

## **Bijlage A. Methodologische verantwoording**

Dit onderzoek is deels inventariserend en descriptief van aard en deels explorerend en hypothesevormend. Bij het in kaart brengen van de (ervaringen met) behandel- en begeleidingsplannen van een steekproef van HVO-Querido-bewoners die in zorg zijn bij de Meren gaat het om een *descriptief* onderzoek. Bij het zoeken naar verbanden en oorzaken van de beschreven feiten gaat het om een *explorerend* onderzoek. In beide gevallen worden kwalitatieve en kwantitatieve methoden gecombineerd, zij het in een wisselende verhouding.

Wat betreft *kwalitatieve onderzoeksmethoden* worden de aanwijzingen gevolgd van Taylor&Bogdan (1984), Wester, Smaling&Mulder (2000) en Wester&Hak (2003). In een belangrijk opzicht wordt teruggerepen op Glaser&Strauss (1976) die 'voortdurende vergelijking' voorstaan ten behoeve van de hypothesen- en theorievorming, hetgeen onder meer betekent dat tijdens het onderzoek nieuwe onderzoeksvragen kunnen opdoemen. Dit principe heeft in dit onderzoek – zij het in bescheiden mate – toepassing gevonden.

Ter voorbereiding heeft een klein *literatuuronderzoek* plaatsgevonden. Aan de hand van zoektermen als 'behandelplan', 'behandelingsplan', 'begeleidingsplan' en 'WGBO' is gezocht in de bibliotheek van het Trimbos-instituut, in Picarta en op internet (google). De relevante treffers waren gering in aantal en zijn opgenomen in de literatuurlijst van dit rapport. Inzichten uit de literatuur en uit oriënterende gesprekken zijn vastgelegd als voorlopige hypothesen (zie Bijlage B).

Bij de *steekproeftrekking* is een stratificerende aanpak gevolgd op grond van een theoretisch inzicht: bewoners van vijf soorten woonvormen zijn geselecteerd in de veronderstelling dat deze verschillende praktijken en ervaringen met behandel- en begeleidingsplannen opleveren (in de Batjan waar wonen en zorg niet gescheiden zijn verwachtten we een optimale afstemming tussen behandel- en begeleidingsplannen; in begeleid wonen verwachtten we een optimale inspraak van bewoners; in Straetenburgh verwachtten we een minimale inspraak van bewoners in de plannen). In elke woonvorm is een strategie gevolgd van 'network sampling' die begon bij de leden van de Bewonerscommissies. Het verlies aan randomisatie werd gecompenseerd door een winst aan kwaliteit van informatie en enige verankering van het cliëntenperspectief. Waar mogelijk is ernaar gestreefd om elke bewoner een gelijke kans te geven om in het onderzoek te worden opgenomen. Het werd echter niet nodig geacht om dit principe kost wat kost door te drijven (en zo is bijvoorbeeld in een woonvorm geaccepteerd dat een teamleider de respondenten heeft geselecteerd, zonder randomisatie of explicitering van criteria).

Bij de *interviews* is een semi-gestructureerde aanpak gekozen. Op grond van een itemlijst en de hypothesen uit het vooronderzoek is een lijst van aandachtspunten en (voorbeeld)vragen opgesteld (zie Bijlage B). Er is geen gebruik gemaakt van geluidsapparatuur, maar tijdens de interviews zijn notities gemaakt in de – breed opgezette – vragenlijst.

Waar mogelijk zijn *observaties* verricht, zij het niet op een planmatige wijze. De nieuwsgierigheid ging uit naar de sfeer in de woonvormen, de wijze van opvang en hulpverlening, de interacties, de werkdruk, et cetera. In het bijzonder is gelet op de houding en mening van hulpverleners ten opzichte van planmatig werken. In een aantal gevallen zijn korte gesprekjes hierover aangegaan.

Het methodische principe van *triangulatie* is waar mogelijk toegepast. Dit houdt in dat informatie uit de ene bron geverifieerd wordt aan de hand van een of meer ander-soortige bronnen.

## Bijlage B. Lijst van aandachtspunten en hypothesen

Aandachtspunt/thema	Criteria	Hypothesen	Vragen
Aanwezigheid	Heeft de cliënt een behandelplan en een begeleidingsplan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt ontkent of weet het niet</li> <li>- hulpverlener ontkent</li> <li>- niet iedereen heeft een behandelplan of begeleidingsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weet je wat een behandelplan/begeleidingsplan is?</li> <li>- Heb je een behandelplan/ begeleidingsplan?</li> </ul>
Bekendheid	Is de cliënt daarvan (goed) op de hoogte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt heeft weinig kennis van plannen</li> <li>- zelden heeft cliënt een kopie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ken je je behandelplan?</li> <li>- Ken je je begeleidingsplan?</li> </ul>
Doelstelling cliënt	Heeft de cliënt een kopie? Wat is het doel van het verblijf?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen uitgesproken doelstellingen</li> <li>- cliënt kent doelen niet</li> <li>- doel cliënt wijkt af van plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is het doel van het plan? Hoe werk je daar aan?</li> <li>- Staan jou eigen doelen er in?</li> <li>- Wat is het doel van je behandeling/begeleiding? Wat wil je hier bereiken?</li> </ul>
Klachtschrijving	Hoe is het te behandelen probleem c.q. de zorgbehoefte gedefinieerd?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DSM-IV in geval van behandelplan</li> <li>- beknopt en zonder termijn</li> </ul>	documentstudie
Inhoud	Wat is de kwaliteit van de informatie? In hoeverre informeert het plan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de inhoud is summier</li> <li>- bepaalde onderdelen ontbreken of zijn zeer gebrekkig behandeld</li> <li>- routinematig, weinig specificaties</li> <li>- WGBO is uitgangspunt en kader</li> </ul>	documentstudie
Stijl	Welke taal wordt gehanteerd?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- afkortingen, GGZ-jargon</li> <li>- hulpverlenersperspectief</li> </ul>	documentstudie
Persoonlijke context	Is er aandacht voor de context waarin de problematiek zich voordoet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen aandacht voor achtergrond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er aandacht voor je verleden?</li> <li>- Wil je dat?</li> </ul>
Eenzijdig vs. tweezijdig	Is de cliënt slechts onderwerp of deelnemer aan het plan (praten <i>over</i> of praten <i>met</i> )? Wat is de verhouding tussen cliënt en hulpverlener?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perspectief van de hulpverlener prevaleert</li> <li>- ongelijkheid tussen cliënt en hulpverlener</li> <li>- doelen zijn eenzijdig vastgesteld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe is het plan tot stand gekomen?</li> <li>- Heb je het gevoel dat je bent betrokken bij de totstandkoming?</li> <li>- Had je invloed op de totstandkoming</li> <li>- Voldoet het aan je wensen?</li> <li>- Staat er wat je erin wilde hebben staan?</li> </ul>
Betekenis van het plan voor cliënt	Welk belang hecht de cliënt aan de plannen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt is onverschillig</li> <li>- begrippen op zich zeggen cliënt weinig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denk je dat het plan belangrijk is?</li> <li>- Heb je het gevoel dat het je helpt?</li> </ul>

