



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**Bevordering kwaliteit van leven langdurige zorgvragers:
een vergelijking van twee benaderingen**

Anneke G van der Niet
Peter FM Verhaak

Utrecht maart 2012

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-131-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Omschrijving van onderzoeksopdracht	9
1.2 Beschrijving van de twee projecten	10
2 Methode	13
2.1 Interviews	13
2.2 Secundaire gegevens: HonoS, Cansa, Mansa	13
2.2.1 Meetinstrumenten	14
2.2.2 Beschikbare gegevens	14
3 Project 1	17
3.1 Voormeting	17
3.1.1 Doelstellingen	17
3.1.2 Doelgroep/Geplande middelen inzet	18
3.1.3 Randvoorwaarden	20
3.1.4 Bij aanvang reeds geplande activiteiten	21
3.1.5 Uitkomstverwachtingen	22
3.2 Nameting	23
3.2.1 Verloop middelen inzet	23
3.2.2 Belemmeringen bij de middelen inzet	24
3.2.3 Resultaten	26
3.3 Secundaire gegevens	28
3.4 Conclusies project 1	29
4 Project 2	31
4.1 Voormeting	31
4.1.1 Doelstellingen	31
4.1.2 Doelgroep/Geplande middelen inzet	32
4.1.3 Randvoorwaarden	34
4.1.4 Bij aanvang reeds geplande activiteiten	34
4.1.5 Uitkomstverwachtingen	35
4.2 Nameting	36
4.2.1 Verloop van de middeleninzet	36
4.2.2 Belemmeringen bij de middelen inzet	37
4.2.3 Resultaten	38
4.3 Secundaire gegevens	39
4.4 Conclusies project 2	40

5	Overeenkomsten en verschillen tussen beide projecten	41
5.1	Samenvatting	41
5.2	Beperkingen	42
5.3	Discussie	42
5.4	Beschouwing	43
	Literatuur	45

Samenvatting

Vraagstelling

In dit rapport wordt verslag gedaan van een vergelijking van twee door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars ondersteunde projecten. Beide projecten beogen de kwaliteit van leven van chronisch psychiatrische cliënten te verbeteren met een verschillende aanpak.

Het ene project levert een extra inspanning om de zorgbehoefte van langdurig verblijvende cliënten periodiek te peilen en zet hiervoor ervaringsdeskundigen in. Dit moet ertoe leiden dat onvervulde zorgbehoeften afnemen waardoor de kwaliteit van leven verbetert.

In het andere project wil men op alle afdelingen een specifieke methodiek (conform het z.g. Strengths model) introduceren. Deze aanpak moet leiden tot meer cliënten die een scholing volgen, meer cliënten die een baan hebben, meer zelfstandig wonende cliënten, minder opgenomen cliënten en cliënten die op een gelijkwaardiger manier met hun behandelaar over medicatie spreken.

In de vergelijking die tussen beide projecten gemaakt wordt, is aandacht besteed aan de volgende onderzoeksvragen.

1. In hoeverre zijn de doelen van beide projecten gehaald, in het bijzonder: welk deel van de doelpopulatie is bereikt en welk deel van de medewerkers is daarbij betrokken?
2. Welke veranderingen in kwaliteit van leven kunnen geconstateerd worden bij de cliënten uit de twee instellingen, waarbij in het ene project de hulpverleners getraind zijn in het Strengths model en in het andere project de cliënten intensief met inzet van ervaringsdeskundigen op hun hulpbehoefte zijn gemonitord?
3. Welke veranderingen in ervaren kwaliteit van geleverde zorg en arbeidstevredenheid kunnen vastgesteld worden binnen de twee projecten?

Aanpak

Om deze vragen te beantwoorden zijn projectleiders van beide projecten tweemaal geïnterviewd (in juni 2010 en september 2011) waarbij de volgende onderwerpen aan de orde kwamen.

- Welke doelen heeft men zich aan het begin van het project gesteld?
- Welke middelen zouden worden ingezet om die doelen te bereiken?
- Welke eventuele belemmeringen verwachtte men tevoren?
- In welke mate zijn de aan het begin gestelde doelen bereikt?
- Zijn de geplande middelen ingezet?
- Welke belemmeringen zijn achteraf gezien daadwerkelijk opgetreden?
- In hoeverre heeft de inzet van middelen en het optreden van belemmeringen de resultaten beïnvloed?

Tevens hebben we van de uitvoerders van beide projecten de beschikking gekregen over een aantal kwantitatieve maten die in beide populaties gestandaardiseerd werden

afgenomen. Het betreft indicatoren voor de kwaliteit van leven (HonoS: de Health of the Nations Outcomes Scales; MANSA: Manchester short assessment of Quality of Life) en de zorgbehoefte (CAN: Camberwell Assessment of Need). We hebben gebruik kunnen maken van de scores die in 2010 en 2011 verzameld zijn.

Resultaten

Project 1

Project 1 had zich ten doel gesteld om bij de groep chronische patiënten de onvervulde zorgbehoeften in beeld te brengen en aan te pakken. Dit wilde men bereiken door periodiek de zorgmonitor af te laten nemen door ervaringsdeskundigen, die een betere respons bij deze doelgroep zou verkrijgen. Een tweede doelstelling is daarom ervaring op te doen met de inzet van ervaringsdeskundigen.

De doelgroep betrof 200 cliënten, waarvan men verwachtte dat de helft mee zou doen. Bij aanvang had men zes ervaringsdeskundigen voor handen.

Een jaar later blijken ongeveer 130 van de 200 cliënten met de zorgmonitor ondervraagd te zijn. De ervaringsdeskundigen zijn bij 85 cliënten ingezet.

De inzet van ervaringsdeskundigen is een reëel knelpunt geweest: men had er aan het begin van het project zeven geworven, maar slechts drie daarvan hebben feitelijk deelgenomen aan de afname van de zorgmonitor. Probleem hierbij is het grote verloop onder ervaringsdeskundigen, waarbij ook twijfel aan hun inkomenspositie (werk met behoud van uitkering) een rol speelde.

De indruk bestaat dat de gesprekken met ervaringsdeskundigen tot een betere schatting van de onvervulde zorgbehoeften van de cliënten leidt dan wanneer verpleegkundigen de monitor afnemen. Dit leidt de geïnterviewde projectleider van de afname zorgmonitor af uit de inhoud van de verslagen en dit is ook de feedback die ze zegt van de rehabilitatie coaches te krijgen.

Behalve het afhaken van vier van de zeven geselecteerde ervaringsdeskundigen speelden ook ontwikkelingen op macroniveau (sluiten van afdelingen, overgang van klinische zorg naar beschermd wonen) de uitvoering parten.

De geïnterviewde projectleider heeft niet heel duidelijk zicht op eventuele vermindering van de onvervulde zorgbehoefte bij de cliënten als gevolg van de zorgmonitor (en meer in het bijzonder, door afname door ervaringsdeskundigen). Wel heeft men het idee dat bepaalde behoeften veel beter gearticuleerd zijn.

Over de hele instelling bezien is in de loop van het interventie jaar de tevredenheid toegenomen en zijn de onvervulde behoeften afgenomen. Dit heeft echter, zeker wat de nameting betreft, slechts betrekking op een beperkt aantal cliënten, en de groep waarop de eerste meting betrekking heeft, is veel groter dan de groep waarvan een tweede meting beschikbaar is. Wanneer we uitsluitend kijken naar de cliënten waarvan twee meetpunten beschikbaar zijn, dan zien we in deze opzichten geen verschil.

Project 2

In Instelling B werd nagestreefd om de sociale participatie van cliënten te bevorderen door de introductie van een methodiek waarbij men stelselmatig op de sterke kanten van de cliënt zou inzetten. Tweede doel was een attitude verandering onder medewerkers.

Men dacht dit te bereiken met een grote nadruk op training en implementatie activiteiten in de 18 verschillende groepen waarbinnen die cliënten waren ondergebracht.

Een en ander zou alleen te verwezenlijken zijn met extra financiële middelen, (bevorderen van zelfstandigheid moet niet afgestraft worden door een negatief bedrijfsresultaat van de instelling) en met een goede aanpassing van het EPD waardoor de

medewerkers zouden worden aangespoord tot het volgen van het beoogde “Strength model”.

Men verwachtte dat invoering van de nieuwe werkwijze zou leiden tot een groot aantal cliënten dat meer zelfstandig zou kunnen functioneren of wonen.

Afgaande op de weergave in het interview heeft de implementatie zich in 2011 over de hele instelling voltrokken. Alle afdelingen werken op de aanbevolen wijze te werken, overal wordt van de cliënten een persoonlijk profiel en een actieplan gemaakt. Er is wel duidelijk verschil tussen de afdelingen. De nieuwe werkwijze is in het EPD is opgenomen, en met de nieuwe financieringsstructuur (van AWBZ naar zorgverzekering) is de negatieve financiële prikkel weggenomen.

Er zijn nieuwe bedreigingen: fusie met een veel grotere instelling en alle nieuwe regels die daarmee ingevoerd worden en veel verhuizing en extramuralisering.

De implementatie en bijbehorende training zijn doorgevoerd zoals gepland maar over concrete resultaten op cliëntniveau heeft men eigenlijk geen harde cijfers beschikbaar. Wel maakt men melding van meer mensen die zijn gaan werken, maar men weet niet hoeveel mensen zelfstandig zijn gaan wonen, scholing gevolgd hebben. Wel neemt men een attitudeverandering onder de personeelsleden op een deel van de afdelingen waar. De beschikbare cijfers met betrekking tot kwaliteit van leven en tevredenheid onder de cliënten geven over de hele linie weinig verandering aan tussen 2010 en eind 2011.

Discussie

In het algemeen kan men stellen dat beide projecten in grote lijnen uitgevoerd zijn op de wijze zoals men die vooraf voor ogen had.

In project 1 is het betrekken van voldoende ervaringsdeskundigen op de nodige problemen gestuit. Uiteindelijk is iets minder dan de helft van de doelpopulatie bereikt door de ervaringsdeskundigen die men daarvoor gepland had, maar bij meer dan de helft is in ieder geval een zorgmonitor afgenomen. Van tevoren schatte men de helft te bereiken. Verder heeft men in project 1 ervaring met ervaringsdeskundigen opgedaan. In project 2 zijn alle teams of de 18 afdelingen volgens plan geïnstrueerd en getraind en op alle afdelingen zijn van de cliënten persoonlijke functioneringsprofielen gemaakt. Of dat ook zijn weerslag heeft op de benadering van de cliënten kunnen we uit onze onderzoeksgegevens niet afleiden.

In beide projecten heeft men individuele aanwijzingen waarbij doelen op individueel cliëntniveau (afname onvervulde behoeften resp. toename sociale participatie) zijn bereikt, maar een algemene verbetering is niet aantoonbaar in de generieke instrumenten die hiervoor gebruikt zijn. Andere gegevens hierover ontbreken.

Terugkerend naar de vooraf gestelde onderzoeksvragen.

Het lijkt erop dat in beide projecten de beoogde interventie is uitgevoerd: afname van de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen als routine in project 1 en invoering van de Strengths methodiek in project 2. In project 1 lijkt daarmee iets minder dan de helft van de potentiële doelpopulatie bereikt te zijn en in project 2 heeft de uitrol van het model over de hele instelling plaats gevonden. In instelling 1 is daarmee ook maar een deel van de medewerkers bij de zorgmonitoring door ervaringsdeskundigen betrokken, terwijl in instelling 2 in principe alle medewerkers erbij betrokken zijn.

De invoering van de beoogde interventie heeft in geen van beide instellingen tot verandering in kwaliteit van leven of in tevredenheid geleid, wanneer we afgaan op de scores van cliënten waarbij twee keer een meting is afgenomen. In het algemeen is de tevredenheidsscore in instelling 1 in 2011 iets hoger dan in 2010, terwijl dit in instelling 2 iets is afgenomen. Ook wordt de kwaliteit van leven over de hele populatie in instelling 2 in 2011 iets negatiever beoordeeld dan in 2010.

Er zijn tussen beide projecten een aantal overeenkomsten: ze hebben chronisch opgenomen psychiatrische patiënten als doelgroep, ze streven een verbetering in kwaliteit van leven na, ze willen een verandering in individuele cliëntbenadering over de hele instelling uitrollen en moeten daarbij weerstanden binnen afdelingen overwinnen. Het resultaat is in beide projecten in grote lijnen ook vergelijkbaar: de voorgenomen implementatie wordt naar verwachting doorgevoerd maar het is het moeilijk in het algemeen effecten op cliëntniveau te laten zien. In subjectieve zin zijn die effecten wel aanwezig: in de beide interviews in de nameting komt men met voorbeelden van de gunstige werking van de interventie.

Belangrijkste verschil tussen beide interventies is het niveau waarop men ingezet heeft. In project 1 was dit het individuele contact, waarin de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen wordt ingezet, in project 2 waren dat de hulpverleners van de verschillende afdelingen die getraind moesten worden om het Strength model te implementeren. De eerste aanpak lijkt kwetsbaarder dan de tweede.

Anderzijds is, wanneer het goed gaat, heeft de eerste aanpak een meer directe impact voor de cliënt. Met de inzet op de individuele cliënt komen positieve effecten onmiddellijk de cliënt ten goede. Van de succesvolle implementatie van de methode op afdelingsniveau moet nog afgewacht worden of dat de individuele cliënt bereikt. De invoering van relatief kleine interventies (wanneer men het per cliënt bekijkt) blijkt op niveau van een hele organisatie een forse ingreep, die veel investering in draagvlak vereisen. Dit komt duidelijk in beide projecten naar voren.

1 Inleiding

1.1 Omschrijving van onderzoeksopdracht

In het najaar van 2009 is het NIVEL benaderd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars, met de vraag of het NIVEL een vergelijking wilde maken van twee door het Innovatiefonds ondersteunde projecten in hun onderlinge samenhang. Beide projecten, uitgevoerd door GGZ-instellingen met een regionale reikwijdte, beoogden de kwaliteit van leven van cliënten met een langdurige complexe meervoudige psychiatrische zorgvraag te bevorderen, maar kozen verschillende aanpakken om dat doel te bereiken. Zo investeert het ene project in een extra inspanning om de zorgbehoefte van langdurig verblijvende cliënten periodiek te peilen en hiervoor ervaringsdeskundigen in te zetten. De verwachting is dat die inspanning zich vertaalt in vermindering van onvervulde zorgbehoeften en verbetering van kwaliteit van leven.

In het andere project wordt getracht de sociale participatie van cliënten uit een vergelijkbare doelgroep te bevorderen, door deze conform de methodiek van het Strengths model te benaderen. Deze aanpak moet leiden tot meer cliënten die een scholing volgen, meer cliënten die een baan hebben, meer zelfstandig wonende cliënten, minder opgenomen cliënten en cliënten die op een gelijkwaardiger manier met hun behandelaar over medicatie spreken.

Een door het NIVEL uitgevoerde vergelijking tussen beide projecten zou antwoord moeten geven op de volgende vragen:

1. In hoeverre zijn de doelen van beide projecten gehaald, in het bijzonder: welk deel van de doelpopulatie is bereikt en welk deel van de medewerkers is daarbij betrokken?
2. Welke veranderingen in kwaliteit van leven kunnen geconstateerd worden bij de cliënten uit de twee instellingen, waarbij in het ene project de hulpverleners getraind zijn in het Strengths model en in het andere project de cliënten intensief met inzet van ervaringsdeskundigen op hun hulpbehoefte zijn gemonitord?
3. Welke veranderingen in ervaren kwaliteit van geleverde zorg en arbeidstevredenheid kunnen vastgesteld worden binnen de twee projecten?

Het NIVEL heeft aangegeven een globale vergelijking tussen beide projecten te kunnen maken door woordvoerders van beide projecten tweemaal te interviewen, eenmaal bij aanvang van het project en eenmaal 15 maanden later, wanneer beide projecten volgens verwachting voldoende afgerond zouden zijn om iets te kunnen zeggen over de het verloop van het project en de geboekte resultaten. In de interviews zou aan de orde komen:

- Welke doelen men zich aan het begin van het project zou stellen
- Welke middelen zouden worden ingezet om die doelen te bereik
- Welke eventuele belemmeringen te verwachten waren
- In welke mate de aan het begin gestelde doelen bereikt waren

- Of de geplande middelen waren ingezet
- Welke belemmeringen daadwerkelijk waren opgetreden
- In hoeverre de inzet van middelen en het optreden van belemmeringen de resultaten hadden beïnvloed

Tevens was met de uitvoerders van beide projecten overeengekomen dat de onderzoekers gebruik zouden kunnen maken van een aantal kwantitatieve maten die in beide populaties gestandaardiseerd werden afgenomen. Het betreft indicatoren voor de kwaliteit van leven (HonoS: de Health of the Nations Outcomes Scales; MANSA: Manchester short assessment of Quality of Life) en de zorgbehoefte (CAN: Camberwell Assessment of Need). Het NIVEL zou over de verzamelde scores in 2010 en eind 2011 kunnen beschikken.

Op basis van het interview zou het NIVEL per project kunnen uitmaken in hoeverre de geplande middelen in ieder project waren ingezet zoals dat van tevoren gepland was, we zouden kunnen vaststellen in hoeverre in de ogen van de uitvoerders de gestelde doelen in het project bereikt waren en we zouden inzicht hebben gekregen in de factoren die eventueel minder geslaagde uitkomsten zouden kunnen verklaren. Door toevoeging van het kwantitatieve deel, zouden we ook een zeker inzicht krijgen in de mate waarin de kwaliteit van leven van de cliënten in de beide projecten aan veranderingen onderhevig was.

Op basis van vergelijking van beide projecten op bovenstaande parameters zouden we een uitspraak kunnen doen over de mate waarin beide projecten erin slagen de greep van de chronische cliënten binnen hun doelgroep op hun leven te verstevigen en over de sterke en zwakke kanten van beide wijzen van aanpak.

1.2 Beschrijving van de twee projecten¹

Project 1 is gericht op mensen die langdurig in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Binnen de instelling van project 1 wordt al gedurende langere tijd geprobeerd de zorg af te stemmen op de zorgbehoefte van de cliënten en hun kwaliteit van leven te verhogen door middel van een gericht rehabilitatie advies. Deze afstemming wil men bereiken door periodiek en systematisch bij alle cliënten een zorgmonitor af te nemen. Het bleek echter lastig om de patiënten op langdurig verblijf afdelingen bij deze gesprekken te betrekken. Door speciaal hiervoor opgeleide ex-clieënten, ervaringsdeskundigen, in te zetten, verwachtten de initiators van project 1 deze patiënten wel bij de zorgmonitoring te betrekken en zo te bevorderen dat gevoelde zorgbehoeften naar voren worden gebracht. Het doel van het project is om met een specifiek toegesneden programma een start te maken met het systematisch monitoren en aanpakken van onvervulde zorgbehoeften bij patiënten die langdurig in het ziekenhuis verblijven. Men wil elk half jaar bij alle 200 langdurig opgenomen cliënten de zorgbehoeften bespreken en daarbij ook begeleiders en belangrijke derden betrekken. Aan de hand van aangegeven onvervulde zorgbehoeften wordt een beter zorg- en rehabilitatieplan gemaakt en uitgevoerd. Sinds zomer 2010 is men gestart met deze jaarlijkse monitoring gesprekken, waarbij ervaringsdeskundigen worden ingezet om de behoefte van de patiënt in een onderling gesprek in kaart te brengen.

¹ De in de inleiding genoemde beschrijving van de projecten, hun doelstelling en planning is afkomstig uit de projectaanvragen.

De inzet van ervaringsdeskundigen

De inzet van ervaringsdeskundigen kan het herstel ondersteunen. Herstel wordt opgevat als een “persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarde, gevoelens, doelen en/of rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening waarin hoop een plaats heeft”(Anthony, 1993, geciteerd in van Erp et al. 2011). “Het fundament van herstel is dat mensen met psychiatrische aandoeningen zelf bepalen welke betekenis ze aan hun problemen geven” (Plooy, 2009, geciteerd in v Erp et al. 2011). Deze beide citaten geven aan hoe belangrijk het patiëntenperspectief bij herstel c.q. verbetering van kwaliteit van leven is en waarom juist ervaringsdeskundigen daarbij een rol kunnen spelen. Zij weten immers als geen ander welke betekenis aan de problemen van psychiatrische patiënten gegeven kan worden.

Als het om de inhoud van de ervaringen van cliënten gaat, is de cliënt zelf bij uitstek de deskundige. De ervaringsdeskundige, is echter deskundig op het gebied van het proces rond herstel en het verkennen van de belevingen van de cliënt (v Erp, 2011). Daarom kan de ervaringsdeskundige een belangrijke rol spelen bij de afname van de zorgmonitor.

De ervaringsdeskundige heeft ervaringskennis in tegenstelling tot de professionele hulpverlening die meer algemene theoretische kennis heeft. De “wetende houding” van de laatsten kan een belemmering zijn bij herstelhulpverlening, omdat geen ruimte meer gelaten wordt voor individueel herstel. De ervaringsdeskundige zou vanuit zijn ervaringskennis meer ruimte aan het individu laten (uit interview medewerker bureau Herste (in v Erp et al. 2011)

Behalve bij herstelondersteuning worden ervaringsdeskundigen ook ingezet bij voorlichting en scholing, gericht op cliënten, professionals en management van zorginstellingen en bij specifieke doelgroepen als verslaafden, mensen met eetstoornissen en allochtonen met psychische problemen.

Project 2 is eveneens gericht op cliënten in de sector “langdurige zorg en wonen”. Dit zijn cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis met een langdurend of verwacht langdurend beloop van de ziekte en met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Doelstelling van project 2 is het bevorderen van de sociale participatie van de cliënten uit de beschreven doelgroep en het verhogen van hun autonomie.

Men wil deze doelstelling bereiken door trainers op te leiden die de medewerkers op de afdelingen gaan scholen in de methodiek van “krachtenmodel” (Strength based case management; zie volgend kader). Men verwacht dat de toepassing van deze methodiek zal leiden tot meer cliënten die een scholing volgen, een baan krijgen, en/of zelfstandig wonen en minder opnames in de kliniek.

De aftrapbijeenkomst van het project is eind april 2010 geweest, in de periode mei-juni is men het over de hele instelling “uit gaan rollen”.

Het “Strengths model”

Het Strengths model is een vorm van case management. Op www.rinogroep.nl wordt er het volgende over gezegd: “Centraal in dit model staan de eigen mogelijkheden van cliënten, evenals de hulpbronnen die de omgeving biedt om mensen met een ernstige psychiatrische stoornis als burger in de samenleving te laten participeren. Het Strengths Model ontleent zijn inspiratie vooral aan de empowermenttheorieën waarin de eigen krachten van cliënten en de mobilisatie van deze krachten centraal staan. In de loop van de ontwikkeling van het Strengths Model werd de empowermentbenadering steeds meer verbonden met het herstelproces van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het Strengths Model kan goed verbonden worden met het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen en is er de afgelopen jaren steeds meer in geïntegreerd.

Het Strengths Model is ontwikkeld als casemanagement model voor ambulante werkende teams. Uit onderzoek blijkt dat het Strengths Model effectiever is dan standaardzorg. Ook blijkt dat als het werken met

de Strengths-methodiek wordt geïntegreerd met de principes van Assertive Community Treatment, de resultaten voor cliënten verbeteren. Het Strengths Model kan beschouwd worden als een evidence based interventie. Inmiddels is ook enige ervaring opgedaan met toepassing bij klinische afdelingen. Ook hier blijkt het Strengthsmodel een meerwaarde te hebben”.

Rapp (2007) geeft aan dat patiënten, benaderd vanuit het Strengths perspectief, betere uitkomsten liet zien. Het verband tussen strength based case management en verbeterde uitkomsten (betere handhaving nazorg, verminderd druggebruik en betrokkenheid bij criminele activiteiten) was niet zozeer rechtstreeks, maar werd gemedieerd door de toegenomen vaardigheid van de case managers om de nazorg beter geregeld te krijgen. Na verloop van tijd leidde strength based case management ook tot meer banen voor de ex-clieënten.

2 Methode

Conform het voorstel aan het Innovatiefonds zijn in juni 2010 en in oktober 2011 interviews gehouden met woordvoerders van beide projecten. In oktober 2011 zijn deze woordvoerders ook verzocht om de gegevens van hun eigen monitoring met de vragenlijsten HonoS, Mansa en CANSas. Deze gegevens ontvingen we in november 2011 van het ene project en in februari 2012 van het andere. In het onderstaande zullen we inhoudelijk verder ingaan op de afgenomen interview en de aard van de verkregen vragenlijsten.

2.1 Interviews

In de voormeting richtte het interview zich op de aard van het onderzoeksproject, de doelen die men ermee nastreefde, en de weg waarlangs men die doelen dacht te bereiken. De volgende topiclijst werd nagevraagd:

- Een beschrijving van het project
- Doelstelling
- Doelgroep
- Geplande inzet van middelen
- Beoogde resultaten
- Randvoorwaarden voor het slagen van het project
- Reeds ondernomen stappen

In de nameting is nagegaan in hoeverre de geplande inzet van middelen gerealiseerd is, de belemmeringen die daarbij zijn opgetreden en de mate waarin de gestelde doelen in het project bereikt zijn. De volgende onderwerpen werden nagelopen:

- Het verloop van de inzet van middelen en de afwijking van de geplande inzet
- De belemmeringen die daarbij werden ondervonden
- De mate waarin de geplande doelstelling is gerealiseerd

De interviews werden opgenomen en uitgeschreven. De uitgeschreven tekst werd aan de deelnemers aan het interview toegestuurd en door hen, met eventueel commentaar, geautoriseerd.

In de analyse werden de tekstfragmenten gerubriceerd conform de topiclijst. In dit verslag worden ze cursief opgevoerd als onderzoeksmateriaal ter beantwoording van de vragen.

2.2 Secundaire gegevens: HonoS, Cansa, Mansa

De onderzoekers ontvingen vanuit de twee deelnemende GGZ-instellingen een Excel bestand met routinematig verzamelde uitkomstgegevens omtrent langdurig opgenomen cliënten in beide instellingen. Het is niet te traceren in hoeverre cliënten van wie deze vragenlijstgegevens beschikbaar zijn, daadwerkelijk met de geplande interventies te

maken hebben gehad. Deze gegevens verschaffen slechts een globaal beeld van de toestand van “de” langdurig opgenomen cliënt aan het begin van de interventie en een jaar later.

2.2.1 Meetinstrumenten

Scores op de volgende vragenlijsten zijn beschikbaar gesteld:

Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS)

De HoNOS is in 1998 ontwikkeld (Wing et al. 1998) en meet de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten. De HoNOS telt 12 items, die betrekking hebben op gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. De score van ieder item loopt van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). De HoNOS wordt beantwoord door de behandelaar. In navolging van de onderzochte instellingen gebruiken we de totaalscore, die berekend is voor alle respondenten met maximaal drie missende items. Missende items werden zo nodig vervangen door het gemiddelde op de wel ingevulde items.

Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA)

De MANSA (Priebe et al. 1999) meet de tevredenheid van de cliënt met een aantal levensterreinen. Oorspronkelijk telt de MANSA 16 items, maar de instelling A gebruikt slechts 12 van de 16 items. De items zijn gescoord van 0 (zeer ontevreden) tot en met 6 (zeer tevreden). De MANSA wordt door de cliënt zelf ingevuld. We gebruiken de gemiddelde score op de 12 items voor alle respondenten met maximaal drie missende items. Missende items werden zo nodig vervangen door het gemiddelde op de wel ingevulde items.

Camberwell Assessment of Need (CAN)

Met de CAN (Slade et al. 1996) wordt over 25 items gevraagd of de cliënt op dat terrein een probleem/zorgbehoefte ervaart, en zo ja, of het een zorgbehoefte is waarin voorzien wordt of niet. De CAN wordt zowel door een behandelaar als door de cliënt zelf ingevuld. We leiden er drie scores uit af:

- 1) aantal zorgbehoeften
- 2) aantal onvervulde zorgbehoeften
- 3) aantal vervulde zorgbehoeften.

Deze scores worden berekend voor alle respondenten met maximaal vier missende items.

2.2.2 Beschikbare gegevens

Instelling A

Van instelling A ontvingen we gegevens m.b.t. 111 cliënten. De eerste metingen (N=111) waren afgenomen tussen 11 januari 2010 en 21 oktober 2011. 82% van de eerste metingen waren in 2010 afgenomen.

De tweede metingen (N=44) waren afgenomen tussen 20 juli 2010 en 22 oktober 2011. Er waren ook nog 13 derde metingen, afgenomen tussen 1 november 2010 en 17 oktober 2011.

Het tijdsverschil tussen eerste en tweede meting bedroeg gemiddeld 265 dagen, met een

range van 52 tot 540 dagen.

Het aantal beschikbare vragenlijsten van de verschillende typen op het eerste en tweede meetmoment staat aangegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1

	HoNOS		MANSA		CAN- cliënt	CAN- hulpverlener
	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 1	Instelling 1
1 ^e meting	111	250	77	252	108	71
2 ^e meting	42	499	31	456	41	28
3 ^e meting	13		9		12	9

Van Instelling 2 zijn alleen twee metingen op HoNOS en MANSA ontvangen. Deze hadden betrekking op 608 respondenten op de HONOS en 562 respondenten op de MANSA. Van 141 resp. 146 cliënten waren beide metingen op deze vragenlijsten beschikbaar. De tijd tussen eerste en tweede meting bedroeg gemiddeld 329 dagen, en kende een range van 35 tot 443 dagen.

Voor onze analyses zullen we ons beperken tot vergelijking van de 1^e en 2^e meting op de verschillende vragenlijsten. We zullen zowel de totale aantallen ten opzichte van elkaar toetsen als de gepaarde waarnemingen, waarbij alleen cliënten betrokken zijn die aan beide metingen gegevens hebben verschaft.

3 Project 1

3.1 Voormeting

Doelstellingen, geplande inzet van middelen, mogelijk interfererende factoren, reeds geplande activiteiten en uitkomstverwachtingen zijn vastgesteld in een interview op 22 juni 2010 met de verantwoordelijke voor de periodieke metingen onder cliënten en het afdelingshoofd van het sociaal psychiatrisch behandelcentrum van de instelling.

3.1.1 Doelstellingen

In het eerste interview op 22 juni 2010 gaven de projectleider en een afdelingshoofd te kennen dat hun belangrijkste doelstelling van de periodieke afname van de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen was om onvervulde zorgbehoeften van langdurig verblijvenden te laten afnemen en hun kwaliteit van leven daarmee te verbeteren. Als afgeleid doel noemden ze het opdoen van ervaring met inzet van ervarings-deskundigen. De geïnterviewden benadrukken dat het bereiken van de ene doelstelling (onvervulde zorgbehoefte opsporen en aanpakken) niet automatisch hoeft te leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven.

“Het zou kunnen dat de zorgbehoefte vermindert, maar de kwaliteit van leven niet toeneemt. Dat kan aan de maat liggen, die niet zo heel goed differentieert. Maar de ervaring is dat als die onvervulde zorgbehoefte afneemt, dat bij die cliënten ook de kwaliteit van leven verhoogt. Er zijn onderzoeks-aanwijzingen die in die richting wijzen.”

“Je hoopt wel dat daar waar een ontwikkelpotentieel of leerpotentieel zit, dat dat beter benut of aangesproken wordt. Maar dat is wel voorwaardelijk. Als cliënten zo beperkt en gehandicapt zijn dat ze bepaalde zaken nooit meer zelf zullen kunnen, dan helpen sommige initiatieven niet om daar nog verbetering in aan te brengen, je bereikt hooguit een hogere tevredenheid. Maar hier hoeven we ook geen grote doelen, het gaat erom wat cliënten zelf willen. Bijvoorbeeld als een cliënt zegt dat ze een keer in de week zelf wil koken, kan dat een mooi doel zijn om naar te streven. Het gaan juist om kleine dingen.”

De algemene doelstelling (vermindering van onvervulde zorgbehoefte) wordt uiteindelijk afgemeten aan de doelstellingen van iedere cliënt persoonlijk:

“Het is de bedoeling dat iedere cliënt een eigen doelstelling formuleert. Naar aanleiding van de behoeftepeiling moet de rehabilitatiedeskundige, samen met de begeleider van de cliënt en eventueel familie als die er bij betrokken is, en de cliënt zelf natuurlijk, kijken naar wat ze hiermee gaan doen en of er een bepaald plan is voor de komende tijd en hoe dat uitgevoerd moet worden. Na een half jaar wordt het geëvalueerd. Het kan iets groots zijn, maar het kan ook een kleine stap zijn. Daar zit natuurlijk de variatie in. Welke cliënt heb je in de kliniek zitten. Dat is voor een deel een groep die er al lang zit, voor een deel een groep die er relatief nog kort zit. Een groep met weinig ontwikkelpotentieel en een

groep met nog wel ontwikkelpotentieel, dus daarin zullen de doelstellingen die je individueel stelt ook variëren.”

3.1.2 Doelgroep/Geplande middelen inzet

De geplande middelen inzet is dat met iedere cliënt in de langdurig verblijfafdeling periodiek een zorgmonitor wordt afgenomen. Het afnemen van de zorgmonitor is nog niet zo eenvoudig.

“We willen alle 200 cliënten benaderen. Het probleem bij de kleine pilot die we hadden gedaan, was dat cliënten niet zo mee willen werken en dan zou het heel mooi zijn als die respons met de inzet van ervaringsdeskundigen beter wordt. Maar dat kan ook wel eens heel erg afhankelijk zijn van de afdeling en de specifieke ervaringsdeskundige, want de een is misschien heel leuk en handig in het overhalen van mensen en enthousiasmeren, en de ander misschien niet zo bijzonder goed. Dat zou ook best nog uit kunnen gaan maken. Cliënten zijn bij dit soort dingen altijd bang. Het is nieuw, dus waarom, wat zit erachter, wat betekent dat voor mij, wat gaat er daarna mee gebeuren [...] Dus dat moet heel behoedzaam gebeuren, de kunst is dan ook om de cliënt uit te dagen en met iets te komen waar hij of zij wel warm voor loopt. Het ingewikkelde bij deze doelgroep is dat het heel makkelijk is voor hulpverleners om te bepalen wat het beste is voor de cliënt. Het moeilijke is als de cliënt zelf niet wil, dan zit je toch in de situatie dat je wel een doel hebt geformuleerd, maar dat je niet weet hoe je die weg af moet leggen.”

Om de weerstand bij cliënten zo klein mogelijk te maken, wil men met ervaringsdeskundigen, dat zijn eigenlijk mede-clieënten, die de monitor gesprekken voeren, werken.

“Er is geen selectie gemaakt in ervaringsdeskundigen. Ze zouden een wat lichtere aandoening kunnen hebben, maar het zijn ook mensen die opgenomen zijn geweest of zelfs nog regelmatig opgenomen zijn. Het zijn mensen die zelf ervaring hebben met het hebben van de ziekte, en vandaar uit het gesprek kunnen aangaan. We zijn al een tijdje bezig om mensen die dat ziekteproces doorlopen hebben en er in geslaagd zijn om redelijk goed te herstellen, maar ook in staat zijn om daar toch een beetje beschouwend naar te kijken, om die mensen wat te betrekken bij ontwikkelingen in de zorg. In toenemende mate zijn er vanuit die groep ook mensen die zich aandienen..... We zoeken cliënten die al een band hebben met zo'n afdeling, nog niet op de kliniek, maar dan bij andere afdelingen (bv bij psychiatrie en verslaving, daar is al heel veel ervaring met ervaringsdeskundigen, daar werken er al een heleboel, en daarvan worden er dan een paar aangewezen of gevraagd om op de klinische afdelingen dat werk te doen)[...]. In totaal zijn er nu 6 mensen. We verwachten dat dit aantal voldoende is, we stellen ze wat meer uren aan dan we in de aanvraag hebben zitten. Dan hebben ze in ieder geval voldoende tijd en mogen die ook nemen, om met name in contact met die cliënten te komen. Als je nieuw op die afdeling bent, duurt het even voor het ijs gebroken is, de toenadering gemaakt kan worden.

Die extra tijd is nodig, omdat de benodigde tijdsduur om bij deze cliënten de zorgmonitor af te nemen moeilijk te voorspellen is.

“ Een deel van de cliënten kan helemaal niet een uur lang met iemand de lijst doornemen, dus dat moet al in drie of vier delen. Mensen moeten de tijd hebben (in A doet een afdeling mee met 60 bedden, daar is een ervaringsdeskundige een dag in de week (twee dagdelen) beschikbaar om de cliënten te zien en te spreken, contact te leggen en iets op te bouwen). Je hebt een groep waarbij je het moment moet zoeken waarop het geschikt is om te doen, maar dat geldt ook als je de GGZ thermometer wilt afnemen. Dat moet je vaak meerdere keren vragen en dan is het op een gegeven moment een gunstig moment dat men dat wel wil doen, maar dat kan heel erg variëren, daarom moet je ook in het begin de cliënten leren kennen. ”

De interventie is uiteraard niet beperkt tot het monitorgesprek dat de ervaringsdeskundige met de cliënt heeft. De resultaten van het gesprek worden teruggekoppeld naar rehabilitatiecoaches en de persoonlijke begeleiders van de cliënten. Verder zullen de andere medewerkers op een of andere wijze mede gestalte moeten geven aan de uitwerking van de stappen die een cliënt wil bereiken.

Rehabilitatiecoaches: *die zijn altijd al werkzaam, die worden niet van buiten gehaald. Er wordt wel echt iemand aangewezen nu om dat te doen die dan ook de goede opleiding heeft. Meestal is dat wel de IRB-er. .. Je hebt deskundigen op meerdere niveaus; iemand die de training heeft gehad en weet wat het betekent en gewend is om het ook toe te passen. En dan heb je ‘train-de-trainers’, de mensen die gewend zijn om te coachen en anderen te trainen. Die mensen, met de meeste expertise, die zitten her en der op de afdelingen zorg. We willen altijd dat we daar enkele van die mensen hebben. Die komen het meest in aanmerking voor deze rol.... Bij elke afdeling wordt een oplossing gezocht. Of iemand is er al, of iemand wordt daarnaast ook voor het project neergezet voor een aantal uren.*

Medewerkers: *daar moet nog wel wat in gebeuren. Het informeren van alle medewerkers is op de ene locatie al wat meer gebeurd dan op de andere. Vandaar dat het teammanagement in het projectgroepje wordt betrokken, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van dit project, en ook voor de communicatie naar de medewerkers, maar ook naar de cliënten voor zover dat niet via ervaringsdeskundigen loopt, die natuurlijk ook cliëntinformatie ten behoeve van dit project hebben. Iedereen moet er verder van op de hoogte zijn, voor de familie die vragen heeft. We zijn nog bezig met de folders, daar wordt nog over gemaïld. We hebben een algemene monitorfolder, maar we willen nu een folder en een brief aanpassen voor dit project.*

De persoonlijk begeleiders *worden er sowieso bij betrokken omdat zij een deel van de vragenlijst moeten invullen en dat rehabilitatieadvies ter harte moeten nemen. Maar dat is meer iets van die rehabilitatie-expert om het met die mensen op te nemen. In principe heeft elke cliënt is een EVV-er (eerst verantwoordelijk verpleegkundige) en die zal betrokken worden.[...]. In de praktijk zal dat betekenen dat voor deze cliënten extra behandelplanbesprekingen moeten plaatsvinden, deels om de afspraken met elkaar te maken, en afspraken over het vervolg, maar ook vervolgens om het dan te evalueren en te bekijken. Dit onderzoek helpt daar als een soort structuur bij om dat te doen.*

Behalve de overige betrokkenen op de afdeling, speelt mogelijk ook de familie een rol bij de realisering van de in de zorgmonitor geuite behoeften.

“Het is heel divers wat er aan cliënten is en wat wij per cliënt aan contact met de familie hebben. Er zijn cliënten die geen enkel contact hebben, bijna alleen zijn op de wereld, en de familie ook geen contact meer wil. Er zijn cliënten waar nog ouders van leven, of waar een broer of zus van leeft en die soms intensief, soms sporadisch contact hebben. Je kan er de hele variatie aan intensiteit bij voorstellen. [...]. De ervaringsdeskundige zal wel vragen aan de cliënt of hij dat prettig zou vinden om een familielid of een andere naaste (een partner of goede vriend/vriendin) bij zo'n gesprek te hebben. Zo staat het ook in de brief aan familie of een andere belangrijke naaste. Als dat niet gebeurt dan gebeurt het gewoon niet. Maar het is meer een aanbod en een vraag. Het is wel zo dat de ervaringsdeskundigen die nu getraind zijn dit allemaal een heel leuk aspect vinden, dus ze gaan het vast wel proberen”.

3.1.3 Randvoorwaarden

In het interview worden een aantal randvoorwaarden genoemd waaraan het project moet voldoen om het project te laten slagen.

- 1) Medewerkers moeten de tijd hebben.
- 2) Er moeten ervaringsdeskundigen zijn. Nevendoelstelling is dat men ervaringsdeskundigen in de kliniek kan krijgen en houden.

“Inherent aan het werken met mensen die zelf ervaring hebben met de ziekte is dat ze tussentijds weer uit kunnen vallen, dan wel in hun herstelproces verder gaan, en op een gegeven moment dat ook weer achter zich willen laten. Dus er een redelijk verloop, maar het aardige is dat er steeds meer mensen interesse hebben om een stuk van het traject op deze manier te lopen. Dat maakt dat we zo langzamerhand steeds meer mensen krijgen die dat willen gaan doen. Ook in dat opzicht is het een ontwikkeltraject waar deze pilot heel goed in past”.

Overigens is het project niet 100% afhankelijk van ervaringsdeskundigen.

Aan de andere kant is het wel zo dat de verpleegkundigen wat kunnen meehelpen met interviews, dat het niet helemaal van de ervaringsdeskundige afhankelijk is. We gaan dan natuurlijk verder werven, maar het project staat en valt er niet mee dat als er wat ervaringsdeskundigen uitvallen dat er dan helemaal geen doelen meer gesteld zouden kunnen worden.

- 3) Zoals al eerder aangegeven zijn niet alle cliënten in dezelfde mate geneigd om mee te werken. Uiteraard staat of valt het project met deze bereidheid. Juist hierom is gepland om ervaringsdeskundigen in te zetten.
- 4) Een andere mogelijke belemmering ligt bij het behandelteam op de afdeling in het algemeen.

“Het team moet er voor open staan om iets met die doelen te doen. De begeleiders moeten het ook wel leuk vinden om iets te gaan doen met wat er geformuleerd is. Dat is ook wel een kritisch punt. Als je cliënten belooft dat je iets gaat doen met zorgbehoefte en er gebeurt vervolgens niks mee, of er wordt wel een mooi plan gemaakt maar het wordt niet uitgevoerd, zou dat echt heel vervelend zijn.”

Maar hopelijk kan dat ondervangen worden met een goede registratie:

“Primair is toch het belangrijkste dat je met cliënten er in slaagt om een aantal verbeterdoelen af te spreken. Omdat we het wat systematischer aanpakken slagen we daar hopelijk wat beter in dan in het verleden. Het is wat ingewikkelder als je dat precies zou willen vergelijken en het naast elkaar zou willen leggen, want het heeft ook met andere veranderprocessen te maken. Zoals nu met het EPD is het beter mogelijk om rehabilitatiedoelen op te nemen in behandelplannen dan het eerder het geval was. Dus ook dat soort zaken faciliteren het project.”

- 5) Naast registratie van de gemaakte afspraken is het ook belangrijk dat het hele proces van afname van de monitor op zichzelf ook gemonitord wordt. Daar kan nog een kink in de kabel komen, maar er zijn maatregelen genomen om dat te trachten te voorkomen.

