig was. Een feit blijft dat de bekendheid van onderzoeker en cliënt van beïnvloeding kan zijn geweest op de antwoorden van de cliënt.

Naast de beperkingen tijdens de interviews, is er ook een beperking van het onderzoek die voor de interviews heeft plaatsgevonden. Tijdens het selecteren van de onderzoeksdoelgroep heeft de onderzoeker informatie ingewonnen bij de begeleiders van de verschillende locaties. De onderzoeker heeft gevraagd of er cliënten in hun locatie begeleiding krijgen die aan de criteria zouden voldoen. De begeleiders hebben daarna een aantal suggesties gedaan van cliënten die volgens hen aan de criteria zouden voldoen en die eventueel wel mee zouden willen werken aan het onderzoek. Echter, deze beoordeling van de begeleiders is relatief, omdat het bij de onderzoeksdoelgroep niet gaat om gediagnosticeerde psychische problemen die zijn opgenomen in het zorgplan. De begeleiders waren van mening dat deze cliënten zouden voldoen aan deze criteria, en dat van elke cliënt een doel is opgesteld in het zorgplan op basis van een psychisch probleem. Dit heeft de onderzoeker in het computersysteem gecheckt. Daarnaast is het belangrijk om te weten dat deze cliënten zijn aangedragen door de begeleiders, wat kan betekenen dat deze cliënten over het algemeen tevreden zouden kunnen zijn over de zorg. De begeleiders zouden deze cliënten kunnen hebben aangedragen om een positiever beeld te schetsen over de kwaliteit van de zorg. Dit heeft mogelijk de externe validiteit van het onderzoek aangetast.

Een belangrijk discussiepunt over dit onderzoek is of de conclusies niet hetzelfde zouden uitpakken bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel zonder psychische problemen. De meeste cliënten hebben weliswaar over hun psychische problemen in meerdere of mindere mate verteld, maar er kan worden getwijfeld aan het feit of de beoordeling van de kwaliteit van de zorg niet hetzelfde zou zijn geweest bij mensen die deze problemen niet ervaren. Dit kan zowel van toepassing zijn op de cliënten die zich erg positief hebben geuit als op de cliënten die zeer negatief waren. In vrijwel elk onderzoek zullen er cliënten zijn die op basis van hun mening uitschieters laten zien. Het is echter in dit onderzoek de vraag of deze beoordeling specifiek voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel in combinatie met psychische problemen zal gelden of dat het gegeneraliseerd kan worden naar de gehele doelgroep van mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

In het kwaliteitsrapport van InteraktContour (Stichting Interakt Contour Groep, 2014) is er kwantitatief onderzoek gedaan onder de woonlocaties van InteraktContour. Hier is een top 5 van sterke punten en aandachtspunten uitgekomen. Cliënten zijn het meest ontevreden over meepraten over veranderingen, informatie over veranderingen, rechten, voldoende tijd van medewerkers en maaltijden. De cliënten zijn het meest tevreden over afspraken over ondersteuning, veiligheid op de woonlocatie, de persoonlijk begeleider en privacy. Hier is te zien dat er aantal overeenkomsten zijn met dit huidige onderzoek, maar ook een aantal verschillen. Omdat het niet bekend is waar de onderwerpen precies over gaan, kunnen hier geen conclusies uit getrokken worden om de resultaten van het kwaliteitsrapport en dit onderzoek te vergelijken. In dit onderzoek is er bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen veiligheid in eigen omgeving en gezamenlijke ruimtes, terwijl in het kwaliteitsrapport alleen gesproken wordt over veiligheid op de woonlocatie. Het zou daarom goed zijn om een vervolgonderzoek te doen.