Dwang vs. 'informed consent'	In hoeverre stemt de cliënt daadwerkelijk met het plan in? Is het plan ondertekend en hoe is deze onderrekening tot stand gekomen? Wordt de cliënt goed geïnformeerd?	- instemming is opgelegd - er zijn sancties opgenomen - informatievoorziening schiet tekort	- Ben je akkoord gegaan met het plan? - Hoe ging dat? - Wat heeft je er toe aangezet om mee te werken aan het plan? - Ging dat vrijwillig of is het je opgelegd? - Vind je dat je goed geïnformeerd bent? - Zo ja, waarover ging dat? - Zijn je alternatieven geboden?
Afstemming behandelplan - begeleidingsplan	In hoeverre stemmen GGZ en RIBW/MO hun activiteiten op elkaar af? Of werken ze elkaar juist tegen? Hoe luiden de probleemomschrijvingen? Zijn er raakvlakken? Is er een verschil per woonvorm?	- doelstelling behandelplan en begeleidingsplan zijn niet op elkaar afgestemd, vullen elkaar niet aan - er is soms sprake van tegenstrijdige middelen of methoden.	- Vullen de behandeling en begeleiding elkaar aan of werken ze elkaar tegen? Documentstudie
Daadwerkelijke behandeling/begeleiding	Welke zorg zegt de cliënt daadwerkelijk te ontvangen?	- informele praktijk wijkt af van formele plan	- Waaruit bestaat je behandeling en begeleiding? - Hoe ervaar je dat? - Kun je bezwaar maken? - Kun je iemand kiezen?
Relatie bewoner-hulpverlener	Hoe ziet deze relatie er uit? Is er sprake van gelijkwaardigheid?	- bejegening is cruciaal voor waardering - formele relatie - geen gelijkwaardigheid, maar gezagsverhouding	- Hoe ga je met je hulpverlener om? - En hoe gaat hij/zij met jou om? - Is hij/zij streng? Of luisterend? - Ben je tevreden met hem/haar?
Baijan-model als 'best-practise'?	Goede kwaliteit afzonderlijke plannen? Goede afstemming tussen plannen? Cliëntgestuurd perspectief?	- relatief goede kwaliteit - enige mate van afstemming - tweezijdige plannen	blijkt uit onderzoek
Evaluatie/termijnen	Worden er termijnen gesteld en evaluatiemomenten bepaald? Vindt die evaluatie daadwerkelijk plaats?	- geen vaste data - zeer weinig of veelal formele evaluatie - plan is in de praktijk éénmalige afspraak	- Kijken jullie wel eens terug op je plan? - Worden er wel eens veranderingen aangebracht? - Wiens voorstel is dat? Documentstudie
Rol naastbetrokkenen	Worden naastbetrokkenen in het plan betrokken? Welke informatie ontvangen zij? En wanneer? Wat ontvangen zij niet? Staan er crisisafspraken in het plan?	- naastbetrokkenen spelen geen rol - alleen als hulpverlener dat wenst - geen systematische aandacht voor privacy van de cliënt - niet expliciet	Documentstudie
Crisisafspraken			Documentstudie

## **Bijlage C. Wervingsfolder voor bewoners van HVO-Querido**

### ***Wie wil meedoen aan een interview?***

De Centrale Cliëntenraden van HVO/Querido en van De Meren willen weten hoe begeleiding en behandeling in Amsterdam-Oost geregeld zijn. De belangrijkste vraag is hoe begeleidingsplannen en behandelplannen werken.

De Cliëntenraden hebben Mark Janssen en Jurre Onrust gevraagd om interviews te houden met bewoners van HVO/Querido die bij De Meren in behandeling zijn.

Doel van de interviews is om na te gaan of de begeleiding en behandeling verbeterd kunnen worden. Daarom vragen we aan elke deelnemer om toestemming om het behandelplan en begeleidingsplan in te zien.

Wie wil in november of december meedoen aan een interview met Mark of Jurre? Het duurt ongeveer drie kwartier. De plaats is naar eigen keuze. Een vergoeding wordt gegeven van 10 euro. Anonimiteit wordt gegarandeerd.

Bel Mark Janssen voor informatie of aanmelding: 06-12345678

## Bijlage D.

### Begeleidings- en behandelplannen. Ontstaansgeschiedenis en juridische basis

#### *a) Behandelpunnen en de BOPZ*

Volgens de BOPZ die in 1994 van kracht werd, moet bij onvrijwillige opname zo spoedig mogelijk na de opname een behandelingsplan worden opgesteld (art. 38). Het behandelingsplan is gericht op het wegnemen van het gevaar. Het specificceert de toe te passen middelen. Het dient elke maand te worden geëvalueerd. Het plan wordt opgesteld in overleg met de patiënt, of als degene niet in staat is zijn wil te bepalen, met de wettelijke vertegenwoordiger of de familie.

Als er geen overeenstemming is met het behandelingsplan dan kan geen behandeling worden toegepast. Als de patiënt zich tegen behandeling verzet kan geen behandeling worden toegepast (ook als hij of diens vertegenwoordiger eerder met het plan akkoord ging). Uitzondering is hier het afwenden van gevaar (voor 1/1/04 *ernstig* gevaar): op basis van dit argument kan dwangbehandeling worden toegepast.

Volgens art. 39 kunnen dwangmiddelen en -maatregelen worden toegepast in het kader van een behandelingsplan (maar patiënt kan instemming met behandelingsplan te allen tijde terugtrekken – zie art. 38). Volgens art. 39 mogen dan de ‘middelen en maatregelen’ worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties.

Besluit 561 heeft een nota van toelichting die verklaart dat “de patiënt zijn instemming met het behandelingsplan op elk moment kan intrekken...”. Het behandelingsplan gaat uit van de normen die gelden voor zorgvuldige behandeling. Bij elke behandeling is van belang dat vooraf een behoorlijke diagnose wordt gesteld.

Het behandelingsplan dient zo te zijn opgesteld dat een regelmatige toetsing mogelijk is. Volgens art. 56 1b dient eens per maand aantekening gemaakt te worden van de voortgang van het behandelingsplan.

#### *b) Behandelpunnen en de WGBO*

In 1995 wordt de WGBO van kracht voor alle geneeskundige handelingen. Deze wet regelt onder meer het informatierecht van de patiënt en het toestemmingsvereiste. *Informed consent* is voortaan de norm: behandeling kan slechts plaatsvinden nadat de arts de patiënt heeft voorgelicht en diens expliciete toestemming heeft verkregen. Deze toestemming hoeft overigens niet schriftelijk te worden gegeven, maar kan ook mondeling zijn. Het behandelplan hoeft ook niet schriftelijk aan de patiënt te worden voorgelegd, maar mag mondeling worden besproken. De hulpverlener dient bij mondelinge toestemming daarvan een aantekening te maken (in het plan of in het dossier). De hulpverlener moet de patiënt informeren over zijn bevindingen, zoals onderzoeksuitkomsten, diagnose, etc. Daarnaast dient de hulpverlener de patiënt te informeren over de behandel mogelijkheden en hun voor- en nadelen, zodat de patiënt kan kiezen. Het resultaat van die keuze wordt het behandelplan. Het behandelplan specificceert de doelen en middelen (op welke wijze en welke termijn). De hulpverlener moet openheid betrachten: therapeutische redenen om diagnose, behandelwijze of behandel doel te verzwijgen (die vroeger nog wel eens werden aangevoerd) voldoen niet aan de WGBO (Beenackers 2002).

In de WGBO komt de term 'behandelplan' niet voor (Van Ginneken 1995). Toch gaat ook deze auteur ervan uit dat voor een correcte toepassing van de WGBO een (schriftelijk) behandelplan nodig is. Sommigen verwijzen daarbij naar de eveneens in de WGBO opgenomen dossierplicht: de arts dient zijn ingrepen schriftelijk vast te leggen in een dossier. Een schriftelijk behandelplan zou daarom tot het dossier moeten

behoren. Een behandelplan waarmee de patiënt heeft ingestemd is gelijk aan een behandelovereenkomst (Beenackers 2002).

