

Onderzoeksproject

Gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf

“de Klateringerweg”



Student: Sigrid Winters

Studentennummer: 1013431

Naam opleiding: Christelijke Hogeschool Windesheim, SPH

Jaar: 2010

Maand: Juni

Titel verslag: Gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf “de Klateringerweg”.

Student: Sigrid Winters.

Studentennummer: 1013431.

Docent: De heer G. Oostenrijk

Naam opleiding: Christelijke Hogeschool Windesheim, SPH.

Opdrachtgever: GGZ Drenthe, divisie Zuidwest te Beilen.

Cluster: Duurzaam verblijf.

Afdeling: Klateringerweg.

1^e Contactpersoon: Mevrouw J. Heslinga.

2^e Contactpersoon: De heer L. Rijff.

Jaar: 2010

Maand: Juni.

Voorwoord

Voor het tot stand komen van mijn onderzoek heb ik vanuit verschillende kanten ondersteuning en hulp gehad. Graag zou ik het voorwoord willen gebruiken om deze personen te bedanken voor de hulp die deze personen mij tijdens mijn onderzoek hebben geboden.

Als eerste zou ik graag mijn twee werkveldbegeleiders Sascha Nanninga en Ton van der Veen willen bedanken. Dit omdat zij altijd voor mij klaarstaan wanneer ik ondersteuning nodig heb. Dit met betrekking op mijn opleiding, als de ondersteuning die zij mij bieden binnen het werkveld. Zij bieden mij praktische tips en handvaten waardoor ik mij als professional verder kan ontwikkelen.

Daarnaast zou ik graag mijn beide opdrachtgevers Jacolien Heslinga en Leo Rijff willen bedanken voor deze unieke kans om een bijdrage te mogen leveren aan het leefmilieu binnen Duurzaam verblijf.

Ik zou ook graag mijn collega's binnen de Klateringerweg willen bedanken. Met dank aan hen zijn de enquêtes en openvragenlijsten goed ingevuld door de patiënten en is er een grote hoeveelheid van deze lijsten teruggekomen, waardoor de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van mijn onderzoek kwalitatief beter is geworden.

Als laatste maar wel de belangrijkste personen die hebben meegewerkt aan mijn eindonderzoek zijn de patiënten binnen Duurzaam verblijf, de Klateringerweg. Door de vele inbreng die zij hebben gehad in het onderzoek, is naar mijn inziens de waarde van het project enorm gestegen voor het Duurzaam verblijf.

Inhoudsopgave

Kaft:		Bladzijde 1
Titelblad:		Bladzijde 2
Voorwoord:		Bladzijde 3
Inhoudsopgave:		Bladzijde 4
Inleiding:		Bladzijde 6
<i>Hoofdstuk 1: De visie en missie van Duurzaam verblijf</i>		<i>Bladzijde 8</i>
Paragraaf 1.1: Duurzaam verblijf		Bladzijde 8
Paragraaf 1.2: De Kliniek (de Heuve)		Bladzijde 8
Paragraaf 1.3: Vervolgcomplex (de Klateringerweg)		Bladzijde 8
Paragraaf 1.4: De doelgroep		Bladzijde 9
Paragraaf 1.5: De dubbele diagnoseproblematiek		Bladzijde 9
Paragraaf 1.6: Hoe behandelen wij binnen Duurzaam verblijf mensen met een dubbele diagnose?		Bladzijde 10
Paragraaf 1.7: Hoe ziet het leefklimaat er uit binnen Duurzaam verblijf voor mensen met een dubbele diagnose?		Bladzijde 12
 <i>Hoofdstuk 2: Wat zijn de wensen en behoeften van de patiënt met betrekking tot gastvrije zorg?</i>		 <i>Bladzijde 14</i>
Paragraaf 2.1: Inleiding		Bladzijde 14
Paragraaf 2.2: Wat betekent gastvrije zorg?		Bladzijde 14
Paragraaf 2.3: Inleiding van de enquêtes		Bladzijde 14
Paragraaf 2.4: Doelstelling van de enquêtes en de open vragenlijsten.		Bladzijde 15
Paragraaf 2.5: De uitleg van de tabel en grafiek, gemiddelde rapportcijfer Duurzaam verblijf		Bladzijde 16
Paragraaf 2.6: De resultaten naar aanleiding van de openvragenlijsten.		Bladzijde 17
Paragraaf 2.7: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 2, wat houdt voor jouw gastvrijheid in?		Bladzijde 17
Paragraaf 2.8: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 3, wat zijn de belangrijkste waarden voor jou?		Bladzijde 18
Paragraaf 2.9: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 4. wat vind jij van de manier waarop het personeel jou benaderd?		Bladzijde 18
Paragraaf 2.10: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 5, voel jij je veilig binnen Duurzaam verblijf?		Bladzijde 20
Paragraaf 2.11: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 6, vind jij dat er binnen Duurzaam verblijf voldoende voor jou wordt opgekomen?		Bladzijde 21
Paragraaf 2.12: De uitleg van de tabel en het diagram nummer 7, wat zou je graag anders willen zien binnen Duurzaam verblijf?		Bladzijde 21
 <i>Hoofdstuk 3.: Wat is de rol van de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf in het bieden van gastvrije zorg en op welke manier geeft de hulpverlening invulling aan gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?</i>		 <i>Bladzijde 23</i>
Paragraaf 3.1: Inleiding.		Bladzijde 23
Paragraaf 3.2: Wie werken er binnen Duurzaam verblijf?		Bladzijde 23
Paragraaf 3.3: Wat is een respectvolle bejegening en op welke manier geeft de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf hier invulling aan?		Bladzijde 24
Paragraaf 3.4: Aanleiding van de open vragenlijsten		Bladzijde 26
Paragraaf 3.5: De resultaten van de open vragenlijst, tabel en diagram nummer 8, als jij binnen Duurzaam verblijf zou wonen, hoe zou jij dan behandeld willen worden?		Bladzijde 26
Paragraaf 3.6: De resultaten van de open vragenlijst tabel en diagram nummer 9, wat denk jij in je behandeling nodig te hebben?		Bladzijde 28
Paragraaf 3.7: De resultaten van de open vragenlijst tabel en diagram nummer 10, hoe zou jij door de hulpverlening benaderd willen worden?		Bladzijde 28

Paragraaf 3.8:	De resultaten van de open vragenlijst tabel en diagram nummer 11, wat zou jij willen leren in je werk?	Bladzijde 29
Paragraaf 3.9	De resultaten van de open vragenlijst tabel en diagram nummer 12, wat zijn voor jou de belangrijkste waarden?	Bladzijde 30
Paragraaf 3.10:	De resultaten van de open vragenlijst tabel en diagram nummer 13, op welke manier zou jij je graag willen laten zien binnen je werkveld	Bladzijde 30
<i>Hoofdstuk 4:</i>	<i>Op welke manier past de visie van gastvrije zorg binnen de visie van Duurzaam verblijf?</i>	<i>Bladzijde 31</i>
Paragraaf 4.1:	Inleiding	Bladzijde 31
Paragraaf 4.2:	Wat is de visie van de hulpverlening op gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 31
Paragraaf 4.2.1:	Welke manier van bejegening vindt de hulpverlening het meest belangrijk binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 31
Paragraaf 4.2.2:	Wat verwacht de hulpverlening van de organisatie met betrekking tot gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 31
Paragraaf 4.3:	Wat is de visie van de patiënt op gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 32
Paragraaf 4.3.1:	Welke manier van bejegening vindt de patiënt het meest belangrijk binnen Gastvrije zorg?	Bladzijde 32
Paragraaf 4.4:	Wat zijn de kernwaarden van gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 33
<i>Hoofdstuk 5:</i>	<i>De samenvatting en conclusie</i>	<i>Bladzijde 34</i>
Paragraaf 5.1:	Aanleiding van het onderzoek en de centrale vraagstelling.	Bladzijde 34
Paragraaf 5.2:	De conclusie.	Bladzijde 34
Paragraaf 5.2.1:	Deelvraag 1, Wat zijn de wensen en behoeften van de patient met betrekking tot gastvrije zorg?	Bladzijde 34
Paragraaf 5.2.2:	Deelvraag 2, Wat is de rol van de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf en op welke manier geeft de hulpverlening invulling aan gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?	Bladzijde 35
Paragraaf 5.2.3:	Deelvraag 3, Op welke manier past de visie van gastvrije zorg binnen de visie van Duurzaam verblijf?	Bladzijde 36
Paragraaf 5.3:	De aanbeveling:	Bladzijde 37
Paragraaf 5.3.1:	De hulpverlener.	Bladzijde 38
Paragraaf 5.3.2:	De patiënt.	Bladzijde 39
Paragraaf 5.3.3:	De organisatie.	Bladzijde 39
Paragraaf 5.3.4:	Onderzoek.	Bladzijde 40
<i>Hoofdstuk 6:</i>	<i>Het procesverslag.</i>	<i>Bladzijde 41</i>
Paragraaf 6.1:	Inleiding.	Bladzijde 41
Paragraaf 6.2:	De regievoering.	Bladzijde 41
Paragraaf 6.3:	De inzet van mijn eigen kwaliteiten en de aantoonbare resultaten daarvan.	Bladzijde 42
Paragraaf 6.4:	Een ethische, normatieve visie op de aanpak van het onderzoek.	Bladzijde 42
Paragraaf 6.5:	De samenwerking met de opdrachtgever.	Bladzijde 43
Paragraaf 6.6:	De samenwerking met de werkveldbegeleiding en het gebruik maken van expertise binnen Duurzaam verblijf.	Bladzijde 44
Paragraaf 6.7:	Op welke manier heeft het eindonderzoek bijgedragen aan mijn eigen professionele handelen?	Bladzijde 45
Paragraaf 6.8:	Op welke manier ga ik het eindonderzoek presenteren binnen Duurzaam Verblijf?	Bladzijde 46
<i>Bijlagen:</i>		<i>Bladzijde 47</i>
Bijlage 1,	Tabellen, grafieken en diagrammen.	Bladzijde 48
Bijlage 2:	Begrippenlijst.	Bladzijde 58
Bijlage 3:	Literatuurlijst.	Bladzijde 59
Bijlage 4:	De enquête en openvragenlijst voor de patiënt.	Badzijde 60

Inleiding

Sinds december 2008 ben ik werkzaam binnen GGZ Drenthe, divisie Zuidwest. Ik werk hier binnen het cluster Duurzaam verblijf. Duurzaam verblijf bestaat uit twee afdelingen, genaamd de Heuve en de Klateringerweg. De Heuve is een opnameafdeling en de Klateringerweg is een longstayafdeling. Hier verblijven patiënten met zowel een verslavingsproblematiek, als een psychiatrische stoornis.

Voor mijn eindonderzoek heb ik de opdracht gekregen om het thema gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf te onderzoeken. Mijn opdrachtgevers willen graag weten op welke manier gastvrijheid op dit moment naar voren komt binnen de instelling. Hierin vinden zij het belangrijk om te kijken naar hoe de patiënt, familieleden en het personeel deze gastvrijheid ervaren.

De opdrachtgever

De opdrachtgever voor het onderzoek is Duurzaam verblijf. Het Duurzaam verblijf is een cluster binnen GGZ Drenthe, divisie Zuidwest, te Beilen.

De opdrachtgever wordt vertegenwoordigd door twee contactpersonen,
Mevrouw J. Heslinga, functie teammanager.
De heer L. Rijff, functie circuitmanager.

Situatie en probleemstelling

Gastvrijheid staat momenteel enorm in de belangstelling. Vanwege de zorgmarkt in Nederland, werken steeds meer zorginstellingen aan een strategie om zichzelf als klantgericht neer te zetten, waarbij de klant centraal staat. Op deze manier proberen zorginstellingen de bewust kiezende zorgvrager naar zich toe te trekken.

Ook binnen het Duurzaam verblijf wordt gastvrije zorg geïntroduceerd. Maar wat houdt gastvrije zorg in? Op welke manier geeft Duurzaam verblijf invulling aan gastvrije zorg? Op dit moment heeft het Duurzaam verblijf niet helder in beeld wat gastvrije zorg precies inhoudt binnen Duurzaam verblijf en op welke manier zowel de hulpverlener als de patiënten aankijken tegen gastvrije zorg.

Op welke manier kan het Duurzaam verblijf zowel de patiënten als de hulpverlening meer betrekken bij de organisatie, in haar keuze om een gastvrije instelling te zijn?

Centrale vraagstelling:

Hoe kan het Duurzaam verblijf vanuit haar keuze om een gastvrije instelling te zijn, de patiënten en hulpverlening meer betrekken bij de organisatie?

Doelstelling

In juni 2010 is er een aanbeveling gedaan naar het circuitmanagement van Duurzaam verblijf, hoe Duurzaam verblijf zich kan verbeteren in haar gastvrijheid. Dit met betrekking tot de bejegening van zowel de patiënt als het personeel.

Onderwerpen binnen mijn onderzoek

Hoofdstuk 1, de visie en missie van Duurzaam verblijf:

Vanuit een samenwerkingsverband tussen GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland is in februari 2007 het cluster Duurzaam verblijf opgericht. Hier verblijven patiënten met zowel een ernstige psychiatrische stoornis, als een verslavingsproblematiek. Het betreft hier patiënten met een dubbele diagnose. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat dubbele diagnose problematiek inhoudt, welke kernwaarden wij binnen Duurzaam verblijf hanteren en welke leefomgeving er wordt nagestreefd voor patiënten met een dubbele diagnose.

Hoofdstuk 2, wat zijn de wensen en de behoeften van de patient met betrekking tot gastvrije zorg?

Wat is gastvrije zorg? Wat betekent gastvrijheid? Wat houdt voor patiënten binnen Duurzaam verblijf gastvrije zorg in, wanneer zij verblijven binnen een gesloten setting, zij hierbij het gevoel hebben opgesloten te zitten, en hierdoor niet het leven kunnen leiden dat ze zelf voor ogen hebben? Hoe kan een instelling deze patiënten tegemoetkomen? Hoe kan een organisatie met al haar verschillende disciplines er zorg voor dragen dat patiënten zich ondanks deze niet-vrijwillige opname, (opnieuw) waardevol, gehoord en uniek voelen? In hoofdstuk 2 behandel ik een aantal van deze vragen. Voor het maken van dit hoofdstuk heb ik enquêtes uitgedeeld aan patiënten die verblijven binnen de Klateringerweg. De uitkomsten van deze enquêtes worden behandeld in dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 3, Wat is de rol van de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf in het bieden van gastvrije zorg en op welke manier geeft de hulpverlening invulling aan gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

In de omgang met andere mensen neem jij jezelf altijd mee. Daarom is het van belang om stil te kunnen staan bij je eigen referentiekader, je eigen handelen, en je eigen denken. De manier waarop ik handel heeft direct effect op het functioneren van de patient. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de open vragenlijsten die afgenomen zijn bij het personeel binnen Duurzaam verblijf verwerkt. Het personeel heeft zich bij het invullen van deze vragenlijsten moeten verplaatsen in de patient. Op welke manier zouden zij behandeld en benaderd willen worden? Wat zijn de belangrijkste waarden binnen je werkveld en op welke manier wil je worden gezien door zowel de patiënten als je collega's.

Hoofdstuk 4, Op welke manier past de visie van gastvrije zorg binnen de visie van Duurzaam verblijf?

In dit hoofdstuk beschrijf ik de visie van gastvrije zorg. Dit vanuit het oogpunt van de patiënten en de hulpverlening. Daarnaast beschrijf ik de kernwaarden binnen de visie van gastvrije zorg.

Hoofdstuk 5: De samenvatting en conclusie:

In dit hoofdstuk beschrijf ik de aanleiding voor mijn onderzoek. Hierin beschrijf ik de centrale vraagstelling van het onderzoek en de probleemstelling. In dit hoofdstuk beschrijf ik de conclusies op de resultaten van mijn onderzoek. Daarnaast ga ik dieper in op de visie van gastvrije zorg door middel van het schrijven van aanbevelingen.

Hoofdstuk 6: Het procesverslag:

In dit hoofdstuk behandel ik het proces van mijn eindonderzoek. Hierin benoem ik wat wel goed ging binnen mijn onderzoek en waar mijn knelpunten lagen binnen het onderzoek. Daarnaast beschrijf ik van welke werkveldexpertise ik gebruik heb gemaakt.

De gebruikte methodieken:

In mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van het surveyonderzoek. Hierin heb ik gebruik gemaakt van zowel enquêtes als openvragenlijsten.

Daarnaast heb ik na aanleiding van de openvragenlijsten een aantal interviews afgenomen met patiënten.

Hoofdstuk 1

De visie en missie van Duurzaam verblijf

1.1 Duurzaam verblijf

Vanuit een samenwerkingsverband tussen GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland is in februari 2007 het cluster Duurzaam verblijf opgericht. Binnen Duurzaam verblijf worden patiënten opgenomen vanuit de gemeenten Amsterdam en Rotterdam, door middel van een Rechterlijke Machtiging¹.

Duurzaam verblijf is een gesloten, beveiligde en beschermende zorg- en behandelvoorziening voor mensen met schizofrenie (of een andere ernstige psychische problematiek) en langdurige middelenafhankelijkheid, oftewel een dubbele diagnose.

Duurzaam verblijf bestaat uit twee afdelingen, die ik in de volgende paragrafen graag wil toelichten. (Bron: O. de Haas, 2009 ²)

1.2 De Kliniek (de Heuve)

Binnen de Heuve worden mensen vanuit Amsterdam en Rotterdam opgenomen om daar de noodzakelijke medische en psychosociale behandeling³ en begeleiding te ontvangen. Het doel van deze opvang kan worden onderverdeeld in drie onderdelen:

1. De stabilisering van hun somatische, psychiatrische en psychosociale problemen.
2. Leren omgaan met de eigen verslavingsproblematiek, in ieder geval een begin maken hiermee.
3. Vaardigheden onderhouden of aanleren, om daarna te worden overgeplaatst naar een vervolgvoorziening.

(Bron: O. de Haas, 2009 ⁴)

1.3 Vervolgcomplex (Klateringerweg)

Binnen de Klateringerweg worden patiënten opgenomen vanuit de Kliniek de Heuve. Dit, omdat patiënten na de stabilisatiefase nog verder moeten worden behandeld om te voorkomen dat patiënten terugvallen in "oude gewoonten".

De Klateringerweg is een terrein van ongeveer vier hectare. Op dit terrein zijn honderd eenpersoonsappartementen gebouwd. Binnen de Klateringerweg zijn er ook algemene voorzieningen, zoals een winkel, kapsalon, theater, fitnessruimte, sportzaal, werkplaatsen, activiteitenruimten, huisartsenpost et cetera. De Klateringerweg is een beveiligd terrein door middel van hekken, camera's, en één beveiligde en gedurende vierentwintig uur per dag bemenste portiersloge⁵, waardoor het terrein toegankelijk is.

De patiënten wonen in een eenpersoonsappartement en krijgen binnen de Klateringerweg professionele begeleiding bij het ontwikkelen en handhaven van een levensstijl, die een positief toekomstperspectief biedt. De begeleiding en behandeling zijn binnen de Klateringerweg voornamelijk gericht op de volgende onderdelen:

1. Wonen.
2. Werken.
3. Recreëren.

(Bron: O. de Haas, 2009 ⁶)

¹ **Rechterlijke Machtiging**, zie begrippenlijst bladzijde 56

² Bron: Visiedocument, *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*, auteur Olaf de Haas, 11 februari 2009.

³ **Psychosociale behandeling**, zie begrippenlijst bladzijde 56

⁴ Bron: Visiedocument, *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*, auteur Olaf de Haas, 11 februari 2009.

⁵ **Portiersloge**, zie begrippenlijst bladzijde 56

⁶ Bron: Visiedocument, *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*, auteur Olaf de Haas, 11 februari 2009.

1.4 De doelgroep

Mensen kunnen binnen Duurzaam verblijf worden opgenomen op indicatie van de gemeenten Amsterdam en Rotterdam. Voordat zij kunnen worden opgenomen, moet er eerst een akkoordbevinding worden toegekend door een toeleidingscommissie. In deze toeleidingscommissie zijn zowel de gemeenten Amsterdam als Rotterdam als het circuitmanagement⁷ van Duurzaam verblijf vertegenwoordigd.

Het gaat hier om mensen met verschillende culturele achtergronden, die vaak al jarenlang bij ten minste een van beide gemeenten zowel bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten als bij de politie als zogenaamde zorgmijders⁸ bekend staan. Het gaat om mensen die zowel bekend zijn met schizofrenie (of een andere ernstige psychiatrische problematiek) als met middelenafhankelijkheid. Vaak hebben zij langdurige periodes van dakloosheid achter de rug, waarin zij vaak door middel van kleine criminaliteit in hun dagelijkse behoefte aan drugs en voeding konden voorzien. Zij konden om verschillende redenen onvoldoende gebruik maken van de beschikbare hulpverleningsmogelijkheden. Sommige patiënten meden actief de gewone hulpverlening, zelfs als deze op individuele basis werd aangeboden. Weer andere mensen waren niet in staat of bereid om zich aan de waarden, normen of regelgeving te kunnen houden om aan de hulpverleningsprogramma's te kunnen deelnemen of vielen om andere redenen buiten de boot.

Met het opstarten van Duurzaam verblijf ontstond de mogelijkheid om deze patiënten op basis van een Rechterlijke Machtiging in een gesloten en beschermende voorziening op te nemen.

Omdat het hier om een specifieke doelgroep gaat, met zowel een psychiatrische problematiek als een ernstige verslavingsproblematiek moest er ook een speciaal leefklimaat worden opgericht.

(Bron: O. de Haas, 2009⁹)

1.5 De dubbele diagnoseproblematiek

Een dubbele diagnoseproblematiek houdt in dat op onze patiënten zowel de diagnose schizofrenie (of een andere ernstige psychiatrische problematiek), als de diagnose middelenafhankelijkheid van toepassing is.

Schizofrenie

Schizofrenie wordt beschouwd als een ziekte van de hersenen, waarbij het optreden van de met schizofrenie samenhangende verschijnselen sterk afhankelijk is van de omgevingsinvloeden en het vermogen van het individu om op een adequate manier met deze invloeden om te gaan, ze te vermijden of juist te zorgen dat het goed gaat.

Kenmerkende symptomen:

- Wanen.
- Hallucinaties.
- Onsamenvhangende spraak.
- Ernstig chaotisch of katatoon gedrag.
- Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachte- of spraakarmoede of apathie.

⁷ **Circuitmanagement:** zie begrippenlijst bladzijde 56

⁸ **Zorgmijders:** zie begrippenlijst bladzijde 56

⁹ *Bron: Visiedocument Ongelijke monniken, ongelijke kappen, auteur O. de Haas, 11 februari 2009.*

Leefklimaat

De patiënt wordt gestimuleerd de vaardigheden en de kundigheid waarover hij nog beschikt, te behouden of juist te ontwikkelen. De benadering van mensen met schizofrenie is individueel in de zin dat elke patiënt op basis van zijn of haar individuele eigenaardigheden en “gebruiksaanwijzing” wordt benaderd.