Alhoewel de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek op een andere manier kunnen worden gewaarborgd dan bij kwantitatief onderzoek, is de conceptuele bruikbaarheid van dit onderzoek wel gewaarborgd. Omdat er bij dit kwalitatieve onderzoek sprake is van evaluerende vraagstelling, is de

bruikbaarheid van het onderzoek een belangrijke onderzoekseis. Bruikbaarheid kan worden gezien als de mate waarin de kennis van het onderzoek bijdraagt tot verbetering van het nemen van beslissingen (Korzilius, 2000). De kennis die is opgedaan in dit onderzoek heeft kunnen bijdragen aan de vraag van de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft nu een duidelijker beeld van hoe de kwaliteit van de zorg van InteraktContour wordt ervaren door mensen met NAH en psychische problemen en deze kennis helpt om de kwaliteit te waarborgen en te verbeteren.

§5.3 Aanbevelingen

De vraag van de opdrachtgever 'Wat is de beleving van de cliënten van InteraktContour over de kwaliteit van de zorg die zowel NAH als psychische problemen hebben?' is beantwoord. Hoe deze zorg het beste kan worden vormgegeven, worden op basis van de suggesties van de cliënten een aantal aanbevelingen gedaan. Daarnaast heeft de onderzoeker een aantal conclusies getrokken waaruit aanbevelingen zijn geschreven.

Meer begeleiders op de werkvloer van dagbestedingslocaties en woonlocaties

Er is een duidelijke vraag vanuit de cliënten om meer tijd en aandacht. De cliënten zijn van mening dat er veel geplande zorg is, welke van goede kwaliteit is, maar dat er geen tijd is voor een gezellig praatje of een spontaan uitje. Daarnaast is er weinig tijd om naast de geplande zorg afspraken te maken of flexibel om te kunnen gaan met geplande zorg. Een aantal cliënten geven aan dat zij merken dat er weinig aandacht aan hen kan worden gegeven omdat de begeleiders het druk hebben. Dit kan worden opgelost door inzet van extra begeleiders op de werkvloer van dagbestedingslocaties en woonlocaties. Er zouden dan meer begeleiders op het aantal cliënten kunnen worden gezet zodat er meer tijd en aandacht kan worden gegeven aan de cliënten. Extra begeleiders in de individuele begeleiding lijkt (nog) niet nodig te zijn. De cliënten die individuele begeleiding ontvangen zijn tevreden over de hoeveelheid en de beschikbaarheid van de zorg.

Bovenstaande zal echter meer geld gaan kosten voor de organisatie, maar de onderzoeker is ervan overtuigd dat dit zich uiteindelijk zal gaan terugbetalen doordat cliënten dan meer tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg. Allereerst zouden er nieuwe vacatures moeten komen. Dit zou ook een vacature kunnen zijn voor een toegepast psycholoog. De onderzoeksdoelgroep is bekend bij een toegepast psycholoog en hij heeft een brede kennis van verschillende psychische stoornissen en/of problemen waardoor er gerichte zorg kan worden vormgegeven en daardoor een toevoeging kan zijn aan een team van begeleiders. Daarnaast beschikt een toegepast psycholoog over een brede kennis van gesprekstechnieken wat ten goede kan komen aan de kwaliteit van de begeleiding. Wanneer er meer begeleiders aanwezig zouden zijn op de werkvloer, zullen de suggesties van de cliënten ook kunnen aangepakt worden. Zo zouden er meer spontane activiteiten gecreëerd kunnen worden met begeleiders en cliënten, zijn begeleiders flexibeler in hun tijd en taken en zullen begeleiders beter met elkaar kunnen communiceren doordat er meer tijd zal zijn.

Wanneer de organisatie haar geld niet aan meer begeleiders zou willen besteden, zou zij wel meer tijd kunnen investeren in het werven van vrijwilligers. Vrijwilligers kunnen de aandacht schenken aan cliënten die dat missen, in de vorm van een uitje of andere activiteiten. Echter zijn vrijwilligers al jaren schaars en vrijwilligers zouden niet de ontevredenheid over de ongeplande zorg kunnen ondervangen. Dekker en De Hart (2011) wezen er in het jaar 2011 op dat er grote tekorten aan vrijwilligers kunnen ontstaan, vooral in de zorg. Deze worden veroorzaakt door de gestegen vraag en door problemen bij de matching van vraag en aanbod. Dit zal ook bij de doelgroep van dit onderzoek en eventuele vrijwilligers een probleem kunnen zijn omdat het gaat om mensen met NAH en psychische problematiek. Dit zou vrijwilligers ervan kunnen weerhouden om vrijwilligerswerk te gaan doen bij deze doelgroep.