“We hadden eigenlijk geen coördinatiekosten begroot. Het afdelingshoofd van waar iemand onder valt, die moet zorgen dat iemand aangestuurd wordt en uren gaat schrijven en in de gaten moet houden of er wel iets gebeurt. We hebben een soort monitoring afgesproken, dat we een beetje kijken hoe de progressie is ten aanzien van het interviewen en hoeveel gesprekken er plaatsvinden enzovoorts, en ook de afstemming tussen de rehabilitatiedeskundige en de ervaringsdeskundige. Want uiteindelijk wil je toch dat een aantal dingen in een behandelplan meegenomen worden zodat het dan, in het vervolg, in beeld is en opgepakt wordt. Dat zijn een aantal monitoring aspecten om te kijken of er ook voldoende gebeurt. Daar gaan we informatie over verzamelen, dus zowel de doelen van de cliënten, als hoeveel interviews er zijn gedaan. Dat wordt door het team zorgmonitor, de onderzoeksmedewerker, overgenomen. Er zijn al formuliertjes gemaakt die ingevuld moeten worden hiervoor.”

3.1.4 Bij aanvang reeds geplande activiteiten

Tijdens het interview van 22 juni 2010 werd als startdatum van het project 1 mei genoemd. Op dat moment waren er al een aantal ervaringsdeskundigen beschikbaar die al langer binnen de instelling (met name bij verslavingsafdelingen) werkten. Een aantal was ten tijde van het interview al nieuw geworven, soms hadden ze ervaring elders als ervaringsdeskundige. De ervaringsdeskundigen krijgen een interviewtraining, ten tijde van het interview moesten er nog drie getraind worden. Op één afdeling waren ten tijde van het interview al wat interviews gedaan. De start van het verdere interviewen geschiedt geleidelijk:

“Voor de introductiefase hebben we uitgebreid de tijd genomen omdat we ook niet veel ervaring hebben met hoe lang ervaringsdeskundigen nodig hebben om te wennen in hun rol. Dus laat ze gewoon maar een beetje proberen en ook wat testen, gewoon een paar proefgesprekken doen, kijken hoe dat loopt en waar je tegenaan loopt, want dan heb je zeker in het begin nog wat bijsturingsmogelijkheden. De introductieperiode is voor de ervaringsdeskundige om kennis te maken, de unit te leren kennen, de afdeling te leren kennen, cliënten te leren kennen. Ze krijgen ook allemaal een interview training en dat soort technische dingen”.

“De ervaringsdeskundigen gaan niet direct interviewen, maar eerst eens een paar maanden kennismaken en anderhalve dag (twee dagdelen) op de afdeling aanwezig zijn.

[...]. De eerste tijd zullen ze meer komen om kennis te maken en nog niet zo moeten interviewen, en daarna kunnen ze voor de ene een afspraak maken voor een interview, en voor de ander een afspraak voor een leuk uitje waarbij aan het eind dat lijstje nog even wordt ingevuld.”

“We moeten nog wat uitgebreider met de teams praten. Het is wel via de lijn gecommuniceerd, maar er is ook nog wel een slag te slaan om meer bekendheid voor het project te realiseren. Voor een deel zal dat al doende gebeuren. [...]. Wat wel altijd belangrijk is naar de teams toe is dat je benadrukt dat het ook om kleine doelen kan gaan. Begeleiders hebben vaak de indruk dat ze hun cliënten dan weer moeten verhuizen of laten werken terwijl ze dat niet kunnen. En daar gaat het in dit project niet om, het gaat ook om kleine stappen. De afdeling met de grootste groep hele zware cliënten, zwaar in termen van hele hoge zorgzwaarte pakketten, die hebben ook gericht gezegd dat ze met een bepaald deel van de afdeling meedoen, om gewoon ervaring op te doen, te kijken wat het oplevert, en dan pas te bepalen zij of ze er verder mee gaan.”

Naast de voorbereidingen van het afnemen van de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen is er ook nagedacht over de monitoring van de monitoring.

“De projectgroep die het project begeleidt heeft afgesproken dat ze na de zomervakantie een eerste monitoring met elkaar bespreken. Op dat moment zullen we bepalen wat we doen als er te weinig vooruitgang geboekt wordt. We hebben een implementatiegroep die twee bijeenkomsten heeft gehad. Daar worden de ervaringsdeskundigen nog niet bij betrokken. Voor hen en de rehabilitatie-deskundigen hebben we nog apart intervisiebijeenkomsten, om ervaringen uit te wisselen. Daarvoor is er al een begeleider gevonden (een docent rehabilitatie die daar heel veel ervaring mee heeft). Het zal niet zo heel vaak zijn, zo’n twee keer per jaar maximaal. Het zit niet allemaal in dit project maar er zijn meerdere verbanden waar mensen gebruik van maken. Ervaringsdeskundigen binnen de instelling hebben weer hun eigen groep waar ze elkaar treffen, o.l.v. een stafmedewerker ervarings-deskundigheid en waar ze ook ervaringen kunnen uitwisselen en elkaar kunnen steunen. Dat zit niet in dit project, die structuur is er al en dat helpt hen ook zeker in het invullen van hun werk, maar ook het bespreken van waar ze tegenaan lopen.

De projectstructuur binnen de afdelingen waar het dan gebeurt, heeft een eigen intern groepje bestaande uit ervaringsdeskundigen, de twee teammanagers van de afdelingen die meedoen en de rehabcoach, om het project op de rails te zetten, te laten lopen en te volgen. De vier/vijf afdelingen die meedoen, die zullen op hun manier zorgen dat ze het project naar behoren uitvoeren. Maar de intervisiebijeenkomsten zijn voor iedereen bedoeld.”

3.1.5 Uitkomstverwachtingen

Aangaande de directe uitkomsten bij de de cliënten is de verwachting dat de onvervulde zorgbehoefte afneemt. Op welke terreinen dat zal liggen, daarover kan men tevoren moeilijk een uitspraak doen.

“Er kan gecheckt worden bij hoeveel procent van de mensen een gesprek is gevoerd, en vervolgens bij hoeveel van hen er doelstellingen zijn geformuleerd en op welke terrein. Dan kijken we misschien naar de levensgebieden van de INP(?) (wonen, werken, leren, sociale contacten) en dan kan je een overzicht maken op welke levensgebieden die doelen zijn geformuleerd. Dan zie je misschien dat het overal over sociaal contact gaat omdat dat de makkelijkst te zetten stap is. Maar het zou ook kunnen dat er andere doelen

bijzitten, over gezondheid bijvoorbeeld, of over medicatie, de nevenwerkingen van medicatie verminderen als dat de grootste klacht is.”

En er worden ook risico's genomen:

Wat een boeiend spanningsveld is, en dat is ook een centraal spanningsveld als je het hebt over het scheiden van wonen en behandelen, is dat je er als hulpverlener vaak op gericht bent om te voorkomen dat iets misgaat. Daar doe je heel veel voor, terwijl als je uitgaat van zo zelfstandig mogelijk wonen dan probeer je juist iemand zoveel mogelijk autonoom een aantal dingen te laten doen. Dan moet je durven loslaten, dan moet je durven proberen. Dat is hier ook de kunst. Wanneer je een cliënt 15 jaar kent en je hebt 15 jaar dingen zien misgaan, dan ben je er erg op gericht om te voorkomen dat het opnieuw misgaat. Dat kan soms het nemen van nieuwe stappen, nieuwe initiatieven in de weg staan. Het is de kunst om met het project die spiraal weer te doorbreken en weer de weg omhoog in te slaan om toch weer dingen te proberen. [...]. Het inzetten van ervaringsdeskundigen is als het ware ook een nieuwe bril waardoor je gaat kijken, en bekijkt of dat een nieuwe insteek oplevert. Dat is binnen de GGZ een nieuwe ontwikkeling en we zijn heel benieuwd wat het perspectief van die nieuwe ontwikkeling is.

Omtrent het bereik van de zorgmonitor zijn er ook verwachtingen:

“De gemiddelde respons in de zorgmonitor is 60%, maar daar zitten ook alle ambulante cliënten in, en niet zo erg die klinische groep. Ook de RIBW cliënten zitten er bij, maar dat is toch ook wel een wat andere populatie. Als de helft (van de 200) meedoet zijn we al heel blij.”

Maar het bereiken van zoveel mogelijk cliënten is niet het enige criterium om het succes aan af te meten:

“Het zou fijn zijn als het voor de afdelingen en voor die ervaringsdeskundigen een positieve ervaring is, dat we er positief op terugkijken. Dat is meer een kwalitatief gegeven. Als dat zo is dan zouden we er ook mee doorgaan, of we nu wel of niet alle interviews gedaan hebben. Iemand kan een keer uitvallen maar dan kan het toch nog op een goede manier gebeurd zijn.”

Ook heeft men wel verwachtingen over de toekomst na het einde van het project.

“Als het succesvol is gaan we er langer mee door. ...Continuering: Voor de zorgmonitor zijn psychologiestudenten of net afgestudeerden en ook al een enkele ervaringsdeskundige die kan worden ingezet. Maar het zou leuk zijn om dat natuurlijk nog veel meer te doen. Als ervaringsdeskundigen het een leuke baan vinden, dan snijdt het mes aan twee kanten natuurlijk.

3.2 Nameting

De gegevens over het verloop van het project in de periode juli 2010 – september 2011 zijn opgetekend tijdens een interview met de verantwoordelijke voor de periodieke metingen onder cliënten en de directeur van de instelling.

3.2.1 Verloop middelen inzet

15 maanden eerder was vastgesteld dat het de bedoeling was om de zorg meer af te stemmen op de zorgbehoeften van cliënten op basis van het rehabilitatie advies en het

was de bedoeling om daar een extra impuls aan te geven door de inzet van ervaringsdeskundigen. Wat is er in dit opzicht gebeurd?

“We hebben in eerste instantie geworven voor ervaringsdeskundigen. Zeven mensen hebben we bereikt, maar we hebben er vijf kunnen trainen, en daarvan zijn er nog twee afgefallen. Verder nemen op een paar afdelingen verpleegkundigen ook de zorgmonitor af. Die zijn ook getraind.”

Omdat ervaringsdeskundigen afhaakten, is het voor een afnemen van de monitor voor een deel ook overgelaten aan verpleegkundigen op de afdeling. De rehabilitatiecoach heeft nu de taak gekregen om de interviews te doen en de verpleegkundigen te instrueren om dat ook over te nemen. Dat is met name bij de afdeling Psychiatrie en Verslaving gebeurd.

Wanneer de “Zorg naar Wens” gesprekken niet gehouden worden, dan is het de bedoeling dat de vragenlijsten over de cliënten worden ingevuld door hun hulpverleners. De ervaringsdeskundigen zouden dat moeten verzamelen, maar lopen hier ook mee achter. En in zulke gevallen wordt er toch minder gestandaardiseerd gelet op de wensen van de patiënten:

“Wat je ziet, is dat de gevoeligheid om op te pikken wat de motivatie van de patiënt is, dat daar meer voor nodig is, daarom hebben we die ervaringsdeskundige daarbij willen betrekken. Om dat te versterken. Maar idealiter doe je dat ook zo, alleen niet met een nette meting en met een interview [.....] Ook in het normale zit er een proces in, ook met bepaalde thematiek en thema's , maar dan is het minder gestandaardiseerd, daar komt het allemaal op neer, [....]

En de dynamiek bij deze groep is dan, dat is het hele lastige, wie bedenkt dat iemand wil gaan koken, als iemand niet kookt. Hoe bedenk je die vraag eigenlijk zelf. Die vraag wordt vaak helaas helemaal niet meer geformuleerd. En dat is wat ze uit die hoek van ervaringsdeskundigen terugkoppelen: er is toch in die groep van klinisch opgenomen patiënten, de groep waar het het best gelukt is, is toch de groep die aan de rand zit van het maatschappelijk ook willen of kunnen gaan participeren en er blijft een groep over waar C ook van zegt, is één van de ervaringsdeskundigen, “jee, ik snap niet eens dat ze geeneens een vraag hebben”. Dat kan zij zich als ervaringsdeskundige, vanuit een ander perspectief, ook over verbazen. “

Het is jammer dat minder interviews gerealiseerd konden worden door ervaringsdeskundigen, want getuige onze zegslieden:

“ze hebben een hogere respons gekregen dan wij eerder bij die afdelingen konden realiseren. Verhalen zijn ook opener, uitgebreider, wat dat betreft is het een heel positieve ervaring. [.....] Zo rapporteren degene die het doen het en ik denk dat het klopt. Het is minder dan je had gehoopt, maar uiteindelijk is deze groep bereikt doordat de ervaringsdeskundigen het contact zijn aangegaan.”

3.2.2 Belemmeringen bij de middelen inzet

Het probleem was deels een overbelasting van een enkele enthousiaste medewerker:

“[zodat] de kracht in die teams onvoldoende gemobiliseerd kon worden om heel erg te

investeren in deze methodiek. Het is op 1 persoon bij die 3 afdelingen neergekomen, waardoor dat getrokken moest worden, naast alle andere dingen die ook moeten gebeuren. De locaties waar het wel goed gegaan is, hadden relatief gezien klinisch iets gemakkelijker cliënten. We hebben het onszelf niet gemakkelijk gemaakt. Het was het moeilijkste om die moeilijk benaderbare groepen te benaderen. De mensen die normaal meteen voor je neus het blaadje doorscheuren.”

Een ander tegenvaller was het afhaken van ervaringsdeskundigen die er bij nader inzien toch van afzagen:

“met name bij psychiatrie en verslaving waren er meerderen [.....]Er is ook een ervaringsdeskundige in Utrecht geweest die het op een gegeven moment toch niet zag zitten uit angst dat ze haar uitkering zou verliezen. Het is een betaalde baan. Dat vond ze toch te moeilijk. Toen heeft een van de anderen haar afdeling overgenomen.”

“...dat had er ook mee te maken dat twee ervaringsdeskundigen al met de training waren uitgevallen en de derde durfde het uiteindelijk toch maar niet, en vond dat te moeilijk. Het waren misschien ervaringsdeskundigen die zelf nog te veel tot de doelgroep hoorde, daar zelf, nog niet overheen gekomen waren. Dat dat de reden was dat die uitvielen. Overigens zijn we nu weer bezig ook weer een ervaringsdeskundige te werven voor zorg naar wens bij P en V.”

“...er zijn verschillende redenen dat mensen afhaken, dat ze het te moeilijk vonden, of dat ze de baan niet aantrekkelijk genoeg vonden of er zijn ook die bang zijn de uitkering te verliezen. Wat komt er op me af, met de WAO en dat soort dingen”

“De drie die we hebben, het gaat met horten en stoten, maar dat zijn wel hele goeien”

Maar de belemmeringen liggen niet uitsluitend bij het vinden van geschikte ervaringsdeskundigen: er spelen ook grote structurele veranderingen binnen instelling A. Er is sprake van verhuizing naar meer zelfstandige woongroepen buiten de instelling en verandering van groepen.

“Het probleem is een beetje, eerst hebben we ... geschreven dat we wilden uitbreiden tot 150, maar ik had er eigenlijk mee gerekend dat de veranderingen in die afdelingen minder snel zouden gaan, dan ze feitelijk gegaan zijn. Want de afdelingen veranderen allemaal, worden overgenomen door andere instellingen vaak de RIBW (= Regionale Instelling voor Beschermd Wonen), en cliënten worden naar andere locaties overgebracht, zelfstandig wonen e.d. dus er is tussendoor een hele ontwikkeling gekomen om afdelingen af te bouwen. Sommige van die afdelingen zijn de laatste weken al helemaal gesloten.

(En zo'n RIBW die wil het Zorg naar Wens idee en bijbehorende interview niet overnemen?)

jawel, wij willen wel de cliënten die we al geïnterviewd hebben, blijven volgen, in ieder geval de cliënten bij C, die doen ook al mee aan onze zorgmonitor. Hebben we ook overleg over en zo afgesproken. Betekent wel voor de ervaringsdeskundigen dat het lastiger is om mensen te vinden, soms. Je moet naar andere plekken, je moet mensen opzoeken in huizen waar ze nog maar net zitten. Ook maakt het dat het uitbreiden van de nog te interviewen groep niet meer mogelijk is.”

“....We zijn daarbij in beleidsontwikkelingen terecht gekomen zoals de sluiting van de

afdelingen waardoor sommige doelen niet verder uitgewerkt konden worden en er ook doelen (zoals bijv. woondoelen) ineens gerealiseerd zijn”

En ten slotte hadden soms de directe hulpverleners moeite met de gestelde vragen:

“het speelde wel mee dat er echt nieuwe vragenlijsten waren, de Cansas, dat vonden sommigen voor de cliënten wel indringend. Ze vroegen zich af “is dat voor iedereen wel goed”. Heeft Y wel mee te maken gehad. Maar van de andere kant werkte ze er zelf, dus ze heeft het wel kunnen uitleggen. Het was niet onoverkomelijk, dat dat nu de belemmering is geweest. En de begeleiders op de afdelingen waren achteraf juist vaak enthousiast over het interview. Bij Psychiatrie en verslaving vinden ze het moeilijk om op basis van het interview tot doelen te komen. Maar dat is over het algemeen nog wat lastig, dat ze daar meer moeite mee hebben. Dus dan kom je op een ander schakel in het proces, die wat zwakker is. Dan heb je de informatie en wat doe je er dan mee. Maar met name op P, Q en R, daar waren ze enthousiast. Vonden het ook heel leuk met die ervaringsdeskundigen, die ook in de avonden, in de weekends kwamen om die cliënten te leren kennen en zo. En bij jongvolwassenen ABC, waren ze ook enthousiast.”

En als je alles gehad hebt, kan de cliënt nog weigeren.

“Hoeveel weigeringen had je nou nog, wanneer de interviews wel werden afgenomen? Dat de cliënt zelf niet wilde?

“ dat scheelt per afdeling, maar dat is toch nog wel 40%. Ze kwamen wat meer toe naar het gemiddelde van de hele zorgmonitor”.

3.2.3 Resultaten

In de voormeting uitgesproken doelstelling die in de voormeting werd uitgesproken, ging het om een afname van de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen bij 200 cliënten. In hoeverre zijn die bereikt?

“...nee, dat is ook niet gebeurd. We hebben op het ogenblik bij 85 cliënten het interview afgenomen. Eigenlijk was het vanaf het begin af aan al zo dat niet alle afdelingen vonden dat ze er aan mee konden doen aan het project. In eerste instantie hadden we met wat meer afdelingen gerekend. [.....] [wie zijn er afgevallen?]

“ afdeling K, L en M, dat is eigenlijk de grote club. Ja, M voor een deel. Die afdelingen hadden gezegd dat ze ten slotte nog 40 cliënten zouden doen. Dat zijn er uiteindelijk 8 geworden [.....] op die andere afdelingen (N, O, P, Q, S, en T, een opname-unit van Psychiatrie en Verslaving) hebben ze wel alle cliënten benaderd, maar die hebben ook niet allemaal meegedaan. Wel een groot deel, er hebben er 85 meegedaan. bij 85 cliënten rechtstreeks en ook nog bij een deel van de cliënten (ik schat nu 45 meer) via hulpverleners dus in totaal ongeveer 130 hooguit of 140.”

De opzet was dat door het voeren van die gesprekken onvervulde behoeften aan het licht zouden komen. Daarop zou ingespeeld kunnen worden wat de kwaliteit van leven van de cliënten zou verbeteren. Bestaat de indruk dat dat bij de mensen die wel geïnterviewd zijn het geval is. Dat zonder dit interview dat nooit voor elkaar gekregen was bij deze cliënten?

“Dat weet ik eigenlijk niet. Maar het is wel zo dat de maatjes van de ervaringsdeskundigen, de rehabilitatie-experts, de indruk hebben dat het heel veel input heeft gegeven voor hun werk. Voor het rehabilitatieplan. D en E bijvoorbeeld, die zijn er wel heel enthousiast over. Of het ook echt tot die veranderingen leidt, daar loopt momenteel ook een heel ander proces doorheen natuurlijk, van de recente of aankomende verhuizing, sommige doelen worden daardoor heel snel gerealiseerd dan is het wat lastig vast te stellen wat nu de oorzaak is.[.....] Eenzaamheid en relaties zijn de grootste behoeften. Dat is een thema dat we bij de Zorgmonitor ook aantreffen, maar in de Zorg naar Wens interviews gaan cliënten er uitgebreider op in waar ze behoefte aan hebben, wat ze moeilijk vinden of zouden willen veranderen. Daar krijg je meer contact over. [.....] Bijvoorbeeld gaan de interviews veel uitgebreider in op de problemen en behoefte van cliënten op het gebied van seksualiteit. Omdat de ervaringsdeskundige daarover kennelijk meer doorpraat. Terwijl, als je normaal kijkt, dan krijgen we heel vaak bij afname van de Cansas dat de cliënt deze vraag liever overslaat of (bij de hulpverlener-versie van de Cansas) dat de hulpverlener niet weet wat zorgbehoeften op dit gebied zijn.”

En hoe zit het nu bij mensen bij wie het Zorg naar Wens interview niet wordt afgenomen. Wordt bij die mensen nooit nagegaan wat ze eigenlijk zouden willen?

“De bedoeling was dat als cliënten zelf niet mee wilden doen dat er dan over hen vragenlijsten ingevuld zouden worden door hun hulpverleners. De ervaringsdeskundigen zouden dit ook verzamelen, daarmee lopen ze wel een beetje achter. Maar het is wel het idee dat we dat zo veel mogelijk proberen .”

“..... maar onderzoeksassistenten neemt het reguliere zorgmonitor interview in een half uur af. Ze gaat er niet te diep op in. Terwijl onze zorg naar wens medewerkers die gaan er gewoon met cliënten op uit, die hebben ze eerst wat beter leren kennen. Die vraagt eerst wat ze leuk vinden om eens te doen in het kader van kennismaken en dan enkele contacten later wordt pas een interview afgenomen.”

Hoe komt die wetenschap [die ervaringsdeskundigen verzamelen] dan weer ‘op de afdeling’ terecht?

“Via behandelplannen. In het normale primaire proces heb je een behandelplan met behandeldoelen, niet dat ik kan zeggen dat je iets precies weet, maar dat is ook een proces..... Als het goed is heb je zulke evaluatiemomenten. Wat je ziet, is dat de gevoeligheid om op te pikken wat de motivatie van de patiënt is, dat daar meer voor nodig is, daarom hebben we die ervaringsdeskundige daarbij willen betrekken. Om dat te versterken. Maar idealiter doe je dat ook zo, alleen niet met een nette meting en met een interview.”

Maar resumerend concludeert de projectleider

“als ik kijk naar de doelstelling van iedereen benaderen, dat hebben we niet gedaan, maar wel een groot deel van de groep. De respons vind ik wel goed, dat is een goede respons van wat we hebben kunnen benaderen. Ik vind ook hoe het gelopen is, heel leuk. Ik vind die verslagen heel leuk. Wat betreft de vertaling in doelen, in sommige afdelingen is dat moeilijk, maar dat is meer een algemeen probleem voor de hulpverlening om wensen en behoeften te vertalen in doelen in behandelplannen is soms lastig.”

3.3 Secundaire gegevens

In de volgende tabel staan de scores m.b.t. het functioneren van de cliënt (door de ogen van de hulpverlener), de tevredenheid van de cliënt, het aantal vervulde en onvervulde hulpbehoeften (volgens de hulpverlener) en het aantal vervulde en onvervulde hulpbehoeften volgens de cliënt zelf, tijdens het eerste en het tweede meetmoment.

Tabel 3.1: scores tijdens twee metingen op HoNOS, MANSA, Onvervulde en vervulde behoeften volgens hulpverlener en cliënt. Per meetinstrument: per instrument: bovenste rij: op basis van volledige samples, onderste rij: op basis van paarsgewijze waarneming.

Meetinstrument	1 ^e meting	2 ^e meting	t	p
HoNOS (functioneren) hogere score = slechter functioneren	12.3 (6.5) (N = 111)	11.2 (5.6) (N = 42)	1.01	n.s.
	9.9 (4.7) (N = 42)	11,2 (5.6) (N = 42)	-1.52	n.s.
MANSA (cliënt tevredenheid) hogere score = meer tevreden	3.3 (1.0) (N = 77)	3.7 (1.1) (N = 31)	-2.05	P = .04
	3.6 (1.1) (N=24)	3.7 (1.0) (N = 24)	-.58	n.s.
N Onvervulde behoeften (vlg hulpverlener)	8.1 (3.5) (N = 108)	6.7 (3.5) (N = 41)	2.2	P = .03
	6.2 (3.1) (N= 40)	6.8 (3.4) (N = 40)	-1.50	n.s.
N Vervulde behoeften (vlg hulpverlener)	3.7 (3.2) (N = 106)	3.3 (3.0) (N = 41)	.69	n.s.
	2.9 (2.7) (N = 39)	3,1 (2.8) (N = 39)	-.33	n.s.
N Onvervulde behoeften (vlg cliënt)	6.4 (2.9) (N = 71)	6.6 (3.0) (N = 28)	-.26	n.s.
	5.5 (2.3) (N=22)	6.3 (3.1) (N = 22)	-.92	n.s.
N Vervulde behoeften (vlg cliënt)	4.1 (3.5) (N = 70)	2.3 (2.4) (N = 28)	2.57	P = .01
	1.8 (1.7) (N = 21)	2.4 (2.2) (N=21)	-1.77	n.s.

Vergelijken we het totale sample van de 1^e meting met dat van de tweede meting, dan is er na verloop van tijd sprake van een toename van de tevredenheid, een afname van de onvervulde behoeften (in de ogen van de hulpverlener) maar ook een afname van vervulde behoeften (in de ogen van de cliënt).

Beperken we ons tot de cliënten waarover bij beide metingen waarnemingen bestaan dan is er in geen enkel opzicht sprake van verschillen tussen beide metingen.

3.4 Conclusies project 1

Project 1 had zich ten doel gesteld om bij de groep chronische patiënten de onvervulde zorgbehoeften in beeld te brengen en aan te pakken. Dit wilde men bereiken door periodiek de zorgmonitor af te laten nemen door ervaringsdeskundigen, die een betere respons bij deze doelgroep zou verkrijgen. Een tweede doelstelling is daarom ervaring op te doen met de inzet van ervaringsdeskundigen.

De doelgroep betrof 200 cliënten, waarvan men verwachtte dat de helft mee zou doen. Bij aanvang had men zes ervaringsdeskundigen voor handen. Mogelijke belemmeringen die voorzien werden, waren tijd en motivatie bij de medewerkers van de verschillende afdelingen, de beschikbaarheid van voldoende ervaringsdeskundigen (met de mogelijkheid om verpleegkundigen in te zetten wanneer ervaringsdeskundigen niet in voldoende mate beschikbaar zouden zijn) en de medewerking van cliënten (die vooraf op 50% geschat werd). Deze aanpak zou moeten leiden tot een betere formulering van veranderwensen van cliënten en via die weg tot minder onvervulde wensen bij de cliënten.

Een jaar later blijken ongeveer 130 van de 200 cliënten met de zorgmonitor ondervraagd te zijn. De ervaringsdeskundigen zijn bij 85 cliënten ingezet.

De inzet van ervaringsdeskundigen is een reëel knelpunt geweest: men had er aan het begin van het project zeven geworven, maar slechts drie daarvan hebben feitelijk deelgenomen aan de afname van de zorgmonitor. Probleem hierbij is het grote verloop onder ervaringsdeskundigen, waarbij ook twijfel aan hun inkomenspositie (werk met behoud van uitkering) een rol speelde.

De indruk bestaat dat de gesprekken met ervaringsdeskundigen tot een betere schatting van de onvervulde zorgbehoeften van de cliënten leidt dan wanneer verpleegkundigen de monitor afnemen. Dit leidt de geïnterviewde projectleider van de afname zorgmonitor af uit de inhoud van de verslagen en dit is ook de feedback die ze zegt van de rehabilitatie coaches te krijgen.

Behalve het afhaken van vier van de zeven geselecteerde ervaringsdeskundigen speelden ook ontwikkelingen op macroniveau (sluiten van afdelingen, overgang van klinische zorg naar beschermd wonen) de uitvoering parten.

De geïnterviewde projectleider heeft niet heel duidelijk zicht op eventuele vermindering van de onvervulde zorgbehoefte bij de cliënten als gevolg van de zorgmonitor (en meer in het bijzonder, door afname door ervaringsdeskundigen). Wel hebben ze het idee dat bepaalde behoeften veel beter gearticuleerd zijn.

Bezien we de instellings-brede uitkomsten op de meetinstrumenten die ingezet zijn, dan zien we dat in de loop van het interventie jaar de tevredenheid is toegenomen en de onvervulde behoeften zijn afgenomen. Dit heeft echter, zeker wat de nameting betreft, slechts betrekking op een beperkt aantal cliënten, en de groep waarop de eerste meting betrekking heeft, is veel groter dan de groep waarvan een tweede meting beschikbaar is. Wanneer we uitsluitend kijken naar de cliënten waarvan twee meetpunten beschikbaar zijn, dan zien we in deze opzichten geen verschil.

Samenvattend: de middelen zijn minder ingezet dan verwacht (slechts drie ervaringsdeskundigen in plaats van 7) maar het uiteindelijk bereik is niet voor onder de verwachting gebleven. Ongeveer 40% van de doelgroep is bereikt door ervaringsdeskundigen, maar door compensatie met verpleegkundigen is de beoogde 50% wel ruim gehaald. Op het grote geheel bekeken lijkt tevredenheid en onvervulde wensen niet heel anders te zijn nadat zorgmonitor op de vernieuwde manier is afgenomen dan een

jaar eerder. Ook de kwaliteit van leven wordt na een jaar niet anders beoordeeld. Het inzetten van ervaringsdeskundigen is geen eenvoudige opgave. Men moet met de nodige uitval rekening houden. Daarnaast is het effect van dit type vernieuwingen gevoelig voor veranderingen die momenteel op veel grotere schaal in de GGZ plaatsvinden, zoals extramuralisering, bezuinigingen en financiële beperkingen van de cliënten, bijvoorbeeld door hogere eigen bijdragen.

4 Project 2

4.1 Voormeting

Doelstellingen, geplande inzet van middelen, mogelijk interfererende factoren, reeds geplande activiteiten en uitkomstverwachtingen zijn vastgesteld in een telefonisch interview op 30 juni 2010.

4.1.1 Doelstellingen

De doelstellingen van project 2 zijn het bevorderen van de sociale participatie van de cliënten van de sector “langdurige zorg en wonen” en een attitudeverandering van de hulpverleners. Over die eerste doelstelling zeggen de betrokken teamleider en het afdelingshoofd:

“ Kenmerken van het Strengths model zijn dat het een hele directe methodiek is, en dat de methodiek sterk de nadruk legt op het gebruik maken van de omgeving. Voorheen, binnen de rehabilitatiemethodiek, werkte je volgens de wens van de cliënt, de vraag van de cliënt. Iemand had bijvoorbeeld de wens ‘ik wil graag zelfstandig wonen’. Dan stelden we dat als doel, maar wisten we wel dat er nog wat belemmeringen zouden zijn waar we eerst aan gingen werken. Als we er even goed voor gingen zitten, en dat doen we natuurlijk graag in de zorg, dan bedachten we zomaar vier, vijf, zes belemmeringen waar eerst aan gewerkt moest worden voor we toekwamen aan dat uiteindelijke doel van zelfstandig wonen. Het Strengths model zegt, ‘jij wilt zelfstandig wonen, dan gaan we dat regelen’. En als we problemen tegenkomen, dan lossen we die op, op het moment dat we die tegenkomen. [.....] Daarom is het een veel directere methodiek. Op het moment dat iemand zelfstandig wil wonen, daarvoor is nodig dat je je inschrijft bij de woningbouwvereniging. Het zou ook weleens zo kunnen zijn dat je hier verblijft in de kliniek en om naar de woningbouwvereniging te gaan moet je met de bus kunnen reizen. Dan zou een tussenstap kunnen zijn geweest, ‘meneer of mevrouw moet leren met het openbaar vervoer te reizen’. Maar die heeft daar helemaal geen zin in. ‘Waarom zou ik leren met de bus te reizen, wat heeft dat nou met mijn wens te maken, met mijn doel te maken’. Nu zeg je: ‘oké, jij wilt zelfstandig wonen, dan gaan we naar de woningbouwvereniging’, en als dan blijkt dat die man of vrouw niet weet dat je een strippenkaart of een ov-kaart nodig hebt, dan ga je er op dat moment mee aan de gang en zorg je dat die link heel nadrukkelijk aanwezig is met die wens om zelfstandig te gaan wonen, zodat je voortdurend gebruik kunt maken van de motivatie van de cliënt. Dat is waardoor het directer is en waardoor we minder bezig zijn met allerlei belemmeringen die wij vooral bedenken [.....] Het model zegt ook: gebruik nu de omgeving. De GGZ is maar een heel klein clubje. Als je in staat bent om gebruik te maken van de samenleving, dan heb je veel meer en veel grotere bronnen waar je gebruik van kunt maken.”

Over de nagestreefde attitudeverandering bij de medewerkers wordt het volgende opgemerkt:

“Er zit een basisfilosofie onder het model. Een van de basis uitgangspunten is die van gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en cliënt. Dit is nu zo’n heel specifiek punt

waaruit je kan afleiden dat je dat probeert te operationaliseren. Want op het moment dat je iemand volwaardig benadert, noem het informed consent, noem het shared decision, dat je iemand vooraf de kans geeft om zichzelf zodanig goed voor te bereiden op een gesprek dat hij met jou heeft, daaruit blijkt al dat je er dus helemaal voor open staat dat iemand anders goed gedocumenteerd of goed voorbereid met jou in gesprek kan gaan, zodat je hem gelijkwaardig ziet.”

4.1.2 Doelgroep/Geplande middelen inzet

Het geplande middel om een vergrote participatie van cliënten te bewerkstelligen is dus de Strength inzet. In het verlengde daarvan wordt veel waarde gehecht aan “Shared Decision Making”.

“Strengths en shared decision making liggen in het verlengde van elkaar, want op basis van je strength zeg je van ‘ik moet meer en beter voorbereid in gesprek met mijn cliënt, over wat hij nou precies wil en welke stappen we dan onderling gaan afbakenen’. Dan kom je eigenlijk al heel snel op twee dingen: 1) zijn je verpleegkundigen of je begeleiders voldoende in staat, hebben die voldoende competenties om dat gesprek ook op een goede manier met die cliënt te kunnen voeren en 2) is een cliënt wel goed voorbereid om dit soort van gesprekken te voeren, om met een behandelaar aan tafel te gaan zitten zo van ‘dit is eigenlijk wat ik wil’.”

Het werken volgens deze modellen wordt het komende jaar getraind en geïmplementeerd in alle teams van instelling B.

“De projectteams hebben een grote keuze uit het aantal doelen die ze zichzelf kunnen stellen. Die doelen komen voort uit de modelgetrouwheid schaal van de methodiek. De methodiek zegt bijvoorbeeld je werkt met een krachteninventarisatie. Een van de doelen die je kunt stellen is ‘wij zorgen er voor dat er van elke cliënt een krachteninventarisatie beschikbaar is’. Je kan ook als doel stellen ‘onze cliëntbespreking wordt helemaal volgens de methodiek ingericht’. Dat betekent al dat je dus moet zorgen dat er een krachteninventarisatie is, maar vervolgens horen er nog een aantal stappen bij. Zo kunnen teams kiezen. Het ene team zal voor het laatste (geheel volgens de methodiek werken) kunnen kiezen, een ander team heeft meer moeite om die stappen te maken dus die kunnen voor een kleiner doel kiezen, die kunnen eerst proberen om die krachteninventarisatie voor iedereen op orde te krijgen. Ze hebben dus een behoorlijk aantal keuzemogelijkheden waar ze doelen uit kunnen kiezen waar ze het komende jaar aan gaan werken. De teams kunnen hun eigen tempo aangeven. Omdat de doelstellingen gebaseerd zijn op de items uit die fidelity schaal, wat de modelgetrouwheid weergeeft, lijkt het of ze zelf hun eigen paletje kunnen kiezen, maar het is behoorlijk richtinggevend, uiteindelijk komen alle aspecten van het hele model aan de orde”

Ook in dit project spelen ervaringsdeskundigen een rol, maar nu bij de aansturing van de medewerkers die de Strengths methodiek en shared decision making in de praktijk moeten brengen.

“In de club mensen die het hele project aansturen hebben we twee ervaringswerkers zitten. Mensen die bij ons werken in de functie van ervaringswerker, waarvan er een opgeleid is door de Rino als Strength trainer. We hebben 15 teams die meedoen aan het project, en we vragen van ieder team om minimaal 1 cliënt op te nemen in hun projectteam. De ervaringswerker uit de stuurgroep zal die teams en die cliënten ondersteunen om ook daadwerkelijk een rol te spelen daarin [.....] We willen een daadwerkelijke bijdrage van cliënten en daarom hebben we deze ervaringswerkster, die daar heel goed in is, gevraagd. We hebben haar extra uren kunnen bieden, bijvoorbeeld dankzij de subsidie van het Zorg Innovatiefonds, om juist de teams te ondersteunen.

Het hele beleid rondom ervaringswerkers, los van dit project, is sowieso een onderwerp binnen instelling B, want er worden steeds meer ervaringswerkers aangesteld, soms met een opleiding, soms zonder een opleiding. Voor Shared Decision Making zijn de ervaringswerkers nodig, vanuit de methodiek van het Strength model niet, maar wij vinden van wel. Zet ze er maar bij, want het geeft zo 'n andere invalshoek tijdens overleggen. Eigenlijk zijn we van mening dat zeker als je rehabilitatie of herstelgerichte zorgvormen wilt geven, dan kun je het niet meer maken om te praten over zorg voor cliënten zonder de cliënten. Dus eigenlijk verplicht de keuze voor die methodiek je om ervaringswerkers in te zetten.

De geplande inzet van middelen is sterk gericht op scholing en informatiebijeenkomsten. Hierin worden de teams klaargestoomd om te werken volgens Strength model en Shared Decision Making en wordt er ook gewerkt aan de noodzakelijk geachte attitude omslag onder de medewerkers.

“Het project staat of valt met de inzet van de medewerkers, dus er gaat heel veel energie zitten in scholing van medewerkers. Medewerkers moeten geschoold worden in de vernieuwde methodiek. We hebben twee SRH docenten die dit jaar hun certificaat behalen en dus ook geschoold zijn in het lesgeven in de nieuwe methodiek”.

“Verder doen we een cultuuronderzoek. We hebben de aanname dat je met een bepaalde cultuur het meest succesvol volgens deze methodiek kan werken, bij een bepaalde teamcultuur. Dus gaan we cultuuronderzoek doen in alle teams die hier bij het project betrokken zijn. Enerzijds geeft dat ook informatie over de begeleiding; als je een introvert gesloten team hebt, zul je anders moeten begeleiden in zo 'n project dan als je een heel innovatief gericht team hebt. Dat is zinvolle informatie voor je project.[.....] Er worden hiervoor vragenlijsten uitgezet, een verkorte organisatie klimaat index lijst, die gebruiken we al jaren, vandaar dat we deze gebruiken want er zijn natuurlijk legio van die lijsten. Deze gebruiken we ook omdat we dan van opeenvolgende jaren culturen inzichtelijk kunnen maken.

Cultuur onderzoek.

Over genoemd cultuuronderzoek is gerapporteerd door het Kenniscentrum van Instelling B d.d. 23-9 2010 In het onderzoek wordt met behulp van de Verkorte Organisatie Klimaat Index voor Non-profit Organisaties (Vokipo; Cock et al. 1993) een onderscheid gemaakt in vier typen organisatiecultuur:

- een familiecultuur: gekenmerkt door informele contacten, bij conflicten gaat het relationele boven het taakgerichte. Stijl van leidinggeven is persoon- en relatiegericht. Weinig structuur
- “adhocratie”cultuur: gekenmerkt door een gedecentraliseerde en gedelegeerde manier van werken met weinig controle van bovenaf. Druk om in te spelen op vernieuwingen. Stijl van leidinggeven is zowel taakgericht als relatiegericht
- Hiërarchische cultuur: gekenmerkt door orde en systematisch werken. Veranderingen geschieden maar worden grondig en systematisch voorbereid. Gezag berust op vastgestelde procedures. Stijl van leidinggeven is proceduregericht
- Marktcultuur: Manager staat centraal. Personen moeten zich aanpassen aan de organisatie. Stijl van leidinggeven is taakgericht.

Instelling B scoorde in het cultuuronderzoek hoog op de “familiecultuur” en de “adhocratie cultuur”. Lager op de marktcultuur en geheel niet op de hiërarchische cultuur.

Arbeidsatisfactie van de medewerkers werd gemeten met de Maastrichtse Arbeidstevredenheids Schaal voor de Gezondheidszorg, de MAS-GZ (Landeweerd e.a. 1996). De items zijn Likert items van 1 -5, en op de meeste onderdelen wordt gescoord tussen de 3,5 en 4,5 hetgeen als hoog beschouwd wordt. Tevredenheid over contacten met cliënten is 4,1 over contacten met collega's is 4,2.

Onder deze condities werd het Strengths model ingevoerd.

4.1.3 Randvoorwaarden

- 1) Financiën werken belemmerend. Zonder subsidie was implementatie niet mogelijk geweest. Ook het “succes” van de interventie kan in financiële zin tegenwerken

“We hebben bij de pilot gezien dat 18 van de 23 [patiënten] verplaatst zijn [van klinische zorg naar begeleid wonen], maar we lopen wel tegen grenzen aan. We hebben bijvoorbeeld een negatieve financiële prikkel door de overheid. Door de financier worden wij geprikkeld om mensen zo lang mogelijk in zorg te houden, waar dat volkomen in tegenspraak is met onze filosofie, met ons idee, om mensen zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden. Maar we worden beter betaald als we mensen zo lang mogelijk in het ziekenhuis houden. Als we ze kort in het ziekenhuis houden worden we niet betaald. Niet minder, maar niet. Daar zijn we over in onderhandeling, maar dat schiet helemaal niet op. Dat is wel een belemmering waar wij geen invloed op hebben en het zou een mogelijke rem zijn op onze successen. Als straks de AWBZ ophoudt te bestaan, dan vervalt dit probleem”

- 2) Het is de vraag om de instelling als geheel bereid is om het EPD zodanig aan te passen dat de afspraken die uit de Strength methodiek voortkomen ook uniform vastgelegd worden

“Instelling B is een grote organisatie en we gaan bijvoorbeeld naar de ontwikkeling van een nieuw elektronisch dossier (EPD). Het helpt erg als iets van je model terug te vinden is in het EPD. Binnen de methodiek werken we met een aantal levensdomeinen: gezondheid, wonen, werken, recreëren, sociale relaties, zingeving, zo kom je uiteindelijk op 8. Als je daar niks van terugziet in het EPD, dan is het moeilijker om mensen zover te krijgen om aan die domeinen te denken dan als je dat wel kan. Als we die krachteninventarisatie hebben, dat persoonlijk profiel, en je kunt dat niet ergens inhangen in dat dossier, in het EPD, dan wordt het wel een lastig verhaal. Men wil graag met zo’n methodiek of zo’n visie werken, maar men moet wel kapstokjes zien. En als je die kapstokjes niet in het EPD wegschrijft, dan is men heel snel geneigd om a) te denken dat er niet meer met dat model wordt gewerkt, ‘ik herken het niet, anders hadden ze het wel in het EPD gestopt’, en b) als ik er niet naar gevraagd wordt dan ga ik er ook niet naar rapporteren. [...] Maar er komt natuurlijk een algemeen EPD voor heel de organisatie, en wij zijn maar een onderdeel. Andere onderdelen zullen weer iets anders willen, dus je komt toch tot een soort eenheidsworst. Dan is het altijd maar te hopen dat je voldoende elementen terugziet zodat mensen daar nog steeds steun van ondervinden.”

4.1.4 Bij aanvang reeds geplande activiteiten

Een hele reeks vergaderingen is op het moment van het interview gehouden of zal binnenkort gehouden worden. Vervolgens zullen alle medewerkers geschoold worden in de nieuwe methodiek. Dit geschiedt door twee rehabilitatie docenten die al getraind zijn. De instrumentele implementatie zal na de zomer 2010 van start gaan. De eerste resultaten verwacht men na een jaar te kunnen zien.

“Op de startbijeenkomst is een uitleg gegeven welke onderzoeken er mee gaan lopen tijdens het project, waarom dat zo is en wat we daar aan hebben. De methodiek is toegelicht door die ene ervaringswerker. De andere ervaringswerkster heeft een verhaal gehouden over het nut, en de zin, en hoe je dat doet, om gebruik te maken van cliënten in het verbetersteam, het projectteam. En we hebben een verhaal gehouden over het communiceren over je project. Er zijn vier, vijf, zes mensen uit een team bezig met dat project, hoe communiceren die nu met de

rest van hun team, maar ook, hoe communiceren ze met de cliënten, met de familie, met de buitenwereld, met de rest van de organisatie daarover. We hebben intranet, daar komt een projectpagina. Alle aspecten die te maken kunnen hebben met het project zijn aan de orde gekomen op die startconferentie. Volgende week woensdag komen van al de teams [vertegenwoordigers] bij elkaar om te bespreken welk doel ze hebben gekozen en of dat nu een realistisch doel is en of ze dat op een goede manier hebben geformuleerd, zodat het ook uit te voeren en te meten is. In SMART termen [...] Die middag willen we ook gebruiken om een start te maken met het bekijken welke stappen je moet gaan zetten om je doel te bereiken [...]. Dit soort bijeenkomsten zullen we vaker hebben in de komende jaren”.

4.1.5 Uitkomstverwachtingen

Ook in dit project geldt: de uitkomsten zullen per cliënt zeer verschillen en zijn ook moeilijk te voorspellen. Zoals de geïnterviewde projectleider het uitdrukt:

“Wat betreft de uitkomsten: wat noemen we een gigantische stap? Het is een gigantische stap als iemand eerst zijn kamer niet af durft, en nu opeens wel. Dat resultaat ga je in geen enkel onderzoek terugzien. We hebben één mevrouw die bij de pilot van 23 hoorde die niet door is geplaatst, terwijl wij allemaal dachten dat zij degene was die er het meest voor in aanmerking kwam, zo zelfstandig en goed als ze was. En pas nu heeft ze zich op de wachtlijst laten zetten voor een open afdeling. Dus daar is nog eens twee jaar overheen gegaan. En het heeft geholpen dat ze die 18 andere mensen zag vertrekken en haar vertrouwde mede cliënten zag verdwijnen en zich verder ontwikkelen. Daar heeft ze twee jaar voor nodig gehad om die stap ook te zetten. Wat dat betreft is het een taaie doelgroep”.

Toch ontleent men hoge verwachtingen aan de uitkomst van de al eerder gehouden pilot.

“We weten eigenlijk dat het werkt (bevorderen sociale participatie en verhogen autonomie) omdat we met één afdeling hebben meegedaan aan een ‘zorg voor beter’ traject. In dat kader is er op één klinische afdeling gewerkt met het Strengths model. Dat was een gesloten afdeling waar mensen lang verbleven. Daar zijn we in staat geweest om 18 van de 23 cliënten te kunnen doorplaatsen naar of zelfstandig wonen, of een andere maar open afdeling binnen instelling B, nieuwe beschermde woonvormen, andere organisaties, met allemaal plaatsen waar mensen meer autonoom zijn en waar mensen meer direct in contact staan met de rest van de samenleving. Dit succesvolle project was reden waarop wij zeiden ‘dit moeten we echt op gaan pakken, dit moeten we groot neer gaan zetten’.”

Maar bij objectieve uitkomstmaten, zoals Cansas en Mansa, worden wel vooraf kanttekeningen geplaatst.

“Er is recentelijk nog een huis geopend in C, daar ging een aantal cliënten heen die hier gemiddeld 10 tot 25 jaar, 35 jaar op het terrein woonde, echt de langdurige chronische cliënten waarvan iedereen dacht dat die niets anders meer konden dan in een klinische voorziening de rest van hun leven slijten. Acht cliënten zijn verhuisd. Die hebben we vooraf met de Cansas en de Mansa in kaart gebracht, kwantitatief, en daarnaast hebben we een interview met ze gehouden. Later is het interview nog weer overgedaan. Het bleek dat op de Cansas en de Mansa geen verandering te zien was, objectief met het instrument zag je niet echt een spectaculaire verbetering (dat kan ook liggen aan de hele kleine groep, N=8, maar dan kan je ook gaan werken met klinische relevantie, per individu, maar ook daar zag je heel weinig). Maar uit de begeleidende interviews, gaven ze alle 7 (er was iemand overleden) aan dat hun leven een stuk mooier en beter en verantwoordelijker was geworden. Terwijl uit de interviews met de begeleiders kwam dat ze zich hetzelfde gedroegen als dat ze zich in de kliniek gedroegen. Maar hun eigen idee over hun welzijn, dat was veranderd. De ervaren kwaliteit van leven. We zitten wel met een hele rij doordachte en doorgeteste instrumenten, maar de vraag is of we daar hele spectaculaire veranderingen op zien. Cliënten zijn er naar

hun idee veel mee opgeschoten, terwijl ze misschien klinisch gezien hetzelfde beeld laten zien, en qua dagritme. Maar misschien is dat iets wat je op langere termijn pas kunt zien. Als iemand 25 jaar in de kliniek heeft gezeten, verwacht je dan dat iemand binnen een jaar zo verandert?”.

4.2 Nameting

De gegevens over het verloop van project 2 in de periode juli 2010 – september 2011 zijn opgetekend tijdens een interview d.d. 26 september 2011 met de projectleider en een afdelingshoofd.

4.2.1 Verloop van de middeleninzet

Binnen de instelling wordt al ongeveer 10 jaar gewerkt met systematisch rehabiliterend handelen. Daarbinnen heeft het Strengths Model het afgelopen jaar een plaats gekregen. Hoe is dit model ingevoerd?

“We hebben heel erg sterk ingezet op de scholing van medewerkers en op de implementatie van die methodiek. Dat betekent dat alle nieuwe medewerkers sowieso een driedaagse scholing krijgen over die methodiek, bestaande medewerkers hebben allemaal een of meer update bijeenkomsten gehad. Dan praten we over enkele honderden mensen verspreid over 18 verschillende teams. (Het waren er 15, tijdens het eerste gesprek, maar er zijn 3 FAC-teams in de verschillende regio’s bijgekomen). Daarnaast zijn in al die teams collega’s opgeleid die de andere teamleden moeten begeleiden in het werken volgens die methodiek. Die vormen op team-niveau een werkgroep. Altijd met medewerkers én met cliënten. Die zijn daarmee aan de gang gegaan en dan zie je grote verschillen tussen de verschillende teams. Dit is ook niet het enige dat er speelt. Als je over het terrein loopt zal je zien dat er overal gebouwd wordt. Er is sprake van verhuizing en verbouwing, en in sommige gevallen compliceert dat de implementatie.

.....

“De methodiek kent een heel eigen systeem van supervisie: group supervision. Veel teams hebben dat ingevoerd.”

Wat houdt group supervision in?

“Ik vergelijk het met de incident methode, die bekend is uit intervisie evaluaties. Heel kenmerkend is, je begint de bijeenkomst van het team hulpverleners met een succes rondje. Het nut van een successenrondje is dat je een statement maakt over de mogelijkheden die er nog steeds zijn, ook met deze groep uitbehandelde cliënten. Anderen kunnen daar ook van leren. Want mensen leggen uit waar het succes mee behaald heeft. In group supervision worden ook vastlopende zaken ingebracht, waarbij alle collega’s gaan brainstormen over mogelijke oplossingen aan te dragen, oplossingen die binnen maar ook buiten Emergis kunnen liggen. Dergelijke bijeenkomsten kunnen wekelijks zijn, soms ook per maand.

“Dit gaan we ook allemaal inventariseren in dat rondje dat we de komende weken gaan maken. We vragen de teams dan ook om met voorbeelden te komen. Hoe gebruik je b.v. group supervision nou, en waar heeft het geholpen. Zo vertelde een team waar we al geweest zijn, over een mevrouw waarmee ze in een impasse zaten, ze zal het wel niet willen, ze is overal tegen. Men bedacht dat je dit ook kon zien als iemand die een eigen mening heeft. Toen ze met die mevrouw vanuit die insteek gingen praten konden ze daar afspraken mee maken, en die mevrouw was veel milder geworden. Dit soort vrouwen willen ze ook graag in de presentaties gaan houden.”

Samenvattend: het is breed ingevoerd. Bij 18 teams is van iedereen een persoonlijk profiel en

een actieplan gemaakt, het EPD is ingevoerd en nieuwe medewerkers worden erin getraind. Ook zijn cliëntencursussen georganiseerd om ze beter voor te bereiden.

“onze ervaringswerkers hebben cursussen voor cliënten verzorgd. Er zijn cliënten die het moeilijk vinden voor zo’n grote groep, maar er zijn ook cliënten die niet weten hoe ze moeten stoppen. Dat moet je ook sturen. Voor een aantal cliënten was het moeilijkste om over de eigen situatie heen te stappen en meer in algemene termen leren praten. Heb ik in een aantal teams gezien”

Die teams zijn vanaf najaar 2010 begonnen en konden zelf kiezen met de mate van intensiteit waarmee ze van start gingen. Ze konden beginnen met b.v. alleen de profielen op te stellen, maar ze konden ook de hele methodiek integraal in voeren. In welke mate dat laatste gebeurd is, is op het moment van het interview nog maar ten dele bekend.

“Dat weten we als we terugkomen van die teams. Van de vier die we nu bezocht hebben zijn er twee op een heel goede manier bezig, en twee hebben het op een laag pitje. Ze hebben wel allemaal die probleeminventarisatie uitgevoerd”.

“Ze hebben allemaal hard gewerkt, maar Ik denk dat echt goede resultaten bij niet meer dan 20% gevonden wordt. Dan wordt er ook echt blindelings volgens de methodiek gewerkt. (Andre: dat is dus minder dan die 2 op 4 die we tot nu toe zagen).

Scholing in de methodiek is een continu proces. Dat krijgen alle medewerkers, zittende en nieuwe. En het voorgenomen cultuuronderzoek is ook uitgevoerd.

“Ja, bij alle teams. Alle teams hebben een cultuuronderzoek gekregen, het vraagt veel tijd tussendoor, maar we hebben fantastische fantasieën dat je kan aangeven wat de meest wenselijke cultuur is om de methodiek tot zijn recht te laten komen. We doen namelijk ook bij alle teams een audit, waarin we kijken of ze modelgetrouw werken.... Er bestaat een audit instrument voor, er zijn 5 mensen opgeleid in de organisatie

4.2.2 Belemmeringen bij de middelen inzet

Belemmeringen die bij aanvang voorzien werden, zijn de nodige aanpassing in het EPD en de financiën. Over het EPD:

“De methodiek brengt ook mee dat er bepaalde formulieren gebruikt moeten worden en dat alles in een bepaald format geregistreerd moet worden. Het is een hele klus geweest om die formulieren in een nieuw elektronisch dossier te krijgen. Ik heb wel de blaren op mijn tong gepraat om die formulieren in dat EPD te krijgen maar dat is wel gelukt met het nieuwe EPD. Dat is wel een noodzakelijke voorwaarde want alles wordt het veel moeilijker om die formulieren te gebruiken. Nu worden de medewerkers in een vast stramien geduwd.”

Maar: ... ze gaven allemaal aan dat EPD een bottleneck was. Dat mist men, als dat er niet is. Je moet een technische omgeving hebben om er mee aan de slag te kunnen. Dat dwingt ook. Dat zet mensen in een bepaalde structuur. Ze moeten met dat formulier werken, het kan niet anders.

Verder werd in de voormeting aangegeven dat er in de bekostiging een perverse prikkel zat om cliënten in zorg te houden. Lege bedden waren verliesgevend.

Ja, ja, dat is veranderd. Sindsdien is het gelukt om van AWBZ en Zorgverzekering communicerende vaten te maken. Van die perverse financiering zijn we af.

De belangrijke belemmeringen waren het financiële punt, maar dat is grotendeels opgelost en ook de voorziene problemen rond het EPD zijn opgelost. Men heeft kans gezien het formulier in het EPD op te laten nemen. De volgende mogelijke belemmering dient zich echter aan.

Ja, we gaan fuseren met Instelling X en er wordt stevig verhuisd. Dat zijn bekende risicofactoren voor implementatie

Een fusieproces kan weer consequenties voor het EPD hebben. Bijvoorbeeld dat het huidige EPD op dat van Instelling X moet aansluiten, hetgeen implementatie problemen oplevert.

Er zijn verschillende scenario's: alle systemen van Instelling X hier, overgangperiode met tijdje eigen systemen in de lucht, of wij blijven eigen systemen handhaven. Maar in dat laatste geval kan je je afvragen waarom je eigenlijk fuseert. Dus het zal een van de twee eerste worden.

4.2.3 Resultaten

Men schetst in globale zin een positief beeld van de gevolgen van het werken volgens het Strength model. Het wordt over de gehele instelling nageleefd:

“Wat we veel zien is dat er nu voor de grote groep cliënten een persoonlijk profiel wordt gemaakt, en dat houdt simpelweg in dat er op een achttal levensdomeinen (werken, leren, gezondheid, sociale relaties, spiritueel) wordt geïnventariseerd met de cliënt hoe hij/zij daar vroeger op functioneerde en welke mogelijkheden (krachten) hij had, en dan wordt er gekeken hoe hij/zij daar nu op functioneert en wat de gewenste situatie is. Men bedient zich van de oude mogelijkheden om de gewenste situatie te bereiken. En dat gebeurt op alle afdelingen. Van iedere cliënt is dat nu gemaakt [.....] Er zullen best plekken waar dat nog loopt en waar ze nog niet op 100% zitten, maar dat is wat je overal ziet. Het moet ook opgenomen in het EPD. En dan krijg je het vervolg: het actieplan. En dat is ook opgenomen in EPD

En het heeft gevolgen voor de individuele cliënt. Een van de uiteindelijke doelstellingen was de bevordering van sociale participatie.

“We hebben niet alles bijgehouden, daar komen we straks nog op. Maar er zijn meer mensen gaan werken. Het is echt ontroerend om te zien hoe bereid werkgevers zijn om deze mensen tegen speciale voorwaarden in dienst te nemen. We hebben minder klinische bedden, meer mensen die met ontslag gegaan zijn en zelfstandig zijn gaan wonen”

“vorige week was ik bij RIBW te W, en die vertelden dat 9 van de 18 cliënten het afgelopen jaar zelfstandig zijn gaan wonen. Dat was meer dan in de tien jaar daarvoor. Vroeger werd RIBW beschouwd als het eindpunt. Nu is het door die methodiek veel meer toekomstgericht en mogelijkheden gericht geworden en dan blijkt er meer mogelijk dan we hadden gedacht”
Voor hoeveel cliënten is dat in het algemeen gerealiseerd ?

“Ik heb daar geen cijfers van. We hadden het er toevallig vanmorgen over dat ik daar een stagiaire of zo op zou moeten zetten om dossier onderzoek te doen. Dat is een hele klus, maar er kan wel iets. We hebben hierover contact gehad met Kansas University, met Charlie Rapp. We vertelden dat we hier mee bezig waren en de Honos en Cansas afnamen, en zij zeiden, je moet vooral outcome meten: zelfstandig wonen, hebben van werk, doen van studie en aantal heropnames. Die criteria hielden ze bij en scoorden ze.

En die criteria zijn niet systematisch bijgehouden binnen de instelling. Er zijn wel incidenteel positieve verhalen, maar er is geen systematische informatie voorhanden over de mate waarin cliënten in het arbeidsproces zijn opgenomen of een studie zijn gaan volgen.

Er is ook de indruk dat er een attitudeverandering onder de hulpverleners heeft plaatsgevonden.

“Ik heb nu vier afdelingen bezocht, maar twee teams gaven dat uit zichzelf aan, zonder dat we daar al naar gevraagd hadden. Als je vraagt, wat is er veranderend, dan komen ze met het profiel dat ze nu invullen, maar één team kwam spontaan met dat ze dat merkten aan de houding van de medewerkers. Dat vind ik een belangrijk signaal”

“men maakt gretig gebruik van onze jaarlijkse projectdag. Dat zegt ook wel wat. We zien de meeste positieve reacties bij de RIBW en de klinische afdelingen, het minste bij de ambulante afdelingen, maar daar zitten ook altijd de meest “onafhankelijke” professionals die zich niet zo gemakkelijk in een keurslijf laten dwingen”

Hoe werden de cliënten bij deze veranderingen betrokken?

“bij sommige teams was dat heel pittig. We hebben een hele goede ervaringswerker in dienst en het was haar taak om die cliënten te ondersteunen en het was ook haar taak om die cliënten te gaan werven. Want dat vraagt ook wel iets bijzonders. Hebben we zelf ook moeten leren. Dan hadden we heel grote bijeenkomsten georganiseerd, en dan kregen we te horen dat we te moeilijk spraken en te veel in abstractie. Daar waren dan teamleden en ook een deel van de cliënten. Voor je het weet gooi je er termen of afkortingen doorheen die voor jou vanzelfsprekend zijn, maar de cliënt niets zeggen”

Samengevat: Datgene wat men van plan was in te voeren is over de hele breedte van de instelling ingevoerd. Er zijn systemen ontwikkeld om de ingevoerde routines ook in stand te houden. Een aantal knelpunten die men bij de start voorzag, op het gebied van financiering en elektronisch dossier zijn op een goede manier opgelost, en thans is de grootste bedreiging voor de continuïteit de verhuizing. Of de invoering van de Strengths methodiek ook gunstige effecten op de cliënten laat zien, wordt wel aannemelijk uit incidentele voorbeelden maar is nog niet systematisch vastgesteld.

4.3 Secundaire gegevens

Tabel 4.1: scores tijdens twee metingen op HoNOS, MANSA, Per meetinstrument: bovenste rij: op basis van volledige samples, onderste rij: op basis van paarsgewijze waarneming.

Meetinstrument	1 ^e meting	2 ^e meting	t	p
HoNOS (functioneren) hogere score = slechter functioneren	8.4 (6.4) (N = 250)	9.5 (7.4) (N = 499)	-1.98	.05
	7.2 (6.0) (N = 141)	6.7 (4.8) (N = 141)	-1.52	n.s.
MANSA (cliënt tevredenheid) hogere score = meer tevreden	5.1 (.9) (N = 252)	4.9 (.9) (N = 456)	2.3	P = .02
	5.1 (.8) (N=146)	5.2 (.8) (N = 146)	-1.91	n.s.

Van instelling B werden ongeveer 250 eerste metingen en bijna 500 tweede metingen (HoNOS, ingevuld door de begeleider) resp. 450 tweede metingen (MANSA, ingevuld door de cliënt) verkregen.

Wanneer we de gemiddelde scores over alle ingeleverde vragenlijsten in beschouwing nemen, dan vertoont zowel het algemene functioneren als de tevredenheid van de cliënten een lichte verslechtering. Vergelijken we de scores van cliënten van wie we twee metingen hebben dat zijn eerste en tweede meting min of meer gelijk.

4.4 Conclusies project 2

In Instelling B werd nagestreefd om de sociale participatie van cliënten te bevorderen door de introductie van een methodiek waarbij men stelselmatig op de sterke kanten van de cliënt zou inzetten. Tweede doel was een attitude verandering onder medewerkers. Men dacht dit te bereiken met een grote nadruk op training en implementatie activiteiten in de 18 verschillende groepen waarbinnen die cliënten waren ondergebracht.

Een en ander zou alleen te verwezenlijken zijn met extra financiële middelen, (bevorderen van zelfstandigheid moet niet afgestraft worden door een negatief bedrijfsresultaat van de instelling) en met een goede aanpassing van het EPD waardoor de medewerkers zouden worden aangespoord tot het volgen van het beoogde “Strength model”.

Men verwachtte dat invoering van de nieuwe werkwijze zou leiden tot een groot aantal cliënten dat meer zelfstandig zou kunnen functioneren of wonen. Men was sceptisch of dergelijke veranderingen ook weerspiegeld zouden worden in de meet instrumenten waarmee kwaliteit van leven, zorgbehoefte en tevredenheid wordt gemonitord.

De invoering van de verandering vindt plaats in een instelling die op dat moment gekenmerkt wordt door een weinig hiërarchische cultuur, met een groot belang van persoonlijke relaties. Ook door een cultuur waarbinnen niet gemakkelijk vanuit een centraal niveau één werkwijze kan worden verordonneerd, zo blijkt uit het door de instelling gehouden cultuuronderzoek. Afgaande op de weergave in het interview heeft de implementatie zich in 2011 over de hele instelling voltrokken. Alle afdelingen zeggen op de aanbevolen wijze te werken, overal wordt van de cliënten een persoonlijk profiel en een actieplan gemaakt. Er is wel duidelijk verschil tussen de afdelingen. De nieuwe werkwijze is in het EPD is opgenomen, en met de nieuwe financieringsstructuur (van AWBZ naar zorgverzekering) is de negatieve financiële prikkel weggenomen.

Er zijn nieuwe bedreigingen: fusie met een veel grotere instelling en alle nieuwe regels die daarmee ingevoerd worden en veel verhuizing en extramuralisering.

De implementatie en bijbehorende training zijn doorgevoerd zoals gepland maar over concrete resultaten op cliëntniveau heeft men eigenlijk geen harde cijfers beschikbaar. Wel maakt men melding van meer mensen die zijn gaan werken, maar men weet op het moment van interview (en ook bij navraag) niet hoeveel mensen zelfstandig zijn gaan wonen, scholing gevolgd hebben. Wel neemt men een attitudeverandering onder de personeelsleden op een deel van de afdelingen waar.

De beschikbare cijfers met betrekking tot kwaliteit van leven en tevredenheid onder de cliënten geven over de hele linie weinig verandering aan tussen 2010 en eind 2011.

5 Overeenkomsten en verschillen tussen beide projecten

5.1 Samenvatting

In het algemeen kan men stellen dat beide projecten in grote lijnen uitgevoerd zijn op de wijze zoals men die vooraf voor ogen had.

In project 1 is het betrekken van voldoende ervaringsdeskundigen op de nodige problemen gestuit. Uiteindelijk is iets minder dan de helft van de doelpopulatie bereikt door de ervaringsdeskundigen die men daarvoor gepland had, maar bij meer dan de helft is in ieder geval een zorgmonitor afgenomen. Van tevoren schatte men de helft te bereiken. Verder heeft men in project 1 ervaring met ervaringsdeskundigen opgedaan.

In project 2 zijn alle teams of de 18 afdelingen volgens plan geïnstrueerd en getraind en op alle afdelingen zijn van de cliënten persoonlijke functioneringsprofielen gemaakt. Of dat ook zijn weerslag heeft op de benadering van de cliënten kunnen we uit onze onderzoeksgegevens niet afleiden.

In beide projecten heeft men individuele aanwijzingen waarbij doelen op individueel cliëntniveau (afname onvervulde behoeften resp. toename sociale participatie) zijn bereikt, maar een algemene verbetering is niet aantoonbaar in de generieke instrumenten die hiervoor gebruikt zijn. Andere gegevens hierover ontbreken.

De in de inleiding gestelde onderzoeksvragen kunnen daarmee als volgt beantwoord worden.

1. *In hoeverre zijn de doelen van beide projecten gehaald, in het bijzonder: welk deel van de doelpopulatie is bereikt en welk deel van de medewerkers is daarbij betrokken?*

Het lijkt erop dat in beide projecten de beoogde interventie is uitgevoerd: afname van de zorgmonitor door ervaringsdeskundigen als routine in project 1 en invoering van de Strengths methodiek in project 2. In project 1 lijkt daarmee iets minder dan de helft van de potentiële doelpopulatie bereikt te zijn en in project 2 heeft de uitrol van het model over de hele instelling plaats gevonden. In instelling 1 is daarmee ook maar een deel van de medewerkers bij de zorgmonitoring door ervaringsdeskundigen betrokken, terwijl in instelling 2 in principe alle medewerkers erbij betrokken zijn.

2. *Welke veranderingen in kwaliteit van leven kunnen geconstateerd worden bij de cliënten uit de twee instellingen, waarbij in het ene project de cliënten intensief met inzet van ervaringsdeskundigen op hun hulpbehoefte zijn gemonitord en in het andere project de hulpverleners getraind zijn in het Strengths model?*

De invoering van de beoogde interventie heeft in geen van beide instellingen tot verandering in kwaliteit van leven of in tevredenheid geleid, wanneer we afgaan op de scores van cliënten waarbij twee keer een meting is afgenomen. In het algemeen is de tevredenheidsscore in instelling 1 in 2011 iets hoger dan in 2010, terwijl dit in instelling 2 iets is afgenomen. Ook wordt de kwaliteit van leven over de hele populatie in instelling 2 in 2011 iets negatiever beoordeeld dan in 2010.

3. *Welke veranderingen in ervaren kwaliteit van geleverde zorg en arbeidstevredenheid kunnen vastgesteld worden binnen de twee projecten?*

Hierover hebben we geen veranderingen kunnen vaststellen

5.2 Beperkingen

Deze vergelijking is gebaseerd op een globale inspectie van de feiten, zoals die in een tweetal vraaggesprekken naar voren komen. Daarnaast is gekeken naar secundaire data die in beginsel voor een ander doel verzameld zijn dan voor deze vergelijking.

Wat betreft de interviewgegevens kan worden gesteld dat die een weergave bieden van het verloop van de interventie en de effecten ervan, zoals die door de belanghebbenden (de projectleiders) wordt ervaren.

De secundaire data zijn niet één of één met de interventie te koppelen. Ze hebben betrekking op de instelling als geheel. Er kan geen onderscheid gemaakt worden tussen cliënten die al dan niet aan de interventie zijn onderworpen. In instelling 1 weten we niet bij welke respondenten de intensieve zorgmonitor is afgenomen, in instelling 2 weten we niet bij welke cliënten met integraal op het Strengths model is overgestapt en bij welke dit pas in beginsel is gebeurd. Bovendien blijken de secundaire data maar voor een beperkt deel van de respondenten voor beide metingen beschikbaar te zijn.

5.3 Discussie

Overeenkomsten

- Beide projecten hebben chronisch opgenomen psychiatrische patiënten als doelgroep
- Beide projecten streven een verbetering in kwaliteit van leven na
- Beide projecten willen een verandering in individuele cliëntbenadering over de hele instelling uitrollen
- Beide projecten moeten weerstanden binnen de diverse afdelingen overwinnen
- In beide projecten kunnen grootschalige veranderingen (verhuizing, fusie) de doelstellingen van het project doorkruisen
- In beide projecten worden de geplande implementatie veranderingen naar verwachting doorgevoerd maar is het moeilijk in het algemeen effecten op cliëntniveau te laten zien

Verschillen

- Focus in project 1 is gericht op het realiseren van de individuele gesprekken tussen ervaringsdeskundige en cliënt.
Focus in project 2 is gericht op implementatie- en trainingsactiviteiten ten behoeve van de afdelingen
- Project 1 is op duidelijke belemmering gestuit: meer dan de helft van de ervaringsdeskundigen valt uit.
Project 2 rapporteert een min of meer onbelemmerde implementatie over de hele breedte

Sterke kanten

- Project 1: Met de inzet op de individuele cliënt komen positieve effecten onmiddellijk de cliënt ten goede
- Project 2: de inzet is succesvol met betrekking tot de implementatie op instellings- en afdelingsniveau

Zwakke kanten

- Project 1 is afhankelijk gebleken van de inzet van de ervaringsdeskundigen, waardoor ten slotte minder cliënten de zorgmonitor op de geplande intensieve wijze kreeg afgenomen
- In project 2 is de implementatie op tamelijk grote schaal gelukt, maar is weinig zicht op de resultaten op cliënt niveau

5.4 Beschouwing

In project 1 is de interventie bij een deel van de cliënten “geland”, in project 2 is de interventie bij alle afdelingen in meer of minder mate “geland”.

De invoering van relatief kleine interventies (wanneer men het per cliënt bekijkt) zijn op niveau van een hele organisatie forse ingrepen, die veel investering in draagvlak vereisen. De specifieke invulling bij project 1, het laten uitvoeren van de interventie door ervaringsdeskundigen, blijkt een extra risico in te houden. Het is goed dat project 1 een plan B achter de hand had (overnemen van de zorgmonitor door verpleegkundigen), maar zoals men zelf ook aangeeft, mist men met plan B wel de meerwaarde die ervaringsdeskundigen te bieden hebben. Ervaringsdeskundigen speelden ook een rol bij project 2, maar omdat ze hier geen sleutelrol vervulden was de uitvoering van project 2 niet afhankelijk van het slagen van hun inzet.

Literatuur

- Cock, G de, Bouwen R, Witte K de, Visch J. Organisatieklimaat en –cultuur, theoretische en praktische toepassing van de organisatieklimaat index voor non-profitorganisaties (OKIPO) en de verkorte vorm (VOKIPO). Uitgeverij ACCO, Leuven 1993
- Erp, Nicole van, Boertien Dienke, Scholtens Gerda, Rooijen Sonja van. Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning. Voorbeelden uit de geestelijke gezondheidszorg. Trimbosinstituut, Utrecht 2011
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evenas S. Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA). International Journal of Social Psychiatry, 1999, 45 (1): 7-12
- Rapp RC. The strengths perspective: proving “my strenghts” and “it works”. Social Work 2007, 52 (2):185-186
- Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1996 Jun;31(3-4):109-13.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S, BRuns A. Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS); research and development. British Journal of Psychiatry 1998. 172: 11-18