De hulpverlener mag alleen informatie aan anderen doorgeven als de patiënt daarmee instemt. Ook hier is geen schriftelijk instemming vereist, maar wel een schriftelijke aantekening in het dossier of in het behandelplan. Voor het informeren van medebehandelaars is volgens de WGBO geen toestemming vereist, zelfs al werken ze in een andere instelling. Beenackers (2002) twijfelt of huisartsen als medebehandelaars kunnen worden opgevat. Daarom adviseert hij om de patiënt toestemming te vragen voor het informeren van de huisarts.

### *c) Begeleidingsplannen*

Begeleidingsplannen of hulpverleningsplannen in Beschermd Wonen zijn geïntroduceerd om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt al in 1984 dat RIBW-en begeleidingsplannen moesten opstellen (Van Ginneken 1995). De Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen pakt dit serieus op (NVBW 1992) en plaatst dit in haar kwaliteitsbeleid: planmatig en methodisch werken wordt een onderdeel van rehabilitatie. De verplichting om begeleidingsplannen op te stellen wordt in 1990 contractueel vastgelegd in de Modelovereenkomst met de ziektekostenverzekeraars. In 1998 is deze afspraak met de verzekeraars opnieuw vastgelegd in een Uitkomst van Overleg: daarin wordt de WGBO van toepassing verklaard op de RIBW-en: "De vaststelling of wijziging van het begeleidingsplan behoeft de schriftelijke instemming van de verzekerde." (Flierman-De Groot 1999).

Opmerkelijk is dat de WGBO, die betrekking heeft op geneeskundige behandeling, hiermee van toepassing is verklaard op psychosociale begeleiding, en zelfs strikter is geïnterpreteerd: immers de instemming met een geneeskundige behandeling kan men ook *mondeling* aangeven.

## **Bijlage E. Het 8-fasenmodel / Planmatig werken**

### *Het 8-fasenmodel*

Dit model (Leeuwen & Van der Peijl-Haasnoot 2001) is een antwoord op de behoefte in de Maatschappelijke Opvang aan methoden voor planmatig werken. De huidige werkwijze wordt te vaak gekenmerkt door ad hoc hulpverlening. Kwalitatieve hulpverlening betekent volgens de initiatiefnemers planmatig, vraaggestuurd en resultaatgericht werken. Er vindt professionalisering van de MO plaats, met name doordat de overheid kwaliteitsverantwoording eist in de vorm van de Welzijnswet. Daardoor heeft de sector een methodiekontwikkeling. Het gaat daarbij om fasering, het werken met hulpverleningsplannen en evaluatieprocedures.

In het primaire proces van hulpverlening zijn grofweg 3 fasen te onderscheiden die cyclisch met elkaar verbonden zijn: taxatie, hulpverlening en evaluatie. Om beter te kunnen aansluiten bij de vraag van de cliënt en planmatig te werken, is het 8-fasenmodel geïntroduceerd. Elke fase heeft een eigen doel en werkwijze. Er wordt gewaarschuwd dat het model geen doel op zich is en dat er in de praktijk flexibel mee dient te worden omgegaan.

Het 8-fasenmodel is een uitwerking van de 3 fasen van het primaire proces. Elk van de 8 fasen heeft een eigen formulier. Het hulpverleningsplan behoort bij de vijfde fase: de fase van doel- en actiebepaling. De zevende fase is de evaluatiefase. Hierna volgt óf uitstroom óf een vernieuwd plan (fase 5).

Om tegemoet te komen aan de uiteenlopende problematiek van cliënten van de MO wordt een indeling in 8 leefgebieden gehanteerd. Deze 8 leefgebieden komen in elk van de 8 fasen weer terug. Op deze manier wordt er naar uniformiteit en overzichtelijkheid gestreefd. De 8 leefgebieden staan hieronder in willekeurige volgorde beschreven. Het is mogelijk om per instelling of specialisatie naar eigen inzicht een leefgebied toe te voegen. Voor elk leefgebied is objectieve en subjectieve informatie te geven. Met subjectief wordt bedoeld op de beleving van de cliënt, met objectief op 'feiten':

1. Financiën. Hierbij vormen schulden vaak een groot probleem. Veel cliënten hebben een uitkering, terwijl de kosten voor het verblijf relatief hoog zijn.
2. Huisvesting. Zelfstandige woonruimte is vaak moeilijk te bereiken, onder meer vanwege (huur)schulden. Bij dit levensgebied is doorstroming naar meer zelfstandigheid het doel.
3. Sociaal functioneren. Hier staat het functioneren in relatie tot de directe omgeving centraal. Bij een zwak sociaal netwerk zal die directe omgeving bestaan uit instanties, instellingen en overheidsdiensten.
4. Psychisch functioneren. Dit betreft het geestelijk welbevinden van de cliënt. Eventuele medicatie valt onder dit gebied.
5. Zingeving. De zin en het doel dat een cliënt aan zijn leven geeft is onderdeel van de begeleiding.
6. Lichamelijk functioneren. Hieronder wordt fysieke gezondheid verstaan, die bij (ex-) daklozen vaak ernstig is aangetast. Daarnaast gaat het om zelfverzorging en Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).
7. Praktisch functioneren. Dit zijn de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL) en tevens taalbeheersing, omdat dit een voorwaarde is voor maatschappelijke participatie.
8. Dagbesteding. Hier gaat het om activiteiten waar de cliënt zijn dag aan besteedt en zijn week mee invult. Het doel is het verkrijgen van een ritme en het opbouwen van sociale contacten. Dit moet een positiever zelfbeeld opleveren.

Naast 8 levensgebieden bestaat de andere as van het 8-fasenmodel uit een stappenplan van eveneens 8 fasen. Iedere fase kent een eigen doel, werkwijze en formulier (er wordt in de handleiding opvallend veel en genuanceerde aandacht gegeven aan formulieren). Hieronder worden de fasen kort weergegeven:

1. Aanmeldingsfase. Het doel is een juiste plaatsing van de cliënt. Daarvoor wordt een aanmeldingsgesprek gevoerd, waarin wordt gekeken of er al dan niet tot een intakegesprek wordt overgegaan.
2. Intakefase. Hierin wordt nagegaan of de cliënt voor opname in aanmerking komt. De cliënt en hulpverlener onderzoeken of ze bij elkaar passen en of het aanbod van de instelling aansluit bij de vraag van de cliënt.
3. Opnamefase. Dit betekent een overgangsfase voor cliënten. Deze dient zo prettig mogelijk te verlopen. Daarnaast moet de hulpverlening op gang worden gebracht.
4. Analyse op leefgebieden. De situatie van de cliënt wordt in kaart gebracht aan de hand van de 8 levensgebieden. Deze beschrijving dient een samenwerking tussen cliënt en hulpverlener te zijn. Een instrument daarvoor is de ‘checklist leefgebieden’. Er dient een persoonsbeschrijving te worden opgesteld, van maximaal twee A4, aan de hand waarvan een hulpverleningsplan kan worden opgesteld.
5. Fase van doel- en actie bepaling. De hulpverlener en cliënt bespreken wat de laatste wil verbeteren in de nabije toekomst. Gezamenlijk wordt een hulpverleningsplan opgesteld, waarbij aandacht is voor de manier waarop de doelen bereikt kunnen worden. De doelen moeten concreet en haalbaar zijn. Doelen en acties worden vastgelegd in het hulpverleningsplan. Daarbij wordt aangegeven wie voor elke actie verantwoordelijk is en op welke termijn het doel bereikt dient te worden. Na de totstandkoming van het plan volgt een cliëntenoverleg met alle betrokken hulpverleners.
6. Uitvoeringsfase. Deze fase staat geheel in het teken van het hulpverleningsplan. De gestelde doelen moeten binnen de gestelde termijn gehaald worden. Belangrijk is dat er afstemming plaatsvindt, zowel intern als extern.
7. Evaluatiefase. Dit is de evaluatie van de uitvoering: zijn de gestelde doelen gehaald? Er zijn hierna vier mogelijkheden: 1. de cliënt zet het verblijf in de instelling voort; 2. de cliënt zet de hulpverlening in een andere instelling voort; 3. de cliënt gaat zelfstandig wonen met ambulante hulp; 4. de cliënt gaat volledig zelfstandig wonen.
8. Uitstroomfase. In deze fase verlaat de cliënt de instelling, waarbij een evaluatie plaatsvindt.