Cliënten bewuster laten werken aan doelen

Het merendeel van de cliënten heeft aangegeven zich niet bewust te zijn dat er doelen bestaan en, wanneer zij hier wel bewust van zijn, niet actief werken aan doelen. Volgens Koekkoek (2011) ligt de nadruk op veel behandelvormen in de sociaal-psychiatrische begeleiding op uitgebreide diagnostiek door professionals en krijgen doelen veel minder aandacht. Zonder doelen leidt begeleiding echter vaak tot minder goede

resultaten en langduriger hulp. Nu is langdurige hulp bij NAH niet onontkoombaar, maar volgens Koekkoek (2011) is de begeleiding vaak richtingloos zonder duidelijke doelstellingen. Het lijkt de onderzoeker goed om de cliënten bewuster te laten werken met de opgestelde doelen. Dit zal de begeleiders helpen om gericht begeleiding te geven, en cliënten helpen om richting te geven aan hun leven. De onderzoeker heeft geïnformeerd bij InteraktContour hoe dit bij hen gedaan wordt. Bij aanvang van de zorg van een nieuwe cliënt worden er doelen opgesteld, soms later als hier behoefte is en deze doelen kunnen altijd worden bijgesteld. Vervolgens is het de bedoeling dat begeleiders op deze doelen rapporteren en de cliënt, waar mogelijk, op de hoogte stellen. Uit dit onderzoek is gebleken dat er bij de dagbestedingslocatie en woonlocatie weinig bewustwording is van doelen. Het lijkt de onderzoeker goed om alle cliënten, waar mogelijk, opnieuw bewust maken van deze doelen en waar nodig nieuwe doelen op te stellen. Daarnaast lijkt het goed om alle begeleiders erop te attenderen dat zij vervolgens rapporteren op deze doelen. Op deze manier kan de vaste begeleider deze doelen goed volgen en bespreken met de cliënt. Na enige tijd kan er dan geëvalueerd worden op deze doelen. Sommige doelen zullen altijd blijven bestaan, maar het zou ook goed mogelijk kunnen zijn dat er doelen kunnen worden afgestreept om vervolgens nieuwe doelen op te stellen. Zo kan er tijdens het hele zorgpad gericht zorg gegeven worden.

Groepsmomenten anders indelen

Een aantal cliënten hebben aangegeven zich niet altijd even veilig te voelen bij groepsmomenten waarbij medecliënten aanwezig zijn. De gevoelens van veiligheid zouden verbeterd kunnen worden door de groepsmomenten anders in te delen. Dit vraagt naar alle waarschijnlijkheid ook een andere indeling van de gezamenlijke ruimtes. Cliënten geven aan dat zij zich vooral minder veilig voelen wanneer er meerdere cliënten aan een tafel zitten. Dit kan worden opgelost door het gebruik van meerdere tafels met een eventuele scheidingswand, wanneer er niet meerdere ruimtes zijn waar gebruik kan worden gemaakt tijdens gezamenlijke momenten. Men zou ervoor kunnen kiezen om de aantallen van gezamenlijke momenten naar beneden te brengen, mits hier behoefte aan is. Hierdoor is er minder gelegenheid voor cliënten om spanningen te ervaren, wat naar alle waarschijnlijkheid ten goede zal komen aan de groeps sfeer. Het zou goed zijn om in gesprek te gaan met de cliënten over hoe zij dit graag zouden willen vormgeven, met adviezen van begeleiders. Na een proefperiode kan er geëvalueerd worden met begeleiders en cliënten over hoe deze indeling bevalt, en zo nodig kunnen er dingen worden aangepast.

