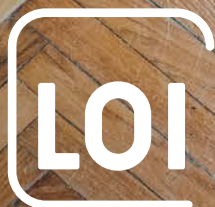


# Bekijk een hoofdstuk uit de lesstof



## OVER DE LESSTOF

Alleen bij de LOI ontvang je speciaal ontwikkeld lesmateriaal, waardoor het bijzonder geschikt is om zelfstandig te bestuderen. Dat zie je terug in de slimme opbouw.

### **Toegankelijk geschreven**

Het lesmateriaal is toegankelijk geschreven, overzichtelijk en zo opgebouwd dat je je kennis steeds verder verdiept.

### **Relevant**

Aan het begin van ieder hoofdstuk wordt aangegeven wat je gaat leren én waarom het belangrijk is dat je dat leert. Zo weet je altijd waar je naartoe werkt en wat je aan deze kennis hebt.

### **Trefwoorden**

In de kantlijn staan trefwoorden. Hiermee kun je een onderwerp makkelijk en snel terugvinden.

### **Oefenopgaven**

Met de oefenopgaven test je of je de opgedane kennis kunt toepassen. Aan het eind van het hoofdstuk zijn de antwoorden opgenomen. Kun je de oefenopgaven niet goed uitwerken, dan betekent dit dat je het bijbehorende deel van de leerstof nog eens moet doornemen.

### **Parate-kennisvragen**

Aan het einde van het hoofdstuk vind je de parate-kennisvragen. Hiermee kun je testen of je de leerstof voldoende kent. De vragen zijn genummerd. Het antwoord kun je snel terugvinden dankzij de genummerde verwijzrondjes in de kantlijn.

### **Inzendopgaven**

Als je de antwoorden op de parate-kennisvragen weet en de oefenopgaven goed kunt uitwerken, ga je verder met de inzendopgaven. Deze stuur je via de online leeromgeving ter beoordeling naar je docent. Binnen een paar dagen heb je een uitgebreid antwoord terug.

### **Bekijk nu een hoofdstuk uit de leerstof en ervaar het zelf**



# 1

## WERKVELD EN DOELGROEPEN

In dit hoofdstuk maakt u kennis met het werkveld van de maatschappelijke zorg. Maar wat houdt maatschappelijke zorg eigenlijk in? Hoe zag die er vroeger uit? Welke doelgroepen kunt u tegenkomen? En zorg dragen voor anderen: betekent dit dat er iets wordt overgenomen van de cliënt, of probeert de cliënt het juist zo veel mogelijk zelf te doen? U leert een stukje geschiedenis over de zorg en leert hoe de visie op zorg door de jaren heen is veranderd. Vervolgens krijgt u een introductie over de verschillende doelgroepen waar u als professional mogelijk mee te maken krijgt. Tevens leert u hoe u hulpvragen en behoeften van de cliënt kunt verhelderen en welke benaderingswijzen belangrijk zijn in de omgang met cliënten. Tot slot verdiept u zich in enkele wetten en richtlijnen die voor u als professional in de maatschappelijke zorg van belang zijn.

### Paradigma's in de zorg

Wist u dat mensen met epilepsie vroeger in een zogeheten 'dolhuis' werden gestopt? Zij werden buiten het zicht van de samenleving geplaatst. Men wist toen nog niet wat epilepsie was en dacht dat mensen tijdens een epileptische aanval krankzinnig werden. Gelukkig is er nu meer medische kennis en heeft de gezondheidszorg veel ontwikkelingen doorgemaakt: er heerst een ander paradigma. In deze paragraaf gaan we in op wat een paradigma is, hoe de visie op mensen en gezondheidszorg door de jaren heen is veranderd, en op welke wijze paradigma's uit de geschiedenis van de gezondheidszorg zichtbaar zijn in de hedendaagse beroepspraktijk van de maatschappelijke zorg.

#### De definitie van een paradigma

Zoals u hierboven hebt kunnen lezen, werd er vroeger anders omgegaan met mensen met epilepsie dan tegenwoordig. Men dacht voorheen dat er sprake was van krankzinnigheid en dat zij geen onderdeel konden zijn van de samenleving. Door wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen is er meer kennis gekomen over wat epilepsie inhoudt en is de visie op een mogelijke behandeling veranderd. Denk daarbij aan het gebruik van medicijnen en aan het feit dat mensen zo veel mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen. In de loop der jaren is dit min of meer de normale gang van zaken geworden. Er kan gesteld worden dat er tegenwoordig een ander paradigma heerst dan vroeger. Dat houdt in dat er een geheel van opvattingen is ontstaan die door de samenleving als vanzelfsprekend worden beschouwd. Het geheel van deze opvattingen is dominant en wordt bijvoorbeeld ook als uitgangspunt genomen door wetenschappers voor onderzoek en theorievorming.

#### Visie op mensen en zorg: een historisch perspectief

In de vroegste culturen had men al te maken met paradigma's en paradigmaverschuivingen. Filosofen, die ook wel de wetenschappers van de oudheid genoemd kunnen

worden, waren hierbij vaak de drijvende kracht, samen met religie. Verklaringen over (het ontstaan van) de mens en het universum zijn thema's die tekenend waren voor een bepaald paradigma. Paradigma's zijn aan verandering onderhevig: er kunnen paradigmaverschuivingen plaatsvinden. Het oude paradigma maakt plaats voor nieuwe overtuigingen. Ook de wijze waarop er gekeken wordt naar bijvoorbeeld mensen met een beperking of stoornis is door de geschiedenis heen veranderd. In de volgende paragrafen kunt u lezen hoe verschillende paradigma's door de jaren heen tot uiting zijn gekomen in de maatschappelijke zorg.

### **Tot de negentiende eeuw**

Wanneer men spreekt over mensen met een verstandelijke beperking of psychische stoornis in de geschiedenis, gebruikt men vaak de term 'geesteszieken'. Vóór de middeleeuwen werd er op verschillende manieren omgegaan met deze geesteszieken. Rond het begin van de westerse jaartelling werden geesteszieken soms buiten de maatschappij geplaatst, of zelfs gedood. Er zijn echter ook aanwijzingen dat geesteszieken in bepaalde periodes voor een groot deel gewoon meedraaiden in de maatschappij. Analfabetisme was de norm, en van algemene omgangsvormen binnen de maatschappij zoals in de daaropvolgende eeuwen was nog geen sprake. Zolang iemand zijn steentje bijdroeg aan het dagelijkse leven, werd diegene geaccepteerd.

Later, met de verdere opkomst van het christendom, steeg ook het geloof dat geestesziekten veroorzaakt werden door zaken als hekserij of dat geesteszieken bezeten waren door de duivel. Om die reden werden mensen niet opgenomen in een klooster: mensen waren bang om de duivel in huis te halen. Opsluiting, buitensluiting en de brandstapel waren geen uitzonderingen in deze tijd. Later werd de kerkelijke gedachte juist de drijfveer voor het ontstaan van de eerste georganiseerde zorgvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking of psychische stoornis. Vanuit de gedachte dat iedereen recht op leven had, werden rond het jaar 1200 de eerste gasthuizen voor geesteszieken opgericht. Dit zijn de eerdergenoemde dolhuizen. Hier werden echter alsnog methoden toegepast die wij tegenwoordig als volstrekt onacceptabel beschouwen. Denk aan het ketenen van cliënten of het aanbrengen van een mondpeer of -knevel. Dit instrument werd op het hoofd van de geesteszieke geplaatst om schreeuwen en bijten tegen te gaan.

### **De negentiende en de vroege twintigste eeuw**

Tot de negentiende eeuw was er weinig tot geen aandacht voor het leervermogen of het genezend vermogen van de mens. In de negentiende eeuw kwam er een beweging op gang die geloofde dat mensen in staat waren te genezen van hun psychische stoornissen. Deze genezing zou tot stand gebracht kunnen worden door deze mensen opnieuw op te voeden in een zogenaamd 'gesticht'. Deze behandeling wordt 'moral treatment' genoemd, wat letterlijk 'morele behandeling' betekent. Met de komst van deze behandelingsvorm verdween een deel van de vrijheidsbeperkende maatregelen en kwamen er voorzieningen, veelal op het platteland, waar de cliënten voldoende beschikking hadden over belangrijke levensbehoeften zoals voeding of kleding. Er was aandacht voor het aanleren van 'juist' gedrag en het stimuleren van zelfcontrole. Daarnaast was er de mogelijkheid om binnen de voorziening deel te nemen aan onder

andere arbeid, onderwijs en godsdienstlessen. Ook al zijn er inmiddels behoorlijk wat ontwikkelingen in de zorg geweest, tot op de dag van vandaag is deze ontwikkeling in aangepaste vorm terug te zien. Deze vorm van zorgverlening, waarbij alle voorzieningen zich op één terrein bevinden, wordt intramurale zorg genoemd.

In de negentiende eeuw gingen steeds meer mensen zich bezighouden met psychiatrie. Hierdoor ontstonden er veel verschillende beschrijvingen over de diverse aandoeningen die zich voordeden in deze sector. Om te zorgen dat iedereen die zich bezighield met psychiatrie op dezelfde manier diagnoses zou stellen, stelde psychiater Kraepelin in 1883 een indeling op van de verschillende psychiatrische aandoeningen (classificatie). In deze classificatie werd nog steeds niet het onderscheid gemaakt tussen psychiatrische stoornissen en de verstandelijke beperking. Het classificeren van psychiatrische aandoeningen gebeurt nu nog steeds. Tegenwoordig wordt deze classificatie weergegeven in het naslagwerk *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), waar we in het onderdeel 'Introductie doelgroepen' nog op terugkomen

Er ontstond in de loop van de negentiende eeuw dus een grotere focus op het aanleren van gedrag en het classificeren. Daarnaast kwam er meer aandacht voor de oorzaken van psychische problemen. Een bekende theorie over de oorzaken van psychische problemen, die tot op heden nog invloed heeft op het hedendaagse gedachtegoed, is de psychoanalyse. De psychoanalyse is ontstaan uit het gedachtegoed van de Oostenrijkse arts Sigmund Freud. Freud beschreef onder meer dat vervelende gebeurtenissen in de jeugd het psychisch welbevinden in het volwassen leven konden hinderen. Ook beschreef hij het onderscheid tussen het bewustzijn en onderbewustzijn. Zaken als trauma's en onvervulde driften zouden een plek kunnen innemen in het onderbewustzijn en ten grondslag kunnen liggen aan psychische aandoeningen in het latere leven. Psychische klachten zouden mogelijk deels te verhelpen zijn door het ontrafelen van het onderbewustzijn. Het middel dat Freud hiervoor gebruikte was: praten. Dit waren vaak lange en kostbare gesprekken. Deze vorm van hulp was voornamelijk toegankelijk voor de rijken. De vorm, een gesprek tussen cliënt en hulpverlener met als doel de ontrafeling van het verleden, is echter nog steeds zichtbaar in de hedendaagse behandelkamer.

### **Elektroshocks**

Bij sommige cliënten waren geen positieve effecten van de psychoanalyse te zien, en moral treatment gaf niet altijd de gewenste resultaten. Als reactie op deze constatering ging men op zoek naar manieren om cliënten te kalmeren. Hierbij werden er opnieuw dwangmiddelen ingezet, de dwangbuis bijvoorbeeld, een vest dat de cliënt in zijn bewegingen beperkt. Ook werden er toepassingen geïntroduceerd die hun grondslag vonden in de psychologie en de (neuro)biologische wetenschappen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het toedienen van een elektroshock in geval van ernstige depressie, of het operatief verwijderen van een deel van de hersenen ('lobotomie'). De gedachte dat specifieke delen van de hersenen van invloed zijn op specifieke gedragingen, zoals zelfsturing, wordt voor een deel ondersteund door de wetenschap. Zaken als de dwangbuis, elektroconvulsiotherapie (ECT) en lobotomie worden tegenwoordig echter als

barbaars gezien. Deze methoden werden tot de eerste helft van de twintigste eeuw gebruikt.

### **Tweede helft van de twintigste eeuw**

In de tweede helft van de twintigste eeuw werden de methoden menselijker, en kwam er steeds meer kennis over het ontstaan van psychische aandoeningen. Ook trad er een verandering op in hoe er met mensen met een aandoening omgegaan werd.

#### *Kritiek*

Er kwam steeds meer kritiek op de gang van zaken in gestichten, gezien de dubieuze behandelingen en de toepassing van dwangmiddelen. In de tweede helft van de twintigste eeuw kwam er een beweging op gang die propageerde dat er een gezond persoon schuilgaat achter elk geestelijk ongezond persoon. In deze periode ontwikkelden zich therapeutische gemeenschappen, waarbij mensen met een psychische aandoening in de gelegenheid werden gesteld om aan hun persoonlijke ontwikkeling te werken.

#### *Medicatie en DSM*

Door toegenomen kennis over de werking van de hersenen en de invloed van de hersenen op het ontstaan van psychische aandoeningen, waren wetenschappers in staat om medicijnen te ontwikkelen die van invloed waren op de werking van de hersenen. Denk hier bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van medicijnen voor het bestrijden van depressies. Het juiste medicijn moest uiteraard wel toegepast worden bij de juiste aandoening. Daardoor werd de classificatie van aandoeningen nog belangrijker bevonden. In 1952 werd daarom de eerste versie van de eerdergenoemde DSM uitgebracht. In dit naslagwerk stonden alle psychische aandoeningen met hun symptomen beschreven. Aan de hand van het type aandoening werd vervolgens de behandeling bepaald. Een uitgangspunt van het medische model is dat een psychische aandoening min of meer een ziekte is die tegengegaan kan worden met een medicijn (of een andere behandeling).

#### *De verzorgingsstaat*

Na de Tweede Wereldoorlog was er binnen Nederland sprake van een verzorgingsstaat. In een verzorgingsstaat ligt de primaire verantwoordelijkheid voor het welzijn van de burgers bij de staat. Dat wil zeggen dat de overheid volledige zorg draagt voor een uitgebreid sociaal uitkeringsstelsel, de publieke gezondheidszorg en het onderwijs. Mensen die in meer of mindere mate moeite hadden om in de maatschappij mee te komen, konden zonder al te veel moeite een beroep doen op zorg of een inkomen. Ouderenzorg was bijvoorbeeld redelijk toegankelijk. Men ging niet alleen naar een 'bejaardentehuis' als het echt niet meer anders kon. Deze vorm van zorg was ook toegankelijk als men in principe nog voldoende vaardigheden had om voor zichzelf te zorgen. Daarnaast werd er veel gebruikgemaakt van intramurale zorg voor bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychische aandoening. Door de economische crisis in de jaren zeventig is men kritischer gaan kijken naar de verzorgingsstaat. Men ging op zoek naar manieren om de zorg efficiënter en goedkoper in te delen. In deze periode werden cliënten van verschillende doelgroepen

gestimuleerd om steeds langer thuis te wonen. Dit had als gevolg dat mantelzorgers en extramurale zorg steeds belangrijker werden.

### *Zelfbeschikking*

“Zelfbeschikking is het recht op eigen keuzen en zelfstandigheid, zowel voor het individu als voor een collectief, bijvoorbeeld een volk.”

*Bron: Amnesty International.*

In een groot deel van de geschiedenis van de maatschappelijke zorg was er weinig aandacht voor de zelfbeschikking van cliënten. Dwangmiddelen waren geen uitzonderingen en cliënten hadden weinig zeggenschap over hun leven en de behandeling die ze kregen. Met de komst van de vernieuwde Wet bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) in 1992 veranderde de rechtspositie van cliënten en werd het steeds lastiger om cliënten te plaatsen in een onvrijwillige opname: het belang van zelfbeschikking nam toe.

### **Paradigma's in de hedendaagse beroepspraktijk**

In de hedendaagse beroepspraktijk is te zien dat er diverse paradigma's tegelijkertijd zichtbaar zijn. Sommige uitgangspunten sluiten op elkaar aan, terwijl andere elkaar weer tegenspreken. Sommige mensen zullen bijvoorbeeld het uitgangspunt hebben dat het slikken van medicatie en het volgen van cognitieve therapie de beste remedie is tegen somberheidsklachten, terwijl anderen van mening zijn dat het belangrijker is om te zorgen dat degene met de somberheidsklachten aan de slag gaat met zingeving en lichamelijke gezondheid. Zowel de biologische benadering van stoornissen en beperkingen als de holistische benadering zijn zichtbaar in de hedendaagse beroepspraktijk van de maatschappelijke zorg. De biologische benadering, zoals die eerder in de leerstof is beschreven, vormt nog steeds een uitgangspunt in de hedendaagse maatschappelijke zorg. Denk aan cliënten die medicatie slikken om hun psychoses tegen te gaan. De afgelopen jaren is er echter kritiek gekomen op het voorschrijven van medicatie. Sommige medicijnen zijn verslavend en/of hebben ernstige bijwerkingen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gewichtstoename, sufheid en een drastische afname van het libido. Steeds vaker wordt er gekeken naar alternatieven voor medicatie.

### **Hier, nu en de toekomst**

Zoals eerder beschreven kwam rond het einde van de negentiende eeuw de psychoanalyse op. Lange tijd was het graven in het (verre) verleden van cliënten met psychische klachten door middel van therapie de meest vanzelfsprekende toepassing. In de loop der jaren is daar verandering in gekomen. Tegenwoordig ligt de focus bij de behandeling van psychische klachten meer op het hier, het nu en de toekomst. Er wordt bijvoorbeeld cognitieve therapie ingezet om negatieve gedachtepatronen in het heden om te buigen naar positieve gedachten, zodat men in de toekomst minder last ervaart van een specifieke gebeurtenis. Hierdoor kan het zijn dat iemand zich bijvoorbeeld minder snel bekeken of aangevallen voelt. Ook wordt steeds vaker mindfulness ingezet bij mensen somberheidsklachten. Hierbij worden onder andere meditatieoefeningen gegeven waarbij men zich richt op het hier en nu en de ademhaling. Bij mensen met een chroni-

sche depressie kan een combinatie van cognitieve therapie en mindfulness aanbevolen worden. Dit heet dan Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).

### **Zelfbeschikking anno nu**

In de hedendaagse beroepspraktijk van de maatschappelijke zorg heeft de eerdergenoemde term zelfbeschikking een steeds grotere rol gekregen. Het voordeel van zelfbeschikking is dat het een gevoel van vrijheid en zelfontplooiing kan veroorzaken, en daardoor kan het algeheel welbevinden van cliënten toenemen. Zelfbeschikking komt in alle sectoren van de maatschappelijke zorg voor en kan betrekking hebben op luchtige thema's, zoals een cliënt die zelf de regie neemt om weer een opleiding te gaan volgen. Maar ook meer beladen thema's komen aan bod. Denk aan een situatie waarin een oudere cliënt de regie wil houden over het eigen levenseinde, en daarom bewust afziet van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. Een ander voorbeeld is wanneer er sprake is van een kinderwens bij iemand met een verstandelijke beperking. Dit is een van de dilemma's waar professionals in de maatschappelijke zorg mee maken krijgen, namelijk dat de professional de cliënt soms zou willen behoeden voor de gevolgen van een bepaalde keuze, maar niet de middelen heeft om dat te voorkomen.

### **Herstelvisie**

De afgelopen decennia is de dominantie van het medische model afgenomen. Steeds vaker kwamen er tegenbewegingen op die vonden dat er niet naar de beperkingen gekeken moet worden, maar naar de mogelijkheden. Deze manier van kijken is bij de hulpverlening aan verschillende doelgroepen in de maatschappelijke zorg terug te zien. Ook werd er steeds meer waarde gehecht aan de eigen regie van de cliënt. In de jaren negentig kwamen deze uitgangspunten samen in de herstelvisie, gelanceerd in 1993 door de Amerikaanse wetenschapper William Anthony. In de herstelvisie staat de cliënt centraal in het hulpverleningstraject. Daarnaast bepaalt de cliënt zo veel mogelijk zelf aan welke doelen er gewerkt wordt en beslist de cliënt mee over welke hulp wordt ingeschakeld. De hulpverlening is zo veel mogelijk ingericht om de cliënt zelf invulling te laten geven aan zijn leven. Daarbij is het uitgangspunt dat het leven met een aandoening mogelijk is. 'Herstellen' duidt in termen van de herstelvisie niet op 'genezen'. Herstel betekent dat de cliënt, ook als de aandoening misschien blijvend is, weer grip krijgt op zijn of haar leven.

### **Holistische benadering**

Binnen de maatschappelijke zorg is de 'brede blik' op de cliënt in opkomst. Zo wordt er binnen de maatschappelijke zorg bij het opstellen van begeleidingsplannen al tientallen jaren een indeling gehanteerd van verschillende levensgebieden zoals psychisch welbevinden, lichamelijk welbevinden, zingeving en financiën. Mensen die leven met een aandoening, van welke aard dan ook, ervaren vaak problemen op diverse gebieden. De holistische benadering heeft als uitgangspunt dat achter elk symptoom of aandoening meer schuilt dan een fysieke of mentale disbalans. Vaak is er bijvoorbeeld ook sprake van eenzaamheidsproblematiek of financiële problemen. De holistische benadering vereist een brede blik op gezondheid. De Positieve Gezondheid is een gedachtegoed waarin de herstelvisie en de holistische benadering samenkomen. Volgens het Institute for Positive Health (IPH) dient het accent niet op ziekte te liggen, maar op de



mens achter de aandoening, de veerkracht en wat het leven betekenisvol maakt voor diegene.

### **Participatiesamenleving**

Waar voorheen sprake was van een verzorgingsstaat, is er tegenwoordig sprake van een participatiesamenleving. De participatiemaatschappij komt deels voort uit bezuinigingsmaatregelen en deels uit de overtuiging dat elk mens iets kan bijdragen aan de maatschappij, en dat deze bijdrage een positieve uitwerking kan hebben op het welbevinden van de burgers. Het doel van de Participatiewet, die in 2015 is ingevoerd, is het activeren van zo veel mogelijk burgers naar werk.

### **Belang van het sociale netwerk**

Het sociale netwerk dient tegenwoordig een belangrijke spil te vormen in de maatschappelijke zorg. Wanneer men spreekt over het sociale netwerk, bedoelt men meestal het informele netwerk, dus niet het netwerk van professionals. Het sociale netwerk kan onder meer bestaan uit vrienden, familie, mensen van de sportclub en vrijwilligers. Enerzijds is de gedachte rond het inzetten van het sociale netwerk ontstaan doordat het belang van goede sociale contacten in zowel de wetenschap als in de praktijk een belangrijk aspect is gebleken voor de toename van iemands welbevinden. Anderzijds is de rol van het netwerk belangrijker geworden door de bezuinigingen in de zorg. Steeds vaker wordt er daarom een beroep gedaan op de omgeving. Denk hierbij aan de steeds belangrijkere rol van de mantelzorgers bij de verzorging van ouderen.

Het inzetten van het sociale netwerk en ervoor zorgen dat cliënten een rijk sociaal leven hebben, dat klinkt als een mooi uitgangspunt. Bij sommige cliënten in de maatschappelijke zorg is echter sprake van een overbelast sociaal netwerk, een beperkt sociaal netwerk, of een netwerk dat niet goed wordt benut. Het is dan de bedoeling dat de beroepsprofessional onderzoekt welke mogelijkheden er zijn om het netwerk te ondersteunen, uit te breiden of te benutten. Zo kan er psycho-educatie ingezet worden voor familieleden van iemand met een psychische stoornis, zodat zij beter om leren gaan met deze persoon, of wordt het netwerk uitgetekend met behulp van een ecogram, om zo met de cliënt te onderzoeken of er nog mensen in de omgeving zijn die iets kunnen betekenen.

### **Het digitale tijdperk**

In het dagelijkse leven zijn wij omringd door elektrische apparaten en (multi)media. Het is meer dan normaal om contact met elkaar te leggen via sociale media of videobellen. Ook houden mensen steeds vaker hun voedingspatroon of sportactiviteiten bij met een app op de mobiele telefoon. Deze ontwikkelingen zijn binnen de maatschappelijke zorg niet onopgemerkt gebleven. Ook in het hulpverleningstraject zijn de digitale hulpmiddelen in opkomst. Deze digitale zorg wordt eHealth genoemd. Hulpverleningsinstanties bieden in toenemende mate de mogelijkheid om te videobellen met een professional, in plaats van een face-to-face-afspraken, of wordt er gecommuniceerd via e-mail. EHealth is eigenlijk al heel normaal geworden in de maatschappelijke zorg, aangezien zaken als het bijhouden van een elektronisch patiëntendossier en het plegen

van een telefoontje vrijwel dagelijks terugkomen in de werkzaamheden van de beroepsprofessional.

Ook de toepassing van technologieën om iemands gezondheid te monitoren valt onder eHealth. Zo wordt er soms bij mensen met diabetes een sensor op de arm geplaatst, die uit te lezen is met een app. Vervolgens wordt de suikerwaarde weergegeven op het scherm, met eventueel een (voedings)advies. In 24-uursvoorzieningen voor bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking wordt eHealth toegepast in de vorm van domotica: bij sommige cliënten die de neiging hebben 's nachts veel te gaan rondlopen en daarbij zichzelf in gevaar kunnen brengen, wordt een sensor (of andere communicatietechnologie) op de kamer geplaatst. Wanneer er sprake is van afwijkend gedrag, krijgt de nachtdienst, die zich vaak op een centraal punt in de (meestal intramurale) voorziening bevindt, een melding. De professional kan dan vervolgens de wenselijke hulp verlenen.

Er is, samengevat, een breed scala aan mogelijke toepassingen van eHealth. Die brede inzetbaarheid is een van de verklaringen voor de opkomst van eHealth. Daarnaast raakt het gebruik van digitale communicatiemiddelen in de maatschappij steeds verder ingeburgerd, en dat zie je ook terug bij cliënten en in zorginstanties. Verder is eHealth populair omdat het de zelfredzaamheid van burgers bevordert. Ouderen kunnen bijvoorbeeld langer thuis blijven wonen, omdat zij makkelijker contact kunnen leggen met de thuiszorg, of via een app herinnerd worden aan het innemen van hun medicijnen. Een ander voorbeeld: mensen met diabetes hoeven minder vaak naar het ziekenhuis voor controle. En mensen die bang zijn om sociale contacten aan te gaan, kunnen via het internet toch in contact komen met lotgenoten, wat vaak leidt tot positief effect op hun algehele welbevinden. In eerdere paragrafen is het belang van zelfbeschikking en eigen regie beschreven.

EHealth kan dus gezien worden als een instrument dat zelfbeschikking en eigen regie kan bevorderen. Er ligt echter ook een minder positieve aanleiding ten grondslag aan deze ontwikkeling: bezuinigingen. Zoals eerder gesteld heeft de verzorgingsstaat deels plaatsgemaakt voor de participatiesamenleving, waarin een groter beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. EHealth kan een middel zijn om mogelijk de efficiëntie van zorg te vergroten en daarmee de kosten van de zorg naar beneden te brengen. Bezuinigen was echter niet het doel van de oorspronkelijke toepassing van eHealth. Over het algemeen is men van mening dat eHealth nooit de volledige zorg mag overnemen: het moet gezien worden als een waardevolle toepassing binnen bestaande hulpverleningstrajecten.

## Introductie doelgroepen

In dit hoofdstuk maakt u kennis met de verschillende doelgroepen waar u als professional in de maatschappelijke zorg mee te maken krijgt. In de module 'Doelgroepen uitgediept' wordt er dieper ingegaan op de verschillende doelgroepen.

## Mensen met een psychiatrische aandoening

Elk mens kan weleens druk, extreem fantasierijk, angstig of somber zijn. Wanneer deze eigenschappen, die vooral te maken hebben met denken en gedrag, echter te veel op de voorgrond treden, kunnen ze een belemmering vormen voor een persoon. De persoon kan dan bijvoorbeeld moeite hebben om relaties te onderhouden, naar het werk te gaan en goed voor zichzelf te zorgen. Wanneer de eerdergenoemde eigenschappen in zo'n grote mate voorkomen dat een persoon en zijn omgeving er structureel onder lijden, kan er sprake zijn van een psychiatrische aandoening.

### Wat is psychiatrie?

De term psychiatrie is een samenvoeging van het Griekse woord 'psyche', wat ziel of geest betekent, en 'iatros', geneeskunde. Letterlijk betekent de term psychiatrie dus: de geneeskunde van de ziel. De psychiatrie is een medisch specialisme dat zich bezighoudt met psychische ziektebeelden. Het doel van de psychiatrie is het inperken van de negatieve gevolgen van psychiatrische aandoeningen en het vergroten van het psychisch welbevinden van de cliënt en diens omgeving. De zorg die zich specifiek richt op mensen met een psychiatrische aandoening, wordt de geestelijke gezondheidszorg (ggz) genoemd.

### De grens tussen gezond en ongezond psychisch welbevinden

In ons dagelijkse leven zijn er tal van voorbeelden te noemen waarin onze gedachten en ervaringen geen volledige afspiegeling zijn van de werkelijkheid. Ook maken we bijvoorbeeld allemaal weleens mee dat we in bepaalde situaties overmatig alert zijn, of last hebben van somberheidsgevoelens. Deze gedachten, emoties en het bijbehorende gedrag kunnen heel functioneel zijn: door bijvoorbeeld terug te keren naar uw huis om te kijken of het gasfornuis uitstaat, kunt u een brand voorkomen. U zorgt hiermee dus voor de veiligheid van uzelf en anderen. Maar stel nou dat u elke dag te laat op uw werk komt doordat u dagelijks teruggaat naar huis om te kijken of u het gasfornuis hebt uitgedraaid, of dat u zich niet kunt concentreren op uw werkzaamheden doordat u wordt beheerst door angstgevoelens en alleen nog maar kunt denken aan uw huis dat in vlammen opgaat... In dat geval beginnen de gedachten, de ervaringen en het bijbehorende gedrag een belemmering te vormen in het dagelijkse functioneren. Hier bevindt zich het grensgebied tussen een gezond en ongezond psychisch welbevinden. Mensen met een psychiatrische aandoening ervaren vaak een afwijking in hun denken, ervaringen en gedrag, een afwijking die dermate aanwezig is dat het dagelijkse functioneren in het gedrang komt. Vaak heeft de belemmering niet alleen invloed op de persoon zelf, maar ook op mensen in diens omgeving. Beroepsprofessionals in de maatschappelijke zorg kunnen te maken krijgen met cliënten met diverse psychiatrische aandoeningen.

### Psychiatrische aandoeningen

De (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg kan cliënten tegenkomen met uiteenlopende psychiatrische aandoeningen. Op basis van hun kenmerken zijn de aandoeningen onderverdeeld in categorieën. In de volgende paragrafen vertellen wij u hier meer over.

## DSM V

Zoals u in het onderdeel ‘Paradigma’s in de zorg’ hebt kunnen lezen, is men in de geschiedenis van de hulpverlening tot een classificatie gekomen van stoornissen en aandoeningen die met de menselijke psyche te maken hebben. Tot op heden wordt er gebruikgemaakt van zo’n classificering. Duidelijkheid over de grondslag van de stoornis of aandoening van een persoon, zou meer richting kunnen geven aan de hulpverlening die ingezet wordt, waardoor de efficiëntie van de toegewezen hulp mogelijk toeneemt. In termen van de ggz: iemand met een depressie behoeft mogelijk een andere behandeling dan iemand met een psychose.

Binnen de ggz wordt het classificatiesysteem van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) gebruikt. De DSM vormt de leidraad bij het stellen van diagnoses op psychiatrisch vlak. Alle psychiatrische aandoeningen staan in de DSM beschreven. Door de jaren heen is de definitie van sommige aandoeningen aangepast, waardoor de DSM steeds vernieuwd is. De meest recente versie van de DSM is de DSM-5 uit 2013. De DSM mag echter niet gebruikt worden als enige diagnostische middel. Om een werkelijke diagnose te stellen, dient er uitgebreid psychiatrisch onderzoek gedaan te worden door een psychiater of psycholoog binnen de daarvoor geldende richtlijnen. Ook al is er tegenwoordig een beweging in opkomst die zich verzet tegen het ‘labelen’ van mensen, het gebruik van de DSM-5 is het meest gangbare uitgangspunt bij het stellen van diagnoses, met als uiteindelijke doel het toewijzen van de juiste zorg. In de DSM-5 worden twintig hoofdcategorieën met diagnoses genoemd. In het licht van de kennismaking met de doelgroep, reikt het te ver om op elke hoofdcategorie in te gaan. Hierover leest u meer in de modules ‘Doelgroepen uitgediept’ en ‘Gedrags- en psychiatrische problematiek’. Hieronder vindt u een beknopte beschrijving van een aantal hoofdcategorieën waar u als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg mogelijk mee te maken krijgt.

## Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

### *Praktijkvoorbeeld mevrouw Claassen*

Mevrouw Claassen wordt begeleid door de ambulante ggz. Zij woont zelfstandig, maar enkele jaren geleden is mevrouw Claassen opgenomen in een ggz-instelling omdat zij last had van psychoses. Het gaat al enige tijd goed met mevrouw Claassen: ze is redelijk zelfredzaam, en is tevreden over hoe zij haar dagelijkse leven heeft ingedeeld. Met haar begeleider heeft zij een goede klik. Maar sinds vorige week laat zij signalen zien van een terugval. De begeleider heeft een voicemail ontvangen waarin zij aangeeft bang te zijn dat er iemand in haar huis is. Zij hoort de hele tijd iemand praten in haar huis. Maar wanneer ze gaat kijken, is er niemand te zien. Soms is de stem onverstaanbaar, en de andere keer zegt de stem vervelende dingen tegen haar, zoals: “Die mensen! Ze willen je pakken! Ze komen!” Wanneer de begeleider bij haar komt, durft zij alleen met hem te praten via een kleine opening in de deur: zij is bang dat hij haar wat aan zal doen.

In het bovenstaande voorbeeld hoort mevrouw Claassen dingen die er niet zijn. Daarnaast heeft zij de overtuiging dat de dingen die zij hoort ook daadwerkelijk de realiteit



zijn. Bij mevrouw Claassen kan er sprake zijn van auditieve hallucinaties: zij hoort dingen die er niet zijn. Auditieve hallucinaties hoeven niet altijd een probleem te vormen voor iemand, maar ze kunnen onderdeel zijn van een psychotische stoornis of een stoornis in het schizofreniespectrum. Een psychose is een toestand waarbij iemand het contact met de werkelijkheid verliest, zoals mevrouw Claassen. Met schizofrenie wordt een ernstige en langdurige psychiatrische aandoening aangeduid waarbij gedurende langere tijd sprake is van terugkerende psychoses. Mensen met een schizofreniespectrumstoornis zijn vaak voor langere tijd aangewezen op geestelijke gezondheidszorg.

### *Bipolaire stemmingsstoornissen*

Bij een bipolaire stemmingsstoornis is er sprake van periodes van heftige en extreme stemmingsschommelingen. Het gaat dan niet om schommelingen door de dag heen, maar meer over een langere periode (bijvoorbeeld weken of maanden). Periodes van somberheid en zelfs suïcidaliteit worden afgewisseld met periodes van extreem uitgelaten gedrag (manie). Dit uitgelaten gedrag kan variëren van vrij onschuldige gedragingen zoals het dragen van opvallende kleding of een grote werklust en creativiteit tot problematisch gedrag zoals seksueel ontremd gedrag, buitensporig veel geld uitgeven of zichzelf onschendbaar voelen met als gevolg een verhoogd risico op ongelukken. In de DSM-5 staan verschillende gradaties van bipolaire stemmingsstoornissen beschreven. Mensen met het type bipolaire-I-stoornis (depressieve episodes afgewisseld met manische episodes) doen vaak voor een langere periode in hun leven een beroep op hulpverlening. Ook is er bij mensen met een bipolaire-I-stoornis doorgaans een bovengemiddelde kans op suïcide (zelfdoding).

### *Depressieve stemmingsstoornissen*

De bekendste aandoening onder de depressieve stemmingsstoornissen is de depressieve stoornis, in de volksmond ook wel depressie genoemd. Een depressieve stoornis wordt getekend door een periode van langer dan twee weken waarbij sprake is van heftige neerslachtigheid. Denk hierbij aan het hebben van een sombere stemming, vermoeidheid, verlies van energie, plezier en interesse. Sommige mensen met een depressieve stoornis lukt het nog om met veel moeite deel te nemen aan het openbare leven, en anderen hebben veel moeite om überhaupt hun bed uit te komen. Bij sommige mensen met een depressieve stemmingsstoornis is de heftigheid van de klachten zo erg dat er getwijfeld wordt aan het nut van zijn of haar bestaan, en kunnen er verlangens naar de dood ontstaan. In dat geval is er sprake van suïcidale gedachten en een mogelijke dreiging van suïcidaal gedrag.

### *Angststoornissen*

Al eerder bespraken wij de functie van angst: angst kan een raadgever zijn om veiligheid te waarborgen. In de oertijd was angst functioneel. Bij de dreiging van gevaar werd er een stressreactie gegeven aan het lichaam, waardoor het lichaam werd klaargemaakt om zichzelf te beschermen door te vechten, vluchten of bevriezen. Angst kan echter ook optreden op momenten dat het niet functioneel is, zodat het eerder een belemmering is. Iemand ervaart dan sensaties zoals trillen, hartkloppingen, zweten en hyperventilatie. Zo'n reactie, in de maatschappij vaak een 'paniekaanval' of 'angstaanval' genoemd, hoeft

niet zorgelijk te zijn: het kan een belangrijk signaal zijn voor iemand om een stapje terug te doen op het werk, of te zorgen voor meer ontspanning. Wanneer een persoon langdurig symptomen van een angstreactie ervaart, kan er een angststoornis aan ten grondslag liggen. Net zoals bij de andere categorieën van de DSM-5, wordt er een onderscheid gemaakt in verschillende types van de stoornis. Sommige mensen zijn extreem bang voor een specifiek thema of voorwerp. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een extreme angst voor spinnen of kleine ruimtes (claustrofobie). Mogelijk is er sprake van een specifieke fobie. Ook in dit geval geldt weer: lang niet iedereen die bang is voor spinnen of kleine ruimtes heeft een specifieke fobie. Maar er zijn ook mensen die een angstreactie krijgen over allerlei verschillende dingen die in de toekomst plaats kunnen vinden met extreme vormen van piekeren ten gevolge. Dan kan er sprake zijn van een gegeneraliseerde angststoornis. Andere voorbeelden van een angststoornis zijn een sociale fobie, een paniekstoornis en agorafobie ('pleinvrees').

### *Persoonlijkheidsstoornissen*

We kennen allemaal wel een persoon die verlegen van aard is, of juist iemand die veel durft en een beetje brutaal is: dit zijn voorbeelden van karaktertrekken. Een verzameling van verschillende karaktertrekken vormt de basis van de persoonlijkheid van een persoon. Het is het geheel van eigenschappen dat min of meer kan voorspellen hoe iemand zal reageren op een bepaalde situatie of veranderingen. Wanneer men door een uitvergroting van deze eigenschappen onvoldoende in staat is om zich aan te passen aan wisselende omstandigheden, kan er mogelijk sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Het denken en waarnemen worden dan te sterk gekleurd door de eigen persoonlijkheid, waardoor men niet meer flexibel kan reageren op het leven van alledag. Dit gaat gepaard met intense en sterk wisselende emoties. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak moeite in het contact met anderen en kunnen vastlopen op verschillende levensgebieden. Persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in verschillende clusters. Sommige benamingen uit cluster B zult u wellicht herkennen. Mensen uit het cluster B zijn vaak impulsief en vinden het moeilijk om met hun emoties om te gaan. Denkt u hierbij aan een persoonlijkheidsstoornis als borderline of een emotieregulatiestoornis. Daarbij kan iemand bijvoorbeeld overgevoelig of juist ongevoelig reageren. Ook is er sprake van een ernstig verstoord zelfbeeld. Een andere stoornis uit cluster B is de antisociale persoonlijkheidsstoornis, waarbij de persoonlijkheid getekend is door roekeloos, agressief, prikkelbaar en impulsief gedrag.

### **Ontwikkelingsstoornissen**

Wanneer de normale ontwikkeling van kinderen of adolescenten wordt belemmerd door een neurologische of psychische aandoening, kan er sprake zijn van een ontwikkelingsstoornis. De ontwikkelingsstoornis komt bij elk individu weer anders tot uiting, maar zaken die regelmatig voorkomen bij een ontwikkelingsstoornis zijn problemen in de sociale interactie en communicatie. Daarnaast kan er sprake zijn van beperkte, herhalende en stereotiepe gedragspatronen. Ontwikkelingsstoornissen komen meestal tot uiting gedurende de kindertijd en de adolescentie en zijn in sommige gevallen nog steeds merkbaar in het volwassen leven. Opeenvolgend bespreken we in dit hoofdstuk autismespectrumstoornissen en aandachtstekort- en gedragsstoornissen.

De verstandelijke beperking valt ook onder de ontwikkelingsstoornissen, maar behandelen we in een aparte sectie.

### **Autismespectrumstoornissen**

Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum vinden het doorgaans lastig om zich in de gevoelswereld van anderen te verplaatsen. Ook hebben zij vaak moeite met veranderingen, en met het begrijpen van lichaamstaal. Dit kan bijvoorbeeld problemen opleveren in de omgang met anderen, maar bovenal kunnen mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) een worsteling met zichzelf en de wereld om zich heen ervaren. Voor mensen met een ASS is het vaak moeilijk om hoofd- en bijzaken te scheiden. Sommige mensen kunnen overmatig prikkelgevoelig zijn, terwijl anderen zich hier juist extreem goed voor kunnen afsluiten. Ook kan er extreme interesse zijn voor één bepaald onderwerp. Natuurlijk heeft niet iedereen die soms sociaal een beetje onhandig is, of maar niet uitgepraat raakt over dat ene onderwerp ASS. Er moet wel sprake zijn van lijdensdruk en een bepaalde ernst, waardoor er belemmeringen in het dagelijks leven ontstaan. De diversiteit onder mensen met ASS is erg groot. Veel van hen lukt het om nagenoeg zelfredzaam te zijn. Toch zullen sommige mensen met ASS langdurig een beroep moeten doen op hulpverlening omdat het hen niet lukt om zichzelf te redden of voor de eigen veiligheid te zorgen. In onderstaande praktijkvoorbeelden leest u een casus van iemand met een milde autismespectrumstoornis (praktijkvoorbeeld mijnheer Alberts), en een casus waarbij sprake is van een grotere ernst (praktijkvoorbeeld mevrouw Buiksloot).

#### *Praktijkvoorbeeld meneer Alberts*

Als je naar meneer Alberts kijkt, zie je een man met een vriendelijke uitstraling, die soms een beetje nerveus lijkt. Hij woont in zijn appartement en werkt vier dagen in de week bij een fietsenmaker. Zijn begeleider komt eens per twee weken een uur op huisbezoek. Dan bespreken zij of er nog dingen zijn gebeurd waar meneer Alberts zich druk over heeft gemaakt. In het gesprek met zijn begeleider vertelt meneer Alberts dat hij af en toe geïrriteerd raakt op zijn werk. Zijn collega gaat soms op de plek staan waar meneer Alberts altijd staat om fietsen te maken. Ook weet mijnheer Alberts soms niet goed waarom zijn collega naar hem lacht. Wordt hij soms uitgelachen? De begeleider onderzoekt samen of het lachen misschien een andere betekenis kan hebben. Iemand is bijvoorbeeld gewoon vrolijk, of glimlacht uit beleefdheid.

#### *Praktijkvoorbeeld mevrouw Buiksloot*

Mevrouw Buiksloot loopt al enkele minuten te ijsberen in de gezamenlijke woonruimte. Ze fladdert herhaaldelijk met haar armen. Er zijn ziekmeldingen onder het personeel waardoor er die dag een invalkracht op de beschermde woonvorm aanwezig is. Dit roept veel spanning op bij mevrouw Buiksloot: het is een rare dag voor haar... Anders dan zij gewend is. Samen met een aantal cliënten dekt de invalkracht de tafel. Wanneer zij aan tafel gaan, gaat de invalkracht op de plek van mevrouw Buiksloot zitten. Mevrouw Buiksloot verstijft en voelt tranen opkomen. Uit onmacht gooit zij met veel kracht een bord van de gedekte tafel op de grond.

### *Toelichting verouderde termen*

Over het algemeen krijgen veel mensen in hun leven op een bepaalde manier te maken met ASS, bijvoorbeeld omdat een naaste hiermee gediagnosticeerd is, of omdat iemand werkzaam is als beroepsprofessional in het werkveld van de maatschappelijke zorg. Degenen die hier mee te maken hebben gehad, zal opvallen dat er in deze leerstof niet gesproken is over verschillende types van autisme, zoals klassiek autisme (autistische stoornis), het syndroom van Asperger en PDD-Nos. Sinds 2013 zijn al deze categorieën in de DSM-5 samengevoegd tot één overkoepelende classificatie: ASS.

### **Aandachtstekort- en gedragsstoornissen**

Men kent allemaal wel iemand die als kind overmatig druk, snel afgeleid, of opstandig was. Of die onverstoord aan het spelen kon zijn en geen besef meer had van wat er om hem heen gebeurde. Dit zijn gangbare gedragingen in de ontwikkeling van een kind. Het is juist gezond dat kinderen zich bij vlagen druk gedragen, want zij moeten nu eenmaal hun energie kwijt. Ook het opstandige gedrag kan als gangbaar gezien worden: door te experimenteren leert een kind hoe de wereld om hem heen in elkaar zit, en soms overschrijd je als kind daarbij de grens van wat wel of niet geoorloofd is. Zoals al eerder genoemd is, betekent de aanwezigheid van bepaalde gevoelens of gedragingen nog niet dat er sprake is van een aandoening. Wanneer er een groot aantal symptomen zijn en er sprake is van een bepaalde mate van belemmering in het dagelijkse functioneren, kan het om een aandoening gaan.

Bij aandachtstekort- en gedragsstoornissen komen de symptomen vaak voor het eerst tot uiting in de kindertijd. Een bekende aandachtstekortstoornis is de Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Een voorbeeld van gedragsstoornissen zijn de Oppositional Defiant Disorder (ODD) en Conduct Disorder (CD). Bij ODD en CD vertoont een kind onder meer agressief gedrag en overmatig verzet tegen leiding en volwassenen. Daarnaast kan er sprake zijn van antisociaal gedrag waarbij regels worden overtreden, zoals liegen, stelen of brandstichting. De termen ODD en CD hebben betrekking op kinderen tot achttien jaar. Wanneer er na het achttiende levensjaar nog sprake is van gedragsstoornissen, gaat het wellicht om een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Van ADHD kan echter nog wel sprake zijn bij volwassenen. Bij sommige mensen wordt ADHD zelfs pas vastgesteld wanneer zij volwassen zijn. Hieronder leggen we uit wat de kenmerken van ADHD zijn, en welke verschillende types van ADHD worden onderscheiden in de DSM-V.

### *ADHD*

Mensen met ADHD zijn over het algemeen snel afgeleid, ervaren fysieke of mentale drukte, en doen soms dingen zonder goed na te denken (impulsiviteit). Voorbeelden van mogelijke gedragingen van mensen met ADHD: overmatig veel praten, niet stil kunnen zitten, snel afgeleid zijn, extreem dromerig zijn, ongeorganiseerd en vergeetachtig zijn. Bij het grootste deel van de mensen die van nature druk of bovengemiddeld chaotisch is, is er geen sprake van ADHD. Wederom gaat het om een verzameling van symptomen die een bepaalde belemmering veroorzaken op school, werk of bij sociale contacten. De symptomen van ADHD kunnen onderverdeeld worden in symptomen van aandachtstekort, hyperactiviteit-/impulsiviteitsymptomen, of een combinatie van beide

groepen. Voorheen werd er een onderscheid gemaakt tussen ADHD en ADD (Attention Deficit Disorder). ADD werd beschouwd als ADHD zonder hyperactiviteit. Tegenwoordig houdt men de volgende indeling aan (ADD Coaching, 2016-2022):

- ADHD-I: het onoplettende type met symptomen van aandachtstekort. 'I' staat voor 'inattentive', oftewel onoplettendheid. Dit is het type ADHD dat voorheen ADD werd genoemd.
- ADHD-H ('hyperactive'): het hyperactieve en impulsieve type. Dit is wat men voorheen associeerde met de 'klassieke' vorm van ADHD.
- ADHD-C ('combined'): hiermee wordt het gecombineerde type bedoeld, waarbij zowel onoplettendheid of aandachtsproblemen als hyperactiviteit en impulsiviteit aan de orde zijn.

### **Mensen met een verstandelijke beperking**

Wanneer iemand een verstandelijke beperking heeft, is er zoals eerder genoemd in de leerstof sprake van een ontwikkelingsstoornis. Mensen met een verstandelijke beperking en hun omgeving merken dat zij op school, in de sociale omgang en op het gebied van zelfredzaamheid achterlopen op hun leeftijdsgenoten. Mensen met een verstandelijke beperking ervaren onder meer moeilijkheden op het gebied van denken, leren, taal, sociale en praktische vaardigheden. Deze verschillende vaardigheden kunnen uitgedrukt worden met de term intelligentie. Intelligentie wordt aangeduid door middel van het intelligentiequotiënt (IQ). Dit is een score die weergeeft op welk verstandelijk niveau iemand functioneert. Het gemiddelde intelligentieniveau van de Nederlandse bevolking ligt tussen de 90 en de 100. Wanneer iemand een IQ heeft van 130 of hoger, is er sprake van hoogbegaafdheid. Indien er een IQ van 70 of lager wordt geconstateerd, wordt er gesproken over een verstandelijke beperking. De hoogte van het IQ wordt tevens gebruikt om de ernst van de verstandelijke beperking uit te drukken.

### **Niveaus van verstandelijke beperking**

Er zijn grote verschillen in het niveau waarop mensen met een verstandelijke beperking functioneren. Sommige mensen met een verstandelijke beperking draaien bijvoorbeeld volledig mee in de maatschappij, en wanneer zij in contact zijn met anderen, is er niet veel aan hen te merken. Maar er zijn ook mensen met een verstandelijke beperking die functioneren op het niveau van een baby en volledig afhankelijk zijn van zorg. De verschillende niveaus worden beschreven in de volgende paragrafen.

#### *Licht verstandelijke beperking*

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) kunnen met ondersteuning vaak redelijk meekomen in de maatschappij. Mensen met een LVB staan soms wel voor grote uitdagingen wat betreft het maken van verantwoorde keuzes, persoonlijke verzorging, zelfstandigheid, wonen, werk, het voor zichzelf opkomen en financiën. De ontwikkelingsleeftijd van iemand met een LVB is vergelijkbaar met het verstandelijk vermogen van een jeugdige van ongeveer zeven tot twaalf jaar. 75 procent van de mensen met een verstandelijke beperking heeft een licht verstandelijke beperking. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de 50 en 75.



### *Matig verstandelijke beperking*

Clënten met een matig verstandelijke beperking functioneren op het ontwikkelingsniveau van een kind tussen circa vier en zeven jaar, en hebben een IQ tussen de 35 en de 50. Bij mensen met een matig verstandelijke beperking staan de concrete werkelijkheid en de eigen beleving centraal. Over het algemeen hebben zij moeite met abstracte begrippen en schoolse vaardigheden. Daarnaast hebben zij meer dan mensen met een LVB ondersteuning nodig bij onder meer wonen, werken en vrijetijdsbesteding. Het aangaan en onderhouden van sociale contacten is zeker mogelijk, al kunnen er problemen spelen op het gebied van de sociale en communicatieve vaardigheden.

### *Ernstig verstandelijke beperking*

Mensen met een ernstig verstandelijke beperking (EVB) hebben een IQ tussen de 20 en 35. Bij deze doelgroep is er sprake van een ontwikkelingsleeftijd die vergelijkbaar is met een twee- tot vierjarige. Mensen met een EVB hebben doorgaans veel moeite om anderen te begrijpen of de eigen gevoelens onder woorden te brengen. Daarnaast zijn er mogelijk beperkingen in zelfredzaamheid (bijvoorbeeld eten, wassen en aankleden) en op het gebied van socialisatie. Mensen met een EVB hebben vaak grote moeite om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden. Ook zijn zij niet in staat om bijvoorbeeld contact te onderhouden met instanties: dit wordt meestal volledig overgenomen door bijvoorbeeld een familielid, een begeleider of een bewindvoerder. Mensen met een EVB komen de dagen bij voorkeur door met activiteiten waar onder meer beweging, zintuiglijk spel, beleving en creativiteit centraal staat.

### *Zeer ernstig verstandelijke beperking*

Mensen met een zeer ernstig verstandelijke beperking functioneren verstandelijk gezien maximaal op het niveau tot twee jaar. Zij zijn op alle aspecten van veiligheid, persoonlijke verzorging en gezondheid afhankelijk van anderen. Mensen met een zeer ernstig verstandelijke beperking hebben vaak moeite met het maken van volle zinnen en uiten zich vaak door non-verbale communicatie, bijvoorbeeld door geluiden of symbolische gebaren.

## **Mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperking**

In de maatschappelijke zorg worden niet alleen cliënten geholpen die een belemmering ervaren in hun denken. Ook mensen die een belemmering ervaren in hun lichamelijke functioneren kunnen een beroep doen op de maatschappelijke zorg. Bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke of zintuiglijke beperking. Daarnaast zijn er ook cliënten die een combinatie van een verstandelijke en lichamelijke beperking hebben. Dit wordt een meervoudige beperking genoemd. In de volgende paragrafen leest u hier meer over.

### **Mensen met een lichamelijke beperking**

Net als bij de andere doelgroepen is er onder mensen met een lichamelijke beperking sprake van een grote onderlinge verscheidenheid. De gemene deler is dat er iets mis is in het lichaam waardoor bewegen bemoeilijkt wordt. Dit kan onder meer komen doordat er sprake is van een spierziekte, of een aangeboren vergroeiing van lichaamsdelen. De lichamelijke beperking kan ontstaan zijn voor of tijdens de geboorte, maar ook tijdens het volwassen leven, bijvoorbeeld door een ongeluk. De mate van zelfred-

zaamheid onder mensen met een lichamelijke beperking is zeer divers. Sommige mensen dienen meerdere malen per dag hulp te krijgen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals douchen, aankleden en eten. Anderen redden zich prima met wat hulpmiddelen. Daarnaast zijn er ook mensen met een lichamelijke beperking die volledig zelfstandig functioneren. Mensen met een lichamelijke beperking hebben door hun aandoening soms moeite om deel te nemen aan het sociale leven. Niet alleen doordat zij fysiek moeite hebben om ergens ter plaatse te komen, ook doordat hun beperking gevoelens van onzekerheid kan oproepen.

### **Mensen met een zintuiglijke beperking**

Via onze zintuigen beleven wij de wereld om ons heen. Horen, zien, voelen, ruiken en proeven geven ons informatie over wat er om ons heen gebeurt. Bij mensen met een zintuiglijke beperking is er een verstoring van de werking van de zintuigen. In grote lijnen kan er onderscheid gemaakt worden in de auditieve beperking (doofheid), de visuele beperking (blindheid) en doofblindheid. Een zintuiglijke beperking is niet altijd zichtbaar: gehoorapparaten van tegenwoordig kunnen zo klein zijn dat ze niet meer opvallen, en het dragen van een bril is heel gewoon. Sommige mensen met een zintuiglijke beperking participeren zonder al te grote moeite aan het dagelijkse leven. Anderen ondervinden echter belemmeringen. Iemand met een auditieve beperking heeft bijvoorbeeld veel moeite om gesprekken te volgen. Dit kan leiden tot onzekerheid en het vermijden van sociale activiteiten. Daardoor kan het voorkomen dat mensen met een auditieve beperking in een sociaal isolement raken.

### **Mensen met een meervoudige beperking**

Wanneer iemand een meervoudige beperking heeft, is er zowel een lichamelijke als verstandelijke beperking aanwezig. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een 'gewone' meervoudige beperking en mensen met een meervoudige complexe handicap. Onder de eerste groep vallen de mensen met een matig verstandelijke beperking in combinatie met een ernstige lichamelijke beperking. De laatste groep bestaat uit mensen met zowel een ernstige lichamelijke beperking én een ernstige verstandelijke beperking. Mensen met een meervoudige beperking hebben vaak zorgverlening nodig. Dit kan variëren tot lichte ondersteuning in de ADL, tot vrijwel continue monitoring en zorg in een 24-uursvoorziening.

### **Mensen met een verslaving**

De (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg tegen kan in de beroepspraktijk mensen met een verslaving tegenkomen. Bijvoorbeeld omdat de (persoonlijk) begeleider werkzaam is in de verslavingszorg. Maar ook onder andere doelgroepen zijn mensen met een verslaving te vinden. In de volgende paragrafen wordt er onder andere dieper ingegaan over wat een verslaving precies is, en wat de gevolgen van een verslaving zijn.

### **Wanneer is iets een verslaving?**

Stelt u zich eens voor: u sport wekelijks op dinsdagavond met een aantal van uw vrienden. In eerste instantie richtten u en uw vrienden zich voornamelijk op het

sporten. Omdat u en uw vrienden tijdens de sportactiviteit nog niet uitgepraat zijn, besluit u om de sportactiviteit gezamenlijk af te sluiten in de sportkantine, waar u een biertje drinkt. U vindt het allemaal erg gezellig en besluit om elke week na het sporten naar de sportkantine te gaan. Een aantal maanden later beseft u dat u elke week een biertje hebt gedronken na het sporten. In het kader van uw gezondheid besluit u een kopje thee te bestellen. Uw vrienden bestellen wel gewoon een biertje. U krijgt opeens ontzettende trek in een biertje, het water loopt u in de mond, en wordt zelfs een beetje onrustig. De tweede ronde besluit u weer met uw vrienden mee te doen en bestelt een biertje. Is er hier sprake van een verslaving?

Ieder mens heeft te maken met gewoonten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de gewoonte om 's ochtends na het ontwaken een ontbijt te nuttigen, of de gewoonte om op een vaste avond in de week te sporten. Ook het biertje na het sporten kan onder een gewoonte vallen. Wanneer dat ene biertje na afloop van het sporten niet gedronken wordt, en er daardoor onrust optreedt, is er echter niet per se sprake van een verslaving. Om dit te constateren is er meer informatie nodig over de persoon waar het om gaat, bijvoorbeeld gegevens over het algehele drankgebruik van deze persoon en in welke mate de persoon er zelf last van ervaart. Het woord verslaving doet vaak denken aan iemand die niet zonder alcohol of drugs kan. Maar ook wordt het woord verslaving in de volksmond soms informeel gebruikt om aan te duiden dat iemand iets heel graag of heel vaak doet. Denk bijvoorbeeld aan iemand die zegt: "Ik ben helemaal verslaafd aan chocolade." Binnen deze leerstof wordt het woord verslaving gekoppeld aan de beschrijving die gegeven wordt in de DSM-5, een middelgerelateerde of verslavingsstoornis. Mensen kunnen verslaafd raken aan een middel, zoals alcohol, cannabis of cocaïne. Maar iemand kan ook verslaafd zijn aan een handeling. Denk daarbij aan een gokverslaving, seksverslaving en een gameverslaving. Vaak is de verslaving ontstaan omdat iemand een plezierig gevoel kreeg van het middel of de handeling ('genot'), of minder last ervaart van spanningen of negatieve emoties door zich tijdelijk te verdoven met een middel. In de DSM-5 wordt genoemd dat persoon die het betreft in elk geval lijdensdruk ervaart door het gebruik of de handeling. Daarnaast zijn er elf criteria genoemd die van toepassing kunnen zijn op iemand met een verslaving. Voorbeelden hiervan zijn het vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken van een middel of verrichten van een handeling dan het plan was, of het tekortschieten thuis, op school of op het werk door gebruik van een middel of het verrichten van een handeling. Wanneer iemand aan twee van de elf criteria voldoet is er al sprake van een milde middelgerelateerde of verslavingsstoornis.

### *Onthouding en tolerantie*

Belangrijke verschijnselen bij mensen met een verslaving zijn onthouding en tolerantie. Onthouding houdt in dat de persoon in kwestie psychische of lichamelijke verschijnselen krijgt wanneer hij of zij niet op tijd de beschikking heeft tot het middel of de gedraging. Denk daarbij aan een alcoholist die gaat trillen en zweten wanneer hij niet de beschikking heeft over zijn volgende biertje, of de roker die chagrijnig wordt als hij niet kan roken in de pauze. Wanneer iemand stopt met het middel, en daardoor ernstige onthoudingsverschijnselen krijgt, spreekt men in de volksmond ook wel van 'afkicken'. Ook mensen met een gedragsverslaving kunnen last ervaren van onthou-

dingsverschijnselen. Iemand die gewend is om maandenlang het grootste deel van de dag op te gaan in een computerspel, kan negatieve lichamelijke en psychische sensaties ervaren wanneer er abrupt gestopt wordt met de handeling. Bij sommige verslavingen is het gevaarlijk om op eigen houtje en zonder medische en psychische ondersteuning te stoppen. Denk hierbij aan een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, of een heroïneverslaving. Naast onthouding wordt ook vaak het begrip tolerantie genoemd wanneer over middelgerelateerde of verslavingsstoornis wordt gesproken. Daarmee wordt bedoeld dat er vaak meer van het middel nodig is om hetzelfde effect te bereiken: er treedt gewenning op. Hierdoor kan degene die het middel gebruikt de neiging hebben om steeds meer te gaan gebruiken, om hetzelfde effect te blijven sorteren. Dit is een gevaarlijk verschijnsel, aangezien men hiermee schade toe kan brengen aan de eigen gezondheid. Een mogelijk gevolg hiervan is een overdosis. Ook bij gedragsverslavingen kan gewenning optreden.

### **Maatschappelijke acceptatie**

De mate waarin de middelgerelateerde of verslavingsstoornis invloed heeft op het dagelijkse leven van een individu, is afhankelijk van de ernst van de stoornis. De ernst van een verslaving kan nogal eens onderschat worden. Wanneer een man bijvoorbeeld vijf of meer alcoholische eenheden (dat zijn kleinere hoeveelheden dan men vaak inschenkt) op een avond drinkt, wordt al gesproken van 'bingedrinken'. Binnen vele kringen is het drinken van vijf biertjes of wijntjes tijdens het diner geen uitzondering en sociaal geaccepteerd. Sociale gelegenheden zijn vaak verweven met 'gezellig' samen een borrel drinken. Ook de maatschappelijke acceptatie van het gebruik van verschillende soorten drugs, zoals het gebruiken van ecstasy op een dancefeest, is de laatste decennia toegenomen. Maar ook het spelen van games op de console of pc is behoorlijk ingeburgerd. Op andere verslavingen, zoals een stoornis in het gebruik van heroïne, wordt vaak meer afkeurend gereageerd. Dit terwijl de andere verslavingen die wij noemden evengoed grote gevolgen kunnen hebben op de persoon met de verslaving en zijn of haar omgeving.

### **Gevolgen van verslaving**

De gevolgen van de verslaving zijn afhankelijk van de type verslaving, de persoon die verslaafd is en van de ernst van de verslaving. Mensen met een verslaving kunnen door hun gebruik bijvoorbeeld tekortschieten op het werk of thuis. Ook kan het zijn dat er relationele problemen ontstaan door het gedrag dat het overmatige gebruik met zich meebrengt. Soms worden hobby's, sociale activiteiten of werk opgegeven door gebruik. Ook kunnen mensen zichzelf in gevaar brengen. Zo zijn er mensen die dronken een auto besturen, of zo veel van een middel gebruiken dat ze bewusteloos raken. Veel mensen met een verslaving ervaren vaak een breed scala aan lichamelijke en psychische gevolgen van hun verslaving. Een slechte conditie, ondervoeding, somberheid en geheugenverlies zijn voorbeelden van deze gevolgen.

### **Dak- en thuislozen**

Bij dak- en thuislozen wordt vaak nog gedacht aan de verslaafde die onder een kartonnen doos onder de brug ligt. Ook al is dit nog steeds te zien in het hedendaagse straatbeeld, de groep dak- en thuislozen is breder dan vaak gedacht wordt.

## **Wanneer is iemand dak- of thuisloos?**

De termen dak- en thuisloos worden vaak afwisselend gebruikt, of in één adem genoemd. Met deze begrippen worden echter wel twee verschillende definities aangeduid. Iemand die dakloos is, heeft geen vaste woon- of verblijfplaats en staat niet met een adres ingeschreven in het bevolkingsregister. Iemand die thuisloos is, wisselt steeds van onderdak of woonplaats. Vaak verblijft deze persoon afwisselend bij vrienden of familieleden. Dit wordt ook wel 'bankhoppen' genoemd. Mensen die thuisloos zijn, staan meestal wel ingeschreven op een adres, bijvoorbeeld bij het familielid waar zij verblijven. Het beeld van de man onder een kartonnen doos onder de brug is al lang niet meer een juiste afspiegeling van dak- of thuisloosheid. Een dak- of thuisloze kan bijvoorbeeld ook een goed verzorgde jonge werkende vrouw zijn die zonder haar eigendommen is weggelopen van haar gewelddadige man, of een hardwerkende man met schulden die zijn huis uit is gezet omdat hij te lang zijn huur niet heeft betaald.

## **Oorzaken van dak- en thuisloosheid**

Wanneer wordt gekeken naar de achtergrond van de dak- of thuisloze persoon, is er een verscheidenheid van situaties, of een combinatie daarvan, die tot dak- of thuisloosheid geleid kunnen hebben. Dit zijn enkele voorbeelden:

- Een relatiebreuk of scheiding.
- Uithuiszetting door overlast of schulden.
- Psychische problemen.
- Verslaving.
- Financiële problemen.

Wanneer iemand dak- of thuisloos is, verergeren bovengenoemde problemen vaak. Zo kunnen de psychische problemen of verslavingen die iemand heeft verergeren door het leven op straat. Iemand met psychische problemen of een ernstige verslaving kan vaak niet zonder professionele hulp herstellen. De dak- of thuisloze heeft niet de beschikking over goede hulp en bevindt zich in een onvoorspelbare en soms onveilige situatie, wat de ernst van de aandoening en problemen kan vergroten.

## **Mensen met een migratieachtergrond en asielzoekers**

Al eeuwenlang trekken mensen naar een ander land voor een betere toekomst, zo ook naar Nederland. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de militairen uit voormalig Nederlands-Indië die niet meer in hun eigen land terechtkonden, of aan de arbeidsmigranten uit Zuid-Europa, Turkije en Marokko die in de jaren zestig werden geworven om in Nederland bij te dragen aan de snel ontwikkelende economie. Daarnaast zijn er diverse voorbeelden te noemen van groepen mensen die gevlucht zijn in verband met een onveilige situatie in het land van herkomst.

## **Een toelichting op verschillende termen**

Wanneer het aankomt op de wijze waarop mensen met een andere afkomst dan de Nederlandse worden beschreven in de literatuur en de media, worden er vaak diverse termen door elkaar gebruikt. Als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg is



het belangrijk om te weten welke termen het meest gangbaar zijn in het huidige tijdsbeeld.

### *Mensen met een migratieachtergrond*

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2022), wordt met de definitie ‘mensen met een migratieachtergrond’ de groep mensen aangeduid die in Nederland wonen, maar in het buitenland geboren zijn (eerste generatie), of waarvan ten minste een van de ouders een immigrant is (tweede generatie). In 2022 had in Nederland ongeveer 25 procent van de inwoners een migratieachtergrond (CBS, 2022). Lange tijd werd voor deze mensen de term allochtoon gehanteerd. Daarbij werd er een onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Sinds 2022 is dit onderscheid komen te vervallen. Tevens wordt bij voorkeur de term allochtoon niet meer gebruikt. In plaats daarvan wordt er in overheidsdocumenten en in het werkveld de term mensen met een migratiegrond gebruikt. Deze term omvat echter niet de volledige groep mensen die zich vanuit de familiegeschiedenis verwant voelt met een bepaald land of cultuur. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de derde generatie: dit zijn de mensen van wie beide ouders in Nederland geboren zijn, maar waarvan ten minste een grootouder in het buitenland geboren is.

### *Asielzoekers*

Wanneer iemand van buiten de Europese Unie (EU) in het land van herkomst te vreezen heeft voor oorlog, een onmenselijke behandeling of vervolging, kan diegene asiel aanvragen in Nederland. Deze personen worden aangeduid met de term asielzoeker. De definities asielzoeker en vluchteling worden vaak door elkaar gebruikt. Niet elke asielzoeker wordt echter als een vluchteling gezien. Wanneer de asielzoeker in Nederland komt, wordt er asiel aangevraagd bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Zij bepalen aan de hand van het vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties (VN) of de asielzoeker wordt erkend als vluchteling. Wanneer een asielzoeker als vluchteling wordt erkend, betekent dit dat deze persoon door de situatie in het land van herkomst recht heeft op internationale bescherming (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2022). Wanneer de asielaanvraag wordt goedgekeurd, kan het inburgeringstraject beginnen. Voor de meeste vluchtelingen ouder dan achttien jaar en jonger dan de pensioengerechtigde leeftijd geldt een inburgeringsplicht. Dat houdt in dat diegene een verplichte inburgeringscursus moet volgen met als doel de maatschappelijke participatie en de economische afhankelijkheid te vergroten. Soms is er sprake van een afwijzing van de asielaanvraag. Redenen hiervoor kunnen zijn dat de situatie in het land van herkomst niet schrijnend genoeg is, of omdat iemand naar Nederland is gekomen op grond van economische redenen. Volgens Vluchtelingenwerk Nederland (2022) hebben personen van wie de asielaanvraag is afgekeurd, ook wel ‘uitgeprocedeerde asielzoekers’ genoemd, het recht om de afhandeling van de aanvraag te laten beoordelen door een rechter. Wanneer de afwijzing terecht is, mag de asielzoeker niet meer in Nederland verblijven en dient de asielzoeker teruggestuurd te worden naar het land van herkomst. De uitzetting van uitgeprocedeerde asielzoekers verloopt echter vaak problematisch. Het land van herkomst werkt bijvoorbeeld niet altijd mee met het toelaten van de uitgeprocedeerde asielzoeker. Daarnaast verkiezen sommige mensen een leven in de illegaliteit boven een terugkeer naar het land van herkomst.

## **Diversiteit en inclusie**

Aangezien in Nederland ruim een kwart van de bevolking een migratieachtergrond heeft, is het vrijwel zeker dat beroepsprofessionals in de maatschappelijke zorg met iemand te maken krijgen wiens achtergrond gestoeld is op een ander land en/of een andere cultuur. Mensen met een migratieachtergrond hebben een grote verscheidenheid aan geboortelanden, culturen en religies. Deze verscheidenheid kan aangeduid worden met het begrip diversiteit. Hierbij is het belangrijk om te benoemen dat diversiteit niet alleen gaat over verscheidenheid binnen de groep mensen met een migratieachtergrond. Het begrip diversiteit omvat eigenlijk alle kenmerken waarop alle burgers in de maatschappij van elkaar kunnen verschillen. Denk hierbij naast geboorteland, cultuur en religie ook aan geslacht, leeftijd, seksuele voorkeur, huidskleur, lichamelijke gezondheid, mentaal welbevinden en intelligentie. Het is essentieel dat iedereen, ondanks de grote diversiteit, op zijn of haar manier mee mag doen in de maatschappij. Hiervoor wordt het begrip inclusie gebruikt. Inclusie betekent letterlijk 'insluiten'. Het is het tegenovergestelde van exclusie, wat uitsluiting betekent. Als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg is het belangrijk om bekend te zijn met de begrippen diversiteit en inclusie. Bij het werken met mensen met een migratieachtergrond is het onder meer belangrijk dat de beroepsprofessional zich respectvol opstelt en zich verdiept in het referentiekader van de cliënt. Daarnaast is het van belang dat de beroepsprofessional op de hoogte is van de toepassing van interculturele communicatie. In de onderdelen 'Soorten hulpverlening' en 'Hulpverleningsinstanties in de maatschappelijke zorg' gaan wij dieper in op de hulpverlening aan mensen met een migratieachtergrond.

## **De invloed van gebeurtenissen op het welbevinden**

Asielzoekers hebben vaak een geschiedenis die getekend wordt door geweld en oorlog. Daarnaast hebben zij hun vertrouwde omgeving achter zich gelaten en kan het opbouwen van een toekomst in een vreemd land onzekerheden met zich meebrengen. Deze ervaringen kunnen gevoelens van verdriet, angst of boosheid veroorzaken. Dat deze ervaringen uit het verleden een invloed kunnen hebben op het welbevinden, kan gezien worden als een normale reactie op de gebeurtenissen uit het verleden. Volgens de organisatie Pharos (2018) hoeft het hebben van deze ervaringen niet te leiden tot een psychiatrische stoornis. Toch wordt er bij vluchtelingen een hoger risico op psychiatrische klachten geconstateerd dan bij de gemiddelde inwoner van Nederland. Denk hierbij aan depressie en een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

### *Posttraumatische stressstoornis*

Wanneer de ernstige en dreigende gebeurtenissen de overhand nemen in iemands dagelijks functioneren, kan er sprake zijn van PTSS. In de DSM-5 is PTSS ingedeeld onder de trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen. Wanneer iemand een heftige gebeurtenis meemaakt, is het gangbaar dat iemand voor een periode van ongeveer vier weken moeite heeft om gedachten aan de gebeurtenis los te laten. Ook kunnen, zoals eerder genoemd, emoties van heftige boosheid, angst of verdriet als een normale reactie op een gebeurtenis gezien worden. Wanneer deze symptomen echter na vier weken nog volop aanwezig zijn, dan kan er sprake zijn van een stoornis in de verwerking van de gebeurtenis. Mogelijk is er dan sprake van PTSS. De cliënt met PTSS ervaart

een veelvuldige terugkeer van de ernstige en/of dreigende gebeurtenis in zijn of haar gedachten en/of dromen. De cliënt heeft geen controle op de gedachten en dromen die zich voordoen. De heftige gevoelens van verdriet, boosheid en angst duren voort. Mensen met PTSS kunnen overmatig prikkelbaar zijn; ze zijn bijvoorbeeld snel boos. Ook kan het zijn dat zij moeite hebben met slapen of zich te concentreren. Er kan sprake zijn van een onrustig of opgejaagd gevoel. Om zichzelf te kalmeren, gaan sommige mensen met PTSS overmatig alcohol of drugs gebruiken. PTSS komt niet alleen voor onder asielzoekers, maar bijvoorbeeld ook bij veteranen, bij mensen die een ernstig ongeluk hebben gehad, of bij mensen die seksueel misbruikt zijn. Wanneer er vermoedens zijn van PTSS, kan de cliënt ervoor kiezen om hulp te zoeken bij de huisarts. Die verwijst de cliënt mogelijk door naar de geestelijke gezondheidszorg.

## **Adolescenten**

Professionals binnen de maatschappelijke zorg krijgen te maken met cliënten met een grote diversiteit aan leeftijden. Over het algemeen vormen jeugdigen tot achttien jaar een minder grote doelgroep in de maatschappelijke zorg, aangezien zij nog onder de Jeugdwet vallen. Toch is het belangrijk om stil te staan bij adolescenten, aangezien de adolescentie ook de periode na het achttiende levensjaar aanduidt.

## **Adolescentie verder uitgelicht**

De grens waarop de jeugdige niet meer onder de Jeugdwet valt is achttien jaar. Iemand van achttien wordt voor de wet gezien als (financieel) zelfstandig. Er zijn echter doorgaans nog vele ontwikkelingen te doorlopen voordat je kunt spreken van ‘echte’ volwassenheid. De periode tussen de jeugd en volwassenheid wordt aangeduid met ‘adolescentie’. Er is geen overeenstemming over de precieze leeftijd waarop adolescentie begint en eindigt. Grofweg variëren de meningen van het tiende levensjaar tot midden twintig. In deze leerstof spreken wij over personen ouder dan achttien jaar tot ongeveer midden twintig. Adolescenten houden zich vaak bezig met wie ze zijn en wat hun plaats in de maatschappij is. Onbewust en bewust bouwen zij aan de rol die zij als volwassene willen vervullen. Het contact met leeftijdsgenoten (‘peers’) is in deze periode erg belangrijk. Ook vinden er lichamelijke veranderingen plaats. Er is een overlap met het begrip puberteit. De kans dat de beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg adolescenten tegenkomt, is vrij groot: zij bevinden zich onder alle bovengenoemde doelgroepen.

## **Mogelijke problematiek**

Binnen de adolescentie kunnen zich verschillende moeilijkheden voordoen. Veel van deze moeilijkheden zijn te beschouwen als onderdeel van een gezonde ontwikkeling. Binnen het gezin kunnen zich bijvoorbeeld conflicten voordoen tussen de adolescent en de ouders, doordat de adolescent behoefte krijgt aan autonomie en eigen regie, en daardoor minder rekening houdt met de wensen van de ouders. Daarnaast is de adolescentie een periode waarin de jeugdige mogelijk gaat experimenteren met alcohol, drugs en seksualiteit. Door onder meer de vele lichamelijke veranderingen, de bewustwording van de eigen identiteit, en het vergelijken met leeftijdsgenoten, kunnen onzekerheden of sombere gevoelens ontstaan. Al deze gevoelens en gedragingen dienen niet direct geproblematiseerd te worden. Toch is het goed om alert te zijn op

een verergering van symptomen. Diverse psychische stoornissen komen voor het eerst tot uiting in de adolescentie, en een vroege opsporing ervan kan soms bijdragen aan de efficiëntie van de behandeling.

Soms hebben cliënten in het verleden niet de juiste zorg gekregen van ouders, of ze hebben geen stabiele basis gekend doordat zij veel gewisseld hebben binnen jeugdzorg-instellingen. Hierdoor kan het zijn dat zij problemen hebben met het vertrouwen van mensen, of zich juist heel erg vastklampen aan iemand. Of er moeten nog bepaalde vaardigheden aangeleerd worden, omdat daar niet voldoende aandacht voor is geweest in de jeugd. Denk hierbij aan zelfzorg, sociale vaardigheden of het bijhouden van administratie. Sommige adolescenten met een complexe achtergrond zijn juist weer overmatig zelfstandig en ijverig, bijvoorbeeld doordat zij de zorg voor broertjes of zusjes hebben gedragen. Door de grote verscheidenheid aan adolescenten dient de hulpverlening, net als bij alle andere doelgroepen, afgestemd te worden op de individuele hulpvraag van de adolescente cliënt.

## Ouderen

Net zoals er bij elke andere doelgroep ontwikkelingen zijn waar de (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg rekening mee dient te houden, zijn er ook onder de doelgroep ouderen een aantal kenmerken die belangrijk zijn om in gedachten te houden bij het begeleiden van de oudere.

### Wat wordt verstaan onder de term ouderen?

In de volksmond wordt met oudere vaak iemand van 65 jaar of ouder bedoeld. Dit was voorheen de leeftijd waarop de meeste mensen konden stoppen met werken. Maar 'de oudere' is eigenlijk geen term die eenduidig te beschrijven is: er is een grote diversiteit in hoe ouderen zich voelen en gedragen. Zo zijn er bijvoorbeeld mensen van 60 met veel lichamelijke klachten en weinig levenslust, maar kan iemand van 80 daarentegen een optimistische kijk op het leven hebben en elke dag een stukje gaan fietsen op de elektrische fiets. Binnen deze leerstof hanteren wij de beschrijving van de psycholoog Erik Erikson (*Childhood and Society*, 1950). Erikson beschrijft de levensfase waar de oudere zich in bevindt als de 'late volwassenheid'. Tijdens de late volwassenheid wordt er teruggekeken op het leven dat de oudere geleefd heeft. Sommige ouderen kijken met tevredenheid terug op hun leven. Daarbij kunnen zij een positief gevoel ervaren ('integriteit'). Maar de oudere kan ook te maken hebben met een minder goed gevoel over het eigen leven, of angst voor de dood. Hierdoor kan de oudere gevoelens van wanhoop ervaren. Er is geen harde scheidingsgrens tussen het wel of niet ervaren van integriteit of wanhoop: deze gevoelens wisselen elkaar soms af, of bestaan soms tegelijkertijd. Tevens zullen er ouderen zijn die een minder uitgesproken beleving hebben van beide emoties.

### Ontwikkeling in de late volwassenheid

Ondanks de grote diversiteit in de groep ouderen, zijn er enkele algemene ontwikkelpunten te benoemen waar de oudere op den duur vaak mee te maken krijgt gedurende de late volwassenheid. We bespreken hier opeenvolgend de cognitieve (verstandelijke), lichamelijke, sociale en emotionele ontwikkeling van de oudere. De cognitieve ontwik-

keling van ouderen tekent zich door het feit dat ouderen doorgaans langer nodig hebben om informatie te verwerken. Begrijpen en spreken gaat daarom soms langzamer. Ook ervaren veel ouderen meer moeite bij het onthouden van dingen. Daarnaast treden er lichamelijke veranderingen op. Dit kunnen waarneembare veranderingen zijn zoals grijze haren of een slapper wordende huid. Maar ook bijvoorbeeld de motoriek, het zicht en het gehoor kunnen achteruitgaan. Op het gebied van sociale contacten verandert er soms veel voor de oudere. Enerzijds kan er sprake zijn van verlies: men gaat soms met pensioen waardoor het contact met collega's vermindert, en steeds meer mensen in de omgeving van de oudere komen te overlijden. Maar er kunnen bijvoorbeeld ook (achter)kleinkinderen bijkomen, waardoor de oudere een nieuwe rol krijgt als (over)grootouder. Ook in de emotionele ontwikkeling van de ouderen is een grote verscheidenheid. Sommige ouderen vinden het moeilijk dat zij door het ouder worden meer afhankelijk worden van de hulp van anderen, en voelen zich schuldig wanneer zij hulp vragen. Weer anderen raken op een andere manier gefrustreerd door hun afhankelijkheid en laten dit zien door woede of veeleisendheid. Ook kan er, zoals eerder genoemd, in meer of mindere mate sprake zijn van angst voor de dood.

### **Dementie**

In de voorgaande paragraaf hebt u kunnen lezen dat geheugenverlies bij het ouder worden bij de normale ontwikkeling van het ouder worden hoort. Iemand met een milde vorm van geheugenverlies is vaak prima in staat om voor zichzelf en eventueel anderen te zorgen. Wanneer de eerder genoemde cognitieve vaardigheden, zoals het zich kunnen herinneren van gebeurtenissen, steeds verder afnemen, kunnen die een belemmering vormen voor het dagelijkse functioneren. In sommige situaties is er dan sprake van dementie. Bij dementie constateert men een geleidelijke achteruitgang van de informatieverwerking van de hersenen. Dit kan leiden tot een afname in iemands geestelijke gezondheid. Er zijn meer dan vijftig verschillende aandoeningen die ten grondslag kunnen liggen aan symptomen van dementie. De meest bekende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie.

## **Steunsystemen en de rol van verschillende beroepsprofessionals**

Een mens loopt in zijn leven doorgaans tegen bepaalde uitdagingen aan die invloed hebben op zijn welbevinden. Hij kan problemen ondervinden op verschillende levensgebieden, denk aan wonen, werken, psychisch welzijn en lichamelijk functioneren. Iemand kan zich bijvoorbeeld eenzaam voelen of financiële problemen krijgen. Ook kan er sprake zijn van een psychische of lichamelijke aandoening die een belemmering vormt in het dagelijkse functioneren. Het lukt mensen niet altijd om deze uitdagingen zelfstandig te overwinnen. Als het voor een persoon of zijn omgeving te lastig wordt, moet er mogelijk hulp komen van het sociale netwerk of een of meerdere beroepsprofessionals uit de maatschappelijke zorg: er ontstaat een maatschappelijk steunsysteem rondom de cliënt.



## Het maatschappelijke steunsysteem

Wanneer iemand met een kwetsbare positie in de samenleving een beroep doet op de maatschappelijke zorg, is het van belang dat er in meer of mindere mate een maatschappelijk steunsysteem rondom deze persoon wordt gevormd (afhankelijk van de complexiteit van de casus). Het kan zijn dat iemand een eenzijdig probleem heeft dat door een enkele persoon uit het eigen netwerk of door een hulpverleningsinstantie verholpen kan worden. Denk hierbij aan iemand die hulp nodig heeft bij het invullen van een formulier. In de maatschappelijke zorg gaat het echter vaak om een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden. Om te zorgen dat de cliënt op een efficiënte manier aan zijn of haar algehele welbevinden te werken, kan het belangrijk zijn dat de cliënt een beroep kan doen op zijn of haar maatschappelijke steunsysteem. Het maatschappelijke steunsysteem bestaat onder meer uit het sociale netwerk van de cliënt en diverse hulpverleningsinstanties, zoals de ggz of welzijnsorganisaties. In de volgende paragrafen gaan wij dieper in op het sociale netwerk en op de diverse soorten hulpverlening die onderdeel kunnen zijn van het maatschappelijke steunsysteem van de cliënt.

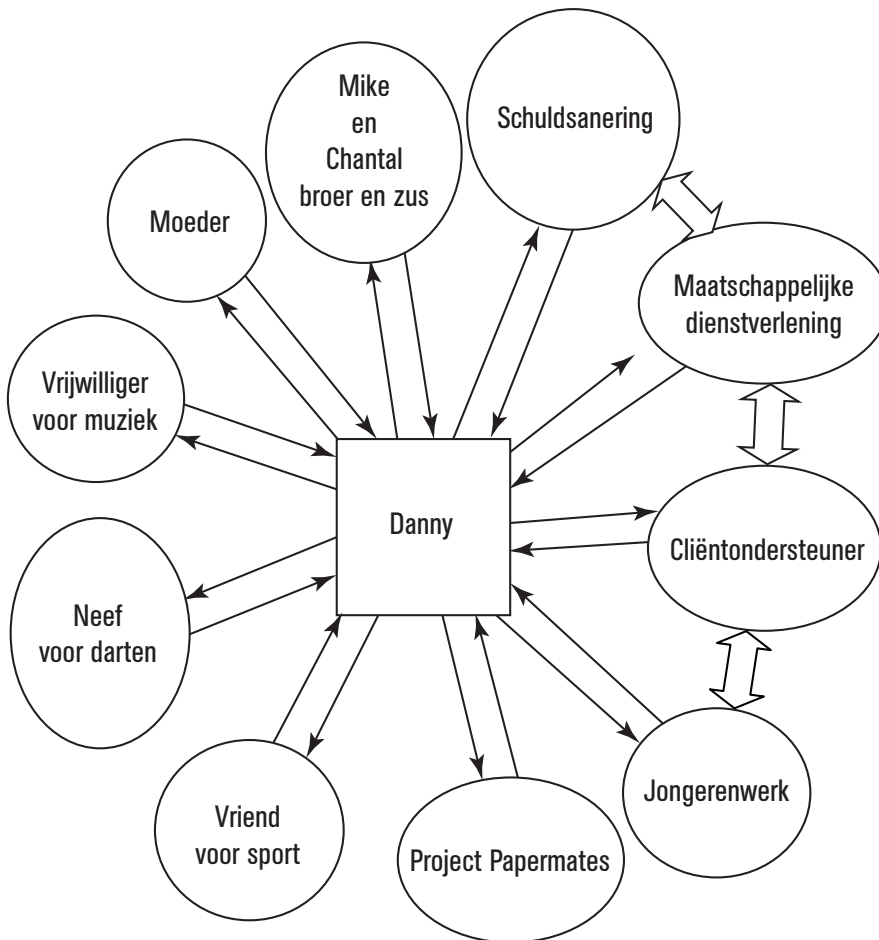
## Het sociale netwerk

Over het algemeen heerst er in de maatschappelijke zorg de overtuiging dat het hebben van goede sociale relaties kan bijdragen aan het welbevinden van een persoon. Tevens kan het een beschermende factor zijn voor iemand met een kwetsbare positie in de maatschappij. Wanneer iemand een beroep doet op hulpverlening, wordt er vaak eerst gekeken of er personen in de omgeving van de cliënt aanwezig zijn die zorg kunnen verlenen aan hun naaste, bijvoorbeeld in de vorm van mantelzorg. Ook kan er onderzocht worden of de inzet van een vrijwilliger wenselijk is. Het sociale netwerk van cliënten is echter veel breder dan alleen personen die in staat zijn om informele zorg te leveren. Een sociaal netwerk bestaat uit het geheel aan sociale kringen waarbinnen de cliënt zich bevindt. Denk aan familie, sportvrienden, buurtgenoten, jeugdvrienden en collega's. Sommige mensen die een beroep doen op maatschappelijke zorg hebben een beperkt sociaal netwerk, of maken er niet voldoende gebruik van. Het vergroten, benutten en versterken van het sociale netwerk is een belangrijk thema in de beroepspraktijk van de maatschappelijke zorg. Een manier om het maatschappelijke steunsysteem van de cliënt visueel in kaart te brengen is een ecogram. In afbeelding 1 is een voorbeeld van zo'n ecogram weergegeven.

Het ecogram is een afbeelding waarbij de cliënt centraal wordt gesteld. Om de cliënt heen worden de verschillende personen en/of organisaties getekend waar de cliënt mee te maken heeft. Het ecogram wordt bij voorkeur door de cliënt zelf gemaakt, met eventuele ondersteuning van een professional. Aan de hand van het ecogram is een analyse te maken van het maatschappelijke steunsysteem. Mogelijke vragen die gesteld kunnen worden naar aanleiding van een ecogram:

- Is de cliënt tevreden met het maatschappelijke steunsysteem?
- Ontbreken er nog personen en organisaties?
- Zijn er personen of organisaties die onvoldoende benut worden?
- Wat is de kwaliteit van de contacten?

- Zijn er contacten waarbij de cliënt problemen ervaart?
- Is er mogelijk een overvloed aan hulpverlening?
- Zijn er mogelijkheden om hulpverlening af te schalen of om over te gaan tot een lichtere vorm van ondersteuning?



**Afb. 1** Voorbeeld van een ecogram. (Bron: OGN.)

## Werkvelden en disciplines in de maatschappelijke zorg

Als (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg kunt u werkzaam zijn in verschillende sectoren. Daarnaast is de kans groot dat u gaat samenwerken met een breed scala aan professionals, die net als u zorg dragen voor de cliënt.

### Sectoren

Geen enkele cliënt binnen de maatschappelijke zorg is hetzelfde. De zorg dient afgestemd te worden op de individuele cliënt, rekening houdend met onder andere de mogelijkheden van de cliënt, diens persoonlijke voorkeuren, en de aandoening en de ernst van de aandoening. De diversiteit van cliënten is ook terug te zien in de verschillen tussen de verschillende doelgroepen. Ook al lopen sommige doelgroepen wat in elkaar over, over het algemeen is de zorg aan verschillende doelgroepen ingedeeld in sectoren.

De beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg is vaak in een van de volgende sectoren werkzaam:

- gehandicaptenzorg
- geestelijke gezondheidszorg
- welzijn en maatschappelijke dienstverlening
- ouderenzorg
- re-integratiebedrijven
- justitiële instellingen.

### **Werkvelden en disciplines**

Wanneer de kwetsbare burger eenmaal een beroep heeft gedaan op hulpverlening, krijgt diegene vaak te maken met verschillende professionals van verschillende organisaties, niveaus en vakgebieden. Denk aan een oudere cliënt die fysiotherapie krijgt voor zijn lichamelijke klachten, afspraken heeft met de huisarts over medicatie voor zijn hoge bloeddruk, en daarnaast eenmaal per week een afspraak heeft met zijn persoonlijk begeleider om te onderzoeken hoe hij aan zijn eenzaamheid kan werken. Als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg is de kans dus groot dat de cliënt die u begeleidt met meerdere professionals te maken heeft, en dat samenwerking tussen de cliënt en de diverse beroepsprofessionals mogelijk gewenst is. De (persoonlijk) begeleider werkt dan samen met professionals uit verschillende werkgebieden. De diversiteit aan beroepsprofessionals binnen de maatschappelijke zorg is groot. We bespreken hieronder enkele belangrijke werkvelden en disciplines waar cliënten en beroepsprofessionals in maatschappelijke zorg mee te maken hebben.

#### *De huisartsenpraktijk*

Wanneer iemand problemen ervaart in zijn of haar (psychische) gezondheid, en daarvoor nog geen hulp heeft, is de huisarts in principe het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan dan bijvoorbeeld een doorverwijzing geven voor een bepaalde therapie. Denk aan iemand met een depressie die wordt doorverwezen naar een psycholoog. Er is echter de laatste jaren wel wat veranderd binnen de organisatie van de huisartsenpraktijk. In lijn met de trend dat zorg zo dicht mogelijk bij de burger georganiseerd moet worden, zijn er bij de meeste huisartsenpraktijken praktijkondersteuners aangesloten, ook wel POH genoemd. Er zijn verschillende POH's, bijvoorbeeld POH-somatiek en POH-ggz. Mensen met een lichamenlijk chronische aandoening (zoals diabetes en hart- en vaatziekten) kunnen een beroep doen op de POH-somatiek. Bijvoorbeeld om hun gezondheid te monitoren, of om adviezen te geven hoe om te gaan met medicatie en leefstijl. Dit voorkomt dat mensen hiervoor naar het ziekenhuis moeten. Zo'n ziekenhuis is vaak verder weg en de zorg is er duurder. De POH-ggz ondersteunt de huisarts bij de begeleiding en behandeling van patiënten met problemen van psychische aard. Vaak zijn het mensen met een wat mildere psychische problematiek die in een aantal (meestal vijf tot zeven) afspraken met de POH in gesprek gaan over hun problemen. Soms kan er net wat meer aandacht nodig zijn om te onderzoeken naar welke organisatie de cliënt doorverwezen dient te worden voor zijn of haar psychische problematiek. Ook hierbij kan de POH-ggz een rol spelen. Bij wat complexere problematiek kan de huisarts er ook voor kiezen de cliënt door te verwijzen naar het Sociaal Wijkteam of het Wmo-loket.

*Het Sociaal Wijkteam en Wmo-loket*

In Nederland is sinds 2015 de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. In deze wet staat dat de zorg erop ingericht moet zijn dat burgers zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De wijze waarop de Wmo wordt georganiseerd, verschilt per gemeente. Zo kunnen burgers zich in sommige gemeenten aanmelden bij een Wmo-loket, en in weer andere gemeenten kan iemand met een hulpvraag zich melden bij het Sociaal Wijkteam. Ook een huisarts kan hier naartoe verwijzen. Een Sociaal Wijkteam bestaat vaak uit verschillende professionals zoals maatschappelijk werkers en gezinscoaches, vaak 'Wmo-consulent' genoemd. In het onderdeel 'Relevante wet- en regelgevingen' vertellen wij u meer over de Wmo.

*Begeleiding bij het zelfstandig wonen*

Veel beroepsprofessionals in de maatschappelijke zorg zijn werkzaam als (persoonlijk) begeleider binnen het begeleid zelfstandig of beschermd wonen. Bij begeleid zelfstandig wonen, wat onder ambulante zorg valt, woont de cliënt in de eigen woning en heeft bijvoorbeeld wekelijks contact met de begeleider. Bij beschermd wonen kan de cliënt 24 uur per dag een beroep te doen op de begeleiding. Dit kan zijn vanuit een beschermde woonvorm, waar de cliënt geen eigen woning heeft, of vanuit beschermd wonen zonder verblijf. De cliënt heeft dan wel een eigen woning, maar kan toch 24 uur per dag een beroep doen op begeleiding, bijvoorbeeld doordat de organisatie een bereikbaarheidsdienst heeft. Meerdere doelgroepen maken gebruik van begeleid zelfstandig en beschermd wonen, bijvoorbeeld mensen met een licht verstandelijke beperking, of met psychische problematiek. Met begeleiding bij het zelfstandig wonen, wordt zelfstandig wonen in de brede zin van het begrip bedoeld: eigenlijk zou er moeten staan 'begeleiding bij zelfredzaamheid'. De (persoonlijk) begeleider biedt volgens een individueel begeleidingsplan ondersteuning bij hulpvragen voor op verschillende levensgebieden. Dat kunnen ondersteuningsvragen zijn die letterlijk betrekking hebben op de woning, bijvoorbeeld het aanleren van gedrag om de eigen woning schoon te houden. Maar ook hulpvragen rondom bijvoorbeeld zingeving of dagbesteding kunnen aan de orde komen. Deze zaken kunnen eraan bijdragen dat een cliënt zo zelfredzaam mogelijk participeert in de samenleving. Binnen een begeleidingsteam zal de (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg mogelijk te komen werken met andere (persoonlijk) begeleiders die bijvoorbeeld een verpleegkundige achtergrond hebben, of een achtergrond in sociaal werk, en zowel opgeleid in het middelbaar als hoger beroepsonderwijs (mbo en hbo).

*Thuiszorg*

Bij thuiszorg denkt men vaak aan de verzorgende die bijvoorbeeld bij een oudere thuis komt om zorg te dragen voor de persoonlijke verzorging of het huishouden. Denk aan hulp bij het aankleden, het toedienen van medicatie of het schoonhouden van de woning. Dit vormt nog steeds een deel van de thuiszorg. Wanneer u als (persoonlijk) begeleider samenwerkt met thuiszorgorganisaties, werkt u samen met helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen. De (persoonlijk) begeleider maatschappelijke zorg kan echter zelf ook werkzaam zijn bij een thuiszorgorganisatie. Thuiszorgorganisaties bieden de laatste jaren bijvoorbeeld steeds vaker ondersteuning aan mensen met een psychische aandoening.

### *Werk- en dagbesteding*

Als (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg kunt u zelf werkzaam zijn in, of samenwerken met, de discipline werk- en dagbesteding. Ook op dit gebied is het de bedoeling dat cliënten zo zelfstandig mogelijk functioneren, en zo veel mogelijk een beroep doen op reguliere voorzieningen. Bij voorkeur verricht de cliënt een vorm van betaald werk, en worden hobby's en sport bij clubs uitgevoerd die voor alle burgers bestemd zijn. Om de cliënt te ondersteunen in het arbeidsproces kan er bijvoorbeeld een jobcoach of trajectbegeleider ingeschakeld worden. In sommige situaties kan het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) ook ondersteuning bieden.

Sommige cliënten kunnen geen betaald werk verrichten. Dan moet gekeken te worden op welke manier de cliënt alsnog deel kan nemen aan activiteiten of het arbeidsproces, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk of een aanmelding voor geïndiceerde dagbesteding. In dit laatste geval krijgt de cliënt te maken met activiteitenbegeleiders die verschillende activiteiten aanbieden voor mensen met een hulpvraag, zoals creatieve of educatieve activiteiten.

### *Therapeutische behandeling*

Soms is het nodig dat een cliënt met psychische klachten op zoek gaat naar een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor is doorgaans een verwijzing nodig van de huisarts. Afhankelijk van de ernst van de klachten wordt de cliënt doorverwezen naar de basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Er zijn verschillende organisaties die de cliënt kunnen helpen. Sommige organisaties zijn groot en bestaan uit verschillende teams, bijvoorbeeld een apart team voor mensen met angsten. Maar er bestaat bijvoorbeeld ook de mogelijkheid om een behandeling te ontvangen van een professional die onafhankelijk van een organisatie werkt. In een behandelende setting zijn onder meer de psychiater en de psycholoog disciplines waar de beroepsprofessional uit de maatschappelijke zorg mee in aanraking komt. Een psychiater is een arts. Doorgaans richt de psychiater zich op de psychische aandoening en hoe de aandoening verbeterd kan worden, bijvoorbeeld door medicatie. Een psychiater beschikt over de mogelijkheid om medicatie voor te schrijven. Echter zijn er steeds vaker psychiaters die cliënten beschouwen vanuit de holistische benadering, en terughoudend zijn met het voorschrijven van medicatie. Een psycholoog richt zich over het algemeen meer op menselijk gedrag, de onderliggende denkprocessen en hoe deze veranderd zouden kunnen worden. Zowel de psychiater als een deel van de psychologen mogen een diagnose stellen.

### *De ervaringsdeskundige*

Wanneer iemand in zijn leven een bepaalde situatie meemaakt, zoals het leven met een verslaving, en in staat is om hierop te reflecteren, dan is er sprake van ervaringskennis. Wanneer iemand deze ervaringskennis methodisch inzet om anderen te ondersteunen bij het herstelproces, is er sprake van ervaringsdeskundigheid. Een ervaringsdeskundige is hiervoor opgeleid. De hulp die de ervaringsdeskundige biedt, kan vele vormen aannemen, afhankelijk van de hulpvraag. De inzet van ervaringsdeskundigheid is een van de aspecten die wordt aanbevolen vanuit de herstelvisie. Door de cliënt in contact te brengen met een ervaringsdeskundige, breng je iemand in het leven van de cliënt die

een persoonlijke ervaring heeft met herstel en weet hoe die ervaring professioneel in kan zetten om de cliënt tot inzichten te laten komen. Ervaringsdeskundigen worden veel ingezet binnen de ggz, verslavingszorg en jeugdzorg.

### *De sociaal-psychiatrische verpleegkundige*

Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) ondersteunt bij het herstel van een psychiatrische stoornis in complexe zorgsituaties. De SPV richt zich zowel op de begeleiding als behandeling van cliënten. De SPV'er richt zich, zoals de naam al zegt, op de ggz. De inzet van een SPV'er is vaak onderdeel van een behandeltraject, waarbij bijvoorbeeld ook een psychiater betrokken is.

### *Overige disciplines*

De hoeveelheid verschillende disciplines waarmee u als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg te maken krijgt, is erg groot. Het gaat te ver om elke mogelijke discipline uit te diepen. In deze laatste paragraaf lichten wij graag nog enkele belangrijke spelers toe die u mogelijk tegenkomt in het werkveld.

Zo hebben sommige cliënten hulp nodig met hun financiën: ze hebben bijvoorbeeld schulden, of moeite om de administratie op orde te houden. Er zijn diverse vormen van financiële ondersteuning, budgetbeheer en bewindvoering bijvoorbeeld. Wanneer u met ouderen werkt, kan het zijn dat er een geriater betrokken wordt bij de casus. Dit is een arts die gespecialiseerd is in lichamelijke, sociale en psychische problematiek bij ouderen. Daarnaast is het mogelijk dat de (persoonlijk) begeleider ondersteuning biedt aan gedetineerden of cliënten met een justitiële achtergrond. De reclasseringsambtenaar is dan vaak de persoon die monitort of een persoon zich aan de afspraken houdt die door de rechter zijn gesteld. Andere mogelijke disciplines die u tegen kunt komen, zijn sociaal-cultureel werkers en maatschappelijk werkers.

Een samenwerkingsverband dat de laatste jaren belangrijk is geworden in de maatschappelijke zorg, is het FACT-team. FACT staat voor 'Flexible Assertive Community Treatment'. Dit is een vorm van behandelen en begeleiden die wordt toegepast bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, ook wel EPA genoemd. De behandeling en begeleiding vinden hierbij thuis plaats. FACT is een samenwerkingsverband tussen bijvoorbeeld de psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundige, verslavingsdeskundige, casemanager, ervaringsdeskundige, arbeidsconsulent en woonbegeleider.

### **Paramedische disciplines**

Aangezien sommige cliënten in de maatschappelijke zorg op verschillende levensgebieden hulp nodig hebben, moet er soms ook professionele aandacht zijn voor het lichamelijk welbevinden van de cliënt. Mogelijk wordt hierbij een beroep gedaan op paramedische disciplines. Voorbeelden hiervan zijn fysiotherapie, ergotherapie en diëtiëk.

Fysiotherapie is gericht op de behandeling van lichamelijke klachten door bijvoorbeeld een ziekte, ongeval, operatie of aangeboren afwijking. Fysiotherapie heeft als doel het



voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen, en is onder andere gericht op pijnbestrijding en verbetering van mobiliteit.

Bij ergotherapie is de behandeling gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps. De persoon krijgt advies, instructie, training of behandeling om weer algemene dagelijkse of arbeidsgerelateerde handelingen te kunnen uitvoeren. Het doel is om diegene weer zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren in zijn leefsituatie, woonsituatie of werksituatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een cliënt die een herseninfarct heeft gehad en hierdoor minder goed in staat is zijn rechterarm te bewegen. Een ergotherapeut onderzoekt dan vervolgens samen met de cliënt op welke wijze de cliënt het beste om kan gaan met de nieuwe situatie.

De laatste paramedische discipline waar we bij stil staan, is diëtiëk. Veel cliënten in de maatschappelijke zorg hebben moeite om een gezonde leefstijl aan te houden. Daarom kan het wenselijk zijn dat er een diëtist wordt ingeschakeld om gezonder eetgedrag aan te leren. Ook kan er een diëtist ingezet worden voor een specifieke aandoening. Het kan bijvoorbeeld goed zijn als cliënten met diabetes voedingsadviezen krijgen van een diëtist.

### **Alternatieve zorg**

Volgens Patiëntenfederatie Nederland (2022) is alternatieve zorg, ook wel complementaire zorg genoemd, een vorm van zorg waarvoor (nog) niet voldoende wetenschappelijk bewijs is geleverd. In de wetenschap zegt men dan dat de discipline, of methode, nog niet voldoende 'evidence based' is. Voorbeelden van alternatieve zorg zijn homeopathie en acupunctuur. Bij homeopathie wordt er gewerkt met verdunning van natuurlijke stoffen om het zelfgenezend vermogen van het lichaam te vergroten. Bij acupunctuur worden kleine naaldjes geplaatst op energiebanen in het lichaam. Acupunctuur komt uit de traditionele Chinese geneeskunde en wordt onder andere ingezet bij pijnklachten, stressgerelateerde klachten en pogingen om te stoppen met roken.

Een voorbeeld van een hulpverleningsvorm die een aantal decennia geleden nog onder alternatieve denkwijzen viel maar inmiddels als evidence based wordt gezien, is de toepassing van mindfulness bij mensen met depressieve klachten. Sommige aspecten van alternatieve zorg sluiten aan bij de holistische benadering waar we het eerder over hebben gehad: de mens wordt gezien als een geheel, en de oorzaak van een symptoom dient op meerdere vlakken gezocht te worden.

Een vorm van alternatieve zorg die tegenwoordig in opkomst is, is orthomoleculaire therapie. Orthomoleculaire therapie richt zich op het effect van voeding en supplementen op het algehele welbevinden van een persoon. In het licht van deze zienswijze is bijvoorbeeld veel onderzoek gedaan naar het verband tussen voeding en psychische aandoeningen.

Alternatieve zorg kan geboden worden naast, maar soms ook in plaats van, reguliere zorg. In hun zoektocht naar een prettiger leven en/of het bestrijden of verhelpen van

symptomen kan het zijn dat cliënten in de maatschappelijke zorg in aanraking komen met alternatieve zorg. In sommige situaties kan alternatieve zorg ook toegewezen worden door een huisarts. Dit is bijvoorbeeld het geval met het voorschrijven van medicinale cannabis aan mensen met chronische pijn.

### **De sociale kaart**

Zoals hierboven wordt beschreven, zijn er veel verschillende instanties betrokken bij de maatschappelijke zorg. De sociale kaart schept daar duidelijkheid in. Dit is een overzicht van zowel regionale als landelijke organisaties waar burgers een beroep op kunnen doen, bijvoorbeeld wanneer zij ergens begeleiding bij nodig denken te hebben.

Het is van belang dat de (persoonlijk) begeleider maatschappelijke zorg goed op de hoogte is van de sociale kaart. Daarmee wordt bedoeld dat de (persoonlijk) begeleider weet welke hulpverleningsinstanties er in de eigen regio actief zijn op het vlak van gezondheidszorg en andere vormen van hulpverlening, en hoe hij die kan benaderen. Ook dient de (persoonlijk) begeleider enige kennis te hebben van landelijke organisaties die van toepassing kunnen zijn op de cliënt, zoals patiëntenverenigingen.

Sommige gemeenten hebben de sociale kaart overzichtelijk uitgewerkt en op internet geplaatst. Die is vaak toegankelijk voor alle burgers. Wanneer er geen sociale kaart voorhanden is, kan de (persoonlijk) begeleider maatschappelijke zorg ervoor kiezen om zelf een sociale kaart te maken, of op een andere manier een overzicht te creëren van de verschillende instanties en contactpersonen.

### **Samenwerken met verschillende disciplines**

In de leerstof is al eerder aan bod gekomen dat sommige cliënten binnen de maatschappelijke zorg een hulpvraag hebben op meerdere levensgebieden. Op basis van de hulpvraag van een cliënt wordt een maatschappelijk steunsysteem gevormd. Binnen dit maatschappelijke steunsysteem kunnen verschillende disciplines in dezelfde periode ondersteuning bieden aan een cliënt, waarbij de cliënt centraal staat.

Als het gaat om het maatschappelijke steunsysteem, worden enkele begrippen vaak door elkaar gebruikt: interprofessioneel werken, interdisciplinair werken, en multidisciplinair werken. Een interprofessionele samenwerking duidt op samenwerking tussen verschillende professionals, inclusief overlegmomenten. Niet alleen is er een uitwisseling van informatie, ideeën en aanbevelingen, er worden in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkeld: tussen de verschillende disciplines ontstaat een interdisciplinair samenwerkingsverband in een multidisciplinair team. De verschillende disciplines slaan de handen ineen en stellen, bij voorkeur samen met de cliënt, een gezamenlijk plan op. Tussentijds stemmen zij regelmatig zaken met elkaar af.

Wanneer er in plaats van interprofessioneel en interdisciplinair werken wordt gesproken van een multidisciplinaire samenwerking, zijn er diverse professionals betrokken bij de cliënt, maar is er minder sprake van een gezamenlijk plan met een gemeenschappelijke visie en aanpak. Denk hierbij aan een cliënt die contact heeft met

de praktijkondersteuner voor de diabetes, met de thuiszorgorganisatie voor huishoudelijke hulp, en met de woonbegeleider voor hulpvragen over psychisch welbevinden. Wanneer elke professional zich vanuit de eigen expertise richt op een specifieke hulpvraag, en er verder niet veel gezamenlijke afspraken worden gemaakt, is er sprake van multidisciplinaire samenwerking.

## Hulpvraag en behoefte van de cliënt

Als (persoonlijk) begeleider hebt u verschillende vertrekpunten voor het hulpverleningstraject van cliënten. Het kan zijn dat u (persoonlijk) begeleider wordt van een cliënt die net aangemeld is bij uw organisatie. De cliënt kan bijvoorbeeld overgedragen worden vanuit een andere organisatie, of de cliënt had nog helemaal geen hulp. Ook kan het zijn dat een cliënt al wel geholpen wordt door uw organisatie en dat u de cliënt overneemt van een collega.

Wanneer een cliënt nieuw is binnen uw organisatie, is er wellicht maar weinig bekend over de hulpvragen en de behoeften van de cliënt. Er is dan geen begeleidingsplan waar u op voort kunt borduren, u begint als het ware met een schone lei. Als de cliënt wordt toegewezen vanuit de Wmo, zijn er vaak wel doelen opgesteld naar aanleiding van het keukentafelgesprek. Dit is een gesprek dat de cliënt en/of naastbetrokkenen voeren met een Wmo-consulent. Het keukentafelgesprek wordt gevoerd wanneer de cliënt zich aanmeldt voor zorg, maar ook wanneer de cliënt al zorg ontvangt. In het laatste geval is het een soort voortgangsgesprek (evaluatie) om bijvoorbeeld te onderzoeken welke ontwikkelingen er zijn geweest in het afgelopen jaar en of de geboden zorg de juiste is. Wanneer u een cliënt overneemt van een collega uit uw eigen team, kan het zijn dat u de cliënt al kent en dat u al bekend bent met het begeleidingsplan en doelen van de cliënt.

In het hulpverleningstraject is het tevens van belang om stil te staan bij de behoeften van de cliënt. Een behoefte is dat wat iemand nodig heeft om zich zo prettig mogelijk te voelen. Het bevredigen van behoeften draagt vaak bij aan de kwaliteit van leven. Sommige cliënten zijn in staat om hun behoeften uit te drukken in een hulpvraag, bijvoorbeeld door aan te geven dat hij of zij graag nieuwe mensen wil leren kennen, om zo tegemoet te komen aan de behoefte van sociale verbondenheid. Hierop kan dan gelijk een doelstelling worden geformuleerd. Maar behoeften zijn niet altijd duidelijk. Daarnaast zijn sommige cliënten niet in staat om hun behoeften verbaal uit te drukken.

Laat uzelf niet verleiden om eerder gestelde doelen klakkeloos over te nemen. Het kan best zijn dat er hulpvragen en behoeften van de cliënt onderbelicht worden. Het is eigenlijk *altijd* belangrijk om oog te hebben voor de hulpvraag en behoefte van de cliënt, ook wanneer er op het eerste gezicht een prachtig begeleidingsplan klaar ligt. Maar *hoe* zorgt de persoonlijk begeleider er nou voor dat de hulpvraag en de behoeften van de cliënt helder worden? Dat leest u in de volgende paragrafen.

## In gesprek over hulpvragen en behoeften

In een hulpverleningstraject zijn er verschillende fases waarin de beroepsprofessional met de cliënt en/of naastbetrokkenen in gesprek gaat over de hulpvragen en behoeften van de cliënt. In het onderdeel 'Kennis van ziekten en gezondheid' is er al aandacht besteed aan de gesprekstoel voor het in kaart brengen van Positieve Gezondheid: het spinnenweb. Het spinnenweb kan een goed instrument zijn om te onderzoeken op welke dimensies een cliënt graag verandering zou willen. Maar naast specifieke instrumenten zijn er ook een aantal gespreksvaardigheden die van belang zijn wanneer de beroepsprofessional in gesprek gaat met de cliënt en/of naastbetrokkenen over de hulpvragen en behoeften. Bovendien zijn er enkele processen die bijna elke organisatie in de maatschappelijke zorg toepast, zoals het intakegesprek en het opstellen van een plan. We gaan hieronder in op de gespreksvaardigheden actief luisteren, open vragen stellen en samenvatten. Daarnaast wordt stilgestaan bij de intakefase en het opstellen van een plan. Tot slot wordt beschreven hoe de beroepsprofessional achter hulpvragen en behoeften van cliënten kan komen die niet of minder goed in staat zijn om mondeling te communiceren. Met de gezamenlijke inzet van de hierboven beschreven methodes zijn de hulpvraag en behoefte van de cliënt helder te krijgen.

## Basisvaardigheden gespreksvoering

Wanneer de beroepsprofessional in gesprek gaat met de cliënt en/of naastbetrokkenen, is het allereerst belangrijk dat de beroepsprofessional enkele gesprekstechnieken beheerst die kunnen leiden tot een open gesprek waarin de cliënt goed tot zijn of haar recht komt. Deze basisvaardigheden voor gespreksvoering zijn eigenlijk altijd belangrijk. Ook van persoonlijk begeleiders in de maatschappelijke zorg wordt verwacht dat zij over deze vaardigheden beschikken. Het gaat buiten het kader van deze module om daar uitgebreid bij stil te staan, dat komt aan de orde in de module 'Communicatie'. Hier worden alleen de gespreksvaardigheden behandeld die het belangrijkste zijn voor het verhelderen van de hulpvraag: actief luisteren, open vragen stellen en samenvatten. (Met dank aan Zorg voor Beter en MI time.)

- **Actief luisteren:** bij actief luisteren is de beroepsprofessional echt gefocust op het verhaal van de cliënt. Daarbij kan de beroepsprofessional met lichaamstaal een actieve luisterhouding aannemen, zoals knikken en het maken van oogcontact. Wanneer de beroepsprofessional te veel bezig is met nadenken wat hij wil zeggen tegen de cliënt, kan dit een belemmering vormen in het gesprek, omdat dit de gedachten weghaalt bij het verhaal van de cliënt. De beroepsprofessional neemt zo min mogelijk het woord over, hoogstens om open vragen te stellen en samen te vatten.
- **Open vragen stellen:** open vragen geven de ruimte die nodig is voor de ander om zelf te vertellen wat die op dat moment belangrijk vindt. Ze beginnen vaak met hoe, wie, wat, waarom, waar en wanneer.  
*Voorbeelden: "Hoe bedoelt u dat precies?" of "Wat zou u graag anders willen zien op het gebied van uw lichamelijke gezondheid?"*

- Samenvatten: door samen te vatten probeert de beroepsprofessional weer te geven wat hij begrepen heeft van wat de cliënt heeft gezegd. De beroepsprofessional controleert daarmee tegelijkertijd of hij het goed begrepen heeft.

*Voorbeeld: "Als ik het goed begrijp, voelt u zich vaak eenzaam. Klopt dat?"*

Let wel: deze vaardigheden zijn alleen van toepassing bij cliënten die in staat zijn om een zekere mate van verbale communicatie te begrijpen. Verderop worden nog enkele werkwijzen genoemd die ingezet kunnen worden bij cliënten die minder goed in staat zijn een gesprek te voeren.

## Intake

Wanneer een cliënt zich aanmeldt of aangemeld wordt bij een hulpverleningsinstantie, vinden er meestal een of meerdere intakegesprekken plaats. Deelnemers zijn door- gaans de cliënt, een of meerdere beroepsprofessionals (bijvoorbeeld een zorgcoördi- nator of hoofdbehandelaar) en mogelijk ook naasten van de cliënt. De persoonlijk begeleider is niet altijd aanwezig bij het intakegesprek.

In het intakegesprek wordt onderzocht wat de hulpvraag van de cliënt is, en of de organisatie daar voldoende bij aansluit. Wanneer nog niet bekend is wat de diagnose van de cliënt is, kan er in de intakefase ook diagnostisch onderzoek gedaan worden. Een diagnostisch onderzoek vindt meestal plaats wanneer er een vermoeden is van een (psychische) aandoening. Vaak krijgt de cliënt dan een aantal vragenlijsten om in te vullen die gericht zijn op een bepaalde diagnose, bijvoorbeeld ADHD. In het geval van ADHD wordt ook vaak gevraagd aan de ouders hoe de cliënt was als kind.

Hoe uitgebreid een intakefase is, verschilt per organisatie en doelgroep. Wanneer iemand met een verstandelijke beperking op een wachtlijst gezet wordt voor een 24-uurswoonvoorziening, zal de intakefase waarschijnlijk uitgebreider zijn dan wanneer een dakloze met al zijn eigendommen in een rugtas een plek zoekt om de koude winter nacht te overbruggen.

Organisaties in de maatschappelijke zorg maken vaak gebruik van intakeformulieren waarin gevraagd wordt naar verschillende levensgebieden van de cliënt. De antwoorden op deze vragen kunnen al inzicht geven in de hulpvragen en behoeften van de cliënt voordat de daadwerkelijke hulpverlening is opgestart. Enkele voorbeelden van dergelijke vragen aan de cliënt en/of naastbetrokkenen:

- Wat is de reden van de aanmelding?
- Welke soort(en) hulpverlening hebt u gehad voordat u zich bij onze organisatie aanmeldde?
- Hoe is/was de band met uw ouders, als kind?
- Op welke wijze regelt u de administratie? Maakt u daarbij gebruik van een mentor, curator of bewindvoerder?
- Slikt u medicatie? Lukt het om die op tijd te slikken?
- Wat is voor u belangrijk voor uw privacy en eigen levenssfeer? Zijn er bijvoorbeeld momenten waarop u alleen wilt zijn omdat u wilt bidden of mediteren?

## Het opstellen van een plan

Doorgaans worden de hulpvragen en behoeften van cliënten uit de maatschappelijke zorg vertaald naar doelen. Deze doelen worden vastgelegd in een plan. Dit plan krijgt in de maatschappelijke zorg verschillende namen: bijvoorbeeld een begeleidingsplan, ondersteuningsplan of een zorgplan. In een behandelende instelling wordt gesproken over een behandelplan.

Organisaties in de maatschappelijke zorg werken bij het opstellen van een plan vaak met een formulier dat kan helpen om de hulpvragen en behoeften van de cliënt helder te krijgen. De beroepsprofessional en de cliënt hebben daardoor een leidraad. Vaak staan er op het formulier verschillende levensgebieden genoemd, zoals lichamelijk welbevinden en zingeving. De beroepsprofessional loopt de levensgebieden na in een of meerdere gesprekken met de cliënt, om zo te ontdekken voor welke levensgebieden de cliënt graag verandering ziet. Wanneer het cliënten zelf niet lukt om na te denken over de eigen hulpvragen, wordt hierbij doorgaans de hulp van het netwerk ingeschakeld.

## Hulpvraag en behoeften helder krijgen door belevingsgerichte zorg

Als persoonlijk begeleider in de maatschappelijke zorg kunt u te maken krijgen met cliënten uit verschillende doelgroepen. Zoals al eerder is beschreven, is de diversiteit onder cliënten groot. Onder cliënten is er ook diversiteit in de mate waarop cliënten in staat zijn om mondeling te communiceren en informatie te begrijpen. Dit kan voor doelgroepen zoals dementerende ouderen en mensen met een ernstig verstandelijke beperking een uitdaging zijn. Het is belangrijk dat de beroepsprofessional, ondanks de belemmeringen, alsnog probeert te achterhalen wat de hulpvragen en behoeften van de cliënt zijn. Dit kan de beroepsprofessional doen door te werken vanuit belevingsgerichte zorg.

“Belevingsgerichte zorg betekent aansluiten bij de belevingswereld en gevoelens van uw naaste of cliënt”, zo omschrijft Vilans het op [hulpmiddelenwijzer.nl](http://hulpmiddelenwijzer.nl). Daarbij dient de beroepsprofessional goed te kijken wat de cliënt belangrijk en plezierig vindt. Sommige aspecten van belevingsgerichte zorg zijn geschikt voor cliënten die niet het vermogen hebben om hun behoeften te verwoorden. Vaak is het bij belevingsgerichte zorg zo dat de beroepsprofessional er gaandeweg achter komt wat de cliënt wel of niet prettig vindt. De cliënt heeft moeite om te vertellen wat hij of zij wil. Door voorzichtig af te tasten, dingen uit te proberen en goed te observeren, verzamelt de beroepsprofessional informatie over wat werkt en wat niet. De beroepsprofessional kan hier onder meer achter komen door ‘validation’ en snoezelen.

## Validation

Ouderen met dementie hebben vaak moeite om de herinneringen die zij hebben in de realiteit te plaatsen. Dat wil zeggen: herinneringen uit verschillende levensfasen kunnen naar boven komen en beleefd worden alsof het gisteren of vandaag was. Voor een buitenstaander kan dit onsaamenhangend of onlogisch overkomen.



### *Praktijkvoorbeeld mevrouw Rikken*

Mevrouw Rikken is een cliënt van 86 jaar met dementie, die woonachtig is in een psychogeriatrische voorziening. Op een dag staat mevrouw Rikken bij de deur met haar jas aan en haar tas ingepakt. "Ik ga naar oma toe!", zegt ze.

Mevrouw Rikken kan niet haar oma gaan, want die is al meer dan vijftig jaar geleden overleden. Wanneer de beroepsprofessional ertegenin gaat, kan de cliënt wellicht onrustig worden, of boos. De beroepsprofessional zou dan moeten weten dat hij niet goed heeft aangesloten bij de behoeften van de cliënt. Volgens de validation-methode dient de beroepsprofessional aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Zo kan de behoefte van de cliënt ontdekt en vervuld worden. De beroepsprofessional gaat op dat moment mee in waar de cliënt mee bezig is. De beroepsprofessional kan bijvoorbeeld toenadering zoeken en zeggen: "Gaat u naar oma toe? Kunt u mij eens wat vertellen over uw oma?" Bij validation is het belangrijk dat de beroepsprofessional weet wat het levensverhaal van de cliënt is, en daar ook interesse in toont.

### **Snoezelen**

Mensen met een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking, of ouderen die in een vergevorderd stadium van dementie verkeren, zijn vaak meer ingesteld op lichamelijk contact. Deze cliënten kunnen vaak niet in woorden uitdrukken wat zij prettig vinden. Snoezelen is een manier om door het prikkelen van de zintuigen de cliënt te ontspannen. Hierbij experimenteert de beroepsprofessional met verschillende activiteiten. De beroepsprofessional kan bijvoorbeeld een zachte stof aanbieden waar de cliënt aan kan voelen, of rustgevende muziek opzetten. Andere opties zijn bijvoorbeeld lampen die veranderen van kleur, of bepaalde geuren laten ruiken. Veel organisaties die zorg bieden aan mensen met een ernstige of zeer ernstige beperking, of aan mensen in een vergevorderd stadium van dementie, zijn in het bezit van speciale snoezelruimtes. Door te observeren komt de beroepsprofessional erachter wat de cliënt ontspanning en plezier oplevert en wat niet. Gaandeweg leert de beroepsprofessional de behoeften van de cliënt kennen. De activiteiten die aansluiten bij een cliënt kunnen vervolgens opgenomen worden in het begeleidingsplan. Dan wordt er bijvoorbeeld in het plan genoteerd dat de cliënt elke dag tussen 9.00 en 10.00 uur onder begeleiding van een beroepsprofessional naar de snoezelruimte gaat om vanaf het waterbed naar de lichtzuilen te kijken, met een zacht muziekje op de achtergrond.

## **Uitgangspunt van de beroepsprofessional**

Zoals eerder beschreven zijn er in de maatschappelijke zorg diverse paradigma's van invloed op de inrichting van het zorglandschap. Vaak heeft dit te maken met een bepaalde benaderingswijze die als uitgangspunt voor het handelen van de beroepsprofessional wordt beschouwd. De benaderingswijzen zijn soms algemeen beschreven, maar soms ook gedetailleerder. In dit laatste geval bestaat er dan bijvoorbeeld een gedetailleerd uitgeschreven methodiek of richtlijn waar de beroepsprofessional zich aan dient te houden. Organisaties in de maatschappelijke zorg hebben hun voorkeur voor een bepaalde benaderingswijze opgenomen in de visieomschrijving van de

organisatie. In dit onderdeel gaan we in op de herstelvisie en participatie/rehabilitatie. Daarnaast wordt het belang van motivatie bij gewenste gedragsverandering beschreven.

## Herstelvisie

In het onderdeel 'Paradigma's in de hedendaagse praktijk' is de herstelvisie al aan de orde gekomen. Kort gezegd komt de herstelvisie erop neer dat iemand die in zijn functioneren belemmerd wordt door een aandoening of beperking, geholpen moet worden om zo veel mogelijk grip op zijn leven te krijgen en de eigen kracht (terug) te vinden. Het gaat dus niet om 'genezen'.

## Toepassing van de herstelvisie in het werkveld

De ondersteuning die gericht is op het herstelproces van cliënten, kent verschillende begrippen. Er kan bijvoorbeeld gesproken worden over herstelgerichte zorg of herstelondersteunende zorg. Herstelgerichte en herstelondersteunende zorg hebben als doel dat de persoon met een aandoening zo goed mogelijk leert functioneren, met zo min mogelijk hulp. Een beroepsprofessional die werkt vanuit de herstelvisie stelt de cliënt centraal en niet de diagnose (aldus GGZ Oost Brabant, 2008). Er wordt bijvoorbeeld niet gekeken naar de cliënt als 'de schizofreen' of 'de bejaarde', maar als een persoon met individuele wensen en behoeften, zoals ieder ander die kan hebben. Er kan daarbij aandacht zijn voor vraagstukken die over het algemeen als complex gezien worden, zoals iemands wens om geen stemmen meer te horen, of de wens om niet meer te leven. Maar ook wensen en behoeften die op het eerste oog vanzelfsprekend lijken te zijn, hebben aandacht nodig. Denk bijvoorbeeld aan de behoefte om op vakantie te gaan, of de behoefte aan seksueel contact. Deze zaken zijn lang niet vanzelfsprekend voor mensen die belemmerd worden door een lichamelijke of psychische aandoening. Daarnaast wordt de cliënt actief betrokken bij het plannen en uitvoeren van de zorg, en mag zelf de richting kiezen van het hulpverleningstraject. Hoop en groeimogelijkheden hebben een centrale rol in de aanpak van de beroepsprofessional. Daarnaast wordt er veel waarde gehecht aan de ervaringskennis van de cliënt zelf, en wordt de inzet van ervaringsdeskundigen aanbevolen.

C. Gagne beschrijft in *Rehabilitatie: een weg tot herstel* (2004) vier fasen van herstel:

- Fase 1: overweldigd worden door de aandoening.
- Fase 2: worstelen met de aandoening.
- Fase 3: leven met de aandoening.
- Fase 4: leven voorbij de aandoening.

Wanneer de beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg herstelgerichte zorg wil verlenen, is het van belang dat hij, bij voorkeur samen met de cliënt, onderzoekt in welke fase van herstel de cliënt zich bevindt. Dit kan helpen bij het bedenken van een passende aanpak. Zo kan het voor sommige cliënten die nog erg teleurgesteld zijn over het feit dat ze een bepaalde diagnose hebben gekregen, helpen om in contact te komen met lotgenoten. Hierdoor kan de cliënt verbondenheid en (h)erkenning ervaren bij mensen die ongeveer hetzelfde hebben doorgemaakt als de cliënt. Vaak wordt herstel

in één adem genoemd met begrippen als empowerment, krachtgericht werken, eigen regie en rehabilitatie. Op die laatste term gaan we nog dieper in.

Op zijn weg naar herstel probeert de cliënt, ondanks de aandoening, tot een niveau van participatie te komen waar de cliënt vrede mee kan hebben. De participatiedoelen zijn per individu verschillend en kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op het ervaren van tevredenheid over de woonsituatie, het streven naar een betaalde baan, tevreden zijn over dagbesteding, een vrijetijdsbesteding hebben, de mogelijkheid om een opleiding of cursus te volgen, of het verbeteren van vriendschappen. Volgens de herstelvisie is het belangrijk dat de cliënt participeert met zo min mogelijk professionele hulp.

### Participatieladder

Om cliënten te begeleiden naar een wenselijk niveau van participatie kan een benadering vanuit de rehabilitatiebenadering helpen. Rehabilitatie wordt vaak in één adem genoemd met herstel. Rehabilitatie omvat alle ondersteuning die iemand ontvangt bij zijn persoonlijke herstelproces. Om tot een verdere uitleg van rehabilitatiebenadering te komen, is eerst wat uitleg nodig over de participatieladder. De participatieladder is een instrument om vast te stellen op welk niveau van participatie de cliënt zich bevindt, en waar de cliënt heen wil. Dit kan helpen bij het formuleren van participatiedoelen. Op de afbeelding is de participatieladder weergegeven.



**Afb. 2** De participatieladder. (Bron: OGN.)

Zoals u ziet, bestaat de participatieladder uit zes treden, en is elke trede gekoppeld aan een werkniveau:

- Trede 1: Geïsoleerd.  
De cliënt heeft nagenoeg geen contacten buitenshuis, behalve functionele contacten zoals een bezoek aan de huisarts of fysiotherapeut.
- Trede 2: Sociale contacten, gericht op ontmoeten.  
De cliënt heeft wekelijks contact met anderen buitenshuis. De cliënt neemt bijvoorbeeld deel aan een koffieochtend of cursus.
- Trede 3: Deelname aan georganiseerde activiteit.  
De cliënt neemt deel aan activiteiten met uitvoering van taken met een lage werkdruk en weinig eigen verantwoordelijkheid.
- Trede 4: Onbetaald werk, gericht op werk.  
De cliënt voert zelfstandig taken uit en/of draagt verantwoordelijkheden en/of opbrengst heeft economische waarde. Ook de cliënt die een beroepsopleiding volgt valt hieronder.
- Trede 5: Betaald werk met ondersteuning.  
De cliënt heeft betaald werk met aanvullende uitkering en/of instrumenten UWV of Werk en Inkomen (gemeente) en/of in combinatie met het volgen van een beroepsopleiding.
- Trede 6: Betaald werk.  
Betaald werk zonder aanvulling vanuit bijvoorbeeld het UWV.

*Bron: [www.ribwavv.nl](http://www.ribwavv.nl).*

Een meer uitgebreide uitleg van de participatieladder kunt u lezen in de module 'Doelgroepen uitgediept'. Een methode die mensen met een beperking kan ondersteunen bij de eigen participatiedoelen, is de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB).

### **Individuele Rehabilitatiebenadering**

Hulpverlening die volgens de IRB wordt gegeven bestaat uit vier stappen, zoals omschreven door de Stichting Rehabilitatie '92 (R92.nl):

- Stap 1: verkennen.  
De cliënt verkent, bijvoorbeeld samen met de professional, of hij toe is aan verandering. Daarbij wordt onder andere verkend of de cliënt een noodzaak voelt om de situatie te veranderen, welke belemmeringen er zijn, maar ook welke stappen de cliënt al kan zetten en of er mensen in het sociale netwerk zijn die daarbij kunnen helpen.
- Stap 2: kiezen.  
De veranderwens van de eerste stap wordt concreter gemaakt. Wat wil de cliënt precies bereiken en op welk levensgebied? Wil de cliënt bijvoorbeeld het gevoel hebben weer betekenisvol te zijn, dan moet de cliënt in deze fase onderzoeken hoe dit bereikt kan worden. Het is daarbij belangrijk dat er een of meer haalbare doelen worden geformuleerd. Wat haalbaar en wenselijk is, verschilt per cliënt, gezien de grote diversiteit in interesses en zelfredzaamheid. Zo besluit de ene cliënt beteke-

nisvol te willen zijn door te vragen of zij het hondje van de buurman uit mag laten, terwijl een ander besluit om te re-integreren bij zijn baan in de thuiszorg.

- **Stap 3: verkrijgen.**

Dit is de fase waarin de actie plaatsvindt om tot het doel te komen. Welke stappen, vaardigheden en steun heeft de cliënt uit de tweede stap nodig om daadwerkelijk de hond van de buurman uit te gaan laten? Wanneer de cliënt iemand is die makkelijk contact legt met anderen, dan is de drempel wellicht niet zo hoog. Maar wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een laag zelfbeeld, waardoor de cliënt sociale interacties vermijdt, dan zijn er wellicht meer stappen te zetten dan alleen 'simpel' aanbellen bij de buurman. In zo'n geval kan de cliënt bijvoorbeeld in een rollenspel met de (persoonlijk) begeleider oefenen wat zij wil zeggen tegen de buurman.

- **Stap 4: behouden.**

De laatste stap omvat het leren van vaardigheden die nodig zijn om succesvol en tevreden te blijven met wat er bereikt is.

## **Gedragsverandering**

In vorenstaande paragrafen is te lezen dat het belangrijk is dat de beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg weet hoe hij cliënten kan benaderen vanuit de herstelvisie en de rehabilitatiebenadering. De beroepsprofessional dient daarbij tevens oog te hebben voor de participatie van de cliënt. Vanuit deze benaderingen werkt de (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg meestal samen met de cliënt toe naar gedragsverandering: een aanpassing in de situatie die of het gedrag dat tegemoetkomt aan de hulpvraag van de cliënt.

## **Doelstellingen**

Een plan van aanpak dat naar gedragsverandering leidt, begint met een goede doelstelling. De cliënt en de professional formuleren doelstellingen waar de cliënt naartoe kan werken. Sommige cliënten hebben echter niet het vermogen om hun eigen doelen te formuleren, zoals mensen met een ernstige verstandelijke beperking. In dat geval bepalen de familieleden en/of de professional de doelen. Deze paragrafen gaan over cliënten die min of meer in staat zijn een vorm van regie te voeren over hun eigen gedrag, en dus in staat zijn om een rol te spelen in het bedenken van de doelstellingen.

Cliënten en professionals formuleren doelstellingen vaak met de beste bedoelingen. Denk aan doelstellingen voor gezonder leven of het schoonhouden van de eigen woning. Maar dat betekent niet dat deze doelstellingen altijd gehaald worden. Daarnaast kan het gebeuren dat de professional vindt dat de cliënt op een bepaald vlak aan zichzelf dient te werken of ondersteuning dient te krijgen, terwijl de cliënt het daar niet mee eens is. Een voorbeeld hiervan is wanneer de professional vindt dat de cliënt te veel alcohol drinkt en daar gespecialiseerde hulp voor moet zoeken, terwijl de cliënt zelf vindt dat het wel meevalt. Er kunnen legio oorzaken waardoor het vaststellen en behalen van doelen bemoeilijkt wordt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de cliënt (nog) niet de vaardigheden heeft om aan de doelen te werken, of dat er zich situaties voordoen die op dat moment meer aandacht behoeven. Maar er kan dus ook een verschil van mening zijn tussen de cliënt en de professional. Dit kan ontstaan doordat mensen nou eenmaal van mening kunnen verschillen, maar ook door een verkeerde inschatting van de

professional, of een gebrek aan zelfinzicht van de cliënt. Ook kan er sprake zijn van ambivalentie: de cliënt zegt iets te willen, maar vertoont het tegenovergestelde gedrag, of ervaart tegenstrijdige gevoelens. Een cliënt kan zich bijvoorbeeld voornemen om zijn werk niet meer af te bellen, maar deze afspraak met zichzelf vervolgens niet nakomen. Een ander voorbeeld van ambivalentie is wanneer cliënten op sommige dagen roekeloos omgaan met het drinken van alcohol en geen intentie voelen om te stoppen, en zich op andere dagen juist weer heel gemotiveerd voelen om het alcoholgebruik aan te pakken. Een belangrijke factor in het wel of niet slagen van een gedragsverandering, is motivatie.

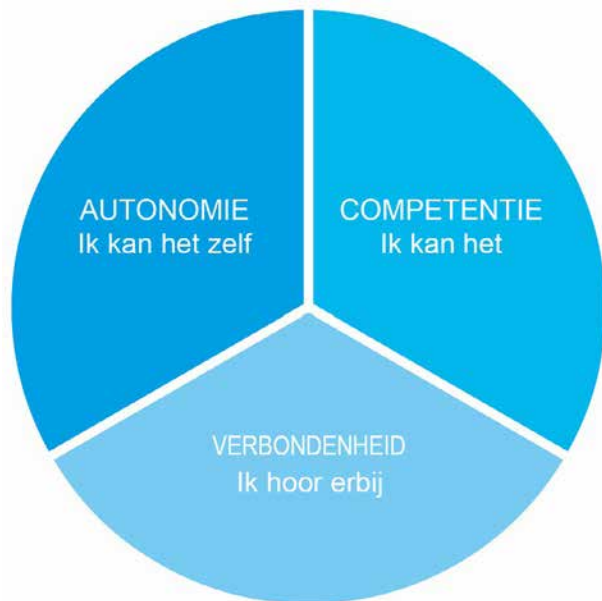
### **Motivatie**

Motivatie is de reden of drijfveer die mensen ertoe zet om in actie te komen. Hierbij wordt het onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie betekent dat iemand vanuit zichzelf gedreven wordt om tot actie te komen. Dit kan bijvoorbeeld voortkomen uit persoonlijke interesses of waarden. Zo kan iemand bijvoorbeeld veel interesse hebben voor yoga en mindfulness en zich met veel enthousiasme, en zonder druk van buitenaf, aanmelden voor een wekelijkse yogales. Extrinsieke motivatie houdt in dat een persoon wordt gemotiveerd vanuit een externe bron. Denk hierbij aan een moeder die haar kind sommeert om zijn speelgoed op te ruimen. Ook straffen en belonen kan onder extrinsieke motivatie vallen. Een voorbeeld hiervan is het loon dat iemand krijgt voor het werk dat hij of zij doet. Over het algemeen ervaren mensen meer positieve gevoelens bij gedragingen waarvoor zij intrinsiek gemotiveerd zijn. Daardoor is het aantrekkelijk om het gedrag te herhalen. Bij extrinsieke motivatie is er vaak sprake van een vorm van druk. Dat kan als negatief ervaren worden en het uitvoeren van een taak belemmeren.

### **Zelfdeterminatietheorie**

Als beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg is het belangrijk om met de cliënt op zoek te gaan naar zaken waar de cliënt intrinsiek gemotiveerd voor is. Die intrinsieke motivatie kan niet opgelegd worden. De beroepsprofessional kan de cliënt wel ondersteuning bieden bij het aanwakkeren en ontdekken van de intrinsieke motivatie. Een theorie die beschrijft hoe intrinsieke motivatie tot stand komt, is de zelfdeterminatietheorie (ook wel 'self-determination theory' of 'zelfbeschikkingstheorie' genoemd). R.M. Ryan en E.L. Deci beschrijven deze theorie in hun boek *Self-determination theory* (2017). Volgens hen moeten er drie basisbehoeften bevredigd worden voor er sprake kan zijn van intrinsieke motivatie: autonomie, competentie en sociale verbondenheid. De mate waarin deze behoeften worden bevredigd, beïnvloedt het functioneren van een persoon. Blijven de behoeften onbevredigd, dan ontstaat er frustratie en wordt het functioneren van een persoon belemmerd. De kern van de drie basisbehoeften is weergegeven in de afbeelding. In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de betekenis van de basisbehoeften.





**Afb. 3** Drie basisbehoeften vanuit de zelfdeterminatietheorie. (Bron: OGN, naar model van Stevens, L. (2004))

### *Autonomie*

De basisbehoefte autonomie gaat om de vrijheid om zelf keuzes te maken en tot op zekere hoogte zelfstandig te kunnen handelen. Het betekent niet dat iemand volledig onafhankelijk van anderen hoeft te zijn, maar er moet een zekere mate van individuele vrijheid en gevoel van zelfbeschikking ervaren worden. Wanneer de familie of beroepsprofessional de cliënt te veel dingen oplegt, zonder dat die er zelf mee instemt, kan dit frustraties opleveren over een gebrek aan autonomie. Het is daarom belangrijk om de cliënt zo veel mogelijk de ruimte te geven of te stimuleren om eigen keuzes te maken. Dit is niet altijd vanzelfsprekend. Sommige cliënten vinden het moeilijk om keuzes te maken of voor zichzelf op te komen, en soms vindt de omgeving dat de cliënt iets moet doen terwijl de cliënt er niet achter staat. Wat de professional kan doen om de autonomie van de cliënt te vergroten, verschilt per cliënt. De beroepsprofessional kan bijvoorbeeld stapsgewijs oefenen met de cliënt om meer autonoom te worden, of open vragen stellen aan de cliënt over diens wensen en behoeften.

### *Competentie*

De basisbehoefte competentie gaat over het 'kunnen'. Deze basisbehoefte is bevredigd wanneer een individu een vaardigheid beheerst waarmee hij successen kan behalen. Het behalen van successen geeft doorgaans een plezierig gevoel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een cliënt die zijn sociale netwerk wil uitbreiden en erin slaagt om voor het eerst contact te leggen met de nieuwe buurvrouw door haar uit te nodigen voor een kop koffie.

Als er geen succes wordt behaald, kan dat een gevoel van falen opleveren. Wellicht is het gestelde doel niet realistisch, dan sluit dat niet goed aan bij de competenties van de cliënt. Neem als voorbeeld een vrouwelijke cliënt die als doelstelling heeft om een betaalde baan te krijgen. Door haar cannabisverslaving heeft zij echter moeite om haar

afspraken na te komen. De cliënt is al op meerdere plekken weggestuurd na de proeftijd omdat ze vaak te laat komt. Het vertrouwen in haar eigen kunnen zakt weg, en de cliënt heeft geen zin meer om überhaupt nog aan haar doel te werken. Dan is het zaak dat de beroepsprofessional samen met de cliënt kijkt welke competenties de cliënt al wél bezit en hoe zij die kan inzetten. Ook kan de beroepsprofessional de cliënt ondersteunen om stapsgewijs vaardigheden aan te leren, om het gevoel van competentie te vergroten.

Er kan tevens frustratie ontstaan wanneer een cliënt te weinig uitgedaagd wordt. In dat geval is het plan van aanpak te makkelijk voor de cliënt. Neem bijvoorbeeld een oudere cliënt die over voldoende capaciteiten beschikt om zelf met de rollator een boodschap te doen in de winkel, maar er is een vrijwilliger van de woongroep waar hij verblijft die hem die taak uit handen neemt. Dit kan een negatieve invloed hebben op zowel het gevoel van competentie als op de intrinsieke motivatie.

### *Verbondenheid*

Met verbondenheid doelen Ryan en Deci op relationele en sociale verbondenheid. Deze basisbehoefte heeft betrekking op de behoefte om sociale contacten aan te gaan met gelijkgestemden, of de behoefte om ergens bij te horen. Wanneer deze basisbehoefte bevredigd is, voelt iemand zich verbonden en belangrijk voor anderen. Wanneer deze behoefte gefrustreerd wordt, liggen gevoelens van eenzaamheid en uitsluiting op de loer. Een analyse van het sociale netwerk kan helpen om te onderzoeken of deze basisbehoefte voldoende aanwezig is bij de cliënt (zoals eerder besproken in het onderdeel 'Steunsystemen en de rol van de verschillende beroepsprofessionals'). Het is per persoon verschillend welke stappen er gezet dienen te worden wanneer er een hulpvraag is op het gebied van verbondenheid. Iemand die gezonder wil leven maar veel moeite heeft om zichzelf ertoe te zetten om te gaan sporten, kan zich bijvoorbeeld aansluiten bij een wandelvereniging, of contact leggen met een jeugdvriend die hij graag weer wil zien, om wekelijks te gaan zwemmen. Ook het aangaan van lotgenoten-contact kan bijdragen aan gevoel van verbondenheid.

## **Huiselijk geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag**

Wanneer een jonge vrouw haar man voor de ogen van winkelend publiek al schreeuwend met gebalde vuist een klap in zijn gezicht geeft, dan zal een groot deel van de omstanders van mening zijn dat hier sprake is van geweld. Geweld is echter doorgaans lang niet zo duidelijk zichtbaar als in dit voorbeeld. Het kan ook meer onderhuids zijn, of stiekem gebeuren. Huiselijk geweld vindt bijvoorbeeld vaak achter gesloten deuren plaats en het duurt in veel gevallen lang voordat de slachtoffers naar buiten treden met hun probleem, als ze al naar buiten durven te treden. De kans is groot dat u als (persoonlijk) begeleider in de maatschappelijke zorg in aanraking komt met cliënten die pleger of slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Het is belangrijk om te weten wat u moet doen wanneer u vermoedens hebt van huiselijk geweld of seksueel grensoverschrijdend gedrag.

## Definitie huiselijk geweld en kindermishandeling

### *Praktijkvoorbeeld mevrouw Martínez*

De persoonlijk begeleider is op huisbezoek bij mevrouw Martínez. Mevrouw Martínez is 43 jaar en woont alleen. Sinds enige tijd heeft zij een relatie. Haar vriend is vaak bij haar thuis. In gesprekken met haar persoonlijk begeleider, spreekt zij over de relatie met haar vriend. Haar vriend geeft haar soms geen ruimte. Hij wilde eigenlijk ook bij het gesprek blijven toen de persoonlijk begeleider kwam. Mevrouw Martínez zou graag meer tijd voor zichzelf willen. De begeleider heeft met haar geëxperimenteerd hoe zij dit op een passende manier aan haar vriend kan vertellen. Terwijl de begeleider hierover met haar spreekt, gaat haar telefoon af. De vriend belt en mevrouw Martínez neemt niet op, omdat met de begeleider in gesprek is. De vriend blijft maar bellen. Uiteindelijk spreekt hij een voicemail in die mevrouw Martínez in het bijzijn van de begeleider afspelt: "Waarom neem je niet op, je gaat zeker vreemd!", zegt de vriend op emotionele toon.

Huiselijk geweld wordt doorgaans gepleegd door een partner, ex-partner, familielid, vriend of vriendin. Vaak is er een machtsverschil tussen de twee personen waartussen het geweld plaatsvindt, zoals dat bij een ouder en het kind het geval is. Wanneer er huiselijk geweld wordt gepleegd van een ouder op het kind, is er sprake van kindermishandeling. Huiselijk geweld is onder te verdelen in drie hoofdcategorieën: lichamelijk geweld, seksueel geweld en emotioneel geweld.

### **Lichamelijk geweld**

Met het begrip lichamelijk geweld doelt men onder meer op schoppen en slaan. Maar ook mildere vormen van geweld kunnen hieronder vallen, zoals expres te ruw doen met het aankleden van een kind.

### **Seksueel geweld**

Seksueel geweld betreft ernstige en strafbare vormen van seksuele grensoverschrijding, zoals aanranding en verkrachting. Wanneer er sprake is van seksueel geweld van een volwassene tegen een kind, is er sprake van seksueel misbruik.

### **Emotioneel geweld**

Emotioneel geweld is elke vorm van misbruik die eerder emotioneel dan fysiek van aard is. Voorbeelden hiervan zijn: schelden, onnodig kritisch zijn, zorgen dat iemand zich ongewenst voelt, schaamte of schuld aanpraten, intimideren, manipuleren en controle uitoefenen op het slachtoffer. Emotioneel geweld bevindt zich vaak in een grijs gebied en wordt vaak als niet zo ernstig afgedaan, zowel door de pleger als het slachtoffer, maar ook door de omgeving. Of mensen 'voelen' vaak wel dat er iets niet in orde is, maar ze weten niet goed wat voor actie ze zouden moeten ondernemen.

In de casus van mevrouw Martínez zou de omgeving kunnen denken dat de vriend gewoon een beetje jaloers is. En als mevrouw Martínez er tot een paar jaar geleden nog op los leefde, kan de omgeving ook nog eens denken dat de beschuldigingen van vreemdgaan niet uit de lucht komen te vallen. Er moet echter niet lichtzinnig gedacht

worden over dit soort signalen. Hoe professionals in dit soort situaties dienen te handelen, is vastgelegd in de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling bestaat uit een vijftal stappen die de professional doorloopt wanneer er sprake is, of vermoedens zijn, van huiselijk geweld of kindermishandeling. De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals met het signaleren en handelen bij (vermoedens van) lichamelijk geweld, maar ook bij emotioneel of seksueel geweld en verwaarlozing. Het toepassen van de meldcode is verplicht voor professionals uit de gezondheidszorg, het onderwijs, de kinderopvang, de maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie. Het is de bedoeling dat u als (persoonlijk) begeleider op de hoogte bent van de meldcode.



**Afb. 4** Meldcode Huiselijk geweld. (Bron: Rijksoverheid.)

Bij het doorlopen van de stappen van de meldcode dient de beroepsprofessional zich betrouwbaar en transparant op te stellen. In de *eerste stap* zet de professional de feitelijke signalen op een rij. Dit betreft zowel de signalen die het huiselijk geweld kunnen bevestigen als ontkrachten. Wanneer er kinderen betrokken zijn bij de casus, moet een 'kindcheck' gedaan te worden. Dat houdt in dat er met de cliënt wordt besproken in welke mate de problemen van de ouders of naasten van invloed zijn op het welbevinden van de kinderen. Deze eerste stap dient gezien te worden als een inventarisatie.

Wanneer de zorgen van de professional niet zijn weggenomen, bijvoorbeeld omdat de cliënt ontwijkende antwoorden geeft, of omdat de professional gewoonweg niet overtuigd is van de veiligheid in het huishouden, gaat de professional over naar stap twee. In *stap twee* vindt er collegiaal overleg plaats, of contact met Veilig Thuis. Veilig Thuis is een organisatie die burgers en professionals adviseert en ondersteunt bij (vermoedens) van huiselijk geweld en kindermishandeling.

In *stap drie* gaat de beroepsprofessional over de signalen in gesprek met de cliënt, en indien nodig ook met de rest van het gezin. In *stap vier* wordt vastgesteld of er sprake is van acute en structurele onveiligheid. In *stap vijf* ten slotte valt het besluit of er melding gemaakt wordt bij Veilig Thuis, of dat de situatie veilig genoeg is en het mogelijk is voor de reeds betrokken organisaties om zelf hulp te bieden. Voor dit besluit wordt een afwegingskader gebruikt. Elke beroepsgroep die wij eerder in deze paragraaf noemden, heeft hiervoor een afwegingskader. Met behulp van zo'n kader doorloopt de professional een aantal vragen, en op basis van de antwoorden rolt daar een conclusie uit.

### **Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jeugdigen**

Bij de opvoeding van jeugdigen is het belangrijk dat zij mogen experimenteren: experimenteren leidt vaak tot ontwikkelen. De jeugdige leert daarmee over zichzelf en de wereld om zich heen. Vrijwel elke jeugdige experimenteert, en gaat daarbij weleens over een grens. Dat kunnen verschillende situaties zijn, die op zichzelf soms helemaal niet erg hoeven te zijn. Jeugdigen dienen ook de ruimte te krijgen om zich te ontwikkelen op seksueel vlak. De jeugdige moet de vrijheid hebben om zich seksueel te kunnen interesseren voor de ander, en het eigen lichaam te ontdekken. Maar wanneer gaat gezond seksueel experimentergedrag over in grensoverschrijdend gedrag? Hiervoor is het Vlaggensysteem opgesteld. Het helpt professionals te beoordelen of er sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag, en welke actie eventueel vereist is.

#### *Vlaggensysteem*

Het Vlaggensysteem is ingedeeld in zes gedragscriteria en vier beoordelingsvlaggen (zie [sensoa.be](http://sensoa.be) en [movisie.nl](http://movisie.nl)). De gedragscriteria zijn min of meer voorwaarden waar het gedrag aan moet voldoen, en wanneer ze in mindere mate aanwezig zijn, kan er sprake zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er volgt nu een overzicht van de zes gedragscriteria.

Om de criteria aan te duiden, gebruiken we een voorbeeld van een vijftienjarige jongen die zijn klasgenoten ongevraagd foto's stuurt van zijn geslachtsdeel.

- Toestemming - er dient wederzijdse toestemming te zijn.  
De jongen heeft geen toestemming van zijn klasgenoten om ze foto's van zijn geslachtsdeel te sturen.
- Vrijwilligheid – er is sprake van dwang of (sociale) druk.  
Er is sprake van dwang: de berichten kunnen ook verzonden worden aan klasgenoten die dit niet wilden zien.
- Gelijkwaardigheid: machtspositie.  
In principe zijn klasgenoten gelijken van elkaar. Maar door deze actie dreigt de jeugdige zich boven zijn klasgenoten te stellen door de positie in te nemen dat hij bepaalt wat hij mag doen.
- Leeftijd of ontwikkeling: past het bij een gezonde (seksuele) ontwikkeling?  
Interesse krijgen voor seks, of bezig zijn met masturberen of de liefde, is een gezonde ontwikkeling voor een vijftienjarige. Maar wat niet gezond is, is dat er zonder toestemming het geslachtsdeel getoond wordt. Een vijftienjarige dient doorgaans voldoende moreel besef te hebben dat dit gedrag grensoverschrijdend is. Voor dit criterium is het belangrijk dat de professional goed op de hoogte is van het gezonde verloop van seksuele ontwikkeling.
- Context: het gebeurt in de juiste setting, het choqueert niemand.  
De actie van de jeugdige vindt niet in de juiste setting plaats: het gedrag kan de klasgenoten choqueren. Wanneer hij al lange tijd een liefdesrelatie zou hebben en er zou met wederzijdse toestemming een-op-een een foto verstuurd worden, dan zou de context passender zijn.
- Zelfrespect: niemand wordt pijn of verdriet gedaan of in gevaar gebracht, niet de ander, niet de dader zelf.  
Degenen die de foto's van hun klasgenoot hebben ontvangen, kunnen zich ongemakkelijk of zelfs onveilig voelen: er is een duidelijke grens overschreden. Voor de jeugdige die de foto's heeft verzonden kan het ook gevolgen hebben: hij kan bijvoorbeeld buitengesloten worden en geïsoleerd raken van de groep.

De ernst van het seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt aangeduid met een kleur vlag:

- Groen: gezond seksueel gedrag; het gedrag is oké!
- Geel: licht grensoverschrijdend seksueel gedrag; het gedrag is niet helemaal oké! De volgende keer beter opletten!
- Rood: ernstig grensoverschrijdend seksueel gedrag; flink over de grens, niet oké. Stoppen!
- Zwart: zwaar ernstig grensoverschrijdend gedrag; hier wordt iemand pijn gedaan, dit kan echt niet. Stoppen!

Het voorbeeld van de jongen die foto's van zijn geslachtsdeel verzendt aan klasgenoten, valt onder de rode vlag. De gedragscriteria en de kleuren die bij de vlaggen horen, zijn uitgewerkt in het stuurwiel op de afbeelding.





Afb. 5 Weergave van het Vlaggensysteem in een stuurwiel. (Bron: Movisie, Utrecht. z.d.)

## Relevante wet- en regelgevingen

Zoals u in het onderdeel 'Paradigma's in de zorg' hebt kunnen lezen, is er veel veranderd in de wijze waarop de maatschappij en hulpverleningsinstanties omgaan met cliënten met een beperking of een aandoening. Er is meer aandacht gekomen voor de rechten van cliënten, en voor de plichten van hulpverleningsinstanties om zorg te dragen voor de rechten van cliënten. Om ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk misstanden plaatsvinden in de gezondheidszorg, zijn er diverse wet- en regelgevingen waarin de rechten en plichten van cliënten en hulpverleningsinstanties zijn vastgelegd.

### Algemene verordening gegevensbescherming

In Nederland wordt privacy gezien als een groot goed. Het is een grondrecht en een voorwaarde om vrij te zijn in wat je doet en wie je bent. Het is belangrijk dat mensen regie en zeggenschap houden over hun eigen gegevens, dat zij niet continu gevolgd worden en dat medische gegevens veilig zijn, aldus de toezichthouder op dit gebied, de Autoriteit Persoonsgegevens. Een schending van de privacy doet onder meer afbreuk aan het gevoel van de eerdergenoemde zelfbeschikking.

De Privacywetgeving in Nederland staat onder andere beschreven in de Algemene verordening gegevensbescherming, ofwel AVG. Het is extra belangrijk dat er discreet wordt omgegaan met gegevens over de medische of psychische toestand van een persoon. In de AVG is onder meer het recht op informatie vastgelegd. Wanneer een hulpverleningsinstantie persoonsgegevens vraagt aan een cliënt, heeft de cliënt het recht om te weten wat er met deze gegevens gebeurt, en de cliënt mag ook bezwaar maken tegen het gebruik van de gegevens. Daarnaast wordt in de AVG het recht op inzage beschreven. Binnen de maatschappelijke zorg houdt dat in dat de cliënt het recht heeft om in te zien welke gegevens er zijn vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) of het elektronisch cliëntendossier (ECD). Wanneer de beroepsprofessional een voortgangsrapportage maakt, en de cliënt wil die graag lezen, dan moet de beroepsprofessional dat toestaan. Om de betrokkenheid van cliënten bij eigen traject te vergroten, zou de beroepsprofessional ervoor kunnen kiezen om aan het eind van de afspraak samen met de cliënt na te lopen welke zaken van belang zijn voor de rapportage.

Wat tevens een belangrijk aspect is van de AVG voor de maatschappelijke zorg, is het verstrekken van gegevens. Zonder toestemming van de cliënt mag de beroepsprofessional gegevens van welke aard ook niet delen met derden. Denk hierbij aan andere disciplines of familie. Vaak tekenen cliënten bij aanvang van een hulpverleningstraject een toestemmingsverklaring waarmee de cliënt toestemming geeft om informatie op te vragen bij bijvoorbeeld de huisarts of psycholoog. Wanneer organisaties de AVG niet volgens de regels toepassen, kunnen zij beboet worden.

### **Uitzonderingen in de AVG**

Beroepsprofessionals in de maatschappelijke zorg kunnen situaties tegenkomen waarbij het naleven van de AVG bemoeilijkt wordt. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft een lijst opgesteld met tien uitzonderingen in de AVG. Hieronder wordt er een voorbeeld gegeven van een uitzondering die van toepassing kan zijn op de beroepspraktijk van de maatschappelijke zorg.

Het kan gebeuren, bijvoorbeeld, dat de beroepsprofessional iemand treft die een suïcidepoging heeft gedaan en daarom acuut medische of psychiatrische hulp nodig heeft. Volgens de Autoriteit Persoonsgegevens mag een beroepsprofessional wél informatie doorspelen wanneer de vitale belangen van een cliënt of een andere persoon beschermd moeten worden. Wanneer een cliënt in levensgevaar is, of wanneer een cliënt een ander in levensgevaar brengt, mag de beroepsprofessional zonder toestemming professionele hulp zoeken en de relevante informatie verstrekken om te zorgen dat de cliënt, en de eventuele andere, buiten levensgevaar komen.

Binnen de maatschappelijke zorg vinden echter ook veel situaties plaats waarin niet duidelijk of de situatie al dan niet acuut genoeg is om informatie te verstrekken aan derden. Wat doet de beroepsprofessional bijvoorbeeld met een cliënt met een licht verstandelijke beperking die niet bij zijn partner thuis is gekomen? Of wat doet de beroepsprofessional met een manische cliënt die vertelt dat hij op de snelweg heeft gelopen, maar het er goed vanaf heeft gebracht? In deze situaties is het belangrijk dat

de beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg overlegt met zijn of haar naaste collega's. Wanneer het een cliënt betreft die vaker uitingen doet die een dreiging zijn voor de eigen veiligheid en die van anderen, is het daarnaast goed om afspraken vast te leggen en die afspraken te ondertekenen. Zo kan er vastgelegd worden dat bijvoorbeeld ouders op de hoogte gesteld mogen worden wanneer er een incident heeft plaatsgevonden.

### **Wet maatschappelijke ondersteuning**

In het onderdeel 'Paradigma's in de zorg' spraken wij al over de participatiemaatschappij, waarbij het uitgangspunt is dat alle burgers iets bij kunnen dragen aan de maatschappij. Daarnaast moeten burgers die niet volledig zelfredzaam zijn zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Om dit te verwezenlijken, dient de zorg daar zo veel mogelijk op ingericht te zijn. Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het toewijzen van hulp aan de burgers. Deze verantwoordelijkheid is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Vormen van ondersteuning die geboden kunnen worden vanuit de Wmo zijn onder meer:

- begeleiding en dagbesteding
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis
- opvang in geval van huiselijk geweld en mensen die dakloos zijn
- bemoeizorg (ook wel openbare ggz, of oggz genoemd)
- de (gedeeltelijke) financiering van hulpmiddelen, bijvoorbeeld een rollator.

De wijze waarop de Wmo is georganiseerd, verschilt per gemeente. Zo kunnen burgers zich in sommige gemeenten bijvoorbeeld aanmelden bij een Wmo-loket, en in weer andere gemeenten kan de persoon met de hulpvraag zich melden bij het Sociaal Wijkteam. Naar aanleiding van de aanmelding vindt er meestal een 'keukentafelgesprek' plaats. Dit is een gesprek waarin de hulpvraag van de burger wordt besproken en bekeken wordt welke zorg erop aansluit. Tevens wordt er in dit gesprek vastgesteld of het sociale netwerk van de cliënt al voldoende ondersteuning biedt bij de hulpvragen van de cliënt. Sommige cliënten zullen zelfstandig contact onderhouden met de Wmo-consulent. Het kan echter ook voorkomen dat u als beroepsprofessional aanwezig bent bij het keukentafelgesprek, of dat de Wmo-consulent uw professionele verslaglegging van de voortgang nodig heeft om te beslissen of er een beschikking wordt afgegeven, en zo ja welke. Dit gebeurt uiteraard alleen als de cliënt er toestemming voor geeft. Een beroepsprofessional in de maatschappelijke zorg komt zeer waarschijnlijk in aanraking met de Wmo. Veel cliënten uit de maatschappelijke zorg hebben de zorg die zij ontvangen toegewezen gekregen via de Wmo. Ze betalen hiervoor een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Naast de eerder vermelde hulpverleningsvormen zijn er ook hulpverleningsvormen die via een andere wet worden toegewezen. Denk hierbij aan een cliënt met een ernstige verstandelijke beperking die woonachtig is in een 24-uursvoorziening. Deze cliënten hebben te maken met de Wet langdurige zorg (Wlz).

## Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap, en mensen met een psychische aandoening. Vaak wordt deze zorg toegepast in een instelling of woonvoorziening. Wanneer de thuissituatie er geschikt voor is, mag de zorg ook thuis uitgevoerd worden. De Wlz is geschikt voor mensen die blijvend ('levenslang') zorg nodig hebben. Daarnaast is er permanent toezicht, of is er in ieder geval 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar.

## Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

De overheid wil dat alle burgers goede zorg kunnen ontvangen. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat beschreven in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders, behalve zorgaanbieders die zorg leveren vanuit de Wmo. Denk aan verpleeghuizen, ziekenhuizen, behandelende ggz-instellingen, huisartsen en fysiotherapeuten. In de Wkkgz is onder andere vastgelegd dat de zorgaanbieder de mogelijke zorgafnemer (in het geval van de maatschappelijke zorg: de cliënt) vooraf goed geïnformeerd wordt over de mogelijke behandeling. Daarbij moet er een realistische beeld geschetst worden van de mogelijke positieve en negatieve effecten van de behandeling. De cliënt kan hierdoor bijvoorbeeld informatie van verschillende zorgaanbieders verzamelen en op basis daarvan een keuze maken. Daarnaast zijn organisaties vanuit de Wkkgz verplicht om klachten van cliënten serieus te nemen, en hebben cliënten het recht om zich uit te spreken of een klacht in te dienen wanneer zij niet tevreden zijn over de geboden zorg. Wanneer u werkzaam bent binnen de maatschappelijke zorg, is het belangrijk dat u weet waar u cliënten binnen uw organisatie naartoe kan verwijzen als zij niet tevreden zijn over de geboden zorg.

## Onvrijwillige zorg

In deze leerstof bent u in meerdere paragrafen begrippen als zelfbeschikking, eigen regie, eigen krachten eigen keuzes tegengekomen. Dat benadrukt nog maar eens dat het behouden van de eigen regie in Nederland een belangrijke waarde is. Het kan echter voorkomen dat iemand door een aandoening of beperking niet meer in staat is om op een verantwoorde manier de eigen regie te voeren, en dat iemand zichzelf of anderen daarmee in gevaar brengt. In deze situaties kan het zijn dat de rechter of de burgemeester uitspreekt dat er onvrijwillige zorg verleend mag worden, waarbij de regie in handen ligt van de professionals. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Een andere vorm van onvrijwillige zorg kan geboden worden aan gedetineerden. Dit wordt forensische zorg genoemd.

## Wet verplichte ggz

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. De Wvvggz geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Denk bijvoorbeeld aan iemand met schizofrenie die het waanidee heeft dat elke voorbijganger hem wil

vermoorden en daarom mensen aanvalt, of aan iemand met een manie die overtuigd is van de eigen onschendbaarheid en daarom midden op de snelweg gaat lopen.

De Wvggz wordt opgelegd door de rechter via een zorgmachtiging, of door de burgemeester via een crisismaatregel. Tijdens de periode van verplichte zorg dient de cliënt zo veel mogelijk de regie zelf te behouden. Bijvoorbeeld door een eigen plan van aanpak te maken. Professionals moeten regelmatig met de patiënt overleggen en de zorg samen evalueren. De cliënt die verplichte zorg ontvangt, hoeft deze zorg niet altijd te ontvangen in de vorm van een gedwongen opname. De verplichte zorg kan ook thuis plaatsvinden. Wanneer de verplichte zorg is opgelegd, is het belangrijk dat de cliënt zo veel mogelijk mee blijft doen in de maatschappij, of daarop wordt voorbereid. Ook wordt bij voorkeur het sociaal netwerk bij de situatie betrokken.

### *Vormen van verplichte zorg*

De vormen van verplichte zorg zijn onderverdeeld in twee categorieën, namelijk het ondergaan van een medische behandeling en de beperking van vrijheid. In de eerstgenoemde categorie vallen onder andere het toedienen van vocht, voeding of medicijnen, of het ondergaan van een verplichte therapeutische behandeling voor de psychische stoornis. Verplichte zorg die in de laatstgenoemde categorie valt, kan bijvoorbeeld inhouden dat een cliënt in een speciaal ingerichte, afgesloten kamer wordt geplaatst, of dat de cliënt bepaalde dingen niet mag gebruiken (zijn telefoon bijvoorbeeld, of sociale media).

### **Wet zorg en dwang**

Een soortgelijke wet als Wvggz is er voor mensen met een verstandelijke beperking, of een geriatrische aandoening zoals dementie. Mensen met een verstandelijke beperking of geriatrische aandoening weten soms niet meer wat goed voor ze is. Het uitgangspunt is dat professionals en het sociaal netwerk deze mensen op basis van vrijwillige zorg ondersteunen bij het maken van keuzes. Alleen als het echt niet anders kan, wordt de Wzd toegepast. Een deskundig arts moet daarbij de situatie vaststellen, en daarnaast heeft de cliënt een indicatie voor Wlz nodig. De Wzd kan zowel thuis als tijdens een opname in een instelling worden toegepast.

### *Categorieën van onvrijwillige zorg*

De Wzd onderscheidt negen categorieën onvrijwillige zorg, waaronder het toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen. Daarnaast mag de woon- of verblijfsruimte doorzocht worden op gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen. Een ander voorbeeld van onvrijwillige zorg is het houden van (camera)toezicht op de cliënt.

### **Forensische zorg**

Iemand die in aanraking komt met politie en justitie, kan lijden aan een psychiatrische of psychische stoornis. Het is in zo'n geval van belang dat zo iemand een passende behandeling en de noodzakelijke beveiliging ontvangt. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk-gehandicaptenzorg. Dit soort zorg wordt meestal door de rechter opgelegd aan iemand met een psychisch/psychiatrische

stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Het is onderdeel van de opgelegde straf of maatregel. Forensische zorg bevindt zich op het vlak van de zorg en het strafrecht. De forensische zorg kan plaatsvinden in een kliniek, binnen het beschermd wonen of in een ambulante setting. Een bekende vorm van forensische zorg is de terbeschikkingstelling (tbs). Vaak denken mensen dat mensen met tbs opgesloten zitten in een kliniek en af en toe (begeleid of onbegeleid) naar buiten mogen. Er zijn echter ook lichtere vormen van tbs. Net zoals bij de Wvvgz en de Wlz zijn er vormen van forensische zorg waarbij de cliënt thuis kan blijven wonen. De cliënt moet dan bijvoorbeeld wel deelnemen aan een verplichte psychische behandeling, of een bepaalde periode geen alcohol of drugs gebruiken, maar mag verder gewoon deelnemen aan de burgermaatschappij.