(Bron: *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* ¹⁰)

Middelenafhankelijkheid:

Je kunt pas worden gediagnosticeerd voor middelenafhankelijkheid wanneer je de laatste twaalf maanden, aan minstens drie van de volgende kenmerken voldoet:

- Tolerantie (behoefte aan toenemende hoeveelheden door afnemend effect).
- Onthoudingsverschijnselen.
- Grotere hoeveelheden of langduriger gebruik dan voorgenomen.
- Wens om gebruik middel in de hand te houden.
- Veel tijd kwijt aan de werving, gebruik of herstel van het gebruikte middel.
- Het verminderen of stoppen van de sociale, beroepsmatige bezigheden en vrijetijdsbesteding.
- Het continueren van gebruik, ondanks sociale, psychische en lichamelijke schade.

De kenmerken voor misbruik van een middel zijn de volgende:

- Herhaaldelijk gebruik, waardoor er verzuimverplichtingen optreden.
- Herhaaldelijk gebruik in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijv. rijden onder invloed).
- Herhaaldelijk in aanmerking komen met justitie.
- Voortdurend gebruik van het middel, ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal gebied.

Leefklimaat:

Binnen de verslavingszorg worden de behandeling en verblijfssituatie van patiënten met middelenafhankelijkheid gekenmerkt door de noodzaak om binnen vastgestelde kaders op een structurerende en begrenzendende manier om te gaan met “verslavingsgedrag”.

Iedereen wordt op dezelfde manier benaderd en op dezelfde manier behandeld. Bij ongewenst gedrag of ongewenst handelen, volgt vaak een sanctionerende reactie.

(O. de Haas, 2009 ¹¹)

1.6 Hoe behandelen wij binnen Duurzaam verblijf mensen met een dubbele diagnose?

Zoals je in de voorgaande paragrafen kunt lezen, kun je zien dat er tussen de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg nogal wat verschillen zijn. Dit zowel in de behandeling als in het leefklimaat van de patiënt. Binnen Duurzaam verblijf werken wij met een ordeningsprincipe. Het ordeningsprincipe is afgeleid uit reguliere TBS-instellingen. Het ordeningsprincipe gaat van het volgende uit: het probleemgedrag wordt gezien als het resultaat van de interactie van de volgende factoren:

1. Persoonlijkheid en psychiatrisch toestandbeeld (aan welke stoornissen lijdt de patiënt? Wat is het psychiatrisch beeld? Staat de verslavingsproblematiek of juist de schizofrenie op de voorgrond? Etc.)
2. Situationele gegevens (welke externe invloeden roepen het optreden van psychotische symptomen of van verslavingsgedrag op? Voor welke invloeden is de patiënt gevoelig?)

¹⁰ Bron: *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, Utrecht: Trimbos Instituut.*

¹¹ Bron: *Visiedocument Ongelijke monniken, ongelijke kappen, auteur O. de Haas, 11 februari 2009.*

3. Maatschappelijke inbedding (in hoeverre speelt de relatie met gezins-/familieleden, het wel of niet beschikken over een vriendenkring of kennissenkring en de maatschappelijke positie of het gebrek daaraan een rol bij de problematiek?)
4. Vaardigheden (In hoeverre speelt het ontbreken van vaardigheden op het gebied van ADL, wonen, werken en recreëren en sociaal gedrag een rol bij het optreden van verslavingsgedrag, dan wel bij psychotische belevingen?)

Behandeling

De integrale behandelvisie gaat ervan uit dat psychose en middelenafhankelijkheid tegelijkertijd moeten worden behandeld en dat alleen dan de interactie tussen de psychische stoornis en de verslaving in beeld kan worden gebracht.

In de voorgaande paragrafen heb ik twee verschillende zorgculturen benoemd, namelijk het leefklimaat van mensen met schizofrenie en van mensen die middelenafhankelijk zijn. Wanneer je deze twee culturen bij elkaar voegt, komen er vier kenmerken naar voren die geschikt zijn voor deze doelgroep, namelijk:

- Geïntegreerd: de samenwerking tussen de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg moet leiden tot een juiste behandelvisie die leidt tot een goede werkwijze, voor zowel de psychiatrische problematiek als de verslavingsproblematiek.
- Uitnodigend: de hulpverlening moet actief hulp aanbieden aan de patiënt. Belangrijk is het persoonlijk contact, waarbij de patiënt zich als individu herkent en als erkend ervaart.

Daarnaast zijn de volgende kenmerken van belang:

1. Aansluiten bij de patiënt.
 2. Betrekken van gezins-/familieleden bij de behandeling.
 3. Laagdrempelig leefklimaat.
 4. Bemoeizorg, wanneer dit nodig is.
 5. Motiverend zijn.
 6. Stimulerend zijn.
 7. Geen sanctiebeleid, maar wel op de persoon toegesneden maatregelen die in het belang van de bescherming van de persoon, anderen of de omgeving verklaarbaar moeten zijn.
- Consequent: het consequent aanspreken van de patiënt op zijn of haar gedrag vanuit algemeen geldende waarden, normen, huisregels en individueel gemaakte afspraken, speelt hierbij een belangrijke rol.
 - Continu: Terugval kan alleen worden voorkomen als er sprake is van leefstijlverandering, ten aanzien van zowel het drugsgebruik als de psychiatrische stoornis en wanneer de hulpverlening gemakkelijk bereikbaar is.

(Verslavingszorg Parnassia, 2003 ¹²)

¹² Bron: Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag, 2003. Uitgever: Ontwikkelingscentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland.

1.7 Hoe ziet het leefklimaat er uit binnen Duurzaam verblijf “de Klateringerweg” voor mensen met een dubbele diagnose?

Binnen Duurzaam verblijf wordt de kans dat patiënten ooit weer volledig zelfstandig kunnen functioneren als kleine kans ingeschat. Naast de behandeling van de psychiatrische en somatische problematiek zullen de patiënten (soms opnieuw) weer de basisvaardigheden moeten aanleren, die te maken hebben met basishygiëne. Dit houdt in dat patiënten er netjes verzorgd uitzien en goed voor de eigen leefomgeving kunnen zorgen. Daarnaast wordt er in de behandeling ook gekeken naar de sociale vaardigheden rondom een patiënt. Het leefmilieu binnen Duurzaam verblijf wordt dan ook niet alleen als een plek gezien waar patiënten kunnen wonen, werken en recreëren, maar ook als een sociale leerschool. Zij krijgen dus de mogelijkheid binnen Duurzaam verblijf om zichzelf te ontwikkelen door:

1. Hun dagelijkse leven van structuur en regelmaat te voorzien.
2. In verbondenheid met anderen aan een zelfstandig bestaan vorm en inhoud te geven.
3. Betekenisvolle (familie)relaties te onderhouden, aan te gaan en zo nodig te herstellen.
4. Het zogenaamde verslavingsgedrag te vervangen door een sociaal aanvaardbare leefstijl (zowel ten opzichte van zichzelf als met betrekking tot anderen).
5. Kwaliteit van leven niet alleen te ontleen aan het gebruik van middelen of overconsumptie van legale voedings- en genotmiddelen maar ook op andere wijze te (leren) genieten van dingen die binnen hun woon- en leefsituatie bereikbaar zijn.

De volgende vier waarden zijn van essentieel belang wanneer wij spreken van het leefmilieu binnen het Duurzaam verblijf:

1. Rust: Soms werkt het voor patiënten wanneer zij te veel activiteiten, te veel motoriek en een te hoge geluidproductie ervaren. Dit staat haaks op een leefbare leefomgeving. Het brengen en behouden van een rustige leefomgeving wordt dan ook als een zeer belangrijke waarde gezien.
2. Reinheid: Hier wordt bedoeld de persoonlijke hygiëne, de hygiëne van de eigen leefomgeving en de andere situaties waarin de patiënten van Duurzaam verblijf over het algemeen verblijven of komen. Reinheid is een waarde die naar voren komt in normen. Dit houdt in dat je in de maatschappij openbare gelegenheden niet rommelig of vies achterlaat en jezelf netjes verzorgt.
3. Regelmaat: Regelmaat als waarde geeft aan dat het voor het menselijk functioneren essentieel is dat de tijd wordt gestructureerd aan de hand van dagelijks, wekelijks en jaarlijks terugkerende patronen.
4. Respect: Respect heeft betrekking op de zorgvuldigheid die mensen geacht worden in de dagelijkse omgang ten opzichte van elkaar in acht te nemen. Een aspect van die zorgvuldigheid betreft het erkennen van de individualiteit van de persoon. Een ander aspect betreft de waarde van de integriteit van het lichaam, het waarborgen dat er geen onnodige beperkingen aan de persoon worden opgelegd.

Zoals hiervoor al wordt omschreven, is een rustige leefomgeving belangrijk bij patiënten met schizofrenie. Deze doelgroep is extra gevoelig voor communicatie die door emotioneel gekleurde opmerkingen wordt gekenmerkt. Het gaat hier om gebruik van krachttermen, intimideren, het uiten van kritiek, vijandige opmerkingen, uitschelden et cetera. Deze kenmerken horen echter juist bij de verslavingsproblematiek en daarom is het moeilijk om voor mensen met een dubbele diagnose een stabiele leefomgeving te creëren.

Bij het opstarten van Duurzaam verblijf zijn er een aantal uitgangspunten beschreven. In de loop van de afgelopen twee jaar zijn deze uitgangspunten verder uitgewerkt en getoetst aan de ervaringen,

opgedaan in de klinieken. Hierbij is de kernwaarde overleefd en het belangrijkste uitgangspunt van Duurzaam verblijf.

*Respect voor de eigenheid van het individu en het daarbij behorende eigen levensverhaal
Ongelijke monniken, ongelijke kappen...*

Bij deze kernwaarde horen de volgende uitgangspunten:

1. Alle patiënten, opgenomen binnen Duurzaam verblijf moeten in principe (op termijn) kunnen wonen binnen de Klateringerweg.
2. De behandeling, zorg en begeleiding zijn er op gericht dat de patiënt een zo normaal, autonoom mogelijk leven kan leiden. Hier staan de eigenwaarde, gezondheidsbeleving, het ervaren van lotsverbetering, veiligheid en een toekomst ervaren met een perspectief centraal.
3. Onder het wonen binnen Duurzaam verblijf wordt verstaan:
 - Het zorg hebben en dragen voor de ADL (alle dagelijkse levensverrichtingen).
 - Het zorg hebben en dragen voor de directe leefomgeving.
 - Het ervaren van zorg voor een zinvol bestaan. Hierbij spelen activiteiten, werk et cetera, die door de patiënt en zijn omgeving als zinvol worden ervaren, een belangrijke rol.
 - De mogelijkheid hebben en bieden om naast het wonen en werken, te kunnen recreëren door het hebben van hobby's, de mogelijkheid te krijgen tot het uiten van creativiteit en het uitoefenen van sport en spel. Verder wordt de mogelijkheid geboden om te kunnen genieten van cultuur en kunst.
4. Om het wonen in dit breder kader mogelijk te maken worden behandeling, zorg en begeleiding individueel op indicatie vastgesteld in het behandelplan.
5. De organisatie van Duurzaam verblijf wordt zo ingericht dat het de patiënt mogelijk wordt gemaakt om bovenstaande te realiseren.
(O. de Haas, 2009¹³)

¹³ Bron: Visiedocument *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*, auteur O. de Haas, 1 februari 2009.

Hoofdstuk 2

Wat zijn de wensen en behoeften van de patiënt met betrekking tot gastvrije zorg?

2.1 Inleiding:

Wat is gastvrije zorg? Wat betekent gastvrijheid? Wat houdt voor patiënten binnen Duurzaam verblijf gastvrije zorg in, wanneer zij verblijven binnen een gesloten setting, zij hierbij het gevoel hebben opgesloten te zitten, en hierdoor niet het leven kunnen leiden dat ze zelf voor ogen hebben? Hoe kan een instelling deze patiënten tegemoetkomen? Hoe kan een organisatie met al haar verschillende disciplines er zorg voor dragen dat patiënten zich ondanks deze niet-vrijwillige opname, (opnieuw) waardevol, gehoord en uniek voelen? Door middel van mijn onderzoek naar gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf, hoop ik een aantal van de bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden.

2.2 Wat betekent gastvrije zorg?

Als eerste zou ik willen beginnen met de definitie van gastvrijheid, wat houdt gastvrij zijn precies in?

“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn, en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen: Het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, in vrijheid en goede wil”.

(de Dikke van Dale, 2005¹⁴)

Wanneer ik deze definitie van gastvrijheid ga vertalen binnen Duurzaam verblijf, dan zou de definitie er als volgt uitzien:

“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn, en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen: Het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, daarbij het individu waarderen en respecteren en het individu ondersteuning aanbieden waar het individu baat bij heeft”.

Het bovenstaande heb ik op deze manier geïnterpreteerd, maar deze visie is vanuit mijn hulpverleningsoptiek. Wanneer wij binnen Duurzaam verblijf een visie willen creëren waarbij gastvrijheid centraal staat, is de mening van de patiënt het meest belangrijk. Dit, omdat de patiënt centraal staat binnen ons werk.

2.3 Inleiding van de enquêtes:

In november 2009 is er binnen Duurzaam verblijf een thermometer cliëntwaardering¹⁵ geweest. De doelstelling van deze cliëntwaardering is om te kijken naar hoe de cliënt de organisatie waardeert, en waar de organisatie zich nog in moet verbeteren. Het is de bedoeling dat de cliënt een enquête invult, waarop vragen staan die betrekking hebben op de behandeling van de cliënt binnen de organisatie. Van alle respondenten worden de antwoorden bekeken, en hier komt dan een gemiddeld cijfer per vraag uit naar voren. Deze enquêtes worden behandeld door een onafhankelijke instantie. Het eindresultaat voor Duurzaam verblijf was een 7.3. De enquêtes zijn uitgedeeld onder 70 patiënten, waarvan 15 patiënten hebben gereageerd. Ik vind de respons op deze enquête matig en voor mijn onderzoek niet betrouwbaar en bruikbaar. Daarom heb ik voor mijn onderzoek waarin ik de gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf onderzoek, er voor gekozen om zowel een enquête, als een openvragenlijst uit te delen.

¹⁴ Bron: De Dikke van Dale 3 in 1, 1^e druk 2008.

¹⁵ Thermometer cliëntwaardering: zie begrippenlijst bladzijde 56

2.4 Doelstelling van de enquêtes en de openvragenlijsten:

Mijn doelstelling van het uitdelen van de enquêtes en de openvragenlijsten was dat de patiënten een rapportcijfer konden geven voor zowel de organisatie, de hulpverlening, de eigen ontwikkeling en de activiteiten die kunnen worden gedaan binnen Duurzaam verblijf. Daarnaast wilde ik er door middel van de openvragenlijsten onder andere achter zien te komen, hoe de patiënt de gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf ervaart, wat daarin de belangrijkste waarden zijn voor de patiënt, of zij zich veilig voelen, wat de mooiste gebeurtenis/ervaring is geweest in hun leven of binnen de opname. Ik heb de enquêtes en de openvragenlijsten uitgedeeld aan alle begeleiders, met een kleine toelichting erbij. Hierbij heb ik de doelstelling van het onderzoek uitgelegd en uitleg gegeven over de manier waarop de enquêtes en de openvragenlijsten moesten worden afgenomen. De begeleiders zijn met de openvragenlijsten en de enquêtes naar de patiënten toe gegaan en hebben de patiënt een kleine toelichting gegeven op de enquêtes en de openvragenlijst. Ik heb 60 openvragenlijsten en enquêtes uitgedeeld, waarvan 45 openvragenlijsten en enquêtes zijn teruggekomen.

Mijn vragen heb ik opgesteld aan de hand van het boek van Fred Lee¹⁶. Dit boek gaat over patiënttevredenheid. In dit boek beschrijft Fred Lee vier essentiële onderdelen voor het meten van patiënttevredenheid. Dit zijn de volgende onderdelen:

1. Veiligheid.
2. Hoffelijkheid.
3. Show.
4. Efficiëntie.

Ik zal hieronder de vier uitgangspunten uitgebreider toelichten (Fred Lee, 2009¹⁷)

1. Veiligheid:

Binnen een instelling is het meest belangrijke uitgangspunt de eigen veiligheid. Dit geldt voor zowel de werknemers als de patiënten. Binnen Duurzaam verblijf is het belangrijk dat personeel de patiënten veiligheid biedt. Wat voor de patiënten veiligheid betekent, is voor elk individu anders. Het gaat er hierbij om dat je per individu de veiligheid waarborgt. Dat je helder hebt wat voor het individu veiligheid is. Voor de één geldt bijvoorbeeld dat je veiligheid biedt wanneer je luistert, het gevoel geeft dat het individu beroep op je kan doen. Voor de ander geldt veiligheid weer wanneer je diegene privacy biedt et cetera.

“De enige echte bron van loyaliteit voor ziekenhuizen is de beleving van de patiënt en de enige manier om deze loyaliteit te testen, is te luisteren naar wat de patiënten over die beleving vertellen.”

2. Hoffelijkheid:

Het welgemanierd zijn, wellevend en meedenkend zijn. Binnen Duurzaam verblijf houdt dit in dat je niet bij voorbaat al nee zegt, maar dat je oplossingsgericht denkt. Dat je mogelijkheden openhoudt voor patiënten.

Voorbeeld 1, niet bezig zijn met hoffelijkheid, maar met efficiëntie:

De activiteitenbegeleiders hebben vandaag een werkoverleg, precies op het tijdstip dat het internetcafé open moet gaan. De patiënten staan voor de deur, omdat zij graag muziek willen downloaden, of informatie willen opzoeken. Wanneer zij iemand zien van de activiteitenbegeleiding, vragen zij waarom het internetcafé niet open gaat. Hierop antwoordt de

¹⁶ Bron: *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9½ dingen die u anders zou doen*, auteur Fred Lee, Uitgever: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2009.

¹⁷ Bron: *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9½ dingen die u anders zou doen*, auteur Fred Lee, Uitgever: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2009.

activiteitenbegeleiding: "Wij hebben vandaag werkoverleg, en daarom kunnen wij het internetcafé niet openen. Morgen zijn wij wel weer geopend." De patiënten lopen teleurgesteld weg.

Voorbeeld 2, wel bezig zijn met hoffelijkheid en niet met efficiëntie:

De activiteitenbegeleiders hebben vandaag een werkoverleg. In de ochtend bij het ochtendrapport¹⁸ benoemen zij dat zij vandaag een werkoverleg hebben en dat daardoor het internetcafé niet geopend kan worden. Zij vragen of wij de patiënten kunnen inlichten. De teamleider vraagt: "Is het ook mogelijk dat er bijvoorbeeld een huishoudelijk begeleider in het internetcafé gaat zitten, zodat het internetcafé toch open kan gaan?" "Ja, dit is mogelijk, hebben jullie een huishoudelijk begeleider die vanmiddag wil komen helpen?" "Ja, die hebben wij, hoe laat mag het internetcafé open, want dan zorgen wij dat er iemand is."

3. Show:

"De manier waarop de omgeving overkomt op de patiënt. De zintuiglijke prikkels." (Fred Lee, 2009¹⁹)

4. Efficiëntie:

"Het verkrijgen van het grootst mogelijk effect, of resultaat met of uit een gegeven kracht, middel of toestand met betrekking op de rationele toepassing van economische principes." (Fred Lee, 2009)

2.5: De uitleg van de tabel en de grafiek²⁰, gemiddelde rapportcijfer Duurzaam verblijf:

Wat opvallend is aan de gegevens van zowel tabel 1 als grafiek 1 is dat de patiënten op de vragen 1, 2 en 4 de organisatie een onvoldoende hebben gegeven. Per vraag zal ik in het kort een kleine toelichting geven, waarom deze onvoldoende zijn beoordeeld.

- Vraag 1: Uit gesprekken naar aanleiding van de enquête is gebleken dat de respondenten vaak niet weten waarom zij precies zijn opgenomen binnen Duurzaam verblijf.
Ook benoemen de patiënten dat zij vinden dat er te weinig aandacht wordt besteed aan het uitzetten van de behandeling. Dat zij vaak niet weten wat de doelstelling is van hun behandeling binnen Duurzaam verblijf.
- Vraag 2: De respondenten gaven tijdens deze gesprekken aan, dat zij vaak niet genoeg op de hoogte zijn van het begeleidingsplan, of behandelingsplan. Zij benoemen wel dat zij worden uitgenodigd voor een behandelplanbespreking, maar dat er weinig tijd is om het plan goed door te nemen, zo dat het begrijpelijk is voor hen. Ook vinden zij dat het personeel te bepalend is en vaak al dingen voor hen invult. Hierin hebben zij het idee dat het personeel minder goed luistert naar de wensen en behoeften van de patiënt.
- Vraag 4: De respondenten geven aan dat zij vaak andere wensen en behoeften hebben
dan het personeel, waardoor het niet altijd mogelijk is dat het behandelingsplan of begeleidingsplan wordt uitgevoerd, zoals de respondenten dat zouden willen. Dit alleen al vanwege het feit dat bijvoorbeeld sommige patiënten graag drugs of drank zouden willen blijven gebruiken en de hulpverlening een andere doelstelling heeft.

¹⁸ **Ochtendrapport:** Zie begrippenlijst, bladzijde 56.

¹⁹ Bron: *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9 ½ dingen die u anders zou doen*, auteur Fred Lee, Uitgever: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2009.

²⁰ **Uitleg tabel 1 en grafiek 1:** deze uitleg behoort bij Tabel en grafiek nummer 1, bijlage 1, Tabellen en grafieken nummer 1, bladzijde 47.

Wat verder opvallend is aan de tabel en de grafiek is dat de organisatie wel hoog scoort op de vragen 6 en 7. Deze vragen zal ik hieronder ook in het kort toelichten:

- Vraag 6: Dit onderdeel is hoog beoordeeld. De respondenten geven aan het personeel te vertrouwen. In gesprekken die zijn gevoerd naar aanleiding van de enquête benoemen de respondenten dat zij het gevoel hebben altijd met problemen terecht te kunnen bij begeleiding. Hierin hebben de respondenten het gevoel dat zij serieus worden genomen.
- Vraag 7: In deze gesprekken geven de respondenten aan zich wel gerespecteerd te voelen. Zij benoemen wel dat dit niet altijd binnen de instelling het geval is, maar wel bijvoorbeeld buiten de instelling. Zij benoemen dat zij zich binnen de instelling niet altijd even gerespecteerd voelen door bijvoorbeeld medepatiënten, of bepaalde personeelsleden.

2.6 Resultaten naar aanleiding van de openvragenlijsten:

In mijn openvragenlijst heb ik rekening gehouden met de vier uitgangspunten van Fred Lee. Daarnaast heb ik voor de open vragen gebruikgemaakt van het boek *Bejegening in de zorg* van Erik Bosch²¹. Ik heb de openvragenlijst uitgedeeld aan alle begeleiders, met een kleine toelichting erbij. Ik heb 60 open vragenlijsten uitgedeeld, waarvan 46 lijsten zijn teruggekomen.

De resultaten van de openvragenlijsten zijn opgenomen in tabellen en diagrammen (zie bijlagen). In het navolgende zal ik deze gegevens nader toelichten:

2.7 De uitleg van de tabel en diagram nummer 2²², wat houdt voor jouw gastvrijheid in?

In de tabel en het diagram kun je zien wat gastvrijheid betekent voor de respondenten (de patiënten) binnen Duurzaam verblijf. De respondenten benoemen dat zij het binnen het thema gastvrijheid heel belangrijk vinden dat je andere mensen het gevoel geeft welkom te zijn. Dit houdt in dat je andere mensen iets kunt aanbieden, of iets van jezelf kunt geven; 62.79% geeft aan het normaal te vinden dat je andere mensen over de vloer krijgt.

Daarnaast geeft 7% aan dat bij het thema gastvrijheid het gevoel hoort dat zij zichzelf kunnen ontwikkelen. Dit houdt in dat de respondenten voldoende mogelijkheden krijgen aangereikt door de instelling, personeel of medepatiënten zodat de respondenten zichzelf kunnen ontwikkelen. Dit op zowel sociaal als werkgerelateerd of recreatief gebied.

Verder geeft 32% aan het belangrijk te vinden binnen gastvrijheid dat er geen geweld is, dat er naar elkaar wordt geluisterd en dat medemensen respect hebben voor elkaar. De respondenten geven aan dat zij vinden dat er veel agressie heerst binnen Duurzaam verblijf en dat er weinig respect voor elkaar is. Zij hebben vaak het gevoel dat zij voortdurend moeten opletten wat er gebeurt, waardoor een onveilig gevoel ontstaat.

Tot slot geeft 2.3% aan dat er tijd voor elkaar moet worden vrijgemaakt in het kader van gastvrijheid. De respondenten benoemen dat wanneer er meer tijd voor elkaar wordt vrijgemaakt, je elkaar beter leert kennen en dat je daardoor dus ook gastvrij bent.

²¹ Bron: *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten*, Auteur Erik Bosch, Uitgeverij: H. Nelissen | Soest, 5^e druk 2007.

²² **Tabel 2 en diagram 2:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 48

2.8 De uitleg van de tabel en diagram nummer 3²³, wat zijn de belangrijkste waarden voor jou?

Van de respondenten benoemt 72% dat zij het belangrijk vinden wanneer er respect is voor elkaar. Hierin vinden de respondenten het belangrijk dat je op een goede manier met elkaar omgaat, zoals elkaar groeten, elkaar in de waarde laten et cetera. Ook benoemen de respondenten dat zij het belangrijk vinden wanneer zij erkenning en waardering krijgen voor wat zij doen of voor wie zij zijn. Dit bijvoorbeeld met betrekking tot het doen van huishoudelijke taken of het volgen van een dagprogramma. Daarnaast benoemen de respondenten dat het dan prettig is om een compliment te ontvangen. Bij het stukje privacy en rust benoemen de respondenten dat zij het belangrijk vinden om zich ergens terug te kunnen trekken, bijvoorbeeld in hun woning. Hier ervaren de respondenten rust. De respondenten benoemen het prettig te vinden om een eigen woning te hebben en om hier merendeels zelf verantwoordelijk voor te zijn. Hierdoor ervaren de respondenten zelfstandigheid.

Verder benoemt 2.3% dat zij het belangrijk vinden dat je met verschillende nationaliteiten kunt omgaan. De respondenten benoemen dat het hierin belangrijk is om van alle culturen iets te weten, zodat je deze mensen op deze manier kunt benaderen. Binnen Duurzaam verblijf verblijven veel patiënten met verschillende nationaliteiten, er wonen mensen van bijvoorbeeld zoals Surinaamse, Afrikaanse, Somalische, Molukse, Islamitische of Nederlandse afkomst.

Tot slot benoemt 16.2% het een belangrijke waarde te vinden dat er geen geweld is, dat er vrede heerst, en dat zij niet willen worden lastiggevallen door medepatiënten. De respondenten benoemen dat medepatiënten vaak bij de deur langs komen, om hier te vragen om een sigaretje, geld of drugs. De respondenten ervaren dit als negatief, vinden het vervelend en zouden graag willen dat hier iets aan wordt gedaan.

2.9 De uitleg van de tabel en diagram nummer 4²⁴, wat vind jij van de manier waarop het personeel jou benaderd, goed of kan het veel beter.

Van de respondenten geeft 51% aan dat zij de benadering van het personeel niet altijd als goed ervaren. Zij benoemen dat het personeel hen niet altijd in hun waarde laat. Dit ervaren de respondenten bijvoorbeeld in het opstellen van een dagprogramma, het aanvragen van vrijheden, het lang moeten wachten op antwoord, of aandacht van het personeel. Daarnaast benoemen de respondenten dat personeel hen te weinig begrijpt. Dit, omdat het personeel niet weet hoe het ziektebeeld en de verslaving voelen, waardoor zij de respondent niet kunnen begrijpen. De respondenten benoemen dat het weten wat iets inhoudt, niet betekent dat je ook kunt begrijpen hoe het voelt. Ook geven de respondenten aan dat zij niet altijd het gevoel hebben dat zij serieus worden genomen.

Voorbeeld 3, de patiënt wordt niet serieus genomen:

Patiënt H. vraagt om overplaatsing. Hij zou graag terug willen naar Amsterdam. Hij benoemt dat hij zich hier niet veilig meer voelt, dat hij zijn familie mist en dat het wonen binnen de Klateringerweg voor hem te onoverzichtelijk is. Hij vraagt een gesprek aan met zijn persoonlijk begeleider en met maatschappelijk werk. Wanneer hij zijn wensen bespreekt met zijn persoonlijk begeleider en daarbij uitlegt waarom hij weg wil gaan, zegt zijn persoonlijk begeleider: "Je bent er nog helemaal niet aan toe om hier weg te gaan, je moet nog veel leren, maar als je hier weg wilt, dan moet je dat maar bespreken met je behandelaar."

²³ **Tabel 3 en diagram 3:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 48

²⁴ **Tabel 4 en diagram 4:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 49

Voorbeeld 4, de patiënt wordt wel serieus genomen:

Patiënt H. vraagt om overplaatsing. Hij zou graag terug willen naar Amsterdam. Hij benoemt dat hij zich hier niet meer veilig voelt, dat hij zijn familie mist en dat het wonen binnen de Klateringerweg voor hem te onoverzichtelijk is. Hij vraagt een gesprek aan met zijn persoonlijk begeleider en met maatschappelijk werk. Wanneer hij zijn wensen in een voorgesprek met zijn persoonlijk begeleider bespreekt en daarbij uitlegt waarom hij weg wil gaan zegt zijn persoonlijk begeleider: "Ik vind het goed dat jij over je toekomst nadenkt en wil jou graag hierbij ondersteunen. Je geeft aan dat je graag weer terug wilt gaan naar Amsterdam, omdat jij je familie mist. Ik snap dat het vervelend is om je familie te moeten missen. Wat mij verstandig lijkt, is dat wij een gesprek gaan plannen met jouw behandelaar en met het maatschappelijk werk. Dan kunnen wij met zijn allen gaan kijken naar hoe wij dit het beste kunnen aanpakken, zodat het voor jou en voor ons op een prettige manier verloopt."

In voorbeeld nummer 3 wordt de patiënt niet goed begrepen en voor zijn gevoel niet serieus genomen. Dit is slecht een van de vele voorbeelden. De respondenten benoemen dat zij vaak worden doorverwezen, maar dat er vervolgens niemand is die het oppakt. Dit alles zorgt ervoor dat patiënten het gevoel hebben niet serieus te worden genomen. Wanneer u kijkt naar voorbeeld nummer 4, waarin de hulpverlener op de wensen van de patiënt ingaat, voelt de patiënt zich serieus genomen. De hulpverlener complimenteert de patiënt voor het feit dat hij over de toekomst nadenkt en dat hij zijn eigen verantwoordelijkheid hierin neemt.

Daarnaast benoemen de respondenten dat zij graag zouden zien dat personeel meer het eigen gevoel laat zien. Dit zal ik nader toelichten in het volgende voorbeeld.

Voorbeeld 5, de patiënt zou graag willen zien dat personeel meer het eigen gevoel laat zien:

Patiënt J. komt terug van verlof en wordt bij terugkomst gecontroleerd door de begeleiding. Wanneer patiënt J. een urinecontrole doet, blijkt dat hij positief scoort op cocaïne en THC²⁵. Wanneer de begeleiding dit aantreft, benoemen zij naar patiënt J. dat hij zijn vrijheden voor twee weken kwijt is. Patiënt J. vraagt aan begeleiding: "Wat vind jij van deze regel?" Hierop reageert begeleiding met: "Je weet wat de regels zijn, en daar hoor jij je aan te houden."

Voorbeeld 6: het personeel zet zichzelf in als instrument in de benadering van de patiënt:

Patiënt J. komt terug van verlof en wordt bij terugkomst gecontroleerd door de begeleiding. Wanneer patiënt J. een urinecontrole doet, blijkt dat hij positief scoort op cocaïne en THC. Wanneer de begeleiding dit aantreft, benoemen zij naar patiënt J. dat hij zijn vrijheden voor twee weken kwijt is. Patiënt J. vraagt aan de begeleiding: "Wat vind jij van deze regel?" De begeleiding antwoordt: "Ik vind het vervelend voor jou dat jij je vrijheden voor twee weken kwijt bent, dit had ik je niet gegund. Dit omdat ik weet hoe zo'n fijne vent je bent als je niet gebruikt hebt, maar jouw gedrag verandert in negatieve zin door het gebruik."

In voorbeeld 5 wordt duidelijk gemaakt dat begeleiding niet goed inspeelt op de vraag van de patiënt. De patiënt vraagt immers niet om deze regels, hij wil niet horen dat hij zich hier aan moet houden, want dat weet hij wel. Waar hij om vraagt, is een persoonlijke reactie. In voorbeeld 6 reageert het personeel wel met een persoonlijke reactie, waardoor de maatregel wel duidelijk is, maar waarbij het personeel zichzelf als instrument neerzet in de relatie tot de patiënt.

Van de respondenten benoemt 51% dat zij de benadering van personeel wel als prettig ervaren. Zij gaven aan in gesprekken dat zij het prettig vinden wanneer personeel langskomt, belangstelling toont en hen hulp biedt.

²⁵ THC: zie begrippenlijst bladzijde 56

Verder geeft 16% van de respondenten aan dat zij vinden dat het personeel hen teveel als patiënt beschouwt, in plaats van dat het personeel hen als individu bekijkt. Zij benoemen dat zij vinden dat het personeel te veel naar de onmogelijkheden kijkt, in plaats van naar wat wel mogelijk is. De respondenten benoemen dat personeel zich te veel bezig houdt met bijvoorbeeld het ziektebeeld of het stuk verslaving, in plaats met de persoon die voor hem/haar staat.

2.10 De uitleg van de tabel en diagram nummer 5²⁶, voel jij je veilig binnen Duurzaam verblijf?

Van de respondenten gaf 55% aan zich veilig te voelen binnen Duurzaam verblijf. De respondenten hebben het gevoel dat zij bij het personeel terecht kunnen wanneer zij hulp of ondersteuning nodig hebben. Daarnaast benoemt 25.5% dat zij zich onveilig voelen binnen Duurzaam verblijf. Zij benoemen dat dit komt doordat zij bang zijn voor medepatiënten.

Verder benoemt 19.9% van de respondenten dat zij zich soms veilig voelen binnen Duurzaam verblijf. De respondenten benoemen dat zij zich wel veilig voelen bij het personeel, maar niet bij de medepatiënten. Zij vinden dat er veel agressie heerst binnen Duurzaam verblijf. Ik zal beide percentages toelichten met een voorbeeld.

*Voorbeeld 5, ik voel mij onveilig, omdat ik bang ben voor medepatiënten:
(patiënt K.)*

Vandaag heb ik net mijn weekgeld gekregen. Graag wil ik wat boodschappen gaan ophalen, maar ik heb nog een aantal schulden staan bij medepatiënten, waardoor ik niets kan kopen. Vorige week heb ik € 8,-- geleend van E. en € 7,-- bij M. Ik krijg maar € 25,-- per week, waarvan ik ook nog eens mijn shag moet kopen. Ik loop samen met de begeleiding naar de winkel om mijn shag te kopen. Ik koop vier pakjes shag met vloei en dit kost mij € 17,--. De begeleiding dringt erop aan dat ik nog wat eten en drinken koop, maar ik kan dit niet kan betalen, ik moet mijn schulden aflossen, dus zeg ik: "Nee ik heb genoeg." Gisteravond kwam E. nog bij me en zei: "Morgen krijg ik geld van je, zo niet dan....". "Ik ben bang voor een mes in mijn rug, ik ben zo bang dat ze mij nog meer lastig gaan vallen. Ik slaap slecht in de nacht. Ik hoor mijn medepatiënten op de deur kloppen, ik hoor ze elke dag maar weer vragen om shag, bier, geld et cetera. Ik durf niet om hulp te roepen, want ik weet dat het mijn eigen verantwoording is, maar ik ben bang...."

Voorbeeld 6, ik ben bang dat ik wordt gesepareerd:

Pas geleden kwam ik dronken terug van verlof en had ik ruzie met iemand van de begeleiding in de visiteerruimte. Gelukkig mocht ik op dat moment terug naar mijn woning, en hadden we de afspraak dat ik de hele avond op mijn kamer zou blijven. Wel moest ik twee weken binnen blijven. Nadat ik mijn vrijheden terug had gekregen, ben ik weer naar het dorp gegaan en hier heb ik een aantal biertjes gedronken. Toen ik terug kwam van verlof, had ik weer te veel bier gedronken, waardoor ik niet goed meer kon praten. Ik weet nog dat het personeel mij weer meenam naar de visiteerruimte. Ik was bang dat zij mij weer zouden betrappen en begon te treuzelen in de gang. Ik werkte niet mee en was hierdoor bang dat ik zou worden gesepareerd. Dit, omdat het de vorige keer ook al niet goed was gegaan.

Van de respondenten benoemt 2.3% dat zij het gevoel hebben alles zelf te moeten doen en te moeten oplossen. De respondenten hebben niet het gevoel dat zij bij het personeel terecht kunnen met hun problemen.

²⁶ **Tabel 5 en diagram 5:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 49

2.11 De uitleg van de tabel en diagram nummer 6²⁷, vind jij dat er binnen Duurzaam verblijf voldoende voor jou wordt opgekomen?

Van de respondenten benoemt 48.8% dat zij vinden dat er voldoende voor hen wordt opgekomen binnen Duurzaam verblijf. De respondenten ervaren de hulp of ondersteuning die zij ontvangen als prettig.

Verder benoemt 32.5% van de respondenten dat zij niet vinden dat Duurzaam verblijf voldoende voor hen opkomt. De respondenten vertellen dat dit komt doordat er niet wordt geluisterd naar de wensen en de behoeften die zij hebben. Zij geven aan dat personeel een bepalende factor is en de tijd bepaalt waarop iets gebeurt. Ook benoemen de respondenten hierin dat wanneer zij vragen hebben voor bijvoorbeeld de behandelaar, de sociaal-juridisch dienstverlener of de maatschappelijk werker, het heel lang duurt voordat de respondenten een afspraak hebben of met hun vragen bij hen terecht kunnen. Doordat de begeleiding vaak de patiënten doorverwijst, hebben zij het gevoel van het kastje naar de muur te worden gestuurd, waardoor onduidelijkheid wordt ervaren.

Van de respondenten benoemt 2.3% dat zij af en toe het gevoel hebben dat er voor hen wordt opgekomen. De respondenten benoemen dat de patiëntvertrouwenspersoon hier een rol in heeft, maar dat deze in principe weinig voor hen kan betekenen, omdat hij niet veel met de verkregen informatie kan doen.

Ten slotte heeft 4.6% van de respondenten het gevoel alles zelfstandig te moeten doen. De respondenten benoemen dat zij niet het gevoel hebben dat er voor hen wordt opgekomen en dat ze daardoor op zichzelf zijn aangewezen.

2.12 De uitleg van de tabel en diagram nummer 7²⁸, wat zou je graag anders willen zien binnen Duurzaam verblijf?

Voor 25.5% van de respondenten geldt dat zij vinden dat er niets anders hoeft te gaan binnen Duurzaam verblijf. De respondenten benoemen tevreden te zijn met hoe het nu is, of hebben geen idee wat er anders zou moeten worden binnen Duurzaam verblijf.

Van de respondenten benoemt 18.6% dat zij vinden dat de hekken weg zouden moeten. Zij voelen zich opgesloten binnen de hekken. Verder benoemt 16.2% van de respondenten dat zij binnen Duurzaam verblijf graag meer activiteiten zouden willen zien. Hierin benoemen zij dat deze activiteiten werkgerelateerd moeten zijn. De respondenten zouden graag willen zien dat ze hiervoor betaald zouden krijgen. De respondenten benoemen dat zij zich dan als persoon meer gewaardeerd zouden voelen. In deze gesprekken kwam ook naar voren dat door middel van deze werkgerelateerde activiteiten de respondenten het gevoel krijgen dat zij zichzelf meer kunnen ontwikkelen, een betere plek krijgen in de samenleving, het gevoel om nuttig te zijn.

Verder benoemt 16.2% van de respondenten het prettig te vinden wanneer het personeel meer persoonlijk contact met de respondenten heeft. Dit door meer tijd voor hen vrij te maken. De respondenten benoemen dat een gesprek vaak kort duurt, omdat het personeel weer snel verder moet om andere patiënten te zien. Ook benoemen zij dat deze gesprekken vaak worden verstoord door de telefoon. Dit ervaren zij als negatief.

²⁷ **Tabel 6 en diagram 6:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 50

²⁸ **Tabel 7 en diagram 7:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 50

Van de respondenten benoemt 13.9% dat zij graag zouden willen zien dat Duurzaam verblijf een ander beleid gaat nastreven op het gebied van drugs. De respondenten ervaren het als negatief dat drugs binnen worden gesmokkeld en worden verhandeld op het terrein. De respondenten benoemen dat het niet te voorkomen is dat de drugs naar binnen komen, maar zouden op het gebied van drugs graag willen zien dat er meer ondersteuning wordt aangeboden door het personeel.

Tot slot benoemt 2.6% van de respondenten dat de manier waarop het voedsel momenteel wordt rondgebracht, hen het gevoel geeft dat zij bij de voedselbank voedsel moeten halen.

Binnen Duurzaam verblijf worden de maaltijden van de respondenten door een vrachtauto het terrein op gereden. In deze vrachtauto staan verschillende karren, die door de huishoudelijke begeleiding over het terrein worden gebracht. De respondenten brengen dan hun dienblad naar buiten en het personeel haalt dan een dienblad uit de kar dat de respondent kan meenemen naar zijn/ haar woning.

Hoofdstuk 3

Wat is de rol van de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf in het bieden van gastvrije zorg en op welke manier geeft de hulpverlening invulling aan gastvrije zorg?

Paragraaf 3.1 Inleiding

In de omgang met andere mensen neem je jezelf altijd mee. Het is daarom belangrijk te weten wie je zelf bent, wat het effect is van je benaderingswijze op het gevoel van de ander en hoe de relatie met die ander er uit ziet. Wanneer je respectvol wilt omgaan met mensen die aan jouw zorg zijn toevertrouwd, is het goed om te kijken naar wat het effect is van je eigen handelen op de ander. (Erik Bosch, 5^e druk 2007 ²⁹)

Paragraaf 3.2 Wie werken er binnen Duurzaam verblijf?

Een jaar geleden is binnen het cluster Duurzaam verblijf een nieuwe afdeling geopend, namelijk de Klateringerweg. De Klateringerweg is een longstayafdeling waar patiënten met een dubbele diagnose op basis van een Rechterlijke Machtiging voor een langere tijd kunnen verblijven. Binnen de Klateringerweg werken wij met veel verschillende disciplines, die allemaal de directe of indirecte zorg hebben voor de patiënt. Ik zal in het kort de verschillende disciplines toelichten, die het dichtst betrokken zijn bij de patiënt. Bij deze drie verschillende vormen van begeleiding heb ik de enquête voor de hulpverlening afgenomen.

Casemanager

Een casemanager is een persoonlijk begeleider. De casemanager begeleidt patiënten op individuele basis en regelt de zaken rondom een patiënt. Dit houdt in dat de casemanager de begeleidingsplannen opstelt, de behandelplannen schrijft en de overige disciplines zoals de psychiater, de psycholoog, de sociaaljuridische dienstverlening, de activiteitenbegeleiding en het maatschappelijk werk informeert, maar er ook zorg voor draagt dat deze disciplines nauw betrokken blijven bij de patiënt. De casemanager ontvangt van de woonbegeleiders en de huishoudelijk begeleiders de dagelijkse rapportages via het Elektronisch Patiënten Dossier ³⁰ (EPD) en baseert op gesprekken met de patiënt en de rapportages, de plannen die moeten worden geschreven. Daarnaast heeft een casemanager sturende taken met betrekking tot de woonbegeleiders en de huishoudelijk begeleiders. Dit is in het kort de takenomschrijving van een casemanager. Van de casemanager wordt verwacht dat hij/zij ten minste een hbo-opleiding heeft gevolgd en deze succesvol heeft beëindigd. (PO&O, 2009 ³¹)

Woonbegeleider

Een woonbegeleider begeleidt de patiënt in de alledaagse levensverrichtingen. Dit houdt in dat de woonbegeleider een aantal patiënten per dag bezoekt en de patiënt ondersteuning aanbiedt waar dit nodig mag zijn. Dit houdt in dat de woonbegeleider samen met de patiënt boodschappen doet, zorg draagt voor het uiterlijk van de patiënt, mee gaat naar bijvoorbeeld de activiteiten et cetera. De woonbegeleider werkt nauw samen met de casemanager en de huishoudelijk begeleider. De woonbegeleider stuurt de patiënt aan in het dagprogramma van de patiënt. Daarnaast koppelt de woonbegeleider door middel van rapportages of mondeling terug naar de casemanager. Van de woonbegeleider wordt verwacht dat hij/zij minimaal op mbo-niveau functioneert. (PO&O, 2009 ³²)

²⁹ Bron: *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten*, Auteur Erik Bosch, Uitgeverij: H. Nelissen | Soest, 5^e druk 2007.

³⁰ Elektronisch Patiënten Dossier/EPD: Zie begrippenlijst bladzijde 56

³¹ Bron: Functieomschrijving Casemanager, auteur PO&O, Uitgever GGZ Drenthe 2009.

³² Bron: Functieomschrijving Woonbegeleider, auteur PO&O, Uitgever GGZ Drenthe 2009.

Huishoudelijk begeleider

De functie van een huishoudelijk begeleider is een nieuwe functie die is opgestart in mei 2009. Een huishoudelijk begeleider heeft de verantwoordelijkheid om tijdig te signaleren wat er in een woning en buiten de woning gebeurt. Daarnaast is de belangrijkste taak van een huishoudelijk begeleider dat hij/zij de patiënt aanstuurt, ondersteuning biedt in het uitvoeren van huishoudelijke taken in en rondom de woning. De huishoudelijk begeleider koppelt zijn/haar observaties terug naar de woonbegeleider, die er zorg voor draagt dat deze observaties in het Elektronisch Patiënten Dossier terechtkomen. De meeste huishoudelijk begeleiders hebben geen scholing gehad, zij hebben vaak alleen de lagere school afgerond, een uitzondering daargelaten.

(PO&O, 2009³³)

Teammanagers

De teammanager draagt zorg voor de beleidsvoering binnen de vastgestelde kaders. Deze vastgestelde kaders worden opgesteld door het circuitmanagement. Het circuitmanagement geeft sturing aan de teammanagers en de teammanager geeft sturing aan het personeel op de werkvloer, zoals de casemanagers, de woonbegeleiders en de huishoudelijk begeleiders. Ook dragen zij zorg voor de kwalitatieve zorgverlening. De teammanagers bewaken onder andere de volgende resultaatgebieden: het leiding geven en de bedrijfsvoering, het beheer van het budget, materialen, administratieve processen, evalueren en tijdsbewaking vergaderingen.

(PO&O, 2009³⁴)

3.3 Wat is een respectvolle bejegening en op welke manier geeft de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf hier invulling aan?

Voordat ik wil beginnen met het uitleggen op welke manier de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf invulling geeft aan een respectvolle bejegening, vind ik het belangrijk om te definiëren wat respect inhoudt en wat het woord bejegening betekent.

“Respect is het kijken naar de ander, waardoor je de kwaliteit van die ander beter waarneemt en je jezelf wat minder belangrijk maakt ten opzichte van die ander (creëert bescheidenheid).”

(www.encyclo.nl)³⁵

“Bejegening is de manier waarop de zorgverlener en de zorgvrager met elkaar omgaan. Dit moet op een respectvolle manier met wederzijds vertrouwen gebeuren. De zorgverlener en zorgvrager behoren als gelijkwaardige met elkaar om te gaan”.

(www.encyclo.nl)³⁶

Naar aanleiding van mijn onderzoek naar gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf heb ik een openvragenlijst naar mijn collega's afgenomen. In deze openvragenlijst staan vragen die betrekking hebben op hoe de hulpverlening invulling geeft aan de bejegening, wat zij de belangrijkste waarden in hun werk vinden, wat de hulpverlening zouden willen leren en op welke manier de hulpverlening graag zouden willen worden gezien. Wanneer hulpverlening een eigen visie creëert, door middel van het beschrijven op welke manier zij zouden willen worden benaderd, hoe zij zichzelf zien en wat zij belangrijk vinden, beschrijven zij eigenlijk een handleiding voor een gastvrije visie. Hier kom ik op terug ik hoofdstuk 4.

³³ Bron: Functieomschrijving Huishoudelijke begeleiding, auteur PO&O, Uitgever GGZ Drenthe, 2009.

³⁴ Bron: Functieomschrijving Teammanager, auteur PO&O, Uitgever GGZ Drenthe, 2009.

³⁵ Bron: www.encyclo.nl.

³⁶ Bron: www.encyclo.nl.

In mijn openvragenlijst heb ik rekening gehouden met de drie uitgangspunten die Erik Bosch ³⁷, in zijn boek beschrijft. Deze drie uitgangspunten staan hieronder kort beschreven.

1. Visie:

“Met de visie geeft de organisatie aan hoe de hulpverlening, met de cliënt moet omgaan, hoe de hulpverlening de patient moet bejegenen. In een heldere visie staat omschreven hoe een organisatie wil dat haar medewerkers met elkaar omgaan, en met haar patiënten. Wanneer collega's onderling niet op een respectvolle manier met elkaar omgaan, heeft dit zijn uitwerking op de patiënt.”

*Voorbeeld 7, respect hebben voor de eigenheid en de vaardigheden van de patiënt:
Bij het verstrekken van de maaltijden, signaleert de huishoudelijke begeleiding dat patiënt J. met regelmaat zijn maaltijden laat staan. In de overdracht koppelen zij deze informatie terug naar de casemanager van patiënt J., die vervolgens met patiënt J. hierover in gesprek gaat. In het gesprek dat patiënt J. voert met zijn casemanager blijkt dat patiënt J. het eten van de centrale keuken helemaal niet lekker vindt. Hij benoemt dat hij veel liever zelf zou willen koken, omdat hij dan de maaltijden klaar kan maken die hij lekker vindt. Als de casemanager aan patiënt J. vraagt wat hij dan bijvoorbeeld zou gaan koken, antwoordt patiënt J.: “Ik zou dan witte rijst met bruine bonen willen koken, dit maakte ik vroeger in Suriname ook altijd klaar.”*

In dit gesprek bespreekt de casemanager met patiënt J. dat hij drie dagen per week zelfstandig mag gaan koken. Vervolgens meldt de casemanager patiënt J. af bij de centrale keuken voor drie dagen per week. Hij regelt het geld voor patiënt J., zodat die zijn eigen maaltijden kan gaan koken.

2. Attitude:

“Met attitude geeft de hulpverlening de visie in de praktijk gestalte: bijvoorbeeld je verplaatsen in de ander, zoeken naar de betekenis van gedrag, iemand daadwerkelijk bejegenen zoals de hulpverlening ook bejegend zou willen worden en samenwerken met anderen.”

*Voorbeeld 8,
Al een aantal dagen valt het op dat de heer M. moeilijk te wakker is te krijgen in de ochtenden. De casemanager van de heer M. besluit om dit in een gesprek aan te orde te brengen. Wanneer de casemanager dit samen met de heer M. bespreekt, benoemt de heer M.: “Ik kan in de avond moeilijk in slaap vallen, waardoor ik in de ochtenden moeilijk wakker kan worden. Ik wil dit wel graag, omdat ik mij dan beter voel.” De casemanager benoemt naar de heer M. dat de begeleiding hem wel wakker wil maken in de ochtend, maar dat de begeleiding niet goed weet hoe dit moet, omdat zij niet weten hoe de heer M. graag wakker wil worden gemaakt. De heer M. benoemt dat hij het fijn zou vinden als de begeleiding een nat washandje over zijn hoofd heen haalt.*

*Voorbeeld 9, een luisterend oor, kijken naar mogelijkheden, niet naar onmogelijkheden:
In een gesprek met begeleiding vertelt de heer S. dat hij zich ongelukkig voelt binnen de Klateringerweg. “Ik word gezien als patiënt en niet als individu. Vroeger had ik een mooi leven: ik had een baan, een auto, een vriendin en een kleine meid thuis. Op een gegeven moment raakte ik aan de drugs en belandde ik door mijn gebruik ik het criminele circuit. Dit omdat ik mijn gebruik moest onderhouden. Dit deed ik door middel van autodiefstal. Mijn vriendin wist van niets, totdat ik werd opgepakt. Zij is toen bij mij weggegaan en heeft mijn dochter meegenomen. Wat ben ik dom geweest, ik ben alles en iedereen kwijt geraakt door mijn*

³⁷ Bron: *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten*, Auteur Erik Bosch, Uitgeverij: H. Nelissen | Soest, 5^e druk 2007.

gebruik, door mijn verleden. Ik word nu dagelijks geconfronteerd met mijn verleden. Ik woon binnen een instelling tussen mensen die allemaal gek zijn en dan neemt de begeleiding mij ook niet serieus. Ik zou hier ooit wel weg willen, maar ik weet niet hoe.”

De begeleiding zit naast de heer S. en luistert aandachtig naar zijn verhaal en stelt tussendoor een aantal vragen. De heer S. benoemt dat hij graag contact zou willen met zijn dochter, maar dat hij bang is dat zijn dochter hem ook als patiënt ziet en niet als persoon. Ook zou hij graag een keer bij zijn moeder op bezoek gaan. “Ik heb mijn moeder drie jaar geleden voor het laatst gezien in de rechtszaal. Zij is niet meer mobiel en is niet in de gelegenheid om hier naartoe te komen”. De begeleiding zegt: “Ik kan me voorstellen dat het moeilijk voor je is om zo ver van je familie vandaan te zijn, zou je een keer naar je moeder toe willen gaan?” “Kan dat dan?” vraagt de heer S, “Kan ik naar mijn moeder toe?” “Natuurlijk kun jij op bezoek bij je moeder. Ik ga het aan je casemanager voorstellen, dan kan deze dat voor jou regelen.”

3. Zelfreflectie:

“Met de kritische zelfreflectie kom je als persoon nog dichterbij je diepere drijfveren, bij je eigen ik. Je kijkt heel scherp naar je eigen handelen, je houding en je persoonlijkheid. Met kritische zelfreflectie vraag jij je bijvoorbeeld af wie je in werkelijkheid bent, hoe je geworden bent tot wie je nu bent, hoe weinig normatief je bent en in hoeverre jezelf accepteert. Daarnaast ga jij bij jezelf na wat jou handelen voor effect heeft op de ander.”

Voorbeeld 10: zelfreflectie

Ik vind het moeilijk om feedback te geven aan mijn collega's. Dit omdat ik mij niet bij iedereen even vertrouwd en veilig voel om dit te kunnen doen. Dit heb ik nooit goed gekund. Ik ervaar dit bij mezelf als negatief, omdat ik wel dingen signaleer, mijn conclusies trek, maar moeite heb om deze neer te leggen bij desbetreffende persoon. Ik weet ook dat als ik het niet zeg tegen deze personen, dit mijn negatieve denken over die personen versterkt, waardoor ik de goede kanten van personen niet meer zie. Het is een leerdoel voor mezelf en hiervan zal ik mij zowel binnen mijn werkveld als privé altijd bewust moeten zijn. In de laatste intervisie binnen het team heb ik dit kenbaar gemaakt en gevraagd of collega's mij hierbij willen helpen. Dit helpt voor mij. Mijn collega's begrijpen mij beter, waardoor ik mezelf ook kan blijven ontwikkelen.

3.4 Aanleiding van de openvragenlijsten

In mijn openvragenlijst heb ik vragen beschreven die gaan over een respectvolle bejegening van de patiënt. Door middel van deze vragenlijst moesten de hulpverleners gaan kijken naar hoe zij graag willen worden behandeld binnen de instelling, welke benadering zij graag zouden willen krijgen. Daarnaast heb ik gevraagd aan de hulpverleners welke waarden zij van essentieel belang vinden binnen hun werkveld en privé, omdat zij deze waarden altijd zullen nastreven in de omgang met patiënten. Ik heb de vragenlijsten verwerkt in tabellen en diagrammen, die u in de bijlage 1 kunt terugvinden. Hieronder zal ik beschrijven wat de uitkomsten van deze vragen waren.

3.5: De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 8³⁸, als jij binnen Duurzaam

verblijf zou wonen, hoe zou jij dan behandeld willen worden?

Van de respondenten antwoordde 72% dat zij in hun behandeling met respect bejegend zouden willen worden. De respondenten zouden van de hulpverlening verwachten dat de respondent in de behandeling hen met openheid en eerlijkheid zou bejegenen. Dit door zowel de behandelaar, de

³⁸ **Tabel 8 en diagram 8:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 51

begeleiding als de overige disciplines. Wat hierin opvallend is, is dat de respondenten niet uitleggen wat zij onder respect verstaan.

Van de respondenten beschrijft 20% dat zij graag de zorg en activiteiten zouden willen ontvangen die er zorg voor dragen dat de respondenten zichzelf zouden kunnen ontwikkelen. Hierin benoemen de respondenten dat zij het belangrijk vinden dat hulpverlening zou luisteren naar de wensen en behoeften die zij uiten, en dat de respondent samen met de hulpverlening vanuit deze wensen en behoeften samen een plan van aanpak maken, waarin de respondenten zichzelf zouden kunnen ontwikkelen.

Van de respondenten zou 64% graag als mens worden gezien in plaats van als patiënt. Hierin zouden zij een gelijkwaardige relatie willen hebben. De hulpverlening geeft hiermee aan dat zij de patiënt in de eerste plaats als gelijkwaardig zien en als mens. Binnen de hulpverlening wordt een gelijkwaardige relatie nagestreefd, maar in de praktijk gebeurt dit zelden. Dit komt doordat een hulpverlener en een patiënt nooit een gelijkwaardige relatie kunnen hebben. In een zorgrelatie horen wij te spreken van een evenwaardige zorgrelatie, omdat de hulpverlening dan de kwaliteiten van de patiënt optimaal benut. Ik wil hierbij graag een citaat noteren van Erik Bosch³⁹.

Er is geen sprake van een gelijkwaardige zorgrelatie. De posities van de patiënt en de hulpverlening zijn daarvoor immers te verschillend. De patiënt is ziek en verkeert daarvoor te vaak in een natuurlijke, afhankelijke, verzwakte positie. De hulpverlening daarentegen is niet ziek en wordt verondersteld zijn gehele vakbekwaamheid te benutten en ter beschikking te stellen aan de patiënt. Het is daarom beter om bij partnerschap te spreken over evenwaardigheid. In de evenwaardige zorgrelatie behoudt de patiënt de zelfcontrole en worden de verschillende kwaliteiten optimaal benut.

Van de respondenten benoemt 8% dat zij graag een eenduidige relatie zouden willen ontvangen, waarin men zich aan de gemaakte afspraken houdt. Binnen Duurzaam verblijf maakt de hulpverlening vaak afspraken met patiënten, waarbij de hulpverlening niet altijd in staat is om zich aan deze afspraken te kunnen houden. Dit komt bijvoorbeeld doordat er een onverwachte situatie tussendoor komt, of doordat om andere redenen deze afspraken niet doorgaan. Wat betreft de eenduidige benadering komt het vaak voor dat het onduidelijk is hoe een patiënt graag wil worden benaderd, of dat hulpverlening inschat dat de patiënt op een andere manier moet worden benaderd. De respondenten benoemen dat deze manier van werken zorgt voor duidelijkheid, en dat zij door het verkrijgen van deze duidelijkheid veiligheid ervaren.

Verder benoemt 8% van de respondenten dat wanneer zij zouden zijn opgenomen binnen Duurzaam verblijf, zij graag zouden zien dat de hulpverlening gebruik maakt van zijn of haar vaardigheden. Op deze manier zouden de respondenten het gevoel van zelfstandigheid ervaren, waardoor de respondenten zichzelf zouden kunnen ontwikkelen. Daarnaast zou het fijn zijn wanneer iemand hen een compliment geeft voor zijn of haar zelfstandigheid. Ook benoemen deze respondenten dat zij het als prettig zouden ervaren wanneer de hulpverlening hen bedankt voor het feit dat zij er zijn. Ik citeer hierbij een respondent⁴⁰:

“Ik zou willen dat mij, als de situatie dat toe zou laten en als de tijd er juist voor zou zijn, verteld zou worden dat zonder mij, men diens werk niet zou kunnen doen. Omdat cliënten nodig zijn voor het werk van de hulpverlener. Het zou mij het gevoel/ idee geven nodig te zijn. Zelfs als ik ernstig ziek zou zijn en niet meer binnen de maatschappij zou kunnen functioneren”

³⁹ Bron: *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten*, Auteur Erik Bosch, Uitgeverij: H. Nelissen | Soest, 5^e druk 2007, pagina 34.

⁴⁰ Bron: *Openvragenlijst, respondent A.G., functie woonbegeleider*.

3.6: De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 9⁴¹, wat denk jij in je behandeling nodig te hebben?

Van de respondenten benoemt 32% dat in zijn of haar behandeling zorg, aandacht en ondersteuning nodig zouden zijn. De respondenten vinden het hierin belangrijk dat er iemand is die zijn of haar wensen zou kunnen vertalen naar een doel dat realistisch en uitvoerbaar zou zijn.

Van de respondenten benoemt 16% het belangrijk te vinden wanneer zij vertrouwen kunnen hebben in de hulpverlening. De respondenten zouden het als prettig ervaren wanneer de hulpverlening zich opstelt als een gesprekspartner, die hen coacht in gesprekken, in de behandeling en problemen en die zich daarnaast empathisch kan opstellen.

Verder benoemt 48% van de respondenten het nodig te hebben om duidelijkheid en structuur te ontvangen in hun behandeling. Dit door middel van bijvoorbeeld het ondernemen van activiteiten, het hebben van een dagprogramma, het hebben van een duidelijk beeld wat van hen wordt verwacht.

Van de respondenten benoemt 32% dat wanneer zij zouden zijn opgenomen binnen Duurzaam verblijf zij het prettig zouden vinden wanneer zij rust ervaren binnen een omgeving waarin zij zichzelf mogen zijn. De respondenten vinden het belangrijk om samenspraak en betrokkenheid te ervaren, waarbij er geen sancties worden opgelegd, maar waarbij er wordt gekeken naar mogelijkheden.

Verder benoemt 12% van de respondenten graag tijd te willen hebben om zo nodig ook meer inzicht te krijgen in het ziektebeeld.

3.7: De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 10⁴², hoe zou jij door de hulpverlening benaderd willen worden?

Van de respondenten benoemt 56% dat zij graag als mens benaderd zouden willen worden in plaats van als patiënt.

Verder beschrijft 52% van de respondenten dat zij met respect, duidelijkheid, eerlijkheid en met openheid zouden willen worden benaderd. Dit door mensen die een luisterend oor bieden aan de problemen die de respondenten vertellen en aan de wensen en behoeften die zij benoemen. Dit op een rustige, vriendelijk en vooral een uitnodigende manier.

Van de respondenten beschrijft 12% dat zij zouden willen worden benaderd ten aanzien van hun mogelijkheden en niet ten aanzien van de onmogelijkheden. Hiermee bedoelen de respondenten dat zij willen worden benaderd op wat het gezonde deel nog kan en niet op basis van het ziektebeeld en de verslaving die beperkingen met zich meebrengen.

Verder geeft 12% van de respondenten aan dat zij graag zouden willen worden benaderd op een gepaste afstand en niet op een vriendschappelijke manier. Daarnaast zouden de respondenten het onprettig vinden wanneer het contact met de hulpverlening te opdringerig en te veeleisend zou zijn.

Wat opvallend is aan het voorgaande, is dat een beeld wordt geschetst van de visie, de attitude en de manier waarop de hulpverlening zelf zou willen worden benaderd, maar ook van hoe zij patiënten benaderen. Mijns inziens zijn voorgaande antwoorden met elkaar verweven en creëert het voorgaande de visie die de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf wil uitdragen.

⁴¹ **Tabel 9 en diagram 9:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 52

⁴² **Tabel 10 en diagram 10:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 53

Wanneer iemand als mens wil worden benaderd, kijk je naar de mogelijkheden van een persoon en niet naar de onmogelijkheden. In een zorgrelatie moet je een luisterend oor kunnen bieden, wanneer je de wensen en behoeften wilt kunnen vertalen naar een doelstelling. Dit doe je door middel van samenspraak, betrokkenheid, openheid en eerlijkheid bij de desbetreffend persoon, waardoor een patiënt vertrouwen krijgt in de hulpverlening. In een zorgrelatie coach je de patiënt naar een optimaal functioneren, waarbij je gepaste afstand bewaart, maar jezelf tegelijkertijd als instrument kan inzetten in deze zorgrelatie.

3.8 De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 11⁴³, wat zou jij willen leren in je werk?

Van de respondenten benoemt 24% dat zij graag meer vakinhoudelijke dingen zouden willen leren. Hierin beschreven de respondenten dat zij graag meer kennis zouden willen hebben over de ziektebeelden. Daarnaast zouden de respondenten meer kennis willen hebben over wat het effect is van drugsgebruik bij patiënten. Binnen Duurzaam verblijf heeft de hulpverlening dagelijks te maken met zowel het ziektebeeld als de verslaving. Hierin is het soms moeilijk te bepalen welke van deze twee problemen het meest centraal staat, zodat hier tijdig actie op kan worden ondernomen.

Van de respondenten geeft 4% aan dat zij graag zouden willen leren om bepaalde situaties of gebeurtenissen beter te kunnen relativeren. Dagelijks wordt de hulpverlening geconfronteerd met het aangeven van grenzen, of normen en waarden die haaks staan op de eigen beleving van de hulpverlener. Dit houdt in dat hulpverleners veel met elkaar moet praten over deze grenzen en de eigen beleving. Wanneer dit met regelmaat wordt besproken binnen een team en de hulpverlening zich bewust wordt van de eigen grenzen, andermans grenzen en de eigen beleving hierbij, creëer je een veilige basis, waarin de hulpverlening elkaar onderling beter kan opvangen. Daarnaast vinden de respondenten het belangrijk om handvatten te krijgen hoe zij met deze gebeurtenissen of situaties moeten omgaan, zodat zij zekerder van zichzelf worden.

Verder geeft 28% van de respondenten aan dat zij zouden willen leren om zelfstandiger te zijn binnen het werkveld. Dit heeft betrekking op het nemen van beslissingen. Soms vereist een situatie direct handelen. Hierin krijg je geen ruimte om af te wachten en zul je een beslissing moeten nemen. Wanneer jij onzeker bent over jezelf, omdat je bepaalde dingen niet weet, is het handig om hier meer ondersteuning in te krijgen. Daarnaast benoemen de respondenten dat zij zouden willen leren om meer inbreng te hebben of te geven binnen het team.

Van de respondenten benoemt 12% dat zij zouden willen leren hoe zij tactisch feedback kunnen geven aan een collega. Binnen Duurzaam verblijf heerst een aanspreekcultuur. Wanneer je iets signaleert, wordt er van je verwacht dat je hierop reageert en elkaar aanspreekt op het gedrag. Wanneer je dit als persoon niet gewend bent, of vanuit een ander referentiekader handelt, dan is het om je als persoon staande te houden in een aanspreekcultuur. Vanuit de organisatie zal er dan ondersteuning aangeboden moeten worden.

⁴³ **Tabel 11 en diagram 11:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 54

3.9 De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 12⁴⁴, wat zijn voor jou de belangrijkste waarden?

Van de respondenten benoemt 28% dat zij het krijgen van erkenning en waardering belangrijk vinden. De respondenten vinden het belangrijk wanneer zij met andere mensen een gelijkwaardige relatie hebben. Hierin spreken zij niet alleen over de relatie tot de patiënt, maar ook privé en naar collega's toe. Binnen het werk vinden zij de waarden humor en enthousiasme belangrijk.

Verder benoemt 60% van de respondenten dat zij respect, acceptatie en iemand in zijn eigen waarde laten belangrijk vinden. Hierin benoemen de respondenten dat het belangrijk is om te kunnen samenwerken en dat collega's zich aan de gemaakte afspraken houden.

Van de respondenten geeft 52% aan vertrouwen, eerlijkheid, echtheid, geduld, begrip, discretie, integriteit en elkaar kunnen aanspreken op het gedrag belangrijke waarden te vinden.

Verder geeft 4% van de respondenten aan respect belangrijk te vinden, maar zij vinden wel dat er een verschil is tussen respect hebben voor een collega, of respect hebben voor een patiënt.

3.10 De resultaten van de openvragenlijst, tabel en diagram nummer 13⁴⁵, op welke manier zou jij je graag willen laten zien binnen je werkveld?

Van de respondenten benoemt 32% dat zij graag zichzelf willen laten zien binnen het werkveld. Dit betekent dat de respondenten zichzelf zijn op de werkvloer en zichzelf als instrument inzetten in de relatie met de patiënt. Dat houdt in dat de respondenten de eigen persoonlijkheid gebruiken om de patiënt tot nadenken te stemmen, zichzelf te laten ontwikkelen en te laten zien dat het niet erg is om je kwetsbaar op te stellen tegenover iemand anders. De respondenten benoemen dat zij het belangrijk vinden om echt te zijn in het contact met de patiënt.

Verder beschrijft 32% van de respondenten dat zij zichzelf als professioneel willen laten zien op de werkvloer. Zij benoemen dat zij het belangrijk vinden dat zij een open houding hebben en daardoor toegankelijk zijn voor zowel patiënten als collega's.

Voorts geeft 40% van de respondenten aan dat zij zich graag met een open houding en oprecht willen opstellen naar de medemens.

In mijn beleving neem jij jezelf altijd mee op de werkvloer, omdat je vanuit een bepaalde visie handelt. Deze visie heb je meegekregen in je opvoeding, je omgeving, je normen en waarden en door middel van je eigen ervaring. Hierin is het wel van belang je af te vragen op welke manier jij je inzet en wat het effect hiervan is op de ander. Het is niet de bedoeling dat jij jezelf projecteert op de ander. Jezelf als instrument inzetten moet wel de doelstelling hebben dat de ander zich zal ontwikkelen, of naar zichzelf zal gaan kijken. Professionaliteit is hierin een vereiste. Dit houdt in dat je een gepaste afstand bewaart en je eigen grenzen goed bewaakt.

⁴⁴ **Tabel 21 en diagram 12:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 55

⁴⁵ **Tabel 13 en diagram 13:** Zie bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen bladzijde 55

Hoofdstuk 4

Op welke manier past de visie van gastvrije zorg binnen de visie van Duurzaam verblijf?

Paragraaf 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijf ik op welke manier de visie van gastvrije zorg binnen de visie van Duurzaam verblijf past. Hierbij maak ik gebruik van de voorgaande hoofdstukken. Dit, omdat in de voorgaande hoofdstukken verschillende thema's aan bod zijn gekomen, die weergeven op welke manier de patiënt en de hulpverlener hun visie op gastvrije zorg beschrijven. In dit hoofdstuk ga ik vanuit deze twee standpunten een terugkoppeling maken, waarin ik de visie op gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf ga beschrijven.

4.2: Wat is de visie van de hulpverlening op gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

Binnen Duurzaam verblijf hanteren wij de visie *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*⁴⁶. In deze visie, zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, streven wij ernaar dat ieder individu binnen Duurzaam verblijf een behandeling verdient die op de persoon is toegespitst. Zo wordt er per persoon gekeken naar de mogelijkheden, het toekomstperspectief en de eigen wensen en behoeften van de patiënt, zodat de patiënt de gelegenheid krijgt om zichzelf zo optimaal mogelijk te ontwikkelen.

Maar wat is dan de visie op gastvrije zorg? Wanneer wij de definitie van gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf gaan toelichten, dan ziet deze er als volgt uit:

“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen: Het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, daarbij het individu waarderen en respecteren en die ondersteuning aanbieden waar het individu baat bij heeft en waarbij het individu centraal staat.

Dit houdt in dat de hulpverlening haar patiënten als gasten ziet, zij deze zal waarderen en respecteren en haar gasten de ondersteuning zal gaan aanbieden waardoor de gast zich optimaal zal kunnen ontwikkelen, waarbij de gast gehoord wordt in zijn wensen en behoeften.

4.2.1: Welke manier van bejegening vindt de hulpverlening het meest belangrijk binnen gastvrije zorg?

In de bejegening van andere mensen binnen het kader van gastvrije zorg vindt de hulpverlener in het contact met de patiënt de volgende aspecten belangrijk:

- Je ziet iemand als een individu met mogelijkheden, in plaats van iemand met beperkingen.
- In de bejegening heb je respect voor de ander.
- Je bent duidelijk, eerlijk en open naar de ander.
- In de bejegening heb je gepaste afstand.

4.2.2: Wat verwacht de hulpverlening van de organisatie:

In het kader van mijn onderzoek in gastvrije zorg binnen de instelling heb ik aan mijn collega's gevraagd wat zij nodig zouden zijn in hun behandeling binnen Duurzaam verblijf. Wanneer ik het woord behandeling in deze vraag verwijder en het woord werk invul binnen deze vraag, dan krijg ik antwoord op de volgende vraag:

Wat ben jij nodig in je werk binnen Duurzaam verblijf?

⁴⁶ Bron: Visiedocument *Ongelijke monniken, ongelijke kappen*, auteur O. de Haas, 11 februari 2009.

De hulpverlening verwacht van de organisatie in het kader van gastvrije zorg het volgende:

- Duidelijkheid en structuur.
- Samenspraak en betrokkenheid.
- Gesprekspartner.
- Coachen.
- Aandacht en ondersteuning.
- Vertrouwen.

De hulpverlening verwacht van de organisatie dat de organisatie hen duidelijkheid verschaft over wat er van de hulpverlening wordt verwacht. Hierin kun je denken aan bijvoorbeeld het beleid en de visie die er binnen de organisatie wordt nagestreefd.

Binnen Duurzaam verblijf vindt de hulpverlening samenspraak en betrokkenheid belangrijk. Hierin speelt communicatie een grote rol. De hulpverlening vindt het belangrijk dat de organisatie hen informeert, en waar mogelijk betreft bij het nemen van beslissingen binnen Duurzaam verblijf. Hierin vindt de hulpverlening het belangrijk waarneer de organisatie een luisterend oor biedt aan de hulpverlening. Zij willen gehoord worden in de problemen, of knelpunten waarmee zij dagelijks geconfronteerd worden. De hulpverlening verwacht van de organisatie dat de organisatie hen coacht zodat de hulpverlening zich optimaal kan ontwikkelen en aandacht heeft voor de hulpverlening zodat deze het hoofd kan bieden aan problemen of knelpunten op de werkvloer..

4.3: Wat is de visie van de patient op gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

Wanneer wij spreken van gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf, staat in mijn beleving de patient centraal. In hoofdstuk 2 heb ik de uitkomsten van de enquête en de open vragenlijst behandeld en hebben de patiënten uitgelegd wat gastvrije zorg voor hen inhoudt.

Omdat de patiënten een andere belevingswereld hebben, of vanuit een ander referentiekader handelen, wil ik voor de definitie gastvrijheid vanuit de visie van de patient een andere definitie gaan beschrijven, dan de definitie van de hulpverlening.

*“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen:
Het ontvangen en onderhouden van gasten, deze gasten iets kunnen aanbieden, daarbij het individu waarderen en respecteren ongeacht zijn/haar culturele achtergrond en veiligheid centraal staat”.*

Dit houdt in dat patiënten wanneer zij bezoek ontvangen de patient het belangrijk vindt om zijn/haar visite eten of drinken aan te kunnen bieden. Daarnaast vinden zij het belangrijk om de ander in dit contact te respecteren en te waarderen, ongeacht de nationaliteit van de persoon. De patient vindt de eigen veiligheid het belangrijkste aspect binnen de gastvrije zorg.

4.3.1: Welke manier van bejegening vindt de patient het meest belangrijk binnen gastvrije zorg?

In de bejegening van andere mensen binnen het kader van gastvrije zorg vindt de patient de volgende aspecten belangrijk:

- In de bejegening laat je elkaar in hun waarde.
- Je hebt begrip voor de situatie.
- Je neemt de ander serieus in zijn/haar verhaal.
- Je kunt je eigen gevoel benoemen in het contact.
- Je bent belangstellend.
- Ondersteuning bieden waar het nodig is, maar het streven is zelfstandigheid.
- Je ziet iemand als individu met mogelijkheden.

4.4: Wat zijn de kernwaarden van gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

Binnen Duurzaam verblijf zijn waarden gemeenschappelijke overtuigingen die zichtbaar worden in het handelen van ieder personeelslid, of iedere patiënt binnen de organisatie. Een waarde is een richtlijn voor het denken en handelen van ieder individu.

Binnen Duurzaam verblijf verblijven patiënten met uiteenlopende nationaliteiten. Dit houdt in dat wanneer je te maken krijgt met deze verschillende nationaliteiten, je automatisch ook te maken krijgt met verschillende waarden. Dit omdat dit cultuurafhankelijk is en het ook afhankelijk is van in welke omgeving je bent opgegroeid, welke normen en waarden je vanuit deze omgeving hebt meegekregen. Zowel de hulpverlening als de patiënten geven aan de volgende waarden van essentieel belang te vinden binnen Duurzaam verblijf.

1. Respect:

Respect betekent dat je de ander in zijn/haar waarde laat, je niet bevooroordeeld opstelt tegenover de ander en in deze zorgrelatie gepaste afstand bewaart. Hierin is het belangrijk dat jij je op professionele wijze als jezelf laat zien. Jezelf zijn binnen een zorgrelatie betekent dat jij echt en geloofwaardig bent en je daardoor van een evenwaardige relatie kunt spreken.

“Respect is het kijken naar de ander, waardoor je de kwaliteit van die ander beter waarneemt en je jezelf wat minder belangrijk maakt ten opzichte van die ander (creëert bescheidenheid)”. (www.encyclo.nl)⁴⁷

2. Bejegening:

In de bejegening wordt het door zowel de hulpverlening als de patiënt op prijs gesteld wanneer zij elkaar respecteren en accepteren. In de bejegening zouden zij de volgende

aspecten belangrijk vinden: vertrouwen, eerlijkheid, openheid, geduld, begrip, discretie, integriteit en elkaar kunnen aanspreken op het gedrag.

“Bejegening is de manier waarop de zorgverlener en de zorgvrager met elkaar omgaan. Dit moet op een respectvolle manier met wederzijds vertrouwen gebeuren. De zorgverlener en zorgvrager behoren als gelijkwaardige met elkaar om te gaan”. (www.encyclo.nl)⁴⁸

3. Erkenning en waardering:

Iemand erkennen betekent dat je iemand ziet als persoon, dat je de mogelijkheden en onmogelijkheden van die persoon ziet, begrip kunt tonen en je daarnaast kunt inleven in de situatie van de persoon. Iemand waarderen, betekent dat je het besef hebt dat iets of iemand waardevol en uniek is. Iemand kunnen complimenteren voor hetgeen iemand doet. Iemand complimenteren voor iets wat diegene doet, geeft het gevoel van erkenning en waardering.

4. Privacy en Rust:

Een omgeving waar iemand zichzelf kan zijn, zijn mogelijkheden en onmogelijkheden mag tonen zonder bang behoeven te zijn voor kritiek. Zowel de hulpverlening als de patiënten benoemen dat het verblijven binnen een rustige omgeving, zorg draagt voor een veilige basis, waarin sprake is van betrokkenheid en samenspraak. Dit gevoel draagt zorg voor een wederzijds vertrouwen, waarin van een evenwaardige relatie kan worden gesproken.

⁴⁷ Bron: www.encyclo.nl.

⁴⁸ Bron: www.encyclo.nl.

Hoofdstuk 5

De samenvatting en conclusie.

Paragraaf 5.1, Aanleiding van het onderzoek en de centrale vraagstelling:

Gastvrijheid staat momenteel enorm in de belangstelling. Dit vanwege de zorgmarkt in Nederland, werken steeds meer zorginstellingen aan een strategie om zichzelf als klantgericht neer te zetten, waarbij de klant centraal staat. Op deze manier proberen zorginstellingen de bewust kiezende zorgvrager naar zich toe te trekken.

Ook binnen het Duurzaam verblijf wordt gastvrije zorg geïntroduceerd. Maar wat houdt gastvrije zorg in? Op welke manier geeft Duurzaam verblijf invulling aan gastvrije zorg? Op dit moment heeft het Duurzaam verblijf niet helder in beeld wat gastvrije zorg precies inhoudt binnen Duurzaam verblijf en op welke manier zowel de hulpverlener als de patiënten aankijken tegen gastvrije zorg.

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe kan het Duurzaam verblijf vanuit haar keuze om een gastvrije instelling te zijn, de patiënten en hulpverlening meer betrekken bij de organisatie?

De doelstelling van het onderzoek:

In juni 2010 is er een aanbeveling gedaan naar het circuitmanagement van Duurzaam verblijf, hoe Duurzaam verblijf zich kan verbeteren in haar gastvrijheid. Dit met betrekking tot de bejegening van zowel de patiënt als het personeel.

Paragraaf 5.2, De conclusie:

5.2.1,

Deelvraag 1: Wat zijn de wensen en behoeften van de patient met betrekking tot gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

In mijn onderzoek heb ik door middel van een enquête en een open vragenlijst de wensen en behoeften van de patient met betrekking tot gastvrije zorg geïnterviewd. Hier zijn verschillende resultaten naar voren gekomen, die u hebt kunnen lezen in hoofdstuk 2. De volgende aspecten vindt de patient binnen de visie van gastvrije zorg belangrijk:

Definitie gastvrijheid vanuit de visie van de patient:

“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen:

Het ontvangen en onderhouden van gasten, deze gasten iets kunnen aanbieden, daarbij het individu waarderen en respecteren ongeacht zijn/haar culturele achtergrond en veiligheid centraal staat

1. De patient wil meer zeggenschap hebben binnen zijn/haar behandeling:
Dit houdt in dat de patient meer betrokken wil zijn bij het maken van een begeleidingsplan en zijn/haar behandelingsplan. Daarnaast geeft de patient aan, graag een uiteenzetting te willen hebben van zijn/haar behandeling.
De patient wordt in de praktijk door de hulpverlening benaderd voor het maken van een begeleidingsplan/behandelingsplan, maar de patient gaat vaak niet op de uitnodiging in om deze samen met de hulpverlening te maken. In de uiteenzetting van de behandeling hebben de casemanager en de behandelaar een grote rol. Zij moeten samen met de patient een te volgen traject gaan uitzetten, waardoor het toekomstperspectief van de patient helder in kaart wordt gebracht.

2. De patient vindt de bejegening in de omgang met zowel de hulpverlener als zijn/haar medepatiënt belangrijk binnen de visie van gastvrije zorg. Hierin benoemen zij de volgende aspecten:
 - In de bejegening laat je elkaar in hun waarde.
 - Je hebt begrip voor de situatie.
 - Je neemt de ander serieus in zijn/haar verhaal.
 - Je kunt je eigen gevoel benoemen in het contact.
 - Je bent belangstellend.
 - Ondersteuning bieden waar het nodig is, maar het streven is zelfstandigheid.
 - Je ziet iemand als individu met mogelijkheden.
3. Binnen de visie van gastvrije zorg vindt de patient dat het thema veiligheid centraal hoort te staan binnen Duurzaam verblijf. Zij zouden graag zien dat de hulpverlening of de organisatie hen hier ondersteuning in biedt.

Paragraaf 5.2.2,

Deelvraag 2: Wat is de rol van de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf in het bieden van gastvrije zorg en op welke manier geeft de hulpverlening invulling aan gastvrije zorg binnen Duurzaam verblijf?

In mijn onderzoek heb ik door middel van een open vragenlijst en observaties geprobeerd om in kaart te brengen welke rol de hulpverlening heeft in het aanbieden van gastvrije zorg en op welke manier de hulpverlening invulling geeft aan gastvrije zorg.

Definitie gastvrijheid vanuit de visie van de hulpverlening:

“Gastvrijheid” is het gebruik gastvrij te zijn en ook het gastvrij handelen zelf, dit wil zeggen: Het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, daarbij het individu waarderen en respecteren en die ondersteuning aanbieden waar het individu baat bij heeft en waarbij het individu centraal staat.

De hulpverlening vindt de volgende aspecten binnen de visie van gastvrije zorg belangrijk, namelijk:

- Je ziet iemand als een individu met mogelijkheden, in plaats van iemand met beperkingen.
- In de bejegening heb je respect voor de ander.
- Je bent duidelijk, eerlijk en open naar de ander.
- In de bejegening heb je gepaste afstand.

Zij verwachten van de organisatie hierin het volgende:

- Duidelijkheid en structuur.
- Samenspraak en betrokkenheid.
- Gesprekspartner.
- Coachen.
- Aandacht en ondersteuning.
- Vertrouwen.

Paragraaf 5.2.3,

Deelvraag 3, Op welke manier past de visie van gastvrije zorg, binnen de visie van Duurzaam verblijf?

Wanneer de hulpverlening en de patient gezamenlijk een gastvrije visie uitdragen en beide partijen weten van elkaar wat zij verstaan onder deze gastvrije visie, dan kun je ervan uitgaan dat de gastvrije visie, binnen de visie van Duurzaam verblijf past.

Beide partijen hebben dezelfde kernwaarden omschreven, die zij belangrijk vinden in zowel de bejegening naar elkaar toe, als de kernwaarden die passen binnen de leefomgeving van zowel de patient als de hulpverlener. Dit zijn de volgende waarden:

- Respect.
- Bejegening.
- Erkenning en waardering.
- Privacy en rust.

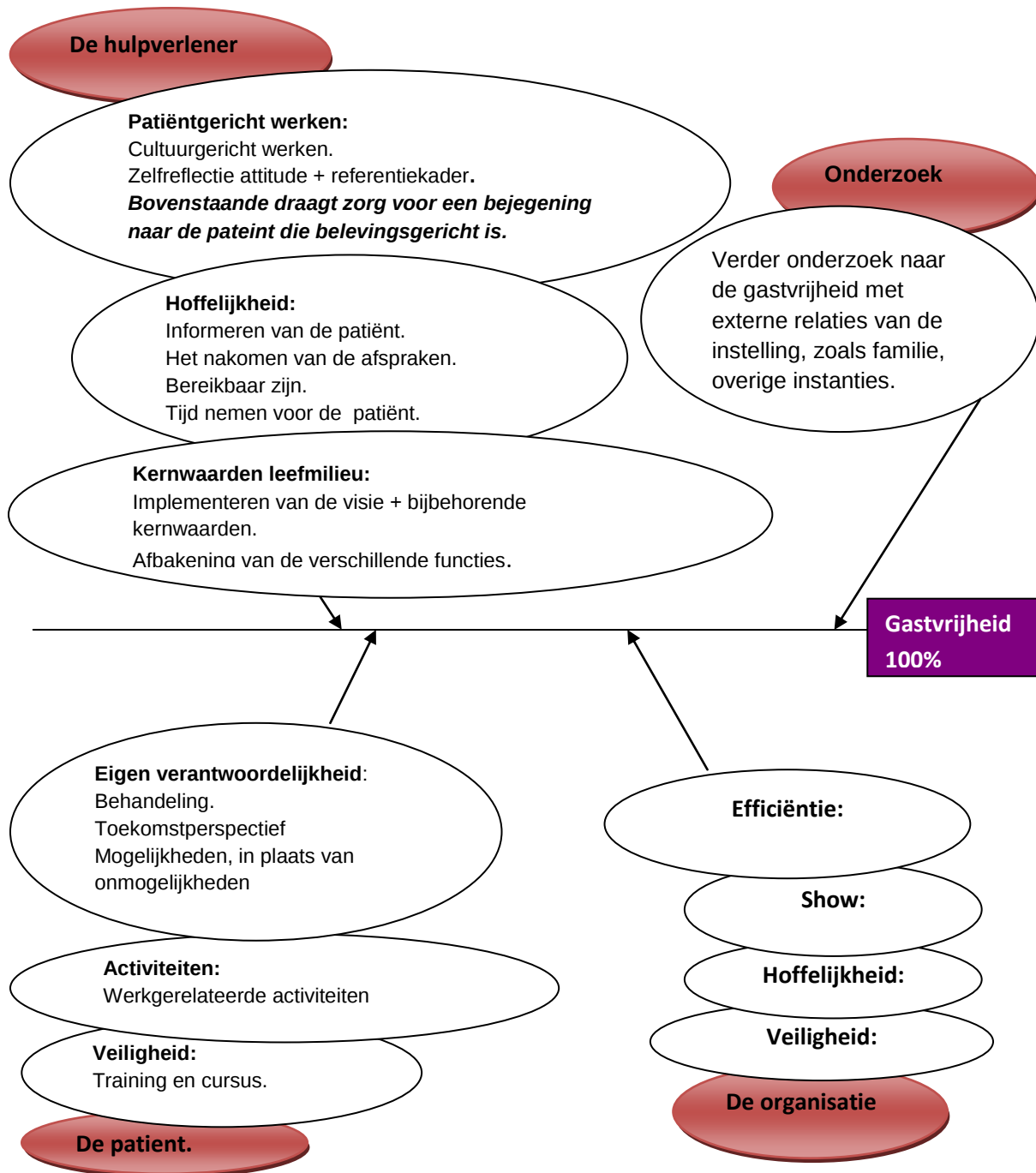
Hier wil ik graag de kernwaarden vanuit de visie Ongelijke monniken, ongelijke kappen aan toevoegen. Dit zijn de volgende:

- Reinheid.
- Regelmaat.

Paragraaf 5.3, De aanbeveling:

Aanbeveling voor de organisatie:

De aanbeveling voor de organisatie zou ik graag willen opdelen in drie stukken, namelijk de patiënt, de hulpverlening en de organisatie.



De uitleg van het schema:

In het midden van bovenstaande afbeelding staat een streep. Deze streep staat voor 100% Gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf. Zowel boven als onder de streep heb ik roze cirkels neergezet. Deze roze cirkels zijn de belangrijkste uitgangspunten voor mijn aanbeveling. Je leest de afbeelding als volgt:

Je begint bij een willekeurige roze cirkel. Daarna de eerstvolgende cirkel, totdat je bij de streep terecht bent gekomen. Dit is naar mijn inziens puntsgewijs een aanbeveling neerzetten.

Paragraaf 5.3.1, De hulpverlener:

Cultuurgericht werken:

Binnen het kader patiëntgericht werken past het thema cultuur. Binnen Duurzaam verblijf wonen en werken mensen met verschillende nationaliteiten. De hulpverlening ziet het als een multiculturele samenleving als vanzelfsprekend en benaderd deze patiënten vanuit de eigen referentiekader. Binnen Duurzaam verblijf is het belangrijk voor patiënten dat zij hun eigen cultuur kunnen behouden, binnen de normen en waarden van de Nederlandse samenleving. Dit houdt echter in dat hulpverlening meer kennis zal moeten vergaren over de verschillende nationaliteiten binnen Duurzaam verblijf. Want wanneer wij meer begrijpen vanuit het referentiekader van de patiënt, kunnen wij begrip tonen voor het handelen van de patiënt en aansluiten bij de beleavingswereld van de patiënt.

De cultureantropoloog kan hierin een rol vervullen. Hij kan klinische lessen geven over deze verschillende culturen, en casusgericht werken binnen een team.

Zelfreflectie attitude en de eigen referentiekaders:

Binnen Duurzaam verblijf werken veel verschillende personen, dus automatisch met verschillende achtergronden. Dit houdt in dat een ieder vanuit een ander referentiekader handelt, met daarin zijn/haar eigen normen en waarden en zijn/haar eigen visie.

In het werken met andere mensen behoor je als hulpverlener een kritische zelfreflectie te hebben. Hierin moet je als hulpverlener bewust zijn van je eigen handelen en het effect hiervan op andere mensen. Als hulpverlener gebruik jij jezelf als instrument in het contact met de patiënt. Omdat elke hulpverlener vanuit zijn eigen referentiekader handelt, kan dit voor onbegrip, onduidelijkheid zorgen bij collega's. Daarom is het van belang om te weten hoe een ieder denkt, wat zijn/haar referentiekader is, wat hierin de grenzen zijn van de ander en hoe de ander zijn referentiekader inzet als instrument.

Binnen de interviews die gegeven worden binnen Duurzaam verblijf zouden de hulpverleners hier aandacht aan moeten gaan besteden. Dit door middel van het inbrengen van casussen waarop een ieder die deelneemt aan de interview moet reageren. Daarnaast is het van belang dat er teamdagen, trainingen worden georganiseerd waarin deze onderwerpen themagericht worden behandeld. Dit draagt er zorg voor dat er een eenduidige visie ontstaat, waarin ruimte wordt gecreëerd voor een ieders persoonlijke referentiekader.

Hoffelijk zijn:

Hoffelijk zijn houdt in welgemanierd zijn, wellevend en meedenkend zijn. Dit houdt in dat je in het contact met patiënten de gemaakte afspraken met de patiënt nakomt, waar nodig de patiënt alternatieven aanbiedt. De patiënt informeert over zijn behandeling en het toekomstperspectief van de patiënt. De patiënt bepaald het traject, de hulpverlening is slecht een wandelstok die de patiënt ondersteunt in zijn traject. Bij hoffelijkheid hoort ook het onderwerp bereikbaar zijn. Dit houdt in de hulpverlener niet alleen de patiënt actief zal opzoeken, maar dat de patiënt ook zijn/haar contactmomenten kan bepalen, waarbij het noodzakelijk kan zijn dat de patiënt toegang krijgt tot de kantoren van het personeel.

Kernwaarden van het leefmilieu binnen Duurzaam verblijf:

Binnen Duurzaam verblijf is het belangrijk om te weten welke gezamenlijke visie wij als hulpverleners uitdragen. Dit omdat de visie die wij uitdragen als hulpverleners, meteen effect heeft op het functioneren van de patiënt. Daarom is het belangrijk voor de hulpverlening binnen Duurzaam verblijf dat de visie actueel blijft, meegaat met de veranderingen binnen de organisatie en dat iedere hulpverlener weet wat de visie van Duurzaam verblijf inhoudt.

Visiedagen, alle disciplines worden uitgenodigd voor de visiedag waarin de wensen en behoeften van desbetreffende discipline gehoord worden en de visie kritisch besproken wordt. Aantal keren, twee keer per jaar.

Teammiddag, in deze teamdagen komen de bovenstaande onderwerpen aan bod, zoals zelfreflectie attitude en het eigen referentiekader, cultuurgericht werken, patiëntgericht werken. Twee keer in het jaar, voor verder ondersteuning en implementatie de interviews binnen Duurzaam verblijf.

Bovenstaande aanbevelingen zijn al ingevoerd, maar nog niet goed geïmplementeerd binnen de organisatie.

Paragraaf 5.3.2, De patiënt:

Veiligheid:

Binnen het onderzoek wat is gastvrije zorg hebben de patiënten benoemd zich niet veilig te voelen binnen Duurzaam verblijf. Zij geven aan dat dit met name komt door het gedrag van de medepatiënten. Wat naar voren is gekomen binnen het onderzoek is dat patiënten graag een training, cursus zouden willen hebben met betrekking tot het thema veiligheid.

Het aanbieden van assertiviteitstraining →PMT, psycholoog, lotgenotengroep.

Het aanbieden van een weerbaarheidstraining →PMT, psycholoog.

Sociale vaardigheidstraining is al ingevoerd, maar nog niet geïmplementeerd binnen Duurzaam verblijf. De hulpverlening binnen Duurzaam verblijf is niet goed op de hoogte wat deze cursus precies inhoudt, waardoor ondersteuning nauwelijks geboden wordt. Klinische les verhoogt de kans op implementatie binnen het Duurzaam verblijf.

Activiteiten en de eigen verantwoordelijkheid:

In mijn onderzoek is naar voren gekomen dat patiënten graag werkgerelateerde activiteiten zouden willen gaan uitvoeren. Zij benoemen dat dit bevorderend werkt voor het toekomstperspectief, omdat zij intrinsiek gemotiveerd zijn voor deze activiteiten.

De patiënten zouden graag willen zien dat ze hiervoor betaald zouden krijgen. De patiënten benoemen dat zij zich dan als persoon meer gewaardeerd zouden voelen. In deze gesprekken kwam ook naar voren dat door middel van deze werkgerelateerde activiteiten de respondenten het gevoel krijgen dat zij zichzelf meer kunnen ontwikkelen, een betere plek krijgen in de samenleving, het gevoel om nuttig te zijn.

Binnen het activiteitenbureau waar de intakegesprekken plaats vinden hebben meerdere patiënten aangegeven graag te willen sleutelen aan oude auto's en oude brommers. Dit omdat zij in het verleden dit werk hebben gedaan en op deze manier de vaardigheden van het verleden willen toepassen in het heden.

- *Autogarages benaderen voor een aantal dagdelen.*
- *Koeriersdiensten, patiënten zouden graag pakketten willen afleveren, vanwege het vroeger werkverleden.*
- *Autorijlessen.*
- *C1000 benaderen voor eventuele werkplekken in het magazijn.*

Kijken naar de mogelijkheden van de patiënt, in plaats van naar de onmogelijkheden.

Oplossingsgericht denken in het begeleiden van de patiënt.

Paragraaf 5.3.3, De organisatie:

In de voorgaande aanbevelingen heb ik de factoren veiligheid en hoffelijkheid al beschreven. Wanneer ik aanbevelingen moet gaan beschreven voor de organisatie, zou ik graag dieper in willen gaan op het volgende aspect:

Show:

Show betekend de omgeving van de patiënt en alle zintuiglijke prikkels die hierin voorkomen. In de visie van Duurzaam verblijf staat omschreven dat wij in de benadering van patiënten themagericht moeten werken. Dit met betrekking tot de maanden, seizoenen, feestdagen die voorkomen binnen een jaar.

In het kader van gastvrije zorg zou dit de volgende aanbeveling opleveren:

- *Entree van Duurzaam verblijf: werken met themagerichte schilderijen, spreuken.*
- *Wanneer bezoek komt en deze moet wachten bij de portier deze een kop koffie of thee aanbieden, informatiefolder van Duurzaam verblijf.*

- *In de behandelkantoren werken met themagerichte spreuken en schilderijen. De patiënt hier verantwoordelijk voor stellen.*

Paragraaf 5.3.4, Onderzoek:

Ik zou graag willen zien dat de organisatie verder onderzoek zou doen naar Gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf. Dit onderzoek zou zich dan moeten richten op de externe relaties die het Duurzaam verblijf heeft. Hierbij kun je denken aan bijvoorbeeld de Gastvrijheid in relatie met familieleden en derden van de patiënt, of de overige instanties waar het Duurzaam verblijf nauw mee samenwerkt.

Hoofdstuk 6

Het procesverslag

Paragraaf 6.1 Inleiding

In februari 2010 heb ik contact gezocht met mijn opdrachtgever mevrouw J. Heslinga. In dit eerste contactmoment met betrekking tot mijn eindonderzoek heb ik haar gevraagd om samen met mij te gaan kijken naar een thema voor mijn eindonderzoek. Hierin heb ik een suggestie gedaan over het onderwerp seksualiteit binnen de instelling. Op dat moment hebben wij een vervolgspraak gepland, waarin wij het thema voor mijn eindonderzoek zouden gaan vaststellen en de manier waarop wij dat gingen doen, zouden bespreken. In het tweede contactmoment kwam mijn opdrachtgever met het thema gastvrijheid binnen de instelling. Dit omdat de managers in november een themadag in het kader van gastvrijheid binnen de instelling hebben gehad en hier graag meer informatie over zouden willen hebben. Dit zodat zij de visie van gastvrije zorg meer vorm kunnen gaan geven binnen Duurzaam verblijf.

Paragraaf 6.2: De regievoering

Bij het tweede contactmoment met mijn opdrachtgever mevrouw J. Heslinga had ik geen idee wat gastvrijheid binnen een instelling inhield. Daarom moest ik eerst gaan uitzoeken wat gastvrijheid precies inhoudt en op welke manier gastvrijheid van toepassing is binnen een instelling. Van opdrachtgever mevrouw J. Heslinga kreeg ik op dit een boek over het thema gastvrijheid.

In de samenvatting stonden meerdere onderwerpen die betrekking hadden op het thema gastvrijheid binnen de instelling en hier kon ik een keuze uit gaan maken. Ik koos voor het onderwerp familie. Dit, omdat ik binnen een gesloten setting werk en familieleden of derden van de patiënt vaak al langere tijd geen contact meer hebben gehad met onze patiënten vanwege het verleden dat beide partijen hebben gedeeld met elkaar, of vanwege andere redenen. Wanneer familieleden of derden van patiënten op visite komen binnen Duurzaam verblijf, moeten zij worden gecontroleerd op verboden middelen die zij eventueel kunnen meenemen naar de patiënt. Dit is naar mijn mening geen gastvrij welkom en daarom leek het thema familie en gastvrijheid mij een mooie combinatie voor mijn eindonderzoek. Op dit moment had ik mijn onderzoek naar mijn idee afgebakend en baseerde ik mijn werkplan op dit thema.

Nadat mijn werkplan was goedgekeurd, kon ik gaan beginnen met mijn eindonderzoek. Ik zou gaan beginnen met het beschrijven van de visie en de missie binnen Duurzaam verblijf en zou mijn onderzoek vanuit dit referentiekader gaan beschrijven. Nadat ik het eerste hoofdstuk had geschreven, kwam ik in de knel met mijn onderzoek. Ik wist niet hoe ik het moest gaan aanpakken, ik had geen idee welke richting ik op moest gaan met mijn onderzoek, ondanks het geschreven werkplan. Achteraf gezien, is het voor mij niet duidelijk geweest wat de opdrachtgevers precies van mij verwachtten en in welk kader zij het thema gastvrijheid wilden plaatsen. Omdat ik in de knel kwam met mijn eindonderzoek ben ik samen met mijn werkbegeleider S. Nanninga en mijn opdrachtgever J. Heslinga om de tafel gaan zitten, om nogmaals de beginsituatie helder te krijgen. Na dit gesprek was voor mij helder dat het op dit punt geen zin had om te gaan kijken naar wat gastvrije zorg inhoudt voor de familie, wanneer dit niet eens helder is voor de organisatie, de hulpverlening en de patiënten. In mijn beleving moet de patiënt centraal staan en moet het eerst duidelijk zijn wat de patiënt van gastvrije zorg van de organisatie en de hulpverlening verwacht, voordat ik de familie hierbij ga betrekken. In overleg met mijn opdrachtgever is daarom besloten om te kiezen voor een andere beginsituatie en een ander uitgangspunt van het onderzoek, ondanks het werkplan dat was opgesteld en goedgekeurd. Ik heb dit gesprek als prettig en positief ervaren. Na een aantal weken te hebben besteed aan het verkeerde onderdeel van mijn onderzoek, ervoer ik nu ruimte en meer bewegingsvrijheid. Op dit moment kwamen de ideeën allemaal tegelijk en moest ik naar mijn idee opnieuw gaan beginnen.

Op dat moment had ik nog een kleine zes weken te gaan voordat ik mijn concept moest gaan inleveren, dus mocht mijn eindonderzoek niet te groot worden. In mijn beleving moest het wel een

waardevol, relevant onderzoek worden, dat nuttige informatie zou opleveren voor de organisatie. Ik heb er op dat moment voor gekozen om in dit onderzoek eerst de patiënt en daarna de hulpverlening centraal te stellen. Ik ben begonnen met het opnieuw opstellen van mijn referentiekader en daarna heb ik de enquêtes en openvragenlijsten gemaakt voor het tweede hoofdstuk van mijn eindonderzoek. Hierbij heb ik feedback gevraagd van mijn collega's en hebben zij mij geholpen door middel het afnemen van de vragenlijsten bij de patiënten. Ik kreeg veel positieve reacties op deze enquêtes en vragenlijsten, van zowel patiënten als collega's. Hierna liep ik nog een keer vast, omdat ik niet goed wist op welke manier ik al deze informatie moest gaan verwerken.

In deze fase heb ik contact gehad met mijn opdrachtgever de heer L. Rijff. Hij gaf mij advies over en handvatten voor het verwerken van deze informatie. Voor het verkrijgen van deze informatie heb ik enquêtes en openvragenlijsten uitgedeeld aan mijn collega's. Omdat ik nu wist op welke manier ik de informatie moest verwerken, kon ik deze nu sneller gaan uitwerken. Nadat ik de informatie had verzameld, kon ik het derde hoofdstuk gaan uitwerken en daarna de aanbeveling en de conclusie. Het schrijven van een aanbeveling vond ik leuk om te doen. Dit, omdat ik in de enquêtes die ik terug had gekregen van de patiënten, veel informatie kon gebruiken om mijn aanbeveling te schrijven. Voordat ik kon gaan beginnen met het schrijven van de hoofdstukken binnen mijn onderzoek, heb ik eerst contact gehad met mijn werkveldbegeleider.

In eerste instantie had ik met mijn opdrachtgever afgesproken dat ik haar elke twee weken zou zien voor een overleg, maar in samenspraak hebben wij besloten dat dit schriftelijk zou gaan gebeuren. Dit wanneer ik een hoofdstuk af had, of wanneer ik of zij vragen had.

De tijdsplanning van mijn onderzoek was echter wel een probleem, omdat ik tussentijds de planning had veranderd. Ik moest opnieuw gaan beginnen, wat tot gevolg had dat ik een achterstand had in het maken van mijn eindonderzoek. Dit heeft er toe geleid dat ik mijn eindonderzoek een week later dan gepland, heb ingeleverd.

6.3 De inzet van mijn eigen kwaliteiten en de aantoonbare resultaten daarvan

Wat zijn mijn kwaliteiten?

- Inlevingsvermogen.
Ik kan mij goed inleven in andere mensen. Ik kan mij voorstellen hoe iets moet voelen voor een ander en wat dit met iemand kan doen. In mijn verslag komt dit naar voren in bijvoorbeeld het maken van mijn voorbeelden.
- Analytisch.
Ik kan problemen tijdig signaleren en hierin zelf beslissingen nemen, of hierin ondersteuning vragen aan mijn collega's. Dit komt naar voren in mijn procesverslag. Dit, omdat ik hulp en ondersteuning heb gevraagd aan mijn werkveldbegeleider of aan mijn opdrachtgever. Dit heeft er voor gezorgd dat ik mijn onderzoek kon bijstellen en hier op een goede manier een andere invulling aan kon geven.
- Delegeren.
In mijn onderzoek komt de kwaliteit delegeren naar voren, omdat ik de enquêtes heb uitgedeeld aan de begeleiding. Hierbij heb ik een korte toelichting gegeven van de manier waarop de enquêtes moesten worden afgenomen, de doelstelling van de enquêtes toegelicht en aangegeven op welke manier de terugkoppeling zal worden gegeven. Naar aanleiding van het houden van deze enquêtes heb ik de resultaten kunnen verwerken voor mijn onderzoek.
- Expressief.
Deze kwaliteit uit zich in mijn verslaglegging. Dit omdat ik naar mijn idee de verslaglegging dusdanig heb geformuleerd dat gevoelens van patiënten en hulpverlening naar voren komen, en deze een duidelijk podium krijgen.

6.4 Een ethische, normatieve visie op de aanpak van het onderzoek

1. De voorbereidingsfase:

Het zoeken naar relevante informatie voor mijn eindonderzoek vond ik deze keer niet erg om te doen. Naar mijn idee is de informatie die ik heb gebruikt, onderbouwend en ondersteunend aan mijn onderzoek. Ik heb hierbij gebruikgemaakt van verschillende bronnen in de vorm van zowel vakliteratuur als het visiedocument, drie boeken en artikelen.

Daarnaast is in mijn beleving mijn werkplan duidelijk opgesteld. Hierin heb ik benoemd welk tijdpad ik dacht nodig te hebben, welke bronnen ik dacht nodig te hebben en welke vakexpertise ik wilde gaan gebruiken. Ik heb mijn werkplan achteraf moeten bijstellen, omdat deze niet meer actueel was voor mijn eindonderzoek. Dit had tot gevolg dat ik bepaalde personen niet meer hoefde te interviewen, omdat ik mijn informatie op een andere manier wilde gaan verzamelen.

2. De uitvoeringsfase:

In de uitvoeringsfase had ik vanaf het begin af aan al een achterstand opgebouwd. Dit kwam omdat ik achter de feiten aanliep. Ik ben niet voldoende voorbereid het tweede gesprek met mijn opdrachtgever ingegaan, waardoor ik de beginsituatie niet helder had. Ik wist niet precies wat er van mij werd verwacht, waardoor ik in een later stadium mijn eindonderzoek moest gaan aanpassen en ik in de uitvoeringsfase dus maar langzaam vorderingen maakte. In deze fase heb ik meerdere malen contact gehad met mijn opdrachtgever en hebben wij samen vorm gegeven aan hoe het eindonderzoek er uit moest komen te zien. In eerste instantie was het overleg mondeling, later hebben we besloten om de overlegmomenten via schriftelijk contactmomenten te laten verlopen.

3. De afrondingsfase:

Het schrijven van het concepteindproduct. In deze fase heb ik stress ervaren. Dit kwam doordat het concept moest worden geschreven, maar de uitvoeringsfase nog in volle gang was. Daardoor moest ik veel dingen tegelijk doen en werd er tegelijk vanuit mijn werk en in mijn privéleven op dat moment voor mijn gevoel veel beslag op me gelegd, waardoor ik weinig ruimte had om mijn uitvoeringsfase goed af te ronden en mijn concept op een goede manier te schrijven. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat ik mij verantwoordelijk voel en daardoor veel dingen tegelijk op mijn schouders neem. Dit draagt er zorg voor dat ik mij niet op één ding focus, maar op een heleboel dingen, waardoor ik mijn planning niet nauwlettend in de gaten houd.

De implementatie van mijn onderzoek zal ten eerste bestaan uit de resultaten. Deze resultaten heb ik in mijn aanbeveling beschreven en deze zal ik persoonlijk overhandigen aan mijn opdrachtgevers. Daarnaast zal ik voor een ieder personeelslid het onderzoek ter inzage gaan neerleggen, waardoor de resultaten van het onderzoek bekend zijn. Daarnaast zal ik een presentatie gaan houden en hiervoor een aantal mensen uitnodigen, die het vervolgens kunnen terugkoppelen binnen de verschillende teams. Binnen de verschillende intervisiebijeenkomsten kunnen deze resultaten worden besproken, maar ook hoe eenieder hier persoonlijk in staat. In de toekomst zou ik graag nog een aantal keren de enquête willen laten invullen door zowel de patiënten als het personeel, waardoor ik vergelijkingen kan maken met mijn onderzoeksresultaten. Op deze manier kan ik kijken of de organisatie de resultaten/aanbevelingen goed aan het implementeren is, of dat er nog andere maatregelen noodzakelijk zijn.

6.5 De samenwerking met de opdrachtgever

In het begin heb ik de samenwerking met de opdrachtgever als moeizaam ervaren. Dit kwam omdat ik het gesprek met mijn opdrachtgever niet goed had voorbereid en daardoor wederzijdse verwachtingen niet helder heb gekregen in dat gesprek. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een achterstand in mijn onderzoek, die ik op het laatste moment moest gaan herstellen.

Ik heb in totaal vijf keer contact gehad met mijn opdrachtgever met betrekking tot het eindonderzoek.

1^e gesprek: In dit gesprek heb ik uitgelegd dat ik voor school een eindonderzoek moest gaan doen

binnen de instelling. Hierin heb ik aan mijn opdrachtgever mevrouw J. Heslinga gevraagd, of zij samen met mij wilde gaan nadenken over een onderwerp voor mijn eindonderzoek. Hierin heb ik een suggestie gedaan, deze ging over het thema seksualiteit binnen de instelling. In dit contactmoment is een vervolgspraak gemaakt, waarin we het onderwerp zouden gaan vaststellen en bespreken.

2^e gesprek: In dit gesprek kwam mijn opdrachtgever met de suggestie om het thema gastvrijheid te

gaan onderzoeken. Dit naar aanleiding van de themadag die de managers in november

2009 hebben gehad vanuit het GGZ Drenthe, divisie Zuidwest. In dit gesprek benoemde mijn opdrachtgever dat zij graag zouden willen zien dat het thema gastvrijheid meer vorm zou krijgen binnen het Duurzaam verblijf. Zij overhandigde mij een boek van Fred Lee, Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9½ dingen die u anders zou doen. Wanneer ik dit boek zou lezen, zou mij duidelijk worden wat gastvrijheid was, en op welke manier ik dit vorm moest geven binnen Duurzaam

verblijf, en voornamelijk binnen mijn onderzoek.

3^e gesprek: In dit gesprek heb ik aangegeven dat ik de verwachtingen van de opdrachtgever niet duidelijk vond voor mijn onderzoek. Op dat moment heb ik bij mijn andere opdrachtgever om extra informatie gevraagd en kreeg ik van de heer L. Rijff een samenvatting van de themadag. Hierin stonden onderwerpen beschreven, die nog moesten worden uitgewerkt binnen Duurzaam verblijf, maar ook over de hele breedte van GGZ Drenthe.

Ik heb hierin de suggestie gegeven om het onderwerp familie te gaan onderzoeken en heb hierbij voorbeelden benoemd die ik relevant vond voor mijn onderzoek. Hierin

heeft

mijn opdrachtgever toegestemd en hebben we in overleg een aantal afspraken

gemaakt

omtrent het werkplan dat moest worden opgesteld. Hierin heb ik aangegeven het

prettig

te vinden wanneer ik twee opdrachtgevers heb, omdat als de ene niet aanwezig is, ik de andere kan benaderen wanneer ik vragen heb over het onderzoek. Hierin heeft

mijn

opdrachtgever toegezegd. Ook heb ik een inbreng gehad in mijn werkveldbegeleiders. Ik heb aangegeven ook graag twee werkveldbegeleiders te willen, om dezelfde reden als bij de opdrachtgevers. Hiermee ging mijn opdrachtgever ook akkoord. In dit gesprek hebben wij afgesproken dat wij elkaar één keer in de twee weken zouden zien, zodat

ik

mijn vorderingen in het onderzoek zou kunnen terugkoppelen. Wanneer ik bepaalde gedeelten van mijn onderzoek af zou hebben, zou ik deze per mail toesturen, zodat zij deze kon lezen.

4^e gesprek: In dit gesprek heb ik samen met mijn opdrachtgever en mijn werkveldbegeleider om de

tafel gezeten. In dit gesprek heb ik aangegeven dat ik graag van onderwerp zou willen veranderen. Dat ik in plaats van de familie, de patiënt en de hulpverlening centraal wil stellen binnen mijn onderzoek. Dit omdat naar mijn idee de gastvrijheid eerst binnen de instelling moet worden weggezet, voordat wij externe factoren benaderen in het thema gastvrijheid. In dit gesprek hebben wij gekeken naar de bijbehorende deelvragen, de probleemstelling en de doelstelling van het onderzoek.

5^e gesprek: In dit gesprek hebben wij de tussenevaluatie met zijn drieën besproken. Mijn docent zou op de instelling komen en wij hebben een voorbereidend gesprek gehad met zijn drieën. In dit gesprek heb ik uitgelegd dat het hebben van een mondelinge

afspraken niet werkt. Dit, omdat mijn werkveldbegeleiders en ik wisselende diensten hebben waardoor contactmomenten niet altijd goed verlopen. Daarnaast is mijn opdrachtgever niet altijd bereikbaar voor mij. Ik heb het voorstel gedaan om alles per e-mail te gaan versturen en hen op deze manier op de hoogte te houden van de vorderingen binnen mijn onderzoek. Dit, omdat de e-mail altijd gelezen en beantwoord wordt en ik op deze manier sneller door kan werken. Deze afspraak hebben wij in dit gesprek gemaakt.

6.6 De samenwerking met de werkveldbegeleiders en het gebruik maken van expertise binnen Duurzaam verblijf

De samenwerking met mijn werkveldbegeleiders ervaar ik als prettig. Als ik vragen heb, zijn zij altijd bereid om samen met mij naar een oplossing te kijken. Daarnaast heb ik met mijn werkveldbegeleiders geen vaste contactmomenten, maar neem ik het initiatief om contact met hen te zoeken. Vaak zit ik in mijn vrije tijd op het werk aan mijn eindonderzoek te werken en zijn mijn werkveldbegeleiders op dat moment in dienst. Dan kan ik mijn vragen aan hen stellen. Zij hebben mij gedurende het onderzoek feedback en advies gegeven, waardoor voor mij de richtlijnen van mijn onderzoek helderder werden en mijn onderzoek binnen de gestelde kaders is gebleven. Ik heb gebruikgemaakt van verschillende bronnen binnen mijn werkveld. Zo heb ik mijn enquêtes afgenomen bij verschillende disciplines, waaronder: de teammanagers, de psycholoog, de casemanagers, woonbegeleiders en de huishoudelijk begeleiders. Zij zijn allen nauw betrokken bij de behandeling van de patiënten en bij Duurzaam verblijf. Daarnaast heb ik gebruikgemaakt van de ervaringen die patiënten opdoen binnen Duurzaam verblijf. Dit, omdat de patiënt centraal staat binnen onze organisatie en wij als hulpverlening belevingsgericht willen werken. Daarnaast is de patiënt onze graadmeter, ons denken en handelen heeft direct invloed op het functioneren van de patiënt. Daarnaast heb ik gebruikgemaakt van de hulpverlening, omdat zij in samenwerking en overleg met mij de enquêtes hebben afgenomen bij de patiënten. Hier kreeg ik veel positieve reacties op terug. De begeleiding was namelijk door middel van de enquêtes in staat om op een ander gebied gesprekken te hebben met de patiënt. De begeleiding ging door deze gesprekken op een andere manier naar de patiënt kijken.

6.7 Op welke manier heeft het eindonderzoek bijgedragen aan mijn eigen professionele handelen?

Bij het maken van mijn eindonderzoek ben ik bewuster gaan nadenken over mijn eigen handelen, mijn eigen denken in de bejegening naar zowel patiënten als mijn collega's. In mijn beleving ben ik een persoon die patiëntgericht werkt, de patiënt centraal stelt en mijn keuzen met betrekking tot de patiënt vaak baseer op de wensen en behoeften van de patiënt. Wat ik in het maken van mijn eindonderzoek heb gemerkt, is dat ik vaak handel vanuit mijn gevoel. Dit houdt in dat ik mij in het contact met zowel patiënten als collega's kwetsbaar opstel en in dit contact mijn eigen referentiekader meeneem. Door het maken van dit onderzoek ben ik mij bewuster geworden van het feit dat iedereen handelt vanuit zijn/haar referentiekader en dit de manier van werken voor die persoon bepaald. Ik heb geleerd dat het zinvol is om binnen een team met elkaar te praten over deze verschillende referentiekaders, omdat je op deze manier elkaar beter begrijpt en de keuzen die worden gemaakt met betrekking tot het werk ook begrijpt. Daarin ben ik mij er sterk van bewust dat je gebruik kunt maken van deze verschillende referentiekaders, omdat dit ook per individu zijn kwaliteiten met zich meebrengt. Dit houdt ook in dat wanneer ik op een bepaalde manier werk, op een bepaalde manier contact heb met patiënt, ik dit altijd moet verklaren en uitleggen aan mijn collega's. Dit zodat zij snappen waarom ik op deze manier werk en de doelstelling van mijn contact helderder wordt voor hen.

Met betrekking tot het contact met de patiënten heb ik geleerd dat wanneer iets goed voelt voor mij, dit niet per definitie hoeft te gelden voor de patiënt. Zoals ik al eerder heb vermeld, heb ik altijd het gevoel gehad dat ik patiëntgericht werk, dat ik de wensen en behoeften van mijn patiënt kan signaleren en deze kan vertalen naar een doelstelling. Wat mij duidelijk is geworden naar aanleiding

van dit onderzoek is dat ik dit niet altijd kan. Ik kan mij verplaatsen in een patiënt, begrip opbrengen voor de situatie, maar ik zal nooit weten hoe het voelt omdat ik niet in dezelfde positie zit.

Wanneer ik in het contact met de patiënten dit benoem, krijg ik een ander antwoord, hebben we diepliggender gesprekken, waarin de patiënt zelf met verhalen komt, voorbeelden benoemt zodat ik mij een beeld kan vormen van de situatie van de patiënt.

Kortom, na het maken van mijn onderzoek ben ik mij meer bewust van mijn attitude, mijn eigen visie, de visie van de patiënt, de visie van de organisatie en ben kritischer tegenover mezelf en anderen geworden.

6.8 Op welke manier ga ik het eindonderzoek presenteren binnen het Duurzaam verblijf?

Persoonlijk vind ik presentaties geven ontzettend spannend. Ik vind het niet prettig wanneer veel mensen naar mij kijken en ik het woord moet gaan voeren. Dit omdat ik het gevoel heb niet voldoende kennis te hebben en ik onzeker word.

Om deze reden heb ik ervoor gekozen om de presentatie in een kleine groep te gaan presenteren. De volgende personen zou ik graag willen uitnodigen voor mijn presentatie:

- Opdrachtgevers: Leo Rijff, functie circuitmanager.
Jacolien Heslinga, functie teamleider team 2.
- Werkveldbegeleiders: Sascha Nanninga.
Ton van der Veeke.
- Teamleiders: Rene van Haren, functie teamleider team 3.
Gerrit Jan Rave, functie teamleider team 1.

Daarnaast ben ik van plan op om een nieuwsbrief te gaan schrijven voor de patiënten binnen Duurzaam verblijf. In deze brief wil ik de uitkomsten van het onderzoek gaan beschrijven en welke aanbevelingen er zijn gedaan. Daarnaast wil ik uitleg gaan geven aan deze brieven, door middel van toelichting te gaan geven in de "buurthuisjes" van de verschillende teams.

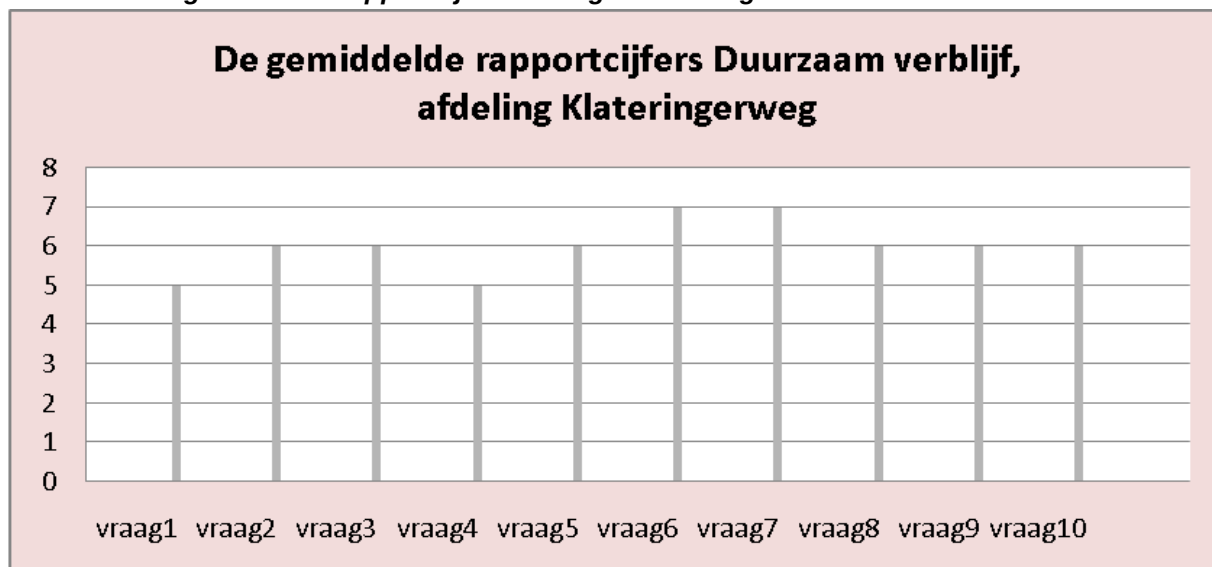
De Bijlagen:

Bijlage 1, Tabellen, grafieken en diagrammen:

Tabel 1: De vragen en de rapportcijfers in een tabel omschreven:

	De gestelde vraag:	Rapport Cijfer
Vraag 1	Toen u binnen Duurzaam verblijf werd opgenomen, heeft u toen voldoende informatie gekregen over wat Duurzaam verblijf inhoudt, en u behandeling.	5.1
Vraag 2	Hebt u het idee dat u ook mag zeggen hoe u behandeld en of begeleid wordt binnen Duurzaam verblijf?	4.3
Vraag 3	Is er samen met u een behandelplan of begeleidingsplan gemaakt?	6
Vraag 4	Wordt het behandelplan uitgevoerd zoals u dat graag zou willen?	5.3
Vraag 5	Luistert het personeel naar u, begrijpen ze u?	6.3
Vraag 6	Kunt u het personeel vertrouwen, voelt u zich op uw gemak?	7.2
Vraag 7	Voelt u zich als persoon gerespecteerd?	7.3
Vraag 8	Hebt u het idee dat het beter gaat met u en uw problemen sinds u opgenomen bent binnen Duurzaam verblijf?	6.2
Vraag 9	Kunt u de dingen doen die u leuk vindt om te doen?	6.5
Vraag 10	Vindt u dat er genoeg activiteiten aangeboden worden, zodat u uw kunt ontwikkelen binnen Duurzaam verblijf?	6.2
Eindcijfer:	Het gemiddelde rapportcijfer van Duurzaam verblijf.	6

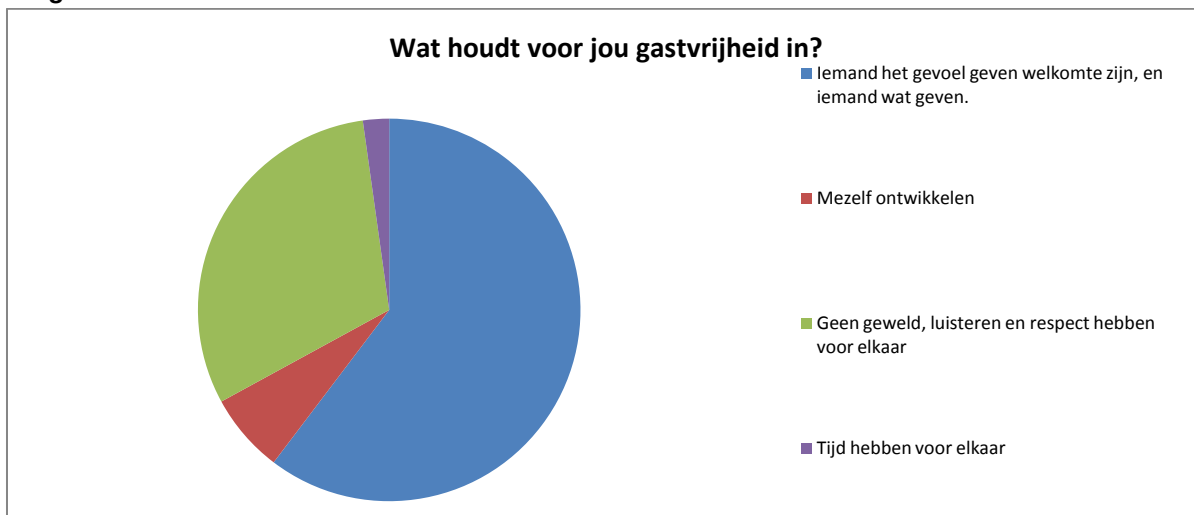
Grafiek 1: Het gemiddelde rapportcijfer in een grafiek neergezet:



Tabel 2:

Vraag 1: Wat houdt voor jou gastvrijheid in?	
Iemand het gevoel geven welkom te zijn, en iemand wat geven.	62.79%
Mezelf ontwikkelen	7%
Geen geweld, luisteren en respect hebben voor elkaar.	32%
Tijd hebben voor elkaar	2.3%

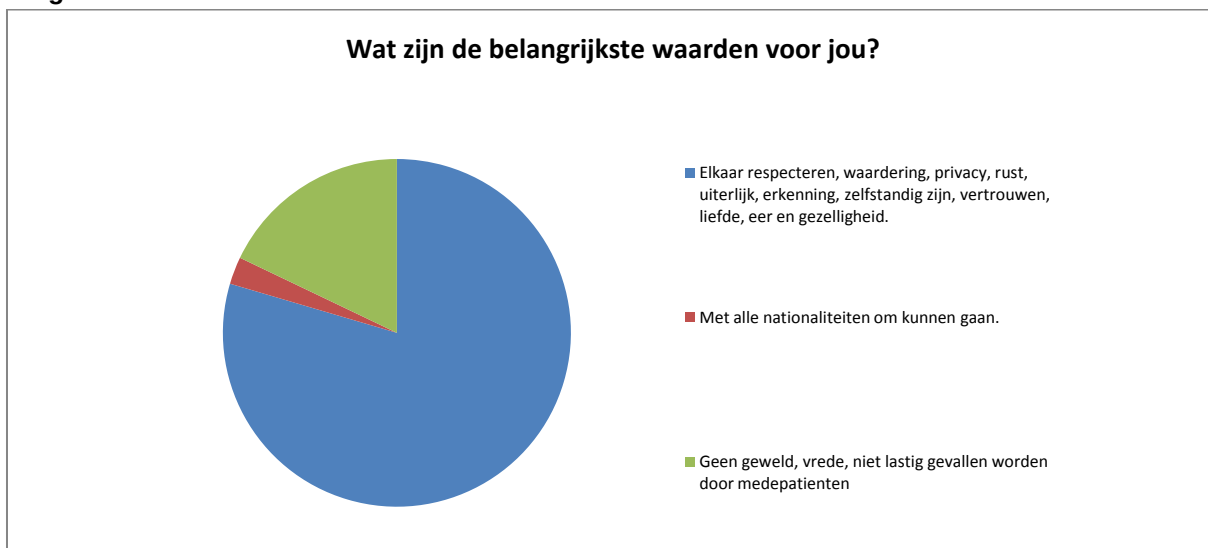
Diagram nummer 2:



Tabel 3:

Vraag 2: Wat zijn de belangrijkste waarden voor jou?	
Elkaar respecteren, waardering, privacy, rust, uiterlijk, erkenning, zelfstandig zijn, vertrouwen, liefde eer en gezelligheid.	72%
Met alle nationaliteiten om kunnen gaan.	2.3%
Geen geweld, vrede, niet lastig gevallen worden	16.2%

Diagram nummer 3:

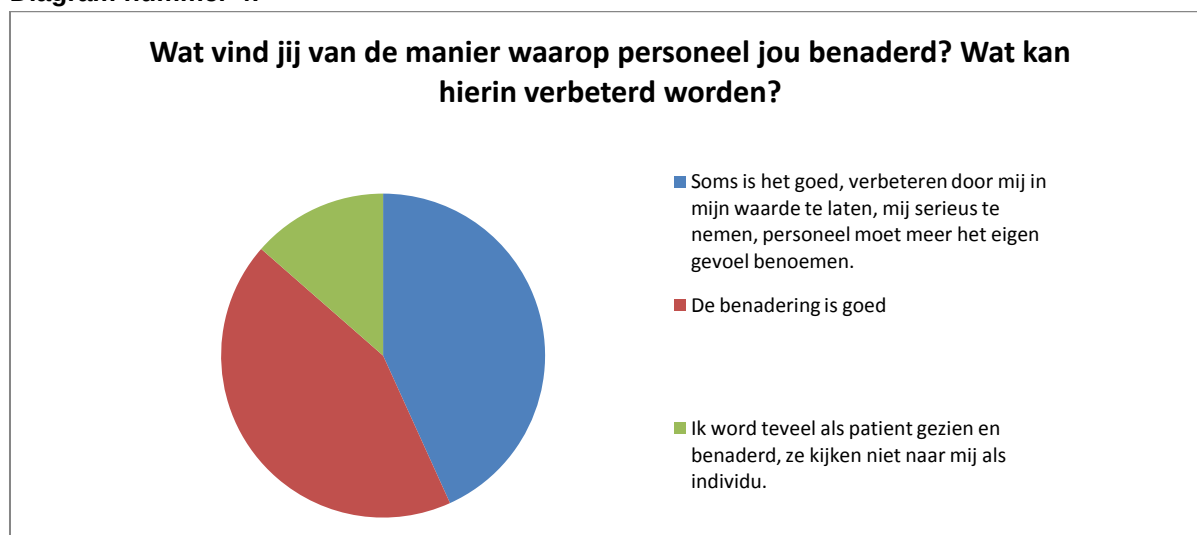


Tabel 4:

Vraag 3: Wat vind jij van de manier waarop het personeel jou benaderd, goed of kan het veel beter. Wat vind je hier belangrijk in?

Soms is het goed, verbeteren door mij in mijn waarde te laten, mij serieus te nemen, personeel moet meer het eigen gevoel benoemen.	51%
De benadering is goed.	51%
Ik word teveel als patiënt gezien en benaderd, ze kijken niet naar mij als individu.	16%

Diagram nummer 4:

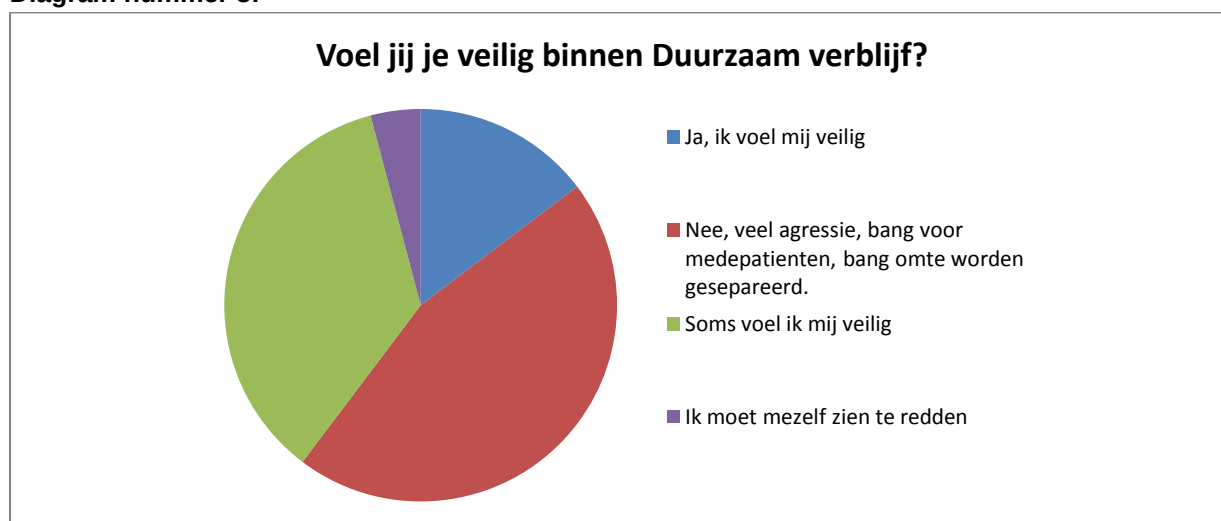


Tabel 5:

Vraag 4: Voel jij je veilig binnen Duurzaam verblijf?

Ja, ik voel mij veilig.	55%
Nee, veel agressie, bang voor medepatiënten, bang om te worden gesepareerd.	25.5%
Soms voel ik mij veilig.	19.9%
Ik moet mezelf zien te redden.	2.3%

Diagram nummer 5:



Tabel 6:

Vraag 5: Vind jij dat er binnen Duurzaam verblijf voldoende voor jou wordt opgekomen?	
Ja.	48.8%
Nee.	32.5%
Soms.	2.3%
Ik doe alles zelfstandig.	4.6%

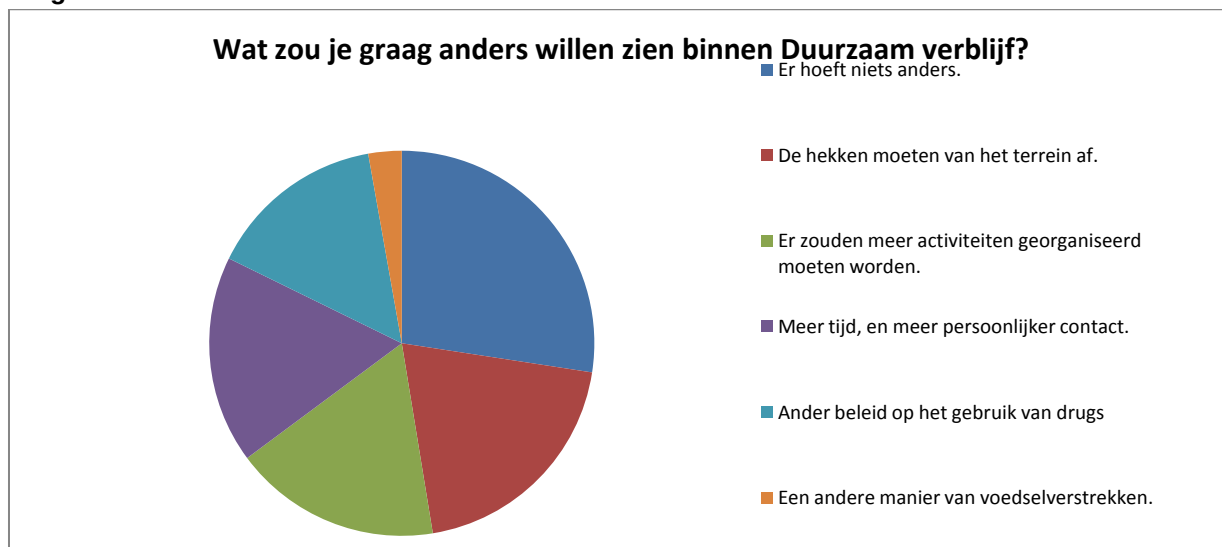
Diagram nummer 6:



Tabel 7:

Vraag 6: Wat zou je graag anders willen zien binnen Duurzaam verblijf?	
Voor mij hoeft er niets anders te gaan.	25.5%
De hekken moeten van het terrein af.	18.6%
Er zouden meer activiteiten georganiseerd moeten worden.	16.2%
Meer tijd en meer persoonlijk contact met personeel.	16.2%
Er zou meer beleid moeten worden gemaakt op het drugsgebruik.	13.9%
Een andere manier om het voedsel rond te brengen, op deze manier is het net een voedselbank.	2.6%

Diagram nummer 7:

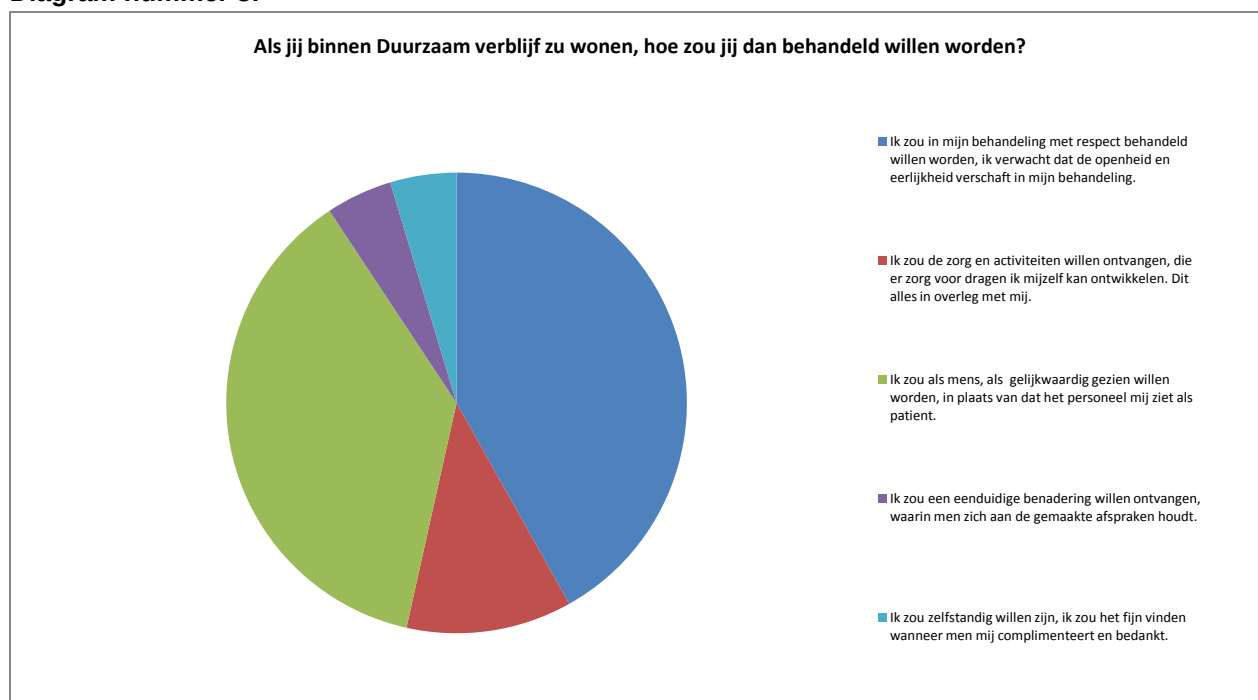


Tabel 8:

Vraag 1: Als jij binnen Duurzaam verblijf zou wonen, hoe zou jij dan behandeld willen worden?

Ik zou in mijn behandeling met respect behandeld willen worden, ik verwacht dat de begeleiding openheid en eerlijkheid verschaft in mijn behandeling.	72%
Ik zou de zorg en activiteiten willen ontvangen, die er zorg voor dragen dat ik mijzelf kan ontwikkelen. Dit alles in overleg met mij.	20%
Ik zou als mens, als gelijkwaardig gezien willen worden, in plaats van dat het personeel mij ziet als patient.	64%
Ik zou een eenduidige benadering willen ontvangen, waarin men zich aan de gemaakte afspraken houdt.	8%
Ik zou zelfstandig willen zijn, ik zou het fijn vinden wanneer men mij complimenteert en bedankt.	8%

Diagram nummer 8:

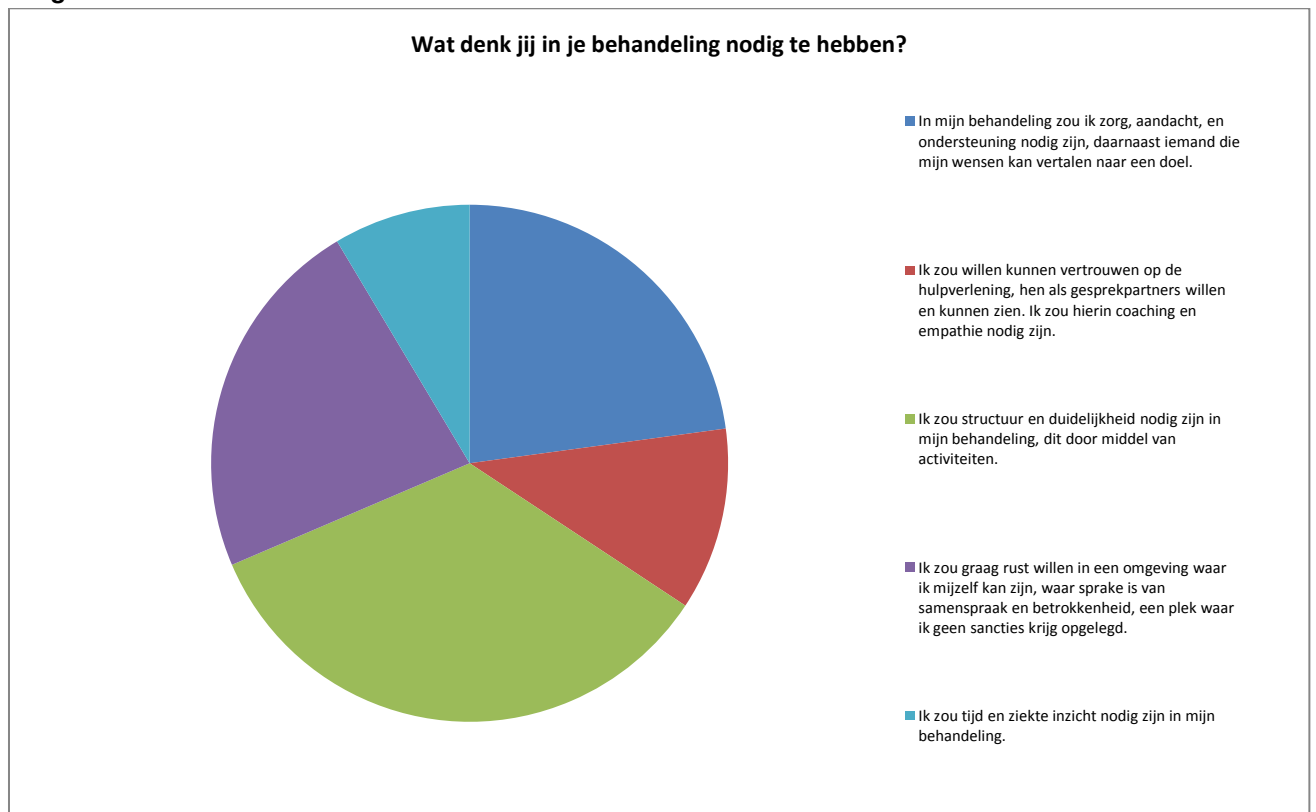


Tabel 9

Vraag 2: Wat denk jij in je behandeling nodig te hebben?

In mijn behandeling zou ik zorg, aandacht en ondersteuning nodig zijn, daarnaast iemand die mijn wensen kan vertalen naar een doel.	32%
Ik zou willen kunnen vertrouwen op de hulpverlening, hen als gesprekspartners willen en kunnen zien. Ik zou hierin coaching en empathie nodig zijn.	16%
Ik zou structuur en duidelijkheid nodig zijn, dit door middel van activiteiten.	48%
Ik zou graag rust willen in een omgeving waar ik mijzelf kan zijn, waar sprake is van samenspraak en betrokkenheid, een plek waar ik geen sancties krijg opgelegd.	32%
Ik zou tijd en ziekte inzicht nodig zijn in mijn behandeling.	12%

Diagram nummer 9:

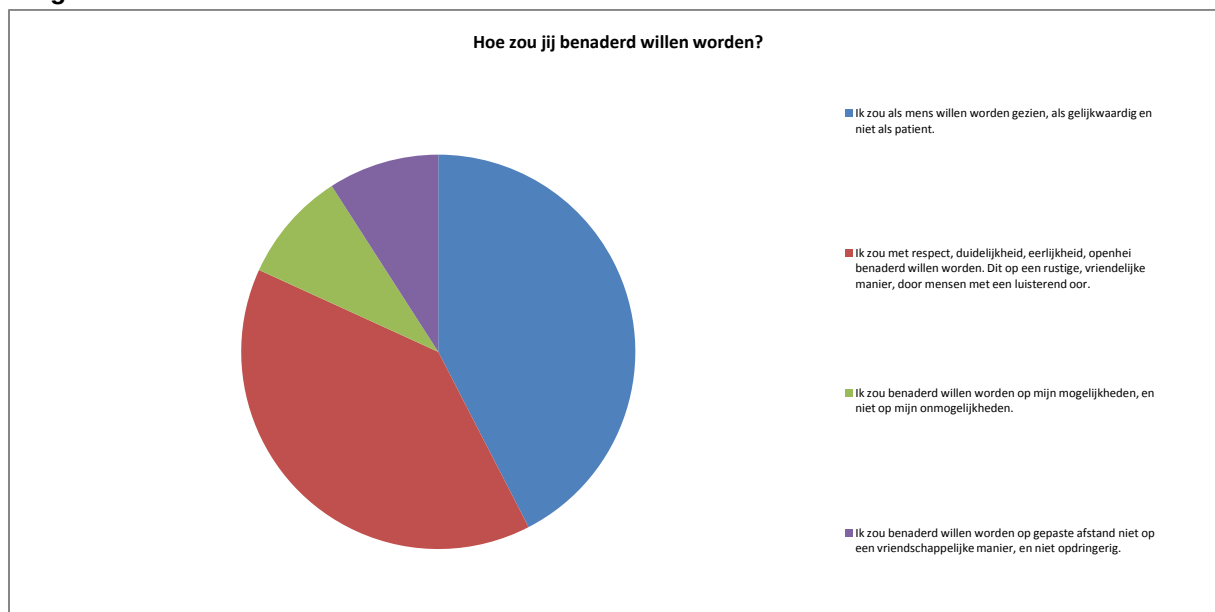


Tabel nummer 10:

Vraag 10: Hoe zou jij door de hulpverlening benaderd willen worden?

Ik zou als mens willen worden gezien, als gelijkwaardig en niet als patient.	56%
Ik zou met respect, duidelijkheid, eerlijkheid, openheid, benaderd willen worden. Dit op een rustige, vriendelijke manier, door mensen met een luisterend oor.	52%
Ik zou benaderd willen worden op mijn mogelijkheden en niet op mijn onmogelijkheden.	12%
Ik zou benaderd willen worden op gepaste afstand niet op een vriendschappelijke manier, en niet opdringerig.	12%

Diagram nummer 10:

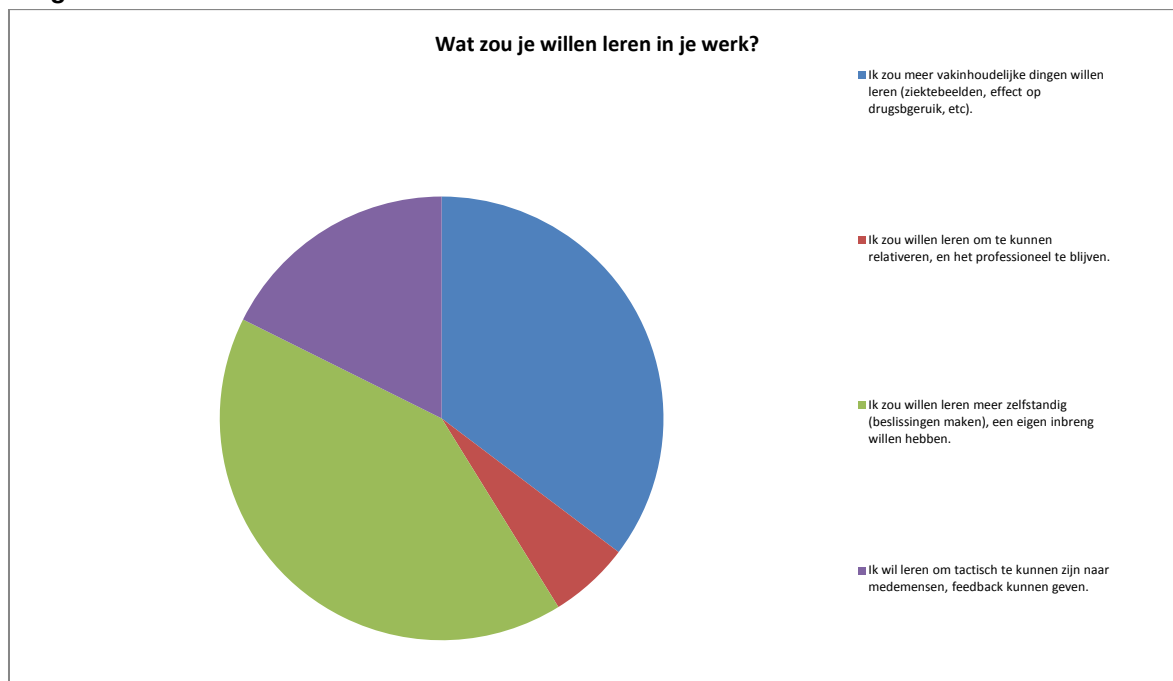


Tabel nummer 11:

Vraag 11: Wat zou jij willen leren in je werk?

Ik zou meer vakinhoudelijke dingen willen leren (ziektebeelden, effect op drugsgebruik etc.)	24%
Ik zou willen leren om te relativeren, en het professioneel te blijven.	4%
Ik zou willen leren meer zelfstandig (beslissingen maken), een eigen inbreng willen hebben.	28%
Ik wil leren om tactisch te kunnen zijn naar medemensen, feedback kunnen geven.	12%

Diagram nummer 11:

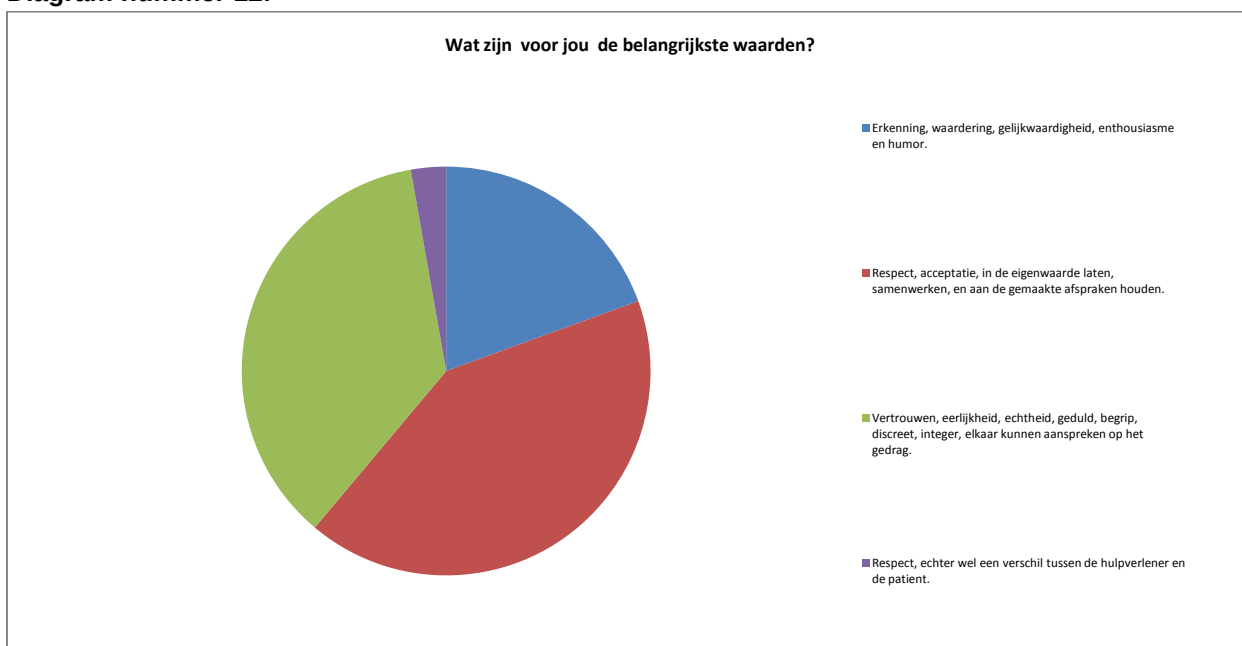


Tabel nummer 12:

Vraag 12: Wat zijn voor jou de belangrijkste waarden?

Erkenning, waardering, gelijkwaardigheid, enthousiasme en humor.	28%
Respect, acceptatie, in de eigenwaarde laten, samen werken, en aan de gemaakte afspraken houden.	60%
Vertrouwen, eerlijkheid, echtheid, geduld, begrip, discreet, integer, elkaar kunnen aanspreken op het gedrag.	52%
Respect, echter wel een verschil tussen de hulpverlener en de patient.	4%

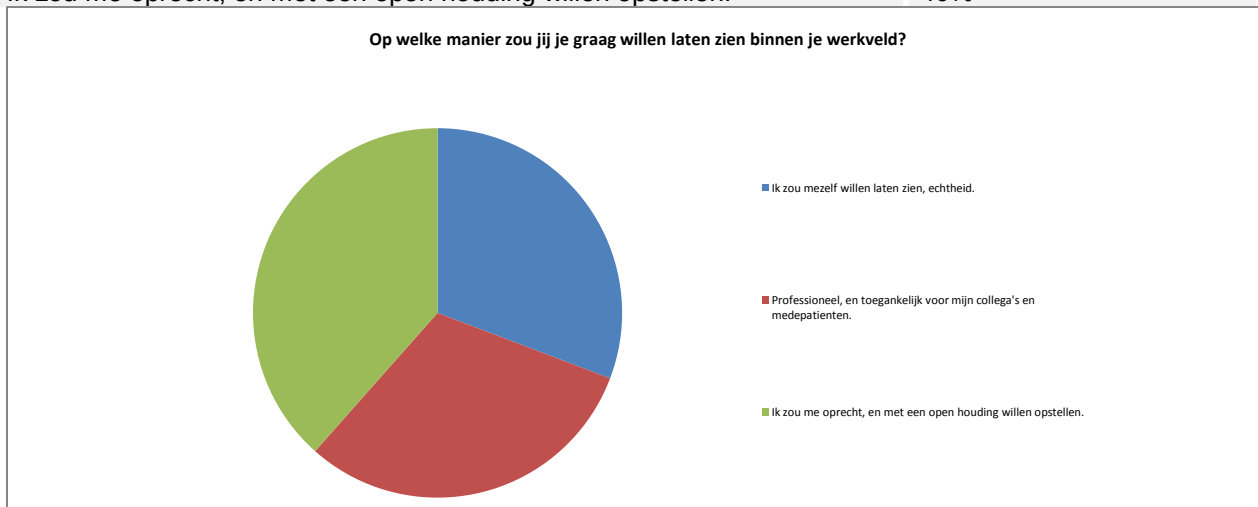
Diagram nummer 12:



Tabel nummer 13:

Vraag 12: Op welke manier zou jij je graag willen laten zien binnen je werkveld?

Ik zou mezelf willen laten zien, echtheid.	32%
Professioneel, en toegankelijk voor mijn collega's en medepatiënten.	32%
Ik zou me oprecht, en met een open houding willen opstellen.	40%



Bijlage 2, Begrippenlijst:

Circuitmanagement:

Het cluster Duurzaam verblijf wordt binnen het GGZ Drenthe als een circuit gezien. Binnen een cluster, in dit geval Duurzaam verblijf bestaat het circuitmanagement uit twee personen.

Namelijk een manager beleidvoering, en een manager behandeling.

Elektronisch patiënten dossier:

Met het elektronisch patiëntendossier (EPD) kunnen zorgverleners relevante medische gegevens veilig en betrouwbaar met elkaar delen.

Ochtendrapport:

Ochtendbespreking binnen Duurzaam verblijf. Binnen het ochtendrapport doen de casemanagers een terugkoppeling van de bijzonderheden aan de overige teams en de behandelaren.

Portiersloge:

De centrale beveiligingspost binnen Duurzaam verblijf. Dit is een centrale meldkamer, die bemand wordt door beveiligingsmedewerkers. De portiersloge dienst tevens voor receptionele werkzaamheden, voor de invoer en uitvoer van diverse activiteiten.

Psychosociale behandeling:

In de psychosociale behandeling staan de situaties en relaties centraal van zowel de psychische en maatschappelijke aspecten rondom de patient.

Rechterlijke machtiging:

Een machtiging van de rechter onder meer voor een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis of tot verlenging van een opname.

Tetrahydrocannabino THC:

Tetrahydrocannabino is het werkzame bestanddeel van de hennep (als genotmiddel).

Thermometer cliëntwaardering:

De doelstelling van deze cliëntwaardering is om te kijken naar hoe de cliënt de organisatie waardeert, en waar de organisatie zich nog in moet verbeteren. Het is de bedoeling dat de cliënt een enquête invult, waarop vragen staan die betrekking hebben op de behandeling van de cliënt binnen de organisatie. Van alle respondenten worden de antwoorden bekeken, en hier komt dan een gemiddeld cijfer per vraag uit naar voren. Deze enquêtes worden behandeld door een onafhankelijke instantie.

Zorgmijders:

Zorgmijders zijn mensen met een psychosociale of psychiatrische stoornis die niet of nauwelijks te motiveren zijn voor behandeling.

Bijlage 3, De literatuurlijst:

Bosch, E, (5^e druk 2007), Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten. Haarlem, H. Nelissen/ Soest.

Dikke van Dale, (1^e druk, 2008), Dikke van Dale 3 in 1.

Haas, O (2009), Ongelijke monniken, ongelijke kappen: visiedocument. Beilen: GGZ Drenthe, divisie Zuidwest, cluster Duurzaam verblijf.

Jaarsma, M (2009), Zorgmarkt. Vaktijdschrift. Kluwer.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, (2005). Utrecht: Trimbos Instituut.

Lee, F, (2009), Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9 ½ dingen die u anders zou doen. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.

Verhoeven, N (2^e druk 2007) Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Purmerend, Boomonderwijs.

Verslavingszorg Parnassia, (2003) Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling: Rapport project Dubbele Diagnose. Den Haag, Ontwikkelingscentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg.

PO&O, (2009), Functieomschrijving casemanager. Beilen, GGZ Drenthe.

PO&O, (2009), Functieomschrijving woonbegeleider. Beilen, GGZ Drenthe.

PO&O, (2009), Functieomschrijving huishoudelijke begeleiders. Beilen, GGZ Drenthe.

PO&O, (2009), Functieomschrijving teammanager. Beilen, GGZ Drenthe.

Website:

www.encyclo.nl.

Bijlage 4, De enquête en de openvragenlijst voor patiënten

Enquête Gastvrij...

1. Toen u binnen Duurzaam verblijf werd opgenomen, heeft u toen genoeg uitleg gekregen over wat Duurzaam verblijf inhoudt, wat behandeling is, en hoe wij hier mensen begeleiden?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Heb jij het idee dat jij ook mag zeggen hoe jij behandeld of begeleid wil worden?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Is er samen met jou een begeleidingsplan of behandelingsplan gemaakt?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Wordt het behandelplan uitgevoerd zoals jij dat wilt?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Luistert het personeel genoeg naar jou, begrijpen ze jou?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Kun jij het personeel vertrouwen, voel jij je op je gemak?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Voel jij je gerespecteerd als persoon?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Heb jij het idee dat het beter met jou en je problemen gaat sinds je opgenomen bent binnen Duurzaam verblijf?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Kun jij de dingen doen die jij leuk vindt om te doen?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Vind jij dat er genoeg activiteiten aangeboden worden, dat jij je kunt ontwikkelen binnen Duurzaam verblijf?

Rapportcijfer:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Open vragen:

1. Wat houdt voor jouw gastvrijheid in?

2. Wat zijn de belangrijkste waarden voor jou?

(wat vind je belangrijk in de omgang met andere mensen, jezelf, de omgeving, milieu, zoals privacy, rust, respect, waardering, erkenning etc.

3. Wat vind jij van de manier waarop personeel jou benaderd, goed of kan het veel beter. Wat vind je hier belangrijk in?

4. Voel jij je veilig binnen Duurzaam verblijf?

5. Vind jij dat er binnen Duurzaam verblijf voldoende voor jou wordt opgekomen?

6. Wat is de mooiste ervaring binnen Duurzaam verblijf of in je leven geweest. Dit is iets waar je met heel veel plezier aan terug denkt?

7. Wat zou je graag anders zien binnen Duurzaam verblijf?

Bijlage 5, de openvragenlijst voor de hulpverlening:

Openvragenlijst:

Naam:

Functie:

1. Als jij binnen Duurzaam verblijf zou wonen, hoe zou jij dan behandeld willen worden?

2. Wat denk jij in je behandeling nodig te hebben?

3. Hoe zou jij benaderd willen worden door het personeel?

4. Wat zou je willen leren in je werk?

5. Wat zijn voor jou de belangrijkste waarden?

6. Op welke manier zou jij je graag willen laten zien binnen je werkveld?
