een onderzoek naar de samenwerking tussen professionals en het cliëntsysteem

Anne-Wil Hammer
2810061

Manon Morsink
2710100

Geraldi Noordman
2810416

Jennieke van der Vegt
2810242

Sterk met een vitaal netwerk

Stichting Sprank
2012

gereformeerde hogeschool te zwolle

 ***Een onderzoek naar de
 samenwerking tussen
 professionals en het
 cliëntsysteem***
 Zwolle, 08-05-2012

 **Studenten:**
 Anne-Wil Hammer
 Manon Morsink

 Geraldi Noordman

 Jennieke van der Vegt

 **School:**
 Gereformeerde Hogeschool
 Social Work, SPH/MWD
 1e beoordelaar: Esther Hoekman
 2e beoordelaar: Henk Stulp

 **Opdrachtgever:**
 Stichting Sprank
 Begeleidsters: Joke Renkema
 Gieneke Hulleman

**Voorwoord**

Geachte lezer, 08-05-2012

Voor u ligt het onderzoeksverslag van het afstudeeronderzoek dat wij in het kader van onze studie Maatschappelijk Werk & Dienstverlening en Sociaal Pedagogische Hulpverlening hebben uitgevoerd.

Wij hebben dit onderzoek voor Stichting Sprank gedaan. Daarbij hebben wij ons gericht op hoe professionals werkzaam bij stichting Sprank op de woonlocaties het cliëntsysteem zo effectief mogelijk kunnen laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt. Ook hebben wij ons verdiept in de visie van professionals op wat nodig is om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen, zodat de kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft of zelfs verbeterd wordt.

Bij de oriëntatie voor ons afstudeeronderzoek kwamen wij in aanraking met stichting Sprank. Stichting Sprank had contact gehad met het lectoraat van de Gereformeerde Hogeschool om studenten te werven voor een onderzoek over de verschuiving van formele zorg naar informele zorg. Hieruit kwam een onderzoeksvraag naar voren, die naar alle studenten gemaild was. Deze onderzoeksvraag wekte direct onze interesse. De invoering van de WMO, de verschuiving naar informele en de rol van het cliëntsysteem en de professional hierbij is een onderwerp dat momenteel erg actueel is. Ook bij verschillende modules binnen onze opleiding zijn deze ontwikkelingen in het beroep regelmatig aan de orde gekomen. Dit versterkte onze interesse in dit onderwerp.

Wij merken dat door deze maatschappelijke ontwikkelingen de visie op zorg en welzijn en hoe hier in de praktijk vorm aan wordt gegeven aan het veranderen is. De rol van het cliëntsysteem bij het betrekken van de zorg rondom een cliënt zal volgens de WMO steeds belangrijker worden. Dit heeft consequenties voor het hulpverlenend handelen van professionals en op de dynamiek tussen het cliëntsysteem en de professional, al deze punten maken het onderzoek voor ons interessant. Als toekomstig social workers vinden wij het van groot belang kennis te nemen van maatschappelijke ontwikkelingen en het effect daarvan op de hulpverlening. Wij hebben het erg interessant gevonden om te onderzoeken hoe het invoeren van de WMO in de praktijk bij stichting Sprank naar voren komt, hoe hier vorm aan wordt gegeven en wat hierbij behoeften van professionals zijn. Aan de hand van de resultaten uit de vragenlijsten hebben wij hiervan een beeld kunnen vormen. Wij hebben hieruit conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Deze zullen in dit onderzoeksverslag aan bod komen. Wij hopen dat dit stichting Sprank ideeën biedt over hoe de verschuiving van formele naar informele zorg zichtbaar is en hoe hier vorm aan gegeven kan worden. Ook zien wij ons onderzoek als een goede basis voor mogelijk vervolgonderzoek.

Via deze weg willen wij het management van stichting Sprank bedanken voor de mogelijkheid die zij ons hebben geboden om dit onderzoek voor hen uit te voeren. Miranda Teerling, Willem Potkamp, Henry Wagensveld en onze begeleiders vanuit stichting Sprank Gieneke Hulleman en Joke Renkema willen wij bedanken voor hun inzet en betrokkenheid bij dit onderzoek.

Daarnaast willen wij onze praktijkbegeleider Esther Hoekman bedanken, die ons tijdens het proces heeft begeleid. We hebben veel steun en betrokkenheid van haar ervaren. Daar zijn we haar erg dankbaar voor. Onze tweede beoordelaar Henk Stulp willen we ook bedanken voor het geven van feedback en nieuwe inzichten. Door de inzet van de professionals werkzaam bij stichting Sprank is het mogelijk geworden om dit onderzoek te realiseren. Daarom willen wij de betrokken professionals van harte bedanken voor het invullen van de vragenlijst.

Met vriendelijke groeten,

Anne-Wil Hammer Geraldi Noordman

Manon Morsink Jennieke van der Vegt

**Samenvatting**

Om te kunnen onderzoeken hoe de professional het cliëntsysteem kunnen betrekken bij de zorg aan de cliënt, is de volgende centrale vraag voor dit onderzoek geformuleerd:

 *Hoe kunnen professionals het systeem rondom de cliënt zo effectief mogelijk laten
 participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt en wat is de visie van professionals op
 wat er nodig is om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de kwaliteit
 van zorg gegarandeerd blijft of zelfs verbeterd wordt?*

Om antwoord te krijgen op deze vraag is er een vragenlijst opgesteld die digitaal verstuurd is naar alle professionals van stichting Sprank die werkzaam zijn op een woonlocatie. Uit deze populatie is dus geen steekproef getrokken om een zo representatief mogelijk beeld te geven van deze populatie. De vragen uit de vragenlijst zijn gebaseerd op deelaspecten die uiteindelijk antwoord geven op de centrale onderzoeksvraag. Deze deelaspecten zijn:
- Hoe professionals de verschuiving van formele naar informele zorg momenteel ervaren.
- Hoe de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals verloopt.
- Wat de behoeften van de professionals zijn ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem.
- Hoe professionals denken over hoe de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd kan worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen.

In de vragenlijst zijn met name open vragen opgenomen om zo de professionals ruimte te geven om hun visie op het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt te beargumenteren.

Daarnaast zijn er gesloten vragen aan de hand van schaalvragen gesteld om zo vast te stellen hoe de samenwerking momenteel verloopt tussen het cliëntsysteem en de professional. Doordat aan de professional wordt gevraagd cijfers toe te kennen over de communicatie en samenwerking, kan een beeld worden vastgesteld over hoe zij de communicatie en samenwerking ervaart.

De kwaliteit van zorg is onderzocht door vragen te stellen naar de ervaring van negatieve en positieve effecten van professionals wanneer het cliëntsysteem betrokken wordt bij de zorg aan de cliënt. Er wordt ook concreet naar risico’s gevraagd die er mogelijk zijn vanwege het betrekken van het cliëntsysteem.
Bij het invullen van de vragenlijst kreeg de professional de ruimte verbeterpunten aan te dragen. Daarbij kon de professional aangeven wat hij of zij nodig had om die punten te verbeteren. Hierbij werden verschillende categorieën gehanteerd zoals het management, collega’s, familie van de cliënt, etc. Op deze manier kon de professional zo nauwkeurig mogelijk aangeven wie er verantwoordelijk is voor de genoemde verbeterpunten en wat zij van welke partij nodig heeft. Door op deze manier vragen te stellen kunnen er duidelijk en specifieke aanbevelingen gedaan worden.

De belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn dat professionals het enerzijds heel vanzelfsprekend vinden om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Anderzijds wordt duidelijk aangegeven dat de professionals de verschuiving naar informele zorg nog niet praktisch weten in te vullen. Ook denken de professionals dat de huidige maatschappij niet kan aansluiten bij de gedachte van de WMO en informele zorg. Professionals geven aan dat er een cultuuromslag nodig is om het cliëntsysteem daadwerkelijk te betrekken bij de zorg aan de cliënt.

De verantwoordelijkheid van de zorg blijkt het meest te liggen bij de (persoonlijk) begeleider als het gaat om samenwerking aan te gaan met het cliëntsysteem.

Wat betreft het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt, geven professionals aan dat het soms lastig is het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg. Hier geeft men meerdere redenen voor aan, bijvoorbeeld dat het cliëntsysteem soms nauwelijks bestaat voor mensen die op een woonlocatie wonen.

De professionals geven de communicatie die zij hebben met het cliëntsysteem gemiddeld een 5,8. De samenwerking die ze hebben met het cliëntsysteem geven zij gemiddeld een 5,5. Vooral de communicatie en de samenwerking met de buren en de vrienden van de cliënt scoort relatief laag. In de resultaten kwamen enerzijds gevoelens van weerstand naar voren om samen te werken met het cliëntsysteem. Anderzijds een duidelijke onderbouwing van het belang om het cliëntsysteem te betrekken.

Uit de resultaten blijkt dat professionals vinden dat de volgende activiteiten kunnen worden overgenomen door het cliëntsysteem:
- Ontspannende activiteiten
- Bezoek aan de huisarts en medisch specialisten
- Huishoudelijke taken
- Vervoer
- Vergroten en versterken van het cliëntsysteem
- Regelzaken zoals financiën en kleding kopen

Er is veel gezegd over wat de professionals nodig hebben van collega’s of van het management.In het algemeen hebben professionals behoefte aan meer duidelijkheid over taakverdeling zodat duidelijk wordt wie waar verantwoordelijk voor is en wie wat doet. Professionals gaven aan dat ze goede communicatie belangrijk vinden en dat er duidelijke afspraken worden gemaakt.

Van collega’s hebben professionals duidelijke overdracht en rapportage nodig. Ook steun, feedback, openheid, goede afstemming en het nakomen van afspraken vinden ze van groot belang.

Professionals hebben meer tijd en regelmaat nodig om zich hier voor in te zetten. Professionals verlangen naar een beleidsmatige aanpak voor het analyseren en het vergroten van het cliëntsysteem. Ook willen professionals dat het management naar het cliëntsysteem duidelijk communiceert dat professionals minder uren hebben en dus genoodzaakt zijn samen te werken met het cliëntsysteem. Professionals gaven aan dat zij scholing nodig hebben om goed te kunnen communiceren met het cliëntsysteem. Tot slot vragen ze, ondanks de bezuinigingen, vertrouwen, geld en tijd van het management.

Professionals hebben van het cliëntsysteem meer betrokkenheid, meer bereidwilligheid, een open houding, goede communicatie, duidelijkheid in wat ze wel en niet willen doen, duidelijkheid of ze zich voor langere tijd willen binden, respect voor de cliënt en ze hebben acceptatie nodig van de door professionals uitgezette lijnen.

Wat professionals zeggen over hoe de kwaliteit wel of niet verbeterd kan worden door het cliëntsysteem meer bij de zorg te betrekken blijkt dat professionals nog bang zijn voor onrust en bemoeizucht wanneer het cliëntsysteem meer betrokken wordt. De kwaliteit van zorg kan daarmee achteruit gaan. Naast de negatieve effecten op de kwaliteit van zorg benoemen professionals ook positieve effecten. Als de zorg wordt geboden door niet gediplomeerden staat daar wel liefde en aandacht tegenover. Familie is en blijft belangrijk voor de cliënt. Zij kennen de cliënt door een door en wanneer de professional de deskundigheid van de familie benutten, hoeven zij zelf niet het wiel opnieuw uit te vinden. Ook werd er aangegeven dat de familie een constante factor is en dat professionals ‘maar passanten’ zijn. Als het cliëntsysteem meer wordt ingezet hebben professionals meer tijd voor persoonlijke aandacht voor de cliënt. Daarnaast kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden wanneer het cliëntsysteem kritisch meekijkt. Professionals die dagelijks aanwezig zijn op de woonlocatie kunnen vast zitten aan eigen patronen.

De belangrijkste aanbevelingen op basis van de resultaten van het onderzoek zijn met name: het verschaffen van duidelijkheid, het actief betrekken van het cliëntsysteem, het verbeteren van informatieverstrekking naar alle partijen, het scholen van professionals op gebied van communicatie en het investeren in vrijwilligers.

**Inhoud**

**Voorwoord** 3

**Samenvatting**  4

**Inhoudsopgave** 6

**Hoofdstuk 1: Inleiding** 8

* 1. Aanleiding van het onderzoek 8
		1. Korte typering van de instelling 8
		2. Aanduiding knelpunt en behoefte 8
		3. Geschiedenis van het knelpunt 8
	2. Voorlopige vraagstelling 9
	3. Begripsafbakening 9
	4. Probleemomschrijving 9
		1. Probleemomschrijving en doelstelling 9
		2. Centrale vraagstelling 9
		3. Deelvragen 10

**Hoofdstuk 2: Theoretisch kader**  11

2.1 Inleiding 11

* 1. Van nachtwakersstaat naar verzorgingsstaat 11
	2. Begin jaren tachtig: de verzorgingsstaat verandert 14
	3. Wet maatschappelijke ondersteuning 17
	4. Het belang van het cliëntsysteem 18
	5. Kwaliteit van zorg 21
	6. Conclusie 22

**Hoofdstuk 3: Methoden** 24

* 1. Inleiding 24
	2. Onderzoeksgroep 24
	3. Meetinstrumenten 24
	4. Onderzoeksprocedure 25
	5. Analysemethoden 26

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit 26

**Hoofdstuk 4: Resultaten** 28

4.1 Inleiding 28

4.2 Resultaten deelvraag 1 28

4.3 Resultaten deelvraag 2 29

4.4 Resultaten deelvraag 4 32

4.5 Resultaten deelvraag 5 34

**Hoofdstuk 5: Conclusies, aanbevelingen en discussie** 36

* 1. Inleiding 36
	2. Conclusies 36

5.2.1 Conclusie deelvraag 1 36

* + 1. Conclusie deelvraag 2 37
		2. Conclusie deelvraag 4 38
		3. Conclusie deelvraag 5 39

5.2.5 Eindconclusie 40

* 1. Aanbevelingen 41
	2. Discussie 42
		1. Mens- en maatschappijvisie 42
		2. Samenwerking met stichting Sprank 43
		3. Conclusie deelvraag 3 44
		4. Terugkoppeling doelstelling en visie 45

**Literatuurlijst** 46

**Bijlage 1: Vragenlijst** 48

**Bijlage 2: Resultaten** 56

**Bijlage 3: Opzet onderzoek beheersen competenties** 88

**Hoofdstuk 1: Inleiding**

**1.1 Aanleiding van het onderzoek**1.1.1 Korte typering van de instellingStichting Sprank is een organisatie die zich richt op het verlenen van zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Zij maken gebruik van veertig locaties die verspreid zijn over heel Nederland, het hoofdkantoor is gevestigd in Zwolle. Stichting Sprank biedt zorg aan meer dan 500 cliënten en deze zorg word geboden in de vorm van logeerhuizen, dagbesteding, gezinsbegeleiding en individuele steun.

Stichting Sprank (2012) heeft in haar identiteitsbeschrijving weergegeven dat zij werkt vanuit een gereformeerde visie. Een belangrijk uitgangspunt is dat ieder mens de opdracht heeft om zijn of haar mogelijkheden te gebruiken tot eer van de Heer. De visie van stichting Sprank komt voort uit de Bijbel; ieder mens is uniek en heeft eigen mogelijkheden en beperkingen. De missie is het ondersteunen van cliënten bij het maken van beslissingen rondom wonen, werken en leven. Persoonlijke ontplooiing in groepsverband, het gezin, de kerk, samenleving en werk, waarbij de cliënt een volwaardige positie in kan nemen, is van groot belang. Bij het bieden van ondersteuning werkt stichting Sprank volgens de uitgangspunten van ‘Supported Living’. Dit houdt in dat er geluisterd wordt naar behoeften van de cliënt en dat de cliënt betrokken wordt bij het maken van keuzes.

De oorsprong van stichting Sprank ligt in het begin van de jaren zeventig. In de eerste jaren richtte een groep ouders van gehandicapte kinderen de oudervereniging ‘het Koningskind’ op. Hieruit mondden drie gezinsvervangende tehuizen. Dit initiatief groeide snel waardoor in 1996 een stichting kon worden opgericht. De stichting ontwikkelde zich steeds verder door tot zelfstandig werkende zorginstelling die de naam stichting Sprank kreeg. ‘Sprank’ omdat de organisatie niet onzichtbaar is maar energiek en aanwezig in de samenleving, een sprankelende stichting.

1.1.2 Aanduiding knelpunt en behoefteIn gesprek met managers van stichting Sprank kwam naar voren dat er binnen Sprank een verschuiving plaatsvindt van formele zorg naar informele zorg. Daar waar het cliëntsysteem de cliënt eerst over kon geven aan de zorginstelling, wordt er nu steeds meer verwacht dat het cliëntsysteem betrokken blijft bij de cliënt. Eerder moest het cliëntsysteem hun handen als het ware van de cliënt aftrekken doordat de instelling alles voor de cliënt verzorgde. Maar door de verschuiving van formele zorg naar informele zorg wordt er participatie van de cliënt en het cliëntsysteem verwacht.
In de praktijk is gebleken dat voor zowel het cliëntsysteem als voor de professionals de verschuiving naar informele zorg onduidelijkheid oplevert. Van het cliëntsysteem wordt verwacht dat ze actiever meedenken en meedoen, de professionals moeten juist meer uit handen geven. Uit gesprek met managers van stichting Sprank bleek dat professionals dit lastig vinden omdat zij opgeleid zijn vanuit de gedachte van de verzorgingsstaat. Namelijk dat zij gewend zijn om zelf zorg te verlenen aan de cliënt zonder daarbij hulp in te schakelen van het cliëntsysteem.

1.1.3 Geschiedenis van het knelpuntEr zijn verschillende oorzaken waardoor formele zorg in mindere mate aangeboden kan worden. Door de stijging van de zorgkosten heeft de overheid maatregelen getroffen waardoor er binnen zorginstellingen bezuinigd moet worden (Zorg en Welzijn 2011). Zorginstellingen hebben hierdoor minder middelen om professionals in te kunnen zetten en zijn genoodzaakt het cliëntsysteem meer te laten participeren. De maatschappelijke ontwikkelingen spelen ook een rol bij het verminderen van het aanbieden van formele zorg. Door het inkrimpen van de verzorgingsstaat en de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), wordt er steeds meer actief burgerschap verwacht (Rijksoverheid 2012). De nadruk komt steeds meer te liggen op eigen verantwoordelijkheid. Een andere ontwikkeling die stichting Sprank de laatste jaren ervaart, is dat de toestroom van vrijwilligers afneemt. Vrijwilligers kunnen en/of willen niet structureel betrokken zijn bij cliënten, dit is duidelijk geworden in een gesprek met de managers van stichting Sprank. Volgens Bijlsma en Janssen (2008) zijn er verschillende maatschappelijke oorzaken voor de afname van betrokkenheid van vrijwilligers bij cliënten. Hier zullen we later in de literatuurstudie nog op terugkomen.
 **1.2 Voorlopige vraagstelling**Bovenstaande oorzaken hebben ertoe geleid dat zorginstellingen cliëntsystemen meer willen laten participeren binnen de hulpverlening aan de cliënt. Enerzijds worden zorginstellingen daartoe gedwongen door de financiële veranderingen en het tekort aan vrijwilligers. Anderzijds vanwege de veranderende visie op de zorg. Hiervoor is goede afstemming nodig tussen de cliënt, het cliëntsysteem en de professionals. Uit de praktijk is gebleken dat de afstemming tussen het cliëntsysteem en de professionals niet of onvoldoende plaatsvindt. Stichting Sprank wil onderzoeken hoe de communicatie tussen de verschillende partijen beter kan verlopen en wat hierbij behoeften van de professionals zijn.

**1.3 Begripsafbakening**Informele zorg: Hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven. Het gaat om steun aan

iemand uit het sociale netwerk die vanwege een bijzondere hulpbehoefte (als gevolg van ziekte of handicap) bepaalde activiteiten niet kan uitvoeren (SCP, 2005).

Formele zorg: Zorg verleent door beroepsmatige zorgverleners.

Participatie: Onder maatschappelijke participatie wordt verstaan het deelnemen aan

activiteiten waardoor contacten met anderen in de samenleving worden gestimuleerd (Gemeentewet Valkenswaard 2009 Artikel 149, gebaseerd op  Verordening Stimuleringssubsidie Maatschappelijke Participatie)

Cliëntsysteem: Alle betrokkenen in de omgeving van de cliënt, zoals familie, buren, vrienden,

 contacten van de kerk of vrijwilligers
Cliënt: Bewoner van één van de woonlocaties van stichting Sprank
Professional: Gediplomeerde medewerkers binnen stichting Sprank

**1.4 Probleemomschrijving**1.4.1 Probleemomschrijving en doelstelling
Door het verdwijnen van de verzorgingsstaat en de opkomst van de participatiemaatschappij wordt actief burgerschap verwacht. Dit heeft gevolgen voor de hulpverlening. Cliënten moeten meedenken over de zorg die zij ontvangen en daarbij speelt het cliëntsysteem ook een steeds grotere rol. Professionals zullen meer zorg uit handen moeten geven. De goede communicatie en afstemming die daarvoor nodig is blijkt in de praktijk niet altijd gewaarborgd te kunnen worden, bleek uit gesprek met managers van stichting Sprank. Het betrekken van het cliëntsysteem levert daardoor problemen op. Stichting Sprank wil graag te weten komen hoe zij het cliëntsysteem goed kunnen laten participeren bij de zorg aan de cliënt.

1.4.2 Centrale vraagstelling
Hoe kunnen professionals, werkzaam op een woonlocatie van stichting Sprank in 2012, het systeem rondom de cliënt zo effectief mogelijk laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt en wat is de visie van professionals op wat er nodig is om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft of zelfs verbeterd wordt?

1.4.3 Deelvragen

1. Hoe ervaren de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, de verschuiving van formele- naar informele zorg?

2. Hoe verloopt momenteel de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals binnen stichting Sprank?

3. Beheersen de professionals de gevraagde competenties in voldoende mate?

4. Wat zijn de behoeften van de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem?

5. Hoe kan volgens professionals de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen?

**Hoofdstuk 2: Theoretisch kader**

**2.1 Inleiding**

In onderstaande literatuurstudie gaan we terug in de tijd om te ontdekken hoe informele zorg en formele zorg tot stand zijn gekomen. In de loop der tijd zijn hiertussen een aantal verschuivingen geweest. We onderzoeken hoe deze verschuivingen tot stand zijn gekomen en welke visie daar achter lag. In de eerste paragraaf beschrijven we de caritas-samenleving rond het jaar 1000, waar de zorg voornamelijk formeel was. Dan beschrijven we de ontwikkeling van de verzorgingsstaat waarin de zorg steeds meer door beroepskrachten werd uitgeoefend. In de paragraaf daarna gaat het over de veranderende verzorgingsstaat, waarin de zorg weer meer informeel werd. Tot slot beschrijven wij hoe de samenwerking tussen de cliënt, het cliëntsysteem en de professional er uit zou moeten zien volgens de WMO. We beschrijven wat de professional nodig heeft om het cliëntsysteem zo effectief mogelijk te laten participeren bij de zorg aan de cliënt.

**2.2 Van nachtwakersstaat naar verzorgingsstaat**

*Ontwikkelingen in de samenleving: Caritas*

Tegenwoordig is het zo dat inwoners van Nederland recht hebben op de zorg die zij nodig hebben. De Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor het welzijn van zijn burgers. Dit noem je ook wel een verzorgingsstaat. In het boek van Ritsema, Sollie en Vleesenbeek-Lamberink (2007) wordt verteld dat in de tijd van het jaar 1000 tot 1300 de beschikbaarheid van zorg voor de burgers echter niet vanzelfsprekend was. Er was weinig bekend over psychische problemen, stoornissen en verstandelijke beperkingen. Het werd niet erkend dat deze mensen een verstandelijke afwijking hadden, maar zij werden zotten, idioten, gekken of dwazen genoemd. Een enkele van deze zotten vervulde een positie als nar; bekende narren waren vaak in dienst van koningen en fungeerden als hofnar om de koning te vermaken. Deze ‘zotten’ vervulden een aanwezige rol in de maatschappij, maar veel verstandelijk beperkte mensen leefden een onopvallend leven. Het was voor hen vrijwel niet mogelijk om naar school te gaan. Wanneer iemand met een verstandelijke beperking niet voor al te veel problemen zorgde was de samenleving vrij tolerant. Was dit echter niet het geval en zorgde de verstandelijk beperkte voor veel problemen en oproer dan werd de persoon vastgebonden of opgesloten.

In deze tijd speelde het christelijke geloof en God een grote rol. Wanneer iemand verstandelijk beperkt was werd dit gezien als het lot, wat door God aan die persoon opgelegd was. Er werd soms geprobeerd om dit lot te veranderen en dit gebeurde dan door middel van het geloof. De verstandelijk beperkte werd naar een priester gebracht die door gebruik van zegeningen het lot probeerde te veranderen. De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kwam in de eerste plaats op de schouders van de familie neer. De kerk hield zich echter ook steeds meer bezig met de zorg voor verstandelijk gehandicapten, zieken en armen. Er werden collectes gehouden en de opbrengsten hiervan werd uitgedeeld aan deze kwetsbare groepen.

Deze vorm van liefdadigheid wordt volgens Ritsema, Sollie en Vleesenbeek-Lamberink (2007) en Canon Sociaal Werk in Nederland (2009) caritas genoemd. Ook namen kloosters steeds vaker verstandelijk beperkten onder hun hoede. De kloosters hadden vaak veel ruimte en land waarop gewerkt kon worden. Gehandicapten die enigszins lichamelijke arbeid konden verrichten mochten in het klooster werken en kregen in ruil hiervoor eten en onderdak. Minder geluk hadden de verstandelijk beperkten die niet in staat waren om lichamelijke arbeid te verrichten. Zij werden vaak de stad uitgezet en er was niemand die zich om hun lot bekommerde. Zij hadden geen andere keus dan zich aan te sluiten bij een groep zwervers die ook wel ‘varende luyden’ werden genoemd. Het opvangen van verstandelijk beperkten door de kloosters was de allereerste opzet van institutionele zorg.

In de dertiende eeuw werd het begin van de institutionele zorg verder doorgezet; er ontstonden gasthuizen. Ook deze gasthuizen kwamen voort uit de gedachte van christelijke liefdadigheid en werden ook wel Godshuizen genoemd. Deze gasthuizen werden opgezet om de zwakkeren, zieken en verstandelijk beperkten te huisvesten. Zij werden hier niet behandeld maar hadden een bed om in te slapen en kregen hier te eten. De behandeling van deze mensen was bar slecht.

In de tijd van de Renaissance, de veertiende tot zestiende eeuw, speelde het geloof in God nog steeds een grote rol in het leven van de mensen. Maar in deze tijd werd de oorzaak van ‘zotheid’ ook steeds vaker gezocht in het doen van goed of kwaad van de ouders van het kind. Er was wel enige mate van medische zorg maar deze zorg was vaak niet effectief. Hiernaast was de enige zorg die beschikbaar was de armenzorg.

In de zestiende eeuw werd de armenzorg steeds meer gecentraliseerd. Steden hielden zich meer bezig met de zorg voor armen en zwakkeren. In deze tijd groeide de bevolking snel er hiermee nam de tolerantie ten opzicht van de verstandelijk beperkten af. Doordat er steeds meer armen en zwakkeren waren werd er begonnen met ‘armenbestrijding’. Verstandelijk beperkten moesten lichamelijke arbeid verrichten. Er kwamen wetten tot stand die landloperij en bedelarij verboden. Mensen die niet in staat waren om te werken en rondtrokken met ‘varende luyden’ werden opgesloten in dolhuizen of tuchthuizen.

Volgens Ritsema, Sollie en Vleesenbeek-Lamberink (2007) groeide in de achttiende eeuw een steeds grotere behoefte om meer kennis te hebben over verstandelijke beperkingen. Het beeld dat mensen met een beperking nu eenmaal zo waren en dat zij opgesloten moesten worden of lichamelijke arbeid moesten verrichten veranderde. Door de Franse overheersing en de verlichting kwamen er nieuwe ideeën naar voren. Iemand met een verstandelijke beperking zou volgens deze ideeën juist in een omgeving moeten verkeren waar sprake was van rust en regelmaat. Langzaam veranderde het model van hoe om te gaan met iemand met een verstandelijke beperking; een zieke werd naar een arts gebracht. De arts stelde een diagnose en verdiepte zich in mogelijke oorzaken en mogelijkheden tot behandeling. Tijdens deze periode verbleef de persoon in een instelling of inrichting. Deze nieuwe ideeën brachten een geloof in de opvoedbaarheid van de mens met zich mee.

In de achttiende tot twintigste eeuw kwamen de ontwikkelingen in de zorg, van caritas tot verzorgingsstaat, in een stroomversnelling. Dit had veel te maken met de invoering van de Krankzinnigenwet in 1841. De Dolhuizen werden hierdoor veranderd in gestichten. Naast alleen het verzorgen werd er nu ook meer aandacht besteed aan het behandelen, en aan de ontwikkeling van personen met een verstandelijke beperking. Ook de overheid ging zich steeds meer bemoeien met de zorg die geboden werd; er kwam een inspectie die hier zicht op moest houden. In het jaar 1904 werden er aanpassingen in de Krankzinnigenwet doorgevoerd. Hierdoor werd de zorg voor inwoners van Nederland makkelijker beschikbaar. De mensen die zorg nodig hadden werden steeds meer in verschillende doelgroepen opgedeeld en artsen en psychiaters waren vaker betrokken bij de zorg. In de jaren die volgden, tot de tweede wereldoorlog, werden er steeds meer medische ontdekkingen gedaan. Die zorgden ervoor dat beter begrepen werd wat een verstandelijke beperking inhield en hoe hiermee omgegaan moest worden.

*Politieke visie op de ontwikkelingen en het politieke antwoord*

Volgens Ritsema, Sollie en Vleesenbeek-Lamberink (2007) en Canon Sociaal Werk in Nederland (2009) had de overheid lange tijd geen aanwezige rol in de zorg aan zieken, zwakkeren en verstandelijk beperkten. De zorg voor deze mensen was in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van nabije familie. In deze houding van de overheid zien wij uitgangspunten van het liberalisme terug komen; de overheid hield zich afzijdig en de verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg lag vooral bij het volk. Naarmate er meer kennis kwam over verstandelijke beperkingen, de zorg meer centraliseerde en nieuwe wetten van kracht gingen, groeide ook de rol van de overheid. Dit hield in dat er vanuit de overheid een inspectie in het leven werd geroepen die zicht hield op de zorg die verleend werd. Ook bemoeide de overheid zich steeds meer met het opzetten van nieuwe instellingen. In de houding van de overheid kwam nu dus ook meer van het socialisme naar voren.

*Gevolgen voor de cliënt en hulpverlening*

De ontwikkelingen van caritas naar gecentraliseerde zorg hadden voor professionals en cliënten grote gevolgen. Hulpverlening werd niet meer door familie, particulieren en kerken geboden maar cliënten werden in instellingen gehuisvest. Doordat er steeds meer kennis werd opgedaan over het menselijke lichaam en de geest werden professionals steeds professioneler. Ook de visie op de cliënt veranderde; een cliënt werd niet alleen maar gehuisvest maar werd gezien als iemand met mogelijkheden om zich te ontwikkelen.

*Ontwikkelingen in de samenleving : Begin van de verzorgingsstaat*

Na de tweede wereldoorlog (1940-1945) werd er veel aandacht besteed aan de wederopbouw van het land. Volgens Schuyt (1991) veranderde de visie op zorg; zorg werd steeds minder gezien als een gunst en steeds meer als een recht. In 1947 werd de eerste stap gemaakt naar de verzorgingsstaat met invoering van de Noodwet Ouderdomsvoorziening. De Noodwet Kinderbijslag Kleine Zelfstandigen werd in 1951 ingevoerd, de Werkeloosheidswet in 1952, de AOW in 1957 en de AWW in 1959.

De periode van 1958 tot 1968 stonden in het teken van een toename van de welvaart, dit door een groei in de economie. Met deze toename van de welvaart ontstonden er veel nieuwe voorzieningen in de zorg en werden er opnieuw veel belangrijke wetten rondom het recht op zorg ingevoerd. In de periode van 1969 tot 1980 was de economische groei lager en er ontstond een groot verschil tussen wat er op het gebied van de zorg gewenst werd door de burgers en tussen wat daadwerkelijk door de overheid gerealiseerd kon worden. In de jaren 1981 tot 1990 steeg de werkeloosheid en verminderde de groei van de economie. Nu waren er echter al veel wetten aangenomen rondom zorg die burgers het recht verschaften om hier gebruik van te maken. Na het jaar 1974, ongeveer de periode waarin het op economisch gebied steeds slechter ging, steeg de vraag naar zorg explosief. Volgens Schuyt (1991) was de overheid van mening dat de kosten van de gezondheidszorg zo hoog werden, dat deze niet meer te beheersen waren.

*Politieke visie op de ontwikkelingen en het politieke antwoord*

Volgens Schuyt (1991) was de overheid na de tweede wereldoorlog vooral bezig met het bewaken van een stabiel arbeidsklimaat. Door de invoering van verscheidene wetten en het uitbreiden van voorzieningen werd de rol van de overheid in het verlenen van zorg aan inwoners van Nederland steeds prominenter. Niet meer waren mensen die zorg nodig hadden overgeleverd aan caritas, maar zij hadden nu plichten en rechten. Dit stelsel liep prima, zolang de economie in Nederland hoogtij vierde. Toen het economisch slechter ging werd de verzorgingsstaat zoals die nu tot stand gekomen was voor de overheid onbetaalbaar; de overheid zou dus ook met maatregelen moeten gaan ingrijpen.

*Gevolgen voor de cliënt en hulpverlening*

De groei in de economie, het invoeren van wetten, de ontzuiling in Nederland en de meer aanwezige rol van de overheid hadden veel invloed op de hulpverlening. Er ontstonden veel verschillende instanties, bureaus en organisaties die zorg aanboden. Er werd zelfs bewust vraag naar zorg gecreëerd door al deze verschillende instellingen. Dit was geen probleem want de zorg kon makkelijk door de overheid betaald worden. Door de financiering waar nauwelijks voorwaarden aan werden gesteld gingen professionals zich steeds minder legitimeren; er werden nauwelijks vragen gesteld over de werkwijze van professionals. Als gevolg hiervan vond er depprofessionalisering van professionals in de zorg plaats. Later zal hierin weer re-professionalisering plaatsvinden (Schuyt 1991).

Rond het jaar 1970 werd er veel gepraat over integratie van verstandelijk gehandicapten. Was het wel goed om deze mensen in instellingen te huisvesten en te isoleren van de maatschappij? De minister van onderwijs was van mening dat, kinderen die hiertoe in staat waren, aan het reguliere onderwijs deel moesten nemen. Het streven was om verstandelijk beperkten in een setting onder te brengen die meer op een gezin leek. Ook kwamen er meer ontwikkelingen op het gebied van bezigheidstherapie en dagbesteding. Een belangrijke kerntaak van de professional die werkt met verstandelijk beperkten is geworden: het creëren van een plek in de samenleving waarbij de cliënt kan participeren ín de samenleving (Ritsema, Sollie en Vleesenbeek-Lamberink 2007).

**2.3 Begin jaren tachtig: de verzorgingsstaat verandert**

*Ontwikkelingen in de samenleving*

Begin jaren tachtig kwam de verzorgingsstaat steeds meer onder druk te staan. Dit had verschillende oorzaken. Een oorzaak lag volgens Oosterhuis (2008) in de veranderende maatschappij. Vanaf de jaren zeventig was er een individualiseringsproces op gang gebracht. De verzorgingsstaat had de burger gelijke rechten en kansen gegeven op scholing, arbeid en sociale zekerheid. Dit had ervoor gezorgd dat de burger onafhankelijker en mondiger was geworden. Minder mensen leefden nog in gezinsverbanden, als gevolg dat meer alleenstaanden een beroep deden op de sociale zekerheid. In 1960 bestond 56 procent van de huishoudens uit traditionele gezinnen met man, vrouw en kinderen. Vanaf de jaren zeventig was dit nog maar dertig procent. Alleenstaanden stegen vanaf dat moment van twaalf naar dertig procent (Oosterhuis 2008). Ook de emancipatie van de vrouw zorgde er volgens Oosterhuis (2008) voor dat meer vrouwen een beroep konden doen op de sociale zekerheid. Internationale wetgevingen hadden ervoor gezorgd, dat men geen onderscheid mocht maken tussen man en vrouw als het ging om sociale zekerheid. Al deze maatschappelijke ontwikkelingen zorgden ervoor dat het sociale zekerheidsstelsel financieel steeds meer onder druk kwam te staan. Daarnaast hadden deze ontwikkelingen nog een ander gevolg. Er was een nieuw type burger ontstaan (WRR 2006). De burger was minder afhankelijk geworden van zijn omgeving of overheid en zelfontplooiing stond hoog in het vaandel. Daarnaast leek men meer berekenend te worden, er werd grootschalige fraude gepleegd op sociale regelingen (WRR 2006). Veel mensen pikten dit niet langer en eisten dat de overheid strenge maatregelingen ging treffen.

De burger had steeds minder baat bij een overheid die bepaalde zekerheden aan burgers garandeerde (WRR 2006). Zij konden nu wel voor zichzelf zorgen. Er kwam steeds meer kritiek op de verzorgende taak van de overheid. Sceptici gebruikten de term ‘de maakbare samenleving’, om aan te duiden dat men een te groot en naïef geloof had in de overheid (Duyvendak 1999). De meeste kritiek kwam er, volgens de WRR (2006), op neer dat de verzorgingsstaat zou leiden tot anonimisering van menselijke verhoudingen, uitholling van spontane menselijke solidariteit en mensen werden te weinig aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Of, zoals socioloog Van Doorn (Van Doorn 1977, p. 40) het ooit uitdrukte:
 ‘*een schaduw die de verzorgingsstaat begeleidt, is het koesteren van te hoge verwachtingen
 van het systeem en van te lage verwachtingen van mensen*.’

De kritiek die er was op de verzorgingsstaat ging gepaard met de economische crisis die in de jaren zeventig was ontstaan.

1973 was het begin van een wereldwijde oliecrisis. Deze oliecrisis had grote economische gevolgen voor Nederland. Toen in 1979 er een tweede oliecrisis ontstond, was er in Nederland sprake van een structurele economische crisis. Het denken over de verzorgingsstaat veranderde ook door de economische crisis. Men vond het niet meer zo vanzelfsprekend dat de overheid altijd garant stond voor behoorlijke uitkerings- en voorzieningsniveaus op alle mogelijke terreinen (WRR 2006). Het overheidstekort was enorm, de overheid kon daarom ook niet meer ‘vanzelfsprekend’ garant staan voor alle uitkerings- en voorzieningsniveaus.

Men ging anders naar sociale regelingen en voorzieningen kijken. Binnen het kabinet Lubbers (vanaf 1982) kwam de focus te liggen op ‘doelmatigheid, stelt de WRR (2006). Het doel van sociale regelingen is niet om mensen passief te maken, maar om te ‘prikkelen’. Uitkeringen werden daarom verlaagd, maar er moest ook gezorgd worden dat mensen minder snel in verleiding kwamen om een aanvraag in te dienen. Ook werd de aandrang om regelingen te verlaten vergroot. Verder werden er verschillende voorstellen gedaan om in te grijpen in de Ziektewet en de WAO. Men hoopte zo de enorme overheidskosten terug te dringen (WRR 2006).

De kritiek die er op de verzorgingsstaat was dus, dat het burgers afhankelijk zou maken van de overheid. Een gevolg daarvan was, dat men minder op eigen verantwoordelijkheden werd aangesproken. En dat men minder naar elkaar hoefde om te kijken. De overheid deed dit voor hun. Daarnaast was er een nieuw soort burger ontstaan. Een mondige burger die onafhankelijker van de (zorg van de) overheid was geworden. Die zorgende overheid leek dus niet meer zo nodig te zijn.

Daarnaast liepen de overheidskosten uit de hand. Het was dus ook niet meer mogelijk dat zorg ‘automatisch’ van de overheid verwacht werd (WRR 2006). Dit lijkt het begin van de participatiegedachte; burgers moesten en konden meer naar elkaar gaan omkijken.

*Politieke visie op de ontwikkelingen en het politieke antwoord*

De verzorgingsstaat werd door het neoliberalisme steeds meer als een probleem gezien. Het grootste probleem waren de enorme kosten voor het sociale zekerheidsstelsel , dat onbetaalbaar was geworden. Doordat er teveel mensen gebruik maakten van de sociale regelingen en er sprake was van een economische crisis ontstond er een groot overheidstekort, aldus de WRR (2006). Elco Brinkman (CDA) trad in 1982 aan als minister van welzijn, volksgezondheid en cultuur. Brinkmans kritiek op de verzorgingsstaat was o.a. dat mensen teveel ‘gepamperd’ werden en te weinig aangesproken op hun verantwoordelijkheden (Zandbergen 1989). Brinkman wilde minder overheidsbemoeienis, maar meer marktwerking in de zorg. Hij heeft het over de ‘zorgzame samenleving’, waarin mensen meer voor elkaar zorgen en alleen in hoogste nood een beroep doen op de overheid (Zandbergen 1989). Zijn kritiek leek aan te slaan, omdat het aansloot op de kritiek die al bestond onder de samenleving op de overheid. De geïndividualiseerde burger had, volgens Oosterhuis (2008), steeds meer een hekel gekregen aan paternalisme en betutteling.

De christendemocraten waren van mening dat de burgers meer verantwoordelijkheden moesten dragen. Ook zij waren dus voor meer marktwerking in de zorg. Ook al zijn deze ideeën over het marktmechanisme normaal meer liberaal van aard, christendemocraten wilden op deze manier de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de burger aanspreken. Men moest meer voor elkaar gaan zorgen, het particulier initiatief moest gestimuleerd worden (Bijlsma en Janssen 2008).

Toen Elco Brinkman sprak over ‘de zorgzame samenleving’ Bijlsma en Janssen (2008), sprak hij als een van de eerste politici de participatie gedachte uit. Men moet meer voor elkaar gaan zorgen, alleen in hoogste nood mag men een beroep doen op de overheid. De Christendemocraten wilde dit gaan vormgeven door meer marktwerking. Zo wilden zij het particulier initiatief stimuleren.

*Gevolgen voor de cliënt en de hulpverlening*

Er kwam niet alleen kritiek op de overheid, maar ook op sociaal workers. De meeste social workers waren, volgens Bijlsma en Janssen (2008), ook opgeleid uit de optimistische gedachte van ‘de maakbaarheid van de samenleving’. Ook kwam hier steeds meer kritiek op. In de jaren zeventig was er een enorme opbloei van sociale wetenschappen, onder andere de andragogie. De andragogie zou het wetenschappelijke fundament van het sociaal werk leveren (Bijlsma en Janssen 2008). Sociaal workers konden met behulp van een planmatige aanpak sociale problemen oplossen. Ook de methodiek van het casework kwam overwaaien uit de Verenigde Staten.

De gedachte hierachter was, dat wanneer een social worker voldoende op de hoogte was van de sociale wetenschappen en geschoold was in omgang met relaties, hij de cliënt het beste kon helpen. Dit werd min of meer beweerd door Marie Kamphuis, grondlegster van het social casework in Nederland (Bijlsma en Janssen 2008).

Jan Blokker (1974), columnist van de Volkskrant bespotte in zijn columns de ‘zogenaamde deskundigheid’ van andragogen, psychologen en sociologen. Welzijnswerk bestond volgens hem alleen maar uit wollig taalgebruik en professionals op geitenwollen sokken (Bijlsma en Janssen 2008). Daarnaast kwam er kritiek van de filosoof Hans Achterhuis. Achterhuis (1979) haalt in zijn boek onderzoeken aan van Roel Bouwkamp. Bouwkamp constateert door middel van onderzoeken, dat het in het sociaal werk vooral draait om de houding en instelling van de sociaal worker. Wat cliënten vooral in de professional waarderen zijn persoonlijke eigenschappen zoals; warmte, erkenning, luisterbereidheid, geduld en hartelijkheid. Achterhuis (1979) stelt dat deze persoonlijke eigenschappen niet aan te leren zijn. En alles wat te maken heeft met deskundigheidsbevordering leidt de welzijnswerker alleen maar meer af van waar het eigenlijk allemaal om draait: de cliënt. Achterhuis (1979) vroeg zich zelfs af wat een professional nu eigenlijk meer te bieden had dan een vrijwilliger. Ook het boek van Vuisje (1977) had veel invloed op het denken over welzijnswerkers. Vuisje (1977) liet in zijn boek zien dat social workers zich toch wel met erg vage dingen bezig hielden, waarvan het bovendien de vraag was of gewone mensen het niet konden doen. De prestaties die social workers leverden waren onvoldoende meetbaar. De kritiek leek van de social workers te eisen, dat ze maar eens moesten bewijzen wat ze nu echt deden.

Volgens Bijlsma en Janssen (2008) stelde Achterhuis, dat cliënten vooral passief en onzeker gemaakt werden door de huidige hulpverleningsmethoden. Volgens hem is een belangrijke taak van het andragogisch onderzoek onbewuste behoeften van mensen op te sporen. Als deze behoeften zijn aangetoond, kan subsidie aangevraagd worden voor passende voorzieningen. Op deze wijze benadruk je als professional alleen de zieke mens. Jij als professional vertelt waar de ‘ziekte’ zit en vertelt vervolgens hoe de cliënt hieraan moet werken. Als gevolg dat de cliënt alleen maar onzeker en passief wordt. Maar om het welzijn van de mensen te bevorderen moest juist de zelfontplooiing van de mens centraal staan. De mens moest zelf bewust worden van zijn beperkingen en zelf opzoek gaan naar datgene wat hem kon helpen. En volgens Achterhuis had de overheid hier ook zijn taak in. Volgens Bijlsma en Janssen (2008) stelde Achterhuis, dat de welzijnssector juist moet inkrimpen in plaats van uitbreiden, dit zou het welzijn bevorderen. Dit kon men doen door meer marktwerking in de welzijnssector te brengen. Zoals bij de marketing in het bedrijfsleven gaat het in de welzijnsmarketing ook om de beïnvloeding van de vraag van de consument. Die moet zich ervan bewust worden dat hij bepaalde behoeften heeft die om bevrediging vraagt. In het bedrijfsleven worden behoeften door reclame opgewekt. Maar welzijnsproducten moeten ook aantrekkelijk gemaakt worden om een hogere marktwaarde te krijgen. Maar klanten bieden volgens Achterhuis soms weerstand. Producten van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk kunnen voor deze mensen een lage marktwaarde hebben, omdat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de feitelijke waarde. Door een volksverzekering voor maatschappelijk werk in te voeren, zou de consumptie van dit product kunnen stijgen (Bijlsma en Janssen 2008).

Het nieuwe liberalistische kabinet deelde de mening van Achterhuis dat er in de zorg meer marktwerking moest komen. In 1987 werd een nieuwe Welzijnswet ingevoerd. Deze wet zorgde ervoor dat veel welzijnsvoorzieningen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten werden geplaatst (Zandbergen 1989). De gemeente bepaalde hoe een heel aantal voorzieningen werden gesubsidieerd. Een commissie onder leiding van een Philips-topman Wisse Dekker zorgde ervoor dat de marktwerking in de zorg werd gehandhaafd. Vroeger werden subsidieregelingen bepaald door het aanbod, nu moest het bepaald worden door de vraag. Een gevolg hiervan was, dat persoonsgebonden budgetten toenamen.

De burger kon met een persoonsgebonden budget zelf zorg inkopen. De burger mocht zelf opzoek gaan naar zorg dat het beste bij hem past, Zandbergen (1989). Daarnaast werd er van organisaties gevraagd om zo doelgericht en efficiënt mogelijk te werken. Gemeentes wilden een zo goedkoop mogelijke zorg voor een zo hoog mogelijke kwaliteit voor hun burgers. Alleen organisaties die hier het beste aan konden voldoen, nam de gemeente aan. Organisaties kwamen daardoor onder druk te staan (de Haan en Duyvendak 2002). Professionals moesten meer tijd en aandacht besteden aan het registreren van werkzaamheden, men moest zich steeds meer verantwoorden. De gemeente vertrouwden organisaties niet zomaar, zij moesten laten zien wat zij deden voor het aangeboden geld. Ook cliënten vertrouwden de professionals niet automatisch meer (Tonkens 2008). De mondige burger met een persoonsgebonden budget, was zelf bij machte om goede hulp te eisen. Hij had macht gekregen door zijn enorme keuzevrijheid.

De kritiek op professionals, zorgde ervoor dat professionals steeds meer aan ‘de zijlijn’ werden geplaatst. Zo serieus als professionals eerst werden genomen, zo werd er nu aan hun getwijfeld. De hulpverlener zou de cliënt alleen maar passief en onzeker maken. Cliënten moesten juist meer participeren in de samenleving, de huidige professional bevorderde dit niet. Men vroeg zich af wat de professional nu meer te bieden had dan een vrijwilliger of mantelzorger.

Deze kritiek maakte ruimte voor meer vrijwilligers en mantelzorgers in de hulpverlening, er moest meer aandacht komen voor het particulier initiatief. De participatie van de cliënt zou bevorderd worden, wanneer hij zelf ‘actief’ op zoek kon gaan naar hulp en zorg wat het beste bij hem paste, door bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget (Bijlsma en Janssen 2008).

**2.4 Wet Maatschappelijke Ondersteuning**

In 2007 is er een nieuwe wet ingevoerd: de Wet maatschappelijke ondersteuning. De CDA premier en hoogleraar Balkenende zette het particulier initiatief begin twintigste eeuw weer op de kaart (Bijlsma en Janssen 2008). Er moest meer aandacht komen voor het particulier initiatief, voor de kracht van gezinnen, families en gemeenschappen (Bijlsma en Janssen 2008). Dit participatie-ideaal zie je heel duidelijk terug komen binnen de WMO. Het maatschappelijke doel van de WMO is ‘meedoen’. Hier staat het volgende over geschreven in een folder van de Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006):

‘*In de WMO staat dat iedereen moet kunnen meedoen in de samenleving. Gemeenten zijn daar verantwoordelijk voor. Een gemeente zorgt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben.’*

Deze nieuwe wet borduurde verder op de Welzijnswet van Brinkman. Alleen werden gemeenten nu min of meer verplicht takken van de zorg op de markt uit te besteden. De WMO zou de burger op hun eigen vermogens aanspreken. Zij kunnen nu zelf actief opzoek gaan naar hulp die bij hen past. Om deze gedachte te stimuleren voerde Jet Bussemaker in 2009 het stimuleringsprogramma Welzijn Nieuwe Stijl in. Mensen moesten volgens dit beleid in verbinding gebracht worden met gezonde sociale systemen.

Om deze reden wordt de WMO ook omschreven als een participatiewet, deze wet was er op gericht op mensen te ‘empoweren’ om zelf op zoek te gaan naar sociale verbanden (Ministerie VWS 2011).

Hoe men meer een beroep wil doen op de betrokkenheid van burgers, is onder andere door meer vrijwilligers en mantelzorgers aan te trekken in de zorg (Bijlsma en Janssen 2008). Professionals krijgen een andere rol. Zij staan meer aan de zijlijn en ondersteunen en begeleiden vrijwilligers en mantelzorgers. Doordat op deze wijze particulier initiatief wordt gestimuleerd, wordt sociale cohesie versterkt. Ontvangers van zorg vinden het prettig dat bekenden zich om hun bekommeren en voor ze zorgen. De gevers van zorg halen er voldoening uit om iets te kunnen betekenen voor de medemens. Tegelijkertijd wordt er meer bezuinigd op de zorg, er zijn minder betaalde krachten nodig (Bijlsma en Janssen 2008). Ook wil de gemeente de redzaamheid van de burger thuis bevorderen. Dit wil men bevorderen door te investeren in outreachende hulpverlening.

Ook binnen stichting Sprank gelden de maatregelen van de WMO. De WMO investeert minder in professionals. Zij wil dat organisaties en de professionals die hier werken het cliëntsysteem meer bij de zorg gaan betrekken. Onder andere door meer vrijwilligers in te zetten.

Er zijn veel onzekerheden of het wel zo verstandig is om in de zorg vooral in te zetten op vrijwilligers en mantelzorgers (Bijlsma en Janssen 2008). Deze twijfels en onzekerheden hangen samen met een aantal maatschappelijke ontwikkelingen. Al eerder beschreven we dat er een individualiseringsproces op gang is gebracht binnen de samenleving. De burger leeft in een postindustriële, geïndividualiseerde samenleving (Bijlsma en Janssen 2008). Dit maakt het moeilijk om een beroep te doen op bestaande sociale verbanden. Daarnaast is de arbeidsparticipatie hoger geworden om de ontgroening en vergrijzing terug te dringen zodat men de hoge kosten voor voorzieningen en uitkeringen kan betalen voor ouderen. Dit zorgt ervoor dat er steeds minder vrijwilligers en mantelzorgers beschikbaar zijn (Bijlsma en Janssen 2008). Verder is de cliënt veel kritischer geworden op de zorg. De verzorgingsstaat zorgde voor gelijke rechten en kansen op zorg voor de burgers. De cliënt gaat nog steeds uit van dit recht. Met name de hoger opgeleiden willen professionele zorg ontvangen. WRR (2006, p. 125) constateert het volgende over de verwachte stijging van de vraag naar zorg:

‘*Hoe hoger de opleiding, hoe liever mensen professionele hulp ontvangen (Vollenga e.a.
 2001).De vraag is of de professionele zorg wel zal kunnen beantwoorden aan de hooggespannen verwachtingen. Met name de babyboomers zullen nog lastige, want heel assertieve, generatie zorgontvangers worden.’*

Het wordt dus niet altijd even makkelijk om verbinding tot stand te brengen tussen hulpvragers en men die de zorg moet leveren. Toch is er de hoop dat informele zorg deze verbindingen tot stand kan brengen. De WMO zet daarom sterk in op de informele zorg en vrijwilligerszorg.

Om te weten hoe de informele zorg ingezet kan worden binnen de gehandicapten zorg, moeten we weten hoe het nu staat met de informele zorg. Na onderzoek van het SCP (2006) bij gehandicapten, blijkt dat tachtig procent van de ondervraagde gehandicapten zorg krijgt van familie of vrienden. Verstandelijk gehandicapten krijgen vaker hulp van een persoonlijke begeleider, dan van familie en vrienden. Zij hebben ook vaak een persoonlijk begeleider (95% resp. 85%).

Er zijn ook verstandelijk gehandicapten die minder familie en vrienden hebben die zorg kunnen en/of willen geven. Deze groep bestaat vooral uit 55 plussers en mensen met een persoonlijk begeleider (SCP 2007).

Het is de vraag hoe je het netwerk van deze groep kan aanspreken. Wat zou kunnen is dat de persoonlijke begeleider meer het cliëntsysteem gaat ondersteunen en aanspreken. Volgens een aantal beleidsontwikkelingen moeten persoonlijk begeleiders zich ook meer richten op de sociale omgeving van mensen met een beperking, in plaats van dat de persoonlijke begeleider zich alleen maar bezighoudt met de cliënt zelf (Kwekkeboom 2007). Het wordt natuurlijk lastiger wanneer cliënten helemaal geen systeem hebben. Er zijn ook manieren om te voorkomen dat het zorgende cliëntsysteem klein is. Dit door al vroeg maatregelen te treffen die ervoor zorgen dat relaties behouden blijven, en dat deze vroegtijdig aangegaan worden SCP, 2007).Wat een persoonlijk begeleider dan kan doen is cliënten helpen hun systeem uit te breiden. Uit onderzoek blijkt alleen dat de meeste persoonlijk begeleiders nog niet vertrouwd zijn met deze vormen van systeem ontwikkeling. Dit kan een antwoord zijn op waarom professionals het zo moeilijk vinden om het systeem van de cliënt aan te spreken. Scholing lijkt in deze gevallen belangrijk (Van Lange-Frunt en Wajon 2007).

De vraag blijft natuurlijk of er wel echt voldoende draagvlak is voor informele zorg. In eerdere paragraven  beschrijven we maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing en ontgroening, wat ervoor zou zorgen dat er onvoldoende draagkracht is voor informele zorg. Uit onderzoek van het SCP in 2007 blijkt dat er momenteel wel voldoende draagkracht lijkt te zijn bij hulpgevers van informele  zorg. Veel mensen willen wel informele  zorg bieden, ook al moeten ze langer reizen of hebben zij een betaalde  baan (SCP, 2007). Een verminderd draagvlak heeft vooral te maken met de hulpontvanger. Uit onderzoek is gebleken  dat men het nog vaak ongemakkelijk vind om informele professionals toe te laten binnen het hulpverleningsproces (SCP, 2007). Dit heeft te maken met de inperking van privacy of dat men zich zorgen maakt om de informele professional, omdat hij dan minder tijd zou hebben voor zichzelf (SCP, 2007). Daarnaast hebben we al eerder vastgesteld dat cliënten steeds kritischer op zorg zijn geworden. Hoe dit opgelost moet worden, dat is moeilijk om te zeggen. Er zou een mentaliteitsverandering moeten plaatsvinden bij de cliënt en zijn omgeving.

**2.5 Het belang van het cliëntsysteem**

In de vorige paragraaf is uitgelegd wat de WMO inhoudt. Hierin is naar voren gekomen dat de rol van de professional met de invoering van de WMO verandert de professional heeft minder direct contact met de cliënt en zal zich meer gaan bezighouden met het ondersteunen en begeleiden van het cliëntsysteem. Hiervoor is het belangrijk dat professionals kunnen samenwerken met het cliëntsysteem. In deze paragraaf zullen we eerst meer vertellen over wat een cliëntsysteem inhoudt.

*Ontstaan systeemtheorieën*

Door economische en politieke ontwikkelingen is informele zorg nu actueel geworden, zoals te lezen is in bovenstaande paragraven. Het betrekken van het cliëntsysteem bij de hulpverlening is een groot onderdeel van informele zorg. Als we terugkijken in het verleden zien we dat het betrekken van het cliëntsysteem geen nieuwe ontwikkeling is. Nabuurs (2007) beschrijft dat Ludwig von Bertalanffy in 1928 een aantal systeemtheoretische concepten ontwikkeld heeft. Na de tweede wereldoorlog zijn deze concepten ontwikkeld tot de algemene systeemtheorie. De algemene systeemtheorie is gebaseerd op het organistisch mensbeeld zoals Rigter (2008) dat beschreven heeft. In het organistisch mensbeeld worden mensen gezien in hun omgeving en er vindt circulaire causaliteit plaats. Een mens is meer dan de som der delen.

Rigter (2008) beschrijft dat het belangrijkste uitgangspunt van de algemene systeemtheorie de interactie tussen persoon en omgeving is. Doordat de mens niet los van zijn omgeving te zien is, is het een logisch gevolg dat het cliëntsysteem betrokken wordt bij de zorg aan de cliënt.

Scheffers (2010) geeft aan dat mensen in hun leven aangewezen zijn op andere mensen en dat het cliëntsysteem kan helpen om problemen op te lossen. Het cliëntsysteem kan de cliënt ondersteunen bij de participatie in de maatschappij. Scheffers (2010) beschrijft dat het betrekken van het cliëntsysteem een belangrijk onderdeel is van de hulpverlening. In het boek ‘Sterk met een vitaal netwerk’ beschrijft Scheffers (2010) de sociale netwerkmethodiek. Dit is een methodiek die vooral gericht is op het verbeteren van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt en op het herstellen van de aansluiting op de samenleving. De sociale netwerkmethodiek bestaat uit vijf fasen. Scheffers (2010) beschrijft deze als volgt:

 1. Inventariseren van het sociaal netwerk

 2. Analyseren van de mogelijkheden van het sociaal netwerk

 3. Opzetten van een werkplan

 4. Uitvoeren van een werkplan

 5. Eindevaluatie en consolideren van de bereikte resultaten (Scheffers, 2010, pag. 92)

*De belangen voor de cliënt van het betrekken van het cliëntsysteem*

Zoals eerder beschreven is het betrekken van het cliëntsysteem een belangrijk onderdeel van de hulpverlening. Maar waarom is het betrekken van het cliëntsysteem belangrijk voor de cliënt zelf? Scheffers (2010) beschrijft een aantal behoeften van de cliënt waarin het cliëntsysteem kan voorzien:

- Affectieve behoefte: het geven van waardering, erkenning en liefde

- De behoefte van aansluiting: het gevoel hebben ergens bij te horen door bijvoorbeeld het delen van dezelfde interesses

- Materiële behoefte: het bieden van materiële steun door middel van huisvesting, voeding en geld

- Behoefte aan sociale zekerheid: het bieden van sociale zekerheid door middel van ondersteuning in het proces om maatschappelijk te participeren

Brettschneider & Wilken (2007) beschrijven nog een aantal andere functies van het cliëntsysteem:

- Cognitieve ondersteuning: ondersteuning bieden door middel van informatie verstrekken over alledaagse dingen

- Persoonlijke ondersteuning: het bieden van ondersteuning in het opkomen voor de eigen belangen

Hieruit blijkt dat een vitaal cliëntsysteem de cliënt in veel behoeften kan voorzien. Dit kan in allerlei situaties, bijvoorbeeld bij het overlijden van een dierbare of een echtscheiding. In die situaties is het belangrijk dat de cliënt terug kan vallen en kan vertrouwen op zijn of haar systeem. Scheffers (2010) zegt dat wanneer die ondersteuning vanuit het cliëntsysteem niet geboden kan worden, de problemen van de cliënt vaak toenemen. Wanneer de problemen te groot worden en de cliënt niemand heeft om zijn problemen mee te delen, neemt de cliënt vaak het besluit beroep te doen op een professional (Scheffers 2010).

Enerzijds kan het cliëntsysteem dus van groot belang zijn bij het ondersteunen van de cliënt wanneer deze problemen heeft in een vroeg stadia. Anderzijds kan het cliëntsysteem een grote rol spelen wanneer de cliënt gebruikt maakt van de hulp van een professional. Mur & Heijs (2007) zeggen dat de cliënt zijn of haar systeem nodig heeft om doelen te kunnen behalen. Het cliëntsysteem kan de cliënt bemoedigen, steun bieden wanneer het moeilijk is en motiveren om door te gaan met het hulpverleningsproces.

*De belangen voor de professional van het betrekken van het cliëntsysteem*

Bij de sociale netwerktheorie gaat het volgens Scheffer (2010) om het (her)ontdekken van de hulpbronnen die de cliënt heeft in zijn of haar systeem heeft of zou moeten hebben. Het kan zijn dat er wel hulpbronnen aanwezig zijn, maar dat die niet worden gebruikt door de cliënt. Daarnaast is er aandacht voor cliëntfactoren die bijdragen aan het belemmeren of bevorderen van het langdurig in stand houden van het systeem. Wanneer dit alles in kaart is gebracht kunnen professionals cliënten ondersteunen in het verkrijgen van een vitaal netwerk. Als cliënten een vitaal netwerk hebben heeft dat verschillende voordelen. Scheffers (2010) benoemt er twee:

- Wanneer de cliënt een vitaal systeem heeft, zal de cliënt minder snel beroep hoeven te doen op professionele hulp.

- Wanneer de cliënt een vitaal systeem heeft, kan het systeem praktische handelingen (bijvoorbeeld met de cliënt naar de dokter, wassen, eten geven, etc.) op zich nemen, waardoor de professional tijd kan vrijmaken voor cliënten die in crisis verkeren.

Daarnaast is uit gesprek met managers van Stichting Sprank gebleken dat de professionals ervaren dat ouders van cliënten erg deskundig zijn. De ouders kennen hun kind namelijk door en door en weten hoe hun kind het best benaderd kan worden. Professionals kunnen dus gebruik maken van de deskundigheid van de ouders wanneer het cliëntsysteem betrokken is bij de hulpverlening

*Benodigde competenties*

Het is nu duidelijk dat door de invoering van de WMO professionals meer gebruik moeten maken van het systeem dat rondom de cliënt staat. Maar hoe moet deze samenwerking er dan uitzien volgens de WMO? Welke competenties hebben professionals nodig om het cliëntsysteem te kunnen betrekken bij de zorg?

Arensbergen en Liefhebber (2009) geven het landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg weer. Zij beschrijven de kerntaken van dit beroepsprofiel. De cliëntgebonden taken geven we hieronder weer:

1. *Inventariseren van de woon- en leefsituatie en verhelderen van de vraag van de cliënt*
2. *Opstellen van een begeleidingsplan voor en/of met de cliënt*
3. *Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het realiseren van de doelstellingen uit het begeleidingsplan en zo nodig taken overnemen (persoonlijke verzorging, wonen, werk, dagbesteding, sociale omgeving en contacten leggen en onderhouden)*
4. *Evalueren en bijstellen van het begeleidingsplan*
5. *Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het voeren van de regie over zijn leven en zo nodig het systeem van de cliënt activeren en ondersteunen bij het voeren van de regie, dan wel de regie overnemen (Arendsbergen en Liefhebber 2009, blz. 16)*

Volgens Arensbergen en Liefhebber (2009) wordt het cliëntsysteem bij taak één tot en met vier minimaal betrokken. Bij kerntaak vijf staat het cliëntsysteem centraal. Bij kerntaak vijf heeft de professional de taak om het systeem van de cliënt in kaart te brengen. De professional moet de draagkracht van het systeem analyseren en zorgen dat het systeem samen met de cliënt zoveel mogelijk de regie houdt tijdens het hulpverleningsproces. Arensbergen en Liefhebber (2009) beschrijven dat de professional het systeem zoveel mogelijk moet inzetten om zelf zo min mogelijk taken over te nemen. Daarbij wordt beschreven dat wanneer de draagkracht van het systeem niet groot genoeg is, de professional moet interveniëren om de draagkracht van het systeem te vergroten. Op die manier kan de regie bij de cliënt en het cliëntsysteem blijven.

Arensbergen en Liefhebber (2009) beschrijven bij taakgebied vijf ook de bijbehorende competentie:

*De beroepskracht is in staat een netwerk op te bouwen en samen te werken, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit (Arendsbergen en Liefhebber 2009, blz. 16).*

Vaardigheden die hier bij horen:

1. Kennis hebben van de sociale en maatschappelijke kaart
2. Nieuwe mensen/ organisaties benaderen met als doel een rol te vervullen in het netwerk van de cliënt om zo de afhankelijkheid van de begeleider te verminderen en de zelfstandigheid van de cliënt te vergroten
3. Het cliëntsysteem informeren en overtuigen van het nut van hun bijdrage bij het realiseren van de doelstellingen van de cliënt
4. Het cliëntsysteem betrekken bij het realiseren van de doelstellingen van de cliënt en daarbij ondernemerschap tonen
5. Familie begeleiden en adviseren om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt
6. Begeleiden en adviseren van contacten van de kerk, buren en vrienden om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt
7. Begeleiden en adviseren van vrijwilligers om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt
8. Contacten zorgvuldig onderhouden

Steman en van Gennip (2008) beschrijven nog een vaardigheid van professionals, namelijk ‘het zesde zintuig’. Zij geven aan dat professionals die werken met de methode Supported Living tevens de methode van stichting Sprank Sprank (2012), een zesde zintuig moeten ontwikkelen voor de manier waarop zij contacten stimuleert tussen de cliënt en mensen in de samenleving. Professionals moeten aanvoelen wanneer zij zich terughoudend moeten opstellen of juist initiatief moeten nemen. Zij moeten een inschatting kunnen maken wanneer de cliënt zelf initiatief kan nemen of daar hulp bij nodig heeft.

**2.6 Kwaliteit van zorg**

Er is beschreven wat de WMO inhoudt, hoe de rol van de professional met het instellen van deze wet verandert en welke competenties professionals nodig hebben om te werken volgens de visie van de WMO. In deze paragraaf willen wij wat meer vertellen over kwaliteit van zorg. Wanneer er zorg wordt geboden is het van belang dat deze zorg van goede kwaliteit is. Maar wat houdt zorg van goede kwaliteit eigenlijk in? Hoe moet dit er volgens de WMO uitzien? Wij willen binnen het onderzoek gaan onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg gegarandeerd kan blijven, sinds de invoering van de WMO. Daarom vinden wij het van belang om te beschrijven wat volgens vakliteratuur kwaliteit van zorg inhoudt, zodat wij hier een beeld van hebben.

Volgens Ariens, Hendriks, Hollands en Verheggen (2003) kan het begrip kwaliteit worden onderverdeeld in vier begrippen. Ten eerste is kwaliteit van zorg normatief:door aan te geven of iets van goede kwaliteit is of niet wordt ook bepaald of er aan een norm wordt voldaan of niet. Ten tweede is kwaliteit subjectief: verschillende mensen met verschillende posities zullen allemaal hun eigen waardering geven aan de mate van kwaliteit die volgens hun geboden wordt. Ten derde kan kwaliteit worden gezien als onderwerp gebonden: naarmate kwaliteit word gelinkt aan een bepaald onderwerp kan duidelijker worden gezegd in welke mate kwaliteit aanwezig is. Ten slotte is kwaliteit relatief: het verschilt per situatie of in die situatie wel of niet kwaliteit aanwezig is. Volgens Ariens, Hendriks, Hollands en Verheggen (2003) wordt om het begrip kwaliteit van zorg aan te duiden vaak de definitie van Donabedian gebruikt:

 *‘Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)’.*

Volgens Ariens, Hendriks, Hollands en Verheggen (2003) komen er bij het bewaken van kwaliteit van zorg een aantal activiteiten naar voren:

*‘Het identificeren van mogelijke problemen in de kwaliteit van zorg, het definiëren van het gewenste niveau van kwaliteit in de vorm van richtlijnen/standaarden, het beoordelen of de beoogde kwaliteit wordt gerealiseerd, de stappen die worden ondernomen om de kwaliteit te verbeteren, het scheppen van voorwaarden om de beoogde kwaliteit en kwaliteitszorg te realiseren’.*

Ariens, Hendriks, Hollands en Verheggen (2003) geven aan dat er verschillende aspecten zijn die er voor zorgen dat er aandacht is voor kwaliteitszorg:

*‘Veranderende opvattingen over wetgeving, emancipatie van patiënten/cliënten en patiëntenorganisaties, professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening’.*

Vooral de eerste twee punten die hierboven benoemd worden zijn van belang in ons onderzoek. Door het instellen van de WMO verandert ook het beeld van wat zorg van goede kwaliteit is die door professionals geboden wordt. Zij moeten echter in andere competenties bekwaam zijn dan dat eerder het geval was. Of zij bekwaam zijn in deze competenties hangt samen met het feit of er zorg van goede kwaliteit geboden kan worden. Ook het tweede punt heeft hier mee te maken. De WMO verwacht dat cliënten en ook zeer zeker hun cliëntsysteem meer participeren in de zorg en zij zullen hierdoor dus ook meer emanciperen. Dit vraagt een andere aanpak van professionals en ook zal de kwaliteit van zorg er hierdoor anders uit gaan zien.

Eerder werd genoemd dat kwaliteit van zorg begint met de criteria van goede zorg. Ook is aangeven dat deze criteria met de invoering van de WMO is veranderd. Op de site van de gemeente Zwolle wordt meer uitgelegd over de beoogde zorg zoals die volgens de WMO geboden moet worden:

*‘In Zwolle gaan we ervan uit dat iedereen er toe doet. Jong of oud, met of zonder beperking. Iedereen wil graag participeren, meedoen in de samenleving. Bovendien is het meedoen van zoveel mogelijk Zwollenaren ook hard nodig. Het is een verspilling om talenten van mensen niet te benutten, alleen omdat ze bijvoorbeeld een beperking hebben. De WMO stimuleert het meedoen en voorkomt dat mensen vereenzamen. De WMO gaat er van uit dat iedere burger zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar leven en welzijn en dat mensen zoveel mogelijk voor elkaar zorgen. Als je hulp nodig hebt om mee te kunnen doen, is die vaak wel in de buurt te vinden bij familie of buren. Dat noemen we mantelzorg, vrijwilligerswerk of informele zorg. Is die hulp van naasten niet voorhanden, dan kun je terecht bij verschillende instanties en organisaties, dat noemen we de collectieve voorzieningen.
En soms kunnen mensen weer meedoen door aanpassing in de woning, hulp in de huishouding, met vervoer of een rolstoel. Dat noemen we de individuele WMO-voorzieningen (gemeente Zwolle, Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2011)’*.

**2.7 Conclusie**

Uit het literatuuronderzoek kunnen wij concluderen dat er in de tijd van het jaar 1000 tot 1900 belangrijke historische ontwikkelingen hebben plaatsgevonden rondom de zorg in Nederland. Ook op het gebied van economie hebben grote ontwikkelingen plaatsgevonden. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de visie op zorg veranderd is. Ten eerste op het gebied van huisvesting. Verstandelijk beperkten zouden meer baat hebben bij een omgeving waarin sprake is van rust en regelmaat. Ook de visie op het gebied van mogelijkheden van de cliënt veranderde; er werd meer uitgegaan van ontwikkeling van de cliënt. Het werd steeds belangrijker dat cliënten deel uitmaakten van de samenleving en hierin participeerden. Door de verandering van deze visie veranderde ook de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en professional. De cliënt werd meer betrokken bij de zorg die geboden werd en had hier meer inspraak in. Door de invoering van de WMO wordt de samenwerking van professional met het cliëntsysteem steeds belangrijker. Het is belangrijk dat het systeem van de cliënt informele zorg kan bieden.  Dit heeft aan de ene kant een economisch motief; door het meer inzetten van informele zorg hoeft er minder gebruik te worden gemaakt van betaalde zorg en hier kan dus op bezuinigd worden. Aan de andere kant heeft het ook een therapeutisch motief voor de cliënt; deze haalt steun uit het krijgen van informele zorg van het cliëntsysteem. Daarnaast zorgt het meer inzetten van informele zorg voor een sterkere sociale cohesie en verbondenheid tussen burgers.

We kunnen dus de conclusie trekken dat de samenwerkingsrelatie tussen cliënt, cliëntsysteem en professional een andere vorm moet krijgen. De professional heeft de taak het cliëntsysteem te vergroten en te activeren in het bieden van informele zorg. Dit doet een beroep op andere competenties van de professional.  Deze staan beschreven in paragraaf 1.4.6. Ook kwaliteit van zorg gaat er hierdoor anders uitzien. Binnen stichting Sprank is het van belang dat professionals deze competenties beheersen. Wij willen gaan onderzoeken hoe binnen stichting Sprank met deze competenties gewerkt wordt, wat de visie van de professionals daarop is en hoe zij die competenties kunnen toepassen om het cliëntsysteem zo effectief mogelijk te laten participeren in de zorg rondom de cliënt.  Ook onderzoeken wij hoe kwaliteit van zorg gewaarborgd kan blijven wanneer informele zorg een grotere rol speelt in de hulpverlening.

**Hoofdstuk 3: Methoden**

 **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk zal besproken worden op welke manier de centrale vraagstelling en de deelvragen onderzocht zijn. Er zal uitgelegd worden wat de onderzoeksgroep is, van welke meetinstrumenten gebruik gemaakt zijn, hoe de onderzoeksprocedure eruit ziet en van welke analysemethoden gebruik zijn gemaakt.

Centrale vraagstelling
Hoe kunnen professionals, werkzaam op een woonlocatie van stichting Sprank in 2012, het systeem rondom de cliënt zo effectief mogelijk laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt en wat is de visie van professionals op wat er nodig is om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft of zelfs verbeterd wordt?

Deelvragen

1. Hoe ervaren de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, de verschuiving van formele- naar informele zorg?

2. Hoe verloopt momenteel de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals binnen stichting Sprank?

3. Beheersen de professionals de gevraagde competenties in voldoende mate?

4. Wat zijn de behoeften van de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem?

5. Hoe kan volgens professionals de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen?

**3.2 Onderzoeksgroep**

Er is gekozen om een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek te doen door middel van een vragenlijst waarin zowel open als gesloten vragen opgenomen zijn. De triangulatie van onderzoeksstrategieën heeft volgens Verhoeven (2008) als voordeel dat het combineren van dataverzamelingsmethoden de geldigheid van onderzoeksresultaten verhoogd.

Om data te verzamelen zijn vragenlijsten verzonden naar de professionals die bij stichting Sprank in maart 2012 werkzaam zijn op een woonlocatie; dit zijn ongeveer 500 professionals. Hier is voor gekozen omdat het management van stichting Sprank heeft aangegeven dat binnen de woonlocaties het meest contact met cliëntsystemen plaatsvindt. Er is gekozen voor een populatieonderzoek, dit houdt in dat de vragenlijst verstuurd wordt naar de gehele populatie. Hiermee kan een zo representatief mogelijk beeld worden gegeven van de uitkomsten voor de gehele populatie.

Na het versturen van de vragenlijst naar de gehele populatie is er een respons van 19 vragenlijsten. Het is duidelijk dat met deze ontvangen respons geen uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele populatie. Toch komen er binnen de 19 ingevulde vragenlijsten interessante conclusies naar voren, waar in volgend hoofdstuk verder op in zal worden gegaan. Ook zal op basis van resultaten een aantal aanbevelingen worden gedaan.

Het steekproefkader bestaat uit het e-mail adressenbestand van stichting Sprank. Vanuit dit bestand is de mailing gedaan. Het steekproefkader bestaat dus uit de gehele populatie; 500 professionals die bij stichting Sprank in maart 2012 werkzaam zijn op een woonlocatie.

**3.3 Meetinstrumenten**

Het instrument waarvan gebruik is gemaakt binnen het onderzoek is een vragenlijst, bestaande uit open en gesloten vragen. Een voordeel van een vragenlijst is de kortere tijdsbesteding vergeleken met het apart interviewen van elke woonbegeleider (Baarda en de Goede, 2001). Een nadeel van een vragenlijst is de oppervlakkigheid (Baarda en de Goede, 2001). Bij een vragenlijst is het moeilijker om dieper op de antwoorden in te gaan. Hier is echter rekening mee gehouden door in de vragenlijst open vragen op te nemen, waardoor de professional de mogelijkheid heeft om een meer uitgebreid antwoord te kunnen geven. De reden dat is gekozen voor open vragen is om de kwalitatieve aard van ons onderzoek te waarborgen. Open vragen geven de professional ruimte om zijn of haar visie (op het betrekken van het netwerk bij de zorg van de cliënt) te beargumenteren hetgeen past bij deelvraag bij deelvraag 1, 2, 4 en 5. Met de gesloten vragen willen we feiten verzamelen om door tellingen uitspraken te kunnen doen. De reden voor gesloten vragen is om de kwantitatieve aard van ons onderzoek te waarborgen. Op deze wijze worden er meer professionals bereikt binnen een korter tijdsbestek.

Voor het maken van de vragenlijst is in het vooronderzoek gebruik gemaakt van de Delphi-methode (Verhoeven, 2007). Dit houdt in dat drie professionals werkzaam bij stichting Sprank zijn gevraagd om te beschrijven hoe het onderwerp van ons onderzoek naar voren komt binnen het werkveld van stichting Sprank. Op basis daarvan (en vanuit de hoofd- en deelvragen en het literatuuronderzoek) is de vragenlijst gemaakt. De vragenlijst is voorgelegd aan de professionals, waarop zij feedback hebben gegeven. Aan de hand van hun feedback is de vragenlijst verbeterd en uiteindelijk naar alle professionals opgestuurd. Op deze manier is gezorgd voor een hoge begripsvaliditeit van de vragenlijsten. Tot slot is binnen het onderzoek om de betrouwbaarheid te garanderen gebruik gemaakt van rapportage en verantwoording door alles wat we doen bij te houden in het logboek. Hierin zijn de stappen die genomen zijn, belangrijke keuzes die gemaakt zijn en veranderingen die aangebracht zijn binnen het onderzoek beschreven.

Om de respons te verhogen is een aantal maatregelen genomen. Er is gekozen om vragenlijsten te maken in het digitale programma Netquestionnaires, omdat digitale vragenlijsten over het algemeen sneller en makkelijker in te vullen zijn, dan een fysieke vragenlijst (Baarda en de Goede, 2001). Het was de bedoeling dat deze maatregel het aantrekkelijker voor professionals zou maken om de vragenlijst in te vullen. Daarnaast is een aansprekende inleiding bij de vragenlijst geschreven, waar we ook een foto van onszelf bij hebben geplaatst, om de professionals te motiveren om de vragenlijst in te vullen. Ook is de lay-out van onze vragenlijsten aantrekkelijk gemaakt om in te vullen.

**3.4 Onderzoeksprocedure**

Met toestemming van stichting Sprank is de vragenlijst naar alle professionals gestuurd die werkzaam zijn op een woonlocatie. Het secretariaat van stichting Sprank heeft een e-mail gestuurd naar 500 professionals met daarin een oproep om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is vanaf die dag gepubliceerd met de duur van een maand. Na drie weken waren er 17 respondenten. Om de respons te verhogen heeft het secretariaat van stichting Sprank een herinneringse-mail verstuurd. De publicatieperiode van de vragenlijst is met één week verlengd, zodat professionals na de herinneringse-mail nog twee weken de tijd hadden om de vragenlijst in te vullen. Na deze twee weken waren er 19 respondenten, nog steeds te weinig om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Om de respons te verhogen is er een voorstel naar stichting Sprank gegaan. Het voorstel was om de vragenlijst mondeling af te nemen bij verschillende woonlocaties. Dit voorstel was voor stichting Sprank niet te realiseren, waardoor de respons niet meer verhoogd kon worden. Hierdoor is de betrouwbaarheid en de representativiteit erg laag. Toch denken wij dat de resultaten van de 19 ingevulde vragenlijsten waardevol zijn en bruikbaar voor vervolgonderzoek.

In de vragenlijst was oorspronkelijk een gedeelte gericht op welke mate professionals de benodigde competenties beheersen om samenwerking aan te gaan met het cliëntsysteem. Deze vragen zijn in overleg met stichting Sprank verwijderd uit de vragenlijst. De vragenlijst zou anders te lang worden waardoor het voor de professionals teveel tijd zou kosten om de vragenlijst in te vullen. In overleg met onze begeleidster is besloten om in het discussiehoofdstuk terug te komen op deze deelvraag.

**3.5 Analysemethoden**

De antwoorden op de open vragen zijn geanalyseerd door gebruik te maken van content analyse. Contentanalyse is een instrument om een complex probleem te structureren door zowel in de context als content hoofdzaken van bijzaken te scheiden (<http://www.docstoc.com/docs/25285859/Content-analyse>, 2012).

Wij hebben de resultaten eerst, afzonderlijk van elkaar, goed gelezen. Door dit afzonderlijk van elkaar te doen is gebruik gemaakt van intersubjectiviteit. Op deze manier is gecontroleerd in hoeverre de uitkomsten van de ene persoon overeen kwamen met de uitkomsten van de andere persoon. Op deze manier wordt volgens Verhoeven (2008) de betrouwbaarheid verhoogd. Alle uitspraken van de professionals zijn onderverdeeld in verschillende thema’s. Uit alle deelvragen komen verschillende thema’s naar voren.

Uit deze resultaten (de antwoorden op de vragen en de thema’s die per deelvraag naar voren komen) zijn conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

De gesloten vragen zijn geanalyseerd met behulp van het maken van grafieken zoals deze te zien zijn in hoofdstuk 3. De grafieken zijn gemaakt met het programma Excel. Door grafieken te maken kan makkelijk in één oogopslag worden gezien hoe de vraag is beantwoord, de resultaten zijn visueel zichtbaar.

**3.6 Betrouwbaarheid en validiteit**

Er zijn verschillende factoren waar rekening mee is gehouden binnen het onderzoek, om ervoor te zorgen dat het onderzoek betrouwbaar is. Ten eerste is vastgelegd welke stappen gemaakt zijn om het onderzoek op te zetten en uit te voeren. Dit is gedaan door een planning te maken en een logboek bij te houden. Om de betrouwbaarheid te waarborgen hebben respondenten een digitale vragenlijst ingevuld. Door dit digitaal te hebben laten doen is de kans op toevallige fouten bij het invullen van de vragenlijsten verkleind. Zo moest de respondent bij elke vraag een antwoord invullen om verder te gaan naar de volgende vraag, hij kon dus niet een vraag vergeten, of teveel of te weinig antwoorden aankruisen. Door de vragenlijst in gedeeltelijke anonimiteit te laten invullen is de kans dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven verkleind. Er is wel gevraagd naar leeftijd en locatie, maar niet naar de naam van de respondent. Het vragen naar leeftijd en locatie is nodig geweest, om zo de groep respondenten te kunnen vergelijken met de gehele populatie.

Bij het analyseren van de data die uit de respons is gebruik gemaakt van intersubjectiviteit. Dit houdt in dat verschillende personen uit onze groep afzonderlijk van elkaar de data hebben geanalyseerd. Volgens Verhoeven (2007) kan op deze manier gecontroleerd worden in welke mate hierin overeenkomsten aanwezig zijn en dus hoe hoog de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is. In het onderzoek is triangulatie toegepast: het gebruiken van meerdere onderzoeksmethoden. Volgens Verhoeven (2007) wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd wanneer er gebruik wordt gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden.

Bij het opstellen van de vragenlijsten zijn via de toepassing van de Delphi-methode verschillende ervaringsdeskundigen geraadpleegd. Op die manier hebben is de kwaliteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten verhoogd.

De validiteit van het onderzoek is op de volgende manieren gewaarborgd. De interne validiteit is gewaarborgd door begeleiders vanuit school. Dit zijn twee begeleiders die los van elkaar met ons meegekeken hebben in de stappen en keuzes die gemaakt zijn binnen het onderzoek en ons is feedback geven waar dat nodig was. Om de externe validiteit te waarborgen is gecontroleerd in hoeverre kenmerken van de steekproef overeenkomen met de gehele populatie. Volgens Verhoeven (2007) kan hieruit opgemaakt worden in hoeverre de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de hele populatie. De externe validiteit van dit onderzoek is door de lage respons erg beperkt. De resultaten gegeven wel een beeld van de visie van medewerkers rondom het onderzochte onderwerp, en zijn op deze manier direct bruikbaar voor de instelling. Dit zorgt voor een hoge ecologische validiteit (Verhoeven, 2007).De ecologische validiteit zegt iets over de directe toepasbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek. Doordat de uitkomsten met het management van stichting Sprank besproken worden, kunnen aanbevelingen worden gedaan die direct toepasbaar zijn.

Volgens Verhoeven (2007) is het belangrijk om begrippen vast te leggen zodat het voor iedereen duidelijk is wat er met de begrippen bedoeld word.

De begrippen die gebruikt zijn komen voort uit het literatuuronderzoek en de hoofd- en deelvragen. Er is gekeken welke begrippen relevant zijn om te verwerken in de vragenlijst om uiteindelijk de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden. Deze begrippen zijn geoperationaliseerd: de begrippen zijn omgezet in thema’s. Daarnaast is de begripsvaliditeit gewaarborgd doordat de samenstelling van de vragenlijsten heeft plaatsgevonden in samenwerking met deskundigen (zie meetinstrumenten). De vragenlijst is uitgeprobeerd door deze deskundigen en op basis van deze feedback is de vragenlijst herzien.

In de beroepscode van onderzoekers zijn regels vastgesteld voor onderzoekers, om er voor te zorgen dat betrokken partijen geen schade ondervinden van het onderzoek (Leids Universitair Medisch centrum, 2012).Wij hebben ons gehouden ons aan deze beroepscode van onderzoekers.

Dit houdt in dat er door ons op toe gezien is dat de respondenten vrijwillig mee konden werken en dat geen valse voorstelling van zaken geven wordt gegeven. Ook zijn gegevens anoniem verwerkt en is erop toegezien dat de uitkomsten geen nadelig effect hebben voor betrokkenen. Het onderzoek is op een controleerbare, eerlijke en objectieve manier uitgevoerd en er zullen geen gegevens aan derden worden verstrekt als onze opdrachtgever hier niet mee instemt. Ook beloven wij dat de opdrachtgever alleen de rechten van de onderzoeksresultaten heeft, Verhoeven (2007).

**Hoofdstuk 4: Resultaten**

**4.1 Inleiding**De resultaten van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk gepresenteerd aan de hand van de deelvragen. Per deelvraag worden de belangrijkste thema’s beschreven die in de resultaten naar voren zijn gekomen. De thema’s worden beschreven en ondersteund door middel van kenmerkende uitspraken uit de resultaten. De volledige resultaten zijn weergegeven in bijlage 2. In bijlage 1 is de vragenlijst weergegeven waar zichtbaar is welke vragen zijn gesteld bij de deelvragen.

**4.2 Resultaten deelvraag 1**Hoe ervaren de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, de verschuiving van formele- naar informele zorg?

Uit de resultaten op deze vraag zijn een aantal thema’s af te leiden, namelijk:
- Het al of niet ervaren van de verschuiving
- Weinig tijd voor de cliënt
- Vanzelfsprekendheid rondom het betrekken van het cliëntsysteem

Kenmerkende uitspraken daarvoor zijn:

*‘Op zich een begrijpelijke verschuiving ware het niet dat dit ook een cultuuromslag met zich
mee moet brengen. De verschuiving moet nu nogal rigoureus, maar de maatschappij is hier
niet op ingesteld. Drukke levens, na jaren van aandacht voor individuele ontplooiing is dit een
omslag waar de maatschappij niet klaar voor is.’*

*‘Hoe dit praktisch in te vullen, en of dat gaat lukken, dat weet ik niet’

‘Ik merk wel dat wij steeds minder tijd hebben om ergens met een cliënt heen te gaan.’*

*‘We ervaren dat we zelf aan bepaalde dingen niet toe komen. Met mooi weer even naar buiten bijvoorbeeld. Daar moeten we echt vrijwilligers voor inzetten.’*

*‘Als begeleider moet je je meer op het systeem focussen, terwijl dat niet je insteek was.*

*Ik ervaar op dit moment meer zo, dat dit nog niet direct met de invoering van WMO te maken heeft, maar meer omdat wij nu via een andere berekening met minder uren moeten doen en daarom meer hulp nodig hebben van familie, vrienden en vrijwilligers maar de plannen voor de toekomst zijn wel van dien aard, dat dit nog meer gaat worden gezien de WMO.’*

*‘Sociaal netwerk gaat komende jaren een cruciale rol spelen.’*

*‘Bewoners maken deel uit van hun familie, van een netwerk. Dat blijft zo, al wonen ze nu op een andere locatie. Het is logisch om familie erbij te betrekken.’*

*‘Familie is en blijft belangrijk voor bewoners. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen, ook omdat ze vaak de bewoner door en door kennen. Familie is de constante factor, begeleiders zijn "maar passanten".’*

Uit de resultaten maken wij op dat de verschuiving van formele zorg naar informele zorg wisselend wordt ervaren. Aan de ene kant wordt aangegeven dat professionals het heel vanzelfsprekend vinden om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Aan de andere kant wordt duidelijk aangegeven dat de professionals de verschuiving naar informele zorg nog niet praktisch weten in te vullen. Ook denken de professionals dat de huidige maatschappij niet kan aansluiten bij de gedachte van de WMO en informele zorg. Bij informele zorg moeten veel vrijwilligers betrokken worden en tegenwoordig heeft iedereen het druk en wil zich minder binden. Professionals geven aan dat er een cultuuromslag nodig is om het cliëntsysteem daadwerkelijk te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Daarnaast zijn er enkele professionals die de verschuiving van formele zorg naar informele zorg niet ervaren.

**4.3 Resultaten deelvraag 2**

Hoe verloopt momenteel de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals binnen stichting Sprank?

Bij deze vraag kwamen uit de resultaten de volgende thema’s naar voren:
- Wie is verantwoordelijk voor de zorg?
- Cliëntsysteem woont ver weg
- Betrokkenheid cliëntsysteem
- Inzet vrijwilligers
- Gevoelens van weerstand om het cliëntsysteem te betrekken
- Motivatie om het cliëntsysteem te betrekken
- Initiatief management samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief begeleider samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief persoonlijk begeleider samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief familie samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief contacten van de kerk samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief buren samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief vrienden samenwerking cliëntsysteem
- Initiatief vrijwilligers samenwerking cliëntsysteem
- Ervaring communicatie en samenwerking met familie van cliënt

- Ervaring communicatie en samenwerking met contacten van de kerk

- Ervaring communicatie en samenwerking met buren van de cliënt
- Ervaring communicatie en samenwerking met vrienden van de cliënt
- Ervaring communicatie en samenwerking met vrijwilligers
- Klein sociaal netwerk

Kenmerkende uitspraken daarvoor zijn:

*‘In sommige gevallen kan een deel van de zorg goed overgenomen worden door het cliëntsysteem; maar in sommige gevallen is het fijn/beter als begeleiding dit zelf doet’*

*‘Er komt wel een bepaalde druk te liggen op de begeleiding hierdoor. Mensen in het netwerk van de cliënt hebben het over het algemeen ook druk. Hier moet een weg in gezocht worden.’*

*‘Ook zijn er cliënten die hun familie ver weg hebben wonen, waardoor deze niet veel praktische hulp kunnen bieden.’*

*‘Voor cliënten met goed netwerk mooi en ook natuurlijk, voor cliënten met een schraal sociaal netwerk betekend dit verarming van de noodzakelijke zorg.’*

*‘Deels is de familie betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan, een vertrouwenspersoon neemt met cliënt een interview af en dit vormt de basis voor het plan, het plan zelf wordt door de begeleider geschreven.’*

*‘Bij de ene cliënt gaat de familie mee naar medisch specialisten, bij de andere cliënt niet, afhankelijk van hoeveel betrokkenheid en beschikbaarheid van familie.’*

 *‘Er is niet voldoende bereidheid van het cliëntsysteem.‘*

*‘Vrijwilligers zijn vaak in het begin enthousiast, maar vinden het vaak lastig om voor een langere tijd betrokken te zijn.’*

*‘Er wordt regelmatig gebruik gemaakt van vrijwilligers m.b.t. de kerk.’*

*‘We zijn erg afhankelijk van de goed wil van derden. De kwaliteit van de zorg voor de cliënten is zo wel heel kwetsbaar. Dit is mijn zorg en ook frustratie! Fijn om veel mensen in te schakelen, alles ten goede van de cliënt, maar de reden van de bezuinigingen vind ik wel erg.’*

*‘Omdat ouders soms te betrokken zijn en dan zou ik mij als begeleider bekeken/ beoordeeld voelen als ik mijn werk doe.’*

*‘Professionele zorg kan tegenwoordig vaak alleen voorzien in de basisbehoeften, het systeem is aanvullend nodig. ‘*

*‘Sommigen familie zie ik nooit, en andere weer vaak, dit is dus heel verschillend, als ik ze zie of bel probeer ik zo correct mogelijk te zijn. En als er problemen of onduidelijkheden zijn dan schakel ik de persoonlijk begeleider in. Komt bijna niet voor. Proberen zelf alles op te lossen in je eigen dienst.’*

*‘Sommigen bewoners hebben een beperkt systeem om op terug te vallen. Niet iedereen wil/kan de zorg bieden die nodig is.’*

Aan de hand van de resultaten blijkt dat de (persoonlijk) begeleider het meest verantwoordelijk is om samenwerking aan te gaan met het cliëntsysteem.
De persoonlijk begeleider is de spil in het cliëntsysteem. Deze betrekt familie vooral bij het opstellen en evalueren van het begeleidingsplan en blijft contact leggen, vragen en informeren. De persoonlijk begeleider coördineert en versterkt samen met de familie het cliëntsysteem.

De begeleider maakt contact met familie, vrienden, buren en vrijwilligers wanneer deze langs komen op de woonlocatie. De begeleider neemt initiatief tot samenwerking met het cliëntsysteem over praktische zaken. Als het cliëntsysteem zelf initiatief neemt tot samenwerking doen ze dat door contact te zoeken met de begeleiding, mee te denken en bereidheid te tonen iets te betekenen voor de cliënt en voor de groep. Professionals gaven aan dat sociale netwerken soms nauwelijks bestaan voor mensen die op een woonlocatie wonen. Vrienden hebben de cliënten dan bijna niet en de familie is niet altijd in staat samen te werken met de professionals. Dit komt doordat familie soms ver weg woont, beperkt is door hun leeftijd en/ of vaardigheden of niet bereid is.

Wanneer de cliënt wel een sterk systeem heeft is er meer samenwerking met de professionals en is het systeem meer betrokken bij de zorg aan de cliënt. Ze komen op bezoek, doen activiteiten met de cliënt, gaan mee naar de huisarts of medisch specialisten, helpen bij ADL, zijn betrokken bij het begeleidingsplan, klussen in en om huis, regelen financiën en helpen begeleiders bij het versterken van het cliëntsysteem.

Vrijwilligers spelen een grote rol in de zorg die geboden wordt aan de cliënt. Zij bieden activiteiten zoals; bakken, fietsen, wandelen, handwerken, zwemmen, spelletjes doen en geven catechisatie aangepast op het niveau van de cliënt. Daarnaast bieden ze praktische ondersteuning zoals; boodschappen doen, koken, mee naar de huisarts of medisch specialisten, vervoer en gaan ze met de cliënten mee naar de kerk.

De professionals geven de communicatie die zij hebben met het cliëntsysteem gemiddeld een 5,8. De samenwerking die ze hebben met het cliëntsysteem geven zij gemiddeld een 5,5. Vooral de communicatie en de samenwerking met de buren en de vrienden van de cliënt scoort laag. Verder is het opvallend dat de meningen van de professionals erg uiteen lopen. De ene professional zegt dat er nauwelijks contact is en de andere professional is tevreden over de samenwerking.

Mogelijk hangt dit samen met de motivatie van de professionals om het cliëntsysteem te betrekken. In de resultaten kwamen enerzijds gevoelens van weerstand naar voren om samen te werken met het cliëntsysteem. Anderzijds een duidelijke onderbouwing van het belang om het cliëntsysteem te betrekken.

**4.4 Resultaten deelvraag 4**

Wat zijn de behoeften van de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn vragen gesteld die de behoeften van de professionals in kaart brengen. Opvallende thema’s die in de resultaten naar voren zijn gekomen:
- Behoeften begeleiders in samenwerking met het cliëntsysteem
- Activiteiten die overgenomen kunnen worden door familie van de cliënt
- Activiteiten die overgenomen kunnen worden door contacten van de kerk
- Activiteiten die overgenomen kunnen worden door buren van de cliënt
- Activiteiten die overgenomen kunnen worden door vrienden van de cliënt
- Activiteiten die overgenomen kunnen worden door vrijwilligers
- Verbeterpunten management om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten collega’s om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten familie om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten contacten van de kerk om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten buren van de cliënt om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten vrienden van de cliënt om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen
- Verbeterpunten vrijwilligers om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen

Uit de resultaten zijn kenmerkende behoeften van professionals naar voren gekomen, namelijk:
 *‘Dat er wederzijds vertrouwen is, en goede afspraken en dat ze duidelijk weten wat de taak
 van de begeleiding is en hun inzet daarop afstemmen.’*

*‘Laagdrempelig contact en duidelijke afspraken. Zo nodig ook "bijscholing" of andere kennisoverdracht voor het cliëntsysteem om beter de bewoner te begrijpen.’*

*‘Goede communicatie, warme betrokkenheid rondom cliënt. Altijd kunnen terugvallen op netwerk van de cliënt.’*

*‘Meer tijd kunnen nemen om ook als begeleider te investeren in cliëntcontacten.’*

*‘Methodische aanpak met een analyse van het cliëntsysteem op dit moment en op basis hiervan een plan van aanpak.’*

*‘Medische zaken, leuke dingen, kleding kopen en alle zorg rond kleding die er is, kasten opruimen, kamers netjes houden.’*

*‘Netwerk proberen uit te breiden in eigen familieleden betrokken van hun familielid. Ik ben familie hierin momenteel aan het stimuleren.’*

*‘Als team hebben wij tijd en geld nodig om hieraan te werken, dit is ook één van onze speerpunten maar lopen enorm tegen de bezuinigende maatregelen aan, waardoor je minder kan doen als dat je zou willen.’*

*‘Handleiding maken waardoor begeleiders methodisch cliëntsysteem per cliënt kunnen analyseren en daarna kunnen verbeteren.’*

*‘Scholing over goed communiceren, met name met familie.’*

*‘Het zou fijn zijn als er een bijeenkomst zou komen waarin begeleiders en familie/vrijwilligers samen in gesprek zouden gaan om hun vragen en verwachtingen bij elkaar neer te leggen.’*

*‘Goed communiceren richting familie dat begeleiders minder uren/tijd hebben voor zaken.’*

*‘Afspraken altijd nakomen scheelt tijd. Maar ik vergeet zelf ook echt wel eens wat, omdat er zoveel tegelijk gebeurt in een dienst.’*

*‘Openheid, bereidheid om de zorg te delen.’*

In het algemeen hebben professionals behoefte aan meer duidelijkheid over taakverdeling zodat duidelijk wordt wie wat doet. Professionals gaven aan dat ze goede communicatie belangrijk vinden en dat er duidelijke afspraken worden gemaakt. Daarnaast vinden professionals openheid, respect en vertrouwen van groot belang in de samenwerking met het cliëntsysteem. Professionals hebben meer tijd en regelmaat nodig om zich hier voor in te zetten.

Uit de resultaten blijkt dat professionals vinden dat de volgende activiteiten kunnen worden overgenomen door het cliëntsysteem; ontspannende activiteiten, bezoek aan de huisarts en medisch specialisten, huishoudelijke taken, vervoer, vergroten en versterken van het cliëntsysteem en regelzaken zoals financiën en kleding kopen.

Om de samenwerking met het cliëntsysteem te verbeteren geven de professionals aan duidelijke lijnen van het management nodig te hebben. Ze willen duidelijk hebben wie waar verantwoordelijk voor is. Daarnaast verlangen professionals naar een beleidsmatige aanpak voor het analyseren en het vergroten van het cliëntsysteem. Ook willen professionals dat het management naar het cliëntsysteem duidelijk communiceert dat professionals minder uren hebben en dus genoodzaakt zijn samen te werken met het cliëntsysteem. Professionals gaven aan dat zij scholing nodig hebben om goed te kunnen communiceren met het cliëntsysteem. Tot slot vragen ze, ondanks de bezuinigingen, vertrouwen, geld en tijd van het management.

Van collega’s hebben professionals duidelijke overdracht en rapportage nodig. Ook steun, feedback, openheid, goede afstemming en het nakomen van afspraken vinden ze van groot belang.

Professionals hebben van het cliëntsysteem meer betrokkenheid, meer bereidwilligheid, een open houding, goede communicatie, duidelijkheid in wat ze wel en niet willen doen, duidelijkheid of ze zich voor langere tijd willen binden, respect voor de cliënt en ze hebben acceptatie nodig van de door professionals uitgezette lijnen.

**4.5 Resultaten deelvraag 5**

Hoe kan volgens professionals de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen?

Uit de resultaten op deze vraag zijn een aantal thema’s af te leiden, namelijk:
- Kwaliteit zorg
- Positieve effecten van betrekken cliëntsysteem op kwaliteit zorg
- Negatieve effecten van betrekken cliëntsysteem op kwaliteit zorg

Veel voorkomende uitspraken van professionals over deze thema’s:
 *‘Informele zorg moet aanvullend zijn en niet in plaats van professionele zorg. Anders is de
 kwaliteit van zorg niet meer toetsbaar.’*

*‘In sommige situaties kan hierdoor ook de privacy van bewoners aangetast worden. Het is nogal ingrijpend als je bij een doktersbezoek door een vrijwilliger begeleid moet worden.’*

*‘Door de weinig in te zetten uren, is het van groot belang dat familie en verdere vrijwilligers ons ondersteunen, zodat wij in ieder geval de basis zorg kunnen blijven leveren.’*

*‘Zorg wordt aangeboden door niet gekwalificeerde mensen, maar daar staat wel weer liefde en aandacht tegenover.‘*

*‘Familie is en blijft belangrijk voor bewoners. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen, ook omdat ze vaak de bewoner door en door kennen. Familie is de constante factor, begeleiders zijn "maar passanten".’*

*‘Je ziet iemand in zijn geheel, niet als individu. Familie voelt zich serieus genomen en gehoord, als het goed is. Bij goed overleg kan het schelen in de begeleiding. Begeleiders hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden als familieleden al goeie tips hebben voor de omgang met de bewoner.’*

*‘Dit kan ook het effect hebben dat familie uit zorg teveel wil gaan bepalen wat betreft de zorg en begeleiding voor een bewoner. Het is soms best lastig om dan je grenzen aan te geven.’*

 *‘Vooral emotie speelt dan mee, niet altijd kwaliteit.’*

*‘Het is makkelijk om met een team op een lijn te zitten qua omgang met een cliënt. Moet je daar het hele cliëntsysteem bij betrekken zitten daar onvermijdbaar grotere verschillen tussen. Dit geeft vaak meer onrust bij een cliënt en verstoring van patronen. Kwaliteit van zorg kan daarmee achteruit gaan. Het is niet voor niets dat professionele begeleiders gediplomeerd moeten zijn. Hun werk kan op veel terreinen niet zomaar zonder nadelige gevolgen worden overgenomen door niet-professionals.’*

*‘We zijn erg afhankelijk van de goede wil van derden. De kwaliteit van de zorg voor cliënten is zo wel heel kwetsbaar.’*

*‘Soms mist de professionele blik, doordat je emotioneel meer betrokken bent maak je misschien soms andere keuzes.’*

*‘Dingen als HKZ en methodieken zeggen de meeste familieleden niks, dus het kost tijd voor de pb'er om dit in gewone bewoordingen uit te leggen.’*

Uit de resultaten blijkt dat professionals bang zijn voor onrust en bemoeizucht wanneer het cliëntsysteem meer betrokken wordt bij de zorg aan de cliënt. Ze zijn bang dat familie uit emotie handelt en keuzes maakt en daardoor niet gericht zijn op wat daadwerkelijk goed is voor de cliënt. Wanneer het cliëntsysteem meer betrokken gaat worden bij de zorg aan de cliënt is het moeilijk om met alle betrokken partijen op één lijn te zitten. Dit leidt tot onrust en verstoring van de patronen van de cliënt. De kwaliteit van zorg kan daarmee achteruit gaan. Het is niet voor niets dat professionals gediplomeerd moeten zijn. Hun werk kan op veel terreinen niet zomaar zonder nadelige gevolgen worden overgenomen door het cliëntsysteem.

Naast de negatieve effecten op de kwaliteit van zorg benoemen professionals ook positieve effecten.

Als de zorg wordt geboden door niet gediplomeerden staat daar wel liefde en aandacht tegenover. Familie is en blijft belangrijk voor de cliënt. Zij kennen de cliënt door een door en wanneer de professional de deskundigheid van de familie benutten, hoeven zij zelf niet het wiel opnieuw uit te vinden. Ook werd er aangegeven dat de familie een constante factor is en dat professionals ‘maar passanten’ zijn. Als het cliëntsysteem meer wordt ingezet hebben professionals meer tijd voor persoonlijke aandacht voor de cliënt. Daarnaast kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden wanneer het cliëntsysteem kritisch meekijkt. Professionals die dagelijks aanwezig zijn op de woonlocatie kunnen vast zitten aan eigen patronen.

**Hoofdstuk 5: Conclusies, aanbevelingen en discussie**

**5.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden per deelvraag de conclusies gepresenteerd. Dit wordt ondersteund vanuit de resultaten en vanuit theorie. Vervolgens wordt antwoord gegeven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Vanuit de conclusies worden er aanbevelingen gegeven. Tot slot volgt er een discussie waarin we onze mens- en maatschappijvisie weergeven en de samenwerking met stichting Sprank beschrijven.

Centrale vraagstelling:

Hoe kunnen professionals, werkzaam op een woonlocatie van stichting Sprank in 2012, het systeem rondom de cliënt zo effectief mogelijk laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt en wat is de visie van professionals op wat er nodig is om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft of zelfs verbeterd wordt?

**5.2 Conclusies**

5.2.1 Conclusie deelvraag 1

*Hoe ervaren de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, de verschuiving van formele- naar informele zorg?*

In de resultaten komt naar voren dat de verschuiving van formele naar informele zorg bij professionals werkzaam bij stichting Sprank erg wisselend wordt ervaren. Door sommige professionals wordt het als vanzelfsprekend gezien om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg, anderen weten niet goed hoe ze dit in de praktijk vorm kunnen geven en door sommige professionals wordt de verschuiving niet ervaren. Een conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de ervaringen van professionals rondom de verschuiving van formele zorg naar informele zorg erg verschillend zijn. Een gevolg hiervan is waarschijnlijk dat het inzetten van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt bij verschillende professionals ook verschillend vorm krijgt. De ene professional probeert bijvoorbeeld actief het cliëntsysteem te betrekken, terwijl een professionals die de verschuiving niet ervaart, zijn of haar handelen daar niet op afstemt.

Veel professionals geven aan dat ze het inzetten van het cliëntsysteem een mooie gedachte vinden maar dat dit in de praktijk soms moeilijk uit te voeren is, bijvoorbeeld wanneer een cliënt een zeer klein cliëntsysteem heeft of wanneer het cliëntsysteem ver weg woont. Een conclusie die hieruit getrokken kan worden, is dat professionals behoefte hebben aan praktische handvatten over hoe een cliëntsysteem in de praktijk kan worden ingezet of opgebouwd. Wat hierbij opvalt is dat vaak wordt genoemd dat het cliëntsysteem niet groot genoeg is of te ver weg woont. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het voor de professionals vooral van belang is te weten hoe een cliëntsysteem kan worden opgebouwd of vergroot.

In een onderzoek van het SCP (2007) wordt aangegeven dat een persoonlijk begeleider cliënten kan helpen bij het uitbreiden van het cliëntsysteem. Uit onderzoek blijkt alleen dat het merendeel persoonlijk begeleiders nog niet vertrouwd zijn met deze vormen van systeem ontwikkeling. Dit kan een antwoord zijn op waarom professionals het zo moeilijk vinden om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Scholing lijkt in deze gevallen belangrijk (Van Lange-Frunt en Wajon 2007).

Uit de resultaten blijkt dat bij cliënten van stichting Sprank er vaak sprake is van een niet toereikend cliëntsysteem. Het is dus van belang dat professionals van stichting Sprank ook meer kennis krijgen hoe interventies kunnen worden gepleegd om de draagkracht van het cliëntsysteem te vergroten.

Een ander punt wat naar voren komt is dat het moeilijk is om, binnen de huidige maatschappij waarin het cliëntsysteem niet aanwezig of vaak druk bezet is, mee te gaan in de gedachte en verwachtingen vanuit de WMO. Enerzijds kan hieruit geconcludeerd worden dat professionals een rol hebben in het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt. Anderzijds brengen de maatschappelijke ontwikkelingen misschien te hoge of onrealistische eisen en verwachtingen met zich mee. De WMO investeert minder in professionals. Zij wil dat organisaties en de professionals die hier werken het cliëntsysteem meer bij de zorg gaan betrekken. Onder andere door meer vrijwilligers in te zetten. Er zijn veel onzekerheden of het wel zo verstandig is om in de zorg vooral in te zetten op vrijwilligers en mantelzorgers (Bijlsma en Janssen 2008). Deze twijfels en onzekerheden hangen samen met een aantal maatschappelijke ontwikkelingen waardoor het moeilijker is om aanspraak te doen op sociale verbanden. Al eerder beschreven we dat er een individualiseringsproces op gang is gebracht binnen de samenleving. De burger leeft in een postindustriële, geïndividualiseerde samenleving (Bijlsma en Janssen 2008). Daarnaast is de arbeidsparticipatie hoger geworden om de ontgroening en vergrijzing terug te dringen zodat men de hoge kosten voor voorzieningen en uitkeringen kan betalen voor ouderen. Dit zorgt ervoor dat er steeds minder vrijwilligers en mantelzorgers beschikbaar zijn (Bijlsma en Janssen 2008). Verder is de cliënt veel kritischer geworden op de zorg. De verzorgingsstaat zorgde voor gelijke rechten en kansen op zorg voor de burgers. De cliënt gaat nog steeds uit van dit recht. Kortom; datgene wat de WMO van de professionals verwacht lijkt niet altijd mogelijk te zijn gezien de maatschappelijke ontwikkelingen. Dit kan het voor professionals erg moeilijk maken om in hun praktisch handelen mee te gaan in de verwachtingen van de WMO om het cliëntsysteem meer in te zetten bij zorg aan de cliënt. Dit is wat ook zichtbaar is geworden in de antwoorden van de professionals.

5.2.2 Conclusie deelvraag 2

*Hoe verloopt momenteel de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals binnen stichting Sprank?*

Uit de resultaten blijkt dat de (persoonlijk) begeleider de belangrijkste rol inneemt bij het aangaan van samenwerking met het cliëntsysteem. Er komt naar voren dat de meeste professionals aangeven dat de verantwoordelijkheid en het nemen van initiatief tot samenwerking ligt bij de persoonlijk begeleider. Een conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het van belang is dat de professional zich bewust is van deze rol, die in het beeld van samenwerking met het cliëntsysteem duidelijk naar voren komt. Pas wanneer hier bewustwording over is kan hier ook actief naar gehandeld worden.
Wanneer het initiatief tot samenwerking vanuit het cliëntsysteem komt, wordt hierover contact gezocht met de persoonlijk begeleider. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de rol van de professional binnen het aangaan van samenwerking een zeer grote plek inneemt. Dat de professional een grote rol inneemt binnen het aangaan van contact met het cliëntsysteem komt ook duidelijk naar voren binnen de theoretische inleiding. Hier wordt genoemd: ‘Bij kerntaak vijf heeft de professional de taak om het systeem van de cliënt in kaart te brengen. De professional moet de draagkracht van het systeem analyseren en zorgen dat het systeem samen met de cliënt zoveel mogelijk de regie houdt tijdens het hulpverleningsproces. Arensbergen en Liefhebber (2009) beschrijven dat de professional het systeem zoveel mogelijk moet inzetten om zelf zo min mogelijk taken over te nemen. Daarbij wordt beschreven dat wanneer de draagkracht van het systeem niet groot genoeg is, de professional moet interveniëren om de draagkracht van het systeem te vergroten.’
Het is van belang dat de regie van het hulpverleningsproces bij het cliëntsysteem ligt, wanneer het cliëntsysteem zorg biedt. Zowel in de theoretische inleiding als bij de resultaten van het onderzoek komt echter naar voren dat professionals aangeven dat het nemen van initiatief om samenwerking aan te gaan bij de professional ligt. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld het analyseren van de draagkracht van het cliëntsysteem en het afstemmen over de zorg met het cliëntsysteem. Professionals bij stichting Sprank hebben de indruk dat cliënten die woonachtig zijn op een woonlocatie lang niet altijd een sterk cliëntsysteem hebben. Als er wel sprake is van een sterk cliëntsysteem, ziet men dat er meer samenwerking is tussen cliëntsysteem en professional. Het cliëntsysteem is dan betrokken bij een aantal activiteiten rondom de cliënt. Hier komt het belang van het opbouwen of vergroten van het cliëntsysteem nogmaals naar voren. Voor vrijwilligers is hier een rol voor weggelegd. Zij kunnen betrokken zijn bij activiteiten met de cliënt. Geconcludeerd kan worden dat om het cliëntsysteem te vergroten het erg belangrijk is om hier vrijwilligers voor te werven, aangezien het niet altijd mogelijk is het bestaande systeem in te zetten.

Uiteraard is het wel zo dat een vrijwilliger om een andere benadering vraagt dan vrienden of familie. Ook hiermee moet de professional rekening houden.

De professionals geven de communicatie die zij hebben met het cliëntsysteem gemiddeld een 5,8. De samenwerking die ze hebben met het cliëntsysteem geven zij gemiddeld een 5,5. Vooral de communicatie en de samenwerking met de buren en de vrienden van de cliënt scoort laag. Geconcludeerd kan worden dat de communicatie en samenwerking tussen professionals en het cliëntsysteem door professionals net als voldoende wordt gewaardeerd, maar dat er ruimte voor verbetering is. Echter moet hierbij de kanttekening worden geplaatst dat de samenwerking en communicatie soms laag scoort, omdat hier geen sprake van is, er is dan geen cliëntsysteem aanwezig. Ook hierin komt weer het belang van het opbouwen van een cliëntsysteem en hierbij de inzet van vrijwilligers naar voren.

Het is opvallend dat meningen over de communicatie en samenwerking van professionals erg uiteen lopen. Dit kan samenhangen met de wisselende motivatie om samenwerking met het cliëntsysteem aan te gaan, die bij de conclusie van deelvraag 1 ook naar voren komt. Ook kan geconcludeerd worden dat er vanuit de professionals geen eenduidig beeld is over de samenwerking tussen cliëntsysteem en professional.

Tot slot kwam naar voren in de vragenlijst dat het werven van vrijwilligers als erg lastig wordt ervaren. Weinig vrijwilligers zijn bereid om zich voor langere tijd te binden aan een cliënt of aan een woonlocatie. Dit is voor de professionals erg lastig omdat zij niet weten in hoeverre ze kunnen bouwen op deze vrijwilligers. We kunnen hier de conclusie uit trekken dat de samenwerking met vrijwilligers dus verbeterd kan worden.

5.2.3 Conclusie deelvraag 4

*Wat zijn de behoeften van de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem?*

Uit de resultaten blijkt dat professionals in het algemeen behoefte hebben aan meer duidelijkheid over taakverdeling zodat duidelijk wordt wie waar verantwoordelijk voor is en wie wat doet. Professionals gaven aan dat ze goede communicatie belangrijk vinden en dat er duidelijke afspraken worden gemaakt.

Van collega’s hebben professionals duidelijke overdracht en rapportage nodig. Ook steun, feedback, openheid, goede afstemming en het nakomen van afspraken vinden ze van groot belang. Professionals hebben meer tijd en regelmaat nodig om zich hier voor in te zetten. Tijd is een thema dat regelmatig naar voren komt in de resultaten. Daaruit concluderen wij dat de professionals een hoge werkdruk ervaren. Doordat dit zo vaak aan bod komt in de resultaten vragen wij ons af of de professionals genoeg tijd en ruimte hebben om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Er blijkt dus een behoefte te zijn aan meer tijd en ruimte. De behoefte aan meer tijd kan naar ons idee juist vervult worden door het cliëntsysteem te betrekken. In de theoretische inleiding is onderzocht wat het belang is van een vitaal cliëntsysteem. Scheffers (2010) zegt dat wanneer de cliënt een vitaal systeem heeft, de cliënt minder snel een beroep hoeft te doen op professionele hulp. Het cliëntsysteem kan dan praktische handelingen overnemen zoals naar de dokter gaan, wassen, eten geven, ontspannende activiteiten ondernemen, etc. Hieruit kunnen wij concluderen dat wanneer de professional eerst tijd en geld investeert in het versterken van het cliëntsysteem, zij daar later baat bij hebben. Wanneer het vitale cliëntsysteem werkzaamheden overneemt, kan de professional tijd vrijmaken voor zorg die geboden dient te worden door professionals.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de meerderheid van de professionals gemotiveerd is om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Wel verlangen professionals naar een beleidsmatige aanpak voor het analyseren en het vergroten van het cliëntsysteem.
Een andere behoefte van professionals is begrip van het cliëntsysteem voor de manier van werken. Professionals willen dat het management naar het cliëntsysteem duidelijk communiceert dat professionals minder uren hebben en dus genoodzaakt zijn samen te werken met het cliëntsysteem. Daarnaast hebben professionals van het cliëntsysteem meer betrokkenheid, meer bereidwilligheid, een open houding, goede communicatie, duidelijkheid in wat ze wel en niet willen doen, duidelijkheid of ze zich voor langere tijd willen binden en respect voor de cliënt nodig.

Tot slot concluderen wij vanuit de resultaten dat professionals ervaren dat zij niet voldoende kennis hebben over het samenwerken met het cliëntsysteem. Daarnaast wordt aangegeven dat er een kennistekort heerst bij het cliëntsysteem over de zorg aan de cliënt. Hieruit maken wij op dat professionals behoefte hebben aan scholing voor henzelf en voor het cliëntsysteem zodat zij elkaar beter begrijpen en er betere samenwerking kan ontstaan.

Ondanks de bezuinigingen hebben professionals behoefte aan vertrouwen, geld en tijd van het management.

5.2.4 Conclusie deelvraag 5

*Hoe kan volgens professionals de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen?*

Uit de resultaten blijkt dat professionals vooral bang zijn dat de kwaliteit van zorg achteruit gaat, doordat het cliëntsysteem minder kennis van goede zorg heeft en zich misschien meer door emoties laat leiden. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat professionals denken dat wanneer het cliëntsysteem meer betrokken gaat worden bij de zorg aan de cliënt, het moeilijk is om met alle betrokken partijen een zelfde benaderingswijze en manier van werken toe te passen. Dit leidt tot onrust en verstoring van de patronen van de cliënt. De kwaliteit van zorg kan daarmee achteruit gaan. Naast de negatieve effecten op de kwaliteit van zorg benoemen professionals ook een aantal positieve effecten. Familie kent de cliënt door en door, deze kennis kunnen zij aan de professionals overdragen, zodat zij niet opnieuw het wiel uit hoeven te vinden. Het cliëntsysteem geeft de cliënt veel liefde en aandacht. Daarnaast ziet men in dat familie een belangrijke consistente factor is voor de cliënt, hulpverleners zijn eigenlijk ‘maar passanten’. Ook ziet men in dat als het cliëntsysteem meer wordt ingezet professionals meer tijd hebben voor persoonlijke aandacht voor de cliënt. Daarnaast kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden wanneer het cliëntsysteem kritisch meekijkt. Professionals die dagelijks aanwezig zijn op de woonlocatie kunnen vast zitten aan eigen patronen.

Scheffers (2010) zegt dat als het cliëntsysteem geen ondersteuning kan bieden aan de cliënt de problemen van de cliënt vaak toenemen. Wanneer de problemen te groot worden en de cliënt niemand heeft om zijn problemen mee te delen, neemt de cliënt vaak het besluit beroep te doen op een professional (Scheffers 2010). Enerzijds kan het cliëntsysteem dus ook weer van groot belang zijn bij het ondersteunen van de cliënt wanneer deze problemen heeft in een vroeg stadia. Anderzijds kan het cliëntsysteem een grote rol spelen wanneer de cliënt gebruikt maakt van de hulp van een professional. Mur en Heijs (2007) zeggen dat de cliënt zijn of haar systeem nodig heeft om doelen te kunnen behalen. Het cliëntsysteem kan de cliënt bemoedigen, steun bieden wanneer het moeilijk is en motiveren om door te gaan met het hulpverleningsproces.
Het is dus de vraag of de angst van sommige professionals, dat de kwaliteit van zorg minder wordt wanneer het cliëntsysteem meer bij de zorg betrokken wordt, helemaal lijkt te kloppen. Er moet gezocht worden naar een goed evenwicht, waarin zowel de professional als het cliëntsysteem verantwoordelijk is voor de zorg aan de cliënt. Juist de professional en het cliëntsysteem kunnen elkaar heel goed aanvullen qua kennis en het vervullen van de behoeften van de cliënt.

5.2.5 Eindconclusie

De visie en ervaring van professionals, over het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan cliënten, lopen zeer uiteen. Dit heeft verschillende gevolgen. Ten eerste geven professionals op een zeer verschillende manier vorm aan het betrekken van het cliëntsysteem. Het kan voorkomen dat de ene professional veel gebruik maakt van het inzetten van het cliëntsysteem en hiervan veel kennis op doet, een andere professional maakt bijvoorbeeld helemaal geen gebruik van het inzetten van het cliëntsysteem en heeft hier dan ook weinig kennis over. Naar voren komt dat door onder andere tijdsdruk weinig onderling overleg plaatsvindt, waardoor deze kennis ook moeilijk gedeeld kan worden. Professionals die weinig kennis hebben van het inzetten van het cliëntsysteem zouden baat hebben bij meer overleg en afstemming tussen professionals onderling. Op deze manier kan de kennis bij professionals en persoonlijk begeleiders worden vergroot.

Het lijkt alsof vanuit het management van stichting Sprank geen duidelijke visie naar de professionals wordt geuit over wat er van professionals verwacht wordt op het gebied van het inzetten van het cliëntsysteem. Er bestaat bij professionals vooral veel onduidelijkheid op het gebied van welke taken kunnen worden uitgevoerd door het cliëntsysteem. De visie van professionals over wat er nodig is om de samenwerking optimaal te laten verlopen is duidelijkheid over wat er van hen verwacht wordt door het management. Ook komt naar voren dat er meer tijd nodig is om bezig te kunnen gaan met het vergroten van het sociale netwerk. Hiernaast geven professionals aan vooral praktische handvatten nodig te hebben voor het kunnen vergroten van het sociale netwerk, en hier meer kennis over te kunnen opdoen, bijvoorbeeld door middel van bijscholing.

Om het systeem zo effectief mogelijk te laten participeren bij de zorg aan een cliënt is het van belang dat (persoonlijk) begeleider zich bewust is van de grote rol die hij of zij hierin heeft. Communicatie met het cliëntsysteem loopt voornamelijk via de persoonlijk begeleider. Binnen deze communicatie kan afgestemd worden hoe aan de zorg van de cliënt invulling wordt gegeven door zowel professional, persoonlijk begeleider en het cliëntsysteem. Duidelijke afstemming tussen deze drie partijen is van groot belang. Het is voor de (persoonlijk) begeleider dus ook erg belangrijk om voldoende kennis te hebben van systeemgericht werken en het kunnen opbouwen/ vergroten van het cliëntsysteem. Waar deze kennis niet aanwezig is, is het belangrijk dat dit door middel van bijscholing vergroot wordt. Op deze manier kan de persoonlijk begeleider het cliëntsysteem effectiever inzetten, doordat hij of zij dit in de praktijk vorm kan geven.

Hiernaast is ook van belang dat het cliëntsysteem meer kennis en inzicht opdoet over wat er voor hen mogelijk is op het gebied van het geven van zorg aan de cliënt en wat hun rol daarin kan zijn.

Naast het vergroten van kennis komt naar voren dat, om de samenwerking met het cliëntsysteem te bevorderen, meer tijd nodig is. Professionals vragen zich af of het mogelijk is om meer tijd vrij te maken voor samenwerking met het cliëntsysteem. Vaak werken professionals onder grote tijdsdruk waardoor er minder tijd overblijft voor samenwerking met het cliëntsysteem. Toch blijkt dat het opbouwen van een vitaal systeem in het begin veel tijd kost, maar op de lange termijn zullen ze hier baat bij hebben. Het cliëntsysteem kan dan meer taken overnemen van de professional.

Professionals zijn bezorgd over het feit of de kwaliteit van zorg bij het inzetten van het cliëntsysteem gewaarborgd kan blijven, doordat het systeem minder kennis heeft en meer emotioneel betrokken is en hier zich door kan laten leiden. Ook zijn professionals bezorg over het feit dat wanneer er teveel partijen bij één cliënt betrokken zijn, er geen duidelijke lijn bestaat over de invulling van de zorg. Dit kan afbreuk doen aan de kwaliteit van zorg die geboden wordt.

Aan het meer inzetten van het cliëntsysteem zitten ook duidelijke voordelen, die de kwaliteit van zorg juist vergroten. Zo heeft het cliëntsysteem juist kennis vooral op het gebied van de behoeften van de cliënt en het vervullen van behoeften voor de cliënt. Wanneer er een goede balans en samenwerking is tussen cliëntsysteem en professional kan de kwaliteit van zorg worden vergroot. Het is hierbij wel van belang dat de (persoonlijk) begeleider actief bezig is met communicatie met het cliëntsysteem, waarin afstemming wordt gezocht over wie welke taken kan uitvoeren. Het cliëntsysteem moet voldoende draagkracht hebben om taken te kunnen uitvoeren. Wanneer hier geen sprake van is, is het van belang dat professionals zich kunnen richten op het vergroten van een cliëntsysteem en hier voldoende kennis en tijd voor hebben. Belangrijk is ook dat het cliëntsysteem zich bewust is van taken die zij kan uitvoeren, hier actief in meedenkt en zich hierin bereidwillig toont.

**5.3 Aanbevelingen**

*Verschaf duidelijkheid*

Wanneer de professionals helder hebben wat op het gebied van informele zorg verwacht wordt, is het ook makkelijker om dit binnen de werkzaamheden vorm te geven.

Vooral duidelijkheid en het benoemen van duidelijke verwachtingen naar professionals is hierbij van belang. Deze duidelijkheid kan vergroot worden door meer informatie over de ontwikkelingen van de WMO en verschuiving van formele naar informele zorg te geven. Het geven van informatie over wat stichting Sprank hierin van de professionals verwacht is daarbij van groot belang, hierin is een taak voor het management weggelegd. Dit zorgt er tevens voor dat professionals onderling meer op één lijn zitten en ook hierin elkaar ondersteuning kunnen bieden.

Daarnaast heeft de professional in de praktijk ook meer duidelijkheid nodig in de samenwerking met het cliëntsysteem. Een aanbeveling is, om de (persoonlijk) begeleider hierin een duidelijke rol te geven.

*Betrek het cliëntsysteem actief*

Het is van belang dat bij het opzetten van een begeleidingsplan het cliëntsysteem direct actief betrokken wordt. Hierbij is er vanaf het begin van de zorg bij zowel het cliëntsysteem als de professional, duidelijkheid over het beoogde doel van de zorg en de verantwoordelijkheid over de taken. Er is naar voren gekomen dat de (persoonlijk) begeleider vooral de verantwoordelijkheid heeft bij het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg. Het is dus van groot belang dat juist hij of zij meer kennis opdoet over het betrekken en vergroten van het cliëntsysteem.

Bij het opstellen van het begeleidingsplan kan de (persoonlijk) begeleider er al direct voor zorgen dat het cliëntsysteem en de professional tot een consistente visie komen over de zorg aan de cliënt. Ook kan de (persoonlijk) begeleider ervoor zorgen dat duidelijk is wie waar verantwoordelijk voor is. Hierdoor zijn er minder onduidelijkheden in wie welke taken voor de cliënt uitvoert. Wanneer er sprake is van een zwak cliëntsysteem kan de (persoonlijk) begeleider direct onderzoeken hoe dit versterkt kan worden.

*Verbeter informatieverstrekking naar alle partijen*

Op het gebied van het in de praktijk handen en voeten geven aan het betrekken van het cliëntsysteem lijkt er een informatietekort te zijn. Vooral op het gebied van hoe een cliëntsysteem in de praktijk kan worden opgebouwd of vergroot. Een aanbeveling is om hierin meer informatie beschikbaar te stellen voor professionals, met name voor de persoonlijk begeleiders. Er bestaan veel theorieën en methodieken die gericht zijn op het betrekken en het versterken van het cliëntsysteem. De informatie is voor professionals echter niet vanzelfsprekend voor handen. Stichting Sprank zou een grote rol in kunnen nemen op het gebied van deze informatieverstrekking. Bijvoorbeeld door informatie avonden te organiseren, deelname aan cursussen mogelijk te maken of informatie zoals boeken en folders binnen de instelling beschikbaar te stellen.

Het is van belang dat professionals zich bewust zijn van hun grote rol in het realiseren van informele zorg. Uit de resultaten bleek dat niet alle professionals deze ontwikkeling herkennen in de zorg. Hier kan voor stichting Sprank een taak liggen om bij professionals deze bewustwording, waar dit niet aanwezig is, te creëren.

*School medewerkers vooral op gebied van communicatie*

Het is gebleken dat professionals bezorgd zijn over het waarborgen van de kwaliteit van zorg wanneer het cliëntsysteem meer wordt ingezet. De kwaliteit kan verbeterd worden door te zoeken naar een goed evenwicht, waarin zowel professionals als het cliëntsysteem verantwoordelijk is voor de zorg aan de cliënt. Juist professionals en het cliëntsysteem kunnen elkaar goed aanvullen wat betreft kennis en het vervullen van de behoeften van de cliënt. Hierbij is een goede communicatie tussen deze verschillende partijen van groot belang.

Een aanbeveling is om professionals meer kennis te verstrekken op het gebied van communicatie met het cliëntsysteem. De bedoeling hiervan is dat professionals meer handvatten krijgen om de communicatie zo goed mogelijk te laten verlopen. Men zou eventueel ook een informatieavond kunnen organiseren, waar professionals met elkaar in discussie kunnen gaan. Het is namelijk gebleken dat professionals verschillende ideeën en ervaringen hebben op het gebied van communicatie met het cliëntsysteem.

*Investeer in vrijwilligers*

Een andere aanbeveling ligt op het gebied van het werven van vrijwilligers. Het blijkt dat vrijwilligers een belangrijke rol kunnen innemen bij het vergroten en het versterken van het cliëntsysteem. Een aanbeveling voor stichting Sprank is om actief bezig te zijn met het werven van vrijwilligers. Hier zou bijvoorbeeld een campagne voor georganiseerd kunnen worden. Het is daarnaast van belang om met de vrijwilligers af te stemmen hoelang zij verbonden willen zijn aan een cliënt of woonlocatie en hoe deze zorg er dan uit gaat zien.

**5.4 Discussie**

5.4.1 Mens- en maatschappijvisie

In gesprek met managers van stichting Sprank kwam naar voren dat er binnen Sprank een verschuiving plaatsvindt van formele zorg naar informele zorg. Door deze verschuiving wordt er participatie van de cliënt en het cliëntsysteem verwacht. Stichting Sprank vroeg ons onderzoek te doen naar hoe professionals binnen stichting Sprank het cliëntsysteem zo effectief mogelijk kan laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt.

Achteraf gezien vragen wij ons af of deze verandering echt op gang gebracht kan worden, wanneer er alleen geïntervenieerd wordt binnen het micro niveau. In onze opleiding hebben wij meegekregen dat er drie verschillende denktradities zijn over de betekenis van veranderen. We zijn ook van mening dat een verandering echt op gang gebracht kan worden, wanneer op al deze drie gebieden aandacht wordt besteedt om tot een verandering te komen.

Donkers (2007) geeft een omschrijving van de theorie over veranderen, waarin al deze drie denktradities aan bod komen. Donkers (2007, p.48) geeft de volgende omschrijving:
 *‘De leer van het beïnvloeden van de verhouding tussen de eigen ervaringen (subject) en de
 interne bio-psycho-sociale realiteit en de externe maatschappelijk-ecologische realiteit
 (object) met het oog op het realiseren van dialogisch tot stand gekomen referentiewaarden.
 Het gaat bij het veranderen om een reflectief waardengeoriënteerd handelen dat zich voltrekt
 in de triadische relatie van cognitieve, intra persoonlijke en maatschappelijke processen van
 sturen en afremmen. Dit sturen en afremmen heeft zowel betrekking op de veranderaar zelf
 als op de sociale en maatschappelijke omgeving.‘*

Uit deze omschrijving blijkt dus dat er een verandering kan plaatsvinden in drie verschillende processen, die elkaar continu beïnvloeden. Dit gaat om een cognitief proces, het maatschappelijke proces en het intra persoonlijk proces van sturen en afstemmen op zichzelf en de omgeving. Als we kijken naar de veranderingen die plaats zou moeten vinden binnen stichting de Sprank, is het ook zeer belangrijk dat we kijken welke veranderingen er moeten plaatsvinden op micro en macro niveau. Aan de ene kant is het dus zo dat professionals meer vaardigheden kunnen aanleren om het cliëntsysteem zo effectief mogelijk te betrekken bij de zorg aan de cliënt. Dit is een verandering die dan plaats zou moeten vinden op micro niveau dat een cognitief en intra persoonlijk proces opgang brengt van sturen en afstemmen op zichzelf en de omgeving .

Aan de andere kant moet er ook gekeken worden naar de veranderingen die hiervoor moeten plaatsvinden op macro niveau. De maatschappelijke veranderingen beïnvloeden namelijk ook de microwereld en beïnvloedt vervolgens weer het proces van veranderen op individueel en collectief niveau. Het richt de aandacht van individuen op bepaalde kwesties, beïnvloedt de keuzes die zij maken en het soort stemming waarin zij vandaag de dag met elkaar leven (Donkers 2007). Dit is ook te merken als wij de antwoorden van de professionals lezen in de vragenlijsten. Zo merken wij ook weerstand op bij professionals om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg. Dit heeft met beperkingen te maken die liggen in de huidige maatschappij. Het cliëntsysteem is niet altijd in staat om zich in te zetten voor zorg aan de cliënt. Dit heeft soms te maken met praktische zaken; zoals te ver weg wonen van de cliëntsysteem, geen bereidwilligheid van het cliëntsysteem, of het cliëntsysteem ziet bijvoorbeeld niet de noodzaak in om zich meer in te zetten bij de zorg aan de cliënt. Daarnaast spelen bepaalde veranderingen in de maatschappij een rol waardoor het lastig is voor professionals om tijd en ruimte vrij te maken om de samenwerking met het cliëntsysteem te bevorderen. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met de zichtbare bezuinigingen in de zorg. De motivatie van de professional kan door al deze maatschappelijke ontwikkelingen ook beïnvloed worden. Er zouden dus ook veranderingen moeten plaatsvinden in de maatschappij zelf. Op maatschappelijk gebied gaat het om bevredigende afstemming tussen mensen op intercultureel, intra persoonlijk, economisch en politiek gebied. Vanuit een integratief oogpunt is de veranderende niet alleen gericht op cognitieve en intra persoonlijke veranderingen, maar ook op verandering in de maatschappelijke verhoudingen. Zonder de gedachte van afstemming op en beïnvloeding van de culturele, interactionele en structurele contexten, kan het veranderende handelen van individuen, collectieven en instituties niet adequaat worden begrepen (Donkers 2007). Om de verschuiving van formele zorg naar informele zorg goed te laten verlopen is hier dus ook een taak voor de politiek en de maatschappij weggelegd. Omdat wij ons binnen dit onderzoek vooral gericht hebben op veranderingen op micro en meso niveau, willen wij als aanbeveling toevoegen dat eventuele vervolgonderzoekers zich meer zouden kunnen richten op de veranderingen in de maatschappelijke verhoudingen op macro niveau**.**

5.4.2 Samenwerking met stichting Sprank

Wij kunnen enerzijds zeer positieve punten benoemen en anderzijds zien wij ook punten die minder goed zijn verlopen in de samenwerking met stichting Sprank. Het is bijvoorbeeld jammer dat het in het begin voorgestelde focusgroep onderzoek niet door kon gaan. Dit kon niet doorgaan vanwege onvoldoende tijd en middelen, waardoor professionals uiteindelijk niet mee konden doen aan de focusgroep. Voor vervolgonderzoek is het zeker aan te raden om de resultaten van dit onderzoek verder uit te werken in een focusgroep onderzoek, zodat kan worden door gevraagd op de gegeven informatie. Dit geeft de onderzoeker meer mogelijkheden tot het inwinnen van bruikbare informatie.

Nadat duidelijk werd dat de focusgroep niet mogelijk was, is in overleg met onze begeleidster en het management van stichting Sprank besloten om te kiezen voor een digitale vragenlijst. We kunnen trots zijn op de uiteindelijke vragenlijst, echter de respons was voor ons wel teleurstellend.

Helaas zijn niet alle omstandigheden van te voren te voorzien. Uiteindelijk kunnen we dankzij gezamenlijke inspanning toch een aantal interessante resultaten presenteren.

Naast punten die in onze ogen beter hadden kunnen verlopen zien wij ook punten in de samenwerking met stichting Sprank die in juist zeer goed zijn verlopen. Er was voor ons altijd een aanspreekpunt aanwezig waar wij terecht konden met vragen of problemen. Wij konden altijd met vragen terecht bij Henry Wagensveld. Wij zijn er ons van bewust dat hij zeer druk is met zijn werkzaamheden, maar toch is er altijd tijd en ruimte geweest om vragen bij hem neer te leggen. Hier hebben wij zeer veel waardering voor.

5.4.3 Conclusie deelvraag 3

*Beheersen de professionals de gevraagde competenties in voldoende mate?*

Zoals in paragraaf 5.4.2 aangegeven hebben wij in overleg met het management van stichting Sprank deelvraag drie niet onderzocht. Daarom zullen wij deze deelvraag aan de hand van theorie beantwoorden. In de aanbevelingen die wij hebben gedaan in paragraaf 5.3 wordt duidelijk dat professionals bepaalde competenties nodig hebben om het cliëntsysteem te kunnen betrekken bij de zorg. Zo doen wij de aanbeveling om het cliëntsysteem actief te betrekken bij de zorg. Hiervoor hebben professionals bepaalde competenties nodig. In het komende stuk worden de competenties benoemd die hiervoor nodig zijn.

In de theoretische inleiding hebben wij ons beziggehouden met de competenties die van belang zijn om als professional te bezitten op het gebied van het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg.

Er worden hier verschillende kerntaken van beroepskrachten in de gehandicaptenzorg beschreven. Naar voren komt dat vooral in kerntaak 5 het samenwerken met het cliëntsysteem een grote rol speelt. In deze kerntaak kan de professional het cliëntsysteem in kaart brengen, de draagkracht van het cliëntsysteem analyseren en zorgen dat het cliëntsysteem samen met de cliënt zoveel mogelijk regie heeft binnen de zorg van de cliënt. Arensbergen en Liefhebber (2009) beschrijven dat de professional het systeem kan inzetten om taken over te nemen. In de theorie wordt verteld dat wanneer de draagkracht van het systeem niet groot genoeg is, de professional zich moet kunnen richten op het vergroten van deze draagkracht.

Een andere competentie die op dit gebied van professionals wordt gevraagd is bijvoorbeeld het kunnen benaderen van nieuwe mensen/ organisaties met als doel dat zij een rol gaan vervullen binnen het cliëntsysteem.

Voor professionals bij stichting Sprank is het dus van belang om verschillende competenties te bezitten, wanneer zij het cliëntsysteem willen vergroten of inzetten. Helaas is niet onderzocht in hoeverre professionals deze competenties bezitten. Wel komt binnen de resultaten naar voren dat de samenwerking en communicatie met het cliëntsysteem door de professional over het algemeen als voldoende wordt beschouwd. Hieruit kan niet worden geconcludeerd maar wel worden aangenomen dat professionals vaardigheden om contact te leggen en te communiceren met het cliëntsysteem bezitten. Echter wordt duidelijk aangegeven dat wanneer het gaat om het vergroten van het cliëntsysteem, dit in de praktijk moeilijk vorm gegeven kan worden. Voor professionals is het belangrijk hier meer kennis over op te kunnen doen en vaardigheden te ontwikkelen, bijvoorbeeld door middel van bijscholing/ cursussen. Het beheersen van vaardigheden om het cliëntsysteem te vergroten is van groot belang. Uit de resultaten komt namelijk naar voren dat sommige cliënten nauwelijks een systeem hebben om aanspraak op te doen. Vooral het kunnen werven en inzetten van vrijwilligers kan hierbij helpend zijn. Ook komt naar voren dat professionals aangeven hier meer tijd voor nodig te hebben. Professionals werken onder een hoge tijdsdruk en kunnen vaak niet de gewenste tijd vrijmaken om zich te richten op het actief vergroten van het cliëntsysteem.

Wij denken dat het van belang is dat stichting Sprank onderzoekt in hoeverre de professionals de competenties om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg beheersen. Als de competenties niet aanwezig zijn is het van belang dat dit door middel van scholing bij de professionals verder ontwikkeld wordt. Een aanbeveling aan stichting Sprank is om door middel van vervolg onderzoek meer duidelijkheid te krijgen in de mate waarin professionals deze competenties beheersen en hoe dit verbeterd kan worden. De vragen met betrekking tot de competenties die we hebben verwijderd uit de vragenlijst en die mogelijk gebruikt kunnen worden voor vervolgonderzoek, staan beschreven in bijlage 3.

5.4.4 Terugkoppeling doelstelling en visie

De doelstelling van stichting Sprank voor dit onderzoek is om te weten te komen hoe professionals het cliëntsysteem zo effectief mogelijk kunnen laten participeren bij het verlenen van zorg aan de cliënt. Stichting Sprank (2012) heeft in haar identiteitsbeschrijving weergegeven dat zij de persoonlijke ontplooiing van de cliënt in groepsverband van groot belang vindt. Stichting Sprank streeft er naar dat de cliënt een volwaardige positie in kan nemen in gezin, kerk, samenleving en werk. Om dit samen met de cliënt te realiseren is het betrekken van het cliëntsysteem van groot belang.

De uitkomsten van dit onderzoek en de aanbevelingen zullen leiden tot een meer constructieve samenwerking tussen professionals en het cliëntsysteem, waardoor de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Zo hopen we dat door deze constructieve samenwerking de cliënt sterk staat met een vitaal netwerk en kan sprankelen rondom wonen, werken en leven.

**Literatuurlijst**

Arensbergen, C. van. & Liefhebber, S. (2009). *Competentieprofiel ABC. Landelijk competentieprofiel
 voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primair proces van de gehandicaptenzorg.* Amsterdam: Drukkerij Spinhex en Industrie

Ariëns, H., Hendriks, L., Hollands, L. & Verheggen, F. (2003) *Elementen van Kwaliteitszorg.*
 Utrecht: Lemma BV

Bijlsma, J. & Janssen, H. (2008). Sociaal werk in Nederland. *Vijfhonderd jaar verheffen en verbinden.*
 Bussum: Coutinho

Boer, A. de (2007). *Toekomstverkenning Informele zorg*. SCP-publicatie

Brettschneider, E. & Wilken, J.P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor
 sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam: SWP

Donk, W.B.H.J. van der, Hancher, L., Lieshout, P.A.H., van, Meurs, P.L., Pelkmans, J.L.M.,
 Schoonenboom, I.J., Theeuwes, J.J.M. & Winsemius, P. (2006). *De verzorgingsstaat
 heroverwogen (r76 okt 06).*Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid, Den Haag

Lans, J. van der, Linde, M. van der, Sprinkhuizen, A., Steyaert, J. & Verzelen, W. (2009). *Canon van
 Sociaal Werk Nederland.* Binnengehaald op 01 februari 2012 van
 <http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/overdecanon.php>

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2006). *WMO: Iedereen moet kunnen meedoen.*
 Den Haag

Mur, L. & Heijs, N. (2007). *Ondersteuning mobiliseren vanuit netwerken*. Soest: Nelissen

Nabuurs, M. (2007). *Basisboek systeemgericht werken*. Baarn: HBuitgevers

Oosterhuis, H. (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke
 gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Bohn Stafleu van Loghum

Rigter, J. (2010). *Het palet van de psychologie*. Stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en
 opvoeding. Bussum: Coutinho

Ritsema, G., Sollie, D. & Vleesenbeek-Lamberink, H. (2007). *Van caritas naar social work*.
 Zwolle: Gereformeerde Hogeschool

Scheffers, M. (2010). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek*.
 Bussum: Coutinho

Schuyt, C.J.M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Antwerpen: Stenfert Kroese
 Uitgevers

Steman, C. & Gennip, A. van. (2008). *Supported Living.* Meppel: Krips

Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de
 publieke sector.* Amsterdam: Van Gennep

Vuijsje,H. (1977). *Nieuwe vrijgestelden. De opkomst van het spijkerpakkenproleriaat*. Baarn: Anthos.

Binnengehaald op 12 december 2011:
 [www.stichtingsprank.nl](http://www.stichtingsprank.nl/)

Binnengehaald op 1 februari 2012:
 [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl/)

**Bijlage 1: Vragenlijst**



**Afstudeeronderzoek Social Work, Gereformeerde Hogeschool te Zwolle**

Bezuinigingen, kortere diensten, minder tijd voor de cliënt, werken in eigen tijd.. Dit lijkt de zorg in Nederland steeds meer te typeren. Er moet flink bezuinigd worden en mede daardoor is in 2007 de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd (WMO). De WMO heeft als doel dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dit heeft effect voor de hulpverlening en ook stichting Sprank heeft daarmee te maken. Door de bezuinigingen zal de omgeving van de cliënt meer betrokken moeten worden bij de zorg aan de cliënt.
Daar waar cliënten eerst door zijn of haar omgeving werden overgegeven aan de zorginstelling, wordt er nu steeds meer verwacht dat de omgeving betrokken blijft bij de cliënt.
In de praktijk is gebleken dat voor zowel de omgeving van de cliënt als voor de medewerkers deze verschuiving onduidelijkheid oplevert. Van de omgeving wordt verwacht dat ze actiever meedenken en meedoen, de medewerkers moeten juist meer uit handen geven.

Wij, Manon, Geraldi, Jennieke en Anne-Wil, doen ons afstudeeronderzoek voor stichting Sprank. Wij onderzoeken de ervaringen en de behoeften van de medewerkers van stichting Sprank met betrekking tot de samenwerking met de omgeving van de cliënt. Omdat jullie in deze tijd van bezuinigingen worden gedwongen anders te werken, willen wij onderzoeken waar de behoeften liggen. Op basis van die behoeften en op basis van onze literatuurstudie kunnen wij aanbevelingen doen zodat jullie de kwaliteit van zorg kunnen blijven waarborgen.

Om jullie ervaringen en behoeften in kaart te brengen hebben wij een vragenlijst opgesteld. Wij zullen het waarderen als jullie deze vragenlijst voor ons willen invullen. Wij denken dat de uitkomst van ons onderzoek van groot belang is voor de cliënt en voor de medewerkers van stichting Sprank. De gegevens worden anoniem verwerkt en indien u interesse heeft in de uitkomst van het onderzoek, kunt u dat aangeven aan het eind van de vragenlijst.
We willen u vragen deze vragenlijst voor 30 maart 2012 in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 minuten duren.

Alvast bedankt!

Manon,

Geraldi,

Jennieke en

Anne-Wil

Begripsafbakening
WMO: Sinds 1 januari 2007 is er een nieuwe wet; de Wet maatschappelijke
 ondersteuning (WMO). Het maatschappelijke doel van de WMO is
 ‘meedoen’. De wet moet er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk
 zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al
 of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge
 betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit
 de gemeente. De gemeente ondersteunt bijvoorbeeld vrijwilligers en
 mantelzorgers. De WMO regelt ook de hulp bij het huishouden en zorgt voor
 goede informatie over de hulp en informatie die mensen kunnen krijgen.

Formele zorg: Zorg verleent door beroepsmatige zorgverleners.

Informele zorg: Hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven. Het gaat om steun aan
 iemand uit het sociale netwerk die vanwege een bijzondere hulpbehoefte (als
 gevolg van ziekte of handicap) bepaalde activiteiten niet kan uitvoeren.

Cliëntsysteem: Alle betrokkenen in de omgeving van de cliënt, zoals familie(ouders, broers, zussen, ooms, tantes etc.), contacten van de kerk, buren, vrienden

of vrijwilligers

Cliënt: Bewoner van één van de woonlocaties van stichting Sprank

Begeleider: Begeleiders van stichting Sprank, werkzaam op een woonlocatie

Competentie: Een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes

**Vragenlijst**

Algemene informatie
Locatie:

Functie:

Geslacht:

Leeftijd:

De verschuiving van formele zorg naar informele zorg

**1. Door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, vindt er een verschuiving plaats van formele zorg naar informele zorg, waardoor het cliëntsysteem steeds meer betrokken moet worden bij de zorg aan de cliënt. Hoe ervaart u deze verschuiving in de begeleiding van de cliënten?**
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

De huidige samenwerking tussen begeleiders en het cliëntsysteem

**2. Bent u gemotiveerd om het cliëntsysteem te betrekken bij de zorg aan de cliënt?**
O Ja
O Nee
Graag uw antwoord toelichten:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Hoe is het cliëntsysteem momenteel betrokken bij de zorg aan de cliënt bij de volgende werkzaamheden?**
A) ADL (Algemeen dagelijkse levensverrichtingen)
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B) Koken, koffie drinken of activiteiten op de woonlocatie
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
C) Bezoek aan medisch specialisten
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
D) Opstellen van begeleidingsplan
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
E) Evalueren van begeleidingsplan
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
F) Ontspannende activiteiten
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
G) Kerkelijke activiteiten
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

H) Vergroten/versterken van het cliëntsysteem
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

I) Bij welke andere activiteiten en/of werkzaamheden wordt het cliëntsysteem betrokken bij de zorg aan de cliënt?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

J) Hoe wordt het cliëntsysteem daarbij ingezet? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**4. A) Bij welke andere activiteiten en/ of werkzaamheden wordt het cliëntsysteem betrokken bij de zorg aan de cliënt?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**B) Hoe wordt het cliëntsysteem daarbij ingezet?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Deze vraag gaat over wie de verantwoordelijkheid heeft om samenwerking tot stand te brengen tussen het cliëntsysteem en de begeleider.**A) **Wie is verantwoordelijk om samenwerking aan te gaan met familie van de cliënt?**O Management
O Begeleider

O Persoonlijk begeleider
O Familie

O Anders, namelijk ………………

B) **Wie is verantwoordelijk om samenwerking aan te gaan met contacten van de kerk?**O Management
O Begeleider

O Persoonlijk begeleider
O Contacten van de kerk

O Anders, namelijk ………………

C) **Wie is verantwoordelijk om samenwerking aan te gaan met buren van de cliënt?**O Management
O Begeleider

O Persoonlijk begeleider
O Buren

O Anders, namelijk ………………

D) **Wie is verantwoordelijk om samenwerking aan te gaan met vrienden van de cliënt?**O Management
O Begeleider

O Persoonlijk begeleider
O Vrienden

O Anders, namelijk ………………

E) **Wie is verantwoordelijk om samenwerking aan te gaan met vrijwilligers?**
O Management
O Begeleider

O Persoonlijk begeleider
O Vrijwilligers

O Anders, namelijk ………………

**6. Op welke manier nemen onderstaande partijen initiatief om samenwerking aan te gaan met het cliëntsysteem?**

A)Management

…………………………….

B)Begeleider

……………………………..

C)Persoonlijk begeleider

……………………………….

D) Familie

……………………………….

E) Contacten van de kerk

……………………………….

F) Buren

……………………………….

G)Vrienden

……………………………….

H) Vrijwilligers

……………………………….

**7. Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u het cliëntsysteem betrokken heeft bij de zorg aan de cliënt?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. Wanneer het cliëntsysteem betrokken wordt bij de zorg aan de cliënt, welk cijfer geeft u dan voor:**
A) de communicatie tussen u als begeleider en de familie van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
B) de communicatie tussen u als begeleider en contacten van de kerk

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

C) de communicatie tussen u als begeleider en buren van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D) de communicatie tussen u als begeleider en vrienden van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E) de communicatie tussen u als begeleider en vrijwilligers

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9. Wanneer het cliëntsysteem betrokken wordt bij de zorg aan de cliënt, welk cijfer geeft u dan voor:**
A) de samenwerking tussen u als begeleider en de familie van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
B) de samenwerking tussen u als begeleider en contacten van de kerk

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

C) de samenwerking tussen u als begeleider en buren van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D) de samenwerking tussen u als begeleider en vrienden van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
E) de samenwerking tussen u als begeleider en vrijwilligers

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

De behoeften van de begeleiders bij de samenwerking met het cliëntsysteem

**10. Welke activiteiten en/ of handelingen die u nu als begeleider zelf doet, zouden overgenomen kunnen worden door:**

A) Familie van de cliënt

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………B) Contacten van de kerk

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

C) Buren van de cliënt

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………D)Vrienden van de cliënt

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E)Vrijwilligers

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**11. Wat vindt u belangrijk in de samenwerking tussen begeleiders en het cliëntsysteem?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**12. Wat zou u willen verbeteren in de samenwerking zoals die nu verloopt tussen begeleiders en het cliëntsysteem?**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**13. Om deze punten te verbeteren, wat heeft u dan nodig van:**
A) Het management
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B) Uw collega’s

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………C) Familie van de cliënt

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………D) Contacten van de kerk

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

E) Buren van de cliënt

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

F) Vrienden van de cliënt

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

G) Vrijwilligers

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

H) Overig
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**14. Wat moet het management van Sprank bieden om de samenwerking tussen begeleiders en het cliëntsysteem te verbeteren?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

De kwaliteit van de zorg

**15. Welke positieve effecten heeft het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt op de kwaliteit van de zorg?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**16. Welke negatieve effecten heeft het betrekken van het cliëntsysteem bij de zorg aan de cliënt op de kwaliteit van de zorg?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**17. Als de zorg aan de cliënt meer geleverd gaat worden door het cliëntsysteem, welke risico’s zijn er dan voor de kwaliteit van de zorg?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**We danken u hartelijk voor het invullen van deze vragenlijst!**

**Heeft u interesse in de uitkomst van ons onderzoek, noteer hier dan uw e-mailadres.**

**Bijlage 2: Resultaten**

**Resultaten deelvraag 1**Hoe ervaren de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, de verschuiving van formele- naar informele zorg?

|  |
| --- |
| Ervaring verschuiving |
| Op dit moment merk ik daar nog niet veel van. |
| Bij informele zorg zijn de grenzen wel minder duidelijk. Ik kan soms moeilijk inschatten wat ik wel of niet kan vragen van ouders en verdere familie. |
| Hoe dit praktisch in te vullen, en of dat gaat lukken, dat weet ik niet. |
| Wisselend |
| Op zich een begrijpelijke verschuiving ware het niet dat dit ook een cultuuromslag met zich mee moet brengen. De verschuiving moet nu nogal rigoureus, maar de maatschappij is hier niet op ingesteld. Drukke levens, na jaren van aandacht voor individuele ontplooiing is dit een omslag waar de maatschappij niet klaar voor is. |
| Op zich vind ik het een positieve ontwikkeling om het netwerk van de cliënt intensiever te gebruiken |
| Aan de ene kant als goed, omdat m.n. de familie meer betrokken wordt aan de andere kant lastig, omdat cliënten hier onrustig door worden, bijv. doordat ze structuur missen. |
| Als begeleider moet je je meer op het systeem focussen, terwijl dat niet je insteek was.Ik ervaar op dit moment meer zo, dat dit nog niet direct met de invoering van WMO te maken heeft, maar meer omdat wij nu via een andere berekening met minder uren moeten doen en daarom meer hulp nodig hebben van familie, vrienden en vrijwilligers maar de plannen voor de toekomst zijn wel van dien aard, dat dit nog meer gaat worden gezien de WMO. |
| Aan de ene kant positief dat het cliëntsysteem meer betrokken is op het leven van onze bewoners. |
| Tot nu toe merken we daar nog niet echt veel van. |
| Nadeel is wel dat de reden hiervan de bezuinigingen zijn. |
| Je moet dan veel beroep doen op vrijwilligers. Tegenwoordig heeft iedereen het druk en wil zich minder binden, daardoor is deze verschuiving soms juist een probleem. De gedachte vind ik goed en mooi, maar praktisch is het niet altijd goed uitvoerbaar. |
| Er gaat erg veel tijd zitten in administratie/zorgplannen enz. enz. Maar ik denk niet dat het management daar iets in kan veranderen. Dat komt ook gewoon door wetgeving die steeds weer verandert. |
| Sociaal netwerk gaat komende jaren een cruciale rol spelen. |
| Daarnaast afzetten tegen de WMO, wordt 1 grote flop. |

|  |
| --- |
| Weinig tijd voor de cliënt |
| Ik merk wel dat wij steeds minder tijd hebben om ergens met een cliënt heen te gaan |
| Ook voor de leuke dingen is weinig tijd meer |
| we krijgen daardoor wat minder tijd voor mensen |
| Begeleiders hebben minder tijd voor de cliënt. |
| We ervaren dat we zelf aan bepaalde dingen niet toe komen. Met mooi weer even naar buiten bijv. Daar moeten we echt vrijwilligers voor inzetten.  |

|  |
| --- |
| Vanzelfsprekend om cliëntsysteem te betrekken |
| bewoners maken deel uit van hun familie, van een netwerk. Dat blijft zo, al wonen ze nu op een andere locatie. Het is logisch om familie erbij te betrekken. |
| Dat hoort bij het werk! Ik ondersteun ze in hun netwerk. Sterker nog het is 1 van de belangrijkste doelen.Het is natuurlijk, goed voor cliënt en goed voor de omgeving. |
| Het is voor ieder mens belangrijk om mensen om zich heen te hebben. Daarmee vergroot je de kwaliteit van leven. |
| Belangrijk dat het netwerk wordt ingeschakeld, dat is in principe ook wat je als 'normale' burger doet. |
| Eigen netwerk van de cliënt wordt betrokken, is voor iedereen goed en fijn! |
| Familie is en blijft belangrijk voor bewoners. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen, ook omdat ze vaak de bewoner door en door kennen. Familie is de constante factor, begeleiders zijn "maar passanten".  |

**3.2 Resultaten deelvraag 2**

Hoe verloopt momenteel de samenwerking tussen het cliëntsysteem en de professionals binnen stichting Sprank?

|  |
| --- |
| Wie is verantwoordelijk voor de zorg |
| In sommige gevallen kan een deel van de zorg goed overgenomen worden door het cliëntsysteem; maar in sommige gevallen is het fijn/beter als begeleiding dit zelf doet. |
| Als begeleider moet je je meer op het systeem focussen, terwijl dat niet je insteek was. |
| Er komt wel een bepaalde druk te liggen op de begeleiding hierdoor. Mensen in het netwerk van de cliënt hebben het over het algemeen ook druk. Hier moet een weg in gezocht worden. |
| Dus komt het vaak voor, dat wij als begeleiders mee moeten naar ziekenhuis of huisarts. We missen ook na een bezoek zonder een van onze begeleiders relevante informatie, of de aangegeven informatie wordt niet of niet goed doorgespeeld naar de arts. |
| Sommige dingen worden door familie of door vrijwilligers gedaan. Dat is altijd al zo geweest. Formeel worden er wel wat taken bij ons weggehaald. |
| Niet altijd is het mogelijk om die taken ook door familie of door vrijwilligers te kunnen laten doen. |
| De familie kiest er voor om de cliënt naar een instelling te verhuizen, dat is dan niet voor niets! er zijn al zoveel andere dingen waar de familie bij betrokken wordt. |
| Ik ben gemotiveerd maar heb ook mijn twijfels, er moet wel duidelijk onderscheid blijven tussen de taak van de begeleider en het cliëntsysteem. |
| Ik heb liever dat de zorg die bewoners nodig hebben komt vanuit de zorg zelf en niet vanuit het netwerk. Dat is mijn voorkeur. |
| In sommige gevallen lopen alle contacten en lijntjes via begeleiding. Sommige cliënten kunnen dit ook goed zelf onderhouden. |

|  |
| --- |
| Systeem woont ver weg |
| Systeem dat ver weg woont. |
| Ook zijn er cliënten die hun familie ver weg hebben wonen, waardoor deze niet veel praktische hulp kunnen bieden. |
| In Spakenburg is dat voor de bewoners van dit dorp nog vaak wel te doen, maar er zijn ook bewoners met familie ver weg. |
| Ja, dit doet familie of een buddy. Voor nog niet alle cliënten is dit geregeld, reden is dat familie ver weg woont. |
| Moeder is 80+ en op grote afstand. Broers druk en ver weg. |

|  |
| --- |
| Betrokkenheid cliëntsysteem |
| Een cliëntsysteem dat over- of onder bezorgd is. |
| Voor cliënten met goed netwerk mooi en ook natuurlijk, voor cliënten met een schraal sociaal netwerk betekend dit verarming van de noodzakelijke zorg. |
| Voor de cliënten is dit goed, betrokkenheid van netwerk om de cliënten heen is alleen maar positief. |
| Wanneer een cliënt een goed systeem om zich heen heeft, kan dit fijn zijn voor de cliënt. Maar een cliënt die weinig familie heeft of waarbij de familie niet betrokken is, is het erg jammer! |
| Moeder die regelmatig appartement komt schoonmaken; kleding kopen met cliënt. |
| Soms neemt een ouder een douchebeurt over of brengen ze bewoner naar bed als ze op bezoek zijn. |
| Een aantal moeders en oma's komen wel eens bakken of iets bijzonders koken. |
| Niet vrijwillig. Als wij iets regelen komen ze zeker. |
| Soms komt familie koffiedrinken |
| Weinig. Soms bij grotere activiteiten zoals een zaterdag helpen met de tuin. |
| Soms koffiedrinken, verder begeleiding en niet het cliëntsysteem. |
| Bij bezoek aan medisch specialist gaat de voorkeur uit naar ouders die meegaan, maar dat is niet bij iedereen mogelijk. |
| Bezoek aan medisch specialisten wordt vooral door familie, meestal ouders gedaan. |
| Bezoek aan medisch specialisten doen ouders zelf met hun kinderen, gebeurt niet in het logeerhuis.  |
| Vaak met familie, vrijwilliger of alleen naar medisch specialisten. |
| Ouders die mee gaan naar medisch specialisten. Soms ouders, soms begeleiders. |
| Bij de ene cliënt gaat de familie mee naar medisch specialisten, bij de andere cliënt niet, afhankelijk van hoeveel betrokkenheid en beschikbaarheid van familie. |
| Ouders gaan weinig mee naar medisch specialisten: alleen wanneer ouders zelf graag mee willen of wanneer er echt geen begeleider mee kan. |
| Soms gaat familie mee naar medisch specialisten, de praktijk is dat dit niet vaak kan.  |
| Ja, familie of een buddy gaat vaak mee naar een medisch specialist. Voor nog niet alle cliënten is dit geregeld, reden is dat familie ver weg woont.  |
| Zo mogelijk gaat iemand van familie of vrijwilliger mee naar de dokter etc.  |
| Veel ouders doen dit nog, mee naar medisch specialist. |
| Familie is betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan |
| In overleg met cliëntvertegenwoordigers, in de meeste gevallen zijn dit de ouders wordt begeleidingsplan opgesteld |
| Doet grotendeels de begeleider. Ouders hebben wel inbreng voor het begeleidingsplan. |
| Het opstellen van het begeleidingsplan gebeurd door persoonlijk begeleider, deels in overleg met familie. |
| Familie moet in sommige gevallen een handtekening zetten voor het begeleidingsplan en het wordt altijd met hun besproken. |
| Deels wordt familie betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan (levensgeschiedenis wordt geschreven door familie). |
| Alleen formeel wordt de familie betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan. |
| Ouders worden betrokken bij opstellen van doelen en ondersteuningspunten en zijn aanwezig bij de zorgplanbespreking. |
| Deels is de familie betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan, een vertrouwenspersoon neemt met cliënt een interview af en dit vormt de basis voor het plan, het plan zelf wordt door de begeleider geschreven. |
| Ouders worden niet betrokken bij het opstellen van het begeleidingsplan. Maar ze hebben wel hun inbreng tijdens de zorgplanbespreking. |
| De interviews voor het begeleidingsplan worden afgenomen door kennissen. Dit zijn mensen die geen familie zijn en ook niet verbonden aan Sprank. Het interview geeft aan wat cliënten zelf van hun situatie vinden en wat ze graag anders willen of nog willen leren. Dit wordt verwerkt in het begeleidingsplan. |
| Aan ouders / familie wordt gevraagd om het levensverhaal voor het begeleidingsplan op te stellen en iemand te benaderen om het interview af te nemen. |
| De familie is betrokken bij het evalueren van het begeleidingsplan |
| Met cliëntvertegenwoordigers (meestal ouders) wordt het begeleidingsplan geëvalueerd. |
| In overleg met ouders, of zij wel of niet betrokken willen zijn bij het evalueren van het begeleidingsplan. |
| De evaluatie van het begeleidingsplan gebeurt met persoonlijk begeleider en familie. |
| Ouders moeten in sommige gevallen een handtekening zetten en het word altijd met hun besproken tijdens de evaluatie van het begeleidingsplan. |
| Samen met cliëntsysteem wordt het begeleidingsplan geëvalueerd. |
| Ouders hebben inspraak en worden op de hoogte gehouden van het begeleidingsplan. |
| Het evalueren van het begeleidingsplan gebeurt samen met familie van cliënt. |
| Jaarlijks met de zorgplan bespreking wordt familie betrokken. |
| 1 x per jaar evalueert het systeem het begeleidingsplan. |
| Het evalueren van het begeleidingsplan wordt altijd met familie gedaan. |
| Het evalueren van het begeleidingsplan gebeurt met familie en vertrouwenspersoon van de cliënt. |
| Familie wordt redelijk betrokken bij het evalueren van het begeleidingsplan, eigenlijk net opgebouwd en binnenkort mogelijk niet meer nodig. |
| Begeleider en familie evalueren begeleidingsplan. |
| Bij sommige cliënten koopt de familie de kleding voor de cliënt. |
| Vaak met familie en vrijwilligers doen cliënten ontspannende activiteiten. |
| Wandelen, uit eten etc.  |
| Sommige ouders betrokken bij eigen kind; soms vrijwilligers; wandelen, fietsen naar zwembad; kerststukjes maken o.i.d. |
| Soms ontspanning met familie of vrijwilliger  |
| Soms. Familie gaat ook wel mee naar sportactiviteiten zoals fitness, zwemmen (eens per week). |
| Soms doet familie of vrijwilligers iets leuks met de cliënt, ligt heel erg aan hoe betrokken en actief familie is. |
| Familie en vrijwilligers zetten zich vooral in om cliënten ontspanning te bieden.  |
| 1 cliënt bij ons gaat heel af en toe met de ouders naar de kerk. |
| Voor ongeveer de helft van de bewoners geldt dat hun ouders hen meenemen naar de kerk. De andere helft gaat zelfstandig of met een vrijwilliger. Er zijn ook vrijwilligers betrokken bij aangepaste catechisatie.  |
| Vaak met familie en vrijwilligers gaan cliënten naar de kerk.  |
| Familie neemt de cliënt mee naar de kerk. |
| Vaak via de kerk (maatjes, vrijwilligers) en familie, ook door begeleiders wordt het systeem van de cliënt vergroot. |
| Persoonlijk begeleider samen met familie zorgt voor versterking van het cliëntsysteem. |
| Er zijn ouders betrokken bij het tuinonderhoud/praktische dingen/grote schoonmaak van appartementen/destijds voorbereiding van de officiële opening van Parel-Staete (oktober 2011). |
| - schoonmaken locatie.- schoonhouden appartement cliënt. |
| Financiën verzorgen van de cliënt. |
| Helpen bij verhuizingen.Klussen doen in en om huis. |
| Kleine karweitjes zoals gaten boren, snoeren van apparaten ordenen, tegelpad egaliseren. |
| Als er geen begeleiding is, is familie soms aanwezig. Boodschappen doen , mee naar de arts, bieb, zwembad, sport. |
| Vervoer naar Bijbelkring, meegaan naar fitness, zwemmen enz. |
| Sporten.  |
| Kleding kopen.Klusjes in huis.Tuin onderhoud. |
| a)1x per jaar een zorgplanbespreking.b)Onderhouden van familiecontacten. |
| Er zijn maar weinig cliënten die vrienden hebben. sommigen hebben een gastgezin. Dit is meestal door een persoonlijk begeleider georganiseerd. Deze maakt veelal ook de afspraken. |
| Het netwerk is erg klein. |
| Ziekenhuisbezoek, overleg met familie of zij een afspraak wilden maken en mee wilden gaan met de desbetreffende bewoner. |
| Praktisch: grote klussen in huis |
| Bezoek medisch, opknappen huis, ontspanning, Bijbelstudie, sociale contacten, onderling afspraak maken. |
| Moeder toonde daarna betrokkenheid door een paar maal langs te komen om de wond te verbinden. |
| Toen een bewoner ziek thuis bleef en er geen begeleider bij de cliënt kon blijven, is een ouder gekomen en heeft de zorg overgenomen op de locatie, soms gaan zieke cliënten naar huis, of ze worden thuis gehouden door de ouders. Ouders voelen zich wel heel sterk betrokken hierbij. |
| Dokter en ziekenhuis bezoeken.Meegaan naar activiteiten.Kleding kopen.Kamer zo nu en dan een grote schoonmaak beurt geven. |
| Een bewoner die op zoek is naar andere dagbesteding. Ouders gaan mee op oriëntatiebezoeken. |
| Er is weinig of geen familie die iets komt doen en er is weinig/geen communicatie over. |
| Over het algemeen hebben de meeste bewoners vooral te maken met familie en vrijwilligers. |
| "Het systeem" kan niet uit zichzelf samenwerken. Mensen wel, daar ontbreekt het nogal eens aan. |
| Er is niet voldoende bereidheid. |

|  |
| --- |
| Inzet vrijwilligers |
| Ook zijn er niet makkelijk vrijwilligers te vinden, die voor artsenbezoeken geschikt zijn. |
| Voor ontspanning kunnen we proberen vrijwilligers te vinden, maar die zijn er niet veel. |
| Je moet dan veel beroep doen op vrijwilligers. Tegenwoordig heeft iedereen het druk en wil zich minder binden. |
| Dan moet het door vrijwilligers gebeuren, nog naast alle begeleiders. Vrijwilligers zijn niet altijd te vinden. |
| Vrijwilligers inzetten is erg fijn. |
| We ervaren dat we zelf aan bepaalde dingen niet toe komen. Met mooi weer even naar buiten bijv. Daar moeten we echt vrijwilligers voor inzetten. |
| De verzorging wordt alleen door begeleiders gedaan, bij eten en drinken en andere lichtere werkzaamheden helpen nu en dan vrijwilligers. |
| Voor activiteiten op de woonlocatie zijn zo nu en dan vrijwilligers betrokken. |
| Cliënten koken soms met vrijwilliger of stagiaire. |
| Er is een vrijwilliger die af en toe iets met iemand bakt, er komen wat dames handwerken op de locatie en er zijn wat wandel en fiets vrijwilligers. |
| Niet koken of huishoudelijke taken, wel activiteiten zoals boodschappen of spelletjes doen. |
| 1x per week kookt een vrijwilliger voor de hele woning. Daarnaast verschillende vrijwilligers voor bak-activiteit in de zin van vrijetijdsbesteding. |
| Bezoek aan medisch specialisten gebeurd vaak met familie, vrijwilliger of alleen. |
| Zo mogelijk iemand van familie of vrijwilliger gaat mee naar de dokter etc. |
| Bij ontspannende activiteiten zijn zo nu en dan vrijwilligers betrokken. |
| Vaak met familie en vrijwilligers (ontspannende activiteiten). |
| Sommige ouders betrokken bij eigen kind; soms vrijwilligers; wandelen, fietsen naar zwembad; kerststukjes maken o.i.d. |
| Soms met familie of vrijwilliger ontspannende dingen doen. |
| We hebben veel vervoersvrijwilligers en ook een aantal clubs worden door vrijwilligers georganiseerd. |
| We zijn vrijwilligers aan het werven voor ontspannende activiteiten.Soms familie of vrijwilligers, ligt heel erg aan hoe betrokken en actief familie is. |
| Inzet door familie en vrijwilligers bij leuke activiteiten. |
| Voor ongeveer de helft van de bewoners geldt dat hun ouders hen meenemen naar de kerk. De andere helft gaat zelfstandig of met een vrijwilliger. Er zijn ook vrijwilligers betrokken bij aangepaste catechisatie. |
| Bij het naar de kerk gaan zijn nu en dan vrijwilligers bij betrokken. |
| Vaak met familie en vrijwilligers naar de kerk. |
| Veel vrijwilligers. Er is een groot kerkelijk systeem voor de bewoners. Ze worden betrokken op de wijze die bij ze past. |
| Bijbelstudie, bezoek wordt door vrijwilligers gedaan. |
| Maatjes in de kerk schrijven ondertussen de preek in begrijpelijke taal, zo nodig de begeleider; cliënten krijgen uitnodiging om mee te helpen op gemeentedag. Een cliënt is af en toe gastvrouw vóór de kerkdienst; paar cliënten doen mee in oppassen bij de crèche. |
| Sinds kort gaat een vrijwilliger met de bewoners naar de middagdienst, de ochtenddienst gaat onder begeleiding van een begeleider. |
| Er wordt regelmatig gebruik gemaakt van vrijwilligers m.b.t. de kerk. |
| Er zijn Bijbelstudieclubs waar onze cliënten naar toe kunnen als ze dat willen. 2 cliënten gaan naar de 55+ middagen. |
| We schakelen sinds 2 maanden vrijwilligers in om mee te gaan naar de kerk. |
| Begeleiding kerk: deels vrijwilligers, deel begeleiders. Juist sinds 2 maanden veel meer door vrijwilligers, eerst alleen door begeleiders. |
| Vrijwilligers gaan mee naar de kerk met cliënten. |
| Vaak via de kerk (maatjes, vrijwilligers) en familie, ook door begeleiders wordt het cliëntsysteem vergroot. |
| Het is altijd lastig vrijwilligers te vinden. We zijn hierin wel afhankelijk van collega's die in deze omgeving wonen en daardoor mensen kennen die er voor in aanmerking zouden kunnen komen. |
| Als ze in het logeerhuis zijn doen de begeleiders bijna alles, maar worden er vrijwilligers ingezet voor extra dingen zoals: mee op uitjes, spelletjes doen, mee naar de kerk, helpen met lichte huishoudelijke taken, enz. |
| Brengen naar sporten, bibliotheek,volksdansen, vereniging.Meegaan voor boodschappen met cliënten, mee naar kerk.Oppassers overdag als er bewoners vrij zijn en er geen leiding aanwezig is.Er is een tuinvrijwilliger.Een Aldi vrijwilliger.Een voorzitter voor bewoners/huiskameroverleg.Een concert vrijwilliger. |
| Naar de markt gaan/boodschappen, aanwezigheid van vrijwilligers wanneer de bewoners vrij zijn of iets dergelijks.  |
| Vrijwilligers moeten door begeleiding gevraagd worden, melden zichzelf meestal niet aan. |
| Contactpersoon vrijwilligers zorgt voor afspraken, jaarlijks een vrijwilligersbijeenkomst en regelmatig telefonisch contact. Jaarlijks evaluatie. |
| We gaan wel eens naar de kinderboerderij. De vrijwilliger die dan mee is neemt een paar logees in zijn auto. Eenmaal op de plaats van bestemming houdt de vrijwilliger een paar kinderen in het oog, loopt samen met hen over het terrein. |
| Ja, na het maken van een afspraak met huisarts heb ik vrijwilligers gebeld of die mee konden. |
| Op woensdag zijn er 4 bewoners thuis maar is er geen geld om begeleiding in te zetten, daarom komt er om 10 uur een vrijwilliger die met ze koffiedrinkt, een broodje eet, en aanwezig is en ze begeleidt. |
| Een bewoonster moet i.v.m. overgewicht gaan zwemmen. Hier is een vrijwilligster voor gevonden. |
| Dit regelt de coördinator, zij heeft schema gemaakt, wij zien de vrijwilligers als ze de cliënten voor kerktijd ophalen, maken dan een uiteraard een gezellig praatje en geven bijzonderheden door. |
| Daar word door ons voor gezorgd, hopelijk blijft de vrijwilliger ook een tijdje betrokken bij de cliënt, en niet zoveel wisseling. |
| Vrijwilligers zijn vaak in het begin enthousiast, maar vinden het vaak lastig om voor een langere tijd betrokken te zijn. |
| Er is een enkele vrijwilliger die 1-2x per jaar ingezet wordt. |
| Maar doordat we nu 2 vaste collega's hebben die contact met vrijwilligers doen gaat dit goed. |
| Inzicht in wat de vrijwilliger van het omgaan met de cliënt afweet. |

|  |
| --- |
| Gevoelens van weerstand om het cliëntsysteem te betrekken |
| Ouders betrekken bij de zorg lijkt me in het logeerhuis wel lastiger. Omdat ouders soms te betrokken zijn en dan zou ik mij als begeleider bekeken/ beoordeeld voelen als ik mijn werk doe. |
| Nadeel vind ik dat wij als 'professionals' meer papierwerk hebben, niet de reden waarom ik in de zorg werk. |
| Een beetje gemotiveerd. Teveel dossier voor één cliënt. Te veel uren gaan hieraan op. Mag en kan met minder toe. |
| Vaak ook niet handig vanwege eisen aan rapportage en overdracht. |
| Dit kan ook het effect hebben dat familie uit zorg teveel wil gaan bepalen w.b. de zorg en begeleiding voor een bewoner. Dat is soms best lastig, om dan je grenzen aan te geven. |
| Als ouders meer betrokken worden, kan het zijn dat de begeleider zich bij zijn werk bekeken, of bekritiseerd voelt en dus minder relaxt zijn werk doet. |
| Soms lijkt het dat je het sneller en effectiever het zelf kunt doen. |
| Betutteling. |
| Te veel administratie. Extra tijd die hiervoor nodig is, komt niet uit budget. Dus vrijwilligerswerk door de begeleider. Niet erg, hoort normaal te zijn. |
| Soms heeft familie te hoge of andere verwachtingen. Soms krijgt personeel geen vertrouwen van familie. |
| We zijn erg afhankelijk van de goed wil van derden. De kwaliteit van de zorg voor de cliënten is zo wel heel kwetsbaar. Dit is mijn zorg en ook frustratie! Fijn om veel mensen in te schakelen, alles ten goede van de cliënt, maar de reden van de bezuinigingen vind ik wel erg. |

|  |
| --- |
| Motivatie om het cliëntsysteem te betrekken |
| Ik vind het belangrijk dat ze er bij betrokken zijn en blijven, ook om cliënten een redelijk netwerk te bieden. |
| Hun kennen de cliënt toch het langst. En het is goed om hun erbij betrokken te houden, omdat hun het systeem om de cliënt zijn. |
| Cliëntsysteem is het meest vertrouwd voor cliënt en in die zin ook stabieler en minder verloop. |
| Ik vind het wel blikverruimend voor de cliënt, dat hij (meer) omgang heeft met mensen van buiten de woonvorm. |
| Het systeem krijgt meer gelegenheid zich in de leefwereld van zijn familielid te verdiepen/mee te leven. |
| Het is goed als onze bewoners niet professionele contacten hebben. |
| Meer betrokkenheid van familie rondom de zorg van de cliënt. |
| We moeten wel om het welbevinden van de bewoner zo goed mogelijk vorm te geven. |
| Is er nu zo weinig, dat alles een verbetering is. |
| Cliënten krijgen meer mogelijkheden om leuke dingen te doen. |
| Minder kans op sociaal isolement.Professionele zorg kan tegenwoordig vaak alleen voorzien in de basisbehoeften, het systeem is aanvullend nodig. |
| Cliënt voelt zich geaccepteerd ook buiten de woonvorm en daardoor zekerder en waardevoller. |
| Meer betrokkenheid, tijdswinst voor begeleiders. |
| Meer tijd en aandacht voor de cliënt in deze tijd van bezuinigingen |
| Initiatief management samenwerking cliëntsysteem |
| Bij aanmelding, officiële documenten e.d. |
| Vanuit het management wordt er gestimuleerd om het cliëntsysteem, met name de ouders/ verwanten, te betrekken bij de zorg. |
| Vaak 1e contact bij 'binnenkomst' Sprank. |
| Instellen van een vrijwilligerscoördinator. |
| Gesprekken met de familie over waar de familie zijn steentje kan/blijft bijdragen. |
| Weinig, wel op bestuurlijk niveau, maar je moet het toch hebben van persoonlijke contactenniet (1x per jaar verwanten avond). |
| Via de vrijwilligercoördinator. |
| 1x per jaar een dag voor familie. |
| Zeer indirect via coördinerend begeleider. |
| Brief richting verwanten dat hulp van netwerk meer nodig is. |
| Formele bijeenkomsten. |

|  |
| --- |
| Initiatief begeleider samenwerking cliëntsysteem |
| Zo mogelijk even een praatje aanknopen als er familie van bewoners binnenkomt op Parel-Staete. Openstaan voor overleg, ook over praktische dingen. |
| Alle begeleiders werken met vrijwilligers samen, één van hen is het aanspreekpunt voor de vrijwilligers, over het algemeen is dat de CB'er. Verder krijgen alle begeleiders te maken met de ouders. Bij belangrijke vragen wordt doorverwezen naar de CB'er of de P'B'er. |
| Regelmatig, contacten leggen en afspraken maken. |
| Bij bijzonderheden telefonisch of mailcontact. En als je elkaar tegenkomt in de woning. |
| Goed contact onderhouden met cliëntsysteem waar nodig. |
| Ideeën aandrager. |
| Coördineren |
| Contacten leggen |
| Stukje(met vraag) in het kerkblad; bellen en afspraak maken. |
| Door te vragen, te informeren. |
| Neemt initiatief d.m.v. telefoon, gesprekken. |
| Onderhoudt alle contacten die nodig zijn voor het dagelijks leven. |
| Iedereen die de kans ziet om iemand te vragen, moet dit m.i. doen. |
| 2 begeleiders houden samen de contacten met de vrijwilligers, bevragen ze of alles goed loopt, organiseren 1x per jaar iets leuks en regelen praktische zaken als kilometervergoedingen enz. |
| We werven allen, kijken rond in onze omgeving en doen oproepen in krant/kerk/kabel. |
| Via coördinerend begeleider voor ambulante werkers in de regio. |
| Vrijwilligers zoeken, hulp inschakelen bij doktersbezoek of activiteiten o.i.d. |
| Bellen, gesprekken voeren. |
| Hoe begeleiding te doen. Bijv. bij iemand met autisme, waar heeft diegene behoefte aan. Hoe is die dingen gewend. |
| Cliënt met regelmatig doktersbezoek. Vraag aan cliëntsysteem wat ze kunnen betekenen.Cliënt met weinig sociale contacten. Cliëntsysteem vragen om bezoekrooster. |
| Cliënt ging intern verhuizen, voor het schilderen en sjouwen hebben we mensen uit de kerk gevraagd. |
| Met moeder telefonisch overlegd over wond aan been van cliënt. |
| Om mee te kunnen gaan naar de avondmaalsviering in onze kerk lukt het de begeleiding niet meer om de hele groep cliënten mee te nemen. Ze worden allemaal wat ouder, lopen niet zo gemakkelijk en hebben wat meer hulp nodig. Ik heb iemand uit de kerkelijke gemeente gevraagd of ze de dames met wie ze 1x per week gaat wandelen ook mee wil nemen naar de kerk als het avondmaal gevierd wordt. Deze vrouw wilde dit wel en zo is het toch mogelijk dat iedereen mee kan. |
| Zorgplan bespreking.Overleg met dagbesteding en familie. |
| Buddy gezocht voor de bewoner om mee te gaan naar huisarts enz. |
| Een bewoner gevallen en moet naar de dokter. Ouders gebeld en zij waren bereid om mee te gaan naar de dokter. |
| We spreken de buren niet zoveel. Wel een keer een kennismakingsactiviteit gehouden voor de buren wat een paar vrijwilligers opleverde. |
| Contacten verlopen via contactpersoon vrijwilligers. |

|  |
| --- |
| Initiatief persoonlijk begeleider samenwerking cliëntsysteem |
| Kennismakingsgesprek, en van daaruit opstelling en evaluatie van zorgplan. |
| Heeft contact met de ouders, familie. |
| Veel: contacten leggen en afspraken maken. |
| Op afspraak contact, zo nodig vaker  |
| Analyseren en eventueel vergroten van cliëntsysteem in samenwerking met familie. |
| Ideeën uitvoerder. |
| Coördineren |
| Contacten leggen bruggen bouwen. |
| Contact opnemen via telefoon of mail; aanspreken bij zorgplanbespreking. |
| Door contacten te leggen, vragen, informeren. |
| Is eindverantwoordelijk. |
| Onderhoudt mede alle contact en uit het netwerk(familie, werk). |
| Is de spil van het netwerk van de cliënt, spreekt veel familie enz. |
| Regelt alle persoonlijke contacten die een cliënt heeft. |
| Die regelt een buddy voor cliënt voor dokter en ziekenhuisbezoeken. |
| Spil in het systeem. Maakt alle dossiers en doet de begeleiding. |
| Vrijwilligers zoeken, hulp inschakelen bij doktersbezoek of activiteiten o.i.d. |
| Bellen, mailen gesprekken. |
| Ik probeer zo snel mogelijk antwoord te geven op mails, en ik bel bij bijzonderheden. Verder zorg ik dat zo nodig de documenten over het zorgplan op tijd naar vertegenwoordigers wordt gemaild voor overleg. |
| Hiervoor geldt dat ik probeer om even een praatje te maken als er vrijwilligers zijn, maar daar kom ik lang niet altijd aan toe. Wel is het zo dat ik contact met hen opneem bij bijzonderheden over één van de bewoners voor wie ik verantwoordelijk ben. |

|  |
| --- |
| Initiatief familie samenwerking cliëntsysteem |
| Via mail, telefoon. |
| Regelt de contacten met buren/ familie/ etc. in de thuisomgeving van de logee. Dat staat los van het logeerhuis. |
| Veel: contact zoeken. |
| Actief bezoekroosters maken en meezoeken bij het vergroten van cliëntsysteem. |
| Ideeën aandrager. |
| Bieden zich soms aan, of worden gevraagd door ons. |
| Helpt wel meedenken. |
| Onderhoudt contacten met de familie verjaardagen, bezoekjes etc. |
| Artsenbezoek, 1 familie maakt eens per jaar de slaapkamer schoon en ruimt de kast op. |
| Houdt contact met de persoonlijk begeleider over het wel en wee van de cliënt. |
| Kijken ook rond hoop ik... dit verschilt per persoon... |
| Zeer indirect en incidenteel (eenmalig m.b.t. geschiedenis beschrijving). |
| Als ze in de buurt wonen gaan ze vaker mee naar activiteiten of medisch bezoek. |
| Bellen, mailen, gesprekken. |

|  |
| --- |
| Initiatief contacten van de kerk samenwerking cliëntsysteem |
| Regelmatig: contact zoeken. |
| Bij het tegen komen waar dan ook. |
| Zoeken naar vrijwilligers voor verschillende activiteiten. |
| Pastoraal medewerker, maatjes. |
| Werven coördineren. |
| Zoeken soms contact. |
| Telefonisch/mail contact of aanspreken na de kerkdienst. |
| Komen zelf op bezoek en bieden soms aan om iets te betekenen voor de groep. |
| Helpen ook meedenken. |
| Predikant, diaken en ouderlingen komen regelmatig langs. |
| Regelen kerkvervoer/spelavonden/ vrijwilligers die bij de cliënten zitten tijdens de kerkdienst, etc. |
| Dominee, ouderling en diaken komen af en toe op bezoek, meest alleen met verjaardagen en op huisbezoek. |
| Via kerkblad/beamer. |

|  |
| --- |
| Initiatief buren samenwerking cliëntsysteem |
| Regelmatig: contact zoeken. |
| Bij het tegen komen waar dan ook. |
| Na een praatje met cliënt of begeleider. |
| Maken een praatje. |
| Persoonlijk contact. |

|  |
| --- |
| Initiatief vrienden samenwerking cliëntsysteem |
| Door op bezoek te komen. |
| Regelmatig: contact zoeken. |
| Bij het tegen komen waar dan ook. Cliënt stimuleren contact te leggen. |
| Reageren op hulpvraag rechtstreeks van cliënt of begeleiders. |
| Komen op bezoek en halen ze soms op, en zijn bereid om wat te betekenen voor de cliënt. |
| Ondernemen wel actie. |
| Komen op bezoek. |
| Niet echt aan orde, maar eventueel ook meegaan naar activiteiten als dit op hun niveau goed mogelijk is. |
| Ontmoetingen op locatie. |

|  |
| --- |
| Initiatief vrijwilligers samenwerking cliëntsysteem |
| Regelmatig: contact zoeken. |
| Bij het tegen komen waar dan ook. |
| Op basis van gemaakte afspraken. |
| Langskomen |
| Vallen meest (allemaal zelfs) onder contacten kerk. |
| Na info met duidelijke vraag om hulp. |
| Melden zich aan of zijn gevraagd en zetten zich in en worden door team op de hoogte gehouden. |
| Hebben vaste activiteiten met de bewoners. |
| Helpen mee met het d.a.c. en er komt iemand voor een cliënt om voor te lezen. |
| Veel vrijwilligers nemen zelf het initiatief tot een bepaalde activiteit. Het gebeurd ook vaak dat de begeleiders hen een vraag stellen. |
| Mond op mond worden er wel eens mensen via via binnen gehaald. |
| Mee doen met activiteiten, kwaliteiten inzetten. |

|  |
| --- |
| Ervaring communicatie en samenwerking met familie van cliënt |
| Over het algemeen is het overleg heel positief. |
| Gaat vaak prima, vaak alleen bij bijzonderheden. |
| Kan altijd beter. |
| Proberen veel energie te steken in deze contacten. Familie kent cliënt doorgaans het beste. |
| Verloopt vaak stroef, familie heeft vaak eigen, afwijkende ideeën over invulling van de zorg. |
| Familie is niet altijd goed in communiceren, de verantwoordelijkheid ligt bij de begeleider. |
| Er is prima samenwerking waar nodig en goede communicatie. |
| Dat gaat goed, als er van beide kanten een positieve houding is, gericht op het welzijn van de cliënt, dan is dat een goed uitgangspunt. |
| Vooral de relatie naar ouders- cliënt is hierin sterk. |
| De drempel is laag van beide kanten om contact te zoeken als dat nodig is. |
| Meestal moet de begeleider zorgen dat er een goede communicatie is. Familie is over het algemeen wel betrokken. |
| Je moet het treffen met betrokken familieleden, dit is per bewoner heel verschillend!! Daarom op een 6 gaan zitten, sommigen familie is heel betrokken, anderen veel minder, als begeleider ben je dan afhankelijk van derden om de zorg goed te regelen zoals dokter/ziekenhuis bezoeken. |
| Moeder is 80+ en op grote afstand. Broers druk en ver weg. Op zich niet erg: de familie heeft bewust de begeleiding uit handen gegeven. Is ook niet op de hoogte van het bestaan of inhoud van het zorgdossier. Wel contact over deel onderwerpen voornamelijk praktische zaken. |
| Zeker sinds er mail is dan verloopt dat regelmatig en prima. |
| Dit is wel erg verschillend per familie. Sommige families geven alles nauwgezet door, andere families melden niets uit zichzelf en moet je steeds vragen hoe het gegaan is.Over het algemeen gaat dit goed, ik probeer de drempel zo laag mogelijk te houden, en ik probeer ook zo duidelijk mogelijk te zijn. |
| Goed. We overleggen veel. Ouders regelen de medicatie en geven het mee aan de logee. Sommige logees krijgen veel lichamelijke verzorging en dan doen ouders wel eens voor aan ons hoe ze dat aanpakken. |
| Vaak staat familie open voor samenwerking, gaat ook vaak goed. |
| De wil is er meestal duidelijk. |
| Met name met de familie is goede samenwerking. |
| Is voldoende, denk ik. |
| Goede contacten, goede samenwerking. |
| Prima |
| Er is dermate weinig samenwerking, dat ik hier geen hoog cijfer voor kan geven. |
| Sommigen familie zie ik nooit, en andere weer vaak, dit is dus heel verschillend, als ik ze zie of bel probeer ik zo correct mogelijk te zijn. En als er problemen of onduidelijkheden zijn dan schakel ik de persoonlijk begeleider in. Komt bijna niet voor. Proberen zelf alles op te lossen in je eigen dienst. |
| Door regelmatig contact prima. |
| Wisselend per familie. |
| Loopt eigenlijk goed. |
| Gaat goed. |
| Incidenteel contact, loopt voldoende. |

|  |
| --- |
| Ervaring communicatie en samenwerking met contacten van de kerk |
| Ik kom er amper aan toe, uit tijdgebrek. |
| Gaat ook goed, al zijn niet altijd de namen en gegevens bij iedereen bekend. |
| Is niet zoveel bij mij. Kan echt beter. |
| Contacten van de kerk zijn de grootste groep als het gaat om het cliëntsysteem en nemen een zeer belangrijke rol in. Dat beseffen we ook. |
| Verschilt sterk per kerk. |
| De contacten die er zijn verlopen prima. |
| Ik ervaar dat ook als positief, er komen diakenen op bezoek, ook de dominee, er worden zelfs speciale diensten voor de bewoners georganiseerd en we hebben intussen een aantal positieve vrijwilligers. |
| Een klein aantal kerkmensen doen veel voor bewoners. |
| Ook hier is regelmatig contact mee om zaken kort te sluiten. |
| Er zijn duidelijke afspraken gemaakt en daar houdt men zich ook aan. |
| Er is weinig contact. |
| Niet nodig. Cliënt ontvangt zelf huisbezoek, gaat 2x per zondag zelfstandig naar de kerk en naar de Bijbelstudie. |
| Zelf niet echt contact, andere collega's wel en dat gaat goed. |
| Als eenmaal helder is wie de contactpersonen zijn, gaat dit over het algemeen wel goed. |
| Niet geschikt voor onze doelgroep. |
| Contact bij begin, en bij bijzonderheden over een bewoner. |
| Prima, als er iets is kan ik op ze rekenen. |
| Deel van de kerk laat het totaal afweten, ander deel is behoorlijk actief. |
| Prima samenwerking. |
| Voldoende, het initiatief ligt vaak meer bij de kant van het team. Maar als er dan afspraken zijn, dan loopt het wel goed. |
| Goede samenwerking met mensen die willen. |
| Prima, korte lijntjes. |
| De duidelijke afspraken worden goed nagekomen. |
| Loopt goed, we doen dit net bijna 2 maanden. |
| Gaat goed. Belangrijk om contactpersonen te hebben/kennen. |
| Gaat goed. |

|  |
| --- |
| Ervaring communicatie en samenwerking met buren van cliënt |
| Wij hebben weinig contact met buren, zelf doe ik hier niets mee. |
| Is niet zoveel bij mij. Kan echt beter. |
| Wordt vrijwel geen tijd ingestoken. Wel gaan we naar buurtfeesten, maar daar blijft het bij. |
| Sommige buren doen welwillend, maar kun je niets mee; met andere buren zijn goede contacten. |
| Er is niet veel contact met de buren, ze accepteren het GVT maar komen iet echt op bezoek, meer een praatje op straat. |
| Het contact is wel goed, even een praatje over en weer, verder niet tot weinig contact. |
| Is nog niet van toepassing. |
| Er is geen contact met de buren. |
| Niet veel contact met de buren maar als er wat is, dan kunnen we aanbellen. |
| Cliënt onderhoudt zelf prima contact met de buren. Ik blijf indirect op de hoogte. |
| Dit is nog niet echt aan de orde, dit gebeurt soms door bewoner zelf, dat is dan ook prima. |
| Komt eerlijk gezegd niet voor. |
| Heb ik eigenlijk geen contact mee. |
| Nauwelijks contact, buren hebben geen behoefte. |
| Weinig samenwerking. |
| Is voldoende. |
| Er is weinig tot geen samenwerking hierin. |
| Is niet zo aan de orde. |
| Lieve buren die wel eens een pakketje aannemen of praatje maken maar verder geen actieve rol innemen. |
| Zie ik geen mogelijkheden in. |
| Weinig te verwachten. |
| Gaat goed. |
| Niet strikt noodzakelijk. |

|  |
| --- |
| Ervaring communicatie en samenwerking met vrienden van de cliënt |
| Sporadisch contact met vrienden. Maar goede communicatie. |
| Positief, je ziet dat vrienden bewust kiezen voor de cliënt. |
| Goed contact wanneer nodig. |
| Als het nodig is dan is er een goed contact. Gebeurd niet zo heel vaak. |
| Is er eigenlijk niet. Bewoners onderhouden dit voornamelijk zelf. |
| Niet echt aan orde, collega soms wel en gaat goed, maar voor mijzelf dus niet. |
| Goede buren zijn vrijwilligers geworden, anderen spreken we niet. |
| Komt eerlijk gezegd niet voor. |
| Heb ik eigenlijk geen contact mee. |
| Vrienden zijn meestal op afstand, beteken in praktisch contact niet veel, althans niet waar de begeleiding mee te maken heeft. |
| Is goed als vrienden komen logeren of dagje langs komen.  |
| Goede samenwerking, vaak op verzoek. |
| Als het nodig is dan werken we samen. |
| Niet echt aan orde. |
| Onderhoud cliënt zelf. |
| Zie ik geen mogelijkheden in. |
| Gaat goed. |
| Is eigenlijk niet veel contact. Meestal gaat dit via cliënt zelf of familie. |

|  |
| --- |
| Ervaring communicatie en samenwerking met vrijwilligers |
| Over het algemeen positief.Het blijft wel eens lastig dat vrijwilligers zomaar afzeggen. Of de communicatie loopt via te veel begeleiders waardoor er misverstanden kunnen ontstaan. |
| Gaat goed, iedereen zoekt het contact en ze zijn toegankelijk. |
| Af en toe contact, weinig communicatie, wel goed. |
| Ik twijfel tussen een 7 en een 8, omdat we vrijwilligers hebben die heel positief zijn, en zich voor 100% inzetten maar ook een paar die altijd vinden dat we te weinig aan ze vertellen. |
| Goed contact wanneer nodig. |
| Prima! Per telefoon of mail en anders in een gesprekje. |
| Er is een goede communicatie, veel overleg. |
| Verloopt meestal goed. |
| Als je een vrijwilliger tegenkomt dan is de communicatie goed! Belangrijk is dat ze zich gewaardeerd voelen, dit uitspreken. We zijn best afhankelijk van ze!! |
| Blijft wel belangrijk om secuur te blijven. |
| Contact bij bijzonderheden. |
| Positief |
| De meeste vrijwilligers komen al langere tijd en pakken uit zichzelf veel op. We kunnen bepaalde taken met gerust hart aan hen over laten. |
| Prima, als er iets is kan ik op ze rekenen. |
| Is goed. |
| Hier kies ik toch voor een 8, omdat de bereidwilligheid bij de meesten erg groot is. |
| Goede samenwerking. |
| Goed. Er zijn regelmatig contactmomenten waren in afspraken worden gemaakt over wie wat doet. |
| De afspraken die er zijn gemaakt lopen goed, ook is er redelijk goede communicatie over wie wat gaat doen ten behoeve van de cliënt. |
| Dit loopt goed, duidelijke afspraken zijn gemaakt, ik weet wie ik kan inschakelen voor bepaalde activiteiten. Er zijn momenteel veel nieuwe mensen bijgekomen, ik laat dit over aan de coördinator hoe zij dit verder communiceert met alle vrijwilligers. Als ik iemand tegenkom dan bedank ik altijd... Vind dit wel belangrijk. |
| Prima contact, vrijwilligers nemen over het algemeen dit allemaal goed op. |
| Gaat goed. |
| Doen al enorm hun best, maar ze moeten echt gewaardeerd worden, en jammer dat de leeftijd van de vrijwilligers erg hoog ligt, de jongere mensen hebben weinig tijd. |
| Incidenteel, wel goed. |

|  |
| --- |
| Klein sociaal netwerk |
| Verder hebben we te maken met oudere cliënten die nauwelijks familie hebben en waarvan de familie ook oud is. Sociale netwerken bestaan vaak nauwelijks voor mensen die in een woonvoorziening wonen. |
| Cliënten hebben vaak weinig vrienden of kunnen zelf contacten onderhouden. |
| Vaak verloopt dit via cliënt zelf en zijn vrienden ook regelmatig cliënt op een andere locatie. |
| Er zijn geen vrienden, dus geen communicatie. |
| Als er vrienden zijn ..... |
| Vrienden hebben onze cliënten bijna niet, meer collega's van hun werk en ze zien elkaar als vrienden. |
| Een vaste vriendin is belangrijk voor cliënt. Ik heb enkele keren per jaar contact/ afstemming. Daarnaast indien nodig, direct contact. |
| Maar voor andere bewoners moet er nog wel een netwerk opgestart worden. |
| Sommigen bewoners hebben een beperkt systeem om op terug te vallen. Niet iedereen wil/kan de zorg bieden die nodig is. |

**Resultaten deelvraag 4**Wat zijn de behoeften van de professionals, werkzaam binnen stichting Sprank, ten aanzien van (het verbeteren van) de samenwerking met het cliëntsysteem?

|  |
| --- |
| Behoeften begeleiders in samenwerking met het cliëntsysteem |
| De samenwerking met naaste familie, belangrijk. Gewoon het contact alleen. |
| Duidelijkheid! En ik probeer me te houden aan de methodiek van Chiel Egbers (Ouders op hun plek): "Doe wat je belooft, liefst iets meer, liefst iets eerder." |
| Goede communicatie -> duidelijke afspraken en doen wat je beloofd. |
| Met name goede afspraken over de taakverdeling. Bijvoorbeeld wat mag een vrijwilliger wel en niet doen. |
| Dat de communicatie goed is en de lijnen duidelijk zijn: wie doet wat. |
| Dat er een open verhouding is waarin alles bespreekbaar is. |
| Goede communicatie. |
| De zorgverlener stelt het zorgplan op waaruit gewerkt wordt, cliëntsysteem vult aan, maar werkt volgens het zorgplan t.b.v. cliënt. |
| Allemaal hetzelfde doel hebben. |
| De communicatie, duidelijkheid in verwachtingen, op een lijn zitten in omgangsvorm naar de cliënt toe. |
| Openheid en respect. |
| Dat er wederzijds vertrouwen is, en goede afspraken en dat ze duidelijk weten wat de taak van de begeleiding is, en hun inzet daarop afstemmen. |
| Communicatie, wie doet wat. |
| Laagdrempelig contact en duidelijke afspraken. Zo nodig ook "bijscholing"of andere kennisoverdracht voor het cliëntsysteem om beter de bewoner te begrijpen. |
| Dat er goed wordt afgestemd over de handelingen en dat men afspraken na komt, van beide zijden. |
| Het welbevinden van wederzijdse partijen. |
| Goede communicatie, warme betrokkenheid rondom cliënt. Altijd kunnen terugvallen op netwerk van de cliënt. |
| Systeem moet meerwaarde voor cliënt hebben. Niet alleen voor de financieerders c.q. overheid. |
| Veel en open contact. |
| Openheid en respect naar elkaar en naar de bewoners. |
| Ik zou er graag meer tijd voor hebben. Soms duurt het (te) lang voordat ik tijd heb om bijvoorbeeld antwoord te geven op mail. Er blijft weinig tijd meer over om gewoon eens tussendoor te informeren over hoe ze vinden dat het gaat met hun zoon/dochter/broer/zus. |
| De communicatie kan wel wat worden verbeterd. |
| Duidelijke lijnen: wie doet wat. |
| Vaker contact. |
| Methodische aanpak met een analyse van het cliëntsysteem op dit moment en op basis hiervan een plan van aanpak. |
| Dat het cliëntsysteem meer hun eigen visie op de zorg loslaat, maar werkt volgens het zorgplan. |
| Meer regelmaat. |
| Communicatie tussen ouders en begeleiders kan altijd beter, toch vaak verschillen in inzichten bij bepaalde cliënten. |
| Begeleiders kunnen meer geschoold worden in het omgaan met oudercontacten. |
| Ik zou duidelijk (omschreven) willen hebben wat de vrijwilliger moet weten om goed ( op zijn niveau) en veilig (wat kan hij wel/niet)met de cliënt om te gaan. |
| Nog meer begrip dat wij soms tijd te kort komen voor extra zaken, of individuele aandacht voor de cliënt. |
| Weinig te verbeteren, er zit op deze woning nog geen druk op de uren. Als dat komt, dan meer samenwerken met ouders, familie. |
| Meer tijd kunnen nemen om ook als begeleider te investeren in cliëntcontacten. |
| Bij sommigen zou ik meer openheid wensen. |

|  |
| --- |
| Activiteiten die overgenomen kunnen worden door familie van de cliënt |
| Vergroten/versterken cliëntsysteem. |
| Bij toerbeurt een keer mee op een uitstapje. Zodat er geen extra personeel ingezet hoeft te worden als er niet voldoende vrijwilligers zijn. |
| Veel regelzaken, zoals sport, taxi, financiën. |
| SOMMIGE bezoeken aan huisarts, tandarts, specialist. |
| Waar het kan doktersbezoek. |
| Afspraken met instanties. |
| Kleding kopen. |
| Komen koffiedrinken met de groep of met familielid. |
| Mee naar arts, evt. schoonmaak van kamers. |
| Medische zaken, leuke dingen, kleding kopen en alle zorg rond kleding die er is, kasten opruimen, kamers netjes houden. |
| Doktersbezoek/kleding kopen met bewoner. |
| Alle artsen/ziekenhuisbezoeken, boodschappen doen voor cliënten, alle familie gaat de kleren voor de bewoners kopen, kamers grote beurt geven, roulerend eens per week de was doen. |
| Netwerk proberen uit te breiden in eigen familieleden betrokken van hun familielid. Ik ben familie hierin momenteel aan het stimuleren. |
| Geen, leeftijd, afstand, drukte. |
| Doktersbezoeken, kleding kopen, verzorgingsproducten/boodschappen kopen. |
| Af en toe in bad. |

|  |
| --- |
| Activiteiten die overgenomen kunnen worden door contacten van de kerk |
| Mee naar activiteiten en artsenbezoeken. |
| SOMMIGE bezoeken aan huisarts, tandarts, specialist. |
| 1-op-1 activiteiten. |
| Mee naar de kerk, dat wordt nu al deels gedaan. |
| Kerkgang, bezoeken van kerkelijke activiteiten. |
| Mee naar de kerkdienst, gastadressen op zondag:bewoners halen en brengen. |
| Een goed wijkteam kan wat doen, maar cliënt is licht autistisch en accepteert weinig aan wisselende contacten. |
| Naar de winkel, mee naar activiteiten. |
| Voldoende begeleiding regelen ook bij aangepaste kerkdiensten. Evt. voorbereiden christelijke feestdagen (40-dagentijd invullen). |
| Komen koffiedrinken en daarbij koffie inschenken voor de cliënten, wandelen met cliënten. |

|  |
| --- |
| Activiteiten die overgenomen kunnen worden door buren van de cliënt |
| Evt. leuke activiteiten in vrije tijd. |
| Mee naar activiteiten en artsenbezoeken.  |
| Persoonlijke boodschappen doen. |
| Persoonlijk contact. |
| Die zouden we meer in kunnen schakelen als noodopvang, als er iemand ziek is of zo. |
| Oogje in het zeil houden, verder niet. |
| Sneeuw schuiven. |
| SOMMIGE bezoeken aan huisarts. |

|  |
| --- |
| Activiteiten die overgenomen kunnen worden door vrienden van de cliënt |
| Gezellige dingen doen. |
| SOMMIGE bezoeken aan huisarts, tandarts, specialist. |
| Af en toe een terrasje pikken. |
| Verjaardagen enz. als vrijwilliger meegaan naar leuke dingen. Zorgen voor ontspanning voor de cliënt. |
| Met bewoners bezoekjes afleggen, mee gaan met uitjes etc. |
| Goed inzetbaar: loopt al goed. Winkelen, dagje uit e.d. |
| Uitjes |
| Misschien nog meer als buddy. |

|  |
| --- |
| Activiteiten die overgenomen kunnen worden door vrijwilligers |
| Tandarts |
| Leuke activiteiten in vrije tijd. |
| Eten koken. Andere huishoudelijke taken.  |
| Mee naar activiteiten en artsenbezoeken. |
| SOMMIGE bezoeken aan huisarts, tandarts, specialist. |
| Doktersbezoek |
| Dagje weg. |
| Zijn we al heel erg druk mee om die in te zetten, maar zou nog kunnen, door bijv. huishoudelijke taken, koken, maar ook aanwezig zijn, koffie drinken, mee met bewoners, buddy’s. |
| Mee gaan naar activiteiten zoals sport , zwemmen, muziek, fitness, wekelijks.Komen koffiedrinken en daarbij koffie inschenken voor de cliënten, wandelen met cliënten. |
| Zeer beperkt inzetbaar, alleen goede bekenden (1-2). |
| naar de dokter, winkel, mee naar activiteiten. |
| Worden volop ingezet. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten management om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen |
| Duidelijke lijnen: wat mag wel en niet door begeleiders en systeem gedaan worden? |
| Meer indirecte uren. |
| Beleidsmatige aanpak voor integraal vergroten sociaal netwerk. |
| Scholing op gebied van oudercontacten. |
| Stimulans, om ook richting familie het belang van meedenken en helpen te stimuleren en dat ze achter de teams staan. |
| De weg vrijmaken door informeren van ouders enz. dat het nodig is. |
| Uren, tijd en geld om het cliëntsysteem "bij te scholen". |
| Ondersteuning bij de realisatie. |
| Coordinator ondersteunen, uren voor vrijmaken. |
| Consistente visie; op dit moment rare bokkensprongen om financiële redenen. |
| Veel open communicatie en financiën en vertrouwen. |
| Als team hebben wij tijd en geld nodig om hieraan te werken, dit is ook één van onze speerpunten maar lopen enorm tegen de bezuinigende maatregelen aan, waardoor je minder kan doen als dat je zou willen. |
| Ideeën aandragen om ouders/ familie te betrekken bij het logeerhuis. |
| Scholing over goed communiceren, met name met familie. |
| Meer informatie over wat wij kunnen en mogen doen. |
| Meer indirecte uren daarvoor geven en niet alle contacten moeten bijhouden. |
| Handleiding maken waardoor begeleiders methodisch cliëntsysteem per cliënt kunnen analyseren en daarna kunnen verbeteren. |
| Ideeën communiceren, leren van elkaar, bijvoorbeeld via intranet. |
| Erkennen dat de systeemtheorie heel belangrijk is.  |
| Zeer alert zijn op goede communicatie met ouders vanuit de organisatie. Zodat ouders zich ook vanuit de organisatie gewaardeerd en erbij betrokken kunnen voelen. Zodat dat meewerkt om uit de strijd te blijven. Strijd tussen ouders en organisatie / begeleiders is altijd funest voor de zorg voor de cliënt. Zorg dat ouders zich coöperatief betrokken voelen, dan zullen ze zich meer inzetten voor samenwerking ipv de neiging hebben zich af te zetten, of een controlerende houding aan te nemen. Bovenstaande richting ouders. |
| Richting begeleiders is (bij)scholing heel belangrijk. |
| Duidelijkheid wat betreft wat het systeem kan doen of eventueel moet doen, als het nodig is dat het systeem meer doet voor de cliënt. |
| We merken dat wij het als team op de werkvloer moeten doen, en hiervoor hebben we financiën en tijd nodig. |
| Belangrijk is, dat management snapt, dat als we dat niet hebben, dit ten koste gaat aan deze ontwikkelingen omdat we anders naast een hele drukke dienst ook nog eens in onze vrije tijd aan het werk zijn. |
| Dus tijd en geld hiervoor vrijmaken, ondanks bezuinigingen. |
| Informeren van familie, noodzaak ervan laten zien, door hierover te schrijven. |
| Voornamelijk tijd, geld en kennis(bijscholing). |
| Het zou fijn zijn als er een bijeenkomst zou komen waarin begeleiders en familie/vrijwilligers samen in gesprek zouden gaan om hun vragen en verwachtingen bij elkaar neer te leggen. |
| Uitleg van noodzaak uitbreiding cliëntsysteem. Dit niet alleen via brieven maar ook tijdens een familiebijeenkomst. Goed communiceren richting familie dat begeleiders minder uren/tijd hebben voor zaken. |
| Tijd inruimen om hiermee bezig te kunnen, goed contact met dit systeem kost veel tijd en energie. |
| Ondersteuning daar waar nodig door deskundigen. |
| De weg vrijmaken door informeren van ouders enz. dat het nodig is. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten collega’s om samenwerking cliëntsysteem te bevorderen |
| Duidelijke overdracht en rapportage. |
| Goede communicatie onderling zodat iedereen weet waar hij aan toe is |
| Steun |
| Aandacht en methodische aanpak sociaal netwerk en belang van sociaal netwerk helder zien. |
| Ideeën |
| Goede afstemming en elkaar aanvullen waar nodig. |
| Flexibele houding en goede samenwerking. |
| Duidelijk aangeven wat je nodig hebt, niet altijd angst hebben dat het niet goed komt. |
| 1 tot 2 x jaar uitwisseling. |
| Openheid, goede rapportage. |
| Feedback |
| Afspraken altijd nakomen scheelt tijd. Maar ik vergeet zelf ook echt wel eens wat, omdat er zoveel tegelijk gebeurt in een dienst. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten familie om samenwerking te bevorderen |
| Niet tussendoor dingen vragen, bv als de logee wordt gebracht, maar mailen, of bellen op de woensdag naar kantoor |
| Wat kunnen ze wel en niet doen, dit ook op papier hebben. |
| Open houding. |
| Betrokkenheid (hier vrijwel altijd aanwezig) en vertrouwen in de hulpverleners. |
| Werken volgens zorgplan. |
| Zou mooi zijn wanneer er groei zou kunnen zijn in het zich kunnen verplaatsen in positie van begeleiders/ situaties op de woonvormen. Kunnen inleven in de positie van de ander heeft vaak grote stimulerende gevolgen voor de samenwerking. |
| Begrip en mogelijk inzet als we dit nodig hebben. |
| Samenwerken, goede verhouding. |
| Meer tijd van hun om te investeren in deze contacten. |
| Meer ondersteuning. niet maar hooguit een s per maand op de koffie komen. |
| Goede communicatie. |
| Betrokkenheid en bereidwilligheid. |
| Openheid, bereidheid om de zorg te delen. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten contacten van de kerk om samenwerking te bevorderen |
| Duidelijkheid geven wat willen ze wel en niet doen. |
| Wat ze nu al geven en dat is inzet. |
| Meer bereidheid. |
| Dat ze inzicht hebben in de begeleiding en hoe de clienten zijn, en op hun nivo ze als unieke personen behandelen. |
| Meer aanbod vanuit de kerk. |
| Nog meer mensen die langs komen en iets leuks met de clienten gaan doen (wandelen, winkelen etc.) |
| Betrokkenheid en bereidwilligheid. |
| Respect voor de bewoners. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten buren van de cliënt om samenwerking te bevorderen |
| Omzien naar elkaar. |
| Meer betrokkenheid. |
| Open staan voor contact, evt vrijwilliger willen zijn. |
| Duidelijkheid in wat willen ze wel en niet doen. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten vrienden om samenwerking te bevorderen |
| Duidelijk krijgen wat willen ze wel en niet doen. |
| Betere communicatie, ze beter leren kennen.  |
| Ook meer tijd om te investeren in deze contacten. |
| Duidelijkheid en respect voor onze werkwijze. |
| Goede verhouding, samenwerken. |

|  |
| --- |
| Verbeterpunten vrijwilligers om samenwerking te bevorderen |
| Duidelijk krijgen wat willen ze wel en niet doen. |
| Goede overweging maken of ze echt voor een langere periode zich willen verbinden met de cliënt. |
| Openstaan voor de bewoners. |
| Tijd en bereidheid om "bij te scholen". |
| Zie contacten kerk, meehelpen b.v. wasopruimen etc. |
| Goed aanspreekpunt voor vrijwilligers, dit is taak van de coördinator. |
| Betrokkenheid en bereidwilligheid. |
| Bereidheid om samen te werken, accepteren van de uitgezette lijnen door begeleiding. |
| Meer toewijding, als je in de planning staat, dan ook komen, of ruim op tijd afzeggen, of zelf vervanging zoeken. |

**Resultaten deelvraag 5**

Hoe kan volgens professionals de kwaliteit van zorg gegarandeerd of zelfs verbeterd worden wanneer de informele zorg een grotere rol gaat spelen?

|  |
| --- |
| Kwaliteit zorg |
| Een gevaar is een achteruitgang in kwaliteit van leven voor mensen die juist meer aandacht nodig hebben. |
| Maar dit moet aanvullend zijn en niet in plaats van professionele zorg. Anders is de kwaliteit van zorg niet meer toetsbaar. |
| Er moet meer een beroep gedaan worden op familie en vrijwilligers. Dit gaat ten koste van professionalisering en leidt tot frustraties. |
| Dit vraagt wel veel overdracht, begeleiding door de begeleiders om samen te werken met het cliëntsysteem om de kwaliteit hoog te houden. |
| Dit alles betekend dat waar cliënten afhankelijk zijn van informele zorg, de begeleiders de zorg moeten organiseren en dit is niet gemakkelijk uit te voeren. |
| In sommige situaties kan hierdoor ook de privacy van bewoners aangetast worden. Het is nogal ingrijpend als je bij een doktersbezoek door een vrijwilliger begeleid moet worden. |
| Door de weinig in te zetten uren, is het van groot belang dat familie en verdere vrijwilligers ons ondersteunen, zodat wij in ieder geval de basis zorg kunnen blijven leveren. |
| Te weinig aandacht voor. Moet methodisch benaderd worden.  |
| Psychosociaal: het in één lijn communiceren naar cliënt. |
| We overleggen veel met ouders, omdat de logee nog thuis woont is het belangrijk te weten hoe ouders met hun kind omgaan, zodat we één lijn kunnen trekken. |
| Niet echt een effect, maar gedragsintensieve begeleiding en/of individuele begeleidingsstijl wordt vaak onderschat waardoor een vrijwilliger in één activiteit zaken kan zeggen/doen waardoor cliënt uit zijn doen is. Overdracht erg belangrijk, maar een hulpverlener is een hulpverlener omdat deze de competenties heeft. Kan je niet verwachten van vrijwilligers. |
| Dat de privacy van de cliënt gewaarborgd moet blijven, dus niet praten over cliënten in diverse kringen. |
| Belangrijk blijft dat de regie bij de begeleiding ligt. |
| Dat er minder professionele zorg geboden wordt. Maar misschien wel meer liefde volle zorg als het mensen zijn uit hun omgeving. |

|  |
| --- |
| Positieve effecten van betrekken cliëntsysteem op kwaliteit zorg |
| Dat de cliënt eens een weekend naar huis/fam. gaat. |
| Met name financieel, als het effectief gebeurd, dan hoeft er minder begeleiding ingezet worden.Verder meer betrokkenheid, bij ouders, of van de omgeving (vrijwilligers). |
| Ogen van iemand die niet hier dagelijks rondloopt. |
| Meer persoonlijke aandacht voor cliënt. Ontlasten hulpverleners/familie. |
| Cliënt participeert beter. |
| Breder gedragen geeft meer mogelijkheden om iets extra’s te kunnen aanbieden aan de cliënt. |
| Dat als er bepaalde taken van de begeleider overgenomen wordt, je als begeleider meer tijd kunt steken in de persoonlijke aandacht en zorg van de cliënt. |
| Dat de druk van de ketel gaat voor het personeel en dat cliënten meer mensen uit hun familie tot hun beschikking hebben, ze zijn dan meer een onderdeel van een familie. |
| Meer tijd begeleiding voor basis zorg. |
| Familie is en blijft belangrijk voor bewoners. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen, ook omdat ze vaak de bewoner door en door kennen. Familie is de constante factor, begeleiders zijn "maar passanten". |
| Zorg wordt aangeboden door niet gekwalificeerde mensen, maar daar staat wel weer liefde en aandacht tegenover.  |
| Je ziet iemand in zijn geheel, niet als individu. En familie voelt zich serieus genomen en gehoord, als het goed is. Bij goed overleg kan het schelen in de begeleiding. Begeleiders hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden als familieleden al goeie tips hebben voor de omgang met de bewoner.  |

|  |
| --- |
| Negatieve effecten van betrekken cliëntsysteem op kwaliteit zorg |
| Teveel bemoeien, en het niet doorhebben wat voor invloed teveel informatie, voor onrust zorgt bij de cliënt, er te dicht bij staan als familie. |
| Dit kan ook het effect hebben dat familie uit zorg teveel wil gaan bepalen w.b. de zorg en begeleiding voor een bewoner. Dat is soms best lastig, om dan je grenzen aan te geven. |
| Als ouders/ vrijwilligers taken overnemen van begeleiders kan de professionaliteit achteruit gaan. |
| Cliënten krijgen meer 'begeleiders' dus ook meer onduidelijkheid. Communicatie na een dagje uit schort er nog wel eens aan, dus begeleiders weten niet altijd of er bijzonderheden zijn. |
| Beslissingen willen nemen die aan begeleiding toe komt, bijv. hoe zorg te leveren, wanneer etc. Een cliëntsysteem heeft niet altijd oog voor het aantal uren dat we krijgen, hoe we die moeten inzetten, hoe andere cliënten ook een rol hierin spelen |
| Minder een 'deskundig' oog erop.  |
| Vooral emotie speelt dan mee, en niet altijd kwaliteit. |
| Dat cliënten minder goede begeleiding krijgen. |
| Mensen zonder opleiding en ervaring weten misschien niet altijd hoe te handelen, bijv. bij agressie. Het kan ten koste gaan van de structuur voor de logees als vrijwilligers minder duidelijk zijn. |
| Versobering van zorg omdat cliëntsysteem niet kan leveren wat er van ze verwacht wordt. |
| Minder controle, hulpvraag minder in zicht. |
| Niet altijd professioneel. Moeder die een symbiotische band heeft met kind waardoor begeleiden door professionals heel moeizaam gaat.  |
| Onrust, er is vaak sprake van wel een goede bedoeling maar onkunde. |
| Het is makkelijk om met een team op een lijn te zitten qua omgang met een cliënt. Moet je daar het hele cliëntsysteem bij betrekken zitten daar onvermijdbaar grotere verschillen tussen. Dit geeft vaak meer onrust bij een cliënt en verstoring van patronen. Kwaliteit van zorg kan daarmee achteruit gaan. Het is niet voor niets dat professionele begeleiders gediplomeerd moeten zijn. Hun werk kan op veel terreinen niet zomaar zonder nadelige gevolgen worden overgenomen door niet-professionals. |
| We zijn erg afhankelijk van de goede wil van derden. De kwaliteit van de zorg voor de cliënten is zo wel heel kwetsbaar. |
| Wij zijn een ouderen woning met o.a. dementerende cliënten. Er komen zo wel veel en vreemde gezichten bij de cliënten. Ik denk ook vooral aan privacy. |
| Omdat ze zelf sociaal/emotioneel niet zo sterk zijn. |
| Meer verschillende mensen om cliënt waardoor mogelijk meer onrust en verschillende begeleidingsstijlen.Veel tijd en energie kwijt aan onderhouden en begeleidden cliëntsysteem. |
| Familie heeft vaak een eigen, minder realistisch beeld van de (on)mogelijkheden van de cliënt, werken daardoor minder volgens de spelregels van 'supported living'. |
| Onrust vanwege onkunde. |
| Afhankelijker van niet professionals, op vrijwillige basis, is niet altijd garantie dat dingen ook gebeuren. Als er niemand gevonden wordt die op een bepaald moment een bepaalde taak moet doen leid dat tot hiaten in de zorg. |
| Cliëntsysteem kan soms niet goed inschatten/aanvoelen wat de cliënt aan kan. Cliënt wordt soms te hoog ingeschat. |
| Dat het voor de cliënt zelf soms onduidelijker wordt, met name bij ouder wordende bewoners en autisten, die hebben baat bij veel structuur en eenduidigheid, dus vele wisselingen en andere meningen geeft onrust. |
| Meer afstemmen op elkaar. Kan lastiger worden als de communicatie niet zo goed is of wanneer ouders enz. niet mee willen of kunnen werken door ouderdom enz. |
| Meer tijd nodig om dingen over te dragen en op 1 lijn te komen. Soms is er te weinig kennis om op een goede manier de bewoner te begeleiden. En bv niet alle verwanten zijn capabel. |
| Soms mist de professionele blik, doordat je emotioneel meer betrokken bent maak je misschien soms andere keuzes. |
| Cliënt kan terug vallen in onzekerheden, in oud gedrag. |
| Weer meer hulp nodig bij alles. |
| Daarnaast wordt er zorg en begeleiding geleverd door niet-gekwalificeerde mensen. |
| Die zal zeker minder worden. Er zijn een heel aantal zaken waar we als begeleiders minder zicht en grip op hebben en dus ook niet kunnen begeleiden. |
| De vastgelegde begeleiding, die wij als begeleiding samen handhaven, moet ook door vrijwilligers en familie worden nagekomen. Hoe meer mensen er bij komen, hoe moeilijker gemaakte afspraken m.b.t. cliënten er niet goed zullen worden nagekomen, wat veel onduidelijkheid en moeilijk gedrag kan opleveren. |
| Dat het door teveel mensen wordt gedaan en dat er daardoor miscommunicatie en onduidelijkheid komt. |
| Dingen als HKZ en methodieken zeggen de meeste familieleden niks, dus het kost tijd voor de pb'er om dit in gewone bewoordingen uit te leggen.  |
| Omdat familieleden soms emotioneel te dicht bij de bewoner staan, kan dat betekenen dat ze (goed bedoeld) bijvoorbeeld teveel toegeven aan een bewoner. Dan is het aan de pb'er om dat weer recht te breien, en dat is niet makkelijk. |

**Bijlage 3: Opzet onderzoek beheersen competenties**

Benodigde competenties

In het landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg, wordt de volgende competentie beschreven met betrekking tot het betrekken van het cliëntsysteem:
*“De beroepskracht is in staat een netwerk op te bouwen en samen te werken, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit.”*

**1. Hieronder staan een aantal vaardigheden die bij deze competentie horen. Wilt u aangeven in hoeverre u deze vaardigheden beheerst?**

A) Ik heb kennis van de sociale en maatschappelijke kaart

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B) Ik benader nieuwe mensen/organisaties met als doel een rol te vervullen in het netwerk van de cliënt om zo ook de afhankelijkheid van de begeleider te verminderen en de zelfstandigheid van de cliënt te vergroten

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C) Ik informeer en overtuig het cliëntsysteem van het nut van hun bijdrage aan het realiseren van de doelstellingen van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) Ik betrek het cliëntsysteem bij het realiseren van de doelstellingen van de cliënt en toon daarbij ondernemerschap

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) Ik begeleid en adviseer familie om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F) Ik begeleid en adviseer contacten van de kerk, buren en vrienden om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G) Ik begeleid en adviseer vrijwilligers om deze zo optimaal mogelijk te laten bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

H) Ik onderhoud contacten zorgvuldig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**2. Welke andere competenties zijn er die begeleiders moeten beheersen om goed te kunnen samenwerken met het cliëntsysteem?**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Hoe denkt u te kunnen groeien in de bovenstaande vaardigheden zodat u uw cijfers van**

**vraag 1 kunt verhogen?** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4. Welke ondersteuning biedt Sprank om bovenstaande vaardigheden verder te ontwikkelen?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………