

DE (HULP)VRAGEN VAN DE CLIENT

Een discussie over het achterhalen van
hulpvragen in de revalidatie

Versie 1.0



DE (HULP)VRAGEN VAN DE CLIENT

Een discussie over het achterhalen van hulpvragen in de
revalidatie

Versie 1.0

“ Als ouder die het lot van zijn kind lange tijd in de handen van “de zorg” heeft móeten leggen, heeft het enige tijd geduurd om te beseffen dat een ziekenhuis, een arts of een school niet wezenlijk verschilt van een boekhandel, een taxichauffeur of bakkerij: je hebt een paar hele slechte, heel veel matige en maar enkele die echt goed zijn. Af en toe kom je iemand tegen die werkelijk geïnteresseerd is en de ambitie uitstraalt zich te willen verdiepen in degene waar het allemaal om draait. “
(Vader Mark)

Auteur

Eline Roelofsen

Roel Schulte en Gabriëlle Verbeek lazen mee tijdens het schrijven van deze publicatie. Klazien Bron beoordeelde uiteindelijk de kwaliteit van de publicatie samen met een werkgroep van de BOSK

In opdracht van

Het Kenniscentrum Behandelcommunicatie / KinderRAP

Utrecht, september 2005

Inhoudsopgave

1. Aanleiding
2. De methode
3. De hulpvraag in vraaggerichte en vraaggestuurde zorg: enkele definities.
 - 3.1 Inleiding
 - 3.2 Vraaggerichte en vraaggestuurde zorg
 - 3.3 Hulpvraag
 - 3.4 Cliënt
 - 3.5 Inventariseren en verduidelijken van hulpvragen
 - 3.6 Samenvatting
4. Het achterhalen van hulpvragen: De huidige werkwijzen in de revalidatie
 - 4.1 Inleiding
 - 4.2 De KinderRAP-methodiek
 - 4.3 De Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
 - 4.4 Ontwikkelingen in de volwassenrevalidatie
 - 4.5 Samenvatting
5. Knelpunten bij het achterhalen van hulpvragen
 - 5.1 Inleiding
 - 5.2 Knelpunten van ouders
 - 5.3 Knelpunten van zorgverleners
 - 5.4 Knelpunten in het revalidatieteam
 - 5.5 Samenvatting
6. Oorzaken voor de genoemde knelpunten
 - 6.1 Inleiding
 - 6.2 Onduidelijkheid over de benodigde informatie
 - 6.3 Onvoldoende aansluiting op het proces van de cliënt
 - 6.4 Onvoldoende competente zorgverleners
 - 6.5 Onvoldoende teamwerk
 - 6.6 Samenvatting
7. Suggesties voor verbetering
 - 7.1 Inleiding
 - 7.2 Ontrafeling van het begrip hulpvraag
 - 7.3 Herontwerp van de procedure
 - 7.4 Ontwikkeling van methodische ondersteuning
 - 7.5 Scholing van zorgverleners
 - 7.6 Samenvatting
8. Samenvatting

BIJLAGEN

1. Geraadpleegde bronnen
 - 1.1 Literatuur
 - 1.2 Gesprekken
 - 1.3 Overigen

2. Methoden voor het achterhalen van hulpvragen
 - 2.1 Methoden voor cliënten en hun omgeving
 - 2.2 Methoden voor zorgverleners

1. Aanleiding

Dit discussiestuk is geschreven in opdracht van het Kenniscentrum Behandelcommunicatie / KinderRAP. Het Kenniscentrum werkt vanuit de visie dat je de behandelcommunicatie rondom de cliënt zodanig moet inrichten dat er vraaggerichte zorg ontstaat. De KinderRAP-methodiek maakt het realiseren van deze visie in de dagelijkse praktijk mogelijk. Deze methodiek wordt gebruikt in vrijwel alle instellingen voor kinderrevalidatie, veelal in samenwerking met het mytyl- en tytylonderwijs. Daarnaast wordt de methodiek steeds meer gebruikt in de revalidatie van volwassenen en in steeds meer mytyl- en tytylscholen, die geen samenwerkingsverband hebben met een revalidatiecentrum.

Het Kenniscentrum signaleerde dat er met name vragen leven over het werken met hulpvragen. De hulpvraag neemt een centrale plaats in binnen de KinderRAP-methodiek. Wanneer je de hulpvraag van het kind en zijn ouders kent, kun je immers de behandeling afstemmen op hun wensen en behoeften. Op die manier kun je daadwerkelijk vraaggerichte zorg leveren. Zorgverleners stelden onder andere de volgende vragen aan het Kenniscentrum: wat moet je doen als er geen hulpvraag is; wat doe je met indirecte signalen van ouders over het werkelijke probleem; wat kun je doen als de hulpvraag niet aansluit op het aanbod van de instelling; hoe zorg je ervoor dat revalidanten vraaggericht gaan werken; hoe ver ga je in het cliëntgericht werken.

Uit de vragen die in de loop der tijd aan het Kenniscentrum zijn gesteld, kan geconcludeerd worden dat het vaak niet lukt om de hulpvragen goed in kaart te brengen en te vertalen in passende zorg. Vanuit de instellingen bestaat er een tendens om medewerkers te scholen en op die manier het achterhalen van hulpvragen te verbeteren. Het is echter de vraag of scholing alleen voldoende is om deze problemen op te lossen.

De vele vragen van zorgverleners over dit centrale onderdeel van de KinderRAP-methodiek waren aanleiding tot het schrijven van dit discussiestuk. Het stuk beperkt zich tot de vraag: *waarom lukt het niet om de hulpvragen goed in kaart te brengen?* Ik ga ervan uit dat, als de hulpvragen goed in kaart zijn gebracht, het vertalen naar passende zorg geen problemen meer met zich mee brengt.

In het discussiestuk worden eerst de knelpunten in kaart gebracht die zorgverleners en ouders ervaren bij het achterhalen van hulpvragen. Vervolgens kijk ik naar de oorzaken voor deze knelpunten waarbij er zowel gekeken wordt naar medewerkers als naar de procedure en het beleid van de instelling. Tot slot worden een aantal suggesties gedaan om het achterhalen van hulpvragen te verbeteren.

Het discussiestuk is bedoeld om instellingen kritisch te laten kijken naar de problemen van hun medewerkers bij het achterhalen van hulpvragen, en hen er toe aan te zetten om dit proces structureel te verbeteren. Het stuk is geschreven voor zorgverleners uit de (kinder)revalidatie, in het bijzonder voor beleids- en stafmedewerkers op het gebied van de kwaliteit van de zorg.

2. De methode

Voor het schrijven van dit discussiestuk heb ik mij laten leiden door gesprekken met zorgverleners uit de (kinder)revalidatie, KinderRAP-trainers en experts op gebied van vraaggerichte zorg uit andere sectoren en door gesprekken en e-mail contact met ouders van gehandicapte kinderen en revalidanten. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de (veelal Nederlandstalige) literatuur en interne evaluaties uit diverse revalidatie-instellingen en mytyl- en tytylscholen (bijlage 1).

3. De hulpvraag in vraaggerichte en vraaggestuurde zorg: enkele definities.

3.1 Inleiding

In deze paragraaf worden de begrippen besproken die in het verdere discussiestuk centraal staan.

3.2 Vraaggerichte en vraaggestuurde zorg

Net als in de hele zorgsector, wil men ook binnen de revalidatie af van het aanbodgericht werken. Bij aanbodgericht werken, is het aanbod van de instelling bepalend voor wat er met de cliënt gebeurt. Men wil er naar toe dat de wensen en behoeften van de individuele cliënt richtinggevend zijn voor de behandeling van de cliënt. We hebben het dan over 'vraaggerichte' of 'vraaggestuurde' zorg. In de literatuur wordt meestal verwezen naar de definities van de Raad voor Volksgezondheid (RVZ, 1998). In dit discussiestuk gebruik ik de definities van Verbeek (2002). Bij *vraaggerichte zorg* wordt het aanbod zoveel mogelijk afgestemd op de behoeften van de zorgvrager (pg. 11). Bij *vraaggestuurde zorg*, wordt de zorg aangestuurd door de cliënt (pg 12). De cliënt neemt daarbij belangrijke beslissingen over wat er aan zorg geboden wordt en op welke wijze dat gebeurt.

In het verdere discussiestuk spreek ik over vraaggerichte zorg wanneer de huidige visie op de zorg in de (kinder)revalidatie wordt bedoeld.

3.3 Hulpvraag

In de vraaggerichte zorg wordt het aanbod van de zorg zoveel mogelijk afgestemd op wensen en behoeften van de cliënt. In de praktijk gebruikt men het begrip 'hulpvraag' om wensen en behoeften van cliënten te beschrijven.

In de KinderRAP-methodiek is de hulpvraag gedefinieerd als de vraag zoals de cliënt die letterlijk aan de zorgverlener stelt (KC Behandelcommunicatie, 2004). Deze vraag kan zowel verwoord zijn in de vorm van de problemen waar kind, ouders en / of omgeving op dit moment last van hebben in het dagelijkse leven als om de wensen / verwachtingen die kind, ouders en / of omgeving hebben ten aanzien van onderwijs en behandeling.

3.4 Cliënt

In dit discussiestuk is de situatie zoals die nu bestaat in de kinderrevalidatie als uitgangspunt genomen. Veelal wordt er dan ook gesproken over het kind en zijn ouders en het contact met de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van het kind.

In het stuk is echter ook veel herkenbaar voor de revalidatie van volwassenen. Wanneer de tekst betrekking heeft op de revalidatie in het algemeen (kinderrevalidatie en revalidatie voor volwassenen) is er voor gekozen om te spreken over de cliënt. Met de cliënt wordt het kind en zijn ouders of de revalidant bedoeld. Wanneer het expliciet over ofwel het kind ofwel de ouders ofwel de revalidant gaat, wordt dit in de tekst aangegeven.

3.5 Inventariseren en verduidelijken van hulpvragen

In dit discussiestuk wordt onderscheid gemaakt tussen het inventariseren en het verduidelijken van hulpvragen.

Met het inventariseren van hulpvragen wordt het in kaart brengen van letterlijke hulpvragen van de cliënt bedoeld. Het verduidelijken van hulpvragen heeft betrekking op het achterhalen van de betekenis van de gestelde vragen. In dit proces wordt onderzocht of er een andere vraag ten grondslag ligt aan de letterlijke vragen van de cliënt, die van belang is voor de behandeling. Het verduidelijken van hulpvragen wordt niet beschreven in de KinderRAP-methodiek (KC Behandelcommunicatie, 2004). Het achterhalen van hulpvragen, zoals onder andere beschreven in de titel, omvat zowel het inventariseren als het verduidelijken van hulpvragen.

Zowel de letterlijke hulpvraag als de achterliggende vraag zijn van belang om de zorg te laten aansluiten op de cliënt.

3.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de centrale begrippen uit het discussiestuk nader toegelicht. In de (kinder)revalidatie hebben we in eerste instantie te maken met vraaggerichte zorg. In vraaggerichte zorg zijn de wensen en behoeften van de cliënt het uitgangspunt voor de behandeling. Deze wensen en behoeften worden omschreven met het begrip 'hulpvraag'. Naast het inventariseren van de letterlijke hulpvragen van de cliënt, speelt het verduidelijken van deze hulpvragen een belangrijke rol in het achterhalen van de wensen en behoeften van de cliënt om passende zorg te kunnen bieden.

4. Het achterhalen van hulpvragen: De huidige werkwijzen in de revalidatie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe op dit moment hulpvragen worden achterhaald in de (kinder)revalidatie en welke methoden er worden gebruikt om dit proces te ondersteunen.

4.2 De KinderRAP-methodiek

De KinderRAP-methodiek omschrijft welke informatie er minimaal nodig is om een gezamenlijk plan op te kunnen stellen voor de behandeling van het kind. De hulpvraag van kind en ouders is een belangrijk onderdeel van de vereiste informatie. In deze paragraaf beschrijf ik hoe het achterhalen van de hulpvragen verloopt in instellingen die de KinderRAP-methodiek gebruiken en hoe deze hulpvragen worden vertaald in een passend behandelplan (zie tabel 1). Er bestaan echter grote verschillen tussen de instellingen. Voor zover van belang zal ik die verschillen beschrijven.

Tabel 1: Het achterhalen van hulpvragen

Fase	Wie <i>Wie is de initiatiefnemer voor het inventariseren van hulpvragen?</i>	Hoe? <i>Welke methode wordt gebruikt om hulpvragen te inventariseren?</i>	Waar? <i>Waar worden de hulpvragen vastgelegd?</i>
Intake	Revalidatiearts	Gesprek	Intake-verslag
Observatie	Zorgverleners Ouders	Gesprek Oudervragenlijst	KinderRAP-verslag
Behandeling	Zorgverleners Ouders	Gesprek Oudervragenlijst	KinderRAP-verslag

De ouders hebben een eerste *intake* met de revalidatiearts. Tijdens dat gesprek geven zij informatie over de reden waarom zij op dat gesprek zijn verschenen, welke vragen ze hebben en de problemen die zij ondervinden in het verleden en op dit moment. De revalidatiearts doet ook lichamelijk onderzoek bij het kind. Na afloop van het intake-gesprek weten de ouders of hun kind behandeld kan worden in de instelling en welke disciplines bij de behandeling worden betrokken. De revalidatiearts maakt een verslag van de intake waarin vaak de eerste hulpvragen van kind en ouders en de voorlopige behandel doelstellingen worden beschreven. Dit verslag wordt verspreid onder de betrokken zorgverleners.

Vervolgens start de observatiefase. De *observatie* is bedoeld om de hulpvragen van het kind en zijn ouders te inventariseren en om een algemeen beeld te krijgen van het kind en de problemen die er spelen. In een aantal instellingen worden alle disciplines betrokken bij de observatie. In andere instellingen wordt het observatieteam samengesteld op basis van de hulpvragen van het kind en zijn ouders tijdens het intakegesprek.

De zorgverleners observeren het kind aan de hand van het intakeverslag en doen verschillende onderzoeken om te kijken naar de problemen die het kind heeft. De

verschillende disciplines gebruiken hun eigen, discipline specifieke methoden om een beeld op te stellen van het huidige functioneren van het kind en om de mogelijke oorzaken van de gesignaleerde problemen te achterhalen. Als de ouders bij deze onderzoeken aanwezig zijn, wordt hen gevraagd naar de problemen waar zij op dit moment tegen aanlopen, wat zij verwachten van de behandeling en wat voor hen op dat moment het grootste probleem is. In de meeste instellingen hebben ouders een gesprek met de maatschappelijk werker, waarin ruimte is om te bespreken wat hen bezig houdt. In dit gesprek wordt vaak de oudervragenlijst als leidraad gebruikt. In de oudervragenlijst wordt gevraagd welke problemen zij op dit moment tegenkomen op een aantal verschillende gebieden (motorische vaardigheden, leervaardigheden, communicatie, persoonlijke verzorging, sociaal-emotioneel functioneren, dagbesteding en vragen over de situatie in het gezin) en wat op dit moment het belangrijkste probleem is waar de behandeling zich op zou moeten richten. In een aantal instellingen wordt deze vragenlijst meegestuurd bij de uitnodiging voor de teambespreking, waarbij ouders contact mogen opnemen met de maatschappelijk werker als zij hulp willen bij het invullen van de vragenlijst.

Als alle zorgverleners het kind hebben gezien, dit duurt meestal enkele weken, krijgen de ouders een uitnodiging voor een *teambespreking*. Soms kunnen zij een dag meelopen op de instelling, om alle betrokken zorgverleners nog een keer te zien. Voor ouders die niet bij de onderzoeken in de observatieperiode aanwezig zijn geweest, zoals bijvoorbeeld ouders van de schoolkinderen, is dit vaak de eerste keer dat de ouders de zorgverleners zien.

De ouders krijgen ongeveer een week voorafgaand aan de bespreking een verslag met de geïnventariseerde hulpvragen en de observaties van de betrokken zorgverleners en hun eigen ingevulde oudervragenlijst.

Tijdens de teambespreking wordt de hulpvraag van de ouders besproken, en het kernprobleem van het team. Daarna wordt vastgesteld wat de hoofddoelstelling is voor het team. Na afloop van de teambespreking krijgen de ouders het definitieve verslag opgestuurd en het behandelplan dat zij ondertekend terug moeten sturen. Ouders hebben in sommige instellingen na afloop van de bespreking een gesprek met de revalidatiearts of met de maatschappelijk werker.

Vervolgens voeren de zorgverleners het behandelplan uit. Gedurende de *behandeling* komt het team regelmatig bij elkaar tijdens een teambespreking om het behandelplan te evalueren en indien nodig bij te stellen. Voorafgaand aan een volgende teambespreking wordt opnieuw de hulpvraag geïnventariseerd door de teamleden en worden nieuwe observaties in het verslag vermeld. De ouders krijgen voorafgaand aan iedere teambespreking een vervolgvragenlijst toegestuurd. In sommige instellingen blijft de mogelijkheid bestaan voor ouders om, indien gewenst, zich te laten bijstaan door een maatschappelijk werker. Tussentijds kunnen ouders zelf contact opnemen met de zorgverleners of spreken zij de zorgverleners tijdens de behandeling van hun kind. Meestal zien zij de revalidatiearts pas weer voorafgaand aan een nieuwe teambespreking of als zich medische problemen voordoen.

4.3 De Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Op dit moment wordt in de (kinder)revalidatie steeds meer gebruik gemaakt van de Canadian Occupational Performance Measure, de COPM (Law e.a., 1998). De COPM is een methode om, middels een semi-gestructureerd interview, zicht te krijgen op de

problemen die de cliënt ervaart tijdens het dagelijks handelen en het belang dat de cliënt aan die problemen hecht. De vragen van de cliënt worden in zijn eigen bewoording weergegeven. De eerste afname van de COPM kost ongeveer 30 tot 45 minuten. Tijdens de scholing om het COPM te leren gebruiken wordt zowel aandacht besteed aan de methode als aan de benodigde attitude en vaardigheden van de gebruiker.

De COPM is oorspronkelijk ontwikkeld binnen de ergotherapie. Er bestaan inmiddels in diverse revalidatieinstellingen initiatieven om de COPM te laten gebruiken door meerdere disciplines. Op enkele plaatsen wordt ook gekeken of de COPM geschikt is als methode voor de intake, waarbij de resultaten van de COPM gebruikt worden als informatie voor alle teamleden.

4.4 Ontwikkelingen in de volwassenrevalidatie

De voorloper van het KinderRAP, het Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP), is ontwikkeld voor de revalidatie van volwassenen (Van Bennekom e.a., 1994). Het RAP is een gestructureerde vragenlijst die tijdens een interview met de cliënt wordt ingevuld. De ingevulde vragenlijst geeft informatie over de beperkingen van de cliënt en de mate waarin de cliënt deze beperkingen als een probleem ervaart.

In de volwassenrevalidatie is de Revalidatieplanner ontwikkeld om het proces van vraaginventarisatie en vraagverduidelijking in kaart te brengen.¹ Tijdens het intakegesprek vraagt de revalidatiearts naar de hulpvraag en het grootste probleem van de revalidant. Daarnaast wordt gevraagd wat de cliënt nu wil bereiken en binnen welke tijd. Tevens vraagt de revalidatiearts naar de sociaal maatschappelijke rollen die de cliënt wil vervullen. Deze laatste twee vragen komen terug in de onderzoeksfase die volgt op het intakegesprek. Tijdens de onderzoeksfase richten disciplines zich op de vraag waarom de ambitie van de revalidant op dat moment niet vervuld kan worden en hoe reëel die ambitie is. Vervolgens bespreekt het team met de cliënt de behandel doelstellingen om die ambitie, voor zover mogelijk, te realiseren.

Om op deze manier te werken is het nodig dat de cliënt en zijn directe omgeving voldoende kennis heeft van en inzicht heeft in de ziekte. Het team begeleidt de revalidant om zo snel mogelijk de benodigde kennis en inzichten te ontwikkelen om zijn leven als chronische patiënt zo optimaal mogelijk vorm te kunnen geven.

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de werkwijzen beschreven die op dit moment gebruikt worden bij het achterhalen van de hulpvraag. De KinderRAP-methodiek beschrijft de procedure die wordt doorlopen om te komen tot een gezamenlijk behandelplan. Het inventariseren van de hulpvraag is een onderdeel uit deze procedure. Onder ergotherapeuten wordt steeds meer gebruik gemaakt van de COPM, een methode voor het inventariseren van de problemen van de cliënt. Tot slot wordt een procedure beschreven uit de volwassenrevalidatie die is ontwikkeld om het proces van hulpvraaginventarisatie en hulpvraagverduidelijking te stroomlijnen.

¹ De Revalidatieplanner is ontwikkeld in Revalidatiecentrum De Hoogstraat.

5. Knelpunten bij het achterhalen van hulpvragen

5.1 Inleiding

Hoewel de hulpvragen het uitgangspunt vormen voor de behandeling, is het achterhalen van hulpvragen in de praktijk niet zo eenvoudig. Zorgverleners geven aan dat het vaak niet lukt om de hulpvragen goed in kaart te brengen. In dit hoofdstuk worden de knelpunten beschreven bij het achterhalen van hulpvragen. De knelpunten zijn gebaseerd op de gesprekken met ouders en medewerkers en op interne evaluaties uit diverse revalidatieinstellingen en mytyl- en tytlyscholen.

5.2 Knelpunten van ouders

- *Er wordt te weinig geluisterd*

Dat het nog niet altijd goed gaat met het inventariseren en verduidelijken van hulpvragen wordt duidelijk uit reacties van ouders. Hoewel het soms ook wel heel goed gaat, geven de meeste ouders aan dat er nog te weinig geluisterd wordt naar hun wensen, kennis en ervaringen. Er wordt teveel gewerkt vanuit het aanbod van de instelling en te weinig gekeken naar de vragen en mogelijkheden van het individuele kind

“Veel artsen, zorgverleners en instellingen zijn te vasthoudend aan de eigen kennis en inzichten. Van enige werkelijke openheid en bereidheid te luisteren is geen sprake en bijdragen van ouders worden gewaardeerd voor zover deze passen in wat de instelling toch al van plan is.” (Ouder)

- *Er worden vaak dezelfde vragen gesteld*

Ouders geven aan dat zij vaak meerdere keren dezelfde informatie moeten geven. Dit geldt voor gesprekken, waarbij verschillende zorgverleners dezelfde vragen stellen, maar ook voor de vragenlijsten. In de vragenlijsten die ouders krijgen toegestuurd (zie paragraaf 4.2), worden in sommige instellingen steeds opnieuw dezelfde vragen gesteld. Een aantal ouders geeft aan dat zij hierdoor het gevoel hebben dat hun kennis en ervaring niet serieus wordt genomen. Er wordt immers weinig secuur met hun informatie omgesprongen.

- *De vragenlijst is niet voor alle ouders een prettig hulpmiddel*

Een aanzienlijk deel van de ouders kan niet overweg met de vragenlijst. Uit interne evaluaties (zie bijlage 1c) blijkt dat het grootste deel van ouders tevreden is over het gebruik van de vragenlijst. De meeste ouders vinden de vragenlijst een bruikbaar hulpmiddel om de hulpvraag te beschrijven. Toch vindt meer dan een kwart van de ouders het moeilijk om een hulpvraag te formuleren aan de hand van het formulier. Met name wanneer de problematiek erg divers is of wanneer ze zelf geen hulpvraag hebben. Daarnaast geven sommige ouders aan dat ze het lastig vinden om duidelijk te omschrijven wat ze bedoelen.

“Ik vind het moeilijk om een hulpvraag te formuleren. Dit heeft vooral te maken met het feit dat er zoveel verschillende aspecten aanzitten zodat het kort en bondig formuleren lastig is.” (Ouder)

- *De methodiek is vaak leidend in het gesprek met ouders*

De begrippen zoals die nu in het KinderRAP worden gehanteerd zijn voor ouders lang niet altijd duidelijk en ook niet van belang. Het maakt voor een ouder niet wezenlijk uit of hij een hulpvraag heeft geformuleerd of een behandeldoelstelling. Het gaat hem erom dat hij samen met de behandelaars van zijn kind een passend behandelplan opstelt. Niet de methodiek zelf, maar het doel van de methodiek moet leidend zijn in het gesprek.

5.3 Knelpunten van zorgverleners

- *Het is lastig om hulpvragen te achterhalen*

Zorgverleners vinden het vaak lastig om hulpvragen te inventariseren. Ze verwachten dat er vragen komen die naar hun idee niet-realistisch zijn, gezien de prognose van het kind of de revalidant (een CVA-patiënt die weer viool wil spelen) en vragen die volgens hen op dit moment niet van belang zijn (een cliënt die wil leren borduren, terwijl hij nog niet een boterham met mes en vork kan eten). Ze komen soms boosheid en verdriet tegen wanneer zij doorvragen op een schijnbaar onschuldige vraag.

Zorgverleners hebben ook te maken met verschillende en soms tegenstrijdige hulpvragen rondom één cliënt (verschillen tussen cliënt en partner, tussen kind en ouder, en tussen twee ouders) of met cliënten die geen hulpvraag hebben of kunnen formuleren.

“Maar als ik ouders vraag wat ze willen, vragen ze of ik hun kind kan leren lopen. Dat kan ik soms helemaal niet.” (Zorgverlener)

- *Het is moeilijk om hulpvragen te verduidelijken*

Zorgverleners vinden het moeilijk om door te vragen, bijvoorbeeld wanneer de cliënt geen hulpvragen heeft, of om de betekenis van de gestelde vragen te achterhalen. Enerzijds heeft dit te maken met het ontbreken van de tijd. Anderzijds geven zorgverleners aan dat ze zich onvoldoende vaardig voelen om door te vragen en om met de soms emotionele reacties van cliënten om te gaan.

- *Met name in het begin is het lastig*

Zorgverleners geven aan dat het met name aan het begin van de behandeling vaak lastig is om de hulpvraag te inventariseren en te verduidelijken. Ouders en revalidanten zijn in die fase vaak nog bezig met het verwerken en accepteren van het feit dat hun kinderen of zijzelf in het revalidatiecentrum zitten en de rest van hun leven blijvende beperkingen zullen hebben. Daarnaast hebben zij nog niet altijd een reëel beeld van de mogelijkheden van het kind of van zichzelf. Bovendien zijn de vragen die zij op dat moment stellen, soms heel anders dan de problemen die de zorgverlener, op grond van zijn ervaring, ziet aankomen. Juist in het begin hebben ouders en revalidanten vaak hele praktische vragen die op dat moment voor hen van belang zijn, terwijl de zorgverlener al veel verder kijkt.

- *Er zijn risicogroepen waarbij het extra lastig is*

Er zijn groepen ouders aan te wijzen, waarbij het risico groter is dat het achterhalen van hulpvragen moeilijk verloopt. Het gaat dan om kinderen van ouders uit een laag sociaal milieu, ouders met een laag IQ, ouders die de verwerking niet aan kunnen, allochtone ouders en kinderen uit gebroken gezinnen. Bij deze kinderen is het risico groter dat er geen hulpvraag van de ouders komt.

Ook in de revalidatie van volwassenen zijn deze risicogroepen aan te wijzen, zoals revalidanten die de verwerking niet aan kunnen of allochtone revalidanten.

5.4 Knelpunten in het revalidatieteam

Behalve de knelpunten zoals beschreven in paragraaf 5.3, ondervinden zorgverleners in de revalidatie nog een aantal knelpunten die te maken hebben met het werken binnen het team.

- *Welke vragen kunnen we honoreren en welke niet?*

Zorgverleners weten niet altijd welke vragen ze wel kunnen honoreren en welke niet, omdat het niet duidelijk is hoe de andere teamleden tegenover die vragen staan. Ze hebben de ondersteuning van anderen wel nodig om tegemoet te kunnen komen aan de vraag. Als een cliënt tegen een ergotherapeut zegt dat hij graag hulp wil hebben bij het aankleden, moet de therapeut wel weten of de verpleging hulp kan bieden. Als zorgverleners niet weten wat ze precies kunnen doen met de vragen die er gesteld worden, vinden zij het vaak lastig om alle vragen van de cliënt op tafel te laten komen.

- *Welke hulpvragen schrijven we op in het verslag?*

Zorgverleners hebben in het revalidatieteam te maken met verslaglegging. Volgens de KinderRAP-methodiek worden alle hulpvragen van de cliënt vermeld in het verslag. Zorgverleners krijgen echter zoveel verschillende vragen, variërend van praktische vragen (waar kan ik aangepast speelgoed krijgen) en vragen die betrekking hebben op het verwerken van de handicap tot wensen over de toekomst, dat het niet altijd duidelijk is wat er vermeld moet worden aan het team en wat niet. Bovendien zijn soms de oorspronkelijke hulpvragen al beantwoord of veranderd tijdens een gesprek. De oorspronkelijke vraag vermelden, zoals in de KinderRAP-methodiek wordt gevraagd, doet dan geen recht aan de ontwikkelingen die er gaande zijn.

- *Welke hulpvraag is het uitgangspunt voor de behandeling?*

Als de verslagen van alle teamleden bij elkaar liggen, wordt vaak duidelijk dat de cliënt bij iedere discipline andere vragen stelt. De vragen die de verschillende disciplines te horen krijgen, lijken soms helemaal geen verband met elkaar te hebben. Als je vervolgens als team de behandeling moet afstemmen op de hulpvragen van de cliënt, is het maar de vraag welke hulpvraag je dit keer zal nemen.

5.5 Samenvatting

Uit gesprekken met ouders en medewerkers komen een aantal knelpunten naar voren bij het achterhalen van hulpvragen. Ouders geven aan dat er te weinig naar hen wordt geluisterd en dat er vaak dezelfde vragen worden gesteld. De oudervragenlijst, zoals die gebruikt wordt in de KinderRAP methodiek, is niet voor alle ouders een prettig hulpmiddel en de methodiek is vaak leidend in het gesprek met ouders. Zorgverleners vinden het lastig om hulpvragen te achterhalen en te verduidelijken, met name in het begin van de behandeling. Er zijn risicogroepen waar het vaak extra lastig is. De zorgverleners binnen het revalidatieteam weten niet welke vragen ze kunnen honoreren. Verder is het onduidelijk welke hulpvragen ze aan het team moeten melden en welke hulpvraag vervolgens het uitgangspunt is voor de behandeling.

6. Oorzaken voor de genoemde knelpunten

6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn een aantal knelpunten van ouders en zorgverleners beschreven. In dit hoofdstuk worden vier oorzaken beschreven voor deze knelpunten, namelijk:

- Onduidelijkheid bij zorgverleners over de benodigde informatie
- Onvoldoende aansluiting op het proces van de cliënt
- Onvoldoende competente zorgverleners
- Onvoldoende teamwerk

Deze oorzaken zijn gebaseerd op de literatuur en op de gesprekken met ouders en medewerkers.

6.2 Onduidelijkheid bij zorgverleners over de benodigde informatie

Binnen het huidige proces, zoals beschreven in de KinderRAP-methodiek, wordt het begrip 'hulpvraag' gebruikt als een containerbegrip voor alle vragen, opmerkingen en wensen die de cliënt aan de zorgverlener meldt. Bij analyse van de informatie die in het KinderRAP-verslag wordt vermeldt onder het kopje hulpvraag, komen zeer uiteenlopende items naar voren zoals toekomstdromen, aanmeldingsvragen, ervaren problemen, klachten, belangrijkste problemen, potentiële behandel doelstellingen en praktische / informatieve vragen. Het begrip hulpvraag blijkt een containerbegrip te zijn.

Als gevolg van dit containerbegrip worden alle vragen en opmerkingen van de cliënt verzameld en ook als hulpvraag behandeld. Het valt te bezien of het allemaal echte hulpvragen zijn. Het zijn allemaal relevante vragen die ook zeker een goed antwoord verdienen. Slechts een deel van deze items geeft informatie die de zorgverlener nodig heeft om passende behandel doelstellingen te kunnen formuleren op zijn eigen vakgebied. Een ander deel geeft informatie die het team nodig heeft om het integrale behandelplan te kunnen formuleren. Op dit moment wordt vanuit de zorgverlener onvoldoende bewust te werk gegaan bij het verzamelen van informatie omdat niet duidelijk is welke informatie nodig is. Hierdoor kan de zorgverlener niet doelgericht informatie verzamelen. De zorgverlener roept hierdoor allerlei vragen op die hij niet kan beantwoorden. De cliënt kan hierdoor op het verkeerde been gezet worden en de indruk krijgen dat elke vraag beantwoord zal worden door elke zorgverlener.

Het is onduidelijk welke informatie het team nodig heeft voor het opstellen van een gezamenlijk behandelplan en welke informatie de individuele zorgverlener nodig heeft om de behandel doelstellingen voor zijn eigen vakgebied op te stellen. Nu vraagt iedereen alles en dat iedere keer op nieuw.

6.3 Onvoldoende aansluiting op het proces van de cliënt

In de huidige procedure van de KinderRAP-methodiek wordt weinig rekening gehouden met het proces dat de cliënt doorloopt om zijn wensen en behoeften duidelijk te krijgen en te vertalen naar een passende behandeling. De huidige procedure is met name gericht op het achterhalen van de informatie die de zorgverleners nodig hebben.

Bij de start van de behandeling, willen de cliënten over het algemeen hun verhaal kwijt kunnen. Ze verwachten iemand die echt luistert en met hen mee denkt. In de praktijk hebben ze eerst een relatief kort gesprek met een arts. Een arts boezemt over het algemeen ontzag in waardoor het risico bestaat dat de cliënt niet vrij vertelt wat er speelt. Vervolgens kan het enige tijd duren voordat de behandeling start. De cliënt ziet dan verschillende zorgverleners, die ieder voor zich veel en open vragen stellen. Een paar luisteren misschien echt naar hun verhaal, maar de meeste zorgverleners luisteren niet echt en blijken met name gericht op hun eigen informatiebehoefte. Bovendien krijgen cliënten vaak dezelfde vragen voorgelegd, terwijl niemand hun reactie lijkt te horen.

In die eerste periode wordt aan de cliënt gevraagd wat hun hulpvragen zijn. De meeste cliënten hebben tijd en ondersteuning nodig om hun wensen en behoeften duidelijk te krijgen en om die vervolgens te vertalen in een passende behandeling. Voor het grootste deel is alleen een vragenlijst, zoals gebruikelijk binnen de KinderRAP-methodiek, niet genoeg in dat proces. Voor een enkele cliënt is van het begin af aan duidelijk wat de hulpvraag is. Deze cliënt heeft geen behoefte aan ondersteunende gesprekken en methoden.

Overigens wordt in toenemende mate van kinderen verwacht dat zij actief deelnemen aan beslissingen over de behandeling. Toch zijn zorgverleners vaak nog onvoldoende toegerust om kinderen op een goede manier te bevragen en te betrekken bij beslissingen over de behandeling.

In de KinderRAP-methodiek is het proces van hulpvraaginventarisatie en –verduidelijking, observatie, analyse en behandeling opgesplitst in afgeronde en opeenvolgende stappen. Dit zijn stappen die bedacht zijn vanuit de behandelaar om te komen tot een passend behandelplan. De vraag is of de cliënt deze stappen wel nodig heeft om daartoe te komen.

Samenvattend is de inrichting van de procedure veelal ontstaan vanuit de behoefte van de zorgverleners om informatie. Deze procedure sluit onvoldoende aan op het proces dat cliënten doorlopen om een passend behandeling te vinden. Als gevolg ontstaan de knelpunten van ouders die zijn genoemd in paragraaf 5.2.

6.4 Onvoldoende competente zorgverleners

Zorgverleners in de revalidatie beschikken vaak niet over de competenties die nodig zijn voor het achterhalen van hulpvragen. De volgende competenties zijn nodig om deze taak op een juiste manier te vervullen (van der Steege, 2003; Blaauwbroek, 2003):

- 1) een vraaggerichte basishouding;
- 2) communicatieve- en luistervaardigheden;
- 3) kennis van de juiste methoden en technieken;
- 4) zelfreflectie.

Zorgverleners werken vaak vanuit een aanbodgerichte basishouding in plaats van een *vraaggerichte basishouding*. Zij hebben een bepaald aanbod in hun hoofd dat past bij de cliënt. Soms vraagt de cliënt iets heel anders dan de zorgverlener, op grond van zijn professionele opleiding, met de cliënt zou willen doen. Het gevaar bestaat dat de zorgverlener de vragen van de cliënt niet onderkent, omdat ze niet voldoen aan het beeld van de cliënt en de daarbij behorende behandeling (Coolen e.a., 2003). De zorgverlener voorziet soms ook problemen waar de cliënt nog helemaal niet mee bezig is, waardoor hij niet meer de vragen hoort die er op dat moment voor de cliënt van belang zijn (selectieve waarneming).

Zorgverleners beschikken niet altijd over de *communicatie- en luistervaardigheden* die nodig zijn voor het inventariseren en verduidelijken van hulpvragen. In de initiële opleiding hebben zorgverleners gesprekstechnieken geleerd die er met name op zijn gericht om in korte tijd de stoornis op tafel te krijgen en te analyseren. Bij het inventariseren en verduidelijken van hulpvragen zijn echter andere vaardigheden nodig. De zorgverlener probeert inzicht te krijgen in de persoon en zijn situatie en in de wijze waarop de persoon met zijn problemen omgaat (Vogel & Braat, 2004).

Er zijn, behalve de COPM en het RAP, weinig *methoden en technieken* beschikbaar in de revalidatie die specifiek zijn gericht op het inventariseren van hulpvragen. Er zijn wel een aantal methoden in gebruik voor specifieke doelgroepen om de ervaren problemen te inventariseren, zoals de methode 'Hooi op je vork' voor kinderen met niet-aangeboren hersenletsel. Deze worden buiten de specifieke doelgroepen niet toegepast. Alle genoemde methoden bestrijken slechts een deel van de informatie die nodig is om een passend behandelplan te formuleren. Omdat de benodigde methoden en technieken onvoldoende beschikbaar zijn, zijn zorgverleners niet in staat om hulpvragen op een goede wijze te achterhalen.

De vierde *competentie* is zelfreflectie, daarmee wordt bedoeld dat zorgverleners kunnen reflecteren op hun persoonlijke waarden en normen. Het gevaar bestaat dat een zorgverlener alleen die vragen hoort, die aansluiten op eigen waarden en normen. De zorgverlener honoreert dan alleen die hulpvragen die hij zelf belangrijk vindt. Daarnaast moet de zorgverlener zich bewust zijn van zijn eigen mogelijkheden en onmogelijkheden als persoon en als zorgverlener, om te voorkomen dat de zorgverlener klakkeloos doet wat de cliënt vraagt (Vogel & Braat, 2004).

Samenvattend kan worden gesteld dat zorgverleners in de revalidatie vaak niet beschikken over de competenties die nodig zijn voor het inventariseren en verduidelijken van hulpvragen.

6.5 Onvoldoende teamwerk

Binnen het team is er een onvoldoende heldere taakverdeling bij het achterhalen van hulpvragen en is er een onvoldoende heldere visie op vraaggericht werken.

Binnen het team is elke zorgverlener betrokken bij het achterhalen van de hulpvraag. Hierin is geen *taakverdeling* gemaakt wie wat vraagt waardoor veel dubbel wordt gevraagd. Bovendien heeft niet elke zorgverlener de tijd en / of vaardigheden om de gehele hulpvraag op een zorgvuldige wijze uit te vragen. Hierdoor ontstaat een spanningsveld waarin de cliënt probeert zijn hele verhaal te doen en de zorgverlener alleen luistert en doorvraagt op specifieke thema's.

Vaak is de *visie* op vraaggericht werken onvoldoende concreet waardoor het niet duidelijk is waar de grens ligt in het honoreren van vragen van de cliënt. Voor de individuele zorgverlener is het onduidelijk welke vragen van de cliënt hij wel of niet kan honoreren. Bij de zorgverlener kan onzekerheid ontstaan over hoe hij moet reageren op 'lastige' vragen en hij zal dan deze vragen proberen te vermijden.

6.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn vier oorzaken beschreven die verklaren waarom het niet lukt om hulpvragen goed in kaart te brengen. Ten eerste is het onduidelijk welke informatie het team en de individuele zorgverlener nodig hebben om de behandeling af te stemmen op

de wensen en behoeften van de cliënt. Ten tweede sluit de huidige procedure vaak niet aan op het proces dat de cliënt doorloopt om een passend behandelplan te formuleren. Ten derde zijn zorgverleners onvoldoende competent voor het achterhalen van hulpvragen. Tot slot is het team nog onvoldoende toegerust om gezamenlijk hulpvragen te achterhalen.

7. Suggesties voor verbetering

7.1 Inleiding

De hulpvraag bevat essentiële informatie die nodig is om daadwerkelijk passende zorg te kunnen bieden aan de cliënten. In praktijk geven zowel ouders als zorgverleners aan dat het vaak niet lukt om de hulpvragen goed in kaart te brengen. Dat betekent dus dat er lang niet altijd zorg wordt geboden die aansluit op de wensen en behoeften van de cliënt. Vraaggericht werken de norm is tegenwoordig de norm. Dat beide partijen in de zorg niet tevreden zijn over het achterhalen van de hulpvraag is dan niet acceptabel. In dit hoofdstuk worden een aantal suggesties gedaan om het proces van het achterhalen van hulpvragen te verbeteren.

7.2 Ontrafeling van het begrip hulpvraag

In paragraaf 6.2 is beschreven dat het begrip 'hulpvraag' wordt gebruikt als een containerbegrip. Het is niet duidelijk wat er precies wordt verstaan onder het begrip 'hulpvraag'. Vanuit de praktijk is een eerste voorzet gemaakt om de verschillende hulpvragen onder te verdelen in een aantal categorieën². Aan de hand van een dergelijke indeling wordt duidelijk welke informatie het team nodig heeft om een passend behandelplan te kunnen formuleren. Er moet een onderverdeling gemaakt worden in informatie die het team nodig heeft en informatie die de individuele zorgverlener nodig heeft.

Suggestie: Ontrafel het begrip hulpvraag en specificeer welke informatie het team cq. individuele zorgverlener nodig heeft om een passend behandelplan te formuleren.

Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat het soort hulpvragen van de cliënt gedurende de behandeling verandert. Zorgverleners constateren dat aan de hulpvraag is af te lezen hoe ver de cliënt is in zijn eigen proces. Door cliënten en hun hulpvragen te volgen, kan een indeling worden verkregen van de veranderingen in de hulpvragen in de tijd. Een dergelijke indeling maakt het proces inzichtelijk en geeft houvast aan zorgverleners. Zorgverleners weten wanneer zij welke vragen kunnen verwachten en kunnen daarmee inspelen op de situatie.

Suggestie: Onderzoek de veranderingen in de hulpvragen gedurende de behandeling

7.3 Herontwerp van de procedure

In paragraaf 6.3 is aan de orde gekomen dat de huidige procedure om hulpvragen te achterhalen niet aansluit op het proces dat de cliënt doorloopt om een passend behandelplan te formuleren. Daarnaast werd duidelijk dat in de huidige procedure het team niet samenwerkt om de hulpvragen te achterhalen (paragraaf 6.5).

² Diana Braat, Lydia Kok en Ellen Vogel hebben een eerste voorzet gemaakt om de hulpvragen op te delen in de volgende categorieën: praktische hulpvragen, hulpvragen op gebied van verwerken; hulpvragen op gebied van problemen in het dagelijks leven; het grootste probleem; ambities, dromen, toekomstvisie etc.

Vraaggericht werken veronderstelt dat de cliënt zijn eigen wensen en behoeften kent. Lang niet alle cliënten kunnen hun wensen en behoeften helder verwoorden. Onduidelijk is hoe zij hier goed bij ondersteund kunnen worden. Bovendien wordt in toenemende mate verwacht dat ook de kinderen zelf beslissingen nemen over de behandeling. Ook kinderen moeten worden toegerust om die rol op zich te kunnen nemen.

Suggestie: Onderzoek wat cliënten nodig hebben om wensen en behoeften duidelijk te communiceren.

De gewenste procedure om te komen tot een passend behandelplan houdt rekening met het proces van de cliënt en met de informatie behoefte van het team en van de individuele zorgverleners. Daarnaast moet de procedure voldoende flexibel zijn om tegemoet te komen aan de verschillen tussen de cliënten.

Suggestie: Formuleer een procedure waarin de benodigdheden van de verschillende cliënten en de informatie behoefte van het team op elkaar afgestemd worden.

In de procedure wordt aangegeven wie welke taak heeft. Elke zorgverlener heeft specifieke informatie nodig voor zijn eigen behandeling en zal dus ook betrokken moeten zijn bij de inventarisatie van de hulpvraag. Maar wellicht is er een scheiding te maken tussen een brede en algemene inventarisatie waarbij de cliënt één keer het hele verhaal kan vertellen en daarna (waar nodig) per discipline aanvullende informatie kan geven.

Belangrijke inspiratie kan worden geput uit de Occupational Performance Process Model (OPPM) (Fearing e.a., 1997). De OPPM is een procesmodel waarin de fasen worden omschreven die doorlopen moeten worden om de resultaten van de COPM, de ervaren problemen van de cliënt, om te zetten in een behandelproces. Aan het eind van elke fase neemt de cliënt een beslissing over de volgende stap. Tijdens het proces wordt de behandelaar uitgedaagd om zijn afwegingen voor te leggen aan de cliënt en de beslissing aan de cliënt over te laten.

7.4 Ontwikkeling van methodische ondersteuning

Ondanks de centrale rol die de hulpvraag speelt, is het achterhalen van hulpvragen in praktijk niet eenvoudig. In de revalidatie zijn er op dit moment nauwelijks methoden in gebruik om hulpvragen te achterhalen. Het is dan ook gewenst om methoden te ontwikkelen voor de revalidatie om dit proces te verbeteren. Deze methoden moeten aansluiten op het proces van de cliënt (paragraaf 7.3) en de informatie achterhalen die nodig is om een passend behandelplan te formuleren (paragraaf 7.2).

Vanuit andere sectoren zijn er diverse methoden ontwikkeld om de wensen van cliënten te achterhalen. Er zijn methoden bekend om de cliënten te ondersteunen en methoden om de zorgverlener te ondersteunen. In onderstaande tabellen is een overzicht gegeven van deze methoden. De methoden worden in bijlage 2 verder toegelicht.

Door het gebruik van zelfsturende methoden voor cliënten is de kans op het niet onderkennen of interpreteren van hulpvragen door de zorgverlener kleiner. Bovendien wordt de cliënt op die manier gestimuleerd om na te denken over zijn hulpvragen. Aan de andere kant willen of kunnen niet alle cliënten zelf aan de slag. Bovendien geeft de interactie met de zorgverlener soms juist hele waardevolle informatie. Gezien de

diversiteit van de cliënten in de revalidatie, moet er zowel voor de cliënten als voor de zorgverleners methodische ondersteuning zijn.

Tabel 2: Methoden voor cliënten en hun omgeving

- **Child Competency Inventory.** Een gestructureerde vragenlijst uit de kinderpsychiatrie voor kinderen en/of ouders om de competenties van het kind in kaart te brengen en de redenen voor hulp te achterhalen, ter voorbereiding op een gesprek met een zorgverlener (OCTIR)
- **Leefplan.** Een methode voor ouderen en volwassenen met een handicap om de persoonlijke situatie en de wensen voor de toekomst in kaart te brengen en een passend leefplan te realiseren (Verbeek)
- **Partnerschap.** Een methode voor ouders van kinderen met een verstandelijke handicap om na te gaan wat zij belangrijk vinden voor hun kind, ter voorbereiding van een gesprek met zorgverleners. (NIZW)
- **Persoonlijke toekomstplanning.** Een methode voor mensen met een verstandelijke handicap om de wensen van de mens in kaart te brengen en een passend toekomstplan op te stellen (Stichting de Toekomst)
- **Taksatieschaal.** Een gestructureerde vragenlijst voor verstandelijk gehandicapten om de huidige situatie en de behoeften op gebied van wonen en arbeid in kaart te brengen (Reijntjes).

Tabel 3: Methoden voor zorgverleners

- **Canadian Occupational Performance Measure.** Methode om tijdens een semi-gestructureerd interview de belangrijkste problemen van de cliënt in het dagelijks leven in kaart te brengen (CanChild)
- **2- en 3- gesprek.** Een methode om de kwaliteit van de behandeling en de communicatie tussen specialist en patiënten te verbeteren (NPCF)
- **Hooi op je vork.** Een model voor het begeleiden van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (Landelijk coördinatiepunt NAH) om vanuit de huidige situatie aan doelen voor de toekomst te werken.
- **Leefplan.** Zie tabel 1 (Verbeek)
- **Performance Efficiency and Goal Setting (PEGS).** Een vragenlijst voor kinderen met een handicap om prioriteiten in de behandeling te bepalen (CanChild)
- **Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP).** Gestructureerde vragenlijst om het tijdens een interview het functioneren van de cliënt en de ervaren problematiek in kaart te brengen (van Bennekom e.a.)

De enige methode voor de cliënt die nu gebruikt wordt in de revalidatie, is de oudervragenlijst. Deze vragenlijst verschilt nu nog per instelling en komt niet tegemoet aan de verschillen tussen cliënten. Het is bovendien de vraag of de juiste informatie wordt gevraagd. Bovendien wordt de vragenlijst nu alleen gebruikt ter voorbereiding op de teambespreking, en is niet geschikt ter voorbereiding op het intakegesprek.

Ter ondersteuning van de zorgverlener wordt nu al gebruik gemaakt van de COPM. Deze methode is gericht op het achterhalen van problemen in het dagelijks leven.

Er zou binnen de revalidatie methodische ondersteuning ontwikkeld moeten worden voor de cliënt en de zorgverlener om een passend behandelplan te formuleren. De methoden moeten al in een vroeg stadium van de behandeling, rondom de intake, bruikbaar zijn. Bovendien moeten de methoden tegemoet komen aan de verschillen tussen de cliënten. Speciale aandacht is nodig voor het achterhalen van hulpvragen van kinderen.

Suggestie: Ontwikkel methoden voor het achterhalen van hulpvragen voor cliënten en voor zorgverleners.

De leefplan-methodiek kan hierbij als inspiratiebron gebruikt worden. In deze methode worden verschillende werkvormen en hulpmiddelen aangeboden om de persoonlijke situatie en de behoeften van de cliënt in kaart te brengen. De methode komt daarmee tegemoet aan de verschillen tussen de individuele cliënten. Bovendien kan de leefplan-methodiek zowel door de cliënt zelf, als door de zorgverlener worden gebruikt (Verbeek, 2005).

7.5 Scholing van zorgverleners

Competente zorgverleners zijn essentieel om hulpvragen op een goede manier te achterhalen. In paragraaf 6.4 zijn de competenties beschreven die een zorgverlener nodig heeft om hulpvragen op een goede manier te achterhalen. Deze competenties kunnen verder worden gespecificeerd wanneer de taakverdeling binnen het team duidelijk is vastgesteld en wanneer de gebruikte methoden bekend zijn. Vervolgens kunnen instellingen er voor zorgen dat individuele zorgverleners gericht worden opgeleid om hun taak in het achterhalen van hulpvragen goed uit te voeren.

Suggestie: Specificeer welke zorgverlener welke competenties nodig heeft en zorg voor gerichte scholing.

7.6 Samenvatting

De problemen op gebied van het achterhalen van hulpvragen die zijn beschreven in de vorige hoofdstukken, vragen om een vervolg. In dit hoofdstuk zijn een aantal vervolgstappen beschreven om het achterhalen van hulpvragen structureel te verbeteren. Er wordt voorgesteld om het begrip hulpvraag te ontrafelen en te definiëren welke hulpvraag het team nodig heeft om een passend behandelplan te formuleren. Nadat is onderzocht wat de cliënt nodig heeft om een passend plan te formuleren, kan een passende procedure worden ontworpen om hulpvragen te achterhalen. Vervolgens kan worden bekeken welke methodische ondersteuning er geboden kan worden aan de cliënt en de zorgverlener en hoe zorgverleners opgeleid kunnen worden om hun taken op de juiste manier uit te voeren.

8. Samenvatting

Dit discussiestuk is geschreven om helderheid te krijgen over de vraag waarom het niet lukt om hulpvragen goed in kaart te brengen. In de revalidatie, en in het bijzonder in de KinderRAP-methodiek, speelt de hulpvraag een centrale rol in het creëren van passende zorg voor de individuele cliënten. In praktijk geven zowel ouders als zorgverleners aan dat het achterhalen van hulpvragen niet goed verloopt. Ouders vinden dat er te weinig wordt geluisterd. Zorgverleners vinden het lastig om hulpvragen te inventariseren. Daarnaast hebben zorgverleners in de revalidatie te maken met de afstemming in het team, dat tot een aantal extra knelpunten leidt.

Er worden vier oorzaken beschreven die de knelpunten van ouders en zorgverleners verklaren (hoofdstuk 6). Ten eerste wordt aangegeven dat het onvoldoende duidelijk is welke informatie er precies nodig is om de behandeling af te stemmen op de wensen en behoeften van cliënten. Ten tweede wordt er onvoldoende rekening gehouden met het proces dat de cliënt doorloopt om te komen tot een passende behandeling. Ten derde zijn de zorgverleners onvoldoende toegerust om hun taak in het achterhalen van hulpvragen uit te voeren. Tot slot is het team nog niet toegerust op het achterhalen van hulpvragen.

Gezien de centrale rol van de hulpvraag en de problemen die zich op dit moment voordoen om die hulpvraag te achterhalen, is een vervolg op dit discussiestuk noodzakelijk. In hoofdstuk 7 worden een aantal vervolgstappen voorgesteld. De instellingen kunnen bij zichzelf te rade gaan welke informatie zij precies nodig hebben van de cliënt om een passend behandelplan te formuleren. Ook kunnen zij kritisch kijken naar de huidige procedure en de taakverdeling binnen het team. Bovendien kunnen zij zorgen voor goed geschoolde medewerkers die voldoende zijn toegerust om hulpvragen te achterhalen. Landelijk gezien is het wenselijk om methoden te ontwikkelen voor cliënten en zorgverleners die het achterhalen van hulpvragen kunnen ondersteunen.

Bijlage 1: Geraadpleegde bronnen

1a. Literatuur

- Balie. Tijdschrift over vraagsturing in zorg en sociale zekerheid. Augustus 2003.
- Bennekom CAM van , Jelles F, Lankhorst GJ. Revalidatie Activiteiten Profiel. Handleiding en beschrijving. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1994.
- Beuving B. Wensen en verwachtingen ten aanzien van behandelcommunicatie. Kenniscentrum behandelcommunicatie, 2004.
- Blaauwbroek H. Vraaggericht werken: wat heb je dan nodig? Cliënt & Raad, 2003, nr. 4.
- Buinink AL, Alberda HD. Elf bouwstenen voor vraagsturing. ICV.
- Coolen JABM, Krol NPCM, Bruyn EEJ de, Dormael J van, Pelzer HJ. Vragen rond hulpvragen. De hulpvraag in het diagnostisch proces. Kind en Adolescent 24 (2003), p.85-96.
- Dulmen AM van. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. Pediatrics, 1998, 102 (3), 563-8.
- Fearing G, Law M, Clark J. An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. Canadian Journal of Occupational Therapy, 1997, 64 (1), 7-15.
- Graaf, M de, e.a.. de Reis van de Vraag. Hulpvraaggericht werken bij intensieve ambulante gezinsbehandeling. SWP; Amsterdam, 2004.
- Hendriks AHC, Moor JMH de, Oud JHL, Franken WM. Service needs of parents with motor or multiple disabled children in Dutch therapeutic toddler classes. Clinical Rehabilitation 2000; 14: 506-17.
- Kenniscentrum Behandelcommunicatie. Handleiding KinderRAP versie 4.0. 2004
- Kenniscentrum Behandelcommunicatie. Vraaggericht werken in een interdisciplinaire setting. De Methodiek (Kinder)RAP (Brochure). 2005.
- Kraan, WGM van der. Vraaggericht en vraaggestuurd. ZonMW; Den Haag, 2001.
- Kramer, A. Vraag of aanbod in de jeugdhulpverlening. SWP; Amsterdam, 2004. Gewoon goed hulpverleners. SWP; Amsterdam,
- Law, M. et al 1998, Canadian Occupational Performance Measure. Ottawa: CAOT.
- Leys, M (red). Preferenties en competenties van consumenten. ZonMW; Den Haag, 2003.
- Pijl, K van der. De vrijheid om te kiezen. Raakpunt, 2001 (26);209, p. 20-21.

Redactie netwerk naar Keuze. Hoe krijg ik hulpvraag duidelijk. Netwerk Naar Keuze, juli 2003, (2), pg 6.

Ree C van de. Een echte keuze maken. Kaders, 1999 (15), 6 (September) pg 6-7.

Raad voor de Volksgezondheid. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003

Ree C van de. Een echte keuze maken. Kaders, 1999 (15) 6 (september), p. 6-7.

Steege, M van der. Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg. Utrecht; NIZW, 2003.

Vogel E, Braat D. Inspiratie voor vraaggericht werken. Revalidatie Magazine 2004 (2), 10-12.

Verbeek, G. De cliënt central, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg. Elsevier; Maarssen, 2002.

Verbeek, G. Van zorgplan naar leefplan. Elsevier gezondheidszorg; Maarssen, 2005.

1b. Gesprekken

Met de volgende personen zijn gesprekken gevoerd. Tijdens de gesprekken werd gevraagd naar de huidige situatie en knelpunten bij het achterhalen van hulpvragen. Daarnaast werden mogelijke oorzaken en oplossingsrichtingen besproken.

- Steven Berdenis van Berlekom, Kennisinstituut Revalidatiegeneeskunde, De Hoogstraat, Utrecht.
- Bert Beuving; Beleidsmedewerker Onderwijs. BOSK
- Diana Braat; Nemeton
- Pierre Hoogers; Beleidsmedewerker, MEE Amersfoort / Utrecht
- Lydia Kok; RAP-trainer, kwaliteitsmedewerker, RC De Trappenberg, Huizen.
- Manon Merckx; maatschappelijk werkster, RC Breda, Breda.
- Merel van Uden; Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, Utrecht.
- Gabriëlle Verbeek; Artemea.
- Ellen Vogel; RAP-trainer, staffunctionaris Behandelingcommunicatie. RC Groot Klimmendaal
- Anne Wibaut; Stichting de Toekomst

Er zijn 16 reacties geweest op een oproep op het forum van de BOSK (Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders). In de oproep werd gevraagd of er in de instellingen (revalidatiecentra en / of mytylscholen) voldoende wordt geluisterd naar wat de ouders of de jongeren belangrijk vinden voor de behandeling of het onderwijs? Met 8 ouders van gehandicapte kinderen en 1 volwassen gehandicapte persoon is nader e-mail contact geweest. Daarbij is gevraagd om aan te geven wat hen heeft geholpen om duidelijk te krijgen wat ze belangrijk vinden voor de behandeling en hoe daar in de instelling mee om is gegaan. Daarnaast is er met 1 ouder van een gehandicapt kind telefonisch contact geweest.

1c. Overigen

Er is gebruik gemaakt van de resultaten van interne evaluaties onder zorgverleners en/of ouders van de Sint Maartensschool en de Sint Maartenskliniek (Nijmegen, 2004) van de Maurice Maeterlinckschool (Delft, 2002 en 2004), AZG, Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord (2003), Revalidatiecentrum en mytyschool De Trappenberg (2003) en Groot Klimmendaal (2004). Verder is er gebruik gemaakt van de resultaten van een landelijke inventarisatie onder zorgverleners over het formuleren van hulpvragen (Kenniscentrum Behandelcommunicatie, 2002).

Bijlage 2: Methoden voor het achterhalen van hulpvragen

2a. Methoden voor cliënten en hun omgeving

- Child Competency Inventory
- Leefplan
- Partnerschap
- Persoonlijke toekomstplanning
- Taksatieschaal.

Child Competency Inventory (CCI)

Doelgroep: Voor ouders van kinderen met psychische of psychiatrische problemen.

Doel: Het in beeld brengen van de competenties van het kind ter voorbereiding van een gesprek met de behandelaar.

Omschrijving: Het CCI bestaat uit twee gedeelten. Het eerste gedeelte is een gestructureerde vragenlijst met 120 vragen waarmee de vaardigheden van het kind worden gebracht. Het tweede gedeelte omvat 8 open vragen over de reden waarom hulp wordt gezocht, en de vaardigheden die het kind nodig heeft om de problemen te verminderen. Er bestaan verschillende versies van de vragenlijst, voor ouders en voor kinderen zelf in diverse leeftijdsgroepen.

Literatuur:

Meer informatie over de CCI is te vinden op de volgende website: www.octir.nl

Leefplan

Doelgroep: Ouderen en volwassenen met een handicap die langdurig gebruik maken van de zorg ofwel verzorgenden en sociaal-agogisch zorgverleners of zorgverleners die zich bezig houden met vraagverheldering van deze groep.

Doel: Het opstellen van een leefplan. Het leefplan is een praktische hulpmiddel waarmee mensen in kaart brengen hoe hun persoonlijke situatie is op een aantal levenssterreinen, welke behoeften zijn hebben aan ondersteuning en welk (zorg)aanbod nodig is om dit te realiseren. Het leefplan is een middel voor communicatie en overleg tussen de cliënt en de verantwoordelijke zorgverleners. Afspraken met zorg- en hulpaanbod staan opgenomen in het leefplan.

Omschrijving:

Het leefplan omvat vijf levensgebieden: mijn omgeving, belangrijke contacten voor mij, mijn persoonlijke leefstijl, belangrijke activiteiten voor mij, mijn gezondheid en zorg die belangrijk is. Het opstellen van een leefplan gebeurt in stappen. Na de beslissing om het te gaan opstellen, worden persoonlijke wensen en behoeften in kaart gebracht. Er zijn verschillende werkvormen ontwikkeld op dit te doen (bijvoorbeeld open vragen, gestructureerde vragenlijst, wensboom). Vervolgens worden doelen en acties bepaald, afspraken gemaakt en uitgevoerd en geëvalueerd. De methode kan zowel door de cliënt zelf worden gebruikt als door een zorgverlener.

Literatuur:

Verbeek, Van zorgplan naar leefplan. Ontwikkeling en gebruik van leefplannen bij ouderen en mensen met een handicap. Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2005.

Partnerschap. Methode voor naastbetrokkenen

Doelgroep: Voor ouders van kinderen met een verstandelijke handicap die in een instelling wonen

Doel: Betrokkenheid van ouders bij de zorgverlening bevorderen. Zij kunnen de methode gebruiken ter voorbereiding van een gesprek met zorgverleners, bijvoorbeeld bij het opstellen of evalueren van een zorg- of begeleidingsplan.

Omschrijving:

Open vragen op 7 aspecten die van belang zijn voor de kwaliteit van iemands bestaan: dagbesteding, relaties, participatie, veiligheid, gezondheid, emotioneel welbevinden, identiteit. De vragen helpen ouders om te bepalen wat volgens hen belangrijk is voor hun zoon of dochter en na te gaan wat dat betekent voor de zorgverlening. Op basis van de uitkomsten kunnen ouders nagaan welke onderwerpen zij met zorgverleners willen bespreken en welke wensen zij hebben voor ondersteuning.

Literatuur:

Jeroen Zomerplaag. NIZW Uitgeverij; Utrecht, 2000

Persoonlijk Toekomstplanning

Doelgroep: Mensen met een verstandelijke handicap

Doel: Opstellen van een persoonlijk toekomstplan door het goed in kaart brengen wat de wensen van de cliënt en wat de cliënt daarvoor nodig heeft.

Omschrijving:

Er worden 3 stappen gemaakt voor het opstellen van een persoonlijk toekomstplan. Eerst wordt ontdekt wat de cliënt wilt en de cliënt niet wilt. Dit gebeurt door het opstellen van een profiel van de cliënt. Het profiel geeft een beeld van de huidige situatie: wie is de persoon? hoe ziet zijn er leven er op dit moment uit? Wat vind hij daarin leuk en wat zou hij daarin willen veranderen? Er worden voorbeelden van thema's voor het profiel gegeven. Vervolgens maakt de cliënt met u met anderen een plan voor zijn toekomst. Dit plan is de vertaling van datgene wat iemand nodig heeft om zijn persoonlijke doelen te realiseren in termen van ondersteuning en zorg. Tenslotte voert de cliënt u met anderen het plan uit.

Het opstellen van een persoonlijk toekomstplan gebeurt in principe op initiatief van de cliënt zelf of van naasten van de cliënt. Het opstellen van het profiel en van het plan gebeurt in gesprekken waarbij de cliënt en mensen die voor de cliënt een rol van belang spelen, aanwezig zijn. De gesprekken kunnen ondersteund worden door een zorgconsulent. In de methode wordt gewerkt met een aantal (voorbeeld)thema's voor het profiel en het plan en van de posterteknik. Er zijn verschillende handleidingen voor cliënten, werkers, en ouders.

Literatuur:

(handboek voor werkers) Vraag wat je vragen wilt. Richtlijnen voor hulpvraagverduidelijking voor werkers. Anne Wibaut. FvO; Utrecht,

(handboek voor ouders) Vraag wat je vragen wilt. Zo maakt u een persoonlijk toekomstplan. Anne Wibaut. FvO, Utrecht

(handboek voor cliënten) Het is mijn leven. Een werkboek dat helpt bij beslissingen. Erwin Wieringa, Anne Wibaut en Anneke van Huisseling, Den Haag, 2004 (LKNG)

Taksatieschaal

Doelgroep: Mensen met een handicap

Doel: De taksatieschaal geeft inzicht in de huidige situatie van de cliënt en waar de cliënt behoefte aan heeft op gebied van wonen en arbeid. Het kan worden gebruikt als hulpmiddel in de fase van oriëntatie maar ook voor het tussentijds bijstellen of aanscherpen van het beeld.

Omschrijving

Gesloten vragenlijst op 9 gebieden: zelfredzaamheid persoonlijke sfeer, zelfredzaamheid huishoudelijke sfeer / werk-omgeving, zelfredzaamheid in de

maatschappij/ woon-werkverkeer, verstandelijke vaardigheden, persoonlijke vaardigheden, individuele vaardigheden, sociaal functioneren, gedragen die zeer veel tijd vragen van de ouders cq. Zorgverleners, epilepsie.

De betrokken persoon kan zelf een taksatieschaal invullen. dit kan ook gedaan worden samen met ouders, consulent, persoonlijke begeleider of anderen.

Literatuur:

Bert Reintjes. Stichting Taksatieschaal (www.taksatieschaal.com)

2b. Methoden voor zorgverleners

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- 2- en 3-gesprek
- Hooi op je vork
- Leefplan
- Performance Efficiency and Goal Setting (PEGS)
- Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP)

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Doelgroep: Cliënten (volwassenen, ouders, en kinderen vanaf ongeveer 8 jaar) van ergotherapeuten

Doel:

Methode om tijdens een semi-gestructureerd interview te achterhalen wat de belangrijkste problemen zijn die de cliënt in het dagelijks handelen tegenkomt. Deze problemen vormen het uitgangspunten voor de daaropvolgende behandeling. Het instrument kan zowel tijdens de intake als gedurende de behandeling worden gebruikt.

Omschrijving:

De methode onderscheidt verschillende fasen. Eerst wordt nagevraagd welke problemen of zorgen de cliënt ondervindt tijdens een gewone dag. Hiervoor worden 3 aandachtsgebieden onderscheiden, namelijk zelfverzorging, productiviteit en ontspanning. Tijdens het interview komen die gebieden als vanzelf aan de orde. Vervolgens wordt de cliënt gevraagd om die problemen op zowel uitvoering als tevredenheid te scoren. Vervolgens wordt, tijdens een eerste onderzoek, gevraagd welke 5 problemen het belangrijkste zijn voor de cliënt. Ook die problemen worden op uitvoering en tevredenheid gescoord.

Literatuur

Law, M. et al 1998, *Canadian Occupational Performance Measure*. Ottawa: CAOT.

2- en 3- gesprek

Doel: Het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling en de communicatie in de zorgverlening.

Omschrijving:

In de methode 2- en 3- gesprek werken patiënten , zorgverleners en verzekeraars samen aan een betere communicatie in de zorgverlening. Er worden communicatiemiddelen, zoals richtlijnen, brochures en checklists, ontwikkeld voor specifieke ziektebeelden. De ervaringsdeskundigheid van patiënten wordt in die hulpmiddelen gecombineerd met de professionele deskundigheid van zorgverleners. Er is een handboek samengesteld om de communicatiehulpmiddelen 2- en 3-gesprek te implementeren.

Literatuur:

Het Handboek Implementatie 2- en 3-gesprek (NPCF)

Hooi op je vork.

Doelgroep: mensen met niet-aangeboren hersenletsel

Doel: Systematisch de zorgvraag in beeld brengen en gericht aan een nieuw perspectief werken.

Omschrijving:

In het boek wordt toegelicht hoe de begeleider samen met de betreffende persoon twaalf relevante leefgebieden in kaart kan brengen, waaronder gezondheid, relaties, werk, seksualiteit en financiële situatie.

Vervolgens wordt uitgelegd hoe via eenvoudige stappen aan doelen gewerkt kan worden om zo het leven een zinvolle invulling te kunnen geven.

Literatuur:

Hooi op je vork. Een model voor het begeleiden van mensen met niet-aangeboren hersenletsel

P. van Belle-Kusse en J. Zadoks. Uit. Landelijk coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel, Utrecht, 1999. ISBN 90 56 20 06 07. Prijs: € 22,60

Bestellen bij: Adviesbureau voor de zorgsector ZADOKS, e-mail: info@zadoks.nl

Leefplan

Zie voor een toelichting bijlage 2a.

Performance Efficacy and Goal Setting System (PEGS)

Doelgroep: Ouders en kinderen met een handicap

Doel: Het instrument is bedoeld om de perceptie van het kind in kaart brengen op zijn competenties op gebied van fijne en grove motorische taken. Op basis van de resultaten kunnen de kinderen prioriteiten aangeven in de doelstellingen voor de behandeling.

Literatuur:

Missiuna C, Pollock N. Perceived efficacy and goal setting in young children. Can J Occup Ther. 2000 Apr;67(2):101-9.

Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP)

Doelgroep: Volwassenrevalidanten

Doel: Het RAP geeft informatie over de beperkingen en/ of handicaps in het dagelijks functioneren van de persoon en de probleemervaring van die persoon. Het kan toegepast worden voor indicatiestelling, het structureren van de communicatie binnen het team en het vastleggen van de ernst van beperkingen en de probleemervaring voor onderzoeksdoeleinden.

Omschrijving: Het RAP is een gestructureerde vragenlijsten met 21 items en 71 subitems. Per item en subitem worden scores toegekend voor de beperkingen en of handicap van de persoon en de probleemervaring van de persoon ten aanzien van de beperking of handicap. De vragenlijst wordt ingevuld door de zorgverlener tijdens een interview met de revalidant.

Literatuur:

Van Bennekom CAM, Jelles F, Lankhorst GJ. Revalidatie Activiteiten Profiel. Handleiding en beschrijving. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1994.