



AANSLUITING VAN ORGANISATIE OP CLIËNT

*Een kwalitatief onderzoek naar belanghebbende factoren
die van invloed zijn voor mensen met een niet-aangeboren
hersenletsel bij de keuze van een dagbesteding te Almelo*

Abdul El Gharbouni – 335125 & Lara Huisman - 346918

Saxion Enschede
Academie Mens & Maatschappij

LP 9.2: Bachelor onderzoek

Abdul El Gharbouni – 335125

Lara Huisman – 346918

EMM4VJ

Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Docent: Leonie Slots

Toetscode: T.AMM.37555

Academie Mens & Maatschappij

Saxion, Enschede

Enschede, 2016

Voorwoord

Voor u ligt het bachelor onderzoek uit leerpakket 9.2. Het onderzoek is uitgevoerd bij de stichting InteraktContour locatie 't Knooppunt te Almelo. Dit onderzoek is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlening aan het Saxion te Enschede. Van september 2016 tot en met februari 2017 zijn wij bezig geweest met het schrijven van dit onderzoek. Samen met de docent van de Academie Mens en Maatschappij en begeleider Nathalie Siers van InteraktContour is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij de hoofdvraag van dit onderzoek is beantwoord.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Abdul El Gharbouni & Lara Huisman

12-6-2017, Hengelo

Het onderzoek samengevat

Het kiezen van een dagbesteding voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel kan veel met zich meebrengen, voor zowel de cliënt als de toekomstige organisatie waar de cliënt zich bij aansluit. Dit onderzoek richt zich op de factoren die cliënten belangrijk vinden bij het kiezen van een dagbesteding en met name specifiek gericht op InteraktContour dagbesteding 't Knooppunt, om in de toekomst eventueel het zorgtraject te kunnen verbeteren.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke belemmerende en bevorderende factoren meespelen bij het uitkiezen van een dagbesteding voor cliënten met een niet-aangeboren hersenletsel. Hiervoor is de volgende hoofdvraag opgesteld: *'Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het kiezen van een dagbesteding in Almelo door de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt en hoe kan InteraktContour hier beter op aansluiten?'*

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er een kwalitatief onderzoek verricht aan de hand van de volgende theoretische deelvragen:

1. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in de zorg bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel?
2. Wat is InteraktContour en wat bieden zij aan bij de dagbesteding?
3. Welke rol speelt de gemeente Almelo voor mensen met NAH?

En de volgende praktische deelvragen:

1. Welke factoren vinden de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt belangrijk bij het kiezen van een dagbesteding?
2. Welke factoren kunnen volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd worden?

Hierbij zijn cliënten van InteraktContour dagbesteding 't Knooppunt te Almelo geïnterviewd. De interviews zijn half-gestructureerd afgenomen.

Op basis van de resultaten komt naar voren dat cliënten het belangrijk vinden dat een zorginstelling de partner en/of familie goed opvangt. Ook is het van belang dat de instelling zich bewust is van de invloed van cliënten die al aanwezig zijn op de dagbesteding. Daarnaast vinden cliënten het belangrijk dat vast personeel veel persoonlijk contact zoekt met de cliënten en preventief moeten handelen. Ook een positieve benadering en een goede informatievoorziening naar cliënten toe is van belang. Tot slot vinden cliënten het belangrijk dat er een groot, divers en realistisch aanbod is van activiteiten.

Als InteraktContour locatie 't Knooppunt beter wil aansluiten bij bovenstaande resultaten zal het zich bewust moeten zijn van het feit dat potentiële cliënten door de gemoedstoestand bij de eerste kennismaking misschien nog niet helemaal klaar zijn om anderen te zien die een ernstige lichamelijke beperking hebben. Daarnaast is het van belang dat zij bewust actief in plaats van reactief te werk gaan, het contact met cliënten opzoeken is van groot belang. Ten slotte zal er gekeken moeten worden naar samenwerkingsverbanden om de cliënten optimaal een gepaste activiteit te faciliteren.

Inhoud

Inhoud	5
Hoofdstuk 1: Een inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling.....	8
1.2.1 Korte termijn doel	8
1.2.2 Lange termijn doel.....	8
1.3 Onderzoeksvraag.....	8
1.3.1 Hoofdvrage	8
1.3.2 Theoretische deelvragen	8
1.3.3 Praktische deelvragen	8
Hoofdstuk 2: Theoretische kader	9
2.1 Theoretische deelvraag 1	9
2.1.1 Niet-aangeboren hersenletsel.....	9
2.1.2 Factoren.....	10
2.2 Theoretische deelvraag 2	10
2.2.1 InteraktContour	11
2.2.2 Dagbesteding ‘t Knooppunt.....	11
De modules die worden aangeboden zijn:	12
2.3 Theoretische deelvraag 3	12
2.3.1 Wijkcoaches in Almelo	13
2.5 Conclusie theoretische deelvragen	13
2.5.1 Conclusie deelvraag 1.....	13
2.5.2 Conclusie deelvraag 2	14
2.5.3 Conclusie deelvraag 3.....	14
Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek	15
3.1 Type onderzoek	15
3.2 Onderzoeksvorm	15
3.3 Dataverzamelingsinstrument	15
3.4 Procedure	15
3.5 Analyse	16
3.6 Populatie en steekproef	16
3.7 Validiteit	17
3.8 Betrouwbaarheid.....	17
3.9 Ethische overwegingen	18
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	19

4.1 Praktische deelvraag 1	19
4.1.1. Individueel	19
4.1.3 Organisatorisch.....	20
4.1.4 Maatschappelijk/economisch	21
4.2 Praktische deelvraag 2	22
4.2.1 Verbetering factoren	22
Hoofdstuk 5 Conclusies	23
5.1 Conclusies deelvragen	23
5.1.1 Conclusie deelvraag 1.....	23
5.1.2 Conclusie deelvraag 2.....	23
5.2 Antwoord hoofdvraag	24
5.3 Aanbevelingen.....	24
Hoofdstuk 6: Sterkte/zwakte analyse	26
6.1 Tabel sterktes/zwaktes.....	26
6.2 Sterktes.....	26
6.3 Zwaktes.....	26
Hoofdstuk 7: Discussie	27
Afsluiting.....	31
Literatuurlijst	32
Bijlage 1. Interview vragen	35
Bijlage 2: Evaluatieformulier opdrachtgever.....	37
Bijlage 3: Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport	40

Hoofdstuk 1: Een inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven op macro-, meso- en micro niveau. Deze worden onderbouwd met maatschappelijke en theoretische relevantie. Ook wordt de doelstelling op korte en lange termijn voor dit onderzoek beschreven. Vervolgens zal de hoofdvraag worden beschreven met daarbij theoretische en praktische deelvragen.

1.1 Aanleiding

De gemeente Almelo is verantwoordelijk voor mensen met een niet- aangeboren hersenletsel die in de gemeente Almelo wonen. Het is de taak van de gemeente Almelo dat deze mensen geholpen worden en goede zorg krijgen. Om de zorg voor deze mensen zo goed mogelijk te laten verlopen staat de gemeente Almelo in contact met zorginstellingen en wijkcoaches binnen de gemeente Almelo. De samenwerking tussen de gemeente Almelo en verschillende zorginstellingen en wijkcoaches moet ervoor zorgen dat mensen met een niet- aangeboren hersenletsel passende en kwalitatief hoge zorg krijgen. Het is hierbij belangrijk voor zorginstellingen dat zij ervaringen, trends en behoeften zorgvuldig analyseren. Het uitvoeren van gedegen en gericht zorgonderzoek is hierbij een belangrijke schakel. Een organisatie in de zorgsector die met de tijd mee wil gaan en toekomstgericht beleid wil voeren moet weten wat er nu en morgen speelt. Niet alleen onder huidige maar ook onder potentiële cliënten (Zorgfocuz, 2016). Dit onderzoek is gericht op zowel interne als externe invloeden op verscheidene factoren. De reden voor het onderzoeken van interne en externe factoren komt van de opdrachtgever InteraktContour, om zo een beeld te vormen over wat mensen van 't Knooppunt met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) bij InteraktContour in Almelo van belang vinden bij het kiezen van een voor hen geschikte zorginstelling die een dagbesteding aanbiedt.

InteraktContour heeft een grote achterban waaruit financiële ondersteuning mogelijk wordt gemaakt voor verbetering van het hulpaanbod en het mogelijk maken van projecten. Deze financiële ondersteuning bestaat voornamelijk uit de 'Stichting Vrienden van InteraktContour Groep' (SVVICG) (InteraktContour, 2016). Deze stichting is een non-profit organisatie, wat als kenmerk heeft dat het bestuur zonder winstoogmerk een ideëel doel nastreeft vanuit een vermogen of andere middelen (Schermer & Quint, 2013). Dat betekent dat InteraktContour niet kan bestaan zonder cliënten. Wanneer er geen cliënten zijn, zal InteraktContour geen financiële ondersteuning krijgen en kunnen de dagbestedingen en woonvormen niet voortbestaan. Daarnaast streeft InteraktContour ernaar om passende dagbesteding te vinden voor mensen met NAH. Er is voorgevallen dat mensen met NAH kiezen voor een dagbesteding die niet gericht is op de doelgroep voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Deze mensen merken dan ook na korte tijd dat de dagbesteding niet aansluit op wat zij nodig hebben (N. Siers, persoonlijke communicatie, 22 september 2016).

Tijdens het revalideren of na het revalideren komt de cliënt terecht in de chronische fase. De chronische fase is de fase waarin de cliënt die maximaal 'hersteld' is, leert vorm te geven aan zijn leven na het hersenletsel. De meeste cliënten in de chronische fase wonen gewoon thuis, al dan niet met mantelzorg en professionele zorg, zoals thuiszorg. Ook zijn er cliënten die zorg krijgen in een woon- of verpleegvoorziening (Stokman, Verhoeff & Heineke, 2011). Maar dit is niet altijd genoeg. Er zijn mensen met NAH die ook behoefte hebben aan dagbesteding. Hier kunnen zij terecht om gestructureerde activiteiten uit te voeren, met uiteindelijk als doel weer deel te nemen in de maatschappij. Dit onderzoek is voor mensen met NAH van belang omdat de resultaten die voortvloeien uit dit onderzoek geïmplementeerd kunnen worden door InteraktContour locatie 't Knooppunt om beter aan te kunnen sluiten op de behoeften van mensen met NAH en om te blijven streven naar vooruitgang in het zorgtraject. Bijvoorbeeld vooruitgang in het herstelproces, professionele begeleiding of de omgeving.

Dit onderzoek is gericht op zowel interne als externe invloeden op verscheidene factoren. De reden voor het onderzoeken van interne en externe factoren komt van de opdrachtgever InteraktContour

locatie 't Knooppunt, om zo een beeld te vormen over wat mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) bij InteraktContour in Almelo van belang vinden bij het kiezen van een voor hen geschikte zorginstelling die een dagbesteding aanbied

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van zowel belemmerende als bevorderende factoren, die van invloed zijn op de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt in Almelo voor het kiezen van een passende dagbesteding, zodat InteraktContour locatie 't Knooppunt beter kan aansluiten op deze factoren.

1.2.1 Korte termijn doel

Het korte termijn doel van dit onderzoek is het inzicht geven aan InteraktContour van zowel belemmerende als bevorderende factoren die invloed hebben op het maken van de keuze voor InteraktContour locatie 't Knooppunt door de huidige cliënten.

1.2.2 Lange termijn doel

Het lange termijn doel van dit onderzoek is meer potentiële mensen met een niet-aangeboren hersenletsel werven voor InteraktContour locatie 't Knooppunt zodat de potentiële cliënten verbeterde gespecialiseerde dagbesteding aangeboden krijgen.

1.3 Onderzoeksvraag

In deze paragraaf worden de hoofdvraag en deelvragen beschreven.

1.3.1 Hoofdvraag

Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het kiezen van een dagbesteding in Almelo door de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt en hoe kan InteraktContour hier beter op aansluiten?

1.3.2 Theoretische deelvragen

1. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in de zorg bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel?
2. Wat is InteraktContour en wat bieden zij aan bij de dagbesteding?
3. Welke rol speelt de gemeente Almelo voor mensen met NAH?

1.3.3 Praktische deelvragen

1. Welke factoren vinden de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt belangrijk bij het kiezen van een dagbesteding?
2. Welke factoren kunnen volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd worden?

Hoofdstuk 2: Theoretische kader

In dit hoofdstuk zullen de theoretische deelvragen van dit onderzoek worden beantwoord. Paragraaf 2.1 t/m 2.3 zullen de theoretische deelvragen één t/m drie beantwoorden. Per theoretische deelvraag zullen begrippen die van belang zijn nader beschreven worden om tot een concreet en eenduidig antwoord op de theoretische deelvraag te komen.

2.1 Theoretische deelvraag 1

De eerste theoretische deelvraag luidt: 'Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in de zorg bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel'. Het is van belang om te weten wat niet-aangeboren hersenletsel is en wat er bedoeld wordt met zowel belemmerende als bevorderende factoren om antwoord te kunnen geven op de eerste theoretische deelvraag. In paragraaf 2.1.1 wordt ingegaan op wat niet-aangeboren hersenletsel is. Vervolgens zal er in paragraaf 2.1.2 een beschrijving worden gegeven van belemmerende en bevorderende factoren in de zorg en zal er tevens antwoord gegeven worden op de eerste theoretische deelvraag. Het is van belang om te weten dat factoren die in 2.1.1 beschreven worden specifiek voor de doelgroep NAH gelden.

2.1.1 Niet-aangeboren hersenletsel

Een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een blijvende hersenbeschadiging, die niet het gevolg is van een erfelijke of tijdens de zwangerschap ontstane aandoening (Eilander, Van Belle-Kusse & Vrancken, 1998). De gevolgen kunnen voor diegene die het overkomt, maar ook voor zijn of haar partner, gezin en anderen in de directe omgeving, ernstig en van blijvende duur zijn (Vandermeulen, Derix, Avezaat, Mulder & Van Strien, 2016).

Niet-aangeboren hersenletsel kan op twee manieren worden opgelopen, namelijk door *traumatisch hersenletsel* en *niet-traumatisch hersenletsel*.

Traumatisch hersenletsel

Bij traumatisch hersenletsel is het letsel ontstaan door een oorzaak *buiten* het lichaam. Voorbeelden zijn: een val van een trap, een botsing in het verkeer of een harde klap op het hoofd bij een vechtpartij (Palm, 2005).

Niet-traumatisch hersenletsel

Vanuit het lichaam zelf kunnen verschillende factoren schade toebrengen in de hersenen. Dit kan komen door een herseninfarct, hersenvliesontsteking, een tumor, vergiftiging en degeneratieve ziektebeelden (Zanen, 2002).

Gevolgen van een niet aangeboren hersenletsel kunnen verschillende indicatoren hebben namelijk:

- Lichamelijke: slecht lopen, slecht zien, epilepsie, links- of rechtszijdige verlamming;
- Cognitieve: aandacht- en concentratiestoornissen, geheugenstoornissen, problemen met planning en organisatie, constante vermoeidheid, moeite met informatieverwerking;
- Communicatieve: taal- en spraakstoornissen, waaronder afasie;
- Gedragmatige: zelfoverschatting, ongeduldig, snel boos, sociaal onaangepast gedrag, impulsief, prikkelbaar, weinig initiatief, weinig inlevingsvermogen;
- Emotionele: acceptatieproblemen, eenzaamheid, somberheid, angst (Beeckmans & Michiels, 2005).

Volgens Thomsen (in Viane et al, 2003) wordt sociale isolatie beleefd als één van de ergste gevolgen. In de beginfase krijgen patiënten veel bezoek van familie en vrienden, maar dat vermindert na verloop van tijd, zeker wanneer het bezoek minder aangenaam wordt door het gedrag van de patiënt zelf (vermoeibaarheid, prikkelbaarheid, depressieve reacties, onbegrepen gedrag).

De uiteindelijke bedoeling van het werken met NAH-patiënten is het verhogen van hun levenskwaliteit. De laatste jaren werd bij diverse problemen het belang van 'aanvaarding' in het verhogen van de levenskwaliteit aangetoond. Dit is in het bijzonder zo bij mensen met chronische gezondheidsproblemen, zoals patiënten met chronische pijn (Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove & De Corte, 2003).

2.1.2 Factoren

Een factor is een omstandigheid die invloed op iets uitoefent. Voor dit onderzoek is het van belang om uit te zoeken welke omstandigheden invloed uitoefenen op de keuze van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel bij InteraktContour locatie 't Knoop punt. De factoren worden ook wel determinanten genoemd en kunnen dus zowel een positieve als negatieve invloed hebben (Widdershoven, Bongers, & Nieuwenhuizen, 2013).

Over het algemeen is het goed om factoren zo te specificeren dat ze duidelijk als bevorderend dan wel als belemmerend kunnen worden onderkend. De inventarisatie en selectie van beïnvloedende factoren levert de aangrijpingspunten om een gewenste verandering te bewerkstelligen, vergelijkbaar met knoppen waaraan men kan draaien. Bevorderende factoren in de richting van het veranderingsdoel kan men trachten te versterken. Belemmerende factoren kan men proberen op te heffen of te neutraliseren (Kapteyn, 2007, p. 232).

Zoals is aangegeven zijn factoren op te splitsen in twee dimensies namelijk belemmerende en bevorderende factoren. Belemmerende factoren in dit onderzoek zijn factoren die mensen met NAH ervan weerhouden om bij een zorginstelling een dagbesteding te volgen. Voorbeelden van belemmerende factoren in de zorg voor mensen met een NAH zijn:

- Onvoldoende informatie over het lokale zorg- en welzijnsaanbod (op internet)
- Gebrek aan inzicht in passend aanbod bij ondersteunende organisatie
- Gebrek aan voldoende vrijwilligers om begeleiding te kunnen bieden
- Gebrek aan inzicht in eigen ziektebeeld waardoor cliënt noodzakelijke zorg weigert en niet deelneemt aan keuzeprocess.
- Latere gevolgen zijn in het begin van het hersenletsel nog niet altijd duidelijk.
- Iemand met een niet-aangeboren hersenletsel kan moeite hebben om hulp te vragen.
- Er kunnen onnodige zorgkosten gedaan worden als gevolg van bovenstaande factoren.

Bevorderende factoren zijn factoren die er voor zorgen dat mensen met NAH kiezen voor een dagbesteding. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een heldere zorgvraag, mede gebaseerd op eerdere ervaringen
- Duidelijke en heldere informatie over het aanbod en de verschillende mogelijkheden
- Voldoende tijd om je op de verschillende mogelijkheden te oriënteren
- Ondersteuning uit eigen netwerk

(Hollander, 2011)

2.2 Theoretische deelvraag 2

De tweede theoretische deelvraag luidt: 'Wat is InteraktContour en wat bieden zij aan bij de dagbesteding?'. Omdat het hier om de opdrachtgever gaat, is het van belang om te weten wat voor instelling InteraktContour is. De missie, visie en het doel van de instelling zijn daarbij belangrijk om te beschrijven, om een goed beeld van de instelling te krijgen. Ook is het van belang om de

dagbesteding die InteraktContour in Almelo aanbied te beschrijven. Zo ontstaat er een helder beeld van wat InteraktContour is en wat zij doen, waardoor de tweede theoretische deelvraag concreet en eenduidig beantwoord kan worden.

2.2.1 InteraktContour

De missie van InteraktContour richt zich op de zorg aan mensen die kampen met de complexe gevolgen van hersenletsel in de chronische fase. Zij sluiten aan op de zorg die ziekenhuizen en revalidatiecentra bieden.

De visie van InteraktContour is dat er altijd iets mogelijk is. Dat is waar InteraktContour zich op richt, met gespecialiseerde zorg en ondersteuning. De cliënten en hun omgeving boeken daardoor resultaten op het gebied van leven, wonen en werken. De slogan van InteraktContour is daarom ook: 'Verder met hersenletsel' (InteraktContour, z.j.).

Voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel is het moeilijk om het dagelijks leven op orde te krijgen. Het doel van InteraktContour is om die mensen te leren omgaan met de veranderingen en om hen te leren om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen blijven doen en bepalen. Dit doen zij door het bieden van activerende en ondersteunende begeleiding. Dit doen zij thuis, in hun sociale en werkende leven (InteraktContour, z.j.).

Om dit doel na te streven bieden zij dus begeleiding die activerend en ondersteunend is. De inhoud van die begeleiding verschilt per persoon. Dat dit verschilt ligt aan de verschillende verschijnselen die mensen met een niet-aangeboren hersenletsel hebben. Bij de een zijn de verschijnselen van het hersenletsel erger dan bij de ander. Om de juiste zorg op maat te bieden wordt er per persoon besproken wat er speelt en wordt er een plan gemaakt die past bij de cliënt. In dit plan wordt beschreven waar de cliënt en hun naasten stap voor stap aan willen werken. Aan deze doelen wordt gewerkt middels een aantal modules, namelijk:

- Je netwerk werkt;
- Eigen regie;
- Talent & ambitie;
- Fit & vitaal;
- Vaardig & creatief;
- Communicatie (InteraktContour, z.j.).

Middels deze modules kunnen de cliënten gericht aan hun doelen werken en benutten deze modules verschillende leefgebieden. Hierdoor is alles afgebakend en vallen de doelen ook binnen het doel dat InteraktContour voor ogen heeft.

2.2.2 Dagbesteding 't Knooppunt

InteraktContour biedt de mogelijkheid voor dagbesteding. In groepsverband onderhoudt de cliënt zijn of haar vaardigheden. Bij de één zal het gaan om de conditie, bij de ander om computervaardigheden. Het belangrijkste is dat de cliënt dát onderhoudt waar hij in het dagelijks leven het meeste baat bij heeft. Als er geen uitzicht is op enige vorm van arbeid, maar er is wel een behoefte aan opvang (om bijvoorbeeld de thuissituatie te ontlasten), is er de mogelijkheid tot dagopvang.

Elke cliënt volgt zijn eigen schema, passend bij wat hij of zij wil bereiken (InteraktContour, 2016).

De oriëntatiefase is het eerste onderdeel van de plancyclus en staat in het teken van het signaleren, eigen indruk onderzoeken, het verzamelen van informatie en het formuleren van een probleemdefinitie (Fontaine, 2010). De cliënt heeft contact gezocht met InteraktContour of is in contact gebracht door zorgaanbieders die een samenwerkingsverband hebben met de gemeente of

InteraktContour. Als er contact is geweest wordt er een afspraak gemaakt zodat de cliënt kan langskomen. Er wordt een kennismakingsgesprek gehouden waarbij er wordt besproken wat InteraktContour voor de cliënt kan doen maar ook wat de cliënt voor InteraktContour kan betekenen. De cliënt krijgt informatie en een rondleiding. Vervolgens krijgt de cliënt folders mee met informatie om thuis nog eens na te lezen. Dan wordt er een startdatum voor de cliënt afgesproken (N. Siers, persoonlijke communicatie, 22 september 2016).

Als de cliënt start bij InteraktContour dan krijgt hij een welkom brief, zijn dagindeling en een mapje waarin de MO- overeenkomsten zitten. Vervolgens krijgt de cliënt een persoonlijk begeleider. Dit is het aanspreekpunt voor de cliënt als hij ergens mee zit of als er problemen voordoen. De persoonlijk begeleider maakt het begeleidingsplan samen met de cliënt. Hierin staan de gegevens van de cliënt en de doelen die zijn opgesteld. Deze doelen worden geformuleerd met behulp van zeven verschillende leefgebieden. Aan de hand hiervan wordt er geïnventariseerd waar de krachten en valkuilen van de cliënt liggen en hoe de cliënt zich optimaal kan ontwikkelen. Aan de hand van de doelen kunnen er modules worden aanbevolen. De modules worden aangeboden tijdens de dagbesteding. Er wordt pas recent gebruik gemaakt van deze modules. Hierdoor kun je goed meten en evalueren of er voortgang is bij de doelen die zijn opgesteld aan de hand van schaalvragen (N. Siers, persoonlijke communicatie, 22 september 2016).

Als het begeleidingsplan afgerond is dan wordt het uitgevoerd. De cliënt wordt dan ingedeeld bij de één of meerdere modules die passend zijn.

De modules die worden aangeboden zijn:

Je Netwerk Werkt
Talent & Ambitie
Eigen Regie
Vaardig & Creatief
Fit & Vitaal
Communicatie

Een cliënt kan worden onderverdeeld in één of meer van de bovenstaande modules. In deze modules zitten er een aantal activiteiten die de cliënt kan doen om zich te ontwikkelen aan de hand van zijn doel. Deze activiteiten kunnen zijn houtbewerking/bedrijfswerk, computer, creatief, fit & vitaal en communicatie (N. Siers, persoonlijke communicatie, 22 september 2016).

Tijdens deze uitvoeringsfase houdt InteraktContour de cliënten in de gaten omdat het belangrijk is om tijdens de uitvoeringsfase te rapporteren wat er is geobserveerd (Fontaine, 2010).

De schaalvragen zijn belangrijke vragen die gesteld worden tijdens het opstellen van doelen en bij het afronden van een doel. Om de zes maanden wordt er naar de schaalvragen gekeken. De cliënt geeft zichzelf en score van één tot tien. Tien staat voor de hoogste score en één staat voor de situatie waarin er niets gerealiseerd is van de gewenste situatie. Er wordt een streefscore bijgehouden. Dit is de gewenste score. Tijdens zo'n evaluatie wordt er gekeken of het doel moet worden aangepast of dat er nog andere mogelijkheden zijn om het doel te behalen. Uiteindelijk kan de cliënt aan een ander doel werken als zijn doel is behaald. Daarnaast kan de cliënt er ook voor kiezen om uit te stromen (N. Siers, persoonlijke communicatie, 22 september 2016).

2.3 Theoretische deelvraag 3

De derde theoretische deelvraag luidt: 'Welke rol speelt de gemeente Almelo voor mensen met NAH?'. Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van de deskundigheid van de gemeente Almelo. De gemeente Almelo werkt met wijkcoaches die ook gespecialiseerd zijn op het gebied van mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is het van belang om te weten wat wijkcoaches zijn en wat zij doen binnen de gemeente Almelo. Ook

is het hierbij van belang om te weten wat deze wijkcoaches doen voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel binnen de gemeente Almelo. Met deze informatie kan uiteindelijk de derde en laatste theoretische deelvraag worden beantwoord.

2.3.1 Wijkcoaches in Almelo

De gemeente Almelo heeft voor de wijken Ossenkoppelerhoek, Sluitersveld/Schelfhorst, Nieuwstraatkwartier, De Riet en Aalderinkshoek/Kerkelanden eigen sociale wijkteams. Dit zijn de teams die samenwerken met scholen, consultatiebureaus, huisartsen, wijkverpleging en andere organisaties (Themanieuws, 2015).

Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel kunnen naar de gemeente Almelo bellen waar ze in contact komen met de WMO-afdeling. De WMO-afdeling doet een aanmelding bij de wijkcoaches en aan de hand daarvan komt het bij de wijkcoaches in de 'werkbak' terecht. Ook kan de familie bellen of komt het voor dat (in dit geval) InteraktContour contact opneemt met de wijkcoaches omdat ze kennis hebben gemaakt met iemand die een zorgvraag heeft voor dagbesteding. Ook komt het voor dat een zorgaanbieder niet de zorg kan bieden die een cliënt nodig heeft en dat de wijkcoach dan een optie biedt om bij een andere zorginstelling te gaan kijken. Vaak is in deze gevallen de zorgvraag al duidelijk en is het duidelijk dat hulp nodig is. Dan kan er een indicatie afgegeven worden (Wijkcoaches, persoonlijke communicatie, 7 december 2016).

Wanneer het niet duidelijk is wat de zorgvraag is, wordt er een keukentafel gesprek gevoerd. Tijdens het keukentafelgesprek worden de cliënten uitgevraagd op verschillende levensgebieden en aan de hand daarvan komt er een zorgvraag naar voren (Wijkcoaches, persoonlijke communicatie, 7 december 2016).

De wijkcoaches werken altijd in het belang van de cliënt. Wanneer een cliënt iets niet wil, zal de wijkcoach een cliënt ook niet dwingen. Cliënten zijn niet verplicht zich aan te sluiten bij een zorginstelling als zij dat niet willen. Wijkcoaches blijven dan ook dezelfde cliënten helpen, zodat de cliënten niet elke keer weer een ander gezicht voor zich hebben (Wijkcoaches, persoonlijke communicatie, 7 december 2016).

Ook zorgen wijkcoaches voor evaluaties. Mensen krijgen een indicatie en die duurt 1 of 2 jaar. Wanneer deze indicatie bijna afloopt wordt er opnieuw een keukentafelgesprek georganiseerd. Dan wordt het oude zorgplan erbij gepakt en wordt er gekeken naar wat er dat afgelopen jaar is gebeurd en waar nog ontwikkeling zit. Aan de hand daarvan wordt er gekeken of er een nieuwe indicatie moet komen (Wijkcoaches, persoonlijke communicatie, 7 december 2016).

2.5 Conclusie theoretische deelvragen

In deze paragraaf zullen de conclusies van de theoretische deelvragen worden weergegeven.

2.5.1 Conclusie deelvraag 1

De eerste theoretische deelvraag luidde als volgt: 'Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in de zorg bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel?'.

Het is bij deze deelvraag erg belangrijk om niet zo zeer naar de definitie van 'factoren' te kijken maar vooral naar de tweedeling die in dit onderzoek plaats vindt. Factoren kunnen in dit geval onderverdeeld worden in belemmerend en bevorderend voor de cliënt met een niet aangeboren hersenletsel. Deze factoren kunnen volgens de voorbeelden van de theorie invloed hebben op alle leefgebieden van de cliënt. Hier kan onderscheid in gemaakt worden om vast te stellen wat nu het meeste invloed heeft op de cliënt op zowel een positieve als negatieve manier. Als uit de resultaten bijvoorbeeld blijkt dat de informatieverstrekking voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel een probleem is, zou het kunnen zijn dat voor zorginstellingen op dit vlak verbeterpunten liggen. Als

het blijkt dat cliënten bijvoorbeeld met een heldere zorgvraag verder komen kan het voor zorginstellingen beter zijn om op dit vlak de ondersteuning te versterken.

2.5.2 Conclusie deelvraag 2

InteraktContour is een instelling die verschillende functies heeft binnen de zorg. De doelgroep die begeleid en/of behandeld worden zijn mensen met een NAH. Dat wil zeggen dat mensen een niet-aangeboren hersenletsel hebben opgelopen door bijvoorbeeld een auto ongeval of beroerte. InteraktContour biedt daarvoor behandeling, begeleiding en 24-uurs zorg in Oost en Midden-Nederland. Kijkend naar dit onderzoek zal er één dimensie van het zorgaanbod dat InteraktContour aanbied het meest benadrukt worden, namelijk de dagbesteding.

2.5.3 Conclusie deelvraag 3

Uit de theoretische deelvraag kunnen we stellen dat de wijkcoaches binnen de gemeente Almelo een grote rol spelen. De wijkcoaches voeren keukentafelgesprekken, geven indicaties en helpen cliënten bij het zoeken van een passende dagbesteding wanneer dat nodig is. De wijkcoaches kijken dus naar welke zorg een cliënt nodig heeft en werken altijd in het belang van de cliënt. Wanneer een cliënt iets niet wil (zoals zich niet aansluiten bij een bepaalde zorginstelling) dan zal de wijkcoach deze ook niet dwingen om dat wel te doen.

Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van het type onderzoek, de onderzoeksvorm, het dataverzamelingsinstrument, de procedure, een analyse, populatie, validiteit, betrouwbaarheid en tot slot de ethische verantwoording.

3.1 Type onderzoek

Het onderzoekstype betreft een inventariserend onderzoek. Bij inventariserend onderzoek gaat het om een behoefte aan informatie over hoe een situatie in elkaar zit of wat er speelt. Ook kan het kort gaan om wat er aan een probleem dat zichtbaar wordt, gedaan kan worden (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek zal onderzocht worden welke factoren van belang zijn voor het kiezen van een passende dagbesteding voor cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt. Wanneer deze factoren duidelijk worden, zal er inzicht zijn in wat belangrijk is voor mensen met NAH met betrekking tot het kiezen van een dagbesteding binnen InteraktContour locatie 't Knooppunt. Er zouden hier eventueel aanbevelingen uit kunnen volgen die InteraktContour kan gebruiken om aan de factoren die van belang zijn te kunnen werken.

3.2 Onderzoeksvorm

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Bij een kwalitatieve methode wordt niet of nauwelijks met cijfermatige gegevens gewerkt. De onderzoeker voert onderzoek uit in het 'veld'. De onderzoeker is hierbij geïnteresseerd in de betekenis die onderzochte personen zelf aan situaties geven (Verhoeven, 2011). Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij de keuze voor een dagbesteding voor mensen met NAH bij InteraktContour locatie 't Knooppunt.

Er is alle ruimte voor de eigen inbreng van de respondent. Als onderzoeker stel je je flexibel op en speel je in op de situatie. Eigenlijk draait bij kwalitatief onderzoek alles om de betekenis die de deelnemers van het onderzoek aan bepaalde kwesties geven (Verhoeven, 2011).

3.3 Dataverzamelingsinstrument

Bij een kwalitatief onderzoek verzamel je gegevens op een open en flexibele manier. Dit is handig, want zo kun je goed inspelen op onverwachte situaties (Verhoeven, 2011). De dataverzamelmethode die bij dit onderzoek is gebruikt bestaat uit het afnemen van interviews. Er bestaan verschillende vormen van interviews. Zo kan een interview open verlopen, maar ook erg gestructureerd. Dit heeft veelal te maken met factoren als populatie, bekendheid van het onderwerp, nieuwe informatie verzamelen enzovoort (Verhoeven, 2011). Bij een gestructureerd interview weet je van tevoren precies welke vragen je gaat stellen en in welke volgorde. Zelfs de meeste antwoordcategorieën liggen al vast. Als interviewer moet je je precies aan de vragenlijst houden. Je mag de vragen niet zomaar in een andere volgorde stellen of vragen overslaan als dat niet is aangegeven. Het half gestructureerde interview lijkt veel op het vrije-attitude-interview. Het verschil is dat het nu niet om één, maar om meer beginvragen gaat. Bij elk nieuw thema is een beginvraag geformuleerd. Simpel gezegd is het voordeel van een half gestructureerde interview dat er een checklist is maar de volgorde vrij is (Migchelbrink, 2016). Voor dit onderzoek is er gekozen voor een halfgestructureerd interview. Er wordt bij dit type interview met een vragenlijst of lijst met onderwerpen gewerkt. Wanneer er gewerkt wordt met een half gestructureerd interview, kun je de cliënten open vragen stellen waarbij hun eigen inbreng intact blijft, maar waarbij je niet afwijkt van de rode draad. Zo blijven de resultaten overzichtelijk.

3.4 Procedure

De onderzoekers kijken samen met de opdrachtgever naar 9 respondenten die voor een inhoudelijke representativiteit kunnen zorgen binnen InteraktContour locatie 't Knooppunt. De potentiële

respondenten worden vervolgens persoonlijk door de onderzoekers benaderd om te kijken of zij geïnteresseerd zijn in het meedoen aan het onderzoek. In het geval dat iemand niet mee wil doen zal er weer samen met de opdrachtgever gekeken worden naar een andere potentiële respondent.

Ter deskundigheidsbevordering wordt er een afspraak gemaakt met twee wijkcoaches uit Almelo die affiniteit hebben met de doelgroep NAH. Zij worden telefonisch benaderd.

3.5 Analyse

Door gegevens uit de interviews uiteen te rafelen en er vervolgens structuur in aan te brengen zal helpen om de data te verwerken en uiteindelijk met goede resultaten te komen. Deze methode kent volgens Verhoeven (2011) acht stappen, namelijk:

Stap 1

De gegevens (interviewverslag) verdelen in kleine fragmenten die in één woord zijn samen te vatten.

Stap 2

Gebruikte termen evalueren. Welke waarden worden door de onderzoekseenheden aan de gebruikte termen toegekend? Zijn deze negatief of positief?

Stap 3

Het fragment coderen aan de hand van een woord.

Stap 4

Termen groeperen.

Stap 5

Gecodeerde begrippen sorteren en hiërarchie aanbrengen.

Stap 6

Verbanden tussen begrippen bepalen. Hoofdgroepen en subgroepen aanmaken boor welke codes bij elkaar horen.

Stap 7

Verbanden en volgorde tussen de begrippen samen brengen in een model of diagram.

Stap 8

Gevonden model in verband brengen met probleemstelling.

Wanneer deze acht stappen zijn volbracht, zijn de resultaten gestructureerd weergegeven in een model. Hierdoor zijn de onderzoeksresultaten duidelijk weergegeven en makkelijk af te lezen.

3.6 Populatie en steekproef

Onder een populatie verstaan we alle 'eenheden' (personen, zaken, organisaties, enzovoort) waarover in een onderzoek uitspraken over gedaan worden (Verhoeven, 2011). In het onderzoek is er één groep respondenten waar resultaten uit voortvloeien. Deze groep respondenten bestaat uit huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt. De cliënten hebben de keus gemaakt voor InteraktContour. Uit deze groep respondenten zal blijken welke factoren bevorderend en belemmerend zijn geweest bij de keuze voor InteraktContour locatie 't Knooppunt. Er is gekozen voor een doelgerichte steekproef voor het onderzoek. Bij doelgerichte steekproeven is sprake van selectie van de steekproef op basis van bepaalde kenmerken. Zo kun je onderzoek doen naar extreme gevallen, kritische of typische gevallen bekijken of juist unieke gevallen onderzoeken. Het

doel is om informatie daar te halen waar deze zit (Verhoeven, 2011). Hier is bewust voor gekozen aangezien de locatie waarin het onderzoek plaatsvindt afgebakend is tot één stad. Kenmerken van de respondenten zijn:

- leeftijden tussen 40 en 80 jaar;
- 8 mannen en 1 vrouw;
- Huidige cliënten van activiteitscentrum 't Knooppunt;
- Personen die langer dan een jaar cliënt zijn.

3.7 Validiteit

Aangezien er kwalitatief onderzoek verricht wordt mag er gesproken worden van 'geloofwaardigheid'. Er dient overeenstemming te bestaan tussen de onderzochte implementatie en de woorden waarmee deze beschreven worden (Micgelbrink, 2009).

Het onderzoek is valide omdat er rekening is gehouden met de volgende aspecten.

In het onderzoeksplan is verantwoord op welke manier er onderzoek wordt gedaan. Hier is ook sprake van in het bachelor rapport. Daarnaast zal er met de intervisie docent wekelijks de voortgang bewaakt worden. Dit is ook een vorm van zelfcontrole aangezien er tijdens de intervisiebijeenkomsten verantwoording afgelegd wordt over keuzes die gemaakt zijn met betrekking tot het onderzoek. Voor de vragen die opgesteld zijn voor het interview zal de intervisie groep geraadpleegd worden om te zorgen voor valide resultaten. Hetzelfde geldt voor de opdrachtgever waarmee contact zal worden onderhouden, zowel via de mail en telefoon als in persoonlijk contact. Hierdoor wordt ervoor gezorgd dat de opdrachtgever en de onderzoekers op één lijn zitten. Databestanden worden geordend opgeslagen zodat alle gegevens staan waar ze horen te staan en op elk moment opgehaald of aangepast kunnen worden. Tijdens de interviews wordt er met twee onderzoekers gewerkt, hierdoor verklein je de kans op vertekeningen (Michgelbrink, 2009).

Er zijn een aantal bedreigingen voor de validiteit bij een kwalitatief onderzoek. De groep respondenten kan zich anders gaan gedragen en bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden geven als onderzoekers met hen in gesprek gaan.

Subjectiviteit, de gegevens bestaan niet alleen uit feiten, maar ook uit meningen. Een verwijt over een kwalitatief onderzoek is, dat het vaak moeilijk na te gaan is en te controleren. Termen die liever gebruikt worden bij een kwalitatieve analyse zijn plausibiliteit en transparantie. Om deze twee begrippen te onderzoeken en te bevorderen zijn er verschillende methoden. Voor het onderzoek worden onderstaande methoden gebruikt.

- peer debriefing (collegiale controle)
- member checking (controle door betrokkenen) (Baarda en de Goede, 2006)

Bij de bovenstaande methoden wordt er ook gesproken van member checking. Member checking is een kwalitatieve onderzoekstechniek waarbij de onderzoeker haar interpretatie van wat een interview deelnemer heeft gezegd of heeft bedoeld terugkoppelt aan de deelnemer om zeker te zijn dat de interpretatie van de onderzoeker accuraat is (What is Member-Checking, z.j.)

3.8 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid kun je afzetten tegen het begrip onbetrouwbaar. De onderzoekers zijn zich bewust van het feit dat de informatie die verkregen wordt vanuit de respondenten valkuilen bevatten. De informatie die ontvangen wordt zal gemeten moeten worden op een schaal van 0% tot 100%. dat

betekent dat 0% 'volstrekte onzin' is en 100% volledig overeenkomend is met de werkelijkheid zonder enige toevalligheden (Van der Zee, 2016). Er zijn factoren die de betrouwbaarheid van het onderzoek aan kunnen tasten, namelijk de omgeving waar de respondenten geïnterviewd worden en de interviewers die een rol kunnen spelen bij beïnvloeding van de respondenten. Ook bij abstracte antwoorden die de respondenten kunnen geven moeten de onderzoekers zorgvuldig afbakenen wat er precies mee bedoeld wordt (Baarda en de Goede, 2006). De respondenten zullen geïnterviewd worden in een ruimte waarvan zij weten dat het een veilige omgeving is. Hierbij kan men denken aan geen storende mensen en een geluidsdichte ruimte. Alleen de interviewers en de respondent zullen aanwezig zijn. Het interview zal open vragen bevatten zodat de respondenten open en vrij kunnen communiceren.

3.9 Ethische overwegingen

Ethiek is de systematische bezinning op het normatief handelen, beschouwd vanuit goed en kwaad (Busch, Huisman, Hupkens & Visser, 2006). Het is van belang om te kijken naar de ethische overwegingen bij het onderzoek aangezien men het onderzoek kan zien als een marktonderzoek. Bij een marktonderzoek onderzoek je cijfers en feiten over een doelgroep, concurrentie etc. om er als instelling of bedrijf beter uit te komen. Het doel hierbij is vaak financieel gewin. De onderzoekers zien het als een zorgonderzoek, er wordt namelijk onderzocht onder mensen met een niet- aangeboren hersenletsel welke factoren bevorderend of belemmerend zijn bij hen keuze voor een dagbesteding. De resultaten die hieruit voort vloeien kunnen gebruikt worden door menig zorginstelling die een dagbesteding aanbied aan mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Er kan aandacht worden besteed aan de factoren die mensen met een niet- aangeboren hersenletsel belangrijk vinden waardoor in het mooiste scenario de kwaliteit van zorg opgeschroefd wordt. Hier hebben de mensen met een niet- aangeboren hersenletsel het meeste profijt van. Zij staan centraal in het onderzoek. De onderzoekers zullen zich houden aan de vijf gedragscodes van het praktijkgericht onderzoek. Dit betekent dat de onderzoekers het professionele en maatschappelijke belang dienen. Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt aan mensen met een niet- aangeboren hersenletsel is een groot goed in dit onderzoek. De onderzoekers vinden het belangrijk om respectvol te zijn. Dat houdt in dat zij rekening houden met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen. Aan zorgvuldigheid wordt ook het nodige gedaan, namelijk andere wetenschappelijke onderzoeken doornemen en juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar rapporteren. Integriteit is daarnaast belangrijk omdat er kritisch gekeken moet worden naar opvattingen die er vanuit de praktijk worden vernomen. Dat is belangrijk omdat mensen met een niet- aangeboren hersenletsel een verstoorde controle kunnen hebben of een verminderd ziekte inzicht kunnen hebben waarbij de uitspraken ongenueanceerd kunnen zijn. De onderzoekers hebben affiniteit met deze doelgroep dus waar nodig kunnen zij antwoorden proberen te relativeren samen met de respondenten op een integere manier. Daarnaast zullen de onderzoekers hun keuzes en gedrag in dit onderzoek kunnen verantwoorden (Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO, 2010).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In hoofdstuk 4 zullen de resultaten van de praktische deelvragen worden beschreven. In paragraaf 4.1 en 4.2 zullen de beide deelvragen worden uitgewerkt. De deelvragen die hier behandeld worden zijn: 'Welke factoren vinden de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt belangrijk bij het kiezen van een dagbesteding?' en 'Welke factoren kunnen volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd worden?'.

Daarnaast zijn er twee afsluitende vragen gesteld die betrekking hebben op verbeterpunten voor InteraktContour locatie 't Knooppunt, namelijk 'Wat zou je verder willen/kunnen veranderen binnen InteraktContour om de zorginstelling beter bij je aan te laten sluiten?' en 'Zou je ooit bij een andere instelling willen kijken en waarom?' Deze vragen geven antwoord op de tweede praktische deelvraag namelijk 'Welke factoren kunnen volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd worden?'.

4.1 Praktische deelvraag 1

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de negen interviews met de respondenten van InteraktContour locatie 't Knooppunt beschreven. De interviewvragen zijn verdeeld in vier thema's die corresponderen met alle leefgebieden van de cliënten, namelijk op *individueel*, *sociaal*, *organisatorisch* en *maatschappelijk* gebied.

4.1.1. Individueel

De vraag die bij het thema 'individueel' hoort luidt:

-Wat zijn de verwachtingen die u heeft van de dagbesteding kijkend naar alles wat u belangrijk vindt?

Uit de interviews met de cliënten van InteraktContour is gebleken dat vier respondenten aangeven dat zij zonder enige verwachtingen het dagbestedingstraject zijn aangegaan. Deze respondenten hebben geen verwachtingen gehad ten aanzien van het te volgen traject. Twee respondenten benoemen het opdoen van sociale contacten en deze onderhouden als verwachting voor het te volgen traject wat InteraktContour locatie 't Knooppunt aanbied. Zo zegt één cliënt: *'Dat je onder de mensen bent en sociaal bezig bent vindt ik heel belangrijk. En dat je je niet meer eenzaam voelt.* Waardering en respect zijn begrippen die bij het individuele thema ook genoemd zijn. Daar zou het voor de respondenten bij binnenkomst al moeten beginnen. Eén respondent geeft aan dat de leeftijdsgroep vooral bepalend is voor de keuze van de dagbesteding vooral om makkelijker aan te haken bij de activiteitengroep.

4.1.2 Sociaal

De vragen die gesteld zijn bij het thema 'sociaal' zijn:

-Wat voor rol hebben familieleden en vrienden gehad op de keuze voor deze instelling?

-Wat voor rol spelen andere cliënten die al aanwezig zijn op deze instelling voor u?

-Wat voor rol speelt uw cultuur bij het kiezen van een instelling?

Ten aanzien van het sociale thema blijkt dat meer dan de helft van de respondenten veel steun en advies ontvangt van voornamelijk familie. Deze respondenten nemen het advies van de familie serieus en voor hen hangt hier ook de keuze van af. Als er gekeken wordt naar familie dan speelt in veel van deze gevallen de partner van de respondenten een rol bij de keuze voor een dagbesteding. Eén van deze respondenten geeft aan: *'een grote rol omdat het belangrijk was om de rust in huis te bewaren. Mijn vrouw heeft een hele grote rol gespeeld aangezien ze het er wel mee eens was. Voor mijn vrouw sowieso dat ik niet de hele dag thuis zit en mijn vrouw heeft me een beetje gestimuleerd om het toch te doen'.* De thuissituatie is een factor dat niet te verwaarlozen valt, aangezien de respondenten die aangeven dat familie een rol speelt bij de keuze voor een dagbesteding ook aangeven dat ze in een ongezonde thuissituatie zaten hetzij voor de partner en/of kinderen. Zo zegt één respondent: *'Mijn zoon heeft gezegd dat het goed zou zijn als ik naar Interakt zou gaan. Dat heb*

ik toen gedaan, maar wel met tegenzin'. In tegenstelling tot deze respondenten zijn er ook respondenten geweest die aangeven dat zij bewust autonoom hebben gekozen voor een dagbesteding zonder inbreng van zowel familie als vrienden. Dit zijn de respondenten die in mindere mate lichamelijk beperkt zijn. Eén respondent geeft aan dat hij hulp en advies heeft ontvangen van de ambulante begeleiding in een woonvorm van InteraktContour.

Kijkend naar de rol van andere cliënten op de keuze van de dagbesteding voor de respondenten is er te zien dat vijf van de negen respondenten dit een belangrijke factor vindt. Eén uitspraak van een respondent die de rol van andere cliënten als factor heeft ervaren: *'Een hele grote rol aangezien ik de eerste keer dat ik bij IC kwam het had afgewezen omdat ik veel mensen in een rolstoel zag en dat schrok af. De tweede keer had ik een andere persoonlijke begeleider en toen heb ik het geaccepteerd. In het begin had ik er moeite mee maar nu leer je ermee leven. Ik kreeg het gevoel dat ik hier niet thuishoorde en ze waren de middag dat ik kwam kijken ook nog bezig met rolstoel dansen. Toen dacht ik nee dit ga ik niet doen'.* Zo zijn er nog drie respondenten die hetzelfde hebben ervaren. Eén respondent heeft bij binnenkomst de andere cliënten als positief ervaren. Deze respondent geeft aan: *'Op de dag van de rondleiding waren cliënten aanwezig waarbij het contact op een positieve manier is verlopen. Door de omgang met cliënten krijg je een stukje eigen meerwaarde. Op hetzelfde niveau kunnen communiceren'.*

4.1.3 Organisatorisch

De vragen die gesteld zijn bij het 'organisatorische' thema zijn:

- In hoeverre let je op de aanwezigheid van personeel/stagiaires/vrijwilligers bij een instelling?
- In hoeverre let je op de taakverdeling van personeel/stagiaires /vrijwilligers bij een instelling?
- In hoeverre let je op de gevoerde werkwijze bij een zorginstelling?
- In hoeverre let je op de samenwerking met andere disciplines bij de keuze voor een zorginstelling?
- In hoeverre let je op informatievoorziening van IC bij de keus van een zorginstelling?

Uit het onderzoek wat verricht is blijkt dat er meer waarde wordt gehecht aan de aanwezigheid van het personeel dan aan die van stagiaires en/of vrijwilligers. Aanwezigheid en deskundigheid van de vaste begeleiding worden als speerpunten aangehaald. Een aantal respondenten geeft aan dat er wat moet veranderen aan de aanwezigheid van de vaste begeleiding. Deze respondenten zijn van mening dat er teveel achter gesloten deuren wordt gewerkt en er minder contact met de cliënten is. Eén respondent werpt hier een genuanceerde blik op, deze respondent geeft aan dat het met de bezuinigingen te maken heeft en er meer geleund moet worden op stagiaires. *'Je moet roeien met de riemen die je hebt'* om met de woorden van de respondent te spreken. De taakverdeling van het personeel, stagiaires en vrijwilligers vinden de meeste respondenten irrelevant. Het maakt voor hen niet uit wat de taakverdeling is zolang er voldaan wordt aan de begeleidende rol. Het positief benaderen van de cliënt is een pré.

Alle respondenten geven aan begrip te hebben voor de huidige werkwijze op alle afdelingen. De respondenten zijn zich bewust van het feit dat er zowel minder personeel als activiteiten zijn naar aanleiding van de hervormingen in de zorg. Daarnaast wordt structuur/ritme beschreven als belangrijke factor binnen een zorginstelling. Hierbij worden voorbeelden van pauzes en aanvangstijden aangehaald door de respondenten. De pauzes liever niet te lang en de aanvangstijden niet te laat volgens de respondenten.

De respondenten letten daarnaast allemaal niet op de samenwerkingen tussen andere disciplines bij het maken van een keuze voor een zorginstelling.

Zeven van de respondenten geven aan dat de informatievoorziening van InteraktContour een grote rol heeft gespeeld bij de keuze voor de dagbesteding. Eén respondent zegt: *'Ik kreeg een*

informatiemap over wat er met je aan de hand is en wat er met je kan gebeuren tijdens de dagbesteding. Daarover werd er goed geïnformeerd. In mijn dorp zijn er ook twee of drie van die dagbestedingen, had ik ook naartoe kunnen gaan maar daar had ik geen informatie over en de gemeente ook niet. De informatie over Interakt kwam via de verzekering'. Een belangrijke factor voor de respondenten is het mondeling informatie verschaffen tijdens een eerste rondleiding met een begeleider. Hierin kunnen de respondenten hun verhaal en eventuele vragen kwijt. Daarnaast zijn er formulieren ontvangen die de respondenten thuis op hun gemak door kunnen nemen. Dat wordt als prettig ervaren. Twee respondenten kunnen zich het voortraject en de rondleiding niet meer herinneren.

4.1.4 Maatschappelijk/economisch

De vragen die gesteld zijn betreffende het 'maatschappelijke/economische' thema zijn:

- In hoeverre let je op de kosten en baten bij de keuze voor een zorginstelling?
- In hoeverre let je op de gemeente bij de keuze voor een zorginstelling?
- In hoeverre let je op de informatievoorziening in de maatschappij bij de keuze voor een zorginstelling?

Op de vraag in hoeverre de respondenten letten op de kosten en baten bij het kiezen van een dagbesteding geeft het merendeel van de respondenten aan dat zij daar niet op letten. Enerzijds omdat het allemaal voor de respondenten geregeld wordt vanuit de gemeente en anderzijds omdat het geregeld wordt door familieleden. Deze respondenten hebben dan ook niet veel zicht op wat er maandelijks binnenkomt en ook weer uitgaat. De uitspraak die het beste bij deze denkwijze past: *'Nee want dat wordt toch door Almelo betaald. Dat financiële gedoe dat doe ik niet. Als het betaald wordt vind ik het best'*. Twee respondenten geven aan dat er met de partner uitgerekend is of het haalbaar is om de dagbesteding te betalen. Allebei de respondenten geven aan dat als er sprake is van meer kosten dan baten dat zij stoppen met de dagbesteding en andere mogelijkheden zouden moeten onderzoeken. Voor zover is dat niet het geval.

Op de vraag in hoeverre de gemeente een rol heeft gespeeld bij de keuze voor een dagbesteding geven zes respondenten aan dat de gemeente geen rol heeft gespeeld. Hier staat wel tegenover dat zij zes jaar geleden of langer bij InteraktContour terecht zijn gekomen. Er was toen geen sprake van wijkcoaches of keukentafelgesprekken waarbij de indicaties werden afgegeven. Zo zegt een respondent: *'De overheid of iets heeft geen rol gespeeld. Ik heb een test gehad bij het Roessingh en zodoende ben ik bij MEE gekomen en die hebben mij verder begeleid. Maar dat is dan ook alweer 8 jaar geleden geweest toen er geen wijkcoaches en dergelijke waren'*. De meningen van de respondenten waar de gemeente wel een rol bij heeft gespeeld zijn verdeeld. Zo heeft één respondent zelf toenadering gezocht en daar ook een positief beeld van: *'Ik heb contact gezocht met de gemeente en die hebben dus contacten met diverse instanties en ook met hier. De gemeente pushte me niet want ik had van de verzekering een adres in Hardenberg gekregen en heb ik daar in eerste instantie naartoe gebeld en die zei, we zitten ook in Almelo en het was voor mij makkelijker en dichtbij'*. Een andere respondent heeft hele slechte ervaringen met de gemeente. De respondent geeft aan telkens tussen wal en schip te belanden. Het contact met de gemeente verliep ook niet vlekkeloos en de indicatie die de respondent gekregen heeft was volgens de respondent ook niet voldoende. Na veel 'zeuren' bij de gemeente is dit uiteindelijk naar behoren opgelost met de nodige moeite.

4.2 Praktische deelvraag 2

De praktische deelvraag luidt: 'Welke factoren kunnen volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd worden?'. In paragraaf 4.2.1 is beschreven welke factoren volgens de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt verbeterd kunnen worden..

4.2.1 Verbetering factoren

Uit de interviews met de respondenten is gebleken dat vijf van de negen respondenten niets zou willen veranderen binnen InteraktContour om de zorginstelling beter bij zich aan te laten sluiten en dat er geen factoren zijn die zij zouden willen verbeteren.

Daarentegen zijn er vier respondenten die wel wat zouden willen verbeteren, namelijk drie respondenten op organisatorisch vlak en één respondent op organisatorisch en maatschappelijk vlak.

Op organisatorisch vlak geven de respondenten aan meer mogelijkheden te willen tot dagbesteding en een breder aanbod van activiteiten. Door één respondent wordt dit betrokken op het individuele thema. De respondent wordt door het geringe aanbod namelijk beperkt tot de computer of tot productiewerk. Een andere respondent geeft aan dat er veel activiteiten zijn weggevallen. Ook geeft deze respondent aan het jammer te vinden dat cliënten worden gebruikt voor bedrijfswerk. Zo zegt deze respondent: *'Weet je wat ik jammer vindt? Dat bedrijfswerk, we zitten hier toch niet voor bedrijfswerk? Vermaak ze met één of ander spel, ga wandelen met die mensen'.*

Ook staan er volgens een andere respondent activiteiten op de website van InteraktContour aangegeven die in de praktijk niet meer worden uitgevoerd omdat deze zijn wegbezuinigd.

Tot slot is er nog een respondent die op zowel organisatorisch als op maatschappelijk vlak verbetering wil zien. Op organisatorisch vlak moet er volgens deze respondent een duidelijk schema zijn per activiteit met daarop wie wat die dag gaat doen. Dit komt voort uit het feit dat deze respondent met regelmaat de activiteit binnen loopt en vervolgens een kwartier moet wachten totdat de respondent aan het werk kan. Ook geeft deze respondent aan andere mensen iets te willen leren over NAH en wat dat betekent als je dat hebt. De respondent wil graag voorlichting geven om de maatschappij bewust te laten worden van NAH en wat dat met iemand kan doen.

Hoofdstuk 5 Conclusies

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

5.1 Conclusies deelvragen

In de volgende twee paragrafen worden de conclusies van deelvraag 1 & 2 beschreven.

5.1.1 Conclusie deelvraag 1

Kijkend naar alle thema's uit het onderzoek wordt het duidelijk dat het sociale thema eruit springt. Volgens Thomsen (1984) wordt sociale isolatie beleefd als één van de ergste gevolgen. Dit is een van de belangrijkste factoren aangezien het merendeel van de cliënten met niet-aangeboren hersenletsel aangeeft dat familie een grote invloed heeft op het uitkiezen van een dagbesteding. Hetzij om de druk in de thuissituatie te verlagen of om andere sociale contacten op te doen buitenshuis.

Aangezien de meeste cliënten in de chronische fase gewoon thuis wonen, al dan niet met mantelzorg en professionele zorg, zoals thuiszorg (Stokman, Verhoeff & Heineke, 2011). Daarnaast is het erg verassend om te zien dat de al aanwezige cliënten op een dagbesteding een erg grote rol speelt. Er zijn cliënten met niet-aangeboren hersenletsel die aan hebben gegeven dat zij moeite hebben gehad met het kiezen van InteraktContour locatie 't Knooppunt, omdat zij bij de eerste rondleiding te maken kregen met cliënten die een ernstige lichamelijke beperking hebben en dat schrok af. Daarentegen zijn er ook cliënten met niet-aangeboren hersenletsel geweest die aangeven dat het contact tussen hun en de cliënten op een positieve manier is verlopen, waardoor zij uiteindelijk de keuze hebben gemaakt voor InteraktContour locatie 't Knooppunt.

Kijkend naar het organisatorische aspect blijkt dat er erg veel waarde wordt gehecht aan aanwezigheid van het vaste personeel. Cliënten met niet-aangeboren hersenletsel geven aan dat de deskundigheid en aanwezigheid van vast personeel voor hen veel zwaarder weegt dan de aanwezigheid van bijvoorbeeld stagiaires of vrijwilligers. Er zijn cliënten met niet-aangeboren hersenletsel die aangeven dat na de hervormingen in de zorg er minder persoonlijk contact is tussen cliënten en vast personeel. Daarnaast is het verassend om te zien dat volgens de meeste respondenten de taakverdeling tussen vast personeel, stagiaires en vrijwilligers irrelevant is, zolang er wordt voldaan aan een begeleidende rol. Het positief benaderen is hierbij een groot goed.

De informatievoorziening van InteraktContour heeft bij heel veel cliënten met niet-aangeboren hersenletsel een rol gespeeld bij de keuze voor de dagbesteding. Hierbij gaat het vooral om mondelinge informatie die is verstrekt tijdens de rondleiding of kennismaking. Daarnaast krijgen cliënten informatie mee naar huis en dat wordt als prettig ervaren.

Het minst belangrijke aspect is het maatschappelijke/economische vlak. De meeste cliënten met niet-aangeboren hersenletsel letten niet of nauwelijks op de kosten en baten bij het kiezen van een dagbesteding. Zij hebben het idee dat het allemaal wel geregeld wordt vanuit de gemeente of door familie.

De gemeente heeft in de meeste gevallen geen rol gespeeld voor de cliënten met niet-aangeboren hersenletsel in de keuze voor een dagbesteding. Dit komt doordat de meest respondenten al 6 jaar of langer geleden bij InteraktContour terecht zijn gekomen.

5.1.2 Conclusie deelvraag 2

Het merendeel van de cliënten met niet-aangeboren hersenletsel geeft aan geen factoren te willen verbeteren binnen InteraktContour. Zij zijn tevreden met de huidige situatie. De cliënten met niet-aangeboren hersenletsel die wel wat zouden willen verbeteren richten zich voornamelijk op organisatorisch vlak en maatschappelijk vlak. Wat vaak naar voren komt is het aanbod van

activiteiten. Cliënten met niet-aangeboren hersenletsel vinden het jammer dat er minder activiteiten worden aangeboden dan 'vroeger'. Hier hebben zij deels begrip voor maar zijn vaak onwetend over de oorzaak.

5.2 Antwoord hoofdvraag

De hoofdvraag luidde als volgt: 'Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het kiezen van een dagbesteding in Almelo door de huidige cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt en hoe kan InteraktContour hier beter op aansluiten?'. De interviews met de cliënten met niet-aangeboren hersenletsel hebben een duidelijk beeld geschetst van de factoren waar cliënten tegenaan lopen en welke factoren helpen bij het zorgtraject van de cliënt. Vanuit de deelvragen is geconcludeerd dat onderstaande factoren vooral een rol spelen bij het kiezen van een dagbesteding in Almelo.

Hierbij is het voor een zorginstelling van belang om:

1. De partner/familie van potentiële cliënten naar behoren op te vangen.
2. Bewust te zijn van de invloed van aanwezige cliënten op potentiële cliënten.

Kijkend naar het organisatorische thema zien we dat het voor cliënten met een niet-aangeboren hersenletsel belangrijk is dat:

1. Het vaste personeel veel persoonlijk contact zoekt met de cliënten en vooral niet reactief maar preventief moeten handelen.
2. De cliënten positief benaderd worden.
3. Er zowel een goede mondelinge als schriftelijke informatievoorziening aanwezig is.
4. Er een groot, divers en realistisch aanbod is van activiteiten.

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de beantwoording van de hoofdvraag zullen hieronder een aantal aanbevelingen volgen waarmee InteraktContour aan de slag kan. Deze aanbeveling zijn op volgorde van belang beschreven.

Eerste indruk.

Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel kunnen vooral in de eerste fase erg vijandig en niet-coöperatief zijn. Dit is gebleken uit veel gedrag neuropsychologische onderzoeken. Dit behoort tot de sociaal-communicatieve vaardigheden van de cliënt (VanderMeulen, 2016). Ook kan het zijn dat er sprake is van een verminderd ziektebeeld. Dat betekent feitelijk dat iemand vanuit trots, kwetsbaarheid, gevoel van schaamte en falen aangeeft het zelf te kunnen terwijl er sprake is van hersenletsel. Hierdoor kan het gebeuren dat de persoon in kwestie het overzicht niet meer kan bewaren en er dingen misgaan (Vilans, 2016). Vandaar dat er mensen zijn die bij een eerste kennismaking en rondleiding emotioneel nog niet klaar zijn om veel cliënten te zien die een ernstige lichamelijke beperking hebben. Het kan voor de potentiële cliënten goed zijn om per casus te bekijken/bevragen hoe het zit met de emotionele gemoedstoestand van de potentiële cliënt en deze op zijn of haar gemak proberen te stellen. Eventueel zou hier in ernstige gevallen ook rekening mee gehouden kunnen worden door de omgeving, activiteit of datum van de afspraak aan te passen.

Cliëntcontact

Om cliënten daadwerkelijk het gevoel te geven dat de begeleiding niet alleen maar te vinden is in het kantoor en alleen reactief te werk gaan, is het van belang dat de vaste begeleiding rekening houdt met de bezetting van vaste begeleiding buiten het kantoor. Natuurlijk is het van belang om te vermelden dat cliënten met niet-aangeboren hersenletsel het gevoel kregen dat er minder contact was met het personeel ten tijde van een systeemverandering. Hier heeft veel tijd in gezeten waardoor er inderdaad een periode minder contact was met de cliënten. De rol die de vaste begeleiding heeft is van groot belang. Hierbij moet overigens wel benadrukt worden dat de vaste

begeleiders bijvoorbeeld niet tegelijkertijd een cursus kunnen volgen. Het is dus van belang om een schema te creëren waarbij de vaste begeleiding een balans vindt tussen werkzaam zijn in het kantoor en voldoende cliëntcontact.

Samenwerkingsverbanden

Het blijkt dat een aantal respondenten meer of een breder aanbod van de activiteiten wil. Hier zijn de middelen niet altijd voor handen. InteraktContour moet naar aanleiding van de vele veranderingen in de zorg streven naar meer samenwerking met verscheidene instellingen, zodat zij een breder aanbod van activiteiten kunnen bieden aan de cliënten van InteraktContour locatie 't Knooppunt. Een goede kandidaat hiervoor zou Humanitas Twente zijn.

Humanitas Twente is een vrijwilligersorganisatie dat een coaching traject aanbiedt voor mensen met een maatschappelijke hulpvraag. Zij hebben meerdere projecten voor verschillende doelgroepen. Humanitas Tandem is een vrijwilligersproject dat als aanvulling dient voorafgaand aan, tijdens een lopend hulpverleningstraject of opvolgend daarvan. Zij brengen organisaties bijeen zodat eenzaamheid en sociaal isolement gesignaleerd, erkend en aangepakt worden. Volgens Thomsen (in Viane et al, 2003) wordt sociale isolatie beleefd als één van de ergste gevolgen. In dit geval neemt InteraktContour locatie 't Knooppunt het eerste onderdeel van de plancyclus voor zijn rekening. Dit onderdeel staat in het teken van signaleren, eigen indruk onderzoeken, het verzamelen van informatie en het formuleren van een probleemdefinitie (Fontaine, 2010).

Tevens zijn er geen kosten verbonden om deel te nemen aan het traject. De vrijwilligers hebben vaak een hbo denkniveau. De coördinatoren van Humanitas regelen de intake, een passende vrijwilliger en coördineren het traject. De begeleider van Interakt Contour kan iemand aanmelden door contact op te nemen met Humanitas Twente. Tevens kunnen zij aanwezig zijn bij de intake en de kennismaking met de vrijwilliger, mits de cliënt dit toestaat.

Verder zou de vrijwilliger op een vaste dag per week de cliënt kunnen ophalen om leuke activiteiten te ondernemen en hem of haar te ondersteunen bij zijn hulpvraag. Activiteiten kunnen zijn ergens wat drinken, helpen bij een sollicitatie, even samen boodschappen doen of een wandeling maken (microniveau). De vrijwilliger schrijft na iedere activiteit een logboek, waar de coördinator van het project feedback op geeft. Om de drie maanden wordt er een evaluatiemoment gepland. Dit kan zowel telefonisch als een persoonlijke afspraak zijn met de cliënt. De voortgang en de evaluaties worden besproken met de persoonlijke begeleider.

Door deze manier van samenwerking, kan InteraktContour locatie 't Knooppunt een breder activiteitenaanbod aan bieden. Ondertussen blijft het vaste personeel aanwezig op de locatie en heeft zij aandacht voor de cliënten die liever niet meewerken aan het samenwerkingsverband.

Hoofdstuk 6: Sterkte/zwakte analyse

In dit hoofdstuk worden de sterktes en zwaktes van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 6.1 worden in een tabel de sterktes en zwaktes weergegeven. In paragraaf 6.2 worden de sterktes beschreven en in paragraaf 6.3 worden de zwaktes van het onderzoek beschreven.

6.1 Tabel sterktes/zwaktes

Sterktes	Zwaktes
Openheid cliënten	Hersenletsel cliënten
Audio opnames	Kleine respons
Contact opdrachtgever	Veel informatie van InteraktContour zelf

6.2 Sterktes

De eerste sterkte die de onderzoekers hebben ervaren was de openheid van de cliënten bij wie de interviews werden afgenomen. De validiteit van dit onderzoek zou ondermijnd kunnen worden doordat cliënten tijdens het interview sociaal wenselijke antwoorden zouden kunnen geven. Dat zij open zijn geweest in het beantwoorden van de vragen kan komen door de omgeving en door de betrouwbaarheid van de onderzoekers. De onderzoekers hebben gezorgd voor een vertrouwelijke sfeer door voorafgaand aan het interview aan te geven dat alle informatie zonder naam zou worden verwerkt. Ook zou de informatie niet worden doorgespeeld naar de begeleiding, waardoor de cliënten open konden zijn zonder te vrezen voor consequenties van het personeel.

De tweede sterkte van het onderzoek waren de audio opnames die gemaakt zijn met behulp van een smartphone. Dit is van belang geweest bij het uitwerken van de interviews. Dit is ten gunste geweest van de analyse en betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarnaast konden de onderzoekers zich volledig richten op het interview en hun volledige aandacht aan cliënten schenken.

Tot slot was het contact met de opdrachtgever een sterkte. De opdrachtgever was open en dacht mee met de onderzoekers. De communicatie tussen de opdrachtgever en de onderzoekers verliep op een wederzijds respectvolle manier. Op deze manier verliep het onderzoek in de praktijk geordend met betrekking tot bijvoorbeeld afspraken, ruimte reservering en andere praktische zaken.

6.3 Zwaktes

De eerste zwakte die naar voren komt in het onderzoek is dat de vraagstelling soms niet helemaal werd begrepen door cliënten waardoor er afgeweken werd van de rode draad. Dit heeft te maken met de ziektebeelden die zij vertonen en waardoor sommige cliënten in de war raken. Dit heeft tijdens de interviews tijd gekost aangezien vervolgens de rode draad weer opgepakt moest worden. De onderzoekers hadden hier beter op in kunnen spelen door de cliënten niet te laten uitwijken.

De tweede zwakte is de kleine respons op het onderzoek. Doordat de respons klein is kan dit de validiteit van het onderzoek schaden. Als er weinig respondenten zijn kan het zijn dat de steekproef die gedaan is niet voor de gehele populatie geldt.

De derde zwakte is dat bij het theoretisch kader veel informatie van InteraktContour is aangehaald wat kan leiden tot verminderde objectiviteit. Dat het hiertoe kan leiden komt doordat InteraktContour te allen tijde een positief beeld wil schetsen om mensen bij de stichting te betrekken.

Hoofdstuk 7: Discussie

In de praktijk hebben wij persoonlijke gesprekken gevoerd met cliënten met niet-aangeboren hersenletsel en hebben wij ervaren dat er een taboe op rust. Het is een heftig onderwerp, maar wel een onderwerp wat bespreekbaar gemaakt moet worden, ook in de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Daarom hebben wij ervoor gekozen dit onderwerp ter discussie te stellen in dit onderzoek, zodat ook het taboe op zelfdoding besproken wordt en wat dit kan betekenen voor de hulpverlener.

De discussie is zo opgesteld dat er eerst vanuit verschillende invalshoeken naar het onderwerp wordt gekeken. Vervolgens zal ons standpunt op deze discussie kenbaar gemaakt worden.

Voltooid leven: een verademing of onaanvaardbaar?

Het lijkt de laatste tijd onderwerp van gesprek, het voltooid leven. In het nieuws wordt er wekelijks aandacht aan besteed en ook aan de vooravond van de verkiezingen in 2017 is het een belangrijk discussiepunt voor een debat. Het is een moeilijk onderwerp in discussies omdat de meningen over voltooid leven erg verschillen. Toch zijn deze discussies nodig, want zo wordt het onderwerp wel aangekaart en worden mensen gehoord voor wie voltooid leven van belang is in zowel positieve als negatieve zin. Dit onderwerp is ook een punt waar binnen InteraktContour over gesproken wordt. Er zijn cliënten die aangeven niet verder te willen. Wanneer mensen hun leven voltooid vinden betekent dat meestal niet dat zij ongeneeslijk ziek zijn. Wel kunnen zij lichamelijk aftakelen, afhankelijk worden van anderen en te maken krijgen met het verlies van regie over het leven, het wegvallen van het sociale netwerk en het verlies van doel en zingeving. Dit soort factoren kunnen in combinatie leiden tot levensmoeheid. Of iemand het leven voltooid vindt is altijd een persoonlijke afweging. Voor hulp bij zelfdoding moet er sprake zijn van een ziekte of een opeenstapeling van ouderdomsklachten (NVVE, 2017). Hulp bij zelfdoding is strafbaar, tenzij dit is verleend door een arts die heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals deze staan beschreven in artikel 2 van de WTL (Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) en dat de arts melding van zijn handelen heeft gemaakt (Adviescommissie voltooid leven, 2016). Hier zitten twee knelpunten. Ten eerste is het op dit moment zo dat mensen alleen hulp bij zelfdoding krijgen wanneer zij niet meer 'gezond' zijn. Dus wanneer er sprake is van ziekte of een opeenstapeling van ouderdomsklachten. Ten tweede kan hulp bij zelfdoding alleen worden uitgevoerd door een arts die heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen en melding van zijn handelen heeft gemaakt. Het kabinet wil dit nu veranderen. Zo willen zij een voltooidlevenwet waarbij mensen hun wens kunnen vervullen met behulp van een stervensbegeleider. Hierbij vormen (anders dan in de bestaande euthanasiewet) "ondragelijk en uitzichtloos" lijden niet meer het criterium voor euthanasie. Ook zou er niet per se een arts betrokken hoeven zijn (Van Steenbergen, 2017). Voor veel mensen is dit een stap in de goede richting maar voor veel mensen gaat dit ook in tegen hun principes. De vraag is dan ook wat de verschillende visies zijn op dit thema en of er een oplossing is waarbij iedereen tevreden kan zijn.

Artsen

Er wordt vanuit verschillende invalshoeken naar het thema voltooid leven gekeken. Om te beginnen zijn er de artsen. Op dit moment wordt euthanasie door een arts uitgevoerd volgens de eisen zoals die in de wet beschreven staan, namelijk de zorgvuldigheidseisen (NVVE, 2017). Op de site van artsenfederatie KNMG (2017) is te lezen dat euthanasie alleen wordt verricht als uiterst middel in situaties waarbij de patiënt en de arts voor hun gevoel met hun rug tegen de muur staan, omdat het lijden op geen enkele andere, redelijke manier kan worden verlicht. Ook wordt er aangegeven dat

principiële bezwaren van artsen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding dienen te worden gerespecteerd.

Uit een artikel van NRC Handelsblad blijkt dan ook dat artsen aangeven dat mensen die dood willen genoeg hebben aan de huidige euthanasiewet (Steenbergen, 2017). De artsen willen niet dat er een wet komt die het mogelijk maakt om gezonde mensen te helpen bij zelfdoding als zij hun leven voltooid achten. Zij zijn bang dat dit zal leiden tot 'uitholling van de bestaande euthanasiepraktijk'. Voor artsen is dit een logische redenering, aangezien in de bestaande wet staat dat euthanasie alleen is voor ernstig ziek, vaak terminale, patiënten. Met de nieuwe wet zou dit ook voor 'gezonde' mensen gelden die bijvoorbeeld eenzaam zijn. De verplichte tussenkomst van een arts zou vervallen. Het roept dan ook vragen op als: 'Wie gaat dan het dodelijk middel toedienen?' en 'Wat als er iets misgaat? Moet ik als arts dan toch komen ingrijpen?'.

Zoals het er nu voor staat kan de eerste vraag al beantwoord worden. Het dodelijk middel zal namelijk toegediend worden door een stervenshulpbegeleider. De tweede vraag is gecompliceerder. Met een zaak als deze kan er altijd iets mis gaan. Het is dan ook een logische vraag die de artsen zichzelf stellen of zij uiteindelijk toch moeten ingrijpen als het fout gaat. Vanuit hun perspectief gezien willen zij het beste voor hun patiënten en willen zij alles op alles zetten om iemand beter te maken. Daar past het niet bij om iemand een dodelijk middel te geven als een patiënt niet ernstig ziek of terminaal is. In de eisen waaraan een arts moet voldoen staat dan ook dat een dodelijk middel pas mag worden toegediend wanneer er echt geen andere oplossing meer is.

De arts moet:

- ervan overtuigd zijn dat er sprake is van een vrijwillig en **Zorgvuldigheidseisen arts (NVVE, 2017)**
- ervan overtuigd zijn dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de patiënt informeren over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten;
- met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is;
- ten minste één andere, onafhankelijke arts raadplegen, die de patiënt ziet en schriftelijk zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen 1 tot en met 4;
- de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding op medisch

Politiek

Hoe artsen over de nieuwe wet denken is duidelijk, maar hoe zit dat nu in de politiek, de kern waar deze wet vandaan moet komen. In februari van 2016 heeft het kabinet namens de commissie Voltooid leven een negatief advies gekregen voor ruimere juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding. Volgens de commissie is dit onnodig en onwenselijk (Rijksoverheid, 2017). Ondanks dit negatieve advies stelde het kabinet een paar maanden later toch een nieuwe wet voor. Zij willen dat er wettelijk wordt geregeld dat mensen met een voltooid leven de mogelijkheid krijgen om er met hulp van een stervensbegeleider een punt achter te zetten. Ook als ze geen medische klachten hebben die euthanasie rechtvaardigen (Tweede Kamer, 2017). Er lijkt overeenstemming te zijn voor deze wet in de Kamer, maar als we inzoomen op de meningen van de politieke partijen lijken deze toch van elkaar te verschillen. De partijen die het streven tot een wettelijke regeling wel steunen zijn de partijen VVD, PvdA, D66, GroenLinks en 50PLUS. De PVV en SP twijfelen nog over deze wet en de partijen CDA, SGP en CU zijn tegen de wet. De voorstanders van de wet leggen de nadruk op zelfbeschikking en autonomie. Een veelgehoord geluid van deze partijen is dan ook dat mensen zelf kunnen beslissen wanneer zij er een einde aan willen maken en dat mensen een waardig einde verdienen.

De partijen die tegen de wet voltooid leven zijn halen aan dat het rapport van de commissie onterecht ter zijde wordt geschoven, het leven door God gegeven is en daarom waardevol en ouderen zullen druk voelen om hun leven te beëindigen (Tweede Kamer, 2017).

De standpunten van de politiek partijen zijn duidelijk. Ondanks dat er partijen tegen zijn is het wetsvoorstel toch ingediend met een meerderheid van de stemmen.

Al met al zijn de meeste partijen het eens. De christelijke partijen kijken toch op een andere manier naar dit onderwerp door hun geloof. Dit valt hen niet kwalijk te nemen. Het zou raar zijn als zij het hier wel mee eens zouden zijn en zou het ongeloofwaardig zijn tegenover hun achterban. Dat het wetsvoorstel toch is ingediend komt doordat de partijen die voor zijn een meerderheid in de kamer

hebben. Ook al zijn de politici in de partij het onderling niet eens, als de meerderheid het eens is, dan stemt de hele partij eens. Ondanks dat de wet erg vrij lijkt te zijn, moeten er wel randvoorwaarden komen zodat er zekerheid is dat een stervenswens weloverwogen, duurzaam en vrijwillig is.

Hulpverlening

Bij dit thema is het ook van belang om te kijken naar het standpunt van de hulpverlener. Wanneer de wet voltooid leven werkelijkheid wordt, zal dit voor hulpverleners een grotere rol gaan spelen.

Aangezien de rol van de artsen op de achtergrond verdwijnt en stervenshulpbegeleiders een grotere rol gaan spelen zal er waarschijnlijk een beroep worden gedaan op hulpverleners al dan niet met een medische achtergrond. Wat wij ons als hulpverleners af moeten vragen is of wij de rol van stervenshulpbegeleider aan kunnen nemen op grond van de beroepscode.

De centrale waarde van de beroepscode vertelt dat de hulpverlener het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving bevordert en de hulpverlener draagt actief bij aan een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid van de cliënt (BPSW, 2016). De centrale waarde van de beroepscode sluit dus aan bij de gedachte van de verschillende politieke partijen waarbij mensen recht hebben op zelfbeschikking en dus eigen verantwoordelijkheid. In de verschillende punten van de beroepscode komt naar voren dat de hulpverlener altijd handelt vanuit de cliënt. De cliënt centraal stellen is erg belangrijk in het beroep van de Social Worker. Ondanks dat de centrale waarde van de hulpverlening aansluit op die van de politieke partijen die het eens zijn over de wet voltooid leven, zal een hulpverlener een cliënt niet snel opgeven ook al wil de cliënt dat zelf. Een hulpverlener zal er dan ook alles aan doen om een cliënt te helpen om te zoeken naar een oplossing die voor de cliënt haalbaar is.

Een oplossing?

Als we naar de belangrijkste bevindingen kijken, is er dan een oplossing waarmee iedereen tevreden kan zijn? Artsen geven aan het niet eens te zijn met de nieuwe wet, omdat zij bang zijn dat de rol van de arts verdwijnt. Ook vinden zij dat de kwestie op dit moment nog teveel vragen oproept om al als wet door te gaan.

De politieke partijen zijn het in de meerderheid eens. Ondanks dat zijn er een paar partijen die het niet eens zijn met het wetsvoorstel vanwege hun geloofsovertuiging en zijn zij het er niet meer eens dat het rapport van de commissie (waarin het advies voor een wetsvoorstel over voltooid leven negatief is) onterecht ter zijde wordt geschoven.

De hulpverlener kijkt altijd naar het belang van de cliënt en stelt de cliënt centraal. Een hulpverlener zal dan ook altijd kijken naar wat het beste is voor de cliënt.

De meningen verschillen behoorlijk over het onderwerp. Ondanks het geluid wat de artsen laten horen en het advies wat de commissie heeft gegeven, gaat de Kamer gewoon door met het wetsvoorstel. De vraag is of het zin heeft om in discussie te gaan als de politiek in Den Haag toch wetten door laat gaan als er zulke negatieve geluiden te horen zijn. Maar daarnaast spreken artsen vooral voor zichzelf en zijn bang om hun rol in dit proces te verliezen. Je kunt je hierbij afvragen of de artsen dan handelen vanuit de eisen die eerder werden gesteld bij euthanasie of dat zij handelen vanuit hun eigen prioriteit.

Vanuit ons perspectief moet je als hulpverlener bewust zijn van het feit dat zelfdoding een oplossingsstrategie is. Daarom is het belangrijk om je te focussen op wat ervoor zorgt dat de cliënt zelfdodingsgedachtes krijgt. Wij vinden dat zelfdoding niet getuigt van egoïsme maar meer in het kader ligt van geen andere uit weg meer zien. Wij vinden dat je daarom als hulpverlener meer begrip moet tonen voor de gedachten van cliënten, zonder erkenning is het niet mogelijk om een eerlijk en open gesprek te voeren. Soms kan het van belang zijn om als hulpverlener te vragen wat iemand nou tegenhoudt. Zodoende kan men ook kijken naar krachten. Dit moet dan wel in overleg met naasten en andere professionals. Daarnaast vinden wij dat hulpverleners ook betere nazorg zouden mogen krijgen aangezien je als hulpverlener ook een 'nabestaande' bent. Kijkend vanuit de rol van de

hulpverlener vinden wij dat de hulpverlener altijd de cliënt centraal moet stellen. Als hulpverlener moet er dan ook een begeleidende rol worden aangenomen. Wanneer een cliënt echt voor zelfdoding kiest is het de taak van hulpverlener om de cliënt zo goed mogelijk te helpen op weg ernaartoe.

Afsluiting

Kijkend naar alles wat we samen hebben beleefd bij InteraktContour is het een hele ervaring geweest. We hebben te maken gekregen met een doelgroep die niet heel bekend was voor ons maar daardoor niet minder interessant. Tijdens het maken van dit rapport hebben we het soms erg lastig gehad. Toch hebben we dankzij feedback van Leonie Slots door kunnen zetten. Daarnaast zijn de begeleiders van InteraktContour, 't Knooppunt erg gastvrij en behulpzaam geweest. Ook zonder hen was dit bachelor rapport niet realiseerbaar. De gemeente Almelo en specifiek de wijkcoaches hebben een steentje bijgedragen. Dankzij hun kennis heeft dit rapport diepte gekregen met betrekking tot de gemeente en haar rol binnen het hulpverleningstraject. Als laatste zouden we de respondenten van InteraktContour willen bedanken. Zij staan natuurlijk centraal en dit onderzoek is ook dankzij hun tot stand gekomen.

Literatuurlijst

- Adviescommissie voltooid leven. (2016). *Voltooid leven*. Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Lara%20Huisman/Downloads/01-adviescommissie-voltooid-leven-voltooid-leven-over-hulp-bij-zelfdoding-aan-mensen-die-hun-leven-voltooid-achten.pdf>
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010, 30 augustus). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Geraadpleegd van
- Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de. (2006). *Basisboek methoden en technieken* (4e ed.). Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Beeckmans, K., Michiels, K. (2005). *Leven met een hoofdprobleem*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant Uitgevers
- BPSW. (2016). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Geraadpleegd van <http://www.nvmw.nl/professionals/beroepscode-mw-inzien.html>
- Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A. (2006). *Inleiding complementaire zorg*. Houten: Springer Media B.V.
- Derix, M. M. A., Meulem, J. A. M. Van der, Avezaat, C. J. J., Mulder, W., & Strien, J. W. van. (2016). *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen* (3^e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- Eilander, H., Van Belle-Kusse, P., & Vrancken, P. (1998). *Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel.
- Fontaine, B. (2013). *De plancyclus in het sociaal agogisch werk*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hollander, M. (2011). *Zelf kiezen voor zorg? Een onderzoek in opdracht van Samenwerkende cliënten en ouderenorganisaties* (B3826). Opgevraagd van <http://docplayer.nl/220045-Zelf-kiezen-voor-zorg-eindrapport-een-onderzoek-in-opdracht-van-samenwerkende-clienten-en-ouderenorganisaties.html>
- IGI Global. (z.j.) What is Member-Checking. Opgevraagd van <http://www.igi-global.com/dictionary/member-checking/18265>
- InteraktContour. (2016). *Dagbesteding*. Opgevraagd van <https://www.interaktcontour.nl/ik-zoek-zorg/dagbesteding/>
- InteraktContour. (2016). *Jaarverslag en jaarrekening 2015*. Opgevraagd van <https://www.interaktcontour.nl/application/elements/plugins/kcfinder/upload/files/Jaarverslag%20en%20jaarrekening%202015%20InteraktContour%20incl.%20controleverklaring%20samengevoegd%20DEFINITIEF.pdf>
- InteraktContour. (2016). *Vrienden van*. Opgevraagd van <https://www.interaktcontour.nl/over-ons/vrienden-van>
- Kapteyn, B. (2007). *Probleemoplossing in organisaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Migchelbrink, F. (2016). *Half open en volledig gestructureerde of gestandaardiseerde interviews*. Opgevraagd van <http://www.actie-onderzoek.nl/pdf/gestructureerde%20interviewswebsteegereed.pdf>

Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

NVVE. (2017). *Euthanasie bij voltooid leven*. Geraadpleegd van <https://www.nvve.nl/wat-euthanasie/euthanasie-bij-voltooid-leven>

Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV

Roessingh. (2013, 21 augustus). *Nauwere samenwerking Roessingh en InteraktContour*. Opgevraagd van <https://www.roessingh.nl/nieuws/Nauwere-samenwerking-Roessingh-en-InteraktContour>

Schermer, K. & Quint, P. (2013). *De organisatie als hulpmiddel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Steenbergen, E. van. (2017, 30 maart). Artsen huiveren voor nieuwe wet. *NRC Handelsblad*, p. 4.

Steenbergen, E. van. (2017, 30 maart). Artsen zien niets in wet voltooid leven. *NRC Handelsblad*, p. 1.

Stokman, M., Verhoeff, H. & Heineke, D. (2011) *Navigeren naar hersenletsel, Bouwstenen voor clientgerichte en samenhangende zorg ten behoeve van mensen met een hersenletsel*. Opgevraagd van https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil_id=459

Themanieuws. (2015). *Waar kunt u terecht met uw zorgvraag?* Opgevraagd van <http://www.themanieuws.nl/app/publication/SDAO151/1734>

Tweede Kamer. (2017). *Wel of geen stervenshulp bij voltooid leven?* Geraadpleegd van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/wel-geen-stervenshulp-bij-voltooid-leven

Vereniging Gehandicapten Zorg Nederland. (2015, juni). *Niet Aangeboren Hersenletsel*. Geraadpleegd van http://www.vgn.nl/de_transformatie/nah.pdf

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). *Acceptance of pain is an independant predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal*. *Pain*, 106, 65-72

Vilans. (2016). *7 redenen waarom nazorg belangrijk is bij niet-aangeboren hersenletsel*. Geraadpleegd van

Widdershoven, T.F.P., Bongers, I.L. & Nieuwenhuizen, van Ch. (2013). *ForCA QuickScan, Snel zicht op bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van gedragsinterventies*. Opgevraagd van [https://www.forca.nu/Portals/ForCA/2013%20Widdershoven%20e.a.%20ForCA%20Quickscan%20snel%20zicht%20op...%20\(1\).pdf](https://www.forca.nu/Portals/ForCA/2013%20Widdershoven%20e.a.%20ForCA%20Quickscan%20snel%20zicht%20op...%20(1).pdf)

Zanen, L. (2002). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Zee, F. van der. (2016). *Betrouwbaarheid van informatie is belangrijk*. Geraadpleegd van <http://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/betrouwbaarheid/>

Zorgfocuz. (2016). *Zorgmarketing*. Geraadpleegd van
<https://www.zorgfocuz.nl/diensten/zorgmarketing/>

Bijlage 1. Interview vragen

De oorzaken van mogelijke belemmerende factoren kunnen liggen bij de zorgverleners die ermee moeten werken (individuele of sociale factoren), de organisatie (organisatorische factoren) of de omgeving (maatschappelijke factoren).

Er is gekozen voor een halfgestructureerde interview, dat wil zeggen dat er met mensen in gesprek is gegaan om een zo reëel mogelijk beeld te krijgen van belemmerende en bevorderende factoren bij het kiezen van een zorginstelling voor deze doelgroep. De reden waarom wij gekozen hebben voor een halfgestructureerde interview.

Voor aanvang van het interview worden er een aantal punten doorgenomen:

- ☐ Kennismaking, voorstellen, koffie/thee, vragen of we de respondent met u of je mag aanspreken
- ☐ Bedanken voor de deelname
- ☐ Uitleg over het (doel) onderzoek
- ☐ Uitleg/overleg anonimiteit onderzoeksmateriaal
- ☐ Er wordt toestemming gevraagd om het interview op te nemen (start opname)
- ☐ Ruimte voor eventuele vragen

Om erachter te komen welke factoren van invloed kunnen zijn op de keuze van mensen met een NAH en bijbehorende indicatoren zijn de volgende vragen gesteld tijdens de interviews:

Interviewvragen voor de cliënt

Individueel (normen en waarden, vaardigheden, verwachtingen, persoonlijkheid)

-Wat zijn de verwachtingen die u heeft van de dagbesteding kijkend naar alles wat u belangrijk vindt?

Sociaal (andere cliënten, familieleden, kenniskring, cultuur in het sociale netwerk)

-Wat voor rol hebben familieleden en vrienden gehad op de keuze voor deze instelling?

-Wat voor rol spelen andere cliënten die al aanwezig zijn op deze instelling voor u?

-Wat voor rol speelt uw cultuur bij het kiezen van een instelling?

Organisatorisch (aanwezigheid van personeel, taakverdeling, het gevoerde beleid, samenwerking met andere disciplines, informatievoorzieningen)

- In hoeverre let je op speelt de aanwezigheid van personeel/stagiaires/vrijwilligers bij een instelling

- In hoeverre let je op speelt de taakverdeling van personeel/stagiaires /vrijwilligers bij een instelling

- In hoeverre let je op de gevoerde werkwijze bij een zorginstelling

- In hoeverre let je op de samenwerking met andere disciplines bij de keuze voor een zorginstelling

- In hoeverre let je op informatievoorziening van IC bij de keus van een zorginstelling

Maatschappelijk/economisch (wetgeving, kosten en baten, rol van gemeente, informatievoorziening)

- In hoeverre let je op de kosten en baten bij de keuze voor een zorginstelling
- In hoeverre let je op de gemeente bij de keuze voor een zorginstelling
- In hoeverre let je op de informatievoorziening in de maatschappij bij de keuze voor een zorginstelling

Overige vragen

Wat zou je verder willen/kunnen veranderen binnen Interakt Contour om de zorginstelling beter bij je aan te laten sluiten?

Zou je ooit bij een andere instelling willen kijken en waarom?

Afsluiting:

☑ Persoon wordt nogmaals bedankt voor de deelname

☑ Opname wordt stopgezet

Bijlage 2: Evaluatieformulier opdrachtgever



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Lara Huisman Abdul El Gharbouni
Onderwerp bacheloronderzoek	Belangrijke factoren voor de cliënt
Opleiding	SPH
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	InteraktContour, AC 't Knooppunt
Onderzoeksbegeleider	
Adres	
Postcode/woonplaats	
Telefoonnummer	
Email	
Datum	15-02-2017

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

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

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

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

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten				X

(o.a. taakverdeling)				
Samenwerking studenten vs. organisatie			X	
Zelfstandigheid studenten				X
Effectiviteit van werken van studenten			X	
Omgaan met afspraken/planning				X
Communicatie van studenten				X
Afronding van de opdracht door studenten			X	
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				

Bijlage 3: Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport

Naam student					
Studentnummer					
Datum					
1 ^e Beoordelaar					
2 ^{de} Beoordelaar					
Beoordelingsvoorwaarden			Feedback		
Aangeleverd zijn: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek) Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)					
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.					
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.					
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)					
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.					
Criteria	0	3	6	8	10
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdrachtgevende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.

Criteria	0	3	6	8	10
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of nationale en internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen voor de beroepspraktijk is beschreven.
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.	Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4. De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdrachtgevende instantie.
5. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/innovatie van de beroepspraktijk.

Criteria	0	3	6	8	10
6.De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.
Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60) =					
Cijfer					
Feedback op totaalproduct					

Cesuur bepalen eindcijfer:

3. Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. *Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.*

4. Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten **minimaal 34 punten** worden behaald.

5. Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.

Cijfer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 60 Punten	0–9	10–15	16–21	22–27	28–33	34–40	41–46	47–52	53–57	58–60