De praktijk van het 8-fasenmodel bestaat met name uit het gebruik van de formulieren voor de persoonsbeschrijving en het begeleidingsplan/evaluatieverslag. Er wordt expliciet over afstemming gesproken, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen incidentele ad hoc afstemming en structurele systematische afstemming. Systematische afstemming dient in het 8-fasenmodel een duidelijke plek in te nemen. Het instrument daarvoor is het cliëntenoverleg, waar hulpverleners van binnen en buiten de instelling aan deel kunnen nemen. Dit overleg dient in de verschillende fasen plaats te vinden. De mentor is de belangrijkste verantwoordelijke voor een goede afstemming.

#### *Planmatig werken*

Net als het 8-fasenmodel is ‘planmatig werken’ (HVO-Querido 2002) gericht op het versterken van methodisch handelen binnen RIBW-woonafdelingen. Hierbij zijn twee actiepunten geformuleerd: 1. een eenduidige werkwijze ten aanzien van het zorgplan, 2. een centrale plaats van rehabilitatie in de begeleiding. Ook dit model gaat uit van

een cyclisch begeleidingsproces van het vaststellen van een hulpvraag, een vertaling naar doelen, het bepalen van een werkwijze en het evalueren van het traject en dit zo nodig bijstellen. In de dagelijkse kan dit stapsgewijze proces worden verstoord door enerzijds cliënten met een te grote hulpbehoefte en anderzijds cliënten die geen vraag kunnen formuleren. Daardoor kan de begeleiding door toevalligheden worden bepaald en ad hoc verlopen. Planmatig werken moet dat voorkomen. Deze aanpak is bedoeld als instrument om een dialoog tussen cliënt en begeleider ten aanzien van de voortgang van het begeleidingsproces te bewerkstelligen. Daarnaast maakt de verslaglegging van het planmatig werken het proces inzichtelijk voor indirect betrokkenen, waardoor afstemming mogelijk wordt gemaakt.

De RIBW stelt zich ten doel het bieden van bescherming en begeleiding bij het wonen aan cliënten. Rehabilitatie neemt hierbij een centrale positie in en betekent dat:

- cliënten als volwaardig individuen worden beschouwd.
- de pijnlijkheid van het verlies van maatschappelijke status erkend wordt.
- er wordt gestreefd naar het herstel en behoud van deze positie.
- het verwezenlijken van eigen wensen in een zelf gekozen omgeving centraal staat.
- de aandacht zich zowel op mogelijkheden van cliënten als op aanpassing van hun omgeving richt.

De methodiek van planmatig werken is een vervanging van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). De IRB is te complex om voor de dagelijkse praktijk van woonbegeleiding, waarin binnen beperkte tijd zorg moet worden besteedt aan meerdere cliënten. De vernieuwde planmatige methodiek is niet direct gekoppeld aan een specifieke rehabilitatiemethodiek, maar wel gebaseerd op uitgangspunten van de rehabilitatiebenadering.

Planmatig werken heeft twee belangrijke kenmerken: 1. er wordt gewerkt vanuit een raamwerk van aandachtsgebieden, 2. het algehele begeleidingsproces wordt gecombineerd met afzonderlijke hulpvragen.

De woonbegeleiding richt zich op de volgende onderwerpen:

1. Wonen. Hierbij spelen naast de woonwens van de cliënt ook praktische zaken als het huishouden en sociale aspecten als het omgaan met de leefomgeving en de buren een rol.
2. Materiële zaken. Dit betreft de financiën en de administratie van de cliënt.
3. Dagbesteding. Hiertoe kan het dagactiviteitencentrum worden aangesproken. Daarbuiten is er de mogelijkheid van een cursus, een opleiding of vrijwilligerswerk.
4. Sociaal functioneren. Sociale vaardigheden zijn van belang in het contact met medebewoners en vrienden, familie, hulpverleners en dergelijke.
5. Psychische gezondheid. Naast de beperkingen op zich is er aandacht voor de beleving van de cliënt. De behandeling, de medicatie en het beheer daarvan, worden hier beschreven.
6. Lichamelijke gezondheid. Hier is aandacht voor de fysieke toestand en eventuele lichamelijke problemen van de bewoner.
7. Verslaving. Het soort verslaving, de invloed die deze heeft en de behandeling ervan staan hier beschreven.
8. Seksualiteit. Relaties en voorlichting komen hier aan de orde.

Deze lijst van aandachtspunten vormt de 'checklist zorgplan'. De invulling ervan kan per cliënt verschillen, al naar gelang de specifieke situatie.

De begeleiding wordt op deze specifieke situatie toegespitst door steeds uit gaan van de hulpvragen van de cliënt. Elke afzonderlijke hulpvraag wordt door de woonbegeleider in samenspraak met de cliënt omgezet in een actieplan. In het actieplan wordt

een termijn vastgesteld en na het verstrijken daarvan wordt het actieplan gezamenlijk geëvalueerd. Gedurende het begeleidingstraject kan dit proces worden herhaald.

Het algehele begeleidingsproces wordt geconcretiseerd in twee formulieren: het actieplan zorgdoel en de evaluatie actieplan zorgdoel. Dit proces bestaat uit drie fasen:

1. Startfase. Het woonbegeleidingstraject wordt opgestart. Binnen zes weken stelt de woonbegeleider in samenspraak met de cliënt een gestandaardiseerd hulpverleningsplan op, waarin een uitgebreide situatieschets van de cliënt wordt ontwikkeld.
2. Begeleidingsfase. In deze fase wordt de daadwerkelijke woonbegeleiding geboden. Deze moet minstens één keer per jaar geëvalueerd worden, in de vorm een integrale evaluatie die de woonbegeleider in samenspraak met de cliënt invult. Aan de hand van deze evaluatie wordt bepaald waar de begeleiding zich in de volgende periode op richt.
3. Afrondingsfase. De cliënt stroomt uit en het begeleidingstraject wordt afgerond. Maximaal twee weken voor de uitstroom moet verslag worden gedaan van het algehele traject, door middel van een exitverslag.

De persoonlijke begeleider of mentor is verantwoordelijk voor het planmatig werken. Het is echter geen solistische aangelegenheid. Structurele intercollegiale uitwisseling tijdens cliëntbesprekingen moet de betreffende cliënt minimaal ééns per jaar onder de aandacht van het gehele team brengen.

Ook wordt er afstemming met de cliënt en de eventuele behandelaar verlangd. De mate waarin dit plaats dient te vinden, wordt echter afhankelijk gesteld van de problematiek van de cliënt. Wie de ernst hiervan moet beoordelen, is niet vermeld. Concreet dient afstemming tussen cliënt, behandelaar en begeleider minstens eenmaal per jaar plaats te vinden tijdens de integrale evaluatie.

### *Vergelijking*

In hoofdlijnen is de methodiek van het 8-fasenmodel en planmatig werken hetzelfde. Enig verschil is te signaleren in de gedachte achter de methodieken. Het 8-fasenmodel is gericht op een zo spoedig mogelijk doorstroom van cliënten, terwijl planmatig werken uitgaat van cliënten die begeleid zelfstandig blijven wonen. Maar ook planmatig werken kent in de opzet een uitstroombfase.

Beide modellen hanteren een indeling naar aandachts- of levensgebieden en gaan uit van een gefaseerd cyclisch begeleidingsproces. Zowel planmatig werken als het 8-fasenmodel trachten hierbij vraagsturing te realiseren door in samenspraak met de cliënt vragen te formuleren, doelen vast te stellen, werkwijzen te bepalen en te evalueren. In het kader van vraagsturing is de wijze waarop in beide methoden afstemming wordt ingevuld opmerkelijk. In het 8-fasenmodel is geen aandacht voor de rol van de cliënt in deze afstemming. Bij planmatig werken wordt de cliënt in principe betrokken in de integrale evaluatie.

## Bijlage F. Kenmerken en representativiteit van de respondenten

### Selectie van respondenten

Op drie manieren is er selectie opgetreden bij de werving van respondenten in de verschillende woonvormen. Door de sneeuwbalmethode (*network sampling*) te beginnen bij de Bewonerscommissies is het aantal commissieleden oververtegenwoordigd geraakt. Zij zijn waarschijnlijk wat mondiger en sociaal vaardiger dan gemiddelde bewoners. In de tweede plaats zijn in twee of drie gevallen kandidaat respondenten niet uitgenodigd, omdat ze te veel in de war leken en een interview niet zinvol leek. In feite was communicatieve vaardigheid hierbij het criterium. In de derde plaats is enige selectiviteit waarschijnlijk opgetreden bij de teamleiders die respondenten hebben geworven, doordat ze bijvoorbeeld mensen in crisissituaties hebben ontzien.

Deze drie factoren hebben een gemeenschappelijke effect: mondige en sociaal vaardige bewoners zijn waarschijnlijk oververtegenwoordigd geraakt in de groep van respondenten.

### Kenmerken van respondenten

De 44 respondenten hebben opvallende kenmerken: zij zijn overwegend man (73%), allochtoon (57%) en hebben meestal een verslavingsprobleem (52%). Hun gemiddelde leeftijd is 39 jaar (variërend tussen 19 en 59 jaar; 68% is tussen 30 en 50 jaar). Van de 44 respondenten zijn 11 (25%) lid van een Bewonerscommissie. De kenmerken van de respondenten verschillen per woonvorm. Zie de volgende tabel:

	Respondenten	Man- nen	Alloch- toon	Verslavings- probleem	Gemiddelde leeftijd
De Batjan	9	9	5	2	47
Begeleid wonen	5	2	2	1	34
Beschermd wonen	9	9	5	1	30
Straetenburgh	16	9	8	14	39
De Varikstraat	5	3	5	5	45
totaal	44	32	25	23	39
		73%	57%	52%	

Tabel 3. Kenmerken van de 44 respondenten naar woonvorm.

In de tabel blijkt dat de respondenten in de Batjan louter mannen waren en de respondenten in de Varikstraat allen een verslavingsprobleem hebben en van allochtone afkomst zijn. Dit komt echter overeen met de populatie in deze woonvormen. Ook het hoge aandeel verslaafden in Straetenburgh stemt overeen met de populatie (medewerkers schatten op ons verzoek het aandeel mensen met verslavingsproblematiek op 80%). Niet goed verklaarbaar is echter waarom de respondenten in het beschermd wonen louter mannen waren.

Uit onderzoek (Jumelet 2001) blijkt dat in het sociaal pension Vrijburg circa 54% van de bewoners harddrugs of (overmatig) alcohol gebruikt. In het beschermd wonen van Querido is dat veel lager (7,5%). In Vrijburg is het aandeel allochtonen hoger (45%) dan in het beschermd wonen (17%). Volgens dit onderzoek is de populatie van Straetenburgh goed vergelijkbaar met die van Vrijburg. Deze patronen zijn te herkennen in de tabel, zij het dat het aandeel allochtonen onder de respondenten van beschermd wonen hoger ligt dan verwacht.

In de Batjan was de populatie in 2002 voor 83% man, 33% allochtoon en gemiddeld 48 jaar oud (De Meren&HVO-Querido 2003). Onder de 9 respondenten in de Batjan vinden we 100% mannen, 55% allochtonen en een gemiddelde leeftijd van 47 jaar, wat bij deze lage aantallen lijkt te wijzen op een redelijke afspiegeling.

### Getalsmatige afspiegeling

Getalsmatig zijn Beschermd wonen en Begeleid wonen minder goed vertegenwoordigd in de groep respondenten. Zie de volgende tabel:

	De Batjan	Begeleid wonen	Beschermd wonen	Straetenburgh	Pension Varikstraat	totaal
Capaciteit	26	60	83	50	12	231
Respondenten (streefaantal)	5	10	11	11	4	41
Respondenten (gerealiseerd aantal)	9	5	9	16	5	44
Percentage	35%	8%	11%	32%	42%	19%

Tabel 4. Aantal respondenten op het totaal aantal bewoners per woonvorm. Capaciteiten volgens het Jaarverslag 2003 (HVO-Querido 2004a).

De getalsverhoudingen in de groep respondenten zijn vooral door toevalsfactoren uiteen gaan lopen. Bewoners van begeleid en beschermd wonen waren minder bereid om aan interviews deel te nemen (en waren ook minder direct aanspreekbaar). Bij de de Batjan waren 5 interviews voorzien, maar meldden 9 bewoners zich aan langs verschillende kanalen. In de Varikstraat leek het niet wenselijk om minder dan 5 interviews te houden, wat op de kleine capaciteit een aanzienlijk percentage vormt. Aan Straetenburgh, ten slotte, is op verzoek van de opdrachtgevers extra aandacht besteed. Toen het bleek dat in deze instelling veel plannen ontbraken, en dat twee geïnterviewden niet tot de eigenlijke doelgroep behoorden, is besloten om vijf extra interviews te houden.

### Conclusie

De conclusie is dat de opvallende kenmerken van de respondenten (hoog aandeel mannen, allochtonen en verslaafden) begrijpelijker worden in het licht van de populatie van de woonvormen waarin ze verblijven. Of met andere woorden, er is waarschijnlijk per woonvorm een redelijke afspiegeling bereikt en we kunnen over deze woonvormen een redelijk beeld schetsen (met uitzondering van het beschermd wonen). De totale groep respondenten mag echter niet beschouwd worden als representatief voor alle bewoners van HVO-Querido, onder meer omdat de bewoners van begeleid en beschermd wonen erin ondervertegenwoordigd zijn.

## Bijlage G. Overzicht van de ontbrekende plannen

Van 37 bewoners werd toestemming verkregen om het behandelplan op te vragen; 38 bewoners gaven toestemming om het begeleidingsplan in te zien. Na veel doorvragen zijn tenslotte 27 begeleidingsplannen en 25 behandelplannen verzameld:

- van 18 bewoners ontvingen we zowel het behandel- als het begeleidingsplan.
- van 7 bewoners ontvingen we alleen het behandelplan.
- van 9 bewoners ontvingen we alleen het begeleidingsplan.

In 17 gevallen hebben we geen begeleidingsplan van een bewoner gezien:

- 4 bewoners weigerden ons toestemming te geven, maar hebben wel een plan.
- 1 persoon krijgt geen woonbegeleiding.
- 1 geïnterviewde werd onbekwaam geacht om te oordelen over de toestemming.
- 7 bewoners hebben (nog) geen begeleidingsplan.
- 4 plannen waren niet beschikbaar 'wegens printerproblemen', maar bestaan vermoedelijk niet.

Bij 38 van de 44 geïnterviewden hebben we kunnen vaststellen of er al dan niet een begeleidingsplan bestaat (in 4 van deze 38 gevallen – de printerproblemen - konden we dit echter niet met absolute zekerheid vaststellen). In 11 van de 38 gevallen ontbreekt het begeleidingsplan, wat een geldig percentage van 29% betekent. Deze gegevens zijn samen met de redenen van het ontbreken van de begeleidingsplannen in de volgende tabel weergegeven. Hierin is te zien dat de korte duur van het verblijf de belangrijkste reden is van het ontbreken van een begeleidingsplan. Dit blijkt echter een relatief begrip, want van deze vijf mensen woont er één al twee maanden, één al drie maanden en één zelfs al een jaar in de huidige woonvorm. Bij de twee andere is het begrijpelijk dat een begeleidingsplan na een week, respectievelijk een maand nog niet kon worden opgesteld.

aantal verkregen	aantal niet verkregen	redenen van niet verkrijgen	aantal	redenen van ontbreken	aantal
27	17	geen toestemming	4		
		geen HVO/Querido-bewoner	1		
		onbekwaam geacht	1		
		plan ontbreekt	11	'te kort in woonvorm'	5
				'plan is kwijt'	1
				'printerproblemen'	4
				bestaat niet	1

Tabel 5. De oorzaken van het achterwege blijven van begeleidingsplannen.

In 19 gevallen hebben we geen behandelplan van een bewoner gezien:

- 2 personen weigerden toestemming te geven, het is niet bekend of zij een plan hebben.
- 2 geïnterviewden weigerden, maar het is zeker dat deze bewoners een plan hebben.
- 2 geïnterviewden krijgen geen behandeling vanuit De Meren.
- 1 geïnterviewde werd onbekwaam geacht om te oordelen over de toestemming.
- 9 mensen hebben (nog) geen behandelplan.
- 3 behandelplannen zijn ondanks herhaalde verzoeken niet ontvangen.

Bij 38 van de 44 geïnterviewden hebben we kunnen vaststellen of er al dan niet een behandelplan bestaat. In 9 van deze 38 gevallen ontbreekt het plan, wat een geldig

percentage van 24% betekent. Deze gegevens zijn samen met de redenen van het ontbreken van de behandelplannen in de volgende tabel weergegeven. Het niet opstellen van een behandelplan door één bepaalde SPV-er is hier hoofdoorzaak van het ontbreken. Desgevraagd verklaarde deze SPV-er dat de werkdruk het niet toelaat om tijd te besteden aan deze administratieve verplichting. Twee behandelplannen ontbraken omdat op de betreffende jeugdafdeling geen behandelplannen worden opgesteld, volgens de SPV-er die werd gesproken. Een behandelplan was niet beschikbaar, omdat het in de status van een arts-assistent zat, die door nachtdiensten niet bereikbaar was. Een cliënt verbleef pas een week in de woonvorm en had begrijpelijkerwijze nog geen behandelplan.

aantal verkregen	aantal niet verkregen	reden van niet verkrijgen	aantal	reden van ontbreken	aantal
25	19	geen toestemming	4		
		geen cliënt De Meren	2		
		onbekwaam geacht	1		
		plan niet ontvangen	3		
		plan ontbreekt	9	SPV-er stelt geen plannen op	5
				te kort in behandeling	1
				'plan zit in status van assistent'	1
				'we maken hier geen plannen'	2

**Tabel 6. De oorzaken van het achterwege blijven van behandelplannen.**

De conclusie is dat 29% van de begeleidingsplannen ontbreekt en 24% van de behandelplannen. Soms is daar een goede reden voor, namelijk dat de bewoner te kort in behandeling of begeleiding is. In enkele gevallen is een plan door toeval niet beschikbaar (zoekgeraakt of tijdelijk meegenomen). Als we deze gevallen buiten beschouwing laten, moeten we stellen dat 21% van de begeleidingsplannen en 18% van de behandelplannen zonder goede reden ontbreekt.

## Bijlage H. Diverse modellen van behandelplannen in De Meren

	EPD	Nienoord 1	Fizeastraat	SPDC-Oost	Nienoord 2	BOPZ Behandelplan	Fizeastraat (jeugd)
Dossiernummer	X	X			X		X
Geboortedatum	X		X	X	X	X	X
Naam cliënt	X	X	X	X	X	X	X
Adres cliënt	X		X			X	
Episode	X						
Datum behandelplan	X	X	X	X	X	X	X
Type behandelplan		X					
Ind. systeem of groep		X					
Juridisch status			X	X	X		X
Overige geïndiceerde functies			X		X		
Leeftijdscategorie jeugd							X
Probleembeschrijving volgens cliënt				X			X
Diagnose/werkhypothese behandelaar	X	Huidige toestand (4 assen)		Probleembeschrijving volgens behandelaar			Probleembeschrijving volgens behandelaar
Diagnose volgens DSM-IV (5 assen)	X	Huidige DSM-IV (5 assen)	Gestelde diagnose	Gestelde diagnose	Gestelde diagnose	Gestelde diagnose	Gestelde diagnose
Bij BOPZ omschrijving van gevaar	X					X	
Focus en voortgang van de therapie		X					
Doelen lange termijn	X	X	X	X	X		X
Doelen korte termijn	X	X	X	X	X		X
Behandel-verantwoordelijke	X	X	X	X	X	X	X
Aanvangsdatum	X						
Einddatum	X	Volgende evaluatie	Evaluatie	Evaluatie	Evaluatie		
Middelen van behandeling	X	X	X	X	X	X	X
Nadere diagnostiek	X						
Gesprekscontacten	X	X					
Behandelondersteunende activiteiten	X						
Bijzondere afspraken	X						
Risico's			Eventuele risico's	Eventuele risico's	Risico's		Eventuele risico's
Indicatiestelling voor plaatsing			Indicatiestelling voor plaatsing		X		X
Instelling voor evt. noodzakelijke opname						X	
Informatie aan cliënt	X				X		
Vertegenwoordiger	X			X	X		X
Vertegenwoordiger dd	X						
Derden nl	X				X		
Derden dd	X		X	X	X		X
Krachtens BOPZ	X						
M&M akkoord	X						
Crisisprotocol	X						
Probleemgedrag	X						
Doelstelling	X						
Specifieke gedrag	X						
Interventie/instructie	X						
Cliënt ingelicht?	X						
Reactie cliënt	X						
Datum protocol	X						
Evaluatiedatum protocol	X						
Wilsbekwaamheid mbt accordering behandelplan	X		X	X	X	X	X
Bij wilsbekwaamheid naam vertegenwoordiger	X		X	X	X		X
Akkoord behandelaar	X						X
Datum akkoord behandelaar	X						
Akkoord cliënt	X		X	X	X	X	X
Datum akkoord cliënt	X		X	X	X	X	
Akkoord vertegenwoordiger	X						
Datum akkoord vertegenwoordiger	X						
Opmerkingen	X		X				
Handtekening ouder(s)/vertegenwoordiger					(Gezins) voogd		X

## **Bijlage I. Plannen leven niet onder bewoners**

De interviews geven inzicht in hoeverre de bewoners waarde hechten aan het behandel- en begeleidingsplan. Er is nagegaan in welke mate de beide plannen leven onder de geïnterviewden. Zowel voor het behandelplan als voor het begeleidingsplan is dit aan de hand van de volgende vragen in kaart gebracht:

1. Is de bewoner op de hoogte van het plan?
2. Kent de bewoner de inhoud?
3. Heeft de bewoner een kopie?
4. Stemt de bewoner met het plan in?
5. Is het plan tweezijdig tot stand gekomen?
6. Vindt de bewoner een plan belangrijk?

Als een bewoner, soms na een korte uitleg over behandel- en begeleidingsplannen, aangeeft dat hij/zij op de hoogte is van het plan, kan dit twee betekenissen hebben. Enerzijds kan het zijn dat een bewoner weet dat er een plan bestaat. Anderzijds kan het zijn dat een bewoner weet dat er juist geen plan bestaat. Van alle bewoners die daadwerkelijk een behandel- dan wel een begeleidingsplan hebben, is vervolgens de kennis van de inhoud van het plan nagegaan. Dezelfde mensen is gevraagd of ze een kopie van de plannen hebben en of ze met het plan hebben ingestemd. Hierna is onder dit deel van respondenten nagegaan of zij invloed hebben gehad in de totstandkoming van de plannen. Ongeacht het al dan niet bestaan van het plan is aan iedere geïnterviewde gevraagd of hij/zij het plan een belangrijk instrument acht. De antwoorden op deze vragen staan weergegeven in de onderstaande tabel. Enkele vragen zijn op sommige bewoners niet van toepassing, omdat zij geen plan hebben of er te weinig inzicht in hebben. In de tabel zijn de geldige percentages gegeven voor het aandeel bewoners dat respectievelijk 'ja' of 'nee' antwoordde van het totaal van de geïnterviewden die deze vraag konden beantwoorden. Paragraaf 3.8 bevat de verkorte versie van deze tabel met alleen de geldige percentages.

### **Behandelplannen**

Er zijn 42 geïnterviewden die behandeling krijgen vanuit De Meren. Van hen weten 21 mensen of ze een behandelplan hebben of juist niet. Er zijn eveneens 21 mensen die dat niet weten. Van de 21 bewoners die op de hoogte zijn van de aan- of afwezigheid van hun plan, kennen slechts 4 mensen de inhoud van hun plan. (Onder deze groep van 21 zijn 7 bewoners die weten dat ze er geen hebben en 9 mensen die weten dat ze een behandelplan hebben, maar niet weten wat er in staat.) In totaal zijn er 7 mensen op wie deze vraag niet van toepassing is, waardoor een aantal van 4 een geldig percentage van 11% betekent.

Niemand van de geïnterviewden heeft een kopie van zijn behandelplan, elk percentage is 0.

Van alle respondenten kunnen er 10 aangeven of ze al dan niet akkoord zijn gegaan toen hun plan is opgesteld. Zoals gezegd kennen op het moment van de interviews slechts 4 bewoners de inhoud van hun plan. De andere bewoners die aangeven dat ze wel of niet het plan akkoord zijn gegaan, zijn de inhoud ervan inmiddels vergeten. Er zijn 6 mensen die hebben ingestemd met hun behandelplan, tegenover 4 mensen die expliciet aangeven dat ze er niet mee hebben ingestemd.

Van alle 42 bewoners die behandeld worden, geven 7 mensen aan dat hun plan tweezijdig tot stand is gekomen. Zij hebben invloed gehad in de totstandkoming ervan. In 16 gevallen geeft de bewoner te kennen totaal niet betrokken te zijn bij de totstand-

koming van het plan. De vraag naar tweezijdigheid is op 19 mensen niet van toepassing, omdat zij te weinig op de hoogte zijn van het behandelplan in het algemeen. Van de 42 behandelde geïnterviewden zeggen 25 mensen dat ze een behandelplan onbelangrijk vinden. Daarentegen geven 16 bewoners aan dat ze het wel van belang achten. Het aantal mensen dat aangeeft belang te hechten aan het plan kan natuurlijk positief beïnvloed zijn door sociale wenselijkheid. Ook kan het onderzoek voor een bewustwordingseffect hebben gezorgd.

### Begeleidingsplannen

Er zijn 43 geïnterviewden die woonbegeleiding ontvangen vanuit HVO-Querido. Van hen weten 27 mensen of ze een begeleidingsplan hebben of juist niet. Er zijn 16 mensen die geen weet hebben van de eventuele aanwezigheid van een begeleidingsplan.

Van de 27 mensen die hier wel van op de hoogte zijn, weten slechts 10 mensen wat er in hun plan staat. (Onder deze groep van 27 zijn 5 mensen die weten dat ze geen begeleidingsplan hebben en 12 bewoners die weten dat ze een begeleidingsplan hebben, maar de inhoud niet kennen.) In totaal zijn er 6 mensen op wie deze vraag niet van toepassing is, waardoor een aantal van 10 een geldig percentage van 27% betekent.

Er zijn 2 bewoners die een kopie van hun begeleidingsplan hebben. Op de 37 bewoners met een begeleidingsplan is dat 5%.

Van alle respondenten kunnen er 11 aangeven of ze al dan niet akkoord zijn gegaan toen hun plan is opgesteld. Zoals gezegd kennen op het moment van de interviews slechts 10 bewoners de inhoud van hun begeleidingsplan. De ene bewoner deze vraag wel beantwoordt, maar de inhoud niet kent, is deze vergeten. Er zijn 9 mensen die het volledig eens zijn met de inhoud van hun begeleidingsplan, tegenover 2 mensen die stellig laten weten het niet eens te zijn met dit plan. Alle andere geïnterviewden kunnen deze vraag niet beantwoorden.

Van de 43 bewoners die begeleid worden bij het wonen, laten 9 mensen weten dat ze invloed hebben gehad op de totstandkoming van hun begeleidingsplan. Er zijn 19 bewoners die aangeven totaal niet betrokken te zijn bij het opstellen van het plan. Deze vraag naar wederzijdse invloed is op 15 mensen niet van toepassing, omdat zij te weinig afweten van het begeleidingsplan in het algemeen. Er zijn 19 mensen die zeggen het begeleidingsplan onbelangrijk te vinden. Daarentegen laten 23 bewoners weten wel degelijk belang te hechten aan het plan.

		heeft er weet van	kent inhoud	heeft kopie	is het er mee eens	had invloed op totstandkoming	vindt plan belangrijk
behandelplan (N=42)	ja	21 (50%)	4 (11%)	0 (0%)	6 (60%)	7 (30%)	16 (39%)
	nee	21 (50%)	31 (89%)	33 (100%)	4 (40%)	16 (70%)	25 (61%)
	niet van toepassing	--	7	9	32	19	1
begeleidingsplan (N=43)	ja	27 (64%)	10 (27%)	2 (5%)	9 (82%)	9 (32%)	23 (55%)
	nee	16 (37%)	27 (73%)	35 (95%)	2 (18%)	19 (68%)	19 (45%)
	niet van toepassing	--	6	6	32	15	1

Tabel 7. De betrokkenheid van bewoners bij hun plannen.

Bij nadere analyse blijken de cijfers uit tabel 7 een belangrijk verschil te bevatten tussen bewoners van begeleid en beschermd wonen en de andere onderzochte woonvormen, zie tabel 8.

	heeft er weet van	kent inhoud	heeft kopie	is het er mee eens	had invloed op totstandkoming	vindt plan belangrijk
behandelplan totaal (N=42)	21 (50%)	4 (11%)	0 (0%)	6 (60%)	7 (30%)	16 (39%)
behandelplan BBW (N=14)	12 (86%)	3 (21%)	0 (0%)	4 (67%)	5 (45%)	8 (57%)
begeleidingsplan totaal (N=43)	27 (64%)	10 (27%)	2 (5%)	9 (82%)	9 (32%)	23 (55%)
begeleidingsplan BBW (N=13)	12 (92%)	6 (50%)	2 (17%)	6 (100%)	8 (80%)	8 (67%)

**Tabel 8. De betrokkenheid van bewoners bij hun plannen: bewoners van begeleid en beschermd wonen (BBW) vergeleken met de totale groep respondenten.**

Tabel 8 laat zien dat bewoners van beschermd en begeleid wonen duidelijk meer betrokken zijn bij hun plannen dan bewoners van de andere onderzochte woonvormen. Dat geldt voor begeleidingsplannen meer dan voor behandelplannen. Bijna alle BBW-bewoners hebben weet van hun begeleidingsplan en de helft kent de inhoud ervan en is het ermee eens. De zeldzame kopieën van plannen worden door BBW-bewoners gerapporteerd. Dit alles vormt nog steeds geen ideaal beeld, maar is toch duidelijk beter dan het totaalbeeld.

## Literatuur

- Beenackers, A.A.J.M. (2002), *Handleiding Dossiervoering*, derde druk, Delft, Eburon.
- Cliëntenbond e.a. (2004), *Betrokken omgeving. Modelregeling ggz-instelling – naastbetrokkenen*. Utrecht, Cliëntenbond e.a.
- De Meren & HVO-Querido (2003), *De Batjan. Kwaliteit van leven. 2000-2003*. Amsterdam, De Meren/HVO-Querido.
- Flierman-De Groot, C. (1999), *Juridische aspecten van wonen en begeleiden in de RIBW*, Utrecht, Wetenschapswinkel Rechten Universiteit Utrecht.
- Ginneken, P. van (1995), *Begeleiding volgens plan: systematisch werken in beschermende woonvormen*, Utrecht, NcGv.
- Glaser, B. en A. Strauss (1976), *De ontwikkeling van gefundeerde theorie*, Alphen a/d Rijn, Samson Uitgeverij.
- Hauer, H. (2001), *Toetsing kwaliteit van behandelplannen*, Rotterdam, Stoel.
- Hijden, E. van der (1998), *Onderhandelen is het doel niet. Cliëntenparticipatie bij methodisch werken in Beschermd Wonen en de effecten ervan op de tevredenheid*, Rotterdam, Thela Thesis.
- Hijden, E. van der & H. Poodt (1995), *De begeleiding van bewoners in Beschermd Wonen: resultaten van een onderzoek naar de inhoud van de begeleidingsplannen in een Rotterdamse Beschermende Woonvorm*, Rotterdam, GGD Rotterdam e.o., Afdeling Epidemiologie en Beleid.
- Hijden, E. van der, H. Poodt & J. Dröes (1998), *Zorg op maat getypeerd. Een onderzoek naar de inhoud van begeleidingsplannen in beschermd wonen*, *Passage- Tijdschrift voor rehabilitatie*, 7, 4:244-253.
- Hoorn, E. van, C. Bellemakers & Y. Koster-Dreese (2003), *De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing. Essay over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing*, Amsterdam, IGPB.
- HVO-Querido (2002), *Planmatig werken. Handleiding planmatig werken RIBW-woonafdelingen begeleid en beschermd wonen*. Amsterdam, HVO-Querido.
- HVO-Querido (2004a), *HVO-Querido op de kaart. Jaarverslag 2003*. Amsterdam, HVO-Querido.
- HVO-Querido (2004b), *Thermometer cliëntwaardering woonbegeleiding maatschappelijke opvang HVO-Querido 2004*, Amsterdam, HVO-Querido.
- HVO-Querido (2004c), *HVOkrant maart 2004*, Amsterdam, HVO-Querido.
- Jumelet, J. (2001), *Dwalen tussen vraag en aanbod. Een onderzoek naar de hulpvraag van bewoners van een sociaal pension met gebruik van de Behandelmodulen*. [www.hvoquerido.nl](http://www.hvoquerido.nl)
- Kragten, R. (2003), *Naar een ander plan. Een cliëntgerichte manier van werken met het behandel- en begeleidingsplan in de GGz*, Utrecht, Platform GGZ Utrecht en Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht.
- Lammers, M.C., W.M. van Ewijk (1994), *Inpraak in de psychiatrie. Het behandelplan en het toestemmingsvereiste bij de behandelingsovereenkomst*, *Medisch Contact*, 49, 11: 365-366.
- Leeuwen, P. van & M. van der Peijl-Haasnoot (2001), *Het 8-fasen model. Methode voor planmatig werken in de maatschappelijke opvang*. Utrecht, NIZW.

- Lindeman, E., S. Crok & J. Slot, *Daklozen in Amsterdam. Daklozen en niet-daklozen aan het woord*. Amsterdam, HVO-Querido/Dienst O&S.
- Meer, D. van (1997), *Ieder z'n woonvorm. Tussenrapportage van het Rehabilitatieproject RIBW Twente*, Groningen/Hengelo, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Andragogiek/Stichting RIBW Twente.
- Meer, D. van, W. van de Graaf & A. van Tilborgh (1999), *In gesprek. Rehabilitatie voor mensen met een psychiatrische achtergrond; aanwijzingen voor cliënten en begeleiders*, Groningen/Hengelo, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Andragogiek/ Stichting RIBW Twente.
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (1996), *RIAGG-dossiers en behandelplannen: enquête*, Utrecht, NVAGG.
- Nugter, A. (2003), *Onderzoek behandelplannen GGZ Schagen*, Heiloo, GGZ Noord-Holland Noord.
- NVBW (1992), *Inleidingen themadag 'werken met begeleidingsplannen'*. Houten, NVBW.
- Onrust, J. (2004), *De orde van het DAC. Werken aan gewooneheid in een dagactiviteitencentrum voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam.
- Ploem, M.C. (2001), Evaluatie van de WGBO: van wet naar praktijk, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 5: 308-316.
- Pluimgraaff, A., L. Schipper, G. Human & E. Bras (2000), *Cliëntparticipatie. Wat komt er terecht van cliëntenparticipatie binnen het primaire proces bij ambulante hulpverlening, door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen aan chronisch psychiatrische cliënten?* Utrecht, Hogeschool van Utrecht.
- RBC Network (2004), *Voortgangsrapportage 1. Eerste voortgangsrapportage in het kader van de haalbaarheidsstudie voor de ontwikkeling van een Amsterdams initiatief voor de rehabilitatie van dak- en thuislozen met ernstige psychiatrische klachten*. Amersfoort, RBC Network.
- Santen, J. van (1995), *Uw rechten als patiënt (WGBO)*, Utrecht, PP/CP.
- Stikker, T.E. (2003), *De samenhang tussen de WGBO en de Wet BOPZ*, Den Haag, Sdu Uitgevers.
- Solidair Consultancy & HHM (2003), *Rapportage inventarisatie Maatschappelijke Opvang in Amsterdam*. Enschede, HHM/SC.
- Taylor, S. en R. Bogdan (1984), *Introduction to qualitative research methods*, 2<sup>e</sup> druk, New York, Wiley & Sons.
- Wesenbeek, C. (1997), *Behandelplan: rapportage onderzoek cliëntenbelangenbureau GGZE*, Eindhoven, GGZE.
- Wester, F., A. Smaling en L. Mulder (2000), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*, Bussum, Uitgeverij Coutinho.
- Wester, F. en A. Hak (2003), De methodologie van kwalitatief onderzoek, *Kwalon*, 23, 8: 7-17.

## Lijst van gebruikte afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBW	Beschermd en Begeleid Wonen
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CCR	Centrale Cliëntenraad
DAC	Dagactiviteitencentrum
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZE	GGZ Eindhoven
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
HHM	Hoekstra, Homans en Menting (Onderzoeksbureau)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HVO	Hulp voor Onbehuisden
IBS	Inbewaringstelling
IGPB	Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid
IRB	Individuele Rehabilitatie Benadering
MGv	Maandblad Geestelijke volksgezondheid
M&M	Middelen en maatregelen (dwangtoepassing)
MO	Maatschappelijke opvang
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante GGZ (voorheen)
NVBW	Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen
O&S	Onderzoek en Statistiek (gemeentedienst)
PGB	Persoonsgebonden Budget
PP/CP	Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform
RBC	Research Based Consultancy
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RM	Rechterlijke Machtiging
SPDC	Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (ook: 'SPV-er')
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van)
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst