
Handreiking ROPI

Recovery Oriented Practices Index

Index voor een herstelgerichte ggz

Trimbos-instituut

Annemieke Hendriksen-Favier

Sonja van Rooijen

Anne-Marije Rijkaart



PROJECT HERSTEL & BURGERSCHAP
PROJECT TER ONDERSTEUNING VAN MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENING

Colofon

Opdrachtgever

Het Platform Herstel en Burgerschap

Het project Herstel en Burgerschap is een samenwerkingsproject tussen de VNG, GGZ Nederland, het Ministerie van VWS, het Landelijk Platform GGZ, Zorgverzekeraars Nederland, Federatie Opvang en de MO groep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening.

Dit project is mede mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS.

Met dank aan de expertgroep, bestaande uit:

Kees van Aart - directeur bedrijfsvoering, GGz Breburg Groep

Michiel Bähler - beleidsadviseur zorgontwikkeling, GGZ Noord-Holland-Noord

Marianne van Bakel - coördinator HEE-team, Trimbos-instituut

Cris Bergmans - beleidsmedewerker SBWU

Lilly Buurke - projectleider Herstel en Burgerschap, GGZ Nederland

Peter Goossens - lector GGZ, Saxion

Ellen de Haan - beleidsadviseur, GGZ Nederland

Marian de Jong - stafmedewerker rehabilitatie, Altrecht GGZ

Martijn Kole - Adviseur RvB, SBWU Bureau Herstel

Martine Kooi-van Bommel - teamleider, GGNet

Hans Kroon - programmahoofd Reïntegratie, Trimbos-instituut

Nic Vos de Wael - beleidsmedewerker langdurende zorg, Landelijk Platform GGz

Jean-Pierre Wilken - lector Participatie, zorg en ondersteuning, Hogeschool Utrecht

Spencer Zeegers - Stafmedewerker bureau zorgontwikkeling, GGZ Oost Brabant

Omslagontwerp en opmaak

www.lawine.nl

Productie

ZuidamUithof Drukkerijen

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Handreiking ROPI

Recovery Oriented Practices Index

Index voor een herstelgerichte ggz

Annemieke Hendriksen-Favier
Sonja van Rooijen
Anne-Marije Rijkaart

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Inleiding | 3 |
| <hr/> | |
| 1 Achtergrond en toelichting op de ROPI | 4 |
| 1.1 Context | 4 |
| 1.2 Doel ROPI | 5 |
| 1.3 Achtergrond | 5 |
| 1.4 Gebruik van de ROPI | 6 |
| 1.5 Opbouw | 7 |
| 1.6 Toelichting per dimensie | 7 |
| 1.7 Verschillende versies | 9 |
| <hr/> | |
| 2 Randvoorwaarden | 10 |
| 2.1 Betrokkenheid management | 10 |
| 2.2 Profiel interne auditoren | 10 |
| 2.3 Training | 11 |
| <hr/> | |
| 3 Werkwijze | 12 |
| 3.1 Externe en interne audit | 12 |
| 3.2 Organisatie en planning | 12 |
| 3.3 Interviews medewerkers | 13 |
| 3.4 Cliëntenpanel | 13 |
| 3.5 Inzage van documenten | 16 |
| <hr/> | |
| 4 Beoordeling en rapportage | 17 |
| 4.1 Scoring | 17 |
| 4.2 Rapportage | 17 |
| 4.3 Terugkoppeling | 18 |
| <hr/> | |
| Literatuur | 19 |
| Bijlage I Geschatte tijdsinvestering afname ROPI | 20 |
| <hr/> | |

Inleiding

"Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap", zo luidt de titel van het visiedocument van GGZ Nederland dat in maart 2009 verscheen. Het document omvat een visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Hierbij is een groot aantal ambities geformuleerd voor de ggz en andere maatschappelijke partners.

GGZ Nederland heeft, in samenwerking met andere organisaties, op basis van het visiedocument een project opgezet met als doel het veld te ondersteunen bij de realisatie van deze ambities. Een van de doelen is erop gericht om herstel als leidend principe te introduceren in de ggz en instellingen te ondersteunen bij de implementatie van herstelondersteunende zorg. Hiervoor dienden indicatoren ontwikkeld te worden en concreet werd daarbij gewezen op de doorontwikkeling van de Recovery Oriented Practices Index (ROPI). Op verzoek van het Platform Herstel en Burgerschap heeft het Trimbos-instituut vervolgens hieraan een bijdrage geleverd. Ten eerste heeft zij de ROPI op onderdelen grondig herzien en zijn er drie verschillende versies ontwikkeld voor respectievelijk verblijfsafdelingen, instellingen voor beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen, en ambulante behandelteams. Daarnaast is een handreiking opgesteld voor de toepassing van de ROPI.

De ROPI is een instrument waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van herstelondersteunende zorg. Door de ROPI op verschillende momenten af te nemen bij een afdeling, kan worden gevolgd in hoeverre herstel en herstelondersteunende zorg centraal staan in de behandeling, begeleiding en bejegening. Het betreft met name een procesmeting. Voor een volledig beeld is het van belang om apart van de ROPI cliënten te bevragen en op gezette tijden een cliëntmeting te verrichten. Verderop komen we hierop terug.

Voor het begrip herstel wordt in deze handreiking, evenals in het visiedocument van GGZ Nederland, de interpretatie vanuit het cliëntperspectief gehanteerd. Dit houdt in dat het bij herstel gaat om "unieke persoonlijke processen, waarbij mensen met een psychische aandoening proberen de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven" (GGZ Nederland, 2009, p.13). Herstel betekent vanuit dit perspectief niet hetzelfde als 'genezing', maar een zoektocht waarin greep op eigen leven, het herwinnen van een leven buiten de psychiatrie en een positief zelfbeeld centraal staan. Door goede zorg, begeleiding en bejegening kunnen hulpverleners het herstelproces van cliënten ondersteunen. Voor een goed begrip hiervan benadrukken we dat herstelprocessen persoonlijke processen zijn die zich in de tijd niet laten forceren. Ieders herstelproces heeft zijn eigen kleur en eigen tempo. Hulpverleners past in dat opzicht slechts bescheidenheid. Maar het faciliteren en ondersteunen van herstelprocessen is tegelijkertijd geen sinecure en verdient permanent aandacht in alle zorgfacetten, op alle niveaus. Herstelondersteunende zorg heeft te maken met de kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod, goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, het versterken van empowerment, cliëntgerichtheid, sociale participatie, vernieuwende inzet van ervaringsdeskundigheid, een visie en focus op herstel. Al deze elementen komen terug in de ROPI en wegen mee in het geheel van herstelondersteunende zorg.

In deze handreiking is beschreven hoe de ROPI is opgebouwd, op welke wijze en onder welke voorwaarden de ROPI kan worden afgenomen door externe en interne auditoren en hoe de scores kunnen worden toegekend. In het eerste hoofdstuk wordt toegelicht wat het doel is van het gebruik van de ROPI en in welke context de afname van dit instrument optimaal tot zijn recht kan komen. In de daarop volgende hoofdstukken staat de werkwijze voor het gebruik van de ROPI centraal.

1 Achtergrond en toelichting op de ROPI

1.1 Context

In de afgelopen jaren is er in de langdurende ggz steeds meer aandacht gekomen voor persoonlijk herstel. Hiermee wordt tegenwicht gegeven aan de medische invalshoek: een patiënt is meer dan zijn ziekte. Vanuit de herstelvisie gedacht gaat het niet uitsluitend om het verlichten en verminderen van symptomen, maar vooral ook om het herwinnen van een leven dat niet gedomineerd wordt door het ziek-zijn, dit ondanks de psychische aandoeningen waar iemand veel last van kan hebben. Het herstelconcept is daarmee van belang voor alle mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een veel gehoord misverstand is dat herstel alleen de 'betere' cliënten betreft. Dit gaat voorbij aan de essentie van herstel. De essentie is dat er ruimte ontstaat voor een leven buiten de ziekte om. Enerzijds dient die ruimte geboden te worden, door betekenisvolle 'anderen' en door de hulpverlening, anderzijds moeten mensen in staat zijn én in staat worden gesteld om die ruimte te voelen en te benutten. Dit zijn twee dimensies die elkaar kruisen: een persoonlijke dimensie (herstellen doe je zelf) en een voorwaardelijke dimensie (herstellen doe je zelf, maar niet alleen). Herstelondersteunende zorg is erop gericht om juist de voorwaarden voor persoonlijk herstel te optimaliseren. In de ggz is hier steeds meer aandacht voor, aanvankelijk vooral vanuit de cliëntenbeweging, en in toenemende mate ook door ggz-organisaties. Dit resulteert in voorlichtingsactiviteiten en trainingen door cliëntenorganisaties, hersteltrajecten en verbeterprojecten gericht op herstelondersteunende zorg.

Herstelondersteunende zorg is een breed begrip. In de inleiding werd al aangegeven dat herstelondersteunende zorg te maken heeft met verschillende aspecten, zoals de kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod, goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, het versterken van empowerment, cliëntgerichtheid, sociale participatie, vernieuwende inzet van ervaringsdeskundigheid, een visie en focus op herstel. Sprekend over goed hulpverlenerschap, ligt het accent veelal op de attitude van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. Dröes en Plooy (2010) noemen de volgende kenmerken van herstelondersteunende zorg (gebaseerd op Boevink e.a., 2009):

-
- ▶ De hulpverlener heeft een attitude van hoop en optimisme;
 - ▶ is present (aandachtig aanwezig);
 - ▶ gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;
 - ▶ maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt;
 - ▶ herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief;
 - ▶ erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt;
 - ▶ erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;
 - ▶ is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie.
-

Deze kenmerken sluiten heel goed aan op wat we hierboven de persoonlijke dimensie noemden en zijn van wezenlijk belang om persoonlijk herstel mogelijk te maken.

1.2 Doel ROPI

Inherent aan de belangstelling voor herstel en herstelondersteunende zorg, ontstaat de behoefte om grip te krijgen op de ontwikkelingen en resultaten die zich op dit terrein voltrekken. Er ontstaat als vanzelf behoefte aan instrumenten waarmee ontwikkelingen in kaart worden gebracht (procesmetingen) dan wel waarmee resultaten zichtbaar gemaakt kunnen worden (uitkomstmetingen). De ROPI is vooral bedoeld als procesmeting en is ontwikkeld om in kaart te kunnen brengen in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening en hoe dit concreet zichtbaar wordt. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van herstelondersteunende zorg. Het is daarbij belangrijk te realiseren dat de ROPI slechts een hulpmiddel is om instellingen op weg te helpen. Het instrument maakt duidelijk op welke gebieden verbeteringen nodig zijn om het herstel van cliënten zo optimaal mogelijk te ondersteunen. Daarnaast kan herhaaldelijke afname van de ROPI gebruikt worden om de mate van herstelgerichte zorg te monitoren.

De ROPI meet geen uitkomsten op cliëntniveau. Daarvoor kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de Nederlandse Empowermentslijst (NEL), ontwikkeld door het Trimbos-instituut (Boevink, 2009). Evenmin is de ROPI geschikt om de individuele herstelprocessen van cliënten te ondersteunen. Daarvoor kan worden verwezen naar 'herstelactiviteiten' en cursussen voor cliënten ('herstellen doe je zelf', herstelwerkgroepen, etc.), of naar methodische benaderingen, zoals het Strengths Model.

1.3 Achtergrond

De ROPI is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health (Mancini e.a. 2006) en heeft inmiddels ook een Schotse variant, de Scottish Recovery Indicator (Scottish Recovery Network, 2009). De ROPI is in 2008 door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Noord-Holland Noord vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie en is sindsdien afgenomen bij ongeveer 25 teams in de langdurende ggz. Deze teams participeerden in het project Herstelgerichte Zorg, onderdeel van een landelijk project Zorg voor Beter. Op grond van de ervaringen die hiermee zijn opgedaan, is het instrument begin 2009 herzien door het Trimbos-instituut. Onder andere heeft het thema sociale participatie een meer nadrukkelijke plek gekregen. Ook is de opbouw enigszins gewijzigd en is de omschrijving van criteria en scoremogelijkheden aangepast. In het Zorg voor Beter-traject Herstel en Sociale Participatie van 2009-2010 is de herziene versie beproefd bij 24 teams in de langdurende ggz.

In het kader van het project Herstel en Burgerschap is de ROPI globaal getoetst aan de belangrijkste noties uit de recente literatuur over herstel en herstelondersteunende zorg. Tevens zijn experts geraadpleegd over de items van de ROPI. Naar aanleiding daarvan heeft opnieuw bijstelling van het instrument plaatsgevonden. Bovendien zijn vragen voor een cliëntenpanel geformuleerd en zijn varianten op de ROPI ontwikkeld voor gebruik in BW's en BZW's en voor ambulante behandelteams. In de drie bijlagen behorende bij deze handreiking zijn de aangepaste versies van de ROPI opgenomen. Elke bijlage omvat:

- scoreformulier;
- vragenformulier voor de interviews met de medewerkers;
- vragenformulier voor het cliëntenpanel.

1.4 Gebruik van de ROPI

Zoals eerder beschreven kan de ROPI voor verschillende doeleinden benut worden. De ROPI kan sec gebruikt worden als instrument voor de monitoring van herstelondersteunende zorg. Dit is echter een minimumvariant. Afname van de ROPI is passend binnen afdelingen of teams die bezig zijn met de implementatie van herstelondersteunende zorg of daar een start mee willen maken. Het gebruik van de ROPI is vooral interessant als de resultaten geanalyseerd worden en benut voor verbeteringen. De resultaten kunnen als input dienen voor een project herstelondersteunende zorg. Ook kunnen de resultaten worden ingepast in de jaarlijkse beleidsplannen van ggz-organisaties. Cliëntenraden kunnen eveneens hun voordeel doen met de resultaten van de ROPI en deze inpassen in hun werkplannen. Beter nog is het als cliëntenraden en directies gezamenlijk een herstelondersteunend project opzetten.

Een project herstelondersteunende zorg is veelomvattend. Het heeft te maken met visievorming en beleidsvoering, aanpassing van werkwijzen, deskundigheidsbevordering én – niet als minste – het opzetten van concrete 'herstelactiviteiten' voor cliënten zelf. Het opzetten van een dergelijk project vereist een goede samenwerking tussen de cliëntenraad, directie en management. In gezamenlijkheid dient het besluit genomen te worden om een project te starten. Om een gedegen keuze hiervoor te maken, is het noodzakelijk dat er een visie is op herstel en herstelondersteunende zorg en dat er overeenstemming is over de doelen die men wil bereiken met het project. Doelgerichtheid en een langetermijnvisie op de implementatie zijn noodzakelijke voorwaarden voor een succesvol project. Het is belangrijk dat er een kartrekker wordt aangewezen die zich verantwoordelijk weet voor het opstellen en uitvoeren van een werkplan, een en ander in nauw overleg met cliënten, ervaringsdeskundigen en alle andere betrokkenen, bij voorkeur verenigd in een stuurgroep en een werkgroep. Ook kan overwogen worden om tijdelijk aparte werkgroepjes samen te stellen die zich buigen over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld over de benodigde trainingen voor deskundigheidsbevordering of het organiseren van een aanbod voor cliënten op het terrein van herstel (zogenoemde 'herstelactiviteiten'). Na verloop van tijd ontrollen zich in het kader van het project steeds meer concrete activiteiten voor alle cliënten en medewerkers in de organisatie. Het is belangrijk om regelmatig te bespreken en te evalueren of het project leidt tot de gewenste resultaten en welke bijstellingen of extra activiteiten benodigd zijn. Periodieke voortgangsrapportages zijn hierbij behulpzaam.

Daarnaast kan het nuttig zijn om aan de hand van de ROPI te evalueren wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot herstelondersteunende zorg: waar staan we als organisatie, wat zijn onze sterke kanten en welke aspecten behoeven meer aandacht? Een voormeting aan het begin van het traject kan tevens gebruikt worden om de activiteiten van het project mede richting te geven. In combinatie met andere methoden, zoals het uitvoeren van een sterkte-zwakke analyse met het team, kan afname van de ROPI behulpzaam zijn om tot concrete verbeterdoelen te komen. Tevens kan de ROPI tijdens het traject gebruikt worden om de voortgang te monitoren. Er zou bijvoorbeeld op drie momenten een ROPI afgenomen kunnen worden: voor, tijdens en na het verbetertraject. Deze opzet is vooral zinvol als het verbetertraject langer dan een jaar duurt. Bij kortere verbetertrajecten kan volstaan worden met een voor- en een nameting.

1.5 Opbouw

De ROPI is opgebouwd uit acht dimensies van herstelondersteunende zorg:

1. tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes
2. breed aanbod van diensten
3. sociale contacten en participatie
4. medezeggenschap en participatiemogelijkheden
5. zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt
6. cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden
7. zelfbepaling van de cliënt
8. focus op herstel en ervaringsdeskundigheid

Sommige dimensies bevatten een concrete uitwerking van herstelondersteunende zorg (bv. focus op herstel en ervaringsdeskundigheid), terwijl andere meer een voorwaarde zijn om aan herstel te kunnen werken (bv. tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes). Activiteiten gericht op medisch herstel, zoals het verlichten van ziekteverschijnselen en het hervinden van stabiliteit, vormen vaak de basis van wat de cliënt nodig heeft om verder te kunnen in het herstelproces (GGZ Nederland, 2009). Ook deze activiteiten zijn daarom opgenomen in de ROPI.

Elke dimensie bestaat uit twee tot vijf items, waarbij enkele criteria zijn geformuleerd. Afhankelijk van het aantal criteria waaraan een team voldoet, kan een score worden toegekend op een vijfpuntsschaal.

Om de ROPI-scoreformulieren te kunnen invullen, wordt op verschillende manieren informatie verzameld: A) door interviews met medewerkers, B) door een cliëntenpanel en C) door inzage van visiedocumenten, brochures en geanonimiseerde behandel- en begeleidingsplannen. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de verschillende methoden.

1.6 Toelichting per dimensie

1. Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes

Deze dimensie meet in hoeverre de meest basale zorg aansluit bij de behoeftes van cliënten. Op vijf gebieden (huisvesting, maaltijden, medische zorg, uitkeringen/subsidies en dagelijkse verzorging) zouden cliënten goede zorg moeten krijgen. Dit is nodig om überhaupt aan herstel te kunnen werken. Daarbij is het belangrijk dat systematisch de zorgbehoeftes van cliënten op deze gebieden in kaart worden gebracht. Ten slotte is het als basis voor herstelgerichte zorg onmisbaar dat hulpverleners hun cliënten voldoende persoonlijke aandacht bieden.

2. Breed aanbod van diensten

In deze dimensie gaat het om het aanbod van (of de toeleiding naar) uiteenlopende zorgvormen, therapieën en methodische ondersteuning op een groot aantal gebieden, zoals medicatiebegeleiding, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie. Het doel hiervan is met name medische zorg, maar ook re-integratie en het vinden van een zinvolle daginvulling. In het visiedocument van GGZ Nederland (2009) wordt vermeld dat 40% van de cliënten op het gebied van dagbesteding en werk een onvervulde behoefte heeft. Het is dan ook van belang dat er een breed aanbod is dat aansluit op de behoeftes van cliënten en dat de diensten toegankelijk en laagdrempelig zijn.

3. Sociale participatie

Contact en steun van familie en vrienden kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt (GGZ Nederland, 2009). Het is noodzakelijk om in de begeleiding aandacht te besteden aan dit thema. Deze dimensie meet de mate waarin de cliënt ondersteund wordt bij het onderhouden of aangaan van sociale contacten, in hoeverre de omgeving (o.a. familie) betrokken wordt bij de behandeling/begeleiding en hoe de cliënt begeleid wordt bij maatschappelijke re-integratie. Verder dient stigmatisering actief bestreden te worden, omdat negatieve beeldvorming de sociale participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen sterk kan belemmeren (Plooy & Boon, 2008).

4. Medezeggenschap en participatiemogelijkheden

Deze dimensie meet in hoeverre cliënten inspraak hebben in het beleid van de afdeling of het team en in hun eigen behandel- of begeleidingsplan. Het gaat niet zozeer om formele medezeggenschap op instellingsniveau, maar juist om de participatie bij allerlei beslissingen rond het wonen en leven binnen de eigen afdeling of woonvorm.

5. Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt

Bij herstel hoort het aanboren van eigen mogelijkheden en krachten (Boevink e.a., 2009). De hulpverlening zou daar dan ook op aan moeten sluiten. Met deze dimensie wordt nagegaan of de begeleiders aandacht hebben voor de wensen en kwaliteiten van hun cliënten. De begeleidingdoelen zouden gericht moeten zijn op het benutten en versterken van de mogelijkheden van cliënten en gerelateerd moeten zijn aan betekenisvolle rollen in het leven.

6. Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden

De zorg dient aan te sluiten bij de persoonlijke omstandigheden, behoeftes en voorkeuren van iedere cliënt. Deze dimensie meet of cliënten voldoende keuzemogelijkheden hebben met betrekking tot hun behandeling/begeleiding. In visiedocumenten zou duidelijk moeten worden dat de keuze van de cliënt het leidende principe is voor de zorgverlening. Daarnaast zou er in de behandeling/begeleiding sprake moeten zijn van een aanzienlijke variatie, gebaseerd op de individuele behoeftes van de cliënt.

7. Zelfbepaling van de cliënt

Kenmerkend aan herstel is het weer greep krijgen op eigen leven (Boevink e.a., 2009). Deze dimensie gaat na in hoeverre hulpverleners cliënten stimuleren om zoveel mogelijk de regie te houden. Dit houdt onder meer in dat cliënten worden ondersteund bij hun eigen ziektemanagement. Ook worden de voorkeuren van de cliënt gerespecteerd in crisissituaties en wordt zo min mogelijk gebruik gemaakt van dwangmaatregelen.

8. Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid

Met deze dimensie wordt nagegaan in hoeverre het team aandacht heeft voor herstel en ervaringsdeskundigheid. In de eerste plaats gaat het om de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie op herstel. Verder dienen de zorg en begeleiding erop gericht te zijn cliënten te ondersteunen bij hun persoonlijke herstelproces. Het helpen van cliënten bij het maken van hun eigen verhaal draagt hieraan bij (Dröes, 2008). De inzet van ervaringsdeskundigen is een meerwaarde; zij kunnen onder andere herstelinitiatieven ondersteunen. Bovendien moeten medewerkers jaarlijks deskundigheidsbevordering ontvangen en draaien er idealiter structureel herstelwerkgroepen of lotgenotengroepen voor cliënten.

1.7 Verschillende versies

De ROPI is oorspronkelijk ontwikkeld voor teams die intensieve, ambulante behandeling bieden. Ook voor verblijfsafdelingen en de beschermende woonvormen is de ROPI echter bruikbaar gebleken. Sommige items of criteria waren voor deze settings ongeschikt en daarom zijn drie aparte versies ontwikkeld, namelijk voor verblijfsafdelingen, voor instellingen voor beschermd wonen (BW) en begeleid zelfstandig wonen (BZW), en voor ambulante behandelteams. De laatste versie is geschikt voor ACT-teams of andere teams die intensieve ambulante zorg bieden aan mensen met complexe psychiatrische problematiek.

Bij de versie voor de BW's en BZW's is ervan uitgegaan dat cliënten intensief ondersteund worden op verschillende gebieden, maar (indien nodig) elders psychiatrische of medische behandeling krijgen. De nadruk ligt daarom meer op begeleiding en toeleiding naar de juiste ondersteuning in plaats van op het behandelaanbod. Ook de dimensie Zelfbepaling van de cliënt is anders vormgegeven. Bij de crisis- en signaleringsplannen staat niet de totstandkoming, als wel de samenwerking met een externe behandelaar centraal. Daarnaast zijn twee items (ziektenmanagement en dwangmaatregelen) in deze versie buiten beschouwing gelaten, omdat ze betrekking hebben op de behandeling. In de versies voor verblijfsafdelingen en ambulante behandelteams ligt de nadruk op de dagelijkse behandeling en begeleiding op alle levensgebieden.

Alle versies zijn ontwikkeld voor afname bij één team, afdeling of woonvorm. De ROPI is niet geschikt om een hele instelling te toetsen op herstelondersteunende zorg; daarvoor zouden meerdere ROPI's afgenomen moeten worden. De mate waarin herstelgericht gewerkt wordt, kan sterk per team verschillen. Bovendien zouden veel meer medewerkers en cliënten betrokken moeten worden bij de afname om over een hele instelling uitspraken te kunnen doen.

2 Randvoorwaarden

2.1 Betrokkenheid management

Het is van belang dat het management achter het gebruik van de ROPI staat en bereid is de afname te faciliteren. Eerder werd al opgemerkt dat doelgerichtheid en een langetermijnvisie op de implementatie van herstelondersteunende zorg noodzakelijke voorwaarden zijn voor een succesvolle inzet van de ROPI. In breder verband geldt dat de ROPI geïntegreerd moet worden in het beleid van de organisatie ten aanzien van herstelondersteunende zorg. Een ROPI alleen is volstrekt onvoldoende (zie hst. 1).

2.2 Profiel auditoren

De ROPI wordt doorgaans afgenomen door twee auditoren (zie ook paragraaf 3.1). De auditoren moeten geen deel uitmaken van het team waarbij de ROPI wordt afgenomen, maar met enige afstand de situatie kunnen beschouwen. Het is van belang dat zij voldoende kennis hebben van herstel en herstelondersteunende zorg.

De auditoren hebben een opleiding afgerond op minimaal HBO-niveau en zijn bij voorkeur enkele jaren werkzaam op het terrein van de langdurende ggz. Te denken valt aan beleids- of stafmedewerkers, verpleegkundig specialisten of teamleiders van andere teams binnen de organisatie.

Daarnaast beschikken de auditoren over goede communicatieve vaardigheden en heeft tenminste één van hen ervaring met het afnemen van interviews. Hij/zij kan de rol van interviewer vervullen. De andere medewerker krijgt de rol van rapporteur. Hij/zij dient de essentie uit de interviews te kunnen halen (abstraheren) en deze in een verslag te kunnen beschrijven. Bovendien moet de rapporteur in staat zijn om op basis van de resultaten aanbevelingen te doen voor verbeteringen.

Als een medewerker voldoet aan de genoemde voorwaarden en daarnaast beschikt over ervaringsdeskundigheid, is dat een pluspunt. Hij/zij kan dan gemakkelijker vanuit cliëntperspectief de interviews afnemen en de antwoorden duiden. Met name bij het cliëntenpanel is de inzet van een ervaringsdeskundige panelleider een meerwaarde. Indien beide auditoren niet beschikken over ervaringsdeskundigheid, wordt bij voorkeur een derde persoon bij het cliëntenpanel betrokken. In dat geval is één van de auditoren bij de bijeenkomst aanwezig als rapporteur en krijgt de ervaringsdeskundige de rol van panelleider. De panelleider moet aan dezelfde voorwaarden voldoen als de auditoren en ervaring hebben met het leiden van cliëntenpanels of groeps gesprekken. De begeleiding van de cliënten dient respectvol en gelijkwaardig te zijn.

2.3 Training

Om de kwaliteit van afname van de ROPI te waarborgen, is het voor auditoren noodzakelijk voorlichting te krijgen of getraind te worden door mensen die ervaring hebben met het afnemen van de ROPI. Deze training neemt minimaal een dagdeel in beslag en bestaat in ieder geval uit de volgende onderdelen:

- ▶ **Context: de ROPI in het kader van een breder georiënteerd herstelproject;**
- ▶ **Wanneer is afname van de ROPI zinvol;**
- ▶ **Uitleg over de ROPI: opbouw en werkwijze;**
- ▶ **Door wie kan de ROPI worden afgenomen;**
- ▶ **Opzet en inhoud cliëntenpanel;**
- ▶ **Toekenning van de scores;**
- ▶ **Verslaglegging;**
- ▶ **Praktische organisatie bij de afname van de ROPI;**
- ▶ **Oefenen met de afname van de ROPI;**
- ▶ **Terugkoppeling en bespreken van de knelpunten;**
- ▶ **Vervolgafspraken.**

Indien de organisatie nog geen ervaring heeft opgedaan met de ROPI is een uitgebreide training gewenst (5-6 uur exclusief terugkombijeenkomst). Op die manier kan voldoende tijd worden uitgetrokken om te oefenen met de ROPI, het toekennen van scores en de bespreking daarvan. Ook leert de praktijk dat er veel vragen bestaan over de praktische organisatie en voorbereiding van de ROPI. Voor al deze vragen dient voldoende tijd en aandacht te worden uitgetrokken in de training. Het is zaak dat de cursisten kort nadat de training heeft plaatsgevonden daadwerkelijk in de praktijk aan de slag gaan met de ROPI. Onvermijdelijk lopen zij dan aan tegen nieuwe vragen of lastige onderdelen van de ROPI. Ook de verslaglegging van de ROPI roept vaak nog vragen op. Om die reden voorziet de training in een terugkombijeenkomst van 2 uur. De cursisten sturen van tevoren hun verslagen toe en krijgen ter plekke feedback. Tevens is er dan ruimte om allerlei zaken voor te leggen en te bespreken.

3 Werkwijze

3.1 Externe en interne audit

De ROPI wordt in principe afgenomen door twee externe auditoren die op basis van de verzamelde informatie scores toekennen aan de diverse items. Het gevisiteerde team krijgt een inhoudelijk eindverslag met aanbevelingen voor kwaliteitsverbeteringen gericht op herstelondersteunende zorg. Het verslag kan benut worden bij het opstellen van een verbeterplan voor herstelondersteunende zorg. In de Zorg voor Beter-trajecten werden de audits uitgevoerd door medewerkers van het Trimbos-instituut en experts op het gebied van herstelondersteunende zorg. Het voordeel van een externe audit is de onafhankelijke waarneming, waarbij geen eigen belangen meespelen. Dit leidt vaak tot een objectiever en betrouwbaarder beeld. Bovendien zullen externe auditoren onbevangen in de situatie komen en vallen hen daardoor andere zaken op dan interne medewerkers. Indien organisaties de voorkeur geven aan een externe audit, kan het Trimbos-instituut behulpzaam zijn bij de afname van de ROPI en tevens bij de opzet van de daarop volgende verbeteractiviteiten in de betreffende organisaties.

Om het gebruik van de ROPI te bevorderen, wordt in deze handreiking ook beschreven hoe en onder welke voorwaarden de ROPI door interne auditoren kan worden afgenomen. Om de kwaliteit van afname te waarborgen, is het belangrijk dat interne auditoren een korte training volgen (zie 2.3). Het voordeel van afname door interne auditoren is dat zij de organisatie van binnenuit kennen en dus over meer informatie beschikken dan tijdens de audit verzameld wordt. Daarnaast kunnen zij de audit inclusief het cliëntenpanel gemakkelijker uitspreiden over een aantal dagen.

Verder zijn overwegend positieve ervaringen opgedaan met een mix van een externe en interne audit, door één medewerker van het Trimbos-instituut en één interne medewerker van de organisatie als duo de ROPI te laten afnemen.

3.2 Organisatie en planning

Zoals eerder beschreven bestaat de ROPI uit drie methoden van informatieverzameling: A) interviews met medewerkers, B) een cliëntenpanel en C) inzage van visiedocumenten, brochures en geanonimiseerde behandel- en begeleidingsplannen. Het afnemen van de ROPI neemt ongeveer een dag in beslag, exclusief het schrijven van het verslag met resultaten en aanbevelingen. Van belang is dat de ROPI organisatorisch goed wordt voorbereid. De projectleider/organisator van het deelnemende team is hiervoor verantwoordelijk. Op hoofdlijnen ziet het ROPI-programma er als volgt uit:

- ▶ **Drie groepsinterviews met medewerkers: 3 x 60 minuten (bij BW/BZW: 2 x 60 minuten);**
 - ▶ **Cliëntenpanel: 2 x 60 minuten;**
 - ▶ **Inzage van documenten: 60 minuten;**
 - ▶ **Scoren en consensusbespreking tussen auditoren: 60 minuten.**
- Totale tijdsinvestering: 7 uur (bij BW/BZW: 6 uur).**

Bij het cliëntenpanel werken de auditoren bij voorkeur samen met een ervaringsdeskundige die bekend is bij de cliënten. De ervaringsdeskundige treedt op als pannel leider en één van de auditoren zorgt voor de verslaglegging. Bij een interne audit kan ervoor worden gekozen de interviews en het cliëntenpanel te verspreiden over meerdere dagen. Voor de auditoren heeft dit als voordeel dat zij tussentijds kunnen reflecteren op de antwoorden tot dan

toe en kunnen nagaan welke informatie nog ontbreekt. In de volgende paragrafen wordt specifieker ingegaan op de verschillende methoden van informatieverzameling.

3.3 Interviews medewerkers

Het grootste deel van de ROPI-afname bestaat uit semi-gestructureerde interviews met medewerkers. Eén auditor heeft de rol van interviewer en de ander die van rapporteur. De interviewer volgt de vragenlijst (zie bijlagen). Op het vragenformulier is tevens ruimte voor notities. De rapporteur beschrijft per item in hoofdlijnen de antwoorden van de geïnterviewden. Later werkt hij deze aantekeningen uit in het eindverslag. Er worden drie groepsinterviews van ruim een uur gehouden met medewerkers van dezelfde functiegroepen:

- ▶ **Teamleider, (circuit)manager en indien van toepassing projectleider herstelondersteunende zorg;**
 - ▶ **3 à 4 verpleegkundigen/(woon)begeleiders en indien van toepassing een activiteitenbegeleider;**
 - ▶ **2 à 3 behandelaars (psychiater, SPV-er, psycholoog, maatschappelijk werker).**
- Het interview met behandelaars vervalt bij afname in de BW/BZW.

Op het vragenformulier is per item aangegeven aan welke functiegroep(en) de vragen gesteld moeten worden. Sommige items krijgen bij de ene functiegroep expliciet aandacht, terwijl andere items worden overgeslagen. Zo worden aan de managers vooral vragen gesteld over het beleid en staat in het interview met de begeleiders de dagelijkse zorg meer centraal. Voor een deel overlappen de vragen van de verschillende groepen elkaar, zodat de informatie vanuit meerdere perspectieven verkregen wordt.

Naast het maken van een rooster en het inplannen van de diverse deelnemers aan de gesprekken, wordt van de projectleider/organisator verwacht dat hij de deelnemers informeert over het hoe en waarom van de interviews. De deelnemers hoeven zich niet inhoudelijk voor te bereiden.

Veel vragen van het ROPI-interview zijn gesloten, wat wil zeggen dat de geïnterviewden met enkel "ja" of "nee" kunnen antwoorden. Het is van belang dat de interviewer goed doorvraagt: "Hoe? Kunt u dit beschrijven?", etc.

3.4 Cliëntenpanel

Een knelpunt bij het afnemen van de ROPI is dat naar verhouding de ervaringen en wensen van cliënten weinig in beeld komen. In de oorspronkelijke ROPI worden aanvullend op de interviews met medewerkers één of twee cliënten geïnterviewd. Dit blijkt in de praktijk te weinig informatie vanuit cliëntenperspectief op te leveren. Cliënten vinden het in een interview soms moeilijk om kritisch te zijn over de behandeling of begeleiding. Een passende manier om informatie vanuit cliëntenperspectief te verzamelen, lijkt de inzet van cliëntenpanels. Hiermee zijn positieve ervaringen opgedaan. In deze paragraaf wordt beschreven hoe het cliëntenpanel ingezet en georganiseerd kan worden en welke afwegingen daarbij belangrijk zijn.

3.4.1 Werving deelnemers

In het cliëntenpanel vindt een gesprek plaats tussen maximaal zes cliënten en bij voorkeur een (onafhankelijke) auditor en een ervaringsdeskundige medewerker. De cliënten dienen de doelgroep zo goed mogelijk te vertegenwoordigen. De manier waarop cliënten worden geworven, heeft invloed op de samenstelling van het panel en daarmee op de antwoorden. Elke manier van werving heeft voor- en nadelen welke overwogen dienen te worden. Cliënten kunnen via hun hulpverleners gevraagd worden voor deelname. Deze persoonlijke benadering heeft als voordeel dat mensen eerder geneigd zijn toe te zeggen en de werving snel gaat. Een nadeel van deze methode is dat hulpverleners makkelijker cliënten benaderen die positief zijn over de hulpverlening. Wees er dus alert op dat hulpverleners ook cliënten benaderen die gematigd of kritisch zijn over de hulpverlening. Een andere manier om cliënten te werven voor het panel is door alle cliënten van de betreffende afdeling een uitnodiging te sturen met de vraag zich aan te melden. Het voordeel van deze methode is dat een grotere groep cliënten benaderd wordt, maar het heeft als mogelijke nadelen dat de werving minder vlot verloopt en er met name actief betrokken cliënten worden geselecteerd. Het is aan de organisator om de representativiteit van het panel te bewaken.

Neem voor het werven van cliënten voldoende tijd zodat zij ruim van te voren over het panelgesprek geïnformeerd zijn. Zorg ervoor dat het voor cliënten aantrekkelijk is om aan het panel deel te nemen, bijvoorbeeld door er iets tegenover te stellen.

3.4.2 Praktische organisatie panelgesprek

Het cliëntenpanel vindt bij voorkeur vlak voor of vlak na de interviews met medewerkers plaats, zodat de rapportages gelijktijdig kunnen plaatsvinden en deze elkaar kunnen aanvullen.

Bij een interne audit geldt dat de medewerkers die bij het panelgesprek aanwezig zijn, niet direct betrokken dienen te zijn bij de zorg voor cliënten die deelnemen aan het panel, zodat cliënten vrijuit kunnen spreken en er minder kans is op sociaal wenselijke antwoorden.

Indien er onder de twee auditoren geen ervaringsdeskundige is, wordt bij voorkeur samengewerkt met een medewerker die dat wel is en ook vanuit die hoedanigheid werkt en bij de cliënten bekend is. De ervaringsdeskundige medewerker dient te voldoen aan dezelfde voorwaarden als de auditoren en ervaring te hebben met het leiden van cliëntenpanels of groepsgesprekken (zie 2.2). Hij of zij zal het panelgesprek leiden. Eén van de andere auditoren is verantwoordelijk voor de organisatie, de procesgang en de verslaglegging.

Bekendheid met de locatie kan drempelverlagend werken. Ook is het zeer belangrijk dat de locatie voor cliënten gemakkelijk bereikbaar en in de buurt is.

3.4.3 Inhoud cliëntenpanel

Voor het cliëntenpanel is een vragenlijst ontwikkeld, waarin de verschillende items van de ROPI aan bod komen. In het panelgesprek worden, aan de hand van de vragenlijst, de ervaringen met de uiteenlopende onderwerpen gezamenlijk onderzocht, waarbij de respondenten om beurten hun ervaringen vertellen en elkaar kunnen aanvullen. Hierdoor ontstaat een dieper inzicht in knelpunten en mogelijke oplossingen. Het voordeel van deze werkwijze is dat het kwalitatief rijk materiaal oplevert en aanknopingspunten biedt voor verbeteracties. Dankzij de ervaringsdeskundigheid van de gesprekleider is het cliëntenperspectief gewaarborgd en dringt men in het panelgesprek snel door tot de kern van de zaak. Het is belangrijk dat cliënten zich op hun gemak voelen en bereid zijn hun ervaringen te delen.

3.4.4 Programma

Het programma van het panelgesprek ziet er als volgt uit:

- ▶ **Voorstelronde en introductie;**
- ▶ **Onderwerpen 1 t/m 3 van de vragenlijst voor de pauze;**
- ▶ **Pauze;**
- ▶ **Onderwerpen 4 t/m 8 van de vragenlijst na de pauze;**
- ▶ **Afsluiting.**

Zorg voor koffie/thee en iets lekkers, zodat cliënten zich welkom voelen en het voor hen aantrekkelijk is om deel te nemen. Voor de start van het panelgesprek vindt een korte introductieronde plaats, waarbij cliënten en medewerkers zich voorstellen. Tevens worden het doel en het belang van het panelgesprek besproken. Benaadrukt dient te worden dat de inbreng van cliënten anoniem verwerkt zal worden en dat een ieder vertrouwelijk dient om te gaan met de inbreng van anderen.

Het is belangrijk dat de panelleider de tijd goed bewaakt en ervoor zorgt dat alle acht thema's aan bod komen. De onderwerpen 1 t/m 3 kosten relatief veel tijd, omdat onder één item meerdere gebieden besproken worden. Houd er echter rekening mee dat er tijdens de bijeenkomst ook ruimte moet zijn voor persoonlijke verhalen van cliënten. Per thema is ongeveer 10 tot 15 minuten beschikbaar. Indien het panel in tijdnood komt, dienen in ieder geval de items met een sterretje besproken te worden.

3.4.5 Variaties in de uitvoering

Afhankelijk van de aard en omvang van de doelgroep is het mogelijk te variëren in de uitvoering van de cliëntenpanels. Er kan gevarieerd worden in de groeps grootte en de tijdsduur van het panelgesprek.

Indien de inschatting is dat een aantal mensen door concentratieproblemen of mogelijke andere beperkingen niet in staat is een lang gesprek bij te wonen, kunnen zij uitgenodigd worden voor een verkort panelgesprek. Tevens kan de voorkeur worden gegeven aan (aanvullende) interviews met cliënten. Hiervoor kan dezelfde vragenlijst worden gebruikt als voor het panel.

3.4.6 Tijdsinvestering

Plan voor het panelgesprek maximaal twee uur met een tussentijdse pauze van ongeveer een kwartier. Bij een interne audit kan ervoor worden gekozen om op twee verschillende dagen een bijeenkomst van een uur te plannen. Bespreek voorafgaand aan de start van het panelgesprek met de panelleden wanneer er pauze zal worden gehouden en hoe lang men met elkaar in gesprek zal gaan.

3.4.7 Verslaglegging

Op het vragenformulier is per item ruimte voor (geanonimiseerde) aantekeningen. Het is van belang daarnaast kort het proces te beschrijven: hoe is de werving verlopen, hoeveel cliënten waren aanwezig, was het panel naar inschatting representatief voor de cliëntenpopulatie? De aantekeningen worden, samen met de uitkomsten van de interviews met medewerkers, gebruikt om de ROPI-scores te kunnen toekennen en meegenomen in het eindverslag met conclusies en aanbevelingen. De aantekeningen van het cliëntenpanel kunnen daarnaast als bijlage worden toegevoegd aan het ROPI-verslag.

3.5 Inzage van documenten

Ten slotte vindt ten behoeve van de ROPI inzage van documenten plaats. De projectleider/organisator dient ervoor te zorgen dat de auditoren minimaal vijf geanonimiseerde kopieën kunnen inzien van behandel-, begeleidings- of rehabilitatieplannen uit verschillende dossiers. Het gaat om het soort plannen dat voor het team het meest leidend is. Deze worden door de auditoren geanalyseerd op de volgende punten:

- ▶ **Het bevatten van doelen met betrekking tot sociale contacten (3a);**
- ▶ **Het bevatten van doelen met betrekking tot maatschappelijke re-integratie (3c);**
- ▶ **De mate waarin de doelen gebaseerd zijn op de mogelijkheden van de cliënt (5b);**
- ▶ **De mate waarin de doelen gerelateerd zijn aan rollen in het leven (5c).**

Daarnaast dienen de auditoren de beschikbare folders (bv. voor cliënten of familieleden), programmabrochures en beleidsdocumenten in te zien. Zij gaan na in hoeverre deze wijzen op een cliëntgerichte visie (6a). Ook wordt specifiek beleidsdocumentatie opgevraagd over dwang en drang (7d). Dit laatste geldt niet voor afname in de BW/BZW. De items 5b, 5c en 6a worden uitsluitend met behulp van inzage in plannen of beleidsdocumenten gescoord. De andere genoemde items komen ook in de interviews aan bod.

4 Beoordeling en rapportage

4.1 Scoring

Op basis van de informatie verkregen uit de interviews met medewerkers, het cliëntenpanel en de inzage van documenten, wordt voor alle 26 items (24 bij BW/BZW-versie) een score bepaald op een schaal van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer herstelondersteunend het team werkt. Bij elk item worden de antwoordcategorieën nader omschreven. In situaties waarin het vanwege de specifieke situatie van een team of programma moeilijk is om een score toe te kennen, kunnen de volgende algemene richtlijnen worden gehanteerd:

- 1 = De praktijk komt (geheel) niet overeen met de omschrijving van het item.
- 2 = De praktijk komt in (zeer) beperkte mate overeen met de omschrijving van het item.
- 3 = De praktijk komt gedeeltelijk overeen met de omschrijving van het item.
- 4 = De praktijk komt voor een groot deel overeen met de omschrijving van het item, maar niet geheel.
- 5 = De praktijk komt geheel overeen met de omschrijving van het item.

Bij sommige items zijn de antwoordcategorieën voor score 2 en 4 niet geformuleerd. In dat geval dienen ook bovenstaande richtlijnen te worden gehanteerd. Score 2 en 4 kunnen bij deze items dus wel worden toegekend.

Het toekennen van scores gebeurt in onderling overleg; beide auditoren scoren in eerste instantie onafhankelijk van elkaar en komen in tweede instantie tot consensus. Als voor alle afzonderlijke items een score is bepaald, kan een gemiddelde totaalscore worden berekend.

Op het scoreblad kunnen de scores worden ingevuld in de eerste kolom (meting 1). Daarnaast is er ruimte voor 'streefscores' voor een volgende meting. Men kan bijvoorbeeld besluiten om een jaar later opnieuw een ROPI af te nemen en in de tussentijd een verbetertraject herstelondersteunende zorg te starten. Per item kan bepaald worden naar welke score wordt gestreefd. In de rechterkolom worden de scores van de tweede meting ingevuld.

4.2 Rapportage

De uitkomsten van de informatieverzameling worden door de rapporteur van het auditorenteam beschreven in een samenvattende rapportage. Hiervoor wordt het scoreformulier gebruikt. Per item wordt de toegekende score gemarkeerd en wordt in de ruimte daaronder een argumentatie gegeven. Hierbij wordt de informatie die op verschillende wijzen is verkregen, geïntegreerd.

De rapportage besluit met conclusies en aanbevelingen voor de (verdere) inrichting van een verbetertraject. De uitkomsten van de ROPI en het advies van de auditoren bieden inhoudelijke aanknopingspunten voor het op- of bijstellen van een verbeterplan. Voor het schrijven van de rapportage dient de rapporteur ongeveer een dag uit te trekken.

4.3 Terugkoppeling

De rapportage wordt door de auditoren teruggekoppeld aan het team. Het is van belang dat hierbij de teamleider, eventuele projectleider en kartrekkers van herstelondersteunende zorg en een manager aanwezig zijn. De scores op de ROPI brengen goed in beeld op welke punten een afdeling herstelondersteunend werkt en op welke punten verbeteracties nodig zijn, bijvoorbeeld in de vorm van deskundigheidsbevordering. Betrokkenheid van het management is dus noodzakelijk. Verder dienen de geïnterviewde medewerkers en de deelnemers aan het cliëntenpanel geïnformeerd te worden over de resultaten van de ROPI.

Bij de terugkoppeling is het belangrijk om toe te lichten hoe tot bepaalde scores gekomen is en op welke manier op deze punten een hogere score behaald kan worden. Uit de resultaten volgt concrete input voor een verbetertraject.

Voor informatie over de wijze waarop een verbetertraject herstelondersteunende zorg kan worden vormgegeven, wordt door het Trimbos-instituut een handreiking voor de implementatie van een verbetertraject herstelondersteunende zorg ontwikkeld. Deze handreiking zal in het voorjaar van 2011 uitgebracht worden.

Literatuur

GGZ Nederland (2009).

Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Amersfoort: GGZ Nederland.

Boevink, W., H. Kroon, & F. Giesen (2009).

De Nederlandse Empowerment vragenlijst.

Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W., A. Plooy en S. van Rooijen (red.) (2006).

Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen.

Amsterdam: SWP.

Boevink, W., M. Prinsen, L. Elfers, J. Dröes, M. Tiber, & G. Wilrijcx (2009).

Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling.

Tijdschrift voor Rehabilitatie, 18, 42-54.

Dröes, J. (2008).

Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn.

Amsterdam: Uitgeverij Coutinho b.v.

Dröes, J. & A. Plooy. (2010).

Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur.

Tijdschrift voor Rehabilitatie, 2, 6-16.

Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005).

Recovery Oriented Practices Index (unpublished).

New York: New York State Office of Mental Health.

Plooy, A. & S. Boon (2008). Het probleem van de bestrijding van stigma – onderzoek en praktijken.

In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.),

Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009, 209-219.

Amsterdam: SWP.

Scottish Recovery Network (2009).

Scottish Recovery Indicator.

<http://www.scottishrecoveryindicator.net/>

Bijlage I Geschatte tijdsinvestering afname ROPI

In de onderstaande tabel wordt een schatting gegeven van de tijdsinvestering die geldt voor een ROPI-afname bij één team of afdeling.

Tabel 1: Tijdsinvestering in uren

| Activiteit | Versie Verblijfsafdeling | Versie BW/BZW | Versie Ambulante behandeling |
|--|-----------------------------|------------------|---------------------------------|
| Activiteiten auditor 1 (interviewer) | | | |
| Training auditoren | 4 | 4 | 4 |
| Interviews medewerkers | 7 | 6 | 7 |
| Cliëntenpanel | 2 | 2 | 2 |
| Inzage documenten | 1 | 1 | 1 |
| Scoren | 1 | 1 | 1 |
| Terugkoppeling | 2 | 2 | 2 |
| Totale tijdsinvestering auditor 1 | 17 | 16 | 17 |
| Activiteiten auditor 2 (rapporteur) | | | |
| Training auditoren | 4 | 4 | 4 |
| Interviews medewerkers | 7 | 6 | 7 |
| Cliëntenpanel | 2 | 2 | 2 |
| Inzage documenten | 1 | 1 | 1 |
| Scoren | 1 | 1 | 1 |
| Rapportage | 8 | 8 | 8 |
| Terugkoppeling | 2 | 2 | 2 |
| Totale tijdsinvestering auditor 2 | 25 | 24 | 25 |
| Vrijplannen 7-10 medewerkers voor 1 uur interview | 10 | 7 | 10 |
| Werven leden cliëntenpanel | 2 | 2 | 2 |
| Algehele organisatie en planning | 3 | 3 | 3 |
| Totale tijdsinvestering overige medewerkers | 15 | 12 | 15 |
| Totale tijdsinvestering | 57 | 52 | 57 |