Herhalen en uitbreiding van het onderzoek

Een vierde aanbeveling is om het onderzoek nogmaals uit te voeren over een jaar om te kunnen bekijken of de kwaliteit van de zorg anders wordt ervaren. Tevens kan daarbij gebruik worden gemaakt van uitbreiding van het onderzoek. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker een grotere steekproef kan nemen voor het kwalitatieve onderzoek, waardoor meerdere cliënten van de onderzoeksdoelgroep vertegenwoordigd worden. Daarnaast lijkt het goed om als onderzoeker kwalitatief onderzoek te doen bij cliënten die niet al bekend zijn met de onderzoeker. Hierdoor is er minder kans op sociaal wenselijk gedrag en kan het onderzoek meer onafhankelijk worden gedaan.

Ook zou het goed zijn om de onderzoeksdoelgroep te kunnen vergelijken met een controlegroep. Omdat er in dit onderzoek cliënten met niet-aangeboren hersenletsel in combinatie met psychische problemen zijn geïnterviewd en er hierbij vragen zijn ontstaan over generaliseerbaarheid, lijkt het goed om te kunnen controleren of de onderzoeksresultaten niet hetzelfde zouden uitpakken bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel zonder psychische problemen. Hierdoor kunnen er beter aanbevelingen worden gedaan gericht op deze specifieke doelgroep.

Daarnaast lijkt het de onderzoeker goed om naast kwalitatief onderzoek, ook kwantitatief onderzoek te laten doen bij een vervolg van dit onderzoek. De betrouwbaarheid kan dan worden verhoogd doordat er gebruik wordt gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt gedaan met meer dan een dataverzamelmethode (Verhoeven, 2010). Het kwantitatieve onderzoek kan voorafgaand aan het kwalitatieve onderzoek worden gebruikt zodat de onderwerpen die daarin voorkomen kunnen worden uitgediept.

Het vervolgonderzoek kan worden gedaan door een toegepaste psychologie student. Het is aan te raden om voor deze student te kiezen omdat hij beschikt over de benodigde kennis die nodig is om goed onderzoek te verrichten. Daarnaast heeft hij kennis van niet-aangeboren hersenletsel en psychische stoornissen en problemen. Ook beschikt de toegepaste psychologie student over de juiste gesprekstechnieken die ten goede kunnen komen van de gesprekken met cliënten. Het is belangrijk om dan dezelfde insteek te gebruiken als bij dit huidige onderzoek zodat er nog meer concrete aanbevelingen kunnen worden gedaan voor InteraktContour of andere zorginstellingen voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen. Zo kan de kwaliteit van de zorg goed blijven of verbeterd worden.

Literatuurlijst

- Abma, T.A. (2010). *Herinneringen en dromen van zeggenschap: Cliëntenparticipatie in de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 1 mei 2017 via <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/23987/Herinneringen%20en%20dromen%20van%20zeggenschap.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Arts, K., Schut, A. & Weijden, F. van der. (2013). Hersenletselklinieken: een bedreigde diersoort. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 1(3), 93-98.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de. & Peters, V. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Derde druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beeckmans, K. & Michiels, K. (2005). *Leven met een hoofdprobleem: Neuropsychologische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgever.
- Bouwer, J. (red.) & Haar, B. de. (2010). *Kwaliteit van zorg: Optimaal zonder levensbeschouwing?* Assen: Van Gorcum.
- Busschbach, J. van. & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie: een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio Noordoost en Oost Groningen, naar de prevalentie en aard van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven*. Groningen: Stichting GGZ Groningen.
- Campen, C. van., Kerkstra, A. & Taes, C.G.J. (1997). *Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten*. Utrecht: NIVEL.
- Cicerone, K., Levin, H., Malec, J., Stuss, D. & Whyte, J. (2006). Cognitive rehabilitation interventions for executive function: Moving from bench to bedside in patients traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18, 1212-1222.
- Cingel, C.J.M. van der. & Jukema, J.S. (2014). *Persoonsgerichte zorg: Praktijken van goede zorg voor ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dekker, P & Hart, J. de. (2011). *Vrijwilligerswerk in beweging*. Else Boss en Ronald Hetem: *Vrijwillige inzet onderzocht. Cahier 2011 (p.7-19)*. Utrecht: Movisie.
- De Nederlandse CVA-vereniging (2014). *Wat is een CVA?* Geraadpleegd op via <http://cva.vereniging.nl/pages/het-cva/wat-is-een-cva.php>
- Duin, C. van. & Stoeldraijer, L. (2014). *Bevolkingsprognose: 2014-2016: Groei door migratie*. Den Haag: Centraal Bureau voor Statistiek.
- Embregts, P. (2011). *Zien, bewogen worden, in beweging komen* (Inaugurele rede, Tilburg University). Geraadpleegd via www.rinozuid.nl/u/files/oratie-petri-embregts.pdf
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Gemert, G.H. van. & Minderaa, R.B. (2000). *Mensen met een verstandelijke handicap*. Geraadpleegd op 1 mei 2017 via <https://books.google.nl/books?id=6WSjjk89W8C&printsec=frontcover&dq=zorg+voor+mensen+met+een+verstandelijke+handicap>
- Graste, J. & Bauduin, D. (2000). *Waardenvol werk: Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum & Comp B.V.
- Hersenletsel-uitleg (2017). *Hersenletsel door neurodegeneratieve ziekte*. Geraadpleegd via <http://www.hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektebeelden/hersenletsel-bij-degeneratieve-ziekte-ms-parkinson-c-huntington>
- Hochstenbach, J.B.H. (1996). Het revalidatieprogramma vertoont nog een leemte: Psychosociale gevolgen van het CVA. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 1, 185.
- Houten- van den Bosch, E. J. van. (1999). *Gelukkig geïntegreerd: Onderzoek naar de kwaliteit van bestaan van mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

- InteraktContour (2015). *Over ons: kwaliteit*. Geraadpleegd op 3 februari 2017 via <https://www.interaktcontour.nl/over-ons/kwaliteit>
- Jolles, J. (1995). *Over de gevolgen van licht hersenletsel in het dagelijks leven*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Jurrius, K. (2015). *NA(H) - zorg op maat: Nieuwe evenwichten in de chronische zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en hun naasten*. Windesheimreeks Kennis en Onderzoek, 56. Almere: Windesheim Flevoland.
- Jurrius, K., Bax, K., Goes, I., & Hofstra, A. (2016). *Niet-aangeboren hersenletsel: oorzaken, gevolgen, signalen en zorg: Basisinformatie over niet-aangeboren hersenletsel voor aankomende wijkprofessionals en studenten in de zorg en hulpverlening*. Almere: Windesheim Flevoland.
- Kar, F. van de., Keijzerswaard, A. van. & Wel, T. van. (red) (2003). *Rehabilitatie: Dat is toch normaal?!* Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Keeken, P. van., Rood, B., Wester, M., Hermert-van der Poel, H., Hoff, H. & Kuks, J. (2010). *Zorg rondom neurologie: Handboek voor de verpleegkundige praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kernberg, O.F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham, Maryland; Rowman & Littlefield.
- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & Zandvoort, M. van. (2012). *Klinische Neuropsychologie* (Herz. ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Koekkoek, B. (2011). 6 Doelen opstellen en onderhandelen (deel 2). In *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding* (p. 99-112). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korzilius, H. (2000). *De kern van survey-onderzoek*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Kwaliteitsregister Individuele Gezondheidszorg (KIGZ) (2016). *Visie op kwaliteit en Gezondheid*. Geraadpleegd op 4 april 2017 via <https://www.kigz.nl/over-kigz/visie-op-kwaliteit>
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden (1999). *Verantwoorde zorg: Referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek*. Utrecht: Landelijke Organisatie Cliëntenraden.
- Lucassen, P.L.B.J. & olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Geraadpleegd op via https://books.google.nl/books?id=shdcCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=kwalitatief+onderzoek&hl=nl&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=interview&f=false
- Mast, J. & Tienhoven, P. van. (2015). *In voor beter, leven in vrijheid: In vrijheid beter leven, leven in vrijheid, beter leven, vrijheid, vrij: Eindpublicatie project Vilans*. Geraadpleegd via <http://www.vilans.nl/publicatie-in-voor-beter-leven-in-vrijheid.html>
- Maurits, E.E.M, Veer, A.J.E. de. & Francke, A.L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Geraadpleegd van Nivel op https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf
- Mistiaen, P. & Delnoij, D. (2003). 'Quick scan' *kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector*. Utrecht: NIVEL.
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) (2017). *Zichtbare Zorg*. Geraadpleegd op 4 april 2017 via <http://www.nfu.nl/thema/zichtbare-zorg/>
- NA(H) - zorg op maat (2016). *Welkom*. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via <http://www.nah-zorgopmaat.nl/>
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (2007). *Richtlijn: Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. Geraadpleegd via <https://www.nvvp.net/cms/streambin.aspx?documentid=703>
- Overbeek, R. van. (2002). *Vraagverheldering in relatie tot vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Utrecht: NIZW.
- Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel: Hulp bij een veranderd leven*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

- Ponds, R., Heugten, C. van., Fasotti, L. & Wekking, E. (2010) *Neuropsychologische behandelingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rosenthal, M., Griffith, E.R & Kreutzer, G.S. (1999). *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (3e ed.). Philadelphia: FA Davis Company.
- Schoot, T. (2007). Leren balanceren: Omgaan met spanningsvelden bij cliëntgecentreerde zorg. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 31: 82. doi:10.1007/BF03071679
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: W.W. Norton & Company
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2015). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg [Wet 407]*. Geraadpleegd via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2015-407.html>
- Stichting Interakt Contour Groep (2014). *Factsheet 2014 Stichting Interakt Contour Groep: Een raadpleging onder cliënten naar de kwaliteit van zorg en bestaan*. Geraadpleegd op via <https://www.interaktcontour.nl/application/elements/plugins/kcfinder/upload/files/Factsheet%202014%20InteraktContour%282%29.pdf>
- Stuurgroep Verantwoorde zorg (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg: Verpleging, Verzorging en Zorg thuis (langdurige en/of complexe zorg)*. Geraadpleegd op 6 mei 2017 via https://www.igz.nl/images/kwaliteitskader%20zorg_tcm294-3771827.pdf
- Transferpunt Vaardigheidsonderwijs (2001). *Coördinatie en continuïteit van zorg: Skillslab-serie voor verpleegkundige beroepsvaardigheden*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Vandermeulen, J.A.M., Derix, M.M.A., Avezaat, C.J.J., Mulder, Th. W. & Strien, J.W. van. (2016). *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen*. Derde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veer, A.J.E. de., Poortvliet, E.P. & Vogel, B. (2005). *Verzorgenden over kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen* (Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr. 7/8). Geraadpleegd op <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/artikel-TvZ-juli-2005.pdf>
- Verbeek, G. (2002). *Het spel van kwaliteit en zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Weijden, F. van der. & Lendermeijer, B. (2007). Hersenletsels over het hoofd gezien: diagnostische verwarring over mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de GGZ. *Psychopaxis, jaargang 2007*, 9(1), 17-23.
- Widdershoven, G. (2003). Regie over eigen leven: Een zorgethisch perspectief. *Ethiek & Maatschappij*, 6(2), 24-30.
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H. & Wilken, J. (2010). *Communicatie bij hersenletsel: Begrijpen wij elkaar?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanen, L. (2002). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum