

Competenties

voor

Begeleiders

Over mensen met een verstandelijke
beperking en psychische - of gedragsproblemen

Bernard Bossenbroek

sph dual 4A

Haagse Hogeschool

99005518

April 2007

Begeleider: Michel Verbaarschot

Productverslag



Voorwoord

Mijn speurtocht door de verzorging voor mensen met een verstandelijke beperking begon in de lente van 2003.

Na enkele barre tochten langs andere opleidingen en functies vond ik het wel eens tijd voor een juiste toekomstkeuze.

Mijn oog was gevallen op de studie SPH, waarbij ik in het duale traject direct kon gaan werken. Eerst moest ik een baan zien te krijgen, dat was de voorwaarde om in het eerste jaar in te stromen. Enkele brieven geschreven en ik mocht op gesprek bij Het Westerhonk. Op de fiets met mooi weer vertrokken sloeg het weer verbazingwekkend snel om. Ik kwam aan als een verzopen kat, zonder regenpak, in mijn nette goed. Leuke indruk zal dat maken dacht ik.
En toch! Ik was aangenomen!

Inmiddels ben ik vier jaar verder en zal ik alle details over mijn werk en studie in die tussenliggende jaren besparen. Het komt er in ieder geval op neer dat mijn sociale leven een flinke dreun heeft moeten verwerken. Of zoals een docente SPH het in het eerste jaar verwoordde: “De komende vier jaar geen relaties aangaan, niet sporten, niet verhuizen, niet trouwen, geen kinderen krijgen, niet ziek worden en niet teveel stappen!” Dan zou iedereen wel zijn diploma krijgen. De toon was gezet. Gelukkig viel dat alles mee, al zat er wel een kern van waarheid in. Het hoge tempo door het combineren van werken en studie was moeilijk vol te houden en heeft me ettelijke malen hoofdbrekens verzorgd.

Nu, echter, is het einde in zicht. Heb ik er vier inspirerende jaren erop zitten bij het Westerhonk, kan ik zeggen dat ik inderdaad de juiste toekomstkeuze heb gemaakt. Ik durf zelfs te zeggen dat ik als een ander mens in het leven kijk. Het werken met deze doelgroep heeft mijn leven verrijkt. Ik ben er een gelukkiger mens van geworden.

Dan het productverslag voor u.

Het heeft de nodige nachten en dagen werken nodig gehad om tot een goed einde te komen. Zoals het ook eigenlijk een goed onderzoek betaamd.

Ik heb drie jaar naar dit onderzoek toegeleefd en voorbereid. Ik heb een idee steeds meer zien uitgroeien tot een concreet onderzoek. Ik heb dan ook de hoop dat dit onderzoek en het bijbehorende adviesrapport gaat bijdragen aan een oplossing voor een ‘grijs’ gebied bij de zorg van mijn cliënten.

Het maken van dit verslag was niet tot dit resultaat gekomen zonder de volgende mensen:

Emilie Gomperts, voor het geven van supervisie welke mij een blik in mezelf heeft gegeven en mij als mentor stimuleerde zelfstandig te zijn.

Jakop Rigter, die mij de eerste jaren ontzettend veel nieuwe inzichten gegeven als docent en mentor.

Bas de Jong, voor zijn op mij toegepaste wijze van coachen.

Edwin van Wijland, wie mij in het eerste jaar op zijn eigen bijzondere en uitdagende wijze begeleidde en mij op een juiste wijze prikkelde om mezelf te ontwikkelen.

Michel Verbaarschot, die mij bij de les hield tijdens het onderzoeken en mij motiveerde én activeerde waar ik dat nodig had.

Pieter Werkman, die mij als teamleider vertrouwen en ruimte gaf. Met zijn eigen stijl heeft hij mij inzicht gegeven in het leidinggeven aan een team, maar ook in de humor die er komt kijken in ons werk.

Loes Britssemmer, die me drie jaar lang op de voor mij meest competentie wijze mogelijk heeft begeleid. Ik sta er nog steeds achter dat zij zo een diploma SPH zou verdienen. Ik wens haar alle gezondheid in de toekomst, dat heeft ze wel verdiend.

Ik wil mijn **overige teamleden**, de **orthopedagoog** en de **AVG** van mijn woning bedanken voor hun bijdrage aan mijn onderzoek, welke ik niet uit ondankbaarheid maar privacyredenen niet bij naam zal noemen.

Ik bedank **Mingo Wols**, omdat hij het verdient om bedankt te worden. Ik weet alleen niet precies meer waarom.

Ik bedank mijn moeder, **Paula**, die een dag uit haar leven heeft gegeven om alles van voor naar achter en weer terug door te spitten.

Zonder mijn steun en toeverlaat **Teresa**, die ik toch zeker als mijn betere helft wil omschrijven, zou ik nooit op tijd zijn begonnen, laat staan het nog dit decennium afronden. Sterker nog, ik denk dat ik inmiddels al met de studie was gestopt zonder haar. Ik weet het, ik heb geen ruggengraat!

Het is lastig, maar het is haar gelukt mijn wonderlijke denkwereld te doorgronden.

Tot slot wil ik **alle cliënten** met wie ik de afgelopen vier jaar heb mogen werken, leven, spelen, lachen, huilen, gillen, brullen en zijn, uitermate bedanken voor deze vruchtbare jaren van mijn leven. Als ik er even doorheen zat, kon ik altijd bij hen terecht. En voor mij nog belangrijker, bij hen kon ik mezelf zijn.

Bernard Bossenbroek

23 april 2007

Monster

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Casus	7
1.2 Aanleiding	8
1.3 Motivatie	9
1.3 Afbakening	10
1.4 Noot vooraf	10
1.5 Inleidend	11
Hoofdstuk 2 Probleemstelling en werkwijze	13
2.1 Probleemstelling	13
2.2 Deelvragen?	13
2.3 Werkwijze	13
2.3.1 Doelgroep	14
2.3.2 Soort onderzoeksvraag	14
2.3.3 Methoden van dataverzameling	14
2.3.4 Onderzoekseenheden	14
2.3.5 Betrouwbaarheid en geldigheid	15
Hoofdstuk 3 De organisatie	17
3.1 De 's Heerenloo zorggroep	17
3.1.1 Aanbod	17
3.1.2 Werkwijze	18
3.2 De woning	19
3.3 Het beleid en werkwijze rond psychische problemen bij cliënten in de organisatie	20
3.4 Het beleid en werkwijze rond psychische problemen bij cliënten op de woning	21
3.5 Welke psychische problemen en gedragsproblemen zijn er bij cliënten op mijn werkplek?	21
Hoofdstuk 4 Psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking	23
4.1 Oligofrenen?	23
4.2 Psychische- of gedragsproblemen: terminologie?	24
4.2.1 Psychische problemen	24
4.2.2 Gedragsproblemen	25
4.2.3 Diagnostiek en classificatie	25
4.2.4 DSM-IV TR	26
4.3 Psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking	26
4.3.1 Frequentie	27
4.3.2 Het diagnosticeren van mensen met een verstandelijke beperking	28
4.3.3 DC-LD	28
4.4 De grenzen van mijn onderzoek	29
Hoofdstuk 5 Onderzoek	30
5.1 Gesprekken met collega's	30
5.2 Gesprek met teamleider	30
5.3 Uitkomsten enquête	31
5.4 Uitkomsten interviews	32
5.4.1 Interview met AVG	32
5.4.2 Interview met orthopedagoog	33
Hoofdstuk 6 Competent begeleiden	35
6.1 Het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking	35
6.1.1 Behandelen	35
6.1.2 Begeleiden	35
6.1.3 Het begeleiden van de psychische- of gedragsproblemen	36
6.2 Competenties	37
6.2.1 De definitie van competentie	37
6.2.2 Hoe behaal je competenties	38
6.2.3 Welke competenties heeft mijn begeleidingsteam nodig?	39
Hoofdstuk 7 Analyse	41
7.1 Hoofdstuk 1	41

7.2 Hoofdstuk 2	41
7.3 Hoofdstuk 3	41
7.4 Hoofdstuk 4	42
7.5 Hoofdstuk 5	42
7.6 Hoofdstuk 6	43
Hoofdstuk 8 Conclusie.....	45
Hoofdstuk 9 Product	48
9.1 Verantwoording voor het product	48
9.2 Doelstelling	48
9.3. Inhoud	48
Hoofdstuk 10 Evaluatie	49
10.1 Procesevaluatie.....	49
10.2 Productevaluatie	49
Literatuurlijst.....	51
Bijlage 1 Enquête	52
Bijlage 2 Interview met AVG	53
Bijlage 3 Interviews met orthopedagoog.....	54
Bijlage 4 Competenties SPH.....	56
Bijlage 5 Samenwerkingsovereenkomst	59

Hoofdstuk 1 Inleiding

In deze inleiding wil ik voornamelijk het traject voor het starten van mijn onderzoek belichten. Daarbij vertel ik hoe ik op dit onderwerp ben gekomen en waarom ik ervoor gekozen heb om juist dit onderwerp te kiezen. Her en der zal ik vooruitlopen op begrippen of een omschrijving van een probleem welke ik pas later in mijn onderzoek zal definiëren. Ik zal waar dat van toepassing is verwijzen naar een gedeelte waar het staat beschreven.

1.1 Casus

Op mijn woning is een vrouwelijke cliënt, Stefanie, die dagelijks uitbundig aanwezig is binnen de verder vrij rustige ogende groep. Ze heeft het graag over de dood en de ongelukken en oorlogen die ze op televisie ziet. Vaak lacht ze als haar medecliënten dit niet kunnen waarderen en haar een standje geven. Ze zoekt op de woning vaker de aandacht van de begeleiders dan van de overige cliënten. Ze zegt dat ze zelf ook wel een pistool wil of doodgeschoten wil worden. Dat lijkt haar "gaaf" en "kicken". Ze lacht er hartelijk bij, alsof ze vertelt over een leuke gebeurtenis uit haar dag. Plots vraagt ze dan ineens serieus aan de begeleider of hij het erg zou vinden als ze doodgaat. Bij het ontbreken van een antwoord, zegt ze dat ze graag dood wil. Het leven stelt niks voor. De woning is niks, de medecliënten zijn niks, haar werk is niks. Haar stemming en houding veranderen als de wind. Ze oogt treurig en snuft. Het lijkt alsof ze aan het huilen is. De begeleider vraagt of ze voetbal dan nog wel een beetje interessant vindt. Haar lichaam veert op en met een grijns laat ze haar onverzorgde gebit zien. Ze heeft een nieuw vriendje. Hij speelt bij de Wolverhampton Wanderers in Engeland. Hij speelt nog in de jeugd en komt in het weekend op een toernooi in de buurt spelen. De wens om dood te zijn lijkt niet meer zichtbaar aanwezig.

Een volgende dag komt ze thuis na haar werk. Ze laat duidelijk weten dat ze thuis is, door drie keer vrij langdurig op de bel te blijven drukken. De gang is lang, maar zo vlug als hij kan doet de begeleider open. Stefanie stuift naar binnen en drukt met haar forse postuur, dikke jas en grote rugzak de begeleider bijna omver. Als die vraagt of het wat minder kan en wat er is, krijgt hij een snauw en een grauw. Ze wenst met rust gelaten te worden. Jas en tas worden in de gangkast gedumpt en Stefanie loopt duidelijk hoorbaar naar boven. De begeleider besluit om met de andere cliënten die van hun werk komen koffie te gaan drinken.

Tegen het avondeten komt Stefanie naar beneden. Ze lijkt gekalmeerd, maar komt anders over dan normaal. Ze heeft een bepaalde glinstering in haar ogen en haar gezicht verraat een binnenpretje. Ze treft de begeleider in kantoor.

De begeleider ziet dan dat ze bloed aan haar armen heeft die ze eerst verbergt met haar mouw. Vol trots en hard lachend laat ze de inkepingen die ze in haar beide armen heeft gemaakt. De begeleider schrikt en weet niet goed hoe te reageren. Gezien haar reactie en de lol die ze erom lijkt te hebben, schat de begeleider snel in dat het niets ernstig is. Hij adviseert Stefanie om met een theedoek het bloeden te stelpen.

Ze blijft even verbouwereerd staan met haar mouwen opgetrokken en kijkend naar haar armen. Het lijkt alsof de grap er bij haar vanaf is. Moet de ambulance niet gebeld worden? Kan ze paracetamol krijgen? Moet het niet verbonden worden? Ze wil graag naar het ziekenhuis. De begeleider herhaalt zijn advies en vraagt of ze dat nu wil gaan doen. Stefanie druipt af en loopt naar boven. Het is niet bekend of ze zijn raad opvolgt.

Geschrokken over haar actie bespreekt de begeleider dit met collega's. Ook zij geven aan dit gedrag de laatste weken te hebbenesignaleerd. Waarom het niet terug te vinden is in haar rapportage? Nou, als we alles moeten rapporteren dan krijgt zo'n cliënt wel een heel negatieve stempel. Er gaan toch ook heel veel dingen goed, vroeger was ze nog veel erger. De reactie van zijn collega's doet de begeleider zijn wenkbrauwen fronsen. Er zijn toch enkele collega's die hun zorgen over het automutulerende gedrag van Stefanie uitspreken en er wordt een multidisciplinair overleg belegd. Familie is niet

aanwezig, omdat beide ouders niet in staat zijn om de rol van cliëntvertegenwoordiger voor hun dochter te behartigen. Ze hebben zelf een beperkte draagkracht en kunnen niet die van dochter dragen. Wel op de vergadering zijn teamleider, orthopedagoog en Arts Verstandelijke Gehandicapten.

Er wordt vastgesteld dat Stefanie geregeld geagiteerd van werk terugkeert en dat lijkt te koppelen aan het snijden van haar armen. Ze doet dit waarschijnlijk met kapotte cd's. Hoe hiermee om te gaan is de vraag. Een collega vertelt hoe ze schrok en de ambulance heeft gebeld. De broeders hebben de (lichte) wond verzorgt en zijn weer teruggekeerd. Een andere collega vertelt dat je mensen die automutileren niet in hun gedrag moet bevestigen, maar juist negeren.

Er ontstaat een verder discussie over het verdere gedrag van Stefanie. Heeft ze geen borderline? Ze voldoet toch aan een tal van criteria vraagt een collega? De orthopedagoog legt uit dat Stefanie een hechtingsstoornis heeft en hoe zich dat uit. Er ontstaat een discussie tussen AVG en orthopedagoog over de begeleiding van de cliënt. Stefanie heeft geen officiële classificatie gemaakt door een psychiater. Kan er nu wel of niet gestart worden met medicatie of begeleiding. Het geheel is verwarrend en er wordt afgesloten om te achterhalen welke oorzaken het gedrag van Stefanie hebben. Intern zal gekeken worden of er meer mogelijkheden tot onderzoek zijn. Men is er nog niet over uit hoe Stefanie precies te benaderen. Doet ze dit om aandacht of uit ze een probleem dat ze niet met woorden kan uiten?

1.2 Aanleiding

Het voorbeeld uit de casus is één van de vele situaties uit de afgelopen 2 ½ jaar – ik ben gestart in augustus 2004 - dat ik op deze woning werkzaam ben, waarin ik me in toenemende mate vragen ben gaan stellen over de zorg die ik, mijn team en mijn organisatie levert aan de cliënten van mijn woning.

Het begint me op te vallen hoe vaak ik te maken krijg met het gedrag van cliënten enerzijds en de reactie van de begeleiding daarop anderzijds.

Het begeleidingsteam komt meerdere malen per dag in aanraking met gedrag van cliënten dat ik bestempel als psychisch/ of gedragsprobleem. Onder dit gedrag versta ik zowel verbaal als fysieke agressie, autistiform gedrag.

Ik werk op een woning met zo'n zeventien cliënten in een woonwijk in Den Haag. Er wordt van de cliënten verwacht dat ze integreren in de samenleving en worden daarbij ondersteund door een begeleidingsteam. Ook gaan eigenlijk alle cliënten enkele dagdelen in de week naar "werk". Verschillend per cliënt kan je dan denken aan een arbeidscentrum of een activiteitencentrum.

Veel cliënten op mijn woning, eigenlijk zo goed als allemaal, hebben medische ondersteuning nodig. Dat kan zo variëren van medicatie tegen obstipatie, vitaminepreparaten en enkele medische handelingen als intramusculair injecteren en verhoogde klysma's. Door de medische achtergrond van een deel van dit team en cursussen voor de anders geschoolden vind ik dat deze medische zorg voor de cliënt goed ondersteund wordt door mijn begeleidingsteam.

Naast deze kant van de verzorging van de cliënten heb ik in mijn periode op deze woning gemerkt dat ik dagelijks te maken krijg met gedrag van cliënten dat ik lastig te omschrijven vind. Op mijn werk wordt het wisselend uitdagend gedrag of ongewenst gedrag genoemd. Agressief gedrag valt er ook onder, al wil ik hierin wel verbale en fysieke agressie onderscheiden. Op mijn werk heb ik meerdere malen per dag te maken met verbale agressie en maar sporadisch met fysieke agressie. En als dat laatste voorkomt (eens in de 1 of 2 maanden) dan is het vooral gericht van cliënt naar cliënt en gericht op mij of het begeleidingsteam. Ook de gedragsuitingen die men op mijn werk

gedragsproblemen of psychische problemen noemt, schaar ik onder deze tak van verzorging die mijn interesse heeft gewekt.¹

Wat mij opvalt is dat dit soort gedragingen dagelijkse kost zijn. Toch wordt er door mij, mijn overige collega's en zoals blijkt uit de casus ook door verschillende betrokken disciplines verschillend gedacht en gehandeld omtrent dit fenomeen.

Ik ervaar dat deze verschillende aanpak een negatieve uitwerking op de cliënt en het gedrag heeft, al zijn er ook goede interventies of begeleidingsmomenten te noemen. Toch blijkt met name de diversiteit van de aanpak van de begeleiding, zoals ook beschreven in de casus, niet in het voordeel van de cliënt te werken. De cliënt die juist een behoefte aan duidelijkheid lijkt te hebben.

Voordat ik met dit onderzoek begon leek het vanuit mijn optiek als leerling sociaal pedagogisch hulpverlener op de woning, dat de zorg voor de cliënten op het gebied van gedrag niet gestructureerd, niet intersubjectief, niet adequaat en dus ontoereikend was. Met die vrij ongenueanceerde blik, met het idee om te onderzoeken hoe dit "gat" in de zorg zo heeft kunnen ontstaan en met de insteek om een bijdrage te leveren aan de opvulling van dit "gat" ben ik vorig jaar met mijn onderzoek gestart.

1.3 Motivatie

Waarom ik heb gekozen voor dit onderwerp en niet een andere vind ik vrij simpel te beantwoorden. Ik heb namelijk het idee dat dit probleem door alle betrokkenen wordt gedragen.

De cliënten ervaren zelf hinder van hun gedrag en doordat ze niet adequaat begeleid lijken te worden op dit onderdeel bestaat er veel verwarring en onduidelijkheid bij de cliënten. Met betere begeleiding zijn de cliënten a-priori geholpen.

Het begeleidingsteam zelf heeft al meerdere malen tijdens mijn periode op de woning aangegeven dat ze dit probleem als lastig ervaren. In mijn eerste jaar als leerling op deze woning heb ik een enquête laten invullen door het team waarin vragen stonden over alle zorggebieden van de woning, waaronder deze. Ook toen gaf het gros van het team aan dat ze het moeite hebben om cliënten te ondersteunen op dit grijze gebied en dat ze weinig steun ondervinden van de organisatie.

De betrokken disciplines als de AVG² en de orthopedagoog zijn ook zorgdrager van het probleem – zie casus hierboven – en zijn gebaat bij een competentieontwikkeling van het begeleidingsteam.

Of dit probleem verder binnen de organisatie gedragen wordt, vind ik interessant te onderzoeken, maar zoals ik bij de afbakening van mijn onderzoek hieronder ook zal aangeven, heb ik bewust gekozen voor mijn eigen woning en niet voor de organisatie. Ik heb echter wel het vermoeden dat dit grijze gebied in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking ook organisatorisch gezien moeilijkheden kent. Met name op het gebied van samenwerking met andere instellingen, de aandacht binnen de organisatie voor dit probleem en de scholing van de personeelsleden lijken zo op het eerste gezicht interessante impressies.

Tot slot ben ik zelf ook onderdeel van het probleem, omdat ook ik als onderdeel van het team ook niet de zorg kan leveren aan de cliënten die ze nodig lijken te hebben. Ook ik heb noch door mijn studie, noch door mijn ervaring als hulpverlener het antwoord op deze ogenschijnlijke complexe kwestie.

Niet alleen omdat dit probleem breed gedragen lijkt heb ik ervoor gekozen om dit als onderwerp van mijn onderzoek te kiezen, maar ook omdat vrijwel alle betrokkenen

¹ Zie 4.1 voor de definiëring van deze problematiek

² AVG staat voor Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

dagelijks in aanraking komen met dit probleem en gebaat zouden zijn met ondersteuning.

Op voorhand heb ik de keuze voor dit onderwerp besproken. Zowel op school met de studieloopbaan, als met collega's, werkbegeleidster en teamleider op mijn werk. Alle gesprekken die ik ter voorbereiding voor mijn onderzoek heb gehouden hebben mij gesteund en gemotiveerd om voor dit onderwerp te kiezen. Ik heb op mijn werk de ruimte gekregen die ik nodig had om dit onderzoek uit te voeren en de ondersteuning dat dit probleem erkend wordt en men uitziet naar de uitkomsten van mijn onderzoek. Het is dus mijn eigen keuze geweest om tot dit onderzoek te komen en heb dus geen opdrachtgever. Al heb ik door de voorafgaande gesprekken wel het idee dat de resultaten van mijn onderzoek benaderd zullen worden als ware het een opdracht die gegeven is. Tot slot wil ik toevoegen dat mijn interesse voor de psychopathologie een extra motivatie is geweest om tot deze keuze te komen.

1.3 Afbakening

Bij de start van mijn onderzoek vorig jaar heb ik erg geworsteld met de grenzen van het onderzoek. Door mijn ervaringen sinds augustus 2004 op de huidige woning en mijn eigen valkuilen was ik geneigd om te groot en te uitgebreid te denken.

Na veel gesprekken en bijstellen ben ik tot de conclusie gekomen dat het binnen het kader van mijn duale studie sociaal pedagogisch hulpverlener het meest effectief zou zijn wanneer ik mijn onderzoek ten eerste beperk tot mijn eigen woning en ten tweede mij richt op het begeleidingsteam.

Daarbij laat ik dus achterwege om te onderzoeken binnen de organisatie en hoe er op macroniveau omgegaan wordt met dit onderwerp. Bij het onderzoeken op mijn eigen woning en het begeleidingsteam bestaat er wel enige overlap met de organisatie en macroniveau. Echter, wanneer ik mij alleen op het beleid van de organisatie zou richten zou ik buiten de kaders van mijn studie treden, waarbij bovendien de praktische haalbaarheid van de resultaten van het onderzoek in het geding zouden zijn gekomen. De krachtige, goed begrensde probleemstelling die ik nu heb past goed bij de competenties die het Hoger Beroeps Onderwijs en mijn studie van mij verlangen op het gebied van praktische haalbaarheid.³

1.4 Noot vooraf

Tijdens het schrijven van mijn proces en product gebruik ik verschillende woorden met een mannelijke of vrouwelijke verwijzing. Zo is cliënt een woord dat veelvuldig zal voorkomen in mijn verslag. Waar anderen kiezen om enkel gebruik te maken van mannelijke of vrouwelijke verwijzingen, ga ik beide gebruiken. Vaak ligt een taalkundige afweging ter grondslag van zo'n beslissing. De mijne is een stuk pragmatischer; wanneer ik het heb over de cliënt, dan heb ik het namelijk over de cliënten van mijn woning. Omdat ik zelf werkzaam ben op de woning heb ik een beeld bij het woord cliënt. Omdat ik nu eenmaal een wisselende samenstelling van vrouwelijke en mannelijke cliënten heb, kies ik er dan ook voor om af te wisselen. Ik wil hierbij geen van beide sekses benadelen. Hetzelfde geldt eigenlijk ook voor de begeleider, waarbij ik zowel naar mannelijke als vrouwelijke begeleiders verwijs.

Als ik spreek over het begeleidingsteam in mijn verslagen, dan heb ik het over mijzelf en mijn collega's. Ik ben – zoals ook later vermeld staat – onderdeel van een team van momenteel 10 begeleiders. Wij werken samen met andere disciplines zoals een teamleider, AVG- er en orthopedagoog. Er zijn nog wel meer disciplines, maar die doen niet ter zake binnen de context van mijn onderzoek. Als ik het dus over mijn

³ Voor de competenties van mijn opleiding, verwijs ik naar bijlage 4

begeleidingsteam heb, dan heb ik het over deze tien begeleiders die dagelijkse zorg bieden aan de cliënten van mijn woning, mijzelf inclusief.

Vanwege privacyredenen zal ik niemand met naam en toenaam noemen, behalve de mensen die ik citeer natuurlijk. Noch de cliënt noch de geïnterviewde collega zal met naam in mijn verslagen terecht komen. Ook de naam van de woning zal ik niet noemen in dit verslag. De doelgroep van mijn onderzoek is dusdanig dat iedereen weet over welke woning ik het heb en aangezien dit verslag ook voor anderen inzichtelijk wordt - bibliotheek, kennisnet op internet – ben ik voorzichtig met de gevoeligheid van informatie.

Ik ben iemand die naar de mens als individu kijkt ten opzichte van het plaatsen in hokjes. Toch ontkom ik er op mijn werk en tijdens het schrijven van dit verslag niet aan om de cliënt enigerlei in te delen of schalen, om zo voor de buitenstaander een impressie te geven. Als je het woord cliënt leest dan heb ik het over iemand met een verstandelijke beperking. De keuze voor dit begrip leg ik later in hoofdstuk 4 uit. Verder heb ik het over de mate van de beperking van de cliënt. Als ik het over indelen van de cliënt heb, dan kies ik voor het veelgebruikte en bekende Intelligentiequotiënt (IQ). Het volgende schema geeft weer wat ik hiermee bedoel, er wordt nog het woord handicap gebruikt, maar dat is de keuze van de auteur:

Tabel 1. 1

Graad van handicap	IQ
Zeer ernstige handicap	0-20
Ernstige handicap	20-35
Matige handicap	35-50
Lichte handicap	50-70

Bron: Dósen (2006). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Koninklijke Van Gorkum BV. Tweede druk. Blz. 20

1.5 Inleidend

Dit productverslag dient ter verantwoording van het onderzoek dat uiteindelijk zal leiden tot het eindproduct. Ik wil in dit verslag uitleggen waarom ik tot de keuze ben gekomen van dit onderzoek, mijn probleemstelling en een uitwerking geven van het praktijk- en literatuuronderzoek dat ik heb gehouden. Tenslotte wil ik de keuze voor een adviesrapport als eindproduct duidelijk maken. Het is mijn doelstelling dat het eindproduct voor alle betrokkenen een meerwaarde is die een oplossing biedt voor de probleemstelling. Doch voor het beoordelen van het geheel is dit productverslag dat ten grondslag ligt aan het eindproduct noodzakelijk.

Hoofdstuk 2 definieert de probleemstelling, doelstelling en deelvragen van mijn onderzoek. Ook geeft het weer welke werkwijze ik heb gehanteerd tijdens het onderzoeken, zowel praktijk- als literatuuronderzoek.

In hoofdstuk 3 wil ik de organisatie en woning waarbinnen ik werk weergeven. Ik denk dat de context van de organisatie en mijn woning van essentieel belang zijn bij de keuzes die ik heb gemaakt voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 is één van de bouwstenen van mijn onderzoek. Het vertelt wat ik versta over psychische problemen en wat ik bedoel met mensen met een verstandelijke beperking. Een kort stukje geschiedenis over de zorg voor psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking komt aan bod en tenslotte beschrijf ik de meest actuele ontwikkelingen op dit gebied.

In hoofdstuk 5 plaats ik de resultaten van mijn praktijkonderzoek. Dit zijn de gesprekken met mijn collega's op mijn woning, de gesprekken met mijn teamleider, de enquête gehouden onder al mijn collega's en de interviews met de AVG en de orthopedagoog.

Hoofdstuk 6 geeft antwoord op de laatste deelvragen door te kijken naar het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en de bijkomende psychische problematiek en geeft ten dele antwoord op de probleemstelling door weer te geven welke competenties het team moet bezitten om deze zorg te leveren.

Hoofdstuk 7 gaat in op mijn analyse van het onderzoek

Hoofdstuk 8 bespreekt de conclusies die ik trek uit de analyse van mijn onderzoek. De conclusies die een directe bron zijn voor de adviezen die ik in het eindproduct zal plaatsen

Hoofdstuk 9 bespreekt de keuze voor de inhoud en de vorm van het eindproduct

In hoofdstuk 10 evalueer ik de kwaliteit van het eindproduct en mijn onderzoek dat ik het afgelopen jaar heb gehouden.

Hoofdstuk 2 Probleemstelling en werkwijze

In dit hoofdstuk vindt u de probleemstelling, de doelstelling, de deelvragen en de gekozen werkwijze van mijn onderzoek. Het heeft tot doel een zicht te geven op de afbakening van mijn onderzoek en een aantal gemaakte keuzes die mijn aanpak van onderzoeken hebben bepaald.

2.1 Probleemstelling

“ Welke competenties moet het begeleidingsteam beheersen om de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking met psychische problemen en/of gedragsproblemen te leveren?”

Doelstelling

Het bieden van adviezen om te komen tot een competentieontwikkeling bij het begeleidingsteam van mijn woning.

2.2 Deelvragen?

- Wat versta ik onder psychische problemen en gedragsproblemen?
- Wat is het beleid en de huidige werkwijze voor cliënten met een psychisch probleem binnen mijn organisatie en woning?
- Welke psychische problemen en gedragsproblemen hebben de cliënten op mijn woning?
- Hoe uiten psychische problemen zich bij mensen met een verstandelijke beperking?
- Hoe begeleid je de psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking?
- Welke knelpunten ervaart het begeleidingsteam omtrent de zorg voor de psychische problemen?
- Welke competenties zijn er nodig om de zorg voor mensen met een psychisch probleem en een verstandelijke beperking te verlenen?

2.3 Werkwijze

De basis voor mijn onderzoek is bepaald op het Basisboek Kwalitatief Onderzoek van Baarda, De Goede en Teunissen⁴

Eigenlijk intrigeerde het onderwerp me al sinds augustus 2004. Maar ben ik het pas een onderzoek gaan noemen, nadat ik in mei 2006 besloten heb om dit als onderwerp voor mijn afstuderen te kiezen. In die tussenliggende periode heb ik verschillende gesprekken gevoerd met collega's, teamleider, arts en orthopedagoog om inzicht te krijgen.

Vanwege mijn eigen betrokkenheid in het geheel ben ik me dus heel bewust van mijn eigen visie op dit onderwerp. Ik heb een probleem gesignaleerd en om te voorkomen dat dit geheel mijn interpretatie is heb ik het getoetst met andere betrokkenen. Waarna iedereen er gelijkwaardig over dacht heb ik het probleem, zoals geformuleerd in mijn probleemstelling, intersubjectief als voor waar aangenomen. Had ik dat niet gedaan had

⁴ Baarda, De Goede en Teunissen (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff. Tweede druk

de probleemstelling er zo uit kunnen zien:” Hoe verloopt de zorg voor mensen met psychische problemen met een verstandelijke beperking?”

Mijn afweging om dat niet te doen, heeft er mee te maken dat het een veel te breed onderwerp zou zijn, die bovendien antwoord zou geven op wat alle betrokkenen al ervaren. Het zou dus een weinig functioneel onderzoek worden.

Ik ben me er dus van bewust dat ik een stellige probleemstelling heb. Doch door het vooraf intersubjectief te maken, heb ik getracht binnen de context van mijn ervaringen sinds augustus 2004 een zo praktisch en functioneel als haalbare mogelijke probleemstelling te formuleren.

2.3.1 Doelgroep

Het product gaat geschreven worden voor de betrokken personen die verantwoordelijk zijn voor het beleid van mijn woning. Zij zijn degene die de adviezen om kunnen zetten in verandering of niet. Mijn doelgroep betreft dus in eerste instantie mijn teamleider – welke in mijn ogen een vorm van opdrachtgever is -, mijn orthopedagoog en de AVG. In tweede instantie is het rapport ook geschreven voor het voltallige begeleidingsteam van mijn woning. Ik ga dus bij het schrijven van mijn verslag en product uit van een bepaalde affiniteit met de cliënten en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.

2.3.2 Soort onderzoeksvraag

Ik maak gebruik van een beschrijvende onderzoeksvraag. Ik wil namelijk met mijn probleemstelling een beschrijving geven van de competenties die binnen het begeleidingsteam van mijn woning aanwezig moeten zijn om de cliënten bij hun psychische problemen te begeleiden.

2.3.3 Methoden van dataverzameling

Ik heb verschillende methoden gebruikt tijdens mijn onderzoek om data te verzamelen. Dat hing af van de persoon/groep die ik onderzocht of het stadium van het onderzoek waarin ik zat.

Als onderdeel van het team ben ik participierend als onderzoeker en heb ik ook gebruik gemaakt van participerende observaties om te komen tot mijn probleemstelling. Dat wil zeggen dat ik zelf onderdeel uitmaak van de observaties als teamlid.

Voordat ik in mei 2006 met mijn daadwerkelijke onderzoek begon heb ik gebruik gemaakt van de zogenaamde informele gesprekken.

Om data te verzamelen uit het begeleidingsteam heb ik gebruik gemaakt van een enquête om te achterhalen wat de visie van ieder van hen was. De bijlage is te lezen als bijlage 2 en de uitkomsten ervan staan in hoofdstuk 5 weergegeven.

Met de teamleider, de orthopedagoog en de AVG heb ik gebruik gemaakt van het gedeeltelijk gestructureerd interview. Ik heb voor deze methode gekozen omdat het mij de meeste vrijheid bood om naast een aantal vooraf vastgestelde vragen door te vragen. Verder heb ik gebruik gemaakt van notulen van cliëntenvergaderingen, de zorgplannen en andere korte, informele gesprekken die ik heb gehad met de individuele collega voor extra informatie. Daarnaast is de literatuurstudie een belangrijk onderdeel van mijn onderzoek.

2.3.4 Onderzoekseenheden

Zowel het begeleidingsteam van mijn woning als de betrokken teamleider, AVG en orthopedagoog zijn mijn onderzoekseenheden.

Ik heb ervoor gekozen om het team als onderzoekseenheid te nemen, omdat zij direct betrokken zijn bij mijn onderzoek als onderdeel van mijn probleemstelling en hen de competenties direct aangaat. Ik wilde weten wat hun visie en standpunt was omtrent deze kwestie.

Daarnaast zijn teamleider, de AVG en de orthopedagoog als kader betrokken bij het beleid omtrent deze kwestie en heb ik er dus voor gekozen ze als onderzoekseenheid te definiëren. Zo is de teamleider verantwoordelijk voor de aannamen en het opleidingsniveau van het personeel, de AVG verantwoordelijk voor de medische

ondersteuning van cliënten bij eventuele psychische problemen en is de orthopedagoog mede verantwoordelijk voor het uitzetten van een stijl van begeleiding die past bij de cliënten op de woning.

Ik heb dus naast de enquête voor mijn begeleidingsteam een interview/gesprek of zes gehad. Ik had de hoop daar nog twee aan toe te voegen; ik heb namelijk het idee gehad om op een afdeling voor mensen met een verstandelijke beperking binnen een psychiatrisch ziekenhuis te interviewen, alsook om een afdeling binnen mijn eigen organisatie te interviewen die meer gespecialiseerd is op dit onderwerp. De eerste heb ik niet uitgevoerd omdat ik uiteindelijk binnen mijn probleemstelling en het kader van mijn onderzoek niet wilde gaan vergelijken. Het tweede is wegens organisatorische redenen niet doorgegaan. Het is niet mogelijk gebleken om de betrokken persoon van die afdeling te spreken te krijgen. Ik zal op beide trajecten terugkomen tijdens dit onderzoek.

2.3.5 Betrouwbaarheid en geldigheid

Half- of gestructureerd interview:

Deze stijl van interviewen geeft mij als interviewer houvast en controle over de vragen, maar biedt de geïnterviewde toch de ruimte om meer te vertellen dan in eerste instantie gevraagd wordt.

Enquête:

Zoals uit de bijlage blijkt, heb ik een mengeling van open en gesloten vragen gesteld in de enquête. Ik ben me ervan bewust dat ik – vooral met de gesloten vragen – het begeleidingsteam een bepaalde richting op laat bewegen. Ik heb dit toch gedaan, omdat ik wel binnen de kaders van mijn onderzoek wil blijven en ik bijvoorbeeld maar naar een beperkt aantal oplossingen kan kijken. Het zou anders te groot en omslachtig worden. De betrouwbaarheid van een enquête is dubieus. Ik ben niet aanwezig geweest bij het invullen ervan en weet dus niet hoe betrouwbaar iedereen het heeft ingevuld. Als ik wel zie dat iedereen alle vragen heeft ingevuld en geschreven heeft totdat het wit tussen de vragen op was, dan ga ik er in ieder geval van uit dat de informatie die ik eruit kan opmaken betrouwbaar is. Er blijkt in ieder geval uit dat het begeleidingsteam zich ook drager van het probleem voelt en openstaat voor dit onderzoek.

Interviews:

Ik heb tijdens mijn studie en daarnaast nu enkele interviews gehouden en daar ervaring in opgedaan. De methode die voor mij persoonlijk het beste werkt is om gebruik te maken van het gedeeltelijk gestructureerde interview, met de vragenlijst voor mij de vragen te stellen en tijdens het interview kernachtige aantekeningen maken.

Direct na het interview werk ik het interview tot een geheel gesprek uit.

Ik kies er bewust voor om niet met een bandrecorder te werken. Ik heb dit in het verleden wel gedaan, maar dat is mij niet bevallen. Het interview werd er zowel van mijzelf als interviewer, als de geïnterviewde te plastisch en formeel van. Het resulteerde dat ik niet de gewenste informatie uit de interviews haalde dan op de zojuist beschreven wijze. Ook hierbij probeer ik de betrouwbaarheid en de geldigheid te waarborgen, door direct het gesprek uit te werken, zodat het zo min mogelijk aan mijn eigen interpretatie onderhevig is.

Participerende observatie:

Erg lastig te beoordelen op betrouwbaarheid en geldigheid is, dat ik zelf degene ben die observeert. Ik heb in ieder geval getracht om mijn eigen interpretatie te toetsen met anderen door voor de start van mijn onderzoek met alle betrokkenen te praten. Dit heeft in ieder geval geleid tot een intersubjectiviteit die de bouwsteen vormt van mijn probleemstelling.

Documentatieonderzoek:

De informatie uit notulen van cliëntenvergaderingen en zorgplannen die ik heb gebruikt om data te verzamelen zijn vrij betrouwbaar aangezien het feitelijke informatie is dat zwart op wit staat en wat door alle betrokkenen + cliënt of cliëntvertegenwoordiger⁵ is goedgekeurd en ondertekend.

⁵ Cliëntvertegenwoordiger: is de vertegenwoordiger van de cliënt die betrokken is bij de cliëntvergaderingen en het zorgplan. Afhankelijk van de juridische status van de cliënt vergelijk met mentor of curator

Interne geldigheid

De gekozen onderzoekszet: de combinatie literatuurstudie, enquête en gedeeltelijk gestructureerde interviews passen goed bij de interne geldigheid van het onderzoek. Ik heb hierdoor namelijk vanuit drie vormen van onderzoek informatie gekregen en ook nog eens uit allemaal een verschillend perspectief, met een verschillend belang. Dat de uitkomsten van het onderzoek zo dicht bij elkaar lagen – zie o.a. hoofdstuk 4 en 5 – steunt mijn visie dat het onderzoek geldig is.

Externe geldigheid

Aan de ene kant heb ik getracht om de externe geldigheid te verhogen door iedereen in een zo normaal mogelijke alledaagse situatie te bevragen. Vooral met de enquête heeft iedereen de ruimte om onbevooroordeeld en in een vrije situatie informatie te leveren. De interviews met het kader hebben zich of op de woning of op kantoor bij de betreffende persoon voltrokken. Het lijkt me echter onverstandig om de uitkomsten van mijn onderzoek te generaliseren en door te trekken naar andere vergelijkbare situaties. Juist doordat het onderzoek zich specificeert binnen de context van mijn woning is de externe geldigheid gering. De uitkomsten van eenzelfde probleemstelling op een andere afdeling van mijn organisatie had er anders uit kunnen zien. Wat wel een interessant punt is, is om de generalisatie binnen mijn organisatie of binnen vergelijkbare afdelingen van andere organisaties te onderzoeken. Dit is iets waar ik later op terug wil komen.

Hoofdstuk 3 De organisatie

In dit hoofdstuk wil ik de organisatorische context waarbinnen mijn onderzoek zich afspeelt, definiëren. Ik zal hier allereerst een korte impressie van mijn organisatie geven, vervolgens de woning beschrijven waarop ik sinds augustus 2004 werkzaam ben en tenslotte richt ik mij op het huidige beleid dat er binnen beide bestaat omtrent de zorg voor de psychische problemen van de cliënten.

Ook geef ik in dit hoofdstuk antwoord op de volgende deelvragen:

Wat is het beleid voor cliënten met een psychisch probleem en/of gedragsprobleem binnen mijn organisatie?

Welke psychische problemen en gedragsproblemen hebben de cliënten op mijn woning?

3.1 De 's Heerenloo zorggroep

Sinds medio 2003 ben ik werkzaam bij de 's Heerenloo Zorggroep. Een onderdeel van de 's Heerenloo Zorggroep is Het Westerhonk, te Monster. Deze is sinds enkele jaren via een fusie verbonden aan de 's Heerenloo Zorggroep. Samen met de locatie in Noordwijk vormen zij 's Heerenloo West-Nederland.

De 's Heerenloo Zorggroep biedt ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. Van ambulante zorg bij de cliënten thuis tot 24-uurs opvang op woonlocaties. Van dagbesteding in de vorm van ontspanning, sport en recreatie tot werken in een bedrijf. Enkele vormen van ondersteuning:

3.1.1 Aanbod

“ Ambulante gezinsondersteuning

Ouders met een thuiswonend kind met een beperking of partners van een volwassene met een beperking bieden wij gezinsondersteuning aan.

Wonen in een woonwijk

's Heeren Loo heeft verschillende woonvoorzieningen in een gewone woonwijk. Hier wonen cliënten gewoon tussen andere mensen. Ze zorgen zelf voor het huishouden en doen mee met activiteiten in de buurt en worden hier beide in begeleidt.

Werknemers

De 's Heeren Loo Zorggroep heeft ongeveer 8.700 cliënten, meer dan 11.500 werknemers en 3.800 vrijwilligers. We doen ons werk in 68 plaatsen, vanuit enkele honderden locaties. Het is mij helaas niet gelukt om cijfers van mijn locatie, Het Westerhonk, te achterhalen.

Disciplines die verbonden zijn aan de 's Heerenloo Zorggroep: verpleegkundigen niveau 4 en 5 (in opleiding), verzorgende niveau 3 (in opleiding), Sph'ers (in opleiding), AVG-arts, maatschappelijk werk, secretaresses, psychologen, SPW'ers (in opleiding), psychiater.

Missie

De 's Heeren Loo Zorggroep draagt met hoogwaardige ondersteuning bij aan een zinvol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. Respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid zijn daarbij richtinggevende waarden.

Wat is een zinvol bestaan?

De organisatie denkt dat het leven zin krijgt in de ontmoeting met medemensen. Het gaat erom te kennen en gekend te worden. Ze vindt het dan ook belangrijk dat onze cliënten, te midden van anderen, vorm en inhoud aan hun leven kunnen geven en zo kunnen deelnemen aan de samenleving.

Respect betekent dat ze de cliënten beschouwen als gelijkwaardige medemensen. Daarom streven ze ernaar cliënten zich zoveel mogelijk te laten ontplooiën. Daarbij krijgt iedere cliënt een eigen, individuele benadering.

Verbondenheid betekent dat de organisatie zeer betrokken is bij de cliënten. Een grote affiniteit met mensen met een verstandelijke beperking is een voorwaarde om bij de 's Heeren Loo Zorggroep te mogen werken. Bovendien heeft verbondenheid te maken met onze opvatting dat contact met andere mensen nodig is om een zinvol bestaan op te bouwen.

Geborgenheid is belangrijk voor mensen met een verstandelijke beperking omdat zij zich sneller dan anderen onveilig kunnen voelen. Ze missen soms overzicht en zijn beperkt in hun handelen en communiceren. Daarom is geborgenheid een voorwaarde bij het bieden van ondersteuning.

Verantwoordelijkheid geeft aan dat ze voortdurend kijkt naar het vermogen van de cliënten om zelf verantwoording te nemen. De organisatie neemt hen niet uit handen wat zij zelf kunnen. Daarnaast moeten de medewerkers altijd bereid zijn om verantwoording af te leggen tegenover onze cliënten, hun wettelijk vertegenwoordigers, financiers, omwonenden en anderen.”⁶

3.1.2 Werkwijze

“ Een totaalaanbod

De 's Heeren Loo Zorggroep is er voor mensen met lichte en ernstige beperkingen, voor jong en oud. Ze realiseert een breed aanbod van allerlei vormen van opvang, begeleiding, zorg, behandeling en dagbesteding. Mochten ze geen passende ondersteuning in huis hebben, dan gaan ze samen met de cliënt op zoek naar een andere oplossing.

Gericht op de cliënt

Wat zijn de specifieke behoeften van een cliënt? Wat zijn zijn wensen? Wat zijn mogelijkheden en waar liggen grenzen? Bij alles wat wij doen en ontwikkelen, staat de cliënt voorop. De organisatie streeft ernaar onze ondersteuning zo goed mogelijk op elke cliënt af te stemmen.

Professioneel advies

Hoewel de cliënt het vertrekpunt is van onze ondersteuning, betekent dat niet dat de organisatie aan alle mogelijke vragen tegemoet komt. Vanuit ervaring en deskundigheid heeft de 's Heerenloo Zorggroep de verantwoordelijkheid te zeggen wat volgens het beste voor de cliënt is.

Ontwikkelingsgericht

De ondersteuning is gericht op de ontwikkeling van de cliënt. Voortdurend is ze op zoek naar mogelijkheden tot ontplooiing en integratie. Ze let daarbij altijd goed op waar de grenzen liggen. Doelen moeten haalbaar zijn en de cliënt moet zich altijd veilig en geborgen weten.

Afstemming op verschillende levensfasen

Een verstandelijke beperking is een handicap voor het leven. Dat betekent dat sommige cliënten lange tijd van ondersteuning gebruik maken. Soms een heel leven lang. Een kind heeft andere begeleiding nodig dan een tiener. En een jongvolwassene heeft hele andere mogelijkheden dan een oudere. Het is de taak van de organisatie om te kijken welke veranderingen een cliënt doormaakt en welke nieuwe kansen of beperkingen er ontstaan. De ondersteuning die ze biedt, verandert gedurende de levensloop dus voortdurend.

Aandacht voor de omgeving

Bij de ondersteuning heeft ze niet alleen oog voor de cliënt, maar zeker ook voor zijn familie, vrienden, bekenden, burens en andere hulpverleners. Al deze relaties spelen een

⁶ Anoniem. URL: <http://www.sheerenloo.nl/aanbod> en <http://www.sheerenloo.nl/org/missie>

belangrijke rol bij het welzijn van de cliënt. Het is voor de cliënt van belang dat er samenhang is tussen alle ondersteuningsactiviteiten en zijn sociale omgeving.

Kwaliteit

De 's Heerenloo Zorggroep biedt zorg van een hoge kwaliteit. Die kwaliteit wordt voortdurend onderzocht. Deskundigheidsbevordering van medewerkers staat hoog in het vaandel. Daarnaast doet ze wetenschappelijk onderzoek om ons aanbod te verbeteren.”⁷

3.2 De woning

Mijn woning sinds augustus 2004 is een woning voor mensen met een verstandelijke beperking in een wijk in Loosduinen/Houtwijk in Den Haag.

In de woning wonen momenteel zeventien cliënten van 35-70 jaar die 24 uur zorg krijgen aangeboden. De cliënten hebben een licht tot matige verstandelijke beperking. Ze zijn in staat om zo zelfstandig mogelijk te functioneren in een rustige woonwijk in Den Haag. Hierin worden ze onder andere begeleid op het gebied van integratie, communicatie en verzorging door een team van tien begeleiders. Alle cliënten hebben dagelijks hun dagbesteding op verschillende werkplekken, variërend van een arbeidscentrum tot een activiteitencentrum. 's Avonds en in het weekend besteden ze hun tijd aan hobby's, sport en vrije tijd.

Door hun beperking hebben veel cliënten op mijn woning moeite met hun emotie, gedrag en het samenleven met andere mensen. Dit laatste onderdeel wordt ook ondersteund door het begeleidingsteam. Wat ik zie bij de cliënten op mijn woning, is dat ze verbaal veel hoger functioneren dan per formaal⁸ en vertonen waarschijnlijk een disharmonisch profiel⁹. Dit zorgt ervoor dat zowel de cliënt zichzelf als de omgeving – het begeleidingsteam, familie en bijvoorbeeld de woonwijk – de cliënt kan overschatten. De cliënt kan met haar vocabulaire de indruk wekken van “hoger” niveau te zijn dan zij daadwerkelijk is.

Dit is een dagelijkse uitdaging voor zowel de cliënt als het begeleidingsteam en vraagt van de begeleider dat hij de grenzen van het vermogen van de cliënt goed kent en op afstand controleert. Waarbij wel gegeven is dat cliënten het recht hebben fouten te maken.

“ Doel van de woning is het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. De cliënt zelf is daarbij uitgangspunt, ongeacht leeftijd en aard van beperking.

Mensen met een verstandelijke beperking worden gezien als gelijkwaardige medemensen met dezelfde rechten en plichten als medeburgers. Op grond van hun verstandelijke beperking in meerdere of mindere mate zijn zij afhankelijk van ondersteuning van anderen.

De visie van de woning heeft als uitgangspunt dat mensen met een verstandelijke beperking worden gezien als volwaardige burgers die met respect en waardigheid bejegend dienen te worden. Een “zo gewoon mogelijk” leven leiden houdt voor de cliënten van de woning in:

- Een goede woning, met een eigen kamer
- Een netwerk in de buurt/familie
- Reële keuzemogelijkheden
- Mogelijkheden ontwikkelen/ in stand houden en talenten ontplooiing
- Zinnvolle dagbesteding
- Vrije tijdsinvulling
- Proberen prioriteit in hun levensomstandigheden en toekomst te stellen

⁷ Anoniem. URL: <http://www.sheerenloo.nl/org/werkwijze/>

⁸ Per formaal: praktisch handelen en oplossend vermogen

⁹ Disharmonisch profiel: een groot verschil tussen verschillende onderdelen op een uitslag van een test, bijvoorbeeld op sociaal en cognitief gebied.

- Voor zover mogelijk meer verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid
- Integratie
- Seksualiteit/voorlichting vanuit de visie van de instelling.”¹⁰

Ik werk op mijn werkplek samen in een team van tien begeleiders, waarvan twee SPW'ers, twee verpleegkundigen niveau 4 of 5, een Z- verpleegkundige, 2 verzorgende niveau 3 en 2 anders opgeleiden. Het team wordt ondersteund door een teamleider, arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en een orthopedagoog. Samen met nog een andere collega zijn wij de enige SPH vertegenwoordigers. Mijn collega volgt de deeltijd SPH.

3.3 Het beleid en werkwijze rond psychische problemen bij cliënten in de organisatie

Een opvallend gegeven waar ik mee wil beginnen is, dat ik, na alle gesprekken met betrokkenen en na het zoeken binnen de organisatie en op het intra- en internet, niet een éénduidige visie of beleidsnota te vinden is die weergeeft hoe de organisatie aankijkt tegen deze tak van verzorgingen van haar cliënten. Vooral met de fusie van enkele jaren geleden is een veel tijd aan schrijven van beleidsnota's en verspreiden van informatie gegaan. Na mijn zoektocht ernaar heb ik vrij weinig wat de psychische problematiek van de cliënt betreft, kunnen vinden. Wat ik heb gevonden, zal ik hieronder weergeven. Ik wil er wel bij vermelden dat dit aan de grenzen van mijn eigen zoekvermogen zou kunnen liggen. De nieuwe website van het 's Heerenloo, het intranet van mijn afdeling of het niet vinden van het juiste aanspreekpunt kunnen mijn zoektocht belemmerd hebben.

Een goede bron van informatie betreffende dit onderwerp is het zorgplan van de cliënt. Iedere cliënt binnen mijn woning heeft een zorgplan. Binnen dat zorgplan staat binnen allerlei verschillende zorggebieden beschreven wie de cliënt is en wat hij wel of niet kan. Hoofdstuk 13 in het zorgplan is toegewijd aan het psychisch functioneren van de cliënt. Daarin staat bij iedere cliënt of het een psychiatrische diagnose heeft, die alleen kn zijn vastgesteld door een psychiater; de persoonlijkheid; structuurbehoefte; zelfbeeld; gedrag; emoties; cognitie; eventuele M&M's¹¹; en gemaakte afspraken. Voor iedere cliënt is er dus informatie beschikbaar over haar psychisch functioneren en hoe daarmee omgegaan dient te worden. Ook in het persoonsbeeld, een ander hoofdstuk van het zorgplan dient informatie te vinden zijn over het psychisch functioneren van de cliënt.

Wanneer er sprake lijkt te zijn van psychische problemen, of wanneer er een nieuwe cliënt binnen de organisatie komt met het vermoeden van psychische problemen, dan zijn er verschillende stappen die de organisatie in gang zet.

Allereerst volgt er een cliëntvergadering waarbij alle betrokkenen het probleem bespreken. De betrokkenen zijn: de teamleider, de AVG, de orthopedagoog, het begeleidingsteam, de cliëntvertegenwoordiger (familie), en niet te vergeten, de cliënt zelf. Alleen in uitzonderingsgevallen, wanneer in overleg met de cliëntvertegenwoordiger wordt

ingeschat dat het aanwezig zijn van de cliënt geen bijdrage levert aan de vergadering, wordt er besloten zonder de cliënt te vergaderen. Tijdens de vergadering is het doel om het probleem vanuit alle perspectieven in kaart te brengen en te besluiten welke acties er ondernomen dienen te worden. Wanneer dat nodig blijkt te zijn, kunnen er verschillende stappen ondernomen worden:

- er kunnen testen of schalen ingevuld worden om een beter beeld van de problematiek van de cliënt te krijgen. Hierover in hoofdstuk 4 meer.
- er wordt een M&M of eventueel een Rechterlijke Machtiging of In Bewaring Stelling aangevraagd die een (tijdelijke) oplossing biedt voor de problematiek.

¹⁰ Werkman, P. (2005) Visie en werkwijze op de Den Haag, interne publicatie.

¹¹ Middelen en Maatregelen: een regeling binnen de BOPZ waarbinnen een cliënt noodzakelijkerwijs beperkt wordt in zijn (bewegings)vrijheid

- er wordt een alternatieve begeleidingsstrategie omschreven om de cliënt te ondersteunen of af te grenzen in zijn problematiek
- er wordt een consult met de psychiater aangevraagd, die maandelijks een spreekuur heeft op de instelling, waarna hij eventueel besluit tot verder onderzoek of medicatie.
- er wordt een beroep gedaan op de expertise van een andere instelling (met name op het gebied van autisme).
- er wordt een beroep gedaan op de samenwerking die is afgesproken tussen verschillende instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en Parnassia¹².
- wanneer blijkt dat de problematiek van de cliënt niet door het aanbod van de organisatie kan worden opgelost dan kan het CCE¹³ worden ingeschakeld.

3.4 Het beleid en werkwijze rond psychische problemen bij cliënten op de woning

Het beleid van de woning verschilt niet zo heel erg van die van de organisatie. Ook op de woning is er niet voor dit probleem specifiek een beschreven visie of werkwijze. Op de woning wordt de algemene visie en werkwijze, waaruit ik ook stukken in 3.2 Werkwijze heb geciteerd, gehanteerd om de cliënt te benaderen.

Wat me opvalt is dat alle mogelijkheden die de organisatie heeft, ik al sinds augustus 2004 langs heb zien komen.

Het zorgplan van de cliënten dient als rode draad door het leven van de cliënt en het werk van de begeleider te lopen. Ook op het gebied van psychische problemen bij de cliënt is het zorgplan sturend. Van iedere cliënt moet het zorgplan ingevuld zijn en er ook naar gehandeld worden. Zo dienen er in het hoofdstuk over het psychische functioneren bij iedere cliënt omgangsvormen, structuurbehoefte en afspraken te staan die de begeleiding moet weten en uitdragen. Of er in dat hoofdstuk nu een classificatie wordt gesteld of niet doet wat dat betreft niet terzake.

Naast het zorgplan is er voor een enkele cliënt een apart traject wat gevolgd dient te worden. Zo is er voor één cliënt een rapport van het CCE, waarin staat beschreven wat de problematiek van de cliënt is en hoe het begeleidingsteam en anderen haar dienen te benaderen en begeleiden. Ook is er op aanvraag van het begeleidingsteam een stencil uitgedeeld met daarop een begeleidingsstrategie waarop je mensen met bijvoorbeeld autisme en schizofrenie goed kan benaderen; het zogenoemde LEE¹⁴

Wat opvalt uit de gesprekken met collega's en de enquête blijkt dat men ervaart dat er te weinig informatie over deze problematiek te vinden is. Het is mij niet bekend of iedere collega de zorgplannen en met name het onderdeel over het psychisch functioneren van de cliënt kent. Ondanks dat het een eis is vraag ik me af of iedere begeleider de zorgplannen en met name dit onderdeel kent. En dan is dit nog maar één onderdeel uit het zorgplan. Dan stel ik mij nog de vraag of het genoeg is om te weten *wat* de problematiek van de cliënt is en of het begeleidingsteam ook weet *hoe* ermee om te gaan. Op al deze vragen kom ik later terug.

3.5 Welke psychische problemen en gedragsproblemen zijn er bij cliënten op mijn werkplek?

Ik geef hier een opsomming van de psychische classificaties die er bij de cliënten bij mijn woning zijn gediagnosticeerd. Een uitleg over de betekenis ervan volgt in hoofdstuk 4.

Van de zeventien cliënten zijn er twee die de diagnose schizofrenie hebben. Er is een cliënt met een dysthyme stemmingsstoornis, een cliënt met een stoornis in het autistisch

¹² Zie hoofdstuk 5 en bijlage 5 voor meer informatie

¹³ CCE: Centrum voor Consultatie en Expertise.

¹⁴ LEE: Low Expressed Emotion. Een benadering waarmee je zo min mogelijk emotie laat blijken aan de cliënt.

spectrum, een cliënt met een angststoornis en een cliënt met een theatrale persoonlijkheidsstoornis.

De complexiteit van het classificeren van een psychische stoornis bij mensen met een verstandelijke beperking is op mijn woning goed te merken. Naast deze zes cliënten zijn er bij andere cliënten ook nog uitingen van gedragsproblemen te merken die lijken op psychische problemen. Te denken valt aan hechtingsproblematiek, agressie, cliënten met autistiform gedrag, problemen op het gebied van seksualiteit en depressief/lusteloos overkomende cliënten zonder een classificatie als stemmingsstoornis binnen een classificatiesysteem.

Sommige krijgen er zelfs medicatie voor, maar hebben dus geen classificatie volgens de DSM IV-TR¹⁵. Dat neemt niet weg dat deze cliënten en het begeleidingsteam wel dagelijks te maken hebben met deze gedragsproblemen.

¹⁵ DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wordt in hoofdstuk 4 besproken

Hoofdstuk 4 Psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking

Eén van de bouwstenen van mijn onderzoek is dit hoofdstuk geworden. Tijdens mijn zoektocht naar antwoorden op de door mij vooraf gestelde vragen heb ik middels gesprekken, maar toch vooral literatuurstudie, heel veel verhelderende informatie. In het komende hoofdstuk zal ik een aantal attenderende begrippen verklaren die de ontwikkelingen van de laatste decennia hebben ingeleid. Ik geef daarmee antwoord op enkele belangrijke deelvragen:

Wat versta ik onder psychische problemen en gedragsproblemen?

Hoe uiten psychische problemen zich bij mensen met een verstandelijke beperking?

4.1 Oligofrenen?

Een begrip dat ik in hoofdstuk 1.4: Noot vooraf al introduceerde is het begrip verstandelijke beperking. Deze omschrijving is de meest recente en meest gebruikte omschrijving in de dagelijkse verzorging voor deze mensen welke de verstandelijke handicap inmiddels heeft gepasseerd. Daar zijn echter eeuwen van benamingen en ontwikkelingen aan vooraf gegaan. Koch (2005)¹⁶ beschrijft hoe men vijf eeuwen geleden is begonnen met het benoemen van deze mensen: zotten, onnozelen of zwakzinnigen werden ze genoemd.

Vanaf de Verlichting noemde de medische wereld hen oligofrenen en beschouwde het als een vorm van krankzinnigheid. De oligofrenen werden dan ook, wanneer het thuis niet meer te handhaven was, opgenomen in de gestichten. Ook destijds zag een deel van de mensen in dat het medische model niet toereikend was en in 1891 werd het eerste instituut voor zwakzinnigen in Ermelo gestart. Toevalligerwijs dezelfde instelling waar mijn huidige organisatie recentelijk mee is gefuseerd: 's Heerenloo.

Echter duurde het vrij lang voordat op grote schaal de instellingen voor zwakzinnigen ten opzichte van het plaatsen in krankzinnigeninrichtingen gemeengoed werd, aldus Koch (2005, 20): "Toch zou het nog tot ver in de tweede helft van de afgelopen eeuw duren voordat op grote schaal zwakzinnigen uit krankzinnigeninrichtingen werden overgeplaatst naar meer geëigende voorzieningen. Financiering via de AWBZ¹⁷ zou het uiteindelijk mogelijk maken dat de zorg voor zwakzinnigen zich aan het ziektemodel ontworstelde." Inmiddels maakte het gedachtegoed, dat de zwakzinnige ziek of krankzinnig was, plaats voor een gebrek aan intelligentie. Koch (2005) beschrijft hoe men door de invoer van de intelligentietests aan het begin van de twintigste eeuw afstand deed van oude begrippen. Je was nu een idioot, imbeciel of debiel. Al naar gelang je scoorde op de IQ test. De ontwikkelingen stapelden zich in de loop van de twintigste eeuw snel op en vanaf 1980 noemen we deze groep mensen: verstandelijk gehandicapt. Vooral omdat het inzicht veranderde: "Iemand is niet gehandicapt, maar heeft een handicap en die handicap hangt af van de sociale context." Koch (2005, 21).

Dan is er nog de DSM-IV TR, welke de mens met een verstandelijke beperking nog als zwakzinnigheid heeft ingeschaald:

"A Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ test (bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren).

B Gelijktijdige aanwezige tekorten en/of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dwz of betrokkene erin slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond.)

Op tenminste twee van de volgende terreinen:

¹⁶ Koch, P. (2005). *Geen gebrek; over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 19-24

¹⁷ AWBZ: Algemene wet bijzondere ziektekosten

Communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale- en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning en veiligheid.

C Begin voor het achttiende jaar” APA (2002, 82)¹⁸

Vooraf omdat men door de jaren heen het woord handicap een negatieve connotatie heeft gekregen en men niet meer naar het onvermogen, maar het vermogen van de mens wilde kijken, is er de laatste decennia ook hier weer kritiek op gekomen. Na een zoektocht door de geestelijke handicap en mentale retardatie – een verbastering van het internationale en Engelse begrip - is men gekomen tot het huidige mensen met een verstandelijke beperking. Wat vreemd genoeg de letterlijke betekenis is van het verketterde oligofrenie.

Mijn verwachting is dat ook deze benaming niet lang gebruikt zal gaan worden, aangezien er internationaal gezien druk gezocht wordt naar een intersubjectieve benaming.

Dósen (2007) gebruikt ook wel een interessant perspectief door een handicap als ontwikkelingsstoornis te omschrijven. “Een verstandelijk gehandicapt kind zou dezelfde ontwikkelingsfasen doorlopen als een niet-gehandicapt kind, met dit verschil dat deze fasen bij het eerstgenoemde kind langer duren en de ontwikkeling eerder stopt dan bij het laatstgenoemde kind” Dósen (2007, 20) Hiermee maakt hij de parallel met de ontwikkelingsfasen van Piaget en heeft hij het een indeling gemaakt waarin de mate van de handicap gekoppeld is aan het IQ en de ontwikkelingsleeftijd ¹⁹. Hij komt tot de conclusie, dat het niet alleen een stoornis in cognitie en gedrag is, maar ook op het gebied van psychosociale aspecten.

Om verwarring en misstanden te voorkomen maak ik tijdens mijn onderzoek net als Kraijer en Plas (2006)²⁰ gebruik van het huidige verstandelijke beperking. Voornamelijk omdat ik dat tijdens mijn werk dagelijks gebruik en ook dezelfde negatieve connotatie bij het woord handicap ervaar en ik het woord ontwikkelingsstoornis teveel vind teruggrijpen naar een medische verklaring, waar ik als medische leek weinig mee kan.

4.2 Psychische- of gedragsproblemen: terminologie?

Een lastige obstakel tijdens mijn onderzoek vond ik de terminologie op het gebied van de problematiek. Hoe zou ik de problematiek omschrijven? Psychische stoornis? Psychische problematiek? Psychiatrische stoornis? Gedragsproblemen? Uitdagend gedrag?

Gedragsstoornis? Ongewenst gedrag? Keuzes te over!

En dan nog de invulling van zo'n betekenis. Waar ligt de grens tussen psychische problemen en gedragsproblemen? Wat versta ik onder het één en wat versta ik onder de ander?

Een lastige afweging had ik te maken, aangezien ik al snel op mijn werk merkte dat er veel begripsverwarring bestond die wellicht ten grondslag lag aan het probleem dat ik heb gesignaleerd en omschreven in de probleemstelling. Ik heb ervoor gekozen om een tweedeling te maken in de begrippen die ik gebruik tijdens mijn onderzoek, namelijk de psychische problemen en de gedragsproblemen.

4.2.1 Psychische problemen

Ik kies er ervoor om de begrippen psychische- en gedragsprobleem te scheiden. Dit doe ik omdat ik uit de ervaringen op mijn werk opmaak dat deze tweedeling recht doet aan de dagelijkse praktijk. Ik herken namelijk een verschil in psychische problemen en

¹⁸ American Psychiatric Association (2002) Diagnostische criteria van de DSM-IV TR. Lisse: Swets&Zeitlinger BV. Tweede druk.

¹⁹ Zie tabel 1.1

²⁰ Kraijer, Plas (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV. Vierde Druk.

gedragsproblemen. De oorzaak van beide gedragingen vind ik wel interessant, maar zal ik binnen de context van dit onderzoek niet teveel belichte. Het verschil tussen psychische problemen en gedragsproblemen is, dat de gedragingen die bij de problematiek behoren, voortkomen uit een geclassificeerde psychische stoornis of niet. Eén van de grote problemen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in het nog recente verleden is geweest, dat men er vanuit ging dat mensen met een verstandelijke beperking geen of andere uitingen van psychische stoornissen hadden. De laatste decennia is er door onderzoek veel nieuw inzicht gekomen en is die visie bijgesteld, waarover meer in 4.3 en 4.4.

Ik heb het dus tijdens mijn onderzoek over psychische problemen als die voortkomen uit een geclassificeerde psychische stoornis, hoogstwaarschijnlijk vanuit de DSM-IV TR.

4.2.2 Gedragsproblemen

Het is mijn ervaring, zoals beschreven bij 3.5, dat er een bepaald grijs gebied is tussen geclassificeerde psychische stoornissen en gedragsproblemen. Niet alle cliënten hebben een classificatie volgens een DSM-IV TR, terwijl het begeleidingsteam dagelijks in aanraking komt met gedragsproblemen die vergelijkbaar zijn met psychische problemen. Te denken valt dan aan uitingen van agressie – zowel fysiek als verbaal -, het lusteloos/depressief overkomen, op autisme lijkende gedragingen, op wanen of hallucinaties lijkende psychoses, etcetera. Deze groep gedragingen die volgens de verantwoordelijke disciplines – AVG, orthopedagoog en psychiater – niet of niet helemaal tot een classificatie behoren, maar waar wel dagelijkse aandacht voor nodig is, benoem ik gedragsproblemen.

4.2.3 Diagnostiek en classificatie

Ik zou willen beginnen met verwarring te voorkomen over de begrippen diagnostiek en classificatie.

Classificatie: "het naam geven of ordenen van psychische stoornissen. "

Diagnose: "nauwkeurige vaststelling, onderscheiding en omschrijving van psychische stoornissen. " Vandereycken en van Deth (2004, 17)²¹

Het grote verschil in mijn optiek en dus in mijn onderzoek zit hem erin, dat ik classificatie dus zie als de naam die de stoornis krijgt en welke in bijvoorbeeld het zorgplan staat; stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie, etc.

En dat ik diagnose als de methode waarop de classificatie bereikt wordt; zoals bijvoorbeeld een classificatiesysteem, een (hetero)anamnese interview, psychiatrisch onderzoek.

Het classificatiesysteem dat over het algemeen binnen de psychiatrie gebruikt wordt, is de DSM-IV TR, waarover later meer. De basis van dit systeem is dat: "een fenomenologische-descriptieve systeem is aan de hand waarvan men door observatie van bepaalde gedragingen of belevingen van de patiënt gegevens verzamelt die voldoen aan de criteria voor een bepaalde diagnose. Met gaat er hierbij vanuit dat bepaalde symptomen kenmerkend voor bepaalde diagnoses zijn en dat iedere diagnose een bepaalde entiteit is, met een eigen pathofysiologie, een eigen beloop en een eigen uitkomst." Dósen (2006, 14,15)²²

Voorheen werden de reguliere classificatiesystemen niet op mensen met een verstandelijke beperking toegepast, omdat men nog niet tot de inzichten was gekomen dat ook deze populatie dezelfde classificaties kon ontwikkelen. Eén van de grootste problemen is dat de symptomen van psychische stoornissen zich bij mensen met een verstandelijke beperking anders kunnen uiten, zie 4.3. Vandaar dat de classificatiesystemen die regulier zijn bij de psychiatrische instellingen niet altijd even goed toepasbaar zijn op mensen met een verstandelijke beperking.

²¹ Vandereycken, van Deth (2004). *Psychiatrie; van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Tweede Druk.

²² Dósen maakt hier gebruik van de term diagnose, waar ik de term classificatie gebruik.

4.2.4 DSM-IV TR

Ondanks kritieken op het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association dat ze sinds 1952 hebben geschreven en ontwikkeld, is de DSM – inmiddels aan versie IV-TR toe – nog steeds een veelgebruikt diagnostisch middel om te komen tot een classificatie van psychische stoornissen. Er zijn andere systemen ontwikkeld, maar die zijn al even discutabel als de DSM. Het grote voordeel van de DSM is, dat we nu over de gehele wereld nu in principe over dezelfde classificatie praten als we het bijvoorbeeld over schizofrenie praten.

Zo is het spreekwoord: Een schizofreen is nooit alleen; gebaseerd op de classificatie die voorheen een meervoudige persoonlijkheids stoornis heette en inmiddels is geëvolueerd tot de dissociatieve identiteitsstoornis. Deze verwarring is door het internationaal geaccepteerde systeem inmiddels stukken verminderd – al zal het taalkundig nog wel wat jaren zijn sporen achterlaten.

De DSM heeft twee doelen:

- “- de ordening van psychische stoornissen moet losstaan van de oorzakelijke verklaringen.
- de indeling moet steunen op heldere en ondubbelzinnige criteria, die bruikbaar zijn in de diagnostische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek. “ Vandereycken, van Deth (2004, 18)

De DSM steunt zijn diagnostische gegevens op vijf assen, welke tot doel hebben om een algeheel beeld van de cliënt te beschrijven en niet tot enkel de psychische problematiek:

“As I klinische syndromen

As II persoonlijkheidsstoornissen

As III lichamelijke aandoeningen

AS IV psychosociale problemen

AS V globaal functioneren” APA (2002, 67)

Ook de zes cliënten van mijn woning die in 3.5 staan genoemd met hun classificatie zijn gediagnosticeerd volgens de DSM-IV TR door een psychiater. De overige cliënten hebben geen classificatie volgens de DSM. De kritiek die er in zijn algemeenheid op dit classificatiesysteem zijn, bijvoorbeeld dat iemand pas een psychische stoornis heeft als hij aan een x aantal criteria voldoet, vind ik ook van toepassing op mijn woning. De overige cliënten die ik benoem bij 3.5 zouden met de DSM ernaast voldoen aan verschillende criteria van een psychische stoornis, maar voldoen niet aan genoeg criteria om een classificatie te krijgen. Het is dan heel lastig om te bepalen in de dagelijkse praktijk of iemand dan wel of niet behandeld, danwel begeleid dient te worden naar de gedragsproblemen. Getuige mijn casus is er van die impasse of discussie die een classificatiesysteem als de DSM met zich meebrengt op mijn woning ook sprake. Van deze kritiek is al sprake bij de normale populatie. Zo heeft iedereen wel eens een lusteloze periode, maar voldoet niet direct iedereen aan alle criteria om de classificatie depressie te voldoen. Dan is er ook nog het gegeven dat dit classificatiesysteem extra lastig is te hanteren bij de psychodiagnostiek voor mensen met een verstandelijke beperking.

4.3 Psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking

Zoals in vorige paragrafen al is aangekaart is de ontwikkeling van de terminologie van deze doelgroep al eeuwen in ontwikkeling. Niet alleen de naam van de mens met de verstandelijke beperking is echter punt van discussie geweest. Ook de mate waarin psychische problemen zich uiten bij mensen met een verstandelijke beperking dacht men decennia lang anders over dan dat de huidige inzichten ons bieden.

Voorheen stopte men de zwakzinnigen nog gezamenlijk met de krankzinnigen in het krankzinnigeninstituut en ging er vanuit dat beide een vergelijkbare stoornis hadden. Sindsdien haalden men beide groeperingen uit elkaar en bedacht dat de problematieken

zo divers waren dat er geen overlap mogelijk was. Zwakzinnigen konden niet ook nog eens krankzinnig zijn.

Zo werden voorheen bijvoorbeeld de uitingen van mensen met een verstandelijke beperking die vergelijkbaar waren met de reguliere waan of hallucinatie geclassificeerd als 'debiliteitspsychose' Kraijer en Plas (2007, 20). Een classificatie die ik bij een (voormalige) cliënt op mijn woning tot mijn verbazing nog terugvond, waar hij al na jaren van ontwikkeling niet meer gehanteerd wordt.

Vooraf door vernieuwde inzichten in oorzaken van verstandelijke beperkingen en psychische stoornissen door allerlei medische ontwikkelingen op het gebied van het bestuderen van de hersenen, is er veel in beweging gekomen de laatste decennia. Dósen (2006) beschrijft dat men voorheen gedragsproblemen als gevolg van de verstandelijke beperking zag, maar dat men door allerlei onderzoek in de jaren '70 en '80 tot inzicht is gekomen dat gedragsproblemen vaak een uiting zijn van een vorm van psychische stoornis.

"Tegenwoordig wordt niet langer betwijfeld dat bij deze populatie dezelfde psychiatrische stoornissen als bij de gewone populatie kunnen voorkomen." Dósen (2006, 13)

Met name Dósen (2006), Kraijer en Plas (2007) en Koch (2005) zijn een inzichtgevende en uitgebreide bron van informatie wat betreft de psychische problemen van mensen met een verstandelijke beperking. Allen beschrijven op welke wijze de specifieke classificaties zich als psychisch- of gedragsprobleem bij mensen met een verstandelijke beperking openbaren, hoe deze op gespecificeerde en secure wijze gediagnosticeerd dienen te worden en waar nodig er een behandeling van de problematiek moet worden opgestart. Dósen (2006) beschrijft bijvoorbeeld dat het ontstaan van psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking anders is dan bij de gewone populatie. Mede daarom sluit de reguliere psychiatrie niet aan bij deze doelgroep. Iets wat ik op mijn werk al enkele malen heb bevestigd zien worden. Met name het achterhalen van de symptomen van het psychische probleem is een stuk lastiger door de beperkte verbale en cognitieve mogelijkheden van de verstandelijk beperkte cliënt. Dósen hecht hierdoor veel waarde aan de holistische benadering:

"In de holistische benadering wordt de aandacht van de hulpverlener besteed aan biologische, sociale, psychologische en ontwikkelingsaspecten of dimensies van de betrokken persoon. Pedagogische, culturele en omgevingsomstandigheden, als ook de voorgeschiedenis en het toekomstperspectief van betrokken persoon zijn ook belangrijke aspecten." Dósen (2006, 3)

Vanuit dit holistisch perspectief beschrijft hij de integratieve benadering. Deze benadering kijkt vanuit alle invalshoeken van de holistische benadering naar het psychisch probleem om te komen tot een intersubjectieve en multidisciplinaire probleemstelling en aanpak.

4.3.1 Frequentie

Naast de constatering dat mensen met een verstandelijke beperking niet anders dan de reguliere populatie een psychische stoornis kunnen hebben, is de vraag hoe vaak dit voorkomt een volgende stap. Ook hier is de laatste jaren door verschillende wetenschappers onderzoek naar gedaan.

De resultaten daarvan vind ik, met het inzicht van vroeger in mijn achterhoofd houdend, opzienbarend. Dósen (2006) is één van de pioniers die dit voorheen onbekende terrein middels verschillende onderzoeken en literatuur heeft ontdekt. Hij is tot de conclusie gekomen dat psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking veel vaker voorkomen dan bij de gewone populatie. Het is heel lastig om een significant cijfer of percentage te geven, aangezien verschillende bronnen elkaar tegenspreken.

Zo heeft Dósen het er zelf over dat 20%-74% van alle mensen met een verstandelijke beperking – afhankelijk van de onderzochte populatie. Onderzoeken van representatieve groepen volwassenen met een verstandelijke beperking laten 30%-40% zien en bij onderzoeken onder kinderen met een verstandelijke beperking haalt Dósen onderzoeken

met cijfers van 40%-60% zien. Andere bronnen hebben het over 30% van alle mensen met een verstandelijke beperking²³.

Ik kan mij het meest vinden in de conclusie waarin Dósen alle cijfers van verschillende onderzoeken samenvat: "Over het algemeen kan de frequentie van voorkomen van psychische stoornissen en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking geschat worden op 30% tot 50% van de gevallen" Dósen (2006, 14). Vergeleken met de reguliere populatie (10%) is dat een voorkomendheid van drie tot vijf keer zo veel. Zoals ik al zei vind ik dat cijfer nogal opzienbarend hoog.

4.3.2 Het diagnosticeren van mensen met een verstandelijke beperking

De doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking is door onderzoek zo complex gebleken op het gebied van psychodiagnostiek. Classificatiesystemen die voor de reguliere populatie wellicht beter voldoen, volstaan niet altijd om de mens met een verstandelijke beperking te diagnosticeren.

Om de psychodiagnostiek voor mensen met een verstandelijke beperking naast de voor deze doelgroep beperkte classificatiesystemen aan te vullen, beschrijven Kraijer en Plas (2007) enkele criteria waaraan deze aanvullende vormen van diagnostiek moeten voldoen:

" A Voldoende psychometrische basiskwaliteit

B optimale toepasbaarheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking:

C Voldoende praktische hanteerbaarheid

D Er dient op zijn minst een gestandaardiseerde, Nederlandse vertaling van handleiding en instrument te bestaan...

E Het instrument is beoordeeld door het meest gezaghebbende orgaan op dit gebied in ons land...

F Beperkte kwantiteit toe te passen tests en schalen" Kraijer en Plas (2007, 24-26)

Dósen (2006, 15) citeert een onderzoek van Sovner en Hurley (1986) waaruit vier factoren komen die psychodiagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking bemoeilijken:

- intellectuele onderontwikkeling; zoals de beperkte mogelijkheid tot denken en communicatieproblemen bemoeilijkt de diagnose...
- psychosociale maskering; beperkte sociale vaardigheden en levenservaringen zijn de oorzaak voor een verarming van de symptomatologie...
- cognitief verval; in stresssituaties is iemand met een verstandelijke beperking geneigd om terug te vallen op een lager niveau van functioneren...
- basaal overdrijven; bij een relatief laag niveau van stress kunnen deze mensen met aanzienlijke gedragsveranderingen reageren.

Dit alles heeft ertoe geleid dat er naast de reguliere psychodiagnostiek van een classificatiesysteem voor de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking de afgelopen jaren een diversiteit aan tests en schalen is ontwikkeld die voldoen aan de criteria die Kraijer en Plas hebben opgesteld. Een ontwikkeling van het laatste decennium die op het gebied van diagnostiek een stuk meer inzicht heeft geboden aan gedragswetenschappers en bijgedragen heeft aan een betere inschaling en omschrijving van de gedragsproblematiek van de cliënt. Ik vraag me af of deze inzichten ook zijn uitwerking hebben op de werkvloer, waar mijn begeleidingsteam dagelijks werk levert.

4.3.3 DC-LD

Mede door de meest recente ontwikkelingen en de inzichten over de problematiek van de psychodiagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking én een psychisch probleem is men erachter gekomen dat de huidige classificatiesystemen voor deze doelgroep niet ten volle voldoen. Kraijer en Plas (2007) vertellen hoe het Royal College of Psychiatrists (2001) heeft een poging gedaan om de huidige classificatiesystemen aan te

²³ Muijen, Annet (2004), Zwakbegaafd en psychisch gestoord, *Psy 3* (24-31)

passen tot een classificatiesysteem dat wel voor deze doelgroep van toepassing is. De DC-LD, wat staat voor Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation.

Dit systeem is in eerste instantie bedoeld voor mensen met een zeer ernstige, ernstige en matige verstandelijke beperking. Alleen wanneer een huidige classificatiesysteem niet aansluit op de diagnose bij iemand met een lichte verstandelijke beperking komt de DC-LD in beeld. Het systeem is geschikt voor volwassenen en niet voor kinderen. Verder heeft bevat het systeem alleen de stoornissen die frequent voorkomen bij de doelgroep en waar de andere classificatiesystemen niet aan voldoen.

Ook op dit classificatiesysteem zijn echter weer enkele kritieken gekomen. Kraijer en Plas (2007) beschrijven dat dit systeem een welkome aanvulling op de huidige classificatiesystemen, maar dat het niet autonoom gebruikt zou moeten worden. Er bestaan allerlei verschillende visies over de werking van het systeem en er zijn ook andere systemen ontworpen. In ieder geval is er op dit moment niet één classificatiesysteem die door de verschillende specialisten zelfstandig wordt geprefereerd.

4.4 De grenzen van mijn onderzoek

Hoe graag ik ook dieper in de materie zou willen duiken, moet ik me behoeden om niet teveel van mijn probleemstelling af te dwalen.

Met name Dósen (2006), Kraijer en Plas (2007) en Koch (2005) zijn een inzichtgevende en uitgebreide bron van informatie wat betreft de psychische problemen van mensen met een verstandelijke beperking. Allen beschrijven op welke wijze de specifieke classificaties zich als psychisch- of gedragsprobleem bij mensen met een verstandelijke beperking openbaren, hoe deze op gespecificeerde en secure wijze gediagnosticeerd dienen te worden en waar nodig er een behandeling van de problematiek moet worden opgestart. Dit alles zou enigerwijs van toegevoegde waarde kunnen zijn voor mijn woning. Toch heeft deze informatie minder met mijn probleemstelling aan sich te maken en kies ik ervoor mijn grens hier te trekken. Ik heb de informatie wel gelezen en het dient als een handige steun in de rug tijdens mijn onderzoek en voor het schrijven van het eindproduct. Mocht ik echter uitweiden zou het een geheel ander onderzoek worden die mijns inziens meer lijkt op dat van een (gedrags)wetenschappelijke studie dan van mijn SPH opleiding.

Hoofdstuk 5 Onderzoek

In dit hoofdstuk wil ik het onderzoek dat ik heb uitgevoerd naast mijn literatuurstudie plaatsen. De relevante gesprekken met collega's, de enquête met het team en de interviews met de betrokken disciplines zullen hier hun plek hebben.

Ik geef in dit hoofdstuk ten delen antwoord op de volgende deelvragen:

- *Wat is het beleid en de huidige werkwijze voor cliënten met een psychisch probleem binnen mijn organisatie en woning?*
- *Welke psychische problemen en gedragsproblemen hebben de cliënten op mijn woning?*
- *Hoe uiten psychische problemen zich bij mensen met een verstandelijke beperking?*
- *Hoe begeleid je de psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking?*
- *Welke knelpunten ervaart het begeleidingsteam omtrent de zorg voor de psychische problemen?*
- *Welke competenties zijn er nodig om de zorg voor mensen met een psychisch probleem en een verstandelijke beperking te verlenen?*

5.1 Gesprekken met collega's

De gesprekken die ik met mijn collega's heb gevoerd vonden zich voornamelijk voor de start van mijn onderzoek in mei 2006 af. De vorm van de gesprekken was informeel en hadden als doel om mijn mening omtrent dit onderwerp te delen met collega's en te kijken waar zij stonden. Op dat moment wilde ik polsen of mijn inschattingen van het probleem zoals ik hem signaleerde breed gedragen was binnen mijn eigen team om er een onderzoek van te maken. In alle gesprekken die ik heb gevoerd werd mijn mening bevestigd en leek iedereen het een uitermate fijne invulling aan de zorg voor de cliënt die ze tot op heden naar hun idee niet optimaal konden uitvoeren.

Men had er zelfs "moeite" mee om te wachten tot het moment dat mijn onderzoek afgerond was en had in enthousiasme liever direct ermee aan de slag gewild via bijvoorbeeld trainingen of klinische lessen. Het heeft mij uitermate gesteund om een start te maken en door te zetten vanuit mijn eigen inschatting van de problematiek op mijn woning.

5.2 Gesprek met teamleider

In dezelfde periode (tussen augustus 2004 en mei 2006) heb ik verschillende gesprekken met mijn directe leidinggevende gehad over dit onderwerp. We zijn ongeveer op hetzelfde moment begonnen op de woning en hebben meer gesprekken gehad over de woning. Een onderdeel van die gesprekken was de zorg voor de psychische- en gedragsproblemen van de cliënten. Ook hij deelde mijn inschatting van de problematiek en was vanaf de start enthousiast over de mogelijkheid van het onderzoek van mij als SPH leerling en de uitkomsten ervan. Ik heb van hem de ruimte en mogelijkheden gekregen om mijn onderzoek uit te voeren. Ook hij stond open voor het organiseren van trainingen en/of klinische lessen toen dat terloops ter sprake kwam, maar aangezien ik eerst een onderzoek heb af te ronden is die eventualiteit in de wachtkamer gezet. Het is wel een uitermate prettig idee om met een idee voor een onderzoek te komen die ook door de leidinggevende zo ondersteund wordt. Het voelde tijdens het onderzoeken steeds alsof ik het volle vertrouwen van teamleider (en team) genoot en alsof ik een opdracht uitvoerde die door hem was gegeven.

5.3 Uitkomsten enquête

Van de elf enquêtes die ik heb uitgedeeld heb ik er negen teruggekregen. Ik vind dat een representatief aantal van mijn team en denk daar ook gegronde conclusies uit te kunnen trekken.

1. Welke psychische problemen bij cliënten heb je op de woning mee te maken?

Niet alle collega's wisten alle classificaties of psychische problemen op te noemen of omschreven het probleem anders dan de literatuur.

Opvallend vond ik dat iedereen de psychoses, schizofrenie, autisme, depressiviteit en angsten er wel uithaalde.

2. Waar zou je informatie over de psychische problemen op de woning kunnen vinden en is die informatie voldoende?

Bijzonder opvallend is dat 6 van de 9 collega's internet als eerste bron van informatie noemt. We hebben sinds enkele maanden beschikking over internet en dat blijkt dus een toevoeging te zijn als het gaat over psychische problemen.

5 van de 9 collega's noemen het zorgplan als bron van informatie. Van die 5 noemt 3 de informatie die er in het zorgplan staat niet toereikend genoeg en zou aanvullende informatie willen.

Eén collega zegt dat ze naast het internet geen enkele andere bron van informatie heeft.

3. Kan je aangeven welke informatie je expliciet mist?

- Welke cliënt heeft welke psychische problematiek en hoe kan ik die cliënt daarbij begeleiden.

- Alle informatie over de hierboven genoemde psychische problemen.

- Alles

- Een uitgebreidere beschrijving in het zorgplan.

- Training.

- Een duidelijker beleid over hoe om te gaan met de uitingen van de psychische problemen

Wat houden de psychische problemen precies in?

Informatie over de gegeven medicatie (psychofarmaca)

4. Hoe vaak schat je dat je met uitingen van deze problemen te maken hebt? (omcirkel graag)

Men heeft unaniem voor de meerdere malen per dag gekozen

5. Vind je dat de aandacht voor deze problemen evenredig aan hoe vaak je ermee te maken krijgt?

• Ja, er is genoeg aandacht voor de psychische problemen

• Ja, maar herhaling zou prettig zijn

• Nee, er staat wel wat in de zorgplannen, maar meer ook niet

• Nee, hier zou ik dringend aandacht voor willen hebben

4 van de 9 antwoordde optie 3, 5 van de 9 antwoordde optie 4. Iedereen is het met elkaar eens, dat er meer aandacht voor dit onderwerp nodig is.

6. Heb je het idee dat je weet wat de verschillende psychische problemen, zoals schizofrenie en psychoses, inhouden?

7 van de 9 collega's geven aan dat ze vinden dat ze niet genoeg van de psychische problemen afweten.

1 geeft aan dat ze dat wel weet, maar niet door toedoen van werk, maar door eigen initiatief.

1 geeft aan het wel te weten door de Z-verpleegkundige opleiding en heeft er nog allerlei naslagwerk aan overgehouden die ze thuis leest.

7. *Weet je hoe je met de verschillende psychische problemen om moet gaan, voel je je bekwaam?*

7 van de 9 collega's zeggen zich onbekwaam te voelen. Ze beschrijven dat ze voornamelijk op gevoel te handelen en niet vanuit een methodische strategie.

1 collega zegt dat ze zich voldoende door de zorgplannen en vergadering ondersteund voelt om zich bekwaam te voelen.

1 collega zegt dat ze door haar opleiding een bekwaam gevoel heeft overgehouden en door haar eigen interesse dit onderdeel van de zorg als een uitdaging ziet.

8. *Kan je uitleggen hoe de zorg voor psychische problemen bij cliënten in de organisatie te werk gaat?*

Alle collega's kennen de basisprincipes die er binnen de organisatie zijn voor cliënten met psychische problemen (tests, schalen, multidisciplinair overleg, consult van de psychiater).

1 collega kaart aan dat ze het raar vindt dat er pas na de plaatsing van een cliënt wordt gekeken naar tests en een eventuele uitkomst van een psychische problematiek. Ze ziet dat liever voor de plaatsing.

1 collega benoemt dat ze vindt dat het begeleidingsteam vrij weinig wordt ondersteund in de zorg en dat er vooral weinig medicatie gegeven wordt waar het team, volgens die collega, vindt dat dit wel nodig is.

1 collega beschrijft dat ze de theorie wel kent, maar dat ze er in de praktijk weinig van terugziet. Ook vult ze aan dat het diagnostisch proces moeizaam verloopt en dat cliënten soms tijden lijken te wachten op een classificatie. Daar zou iets op gevonden moeten worden.

Een andere collega vindt dat de zorg voor de psychische problemen niet genoeg aandacht heeft binnen de organisatie en dat er meer faciliteiten, trainingen en informatie beschikbaar gesteld moet worden. Er is binnen de organisatie volgens de collega te weinig deskundigheid om dit probleem aan te pakken.

9. *Wat lijkt jou een nuttige toevoeging betreffende dit onderwerp (meerdere antwoorden mogelijk)?*

- Een uitgebreid(er) onderdeel in ieder zorgplan
- Meer tekstuele informatie op de woning ter naslagwerk
- Workshops aangaande dit onderwerp op de teamvergadering
- Een dag met het gehele team afgescheiden om over dit onderwerp te trainen
- Werkbezoek van een andere instelling die kennis en know-how overdragen

Alle collega's hebben alle antwoord omcirkelt.

10. *Kun je je keuze(s) uitleggen?*

De meeste collega's beschrijven dat ze de oplossingen allemaal van toegevoegde waarde vinden om dit probleem op te lossen.

1 collega geeft aan dat ze een klinische les of training van een deskundige ook wel op prijs zou stellen.

5.4 Uitkomsten interviews

5.4.1 Interview met AVG

De Arts Verstandelijk gehandicapten is er in mijn organisatie één van de vier. Ze heeft dus de zorg voor enkele tientallen cliënten. Tijdens het interview geeft ze aan dat ze wel zicht heeft op iedere cliënt, maar dat een goede samenwerking met het begeleidingsteam en goede verslaglegging in dossiers erg belangrijk is.

Ze heeft de ervaring dat ze wel vrij veel te maken heeft met psychische problemen van cliënten, maar dat ze er niet altijd wat mee kan. Ze is als arts niet de gedragsdeskundige en kan vanuit haar professie ook geen classificatie stellen. Ze is echter wel betrokken bij

het psychodiagnostiek onderzoek en bijvoorbeeld de consulten met de psychiater. In de praktijk lijkt de splitsing tussen AVG en psychiater niet zo groot als dat hij zou lijken. Ze heeft het idee dat de achtergrond die zij als arts heeft voldoende is om in ieder geval een globale inschatting te maken van welke problematiek zich er nu voordoet.

Ze zou graag zien dat de samenwerking tussen haar en de woningen beter verloopt, omdat dat nog wel eens afhangt van wie er op dat moment werkt. Er lijkt op sommige een weinig gestructureerde manier van samenwerken en rapporteren.

Verder vindt ze dat niet iedere cliënt alleen ondersteund dient te worden door medicatie, maar dat het een samenwerking is tussen team, AVG en orthopedagoog. Wanneer er geen directe classificatie is, maar wel een vermoeden van psychische problematiek dan lijkt het de arts verstandig om tijdens een multidisciplinaire bespreking tot een intersubjectieve conclusie te komen. Daaruit kan een begeleidingsstrategie volgen of eventuele verder te nemen stappen.

Daarbij zou ze het een welkome aanvulling vinden als er meer mogelijkheden op het gebied van het behandelen van cliënten met psychische problemen binnen de organisatie komen.

Tot slot vertelt ze over hoe ze contactpersoon is van het samenwerkingsverband tussen Parnassia, de Compaan, de SPD en de Bruggen²⁴ die in juli 2003 op papier is gezet. Ze vertelt dat de start enthousiast was en dat er door middel van casusbesprekingen de genodigden problemen binnen de eigen instelling bespraken. Uiteindelijk heeft dit niet geresulteerd tot een complementaire samenwerking waarbij van uitwisseling van de veerskillende kwaliteiten gebruik werd gemaakt. Inmiddels zijn er geen collectieve vergaderingen meer en bestaat de samenwerking eigenlijk nog alleen maar op papier. Er zijn wel individuele initiatieven te noemen, maar van gestructureerde samenwerking is geen sprake meer.

5.4.2 Interview met orthopedagoog

Ik heb tijdens mijn onderzoek twee interviews met de orthopedagoog gehouden. De eerste had vooral als doel om mijzelf meer te informeren, omdat ik nog aan de start van mijn onderzoek stond. Het tweede heb ik vrijwel aan het einde van mijn onderzoek gehouden, waarbij ik meer gerichte vragen kon stellen n.a.v. mijn eigen onderzoek. De bijgevoegde bijlage (3) is van het tweede interview

Iedere cliënt heeft een zorgplan, waarin met name het hoofdstuk over het psychisch functioneren, maar ook bijvoorbeeld het persoonsbeeld, informatie te vinden moet zijn. Deze informatie zou toereikend genoeg moeten zijn om genoeg achtergrondinformatie over de psychische problemen van de cliënt te kennen en te weten hoe er als begeleider mee om te gaan. Er moeten duidelijk afspraken en benaderingswijzen in staan vermeld. Wanneer er het vermoeden van psychische problematiek is dan volgt er een multidisciplinaire vergadering waarin de problematiek vanuit verschillende perspectieven wordt besproken. Wanneer dat nodig is wordt er besloten om een consult met de psychiater aan te vragen, of om de eigen psychodiagnostiek te starten. Dit laatste houdt in dat er verschillende tests op schalen ingevuld kunnen worden die een beter inzicht kunnen geven in de problematiek van de cliënt. Zo kan er bijvoorbeeld een intelligentie- of persoonlijkheidsonderzoek worden afgenomen met de cliënt. De samenwerking met andere instellingen verloopt wat haar betreft op individuele basis vrij aardig. Over de samenwerking met Parnassia weet ze niet zoveel, maar daar heeft ze ook weinig mee te maken. Er zijn wel lijnen die lopen tussen Kristal, het Centrum voor Autisme en het CCE.

De orthopedagoog vindt het lastig om te kiezen voor een bepaalde diagnostische methode en erkent dat het soms lastig is om tot een classificatie te komen. Ze vertelt echter dat het op zich niet van doorslaggevende waarde hoeft te zijn of er een classificatie is. In principe kan ook zonder classificatie actie ondernomen worden. Het is niet gezegd dat er net als volgens een classificatiesysteem als het DSM zonder classificatie niets met de cliënt gebeurt. Ze ervaart dat begeleiders vaker de vraag

²⁴ Zie bijlage 5 voor meer informatie

hebben om een duidelijke classificatie dan in principe nodig is. Wat wel duidelijk moet zijn, is de omschrijving in het zorgplan en een gezamenlijke methodische aanpak van de problematiek. Ze heeft niet het idee dat dit op iedere woning ook zo wordt uitgevoerd. De ontwikkelingen op het gebied van psychodiagnostiek voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis hebben haar als professional handvatten gegeven om haar werk beter uit te voeren. Ze heeft jarenlange ervaring en voorheen was er veel minder bekend en was het veel lastiger om cliënten te ondersteunen en te begeleiden. Ze noemt met name de duidelijkheid op het gebied van autisme, welke een grote rol speelt binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, het afschaffen van de debiliteitspsychose en de ontwikkelingen op de inzichten over de sociale emotionele ontwikkeling van cliënten.

Wat zij als lastig ervaart in het werken met deze doelgroep is dat ze veel spanningen ervaart met de begeleiders. Ze ervaart dat het werken met deze problematiek een bepaald functieniveau vereist van het personeel, maar dat mensen daar niet op worden aangenomen. Er werkt dus lager geschoold en wellicht onbekwaam personeel, terwijl de complexiteit van de doelgroep meer van hen vraagt. Ook benoemt ze dat de prioriteit die de medische en verzorgende kant van zorg krijgt, niet meehelpt in de zorg voor cliënten met psychische problemen. Veel personeelsleden zijn medisch geschoold en hebben weinig kennis over deze problematiek. Dat komt ook, vindt ze, omdat er geen specifieke opleiding meer is voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, zoals vroeger de Z-verpleegkunde²⁵. Ze zou het prettig vinden als er bij vacatures rekening gehouden wordt met het werk dat er van de begeleiding gevraagd wordt op dit gebied. Verder zou ze een uitbreiding van het scholingsaanbod als meerwaarde zien. Er is veel aanbod voor medische scholing, maar minder op het gebied van scholing voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Ze vertelt dat het werken voor mensen met deze problematiek van het team verlangt dat het methodisch en zorgvuldig te werk gaat en dat vindt ze nog wel eens ontbreken. Aansluitend zou ze het een toegevoegde waarde vinden als er een uitgebreider aanbod van behandeling van cliënten met psychische problematiek komt. Naast het invullen van tests, schalen en het aanbieden van psychomotorische therapie is er vrij weinig binnen de organisatie.

Als ze kijkt naar mijn team dan adviseert de orthopedagoog om te kijken naar welke voorwaarde de zorg voor de cliënten van mijn woning precies aan moet voldoen, om die voorwaarde mee te nemen bij het aannemen van nieuw personeel.

Trainingen om het team meer bekwaam te maken op dit onderdeel ziet ze als een uitstekende mogelijkheid, maar ze benadrukt dat het team gebruik moet maken van overlegsituaties en wellicht intervisie om tot een algehele begeleidingsstrategie te komen, zodat het niet verzandt in allerlei kleine, individuele initiatieven. Ze vindt het opvallend dat het team aangeeft dat het te weinig informatie heeft, terwijl in principe alle informatie in de zorgplannen zou moeten staan.

Als competenties brainstormen we samen wat we denken dat er nodig is: Reflecteren; luisteren; feedback geven; creatief zijn; stevig in de schoenen staan; een goede mate van afstand en betrokkenheid; invoelend vermogen; rustig kunnen blijven; structuur kunnen bieden; aandacht hebben voor de individuele zorgvraag; niet te hoge verwachtingen hebben bij de cliënt; methodisch kunnen werken; humor evenwichtig karakter hebben.

²⁵ Voorheen kon je als verpleegkundige geschoold worden tot Zwakzinnige verpleegkundige, welke gespecificeerd was op de zorg voor de mensen met een verstandelijke beperking.

Hoofdstuk 6 Competent begeleiden

In dit hoofdstuk wil ik alle onderzoeken vanuit literatuur en praktijkonderzoek laten samensmelten tot een voorlopig antwoord op mijn probleemstelling. In dit hoofdstuk wil ik de nadruk leggen op het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en de competenties die daarvoor nodig zijn. Ik geef hiermee antwoord op de volgende deelvragen

Hoe begeleid je de psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking? Welke competenties zijn er nodig om de zorg voor mensen met een psychisch probleem en een verstandelijke beperking te verlenen?

6.1 Het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking

Om te komen tot een gedegen antwoord op de vraag hoe mensen met een verstandelijke beperking begeleid moeten worden, wil ik eerst kijken naar het verschil tussen behandelen en begeleiden. Beide zijn namelijk een onderdeel van de zorg aan de mens met een verstandelijke beperking, maar zijn ondanks een overlap naar mijn idee wel verschillend.

6.1.1 Behandelen

“Onder behandelen verstaat men een speciale benadering met als doelstelling om het algehele functioneren of bepaalde psychosociale functies en gedrag te beïnvloeden.” Dósen (2006, 99).

Met andere woorden, als een cliënt behandeld wordt dan moet er sprake zijn van een probleemstelling. Een probleemstelling die voortvloeit uit observaties van gedrag of disfunctioneren van een cliënt. Er wordt bij een behandeling voldaan aan bepaalde voorwaarden om te behandelen en er is een bepaalde strategie afgesproken waaraan alle betrokkenen zich houden. Als ik kijk naar mijn woning dan is het vooral de orthopedagoog die verantwoordelijk is voor de behandeling. Ik zie behandelen als een methode die niet alleen, maar in samenwerking met de gedragsdeskundige orthopedagoog en eventueel andere betrokkenen nauwkeurig wordt bepaald op basis van een geobserveerde probleemstelling en als doelstelling heeft om het gesignaleerde probleem te verbeteren.

Als ik kijk naar mijn werkplek is er op één cliënt een min of meer gerichte behandeling ingesteld. Maar dan trek ik het begrip behandeling wel breed. Bij die cliënt is door het CCE een onderzoek ingesteld en een rapport verschenen welke probleemstelling die cliënt heeft en welke benadering dat van het begeleidingsteam vraagt. Om nu te zeggen dat dit methodisch wordt uitgevoerd op mijn werkplek volgens de normen van een behandeling, durf ik niet te zeggen. Het lijkt er toch enigszins op.

De rest van de cliënten zijn wat betreft de zorg voor hun psychische- en gedragsproblemen aangewezen op de begeleiding van het begeleidingsteam. Dat is de reden dat ik er hier mijn aandacht op vestig.

6.1.2 Begeleiden

Ik zie begeleiden als de taak welke ik en mijn begeleidingsteam uitvoeren. Het begeleiden van de cliënten in hun dagelijkse leven en alles wat daarbij komt kijken.

De Ruyter en Stolk (1995)²⁶ beschrijven begeleiden als het zodanig assisteren van een bewoner, dat hij zijn zelfstandig handelen behoudt en zo mogelijk optimaliseert. Ik kan mij goed vinden in die definitie en wanneer ik het over begeleiden heb tijdens mijn onderzoek, bedoel ik er dat mee.

Er zit dus een wezenlijk verschil in mijn optiek van behandelen en begeleiden. Begeleiden zie ik als een veel breder arsenaal aan handelingen van de begeleider. Begeleiden heeft niet altijd als zodanig doel dat de cliënt er beter van leert functioneren. Waar behandelen

²⁶ Kars e.a. (1995) *Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

impliceert dat er een probleem is, doet begeleiden dat niet. Begeleiding zie ik meer het ondersteuning bieden aan de cliënt in alle vormen van zorg die de cliënt nodig heeft

Wat mij interesseert is het begeleiden van de cliënten waar zich psychische problemen voordoen. Dat interesseert mij meer dan behandelen, omdat er bij behandelen al meer bekend is welke voorwaarden en welke strategie er gekozen wordt om methodisch tot een beter functioneren van een cliënt te komen.

6.1.3 Het begeleiden van de psychische- of gedragsproblemen

Naast de algemene betekenis van begeleiden is het voor mijn onderzoek van belang dat ik de aandacht vestig op de specifieke voorwaarden waaraan een begeleider moet voldoen om de cliënt met een psychisch- of gedragsprobleem te begeleiden.

Het begeleiden van de psychische- of gedragsproblemen van een cliënt verschilt niet zo veel van de reguliere vorm van begeleiden, maar er zitten toch enkele verdiepingen en aandachtspunten die ik wil benoemen.

De Ruyter en Stolk (1995) stippen drie dimensies welke komen kijken bij het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en psychische- gedragsproblemen.

- kundig hulpverleners: een begeleider verleent hulp aan een cliënt met een duidelijk doel voor ogen. Het constateren en interpreteren van een ongewenste situatie, het formuleren van een doel, het vaststellen van middelen om dat doel te bereiken en het realiseren van die middelen, behoort allemaal tot het kundig hulpverleners. De mate waarin het de begeleider lukt om de situatie te verbeteren, is bepalend voor de kundigheid van de begeleiding.

- gemeenzaam hulpverleners: is de wijze waarop de begeleider zich verhoudt tot de cliënt. Gemeenzaam wil zeggen dat de begeleider recht doet aan de belangen van de cliënt zonder zijn eigen belang uit het oog te verliezen. Het vraagt van de begeleider om een constant evenwicht te zoeken tussen de belangen van de cliënt, die van de overige cliënten en die van zichzelf. Een begeleider kan verkeerd gemeenzaam begeleiden door zichzelf helemaal weg te cijferen of door teveel op zijn eigen belangen te letten en te weinig op die van de cliënt.

- authentiek hulpverleners: de begeleider kan reflecteren op zijn eigen handelen en is zich bewust van zijn beeld en houding als begeleider en wat hij wil tonen in zijn werk. Een begeleider is authentiek als hij staat achter de manier van begeleiding en houding die hij toont ten opzichte van de cliënt.

Een ander interessant perspectief werpt Van Gennip²⁷ die als gastauteur een stuk in het boek van Dósen (2006) schrijft.

Hij stelt dat het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en psychische- of gedragsproblemen een accentuering is van de opvoeding die je kinderen geeft. Je biedt de cliënt een goede fysieke omgeving, waarbij cliënten beschikken over een eigen ruimte; de woning moet zodanig zijn dat het geen belemmering oplevert voor de cliënt. Er moet aandacht zijn voor de personele omgeving; wat zoveel wil zeggen als dat een cliënt niet in een te grote groep moet wonen, al adviseert Van Gennip wel dat de omvang van een groep in samenhang wordt bepaald met de samenstelling van een groep. Het sociale netwerk van de cliënt is belangrijk, aangezien cliënten met een psychische- of gedragsprobleem makkelijker in een sociaal isolement geraken. Een belangrijk onderdeel van de begeleiding is dus het sociaal ondersteunen van cliënten om hen een eigen sociaal netwerk op te laten bouwen die niet alleen afhankelijk is van de begeleiding. In de sociaal-culturele omgeving is het belangrijk om te kijken naar de problematiek van de cliënt. Heeft de cliënt een stoornis in het autismespectrum dat dient er zorgvuldig omgegaan te worden met de mate van vrijheid en structuur die de cliënt krijgt aangeboden. Is de cliënt angstig of heeft ze last van psychoses, dan dient daar weer anders op ingespeeld te worden door de begeleiding. Niet alleen de relatie van de

²⁷ Van Gennip, A. schrijft als orthopedagoog het hoofdstuk over de orthopedagogische behandeling van mensen met een verstandelijke beperking in het boek Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap van Dósen (2006, 123-131)

begeleider tot de cliënt, maar ook de sfeer van de woning dient afgestemd te worden op de problematiek van de cliënt. In de ordening van het leven van de cliënt is het belangrijk om een inschatting te maken van de structuurbehoefte van de cliënten. Vaak kunnen cliënten met een psychische- of gedragproblematiek niet zelf structuur aanbrengen in hun dag en handelingen. Het is belangrijk dat dit wordt ondervangen door de begeleiding, maar ook hier geldt dat het afhankelijk is van de problematiek van de cliënt.

Een laatste informatiebron wil ik toevoegen aan mijn onderzoek. Van Besten en van Vulpen (2007)²⁸ beschrijven een vijftal competenties die de begeleider dient te bezitten/beheersen om de cliënt met een verstandelijke beperking vakkundig te begeleiden. Ze maken hierin geen onderscheid in wel of niet een psychische- of gedragsproblematiek, maar de begeleidingswijze is wat mij betreft voor alle cliënten van toepassing. Ik zal hier een korte impressie geven van wat van Besten en van Vulpen schrijven, omdat ik hier later nog op terugkom.

Ze beschrijven dat een begeleider de volgende vijf competenties moeten beheersen: Cliëntgericht handelen; de vraag van de cliënt als uitgangspunt nemen.

Doelgericht werken; beginnen met het einde voor ogen.

Ontwikkelingsgericht handelen; het beste in de ander naar boven halen.

Netwerkgericht handelen; werken aan waardevolle relaties.

Samenwerkingsgericht handelen; meer bereiken door samenwerken.

Zoals gezegd kom ik hier later, in hoofdstuk 5 op terug, omdat het antwoord geeft op een deelvraag.

Naast de algemene criteria waaraan begeleiding moet voldoen lijkt het van belang om bij cliënten met een verstandelijke beperking én psychische- of gedragsproblemen zorgvuldig te werk te gaan. Het eigen functioneren van de begeleider én het begeleidingsteam als geheel lijken van doorslaggevende waarde als je kijkt naar hoe je de cliënt dient te begeleiden. Daarnaast blijkt het belangrijk om te kijken naar de vraag van de cliënt en welke begeleidingsvorm hij nodig heeft. Dat vraagt van de begeleider en het begeleidingsteam dat hij in staat is om te bepalen wat de cliënt nodig heeft op basis van observaties en overlegsituaties; dat hij kan achterhalen waar de mogelijke oorzaken van uitingen van psychische- of gedragsproblemen vandaan komen, ondersteund door een theoretische achtergrond van de cliënt; en dat hij in staat is om via een methodische intersubjectieve strategie een interventie te plaatsen.

6.2 Competenties

6.2.1 De definitie van competentie

Het werken met competenties is niet alleen een verwachting van de opleiding SPH. Ik zie steeds meer aandacht en opmars voor het begrip competentie in allerlei vormen en maten. Ik worstel zelf al vier jaar lang met de precieze betekenis ervan. Voor mijn onderzoek lijkt het mij daarom duidelijk als ik weergeef wat ik onder een competentie versta.

De Dikke van Dale²⁹ geeft de woordenboekbetekenis van competentie als volgt:

com·pe·ten·tie (de ~ (v.), ~s)

1 deskundigheid, geschiktheid => *bekwaamheid*

2 bevoegdheid tot handelen of oordelen

3 [taalk.] impliciete kennis die men heeft van de eigen taal

De begrippen bekwaam en bevoegd lijken erg op elkaar. Ik ben ze bijvoorbeeld ook tegengekomen bij de BIG-wet, waar ze zijn opgesplitst. Competentie als bekwaamheid kan ik op mijn woning makkelijker plaatsen. De deskundigheid van de begeleider is van belang bij het begeleiden van cliënten. De bevoegdheid ook, maar is lastig vast te

²⁸ Van Besten, Van Vulpen (2007): Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking. Soest: Nelissen. Tweede Druk

²⁹ Anoniem. URL: <https://www.vandale.nl>

stellen. In principe is iedereen die is aangenomen op mijn woning bevoegd om te begeleiden. Er zit daarin wel een gradatie, omdat bijvoorbeeld persoonlijk begeleiders cliënten individueel begeleiden en meewerkende begeleiders niet of anders.

Van Besten en Van Vulpen beschouwen een competentie als:

“Competenties zijn kwaliteiten die bijdragen aan het effectief begeleiden van cliënten.”

Van Besten, van Vulpen (2007, 17)

Ik kan mij in deze definitie goed vinden. Wanneer je als begeleider competent bent, dan ben je kwalitatief aan het begeleiden. Het niveau en de inhoud van de begeleiding die je geeft, zijn hierbij belangrijke criteria. Voor het verloop van het onderzoek gebruik ik bij het woord competentie deze definitie.

6.2.2 Hoe behaal je competenties

Om een competentie te behalen moet je in staat kunnen zijn om je eigen handelen te kunnen bekijken. Idealiter bekijk je je handelen samen met een ander, zodat je het risico vermijdt iets over het hoofd te zien door je blinde vlek of eigen interpretatie.

Wat van belang is bij het behalen van een competentie is om te kijken naar het gedrag van de begeleider. Het gedrag dat hij vertoont laat zien of hij de competentie beheerst.

“Effectieve gedragingen laten zien door welk concreet gedrag je een bepaalde competentie kunt waarnemen.” Van Besten, van Vulpen (2007, 18)

Tijdens mijn opleiding zijn de competenties de rode draad door de studie. Ieder jaar behaal je weer competenties en verhoogt de kwaliteit van mij als potentieel professional. Het jaar door werk ik aan de hand van een Persoonlijk Ontwikkel Plan aan mijn competenties door het stellen van leerdoelen. De leerdoelen dien ik op te stellen via de SMART methode. Aangezien ook deze methode op andere fronten dan mijn opleiding gehanteerd wordt en er zelfs een voorzichtige start op mijn woning mee is gemaakt, kies ik ervoor om deze methode hier weer te geven. Het is een methode die een begeleider in staat stelt om competenties te behalen.

SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

“- Specifiek

Omschrijf het doel duidelijk en concreet. Het moet een waarneembare actie, gedrag of resultaat beschrijven waaraan een getal, bedrag, percentage of ander kwantitatief gegeven verbonden is.

- Meetbaar

Hoeveel gaan we doen? Hoe kunnen we dat meten? Er moet een systeem, methode en procedure zijn om te bepalen in welke mate het doel op een bepaald moment bereikt is. Wat is er af als het af is? Een SMART-doel moet je kunnen zien, horen, proeven, ruiken of voelen.

Een SMART-doelstelling is normerend: het is een maat voor de kwaliteit van de te leveren inspanningen. Doe zo mogelijk een nulmeting, om de startsituatie te bepalen.

- Acceptabel

Is er draagvlak voor wat we doen? Is het in overeenstemming met het beleid en de doelstellingen van de organisatie? Zijn de betrokkenen bereid zich te verbinden aan de doelstelling?

Als je een SMART-doel voor jezelf stelt, dan is het voldoende dat je het zelf accepteert.

Maar wanneer je als leidinggevende een doel voor een groep mensen stelt, dan is het belangrijk dat er draagvlak voor is. De medewerkers moeten het willen, anders wordt het doel niet gehaald of beklijft de verandering niet.

- Realistisch

Is het doel haalbaar? Is er een uitvoerbaar plan met aanvaardbare inspanningen?

Kunnen de betrokkenen de gevraagde resultaten daadwerkelijk beïnvloeden? Hebben ze voldoende know-how, capaciteit, middelen en bevoegdheden? Dit is belangrijk, want een onbereikbaar doel motiveert mensen niet.

- Tijdgebonden

Wanneer beginnen we met de activiteiten? Wanneer zijn we klaar? Wanneer is het doel bereikt?

Een SMART-doelstelling heeft een duidelijke startdatum en einddatum.

Met name korte-termijndoelen moeten SMART zijn. Bij lange-termijndoelen is dat niet altijd mogelijk.

Goede voorbeelden

Dit jaar wil ik 20 studiepunten van mijn management opleiding halen.

Over 5 jaar wil ik project manager zijn, verantwoordelijk voor ICT-projecten van 100.000 tot 1.000.000 euro.

De winst moet volgend jaar 30% hoger zijn dan die van vorig jaar.

Slechte voorbeelden

Ik wil een leuke baan (niet specifiek, niet meetbaar, niet tijdgebonden).

We worden de beste in onze markt (niet meetbaar, niet tijdgebonden).

Om de arbeidsparticipatie te bevorderen moeten mensen terugkeren in het arbeidsproces en langer werken (Koningin Beatrix, Troonrede 2004). “³⁰

Het stellen van een SMART-doel kan op mijn woning worden ingezet om competenties te behalen. Een competentie kan omschreven worden als SMART-doel wanneer een begeleider de competentie nog niet beheerst. Bijvoorbeeld: Ik wil binnen een half jaar in competent zijn in het reflecteren op mijn eigen handelen.

6.2.3 Welke competenties heeft mijn begeleidingsteam nodig?

Uiteindelijk vind ik het van belang dat er bekend is welke competenties een begeleidingsteam die te maken heeft met cliënten met psychische/ of gedragsproblemen moet beheersen om de juiste zorg te leveren aan die cliënten. Er zit een bepaalde overlap tussen begeleiden en competenties, vandaar dat ik in 6.1 ook alvast een voorproefje op de competenties heb gegeven. Het verschil tussen begeleiden en competenties zit mij in het verschillende perspectief. Bij het begeleiden omschrijf ik hoe de cliënten op de meest kwalitatieve manier begeleid kunnen worden en met name op hun specifieke zorgvraag. Het begeleiden beschrijf ik vanuit het perspectief van de cliënt. Competenties daarentegen zijn de handvatten die een begeleider moet hebben om te kunnen begeleiden vanuit het perspectief van de begeleider. Zonder de competenties kan de begeleider dus ook niet kwalitatief en bekwaam begeleiden. Ze vullen elkaar aan.

Voor mijn onderzoek neem ik de vijf competenties van Van Besten en van Vulpen als uitgangspunt. De basis van hun vijf pijlers komen voort uit de behoeftehiërarchie van Maslow:

“ Fysiologische behoeften, veiligheid en zekerheid, sociaal contact en liefde, aanzien en waardering, zelfverwezenlijking “ Van Besten en Van Vulpen (2007, 40)

De oorsprong van gedrag is volgens Maslow altijd terug te herleiden naar één van deze behoeftes. Ook, of misschien zelfs juist, van mensen met een verstandelijke beperking én een psychisch- of gedragsprobleem. Deze doelgroep kan niet altijd even gemakkelijk aan alle behoeftes voldoen en heeft niet altijd de verbale en cognitieve mogelijkheden om daar invulling aan te geven. Ze moeten daarbij ondersteund worden door begeleiders of andere betrokkenen.

De visie van Van Besten en Van Vulpen is te omschrijven in één kerncompetentie. Ze hebben het erover dat begeleiding moet bijdragen aan een waardevol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking.

Dat is niet anders dan voor cliënten met een psychisch- of gedragsprobleem.

Uit deze kerncompetentie komen de vijf competenties die ik ook in 6.1 benoemde:

³⁰ Bron: Anoniem. URL: <https://www.carrieretijger.nl>

“ 1 Cliëntgericht handelen

Cliënten zijn individuen. Respectvol afstemmen op hun individuele mogelijkheden is belangrijk. Cliëntgericht handelen betekent dat je zoekt en luistert naar de vraag van de cliënt en die als uitgangspunt van je handelen neemt.

2 Doelgericht handelen

Mensen willen in hun leven iets bereiken. Mensen met een verstandelijke beperking hebben jou daarbij nodig. Doelgericht handelen betekent dat je nadenkt over wat je met of voor de cliënt wilt bereiken en dat je je daarvoor inspant.

3 Ontwikkelingsgericht handelen

De behoefte van mensen om zich te ontwikkelen is universeel. Boven in de piramide van Maslow gaat het over ontwikkeling. Eén van die vijf pijlers is ontwikkelen en ontplooien. Competente begeleiders helpen cliënten bij hun ontwikkeling en halen het beste in de ander naar boven.

4 Netwerkgericht handelen

Mensen hebben behoefte aan sociaal contact en relaties. Netwerkgericht handelen betekent dat je je inzet voor waardevolle relaties voor de cliënt.

5 Samenwerkingsgericht handelen

Hoe hard je je ook inspant, het is onmogelijk een waardevol bestaan voor cliënten in je eentje te realiseren. Goed kunnen samenwerken met de cliënt, zijn familie, je collega's en anderen is daarom een onmisbare competentie voor begeleiders “ Van Besten, Van Vulpen (2007, 49)

Deze vijf competenties omvatten eigenlijk alle competenties die een begeleider dient te bezitten om zorg te verlenen aan cliënten met een verstandelijke handicap én een psychisch- of gedragsprobleem. Hierin zit verwerkt dat begeleiders moeten kunnen reflecteren, samen moeten kunnen werken met collega's, cliënt en andere disciplines, goed in staat zijn om de zorgvraag van de cliënt te bepalen, methodisch te werk gaan volgens een afgesproken strategie, etc.

Hoofdstuk 7 Analyse

In dit hoofdstuk wil ik de resultaten van mijn onderzoek, zowel literatuur als praktijk, analyseren. Ik doe dit aan de hand van mijn eigen visie op de resultaten. Ik gebruik de probleemstelling en doelstelling als criteria om te analyseren, zodat ik de analyse kan omzetten in conclusies. Verder heb ik de (on)mogelijkheden van mijn woning, de haalbaarheid en de huidige situatie als ondersteuning in mijn achterhoofd.

7.1 Hoofdstuk 1

De inleiding van mijn hoofdstuk is gebaseerd op mijn optiek op het moment van het starten van het onderzoek in mei 2006. Het valt me op dat ik een stuk genuanceerder ben gaan denken over de complexe problematiek waar ik me in ben gaan verdiepen. Ik heb het idee dat ik als onderdeel van het begeleidingsteam mijn eigen gekleurde ongenuanceerde blik had. Ik had het gevoel dat we vanuit de organisatie niet genoeg ondersteund werden hoe wij om dienen te gaan met deze problematiek, zonder dat ik zicht had op de diepgang van de problematiek die ik tijdens het onderzoeken heb ontdekt. Dat er wel een probleem op mijn woning ervaren wordt, omtrent de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking én een psychisch- of gedragsprobleem zag ik tijdens het onderzoeken onderschreven worden door alle betrokkenen.

7.2 Hoofdstuk 2

De probleemstelling heb ik tijdens mijn onderzoek enkele malen moeten bijstellen. In eerste instantie was hij erop gericht om het beleid voor de zorg voor cliënten met psychische problemen te (her)schrijven. Tijdens het onderzoeken ben ik de probleemstelling steeds kleiner en concreter gaan stellen tot hij in zijn huidige vorm is beland. Ik heb de verwachting dat deze probleemstelling het meeste recht doet aan de problematiek die ik ervaar. Ik wil daarbij wel benadrukken dat ik niet vind dat het begeleidingsteam van mijn woning onkundig is, maar dat men niet de handvatten bezit om deze zorg voor cliënten te verlenen. Dat is door het team zelf tijdens het praktijkonderzoek ook onderschreven.

Wat betreft de verantwoording van mijn onderzoek heb ik het idee dat ik genoeg voorwaarden heb gecreëerd om mijn onderzoek geldig, valide en betrouwbaar te laten zijn. Ook al blijft het vanuit mijn perspectief als onderdeel van het probleem geschreven heeft het praktijkonderzoek me gesteund bij mijn inschattingen, alhoewel ik dus wel een genuanceerdere blik heb gekregen op het geheel.

7.3 Hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk vervult een belangrijke rol van mijn verslag, aangezien het de context waarbinnen de probleemstelling op mijn woning zich afspeelt, weergeeft. Het is ook tijdens het onderzoek wel gebleken hoe belangrijk de context is voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het beleid voor mensen met een verstandelijke beperking én een psychisch- of gedragsprobleem binnen mijn organisatie en woning was voor mij door mijn ervaring binnen de organisatie over het algemeen bekend. Ik wist niet in hoeverre de organisatie samenwerkt met andere instellingen op dit gebied en welke methoden er precies gebruikt wordt door de specialisten (AVG en orthopedagoog).

Wat me opvalt is dat er naar mijn idee in principe een groot aanbod is voor de psychische problemen van cliënten, terwijl ik daar in de praktijk minder van merk. Ik heb in het hoofdstuk voldoende antwoord kunnen geven op twee van mijn deelvragen.

7.4 Hoofdstuk 4

Eén van de hoekstenen van mijn onderzoek is hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk, samen met hoofdstuk 6, waarin ik de verzamelde relevante literatuur verzamel om mijn onderzoek uit te werken. Voor het onderzoek voelde de zorg voor de psychische problemen van cliënten als een 'grijs' en onderontwikkeld gebied waardoor de cliënt tussen wal en schip leek te komen. Enkele ervaringen op mijn werkplek, zoals bijvoorbeeld één cliënt letterlijk tussen het wal en schip viel doordat hij tussen de psychiatrie en mijn organisatie werd geslingerd, hebben dat gevoel ondersteund. Tijdens mijn onderzoek ben ontdekte ik de ontwikkelingen die zich pas de laatste decennia (wat voor de zorg geen lange periode is) en de complexiteit van de doelgroep die hieraan ten grondslag ligt. Met name de wijze waarop de psychodiagnostiek van een cliënt met een verstandelijke beperking verloopt en aan welke voorwaarden dat moet voldoen heeft mij veel inzicht geschonken. De waarde die mijn begeleidingsteam, inclusief mezelf, hechten aan de duidelijke classificatie is wat dat betreft dus niet terecht. Het is niet altijd nodig een classificatie te hebben om een begeleidingsstrategie in te zetten. Dit is ook mede de reden geweest dat mijn probleemstelling is gewijzigd. Er is geen tekort aan beleid, er is te weinig kennis over de complexiteit van de problematiek en het begeleidingsteam is niet competent genoeg om ermee om te gaan.

Het is wel lastig geweest om een keuze te maken uit de verschillende bronnen van informatie en hoe diep en uitgebreid ik deze informatie bij mijn onderzoek heb moeten koppelen. Ik heb daarbij mijn grens goed in de gaten gehouden en hopelijk ook duidelijk omschreven.

7.5 Hoofdstuk 5

Dit onderzoek bevat het praktijkonderzoek dat ik heb gehouden binnen mijn organisatie. Ik heb ervoor gekozen om de gesprekken die ik voorafgaand aan mijn daadwerkelijk start in mei 2006 te gebruiken, omdat deze gesprekken ertoe hebben geleid om te komen tot inzicht in de problematiek.

Ik vind het op zich niet opvallend, doch wel prettig, om te zien dat ik niet zelf de probleemdager lijk te zijn. Het probleem wordt vanuit een verschillend perspectief door alle betrokkenen gedeeld; van cliënt, tot begeleider, tot teamleider, tot orthopedagoog/AVG. Met name de steun die ik heb ervaren vanuit de teamleider en de voorwaarden die we gezamenlijk gecreëerd hebben bijgedragen aan een kwaliteitsimpuls van mijn onderzoek.

De enquête bevestigt mijn inschatting over de rol van het begeleidingsteam in deze problematiek. Ik waardeer de oprechtheid waarmee iedereen zich kwetsbaar durft op te stellen. In principe is het lastig om aan te geven dat je iets niet kan, waar je wel professioneel verantwoordelijk voor bent. Alle collega's lijken wel weet te hebben van de term die de psychische problemen van de cliënten hebben, maar geven aan niet goed genoeg te weten wat die term inhoudt én vooral hoe ermee om te gaan.

Bijzonder opvallend vind ik dat internet als voornaamste bron van informatie wordt genoemd als er gevraagd wordt waar de informatie over de psychische problemen van de cliënt te vinden zijn. Ik stel mezelf de vraag of de informatie in het zorgplan wel bekend is, of dat men misschien niet weet hoe men deze informatie in competenties en dus begeleiding kan omzetten. De enquête bevestigt mijn inschatting dat het begeleidingsteam niet precies weet hoe om te gaan met de gedragingen van de cliënten voortkomend uit een psychisch- op gedragsprobleem en ook niet dat men er dagelijks mee te maken heeft. Tenslotte maak ik dat zelf ook dagelijks mee als onderdeel van het team.

Een andere opvallendheid vind ik dat één collega zich door haar opleiding tot Z-verpleegkundige gesteund voelt om deze zorg wel te verlenen. Ik herken dit ook uit de praktijk als ik haar als begeleider zie. Ik stel mij de vraag waarom we tegenwoordig geen specialistische opleiding meer hebben en of dat geen gemis is.

Het team geeft globaal gezien aan dat ze zichzelf niet competent genoeg vindt om deze zorg te verlenen en staat open voor competentieontwikkeling. Dat vind ik een prettig gegeven rekeninghoudend met dit onderzoek en mijn adviesrapport.

De precieze werkwijze van de organisatie is niet bij iedereen bekend, alhoewel wel in grote lijnen. Het wordt me wel duidelijk dat ondanks dat men in grote lijnen weet wat de werkwijze is omtrent dit onderwerp, dat het team niet precies weet hoe ze zelf daarin een rol speelt en hoe die te vertalen is naar de werkvloer.

Tot slot geeft ongeveer iedereen aan van alle opties gebruik te willen maken om tot een betere begeleiding van de cliënten te komen. Dat verbaast me niets aangezien het team die ook als een probleem beschouwt en in principe veranderingsbereid is.

Uit het gesprek met de AVG haal ik, dat het gezien het weinige aantal artsen lastig is voor de arts om genoeg aandacht op dit onderdeel van de zorg voor cliënten te vestigen. Ze benadrukt dat een goede samenwerking met de woningen hierin doorslaggevend is en ze betreurt dat dit niet altijd het geval is. Ook dit ondersteunt mijns inziens mijn probleemstelling. De opmerking dat ze het van toegevoegde waarde vindt wanneer er meer (financiële) ruimte komt binnen de organisatie voor het behandelen van cliënten met psychische- of gedragsproblemen, naast het huidige beperkte aanbod en het begeleiden ervan.

Ik was in eerste instantie verheugd om te horen dat er een gedetailleerde samenwerking tussen Parnassia en omliggende instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking is. Het leek mij gezien de ervaringen die ik heb opgedaan op mijn woning, waarbij de grenzen van onze mogelijkheden ruimschoots waren bereikt, maar ook de psychiatrie niet de juiste zorg kon verlenen, een welkome aanvulling. Het verbaasde mij dat dit niet de uitkomst bood die ik dacht dat het zou kunnen hebben. Een gemiste kans wat mij betreft, maar vanuit mijn perspectief is het erg lastig daarover te oordelen.

De twee interviews die ik met mijn orthopedagoog heb gehad hebben bijgedragen tot een beter inzicht in de specifieke werkwijze en de psychodiagnostiek die er binnen mijn organisatie is. Een opvallende constatering vind ik dat de orthopedagoog de indruk heeft dat er genoeg informatie op de woning moet zijn om de zorg voor de cliënten te verlenen, waar vrijwel alle begeleiders aangeven een tekort aan informatie te ervaren.

Ik heb het idee dat door het ontbreken van kennis en enkele competenties binnen het begeleidingsteam over dit onderwerp men de informatie die er is niet goed kan omzetten in begeleiding.

Verder biedt ze mij een aantal interessante aanknopingspunten waar ik tijdens mijn onderzoek gebruik van heb gemaakt en wel ook terug zullen komen in het eindproduct. Met name het ontbreken van een specialistische opleiding, het beperkte aanbod van behandeling, de spanning tussen de medische of pedagogische keuze van de organisatie, de geringe kennis en de kwaliteit van de zorg van de begeleiding en de nadruk op de actuele ontwikkelingen op dit gebied hebben bijgedragen tot verder inzicht.

7.6 Hoofdstuk 6

In principe sluit dit hoofdstuk mijn procesverslag af. Het geeft antwoord op de laatste deelvragen, waardoor de probleemstelling in zijn geheel beantwoord is.

De voorwaarden waarop het begeleiden van cliënten met psychische- of gedragsproblemen aan moeten voldoen vind ik een logische en heldere weergave.

Bovendien denk ik dat het haalbaar is om dit op mijn woning in te gaan zetten.

Ook over de competenties analyseer ik gelijkwaardig. De meest recente ontwikkelingen en literatuur vind ik van toegevoegde waarde voor de zorg voor de cliënten op mijn woning. Het lijkt me in zekere mate ook haalbaar om competentiegericht te gaan ontwikkelen/begeleiden, aangezien men al gebruik maakt SMART-doelen en POP³¹ gesprekken. Ik maak wel een kanttekening dat ik niet weet of in de huidige

³¹ POP-gesprekken: persoonlijke ontwikkel plan gesprekken waarin je in gesprek met de leidinggevende SMART-doelen stelt.

samenstelling van mijn begeleidingsteam alle competenties behaald kunnen worden. Dat is sowieso lastig om vooraf te stellen, maar bij sommige competenties heb ik mijn twijfels of iedereen dat op een deskundige wijze kan uitvoeren. Ik zou het wel kunnen meenemen in een omschrijving of voorwaarde waar tijdens een vacature rekening mee gehouden gaat worden.

Tot slot valt me op dat de begeleiding en competenties die een begeleidingsteam moet beheersen om de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking én een psychisch- of gedragsprobleem niet zoveel lijkt te verschillen voor de reguliere zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Er zijn hier en daar wat nuance verschillen en verdiepingen, maar verder is het vrijwel vergelijkbaar. Misschien dat dit ermee te maken heeft dat 30%-50% van de cliënten met een verstandelijke handicap enigerlei een psychisch- of gedragsprobleem ervaart en dit dus een vrij groot aandeel is in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Hoofdstuk 8 Conclusie

In dit hoofdstuk wil ik de conclusies trekken uit mijn onderzoek. Ik baseer mijn conclusies op zowel het praktijk- als literatuuronderzoek en gebruik mijn analyse als uitgangspunt. Uiteindelijk neem ik de conclusies mee naar het adviesrapport wat mijn eindproduct is.

Slotconclusie

De probleemstelling van mijn onderzoek luidt als volgt:

“ Welke competenties moet het begeleidingsteam beheersen om de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking met psychische problemen en/of gedragsproblemen te leveren?”

Mijn antwoord op die probleemstelling is concreet te omschrijven als de volgende vijf competenties van Van Besten en Van Vulpen (2007):

- 1 Cliëntgericht handelen
- 2 Doelgericht handelen
- 3 Ontwikkelingsgericht handelen
- 4 Netwerkgericht handelen
- 5 Samenwerkingsgericht handelen

Hierbij geef ik wel de nuance dat er in hoofdstuk 6 een uitdieping van deze competenties wordt gegeven, waardoor ze in concreet gedrag meetbaar zijn.

Naarmate mijn onderzoek vorderde heb ik de probleemstelling moeten bijstellen tot zijn huidige vorm. Ik kwam erachter dat niet zozeer het beleid van de organisatie, maar de competenties van het team de kern van dit probleem op mijn werk is. Tijdens mijn onderzoek ben ik tot de conclusie gekomen dat ‘wij’ als begeleidingsteam de handvatten niet hebben waarmee we de zorg voor deze cliënten kunnen verlenen. De handvatten zijn in mijn onderzoek de competenties.

Het is niet vreemd dat het team deze competenties niet bezit, aangezien de ontwikkelingen die hier ten grondslag aan liggen pas enkele jaren bekend zijn. Het is pas sinds enkele tientallen jaren dat men meer inzicht heeft gekregen in de psychische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is het pas van enkele jaren dat ik ontwikkelingen heb gevonden die de competenties beschrijven welke nodig zijn om deze doelgroep te begeleiden.

Met name in hoofdstuk 6 geef ik concreet antwoord op de probleemstelling. Ik maak in dat hoofdstuk onderscheid tussen begeleiden en competenties. Er zijn enkele voorwaarden waaraan begeleiden moet voldoen wil het kwalitatief begeleiden zijn en daadwerkelijk de cliënt ondersteunen, zoals de definitie stelt. Daarnaast geven competenties aan welke kwaliteiten een begeleider in zijn mars moet hebben om een cliënt te verzorgen. De vijf competenties van Van Besten en Van Vulpen (2007) zullen de uitgangspunt moeten vormen van een ontwikkelingstraject die het begeleidingsteam aan zal dienen te gaan om de benodigde competenties voor het begeleiden van de cliënten te behalen.

De specifieke zorg voor cliënten met een psychisch- of gedragsprobleem kent vrijwel dezelfde voorwaarden voor begeleiden en competenties, met uitzondering van enkele verdiepingen en specificaties.

Ik sluit af met de vaststelling dat het probleem zoals dat door alle betrokkenen ervaren wordt, minder als probleem zou worden ervaren wanneer het begeleidingsteam voldoet aan enkele competenties. Deze competenties zouden dan aangeleerd/getraind moeten worden. De meest logische methode hiervoor is de SMART-methode, maar ik denk dat een bepaalde trainingsvorm, klinische les of informatievoorziening voor het team ook een

grote bijdrage zullen leveren aan de ontwikkeling van de benodigde competenties bij het team.

Conclusie 1

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychisch- of gedragsprobleem is door verschillende oorzaken erg complex. Dit heeft tot gevolg dat de psychodiagnostiek van de cliënt aan een aantal strikte voorwaarden moet voldoen. Dan nog is het in de praktijk mogelijk dat een cliënt wel een psychisch- of gedragsprobleem heeft, maar dat er door de diagnose geen classificatie gesteld kan worden.

Dit neemt echter niet weg dat er geen begeleidingsstrategie voor die cliënt bepaald kan worden. Middels multidisciplinair overleg dient er per cliënt gekeken te worden welke stappen ondernomen moeten worden. Dit zou verder onderzoek door een specialist of een bepaalde begeleidingstrategie ontwikkelen voor het begeleidingsteam kunnen zijn. Ik concludeer ook dat er nog niet één bruikbaar classificatiesysteem is ontworpen die de psychodiagnostiek voor mensen met een verstandelijke beperking vergemakkelijkt. Alle huidige en nieuwe systemen hebben hun voor- én nadelen. Ik neem dit niet mee in mijn advies mee aangezien ik hier weinig over te adviseren heb.

Conclusie 2

Uit het onderzoek maak ik op dat het begeleidingsteam moeite heeft om de informatie die er op de woning te vinden is en de werkwijze die er vanuit de organisatie gebruikt wordt om om te gaan met de zorg voor cliënten met een psychisch- of gedragsprobleem om te zetten in begeleiding. Dit heeft mijn inziens zijn herkomst in het gegeven dat het gros (een enkeling uitgezonderd) van mijn begeleidingsteam niet is geschoold of getraind om deze zorg te verlenen. Met andere woorden zou ik willen concluderen dat het begeleidingsteam, inclusief mezelf, niet competent is om de begeleiding te geven aan de zorg voor cliënten met een psychisch- of gedragsprobleem.

Conclusie 3

Ik concludeer dat het begeleidingsteam zelf inzicht heeft in het niet volledig in staat zijn de zorg voor deze doelgroep te bieden. Het lijkt bereid om mee te werken en denken aan mogelijke oplossingen en oogt veranderingsbereidheid. Ik vind dat een belangrijke constatering, omdat het één van de basisvoorwaarden is voor het ontwikkelen van competenties

Conclusie 4

Na mijn onderzoek kan ik concluderen dat het niet verbazingwekkend is dat de zorg voor cliënten met psychische- of gedragsproblemen deze complexiteit met zich meebrengt. Uit mijn onderzoek is namelijk gebleken dat er pas sinds enkele decennia onderzoek op dit gebied plaats heeft gevonden. Het heeft jaren geduurd voordat dit terecht is gekomen in de zorgverlening zelf. Ik concludeer dat er allerlei middelen zijn ontwikkelt om vooral tot een beter inzicht in de problematiek van de cliënt en de psychodiagnostiek ervan te komen. Daarbij mis ik in ieder geval bij mijn eigen organisatie en woning de stap naar de werkvloer toe. Ik heb zo veel informatie kunnen vinden over de psychodiagnostiek en de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking en psychische- of gedragsprobleem, maar minder hoe de begeleider op de werkvloer dient om te gaan met de begeleiding van deze cliënt. Ik concludeer in ieder geval dat de informatie die er te vinden is, momenteel niet gehanteerd wordt door mijn begeleidingsteam.

Conclusie 5

Ondanks de recente ontwikkelingen op dit gebied en de verhoogde prioriteit die dit onderdeel de laatste tien jaar lijkt te hebben gekregen, lijkt er door de organisatie nog steeds vanuit een medisch model te worden gedacht/gewerkt. Het gros van de begeleiders zijn medisch geschoolden, anders- of ongeschoolden. Uit de uitkomsten van mijn onderzoek concludeer ik dat een functieniveau van minimaal MBO, maar toch zeker ook HBO niveau vind passen bij de begeleiding die deze doelgroep nodig heeft en de competenties die de begeleider dient te bezitten. Met name de opleidingen die de nadruk

leggen op het gedragsprobleem t.o.v. het medisch probleem lijken mij bij de zorg voor deze doelgroep aan te sluiten, zoals de SPW en SPH. Ook op het gebied van trainingen concludeer ik dat er een groter aanbod voor medische handelingen is, dan op het gebied van de zorg voor cliënten met psychische- of gedragsproblemen.

Wat me ook opvalt is, dat de trainingen die er zijn (autisme, omgaan met agressie) niet door het begeleidingsteam gevolgd worden.

Conclusie 6

Ik concludeer dat het wegvallen van de opleiding Z-verpleegkundige heeft geresulteerd dat ogenschijnlijk geen enkele vervangende opleiding (verzorging, verpleegkunde, SPW, SPH) een specifieke opleiding biedt voor mensen met een verstandelijke beperking. Noch dat de opleidingen voldoende aandacht besteden aan de complexe zorg voor de psychische problematiek van deze doelgroep.

Conclusie 7

Ik vind het bijzonder opvallend dat de samenwerking tussen verschillende organisaties zulke wisselende resultaten heeft. Met name de samenwerking tussen de Parnassia en mijn organisatie had ik van toegevoegde waarde gevonden voor deze doelgroep. Ik heb zelf ervaren met een cliënt van mijn woning dat er momenten zijn waarop een cliënt binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking téveel psychische problemen heeft, maar binnen de psychiatrie té verstandelijk beperkt is. Ondanks dat er verschillende initiatieven en organisaties zijn die wél voor deze specifieke doelgroep zijn toegespitst merk ik daar weinig van terug binnen mijn organisatie. Zeker wat betreft de samenwerking met deze gespecialiseerde instanties lijkt mij nog meer gewenst en mogelijk.

Conclusie 8

Ik concludeer dat er bij het team, de AVG en bij de orthopedagoog de behoefte bestaat om te kijken naar een uitbreiding van het aanbod van de behandelingen die mogelijk zijn binnen de organisatie. Er is nu een te beperkt aanbod en gezien de recente ontwikkelingen zou het gewenst zijn als er daar invulling aan wordt gegeven. Dit zou wel betekenen dat er specialisten op dit gebied aangetrokken moeten worden, of dat huidige gedragswetenschappers bijgeschoold moeten worden.

Conclusie 9

De ontwikkeling van het competentiegericht leren en werken in de samenleving heeft zijn uitwerking gehad binnen mijn organisatie. Ook is met SMART-doelen inmiddels een voorzichtige start gemaakt. De teamleider stelt tijdens POP-gesprekken per begeleider enkele doelen op volgens de SMART-methode. Een andere ontwikkeling die er gaande is, is de intervisie. Intervisie is wat mij betreft een uitgelezen mogelijkheid om competenties als team te ontwikkelen en de ervaringen en knelpunten omtrent deze probleemstelling te bespreken.

Van deze ontwikkeling maak ik gebruik bij het voorstellen voor het ontwikkelen van competenties.

Hoofdstuk 9 Product

Ik heb voor mijn product gekozen voor een adviesrapport. Ik denk dat een adviesrapport het meeste recht doet aan mijn probleemstelling binnen de context van mijn organisatie. Ik heb getwijfeld om een informatiemap over psychische- en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking te maken voor op mijn woning; ik heb gedacht om gezamenlijk met een specialist uit de psychiatrie voor mensen met een verstandelijke beperking een trainingsdag te organiseren voor het begeleidingsteam; en ik heb gedacht aan het ontwikkelen van klinische lessen voor tijdens de teamvergaderingen. Ik heb deze allen niet gekozen omdat ze maar één onderdeel van het probleem zouden belichten en niet de probleemstelling als geheel. Ik vind het wel allen interessante opties om mee te nemen in mijn eindproduct.

9.1 Verantwoording voor het product

Uit de keuze van eindproducten heb ik gekozen voor het adviesrapport. Door mijn onderzoek die zich richt op de competenties binnen mijn begeleidingsteam ben ik tot een aantal conclusies gekomen. De wijze waarop die conclusies het beste tot zijn recht komen, is wanneer ik deze omzet in adviezen. Deze adviezen leg ik voor een de doelgroep. De doelgroep is mijn teamleider en in tweede instantie de AVG en orthopedagoog van mijn woning. Ook het begeleidingsteam is onderdeel van de doelgroep, maar vanwege het feit dat ze als onderwerp aan de probleemstelling is verbonden, is enige bedachtzaamheid geboden aan de vorm waarop het product aan hen wordt geboden.

De teamleider, de orthopedagoog en de AVG zijn degene die met het adviesrapport aan de slag kunnen gaan. Een adviesrapport doet mijn inziens recht aan de totale probleemstelling, waar andere keuzes slecht één of enkele delen uit mijn onderzoek zouden belichten.

Ik hou met het adviesrapport rekening met criteria als haalbaarheid, praktische uitvoering en macro-, meso- en microniveau.

9.2 Doelstelling

Het adviesrapport heeft als doel om enkele adviezen te bieden aan de doelgroep. Deze adviezen zijn gebaseerd op mijn onderzoek zoals beschreven in dit productverslag. De adviezen hebben tezamen het doel om te komen tot de oplossing van de door mij gestelde probleemstelling. Deze probleemstelling is bij de doelgroep bekend en onderschreven.

Het adviesrapport is gebaseerd op eigen initiatief, maar door ondersteuning van het team, de teamleider en andere betrokkenen heb ik de positieve indruk een opdracht uit te voeren namens een opdrachtgever. Dit geeft mij vertrouwen in de wijze waarop er zal worden omgesprongen met het adviesrapport. Al is het buiten mijn verantwoordelijkheid om het adviesrapport in daadwerkelijke acties om te zetten.

9.3. Inhoud

De keuze voor de inhoud van het adviesrapport is gebaseerd op de uitkomsten van mijn onderzoek. Vanuit mijn onderzoek is het hoofdstuk met de analyse en het hoofdstuk met de conclusie doorslaggevend voor de inhoud van het adviesrapport.

Voor de homogeniteit van het productverslag en het adviesrapport zal ik de volgorde van de conclusies aanhouden bij het schrijven van mijn adviezen.

Het is de bedoeling dat op de conclusies op inhoudelijke wijze logisch overlopen in mijn adviezen in het adviesrapport. Ik maak daarbij de uitzondering dat ik bij de adviezen een indeling in macro-, meso- en microniveau onderscheid.

Hoofdstuk 10 Evaluatie

In dit hoofdstuk wil ik het proces van mijn onderzoek evalueren, het schrijven van mijn verslag en product en de kwaliteit van beide stukken.

10.1 Procesevaluatie

Over het proces van mijn onderzoek ben ik wisselend tevreden. Ik zou het proces in vier stukken willen verdelen.

Deel 1:

Vanaf augustus 2004 ben ik op de huidige woning begonnen en ben ik voorzichtig begonnen met het observeren van een probleem voor mijn afstuderen. Al snel kwam ik uit bij de zorg voor de psychische problematiek van de cliënt. Ik ervoer een gemis in de zorg die ik en mijn collega's konden bieden. Naarmate ik richting mijn 4^e jaar ging werd ik steeds enthousiaster. Ik sprak collega's, andere disciplines en mijn teamleider en werd door allen ondersteund in mijn inschatting.

Deel 2:

Zo tegen het einde van het derde jaar ben ik begonnen met mijn onderzoek, nog voordat de school van mij vroeg eraan te beginnen. In mijn enthousiasme om ermee aan de slag te gaan ben ik vooral op literatuuronderzoek gegaan. Ook in de zomervakantie van 2006 en in het eerste blok van het laatste schooljaar ben ik tevreden over mijn progressie en liep ik voor op het schema. Ik had een probleemstelling, wist welke boeken ik wilde gebruiken, voelde mij gesteund op mijn werk en trapte niet in mijn valkuil om te laat te beginnen.

Deel 3:

Het lastigste gedeelte kwam toen ik mijn probleemstelling moest aanpassen en tijdens mijn onderzoek mijn ongenueanceerde blik op de problematiek moest bijstellen. Ik ging van veel te groot, naar heel groot, naar groot, totdat ik uiteindelijk uit ben gekomen bij deze concrete probleemstelling. Dit heeft mij zoveel achterstand en een blokkade opgeleverd dat ik last kreeg van de remmende voorsprong. Niet dat ik achteruit leunde, maar ik wist niet meer hoe ik mijn ideeën via praktijk- en literatuuronderzoek om kon zetten tot een product dat uiteindelijk een oplossing gaf voor de problematiek op mijn werk zoals ik hem zag. Ik had moeite met aanpassen.

Het heeft veel te lang geduurd voordat ik om hulp van mijn begeleider ging vragen. Ik was zelfs te laat met het inleveren van mijn concept, terwijl ik een half jaar te vroeg was begonnen. Mede doordat ik om hulp heb gevraagd (en gekregen) heb ik mijn doel weer voor ogen kunnen krijgen.

Deel 4:

Dit heeft alleen geresulteerd dat ik pas laat bij een definitieve probleemstelling kwam en dat ik eigenlijk opnieuw moest onderzoeken. Ik heb nieuwe gesprekken gevoerd, ik heb nieuwe boeken gelezen, zodat ik antwoord kon geven op de huidige probleemstelling. Dit heeft erin geresulteerd dat ik tot op de laatste dag bezig ben geweest met het produceren van mijn verslag en product. Maar ik kan tot grote tevredenheid zeggen, dat het me gelukt is.

10.2 Productevaluatie

Over zowel mijn verslag als mijn product kijk ik met grote tevredenheid terug. Dit onderwerp is al drie jaar een idee dat in mijn hoofd heeft gesluimerd en is er tijdens het onderzoek met horten en stoten uitgekomen.

Ik blokkeerde op het moment dat ik niet meer wist hoe ik het idee dat ik al jaren voorbereidde kon omzetten aan de eisen/voorwaarden van mijn omgeving. Ik was bang dat de inhoud en de kwaliteit van het verslag/product niet meer van mij was en teveel gestuurd. Een vrij irreële gedachtegang, maar toch.

Het heeft er uiteindelijk wel toe geleid dat ik enkele boeken die ik oorspronkelijk op mijn literatuurlijst heb gezet niet heb gebruikt. Zo terugkijkend heb ik er bij enkele spijt van, omdat ik achteraf gezien er toch enkele had kunnen gebruiken.

Mede door interventie van mijn begeleider heb ik me het onderzoek weer eigen kunnen maken en had ik weer een helder doel voor ogen.

Dat heeft ook de kwaliteit bevorderd, want ik kon nu eindelijk een keuze maken over welk eindproduct ik zou nemen. Ik denk dat een adviesrapport het beste aansluit bij dit onderzoek en ik met de andere ideeën die ik had teveel en te groots wilde zijn.

Ik ben met name tevreden over mijn productverslag, omdat ik daarin het volledige onderzoek in heb verantwoord. Het product voelt meer als een logisch vervolg op het verslag. Ik weet ook niet of ik me kan vinden in het scheiden van de twee onderdelen en had het denk ik prettiger gevonden als ik het in één geheel kon plaatsen, maar dat terzijde.

Ik verwacht dat beide stukken voldoen aan de criteria die er van me gevraagd worden en dat ze kwalitatief voldoende zijn.

Ondanks de vele tijd en energie, inclusief de blokkades en achterstand, ben ik zeer tevreden over mijn onderzoek en het resultaat daarvan.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2002) Diagnostische criteria van de DSM-IV TR. Lisse: Swets&Zeitlinger BV. Tweede druk.

Baarda, De Goede en Teunissen (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff. Tweede druk

Boschman, M (2005) *Communiceren met mensen met een verstandelijke handicap*. Soest: Nelissen BV.

Dósen, A (2006). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap : een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV. Tweede druk.

Dósen, A (1990) *Psychische en gedragstoornissen bij zwakzinnigen*. Amsterdam: Boom.

Heijkoop, J. (2003). *Vastgelopen; anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*. Soest: Nelissen B.V. Vierde druk.

Kars, Zwets (1998) *Problemen met het gedrag van mensen met een verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Tweede druk.

Kars e.a. (1995) *Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koch, P. (2005). *Geen gebrek; over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kraijer, D (1998) *Autistische stoornissen en verstandelijke beperking*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV. Eerste druk.

Kraijer, Plas (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV. Vierde Druk.

Mevissen-Renckens, L (2005) *Kwetsbaar & afhankelijk : gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking : van beeldvorming naar behandeling*. Amsterdam: SWP. Eerste druk

Serruys, M (2005). *Aan de rand in het midden*. Apeldoorn: Garant-uitgevers. Eerste druk.

Vandereycken, van Deth (2004). *Psychiatrie; van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Tweede Druk.

Van Besten, Van Vulpen (2007): *Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen. Tweede Druk

Beleidsnota

Werkman, P. (2005) Visie en werkwijze op de Den Haag, interne publicatie.

Internet

Anoniem. URL: <http://www.sheerenloo.nl/aanbod> en <http://www.sheerenloo.nl/org/missie>

Anoniem. URL: <http://www.carrieretijger.nl>

Van Dale, D. URL: <http://www.vandale.nl>

Scriptie

Van 't Hul en Eysma (2004). *Voorlichting over het begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking met sterke borderline – trekken*. Den Haag: Haagse Hogeschool. Opleiding SPH

Artikel

Muijen, Annet (2004), *Zwakbegaafd en psychisch gestoord*, *Psy* 3 (24-31)

Bijlage 1 Enquête

Deze enquête heb ik gehouden onder het begeleidingsteam van mijn woning welke tien leden kent en de teamleider. Ik heb van de elf enquêtes er negen teruggekregen. De cijfers van de enquête heeft Word bewerkt en kloppen dus niet helemaal (+10)

Enquete Psychische problemen

11. Welke psychische problemen bij cliënten heb je op de woning mee te maken?
12. Waar zou je informatie over de psychische problemen op de woning kunnen vinden en is die informatie voldoende?
13. Kan je aangeven welke informatie je expliciet mist?
14. Hoe vaak schat je dat je met uitingen van deze problemen te maken hebt?
(omcirkel graag)
 - Meerdere malen per dag
 - Eenmaal per dag
 - Een paar keer per week
 - Eens per twee weken
 - Minder
15. Vind je dat de aandacht voor deze problemen evenredig aan hoe vaak je ermee te maken krijgt?
 - Ja, er is genoeg aandacht voor de psychische problemen
 - Ja, maar herhaling zou prettig zijn
 - Nee, er staat wel wat in de zorgplannen, maar meer ook niet
 - Nee, hier zou ik dringend aandacht voor willen hebben
16. Heb je het idee dat je weet wat de verschillende psychische problemen, zoals schizofrenie en psychoses, inhouden?
17. Weet je hoe je met de verschillende psychische problemen om moet gaan, voel je je bekwaam?
18. Kan je uitleggen hoe de zorg voor psychische problemen bij cliënten in de organisatie te werk gaat?
19. Wat lijkt jou een nuttige toevoeging betreffende dit onderwerp (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - Een uitgebreid(er) onderdeel in ieder zorgplan
 - Meer tekstuele informatie op de woning ter naslagwerk
 - Workshops aangaande dit onderwerp op de teamvergadering
 - Een dag met het gehele team afgescheiden om over dit onderwerp te trainen
 - Werkbezoek van een andere instelling die kennis en know-how overdragen
20. Kun je je keuze(s) uitleggen?

Bijlage 2 Interview met AVG

Dit interview heb ik gehouden met de Arts Verstandelijke Gehandicapten welke verbonden is aan mijn woning. De uitkomsten ervan ziet u in hoofdstuk 5.

Heb je veel te maken met problemen met cliënten met psychische klachten?

Wat is de gangbare procedure om binnen het Westerhonk om te gaan met psychische problemen bij cliënten?

Wat zou jij in de procedure willen veranderen?

Welke mogelijkheden heeft het Westerhonk voor cliënten met psychische problemen binnen het Westerhonk?

Wat biedt de AVG opleiding naast de artsenopleiding voor dit punt?

Wat zijn de knelpunten die jij ervaart met het werken met cliënten met psychische problemen?

Wat vind je dat goed gaat het werken met cliënten met psychische problemen?

Met wie werkt het Westerhonk samen en op welk niveau?

Parnassia

CCE

Wat vind je van die samenwerking?

Hoe kan een team het beste omgaan met cliënten met psychische problemen, als er geen diagnose is of handvatten om mee te werken?

Bijlage 3 Interviews met orthopedagoog

Deze vragen zijn een samenstelling van de twee interviews die ik met de orthopedagoog heb gehouden die verbonden is aan mijn woning.

Klopt de werkwijze van het Westerhonk als volgt?

Hoofdstuk 13 van het zorgplan beschrijft het psychisch functioneren van de cliënt met zijn niveau; observatieschalen als de SRZ; en een beschrijving van een persoonlijkheid. Aanvullingen?

Mocht er een vermoeden zijn van psychisch disfunctioneren bij een cliënt dan:

- Kan hij of zijn casusbeschrijving gezien worden door een psycholoog die samenwerkt met het Westerhonk, waaruit eventueel een classificatie volgens de DSM volgt
- Zijn er verschillende schalen in te vullen om het te diagnosticeren op het gebied van autisme, dementie, stemmingen en overige delen
- Bij extreme gevallen wordt het CCE ingezet

Aanvulling

Welke diagnostische methode wordt geprefereerd en gehanteerd bij het Westerhonk?

Waarom

En welke niet?

Waarom niet

Het laatste decennia is er gelukkig meer aandacht voor dit onderwerp in de zorg, wat heeft die betekenis voor het Westerhonk?

Ontwikkeling

Is er ergens in een visie of beleidsnota een stuk te vinden over dit onderwerp waarin het beleid wordt weergegeven?

Waarom wel of niet?

Hebben de orthopedagogen een bepaalde visie/doelstelling wat dit betreft?

Wat zijn de knelpunten die jij ervaart met het werken met cliënten met psychische problemen?

Wat mis je?

Wat vind je dat goed gaat het werken met cliënten met psychische problemen?

Wat mij opvalt is dat er heel veel beschreven is over het diagnosticeren en classificeren van mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen? Kan je me vertellen welke stappen naast deze, het Westerhonk hanteert op het gebied van begeleiding en behandeling?

De AVG benoemde al dat het misschien een idee is om te bekijken of er binnen het Westerhonk ruimte gemaakt kan worden voor het behandelen van bepaalde problemen?

Hoe zie jij dat?

Is dat mogelijk?

Is dat nodig?

Het team op de van Marrewijklaan geeft unaniem aan dat ze graag meer competent willen zijn in dit onderdeel? Ze ervaren vooral een gebrek aan kennis (informatie) en weten niet hoe te handelen bij verschillende gedragingen van cliënten?

Hoe zie jij dat?

Het team geeft ook aan dat het meerdere malen per dag te maken heeft met deze problematiek en dat ze te weinig aandacht aan dit probleem kunnen bieden op de woning?

Hoe zie je dat?

Wat zie jij voor oplossingen?

Mijn onderzoeksvraag luidt: Welke competenties hebben begeleiders op de woning nodig om de cliënten met psychische problemen te begeleiden?

Welke competenties denk jij dat ze nodig hebben en hoe zouden ze die kunnen bereiken?

Zou je als orthopedagoog daarbij betrokken willen / kunnen zijn?

Met wie werkt het Westerhonk samen en op welk niveau?

Parnassia

CCE

Wat vind je van die samenwerking?

Heb je nog opmerkingen / aanvullingen waarbij ik rekening kan houden tijdens het maken van mijn eindproduct

Bijlage 4 Competenties SPH

Deze competenties voeg ik toe omdat het enerzijds weergeeft aan welke competenties ik moet voldoen en anderzijds een voorbeeld is van competenties in relatie tot het begeleiden en zorgverlenen van cliënten en binnen het kader van mijn onderzoek vond ik het een nuttige aanvulling, waarmee ik verder niets gedaan heb.

SPH Kerncompetenties & handelingsdimensies 2006 - 2007

Leidinggeven

Definitie

Het vermogen om vanuit algemene (beleid)kaders binnen het hulpverleningsaanbod kansen te signaleren, deze kansen te benutten door het nemen van besluiten die gevolgen hebben voor zowel cliënten, collega's als de organisatie; het op basis van deze besluiten innemen van een positie binnen de organisatie en in het verlengde daarvan het coachen, dan wel aansturen van anderen.

- Voorvallen, situaties en ontwikkelingen binnen een afdeling of onderdeel van een organisatie herkennen als informatiebron om het werk te verbeteren, te optimaliseren of verder te ontwikkelen.
- Herkennen van kansen en mogelijkheden die zich voordoen om het werk te verbeteren, te optimaliseren of verder te ontwikkelen.
- Deze kansen kunnen benoemen en bij anderen onder de aandacht te brengen.
- Het in (complexe) situaties kunnen kiezen uit een aantal alternatieven hetgeen consequenties heeft voor het werk van anderen in de organisatie.
- Het begeleiden van een collega of medewerker in het onderkennen van de specifieke mogelijkheden en belemmeringen van de ander.
- De nadruk ligt daarbij op het stimuleren en motiveren van zelfsturing en het oplossend vermogen van de ander in dialoog met de ander
- Het op doelgerichte, transparante en motiverende wijze aanzetten van een ander tot actie door het geven van opdrachten, richtlijnen en correcties die passen in de situatie en het beleid van de organisatie.

Communiceren

Definitie

Het vermogen om zowel mondeling als schriftelijk ideeën, meningen en informatie aan anderen over te dragen zowel in duidelijk taal, gebaren als non verbaal, waarbij tactvol en efficiënt wordt gereageerd op behoeften en gevoelens van anderen met in achtneming van het niveau en de context waarbinnen de ander(en) zich bevind(en).

- Op een geschikte en doelmatige wijze anticiperen op beroepssituaties waarbij verwachtingen en doelen helder geformuleerd worden.
- Rekening houden met verschillende behoeften en belangen
- Tegenstellingen herkennen
- Afstemmen op de doelgroep / gesprekspartner waarbij passend bij de situatie vormen van communicatie worden gezocht.

Conceptueel en normatief denken

Definitie

Het vermogen tot het inzicht hebben in en integreren van zowel actuele en relevante (wetenschappelijke) theorieën en inzichten als ethische en normatieve kaders die relevant zijn voor het eigen beroepsmatig handelen. het doordenken van ontwikkelingen binnen het hulpverleningsaanbod en beroepsmatig handelen en deze keuzes te verantwoorden en te evalueren in relatie tot de hulpverleningssetting en relevante derden.

- Integreren van theorieën en ethische en normatieve kaders in eigen denken en deze toepassen in het eigen beroepsmatig handelen.
- Verantwoorden van eigen visie en positionering ten opzichte van collega's, de organisatie in brede zin en relevante derden met gebruikmaking van ethische en normatieve kaders.
- Bijdrage leveren aan de ontwikkeling en vernieuwing van de instellingsmethodiek
- Bijdrage leveren aan verbetering van beleid met betrekking tot hulp- en dienstverlening binnen en vanuit de instelling
- Overzien van mogelijke consequenties bij implementatie van nieuw beleid en vernieuwing van de instellingsmethodiek.

Innoveren

Definitie

Het vermogen tot signaleren, inspireren en initiëren, vanuit een breed maatschappelijk, politiek en economisch bewustzijn, van nieuwe ideeën, beleid, werkwijzen en toepassingen in het hulpverleningsaanbod en het SPH eigen beroepsmatig handelen in de context van de beroepsuitoefening, deze vorm te geven in het hulpverleningsaanbod, eigen professioneel handelen en de organisatie, te implementeren en evalueren.

- Op alle niveaus communiceren, mensen stimuleren tot meedenken, draagvlak creëren en mensen mobiliseren om samen vernieuwingen in het aanbod te kunnen realiseren.
Los van bestaande procedures mogelijkheden creëren voor vernieuwing
- Nieuwe concepten, zowel procesmatig als inhoudsgericht, vormgeven ten behoeve van de organisatie en het professioneel handelen
- Zorg dragen voor adequate implementatie en evaluatie op resultaat.

Methodisch handelen

Definitie

Het vermogen om in het kader van een te ontwikkelen hulpverleningsaanbod, vanuit een werkrelatie en in voortdurende dialoog met de cliënt (het cliëntsysteem), op cyclische wijze en op basis van systematische reflectie:
-systematisch relevante informatie te verzamelen;
-deze informatie te analyseren;
-op basis hiervan hulpverleningsdoelen te formuleren en activiteiten te plannen;
-binnen het kader van de geformuleerde doelen te interveniëren;
-en dit hulpverleningsaanbod te evalueren op zijn effecten in relatie tot de gestelde doelen en eventueel bij te stellen, te waarderen en legitimeren.

- Op basis van gelijkwaardigheid en in voortdurende dialoog met de cliënt een werkrelatie aangaan en onderhouden
- Vanuit deze werkrelatie voortdurend het referentiekader van de cliënt centraal zetten tijdens alle fasen van het methodisch handelen.
- Op basis van relevante sociaalagogische concepten en modellen, onderzoeken van de gevonden informatie op factoren die richtinggevend zijn voor de ontstane (probleem)situatie
- Op basis van de conclusie ten aanzien van de hypothesen een concrete hulpvraag formuleren.
- Het legitimeren van gemaakte keuzes binnen het methodisch handelen, ten overstaan van de cliënt en/of diens vertegenwoordigers, collega's en de eigen hulpverleningsorganisatie en/of andere opdrachtgevers en/of de samenleving.

Samenwerken

Definitie

Het vermogen om functioneel met anderen een resultaat te bereiken en daarmee een bijdrage te leveren aan een gemeenschappelijk doel. Denken en doen vanuit gemeenschappelijk belang en gebruik maken van de meerwaarde van de groep/de ander.

- Zowel op micro meso en macro niveau functioneel informeren en communiceren van eigen standpunten, argumenten en gevoelens.
- Actief zoeken naar overeenstemming en een bijdrage leveren aan het te bereiken groepsresultaat met de bereidheid daarvoor eigen gedachten en handelingen bij te oplossingen zoeken met andere partijen, die voor eenieder acceptabel zijn en afstemming bereiken vanuit het gemeenschappelijk belangstellen.
- Vanuit de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de groep gebruik maken van de inbreng van alle groepsleden, met aandacht voor groepsprocessen, om zo de synergie van samenwerken te benutten.

Zelfhantering

Definitie

Het vermogen om op adequate wijze vanuit de eigen persoon te reageren binnen de gegeven context.

- Stress herkennen als informatie, die kan leiden tot inventiviteit.
- Vanuit afstand verschillende oplossingen bedenken
- Prioriteit stellen en daar naar handelen
- Vanuit verschillende perspectieven kijken naar complexe problemen
- Creatieve oplossingen bedenken die recht doen aan de complexiteit.
- Het maken van keuzes vanuit onderzoek naar de verschillende mogelijkheden binnen de gegeven context.
- Gedrag met betrekking tot het aangeven en respecteren van eigen en andermans grenzen bestendigen.
- In staat zijn om door middel van reflectie zelfsturing te geven aan eigen beroepsmatig handelen, de eigen deskundigheid verder te ontwikkelen en een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke profilering en legitimering van het beroep Social Work.

Bijlage 5 Samenwerkingsovereenkomst

Competenties

voor

Begeleiders

Over mensen met een verstandelijke
beperking en psychische ~ of gedragsproblemen

Bernard Bossenbroek

sph dual 4A

Haagse Hogeschool

99005518

April 2007

Begeleider: Michel Verbaarschot

Adviesrapport



Inleiding

Dit adviesrapport is geschreven naar aanleiding van een onderzoek dat ik heb uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen.

Ik heb het onderzoek uitgevoerd op de woning waarop ik zelf werkzaam ben. Deze woning is een afdeling van Het Westerhonk, onderdeel van de 's Heerenloo Zorggroep. De woning is geplaatst in een woonwijk in Den Haag en er wonen zeventien cliënten. De cliënten hebben een verstandelijke beperking en worden begeleid op alle onderdelen van het leven waar zij die nodig hebben. Ik ben onderdeel van een team van tien begeleiders die wordt aangestuurd door een teamleider. Betrokken bij dit onderzoek zijn de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en de orthopedagoog.

Voor dit onderzoek heb ik een productverslag geschreven. Dit verslag beschrijft mijn praktijk- en literatuuronderzoek en vormt de basis voor dit adviesrapport. Dit adviesrapport is onlosmakelijk verbonden aan het procesverslag.

De kern van dit onderzoek is beschreven in mijn probleemstelling.

Probleemstelling

“ Welke competenties moet het begeleidingsteam beheersen om de zorg voor cliënten met psychische problemen en/of gedragsproblemen te leveren?”

Het concrete antwoord op deze probleemstelling welke ik tijdens mijn onderzoek heb gevonden zijn het best te omschrijven als de vijf competenties uit Van Besten en Van Vulpen (2007):¹

- 1 Cliëntgericht handelen
- 2 Doelgericht handelen
- 3 Ontwikkelingsgericht handelen
- 4 Netwerkgericht handelen
- 5 Samenwerkingsgericht handelen

Doel

Het doel van het adviesrapport is om adviezen te geven welke op verschillende niveaus een oplossing dienen te bieden voor het gestelde probleem.

Doelgroep

Dit adviesrapport is geschreven voor mijn teamleider. Hij is de leidinggevende van mijn woning en (mede)verantwoordelijk voor het begeleidingsteam. Ik betrek bij de doelgroep ook de betrokkenen AVG en de orthopedagoog en in principe krijgt ook het begeleidingsteam een kopie van dit product.

Huidige situatie

Op basis van mijn onderzoek en ervaring sinds ik in augustus 2004 ben gaan werken op mijn huidige woning heb ik deze probleemstelling geformuleerd. Voordat ik aan mijn onderzoek begon kwam het begeleidingsteam meerdere malen per dag in aanraking met gedrag van cliënten dat ik bestempel als psychisch/ of gedragsprobleem. Onder dit gedrag versta ik zowel verbaal als fysieke agressie, autistiform gedrag grensoverschrijdend gedrag, automutieren, psychoses, lusteloosheid, seksueel ontremt gedrag, narcistisch gedrag en stemmingswisselingen.

Het probleem wordt door alle betrokken gedragen, aangezien iedereen met elkaar verbonden is. Het team is niet competent genoeg om met de gedragingen om te gaan; de cliënt ervaart last van het eigen gedrag en/of van die van de andere cliënten; de teamleider ziet dat men een onderdeel van de zorg op zijn woning niet genoeg kan begeleiden; de betrokken specialisten geven aan, waarde te hechten aan een betere samenwerking met het begeleidingsteam door o.a. competentieontwikkeling. Ook ik zelf

¹ Voor verdieping van het antwoord verwijs ik naar de hoofdstukken 6, 7 en 8 van mijn productverslag.

als onderdeel van het team ben probleemdager en dat perspectief heb ik tijdens het onderzoeken gebruikt. Ik zie mezelf als een onderdeel van het begeleidingsteam.

Adviezen

Microniveau

Advies 1 Competentieontwikkeling

De teamleider maakt gebruik van de POP-gesprekken die al gestart zijn om de benodigde competenties uit het productverslag door het begeleidingsteam te laten ontwikkelen. Hij maakte hierbij gebruik van de SMART-methode. Ook deze methode is al bekend bij de organisatie, de teamleider en het begeleidingsteam. Het doel van dit advies is, om ervoor te zorgen dat de competenties die men op dit moment in het begeleidingsteam niet of niet volledig beheerst eigen gaat maken. Dit zal, volgens mijn onderzoek, het gevolg hebben dat het begeleidingsteam beter in staat is om de cliënt te begeleiden bij zijn psychisch- of gedragsprobleem.

De teamleider gebruikt dit adviesrapport en het bijbehorende verslag om te komen tot een strategie. Hij kan gebruik maken van de actuele ontwikkelingen op het gebied van SMART-doelen en competentieontwikkelingen in de organisatie. Ik stel ook voor dat hij dit advies in overleg met de AVG en orthopedagoog voorbereidt, zodat zij hun visie over de te ontwikkelen competenties kunnen geven. De haalbaarheid van dit advies vind ik vrij groot, aangezien ik voorstel gebruik te maken van een systeem dat al aanwezig is. Er is alleen een andere inhoud benodigd. Andere factor die de haalbaarheid vergroot, is dat het team tijdens het onderzoek inzicht in het ontbreken van de competenties heeft getoond en veranderingsbereid is.

Advies 2 Intervisie

De teamleider kijkt naar de mogelijkheid om naast de competentieontwikkeling tijdens de POP-gesprekken, intervisie in te zetten. Een onderdeel van de probleemstelling is wat mij betreft ook dat het team niet genoeg de mogelijkheid heeft om over knelpunten in het werk te praten. Tijdens de teamvergaderingen zijn de lopende zaken vergaderingvullend en is er weinig ruimte voor intervisie. Het lijkt mij van toegevoegde waarde omdat er:

- door een groot deel van het team hetzelfde probleem omtrent mijn probleemstelling wordt ervaren en het bepraten van de knelpunten elkaar kan ondersteunen.
- het bijdraagt aan de ontwikkeling van competenties door ervaringen te delen en elkaar te ondersteunen.

Ik heb ooit wat vernomen over intervisie, maar weet niet wat daar de status van is. Ik kan dus niet zeggen of dit te verwezenlijken is, maar ik hoop dat er gebruik gemaakt kan worden van de groeiende prioriteit die intervisie in de samenleving en organisaties lijkt te hebben.

Advies 3 Training /cursus

Het begeleidingsteam wordt getraind in het begeleiden van mensen met een verstandelijke handicap én psychisch- of gedragsprobleem. De ontwikkelingen op dit gebied van de laatste decennia hebben de begeleiders op de werkvloer nog niet (volledig) bereikt. Dit heeft ook mede tot gevolg dat ze te weinig kennis hebben over de doelgroep waarmee ze dagelijks werken en dus ook niet kwalitatieve begeleiding kunnen bieden. Tijdens mijn onderzoek heb ik al gesprekken met mijn teamleider gevoerd over een eventuele training. We zouden gezamenlijk kijken naar de inhoud ervan, uitgaande van mijn onderzoek. Op basis van mijn onderzoek stel ik de volgende training voor:

Tijdens mijn onderzoek ben ik bij het Werkcentrum voor Inrichtswerk en Vrijtijdsbesteding (WIV) terechtgekomen. Deze Vlaamse organisatie organiseert geregeld trainingsdagen voor o.a. begeleidingsteams die te maken hebben met mensen met een verstandelijke beperking en psychische- of gedragsproblemen. Ik voeg in

informatiefolder als bijlage 1 toe aan dit rapport. Ik maak de inschatting dat deze training specifiek voor dit begeleidingsteam nodig is een oplossing te bieden aan de probleemstelling. De eerste van deze trainingen zijn eind 2007 gepland. De haalbaarheid van de trainingen is iets waar rekening mee gehouden moet worden. Het is een 2-daagse cursus, dus als het begeleidingsteam er voltallig naartoe gaat, dienen de cliënten nog wel begeleid te worden. De kosten van de cursus zijn € 295,-. Een behoorlijke prijs, maar vergeleken met andere gespecialiseerde trainingen/symposia niet erg duur. Bijkomend voordeel is dat de gastdocent Prof. Dr. A. Dósen dé deskundige is op dit gebied.

Mocht dit advies vanwege de haalbaarheid niet opgevolgd worden, adviseer ik om terug te vallen op het oorspronkelijke plan om zelf een trainingsdag samen te stellen met de benodigde informatie en een deskundige gastspreker. De samenstelling van de trainingsdag moet in ieder geval kennis van de op de woning aanwezige psychische problematiek en de manier waarop deze begeleid dient te worden bevatten.

Advies 4 Samenstelling begeleidingsteam

Het lijkt mij van belang om bij de samenstelling van het begeleidingsteam te kijken naar de zorgvraag van de cliënt. Dat houdt op mijn woning in dat er naast de zorg voor cliënten met psychische- of gedragsproblemen ook begeleiding moet zijn die de medische verzorging kan uitvoeren. In ieder geval lijkt het mij verstandig om een profiel van zowel de cliënt en zijn zorgvraag als een profiel van het begeleidingsteam en zijn benodigde competenties wordt ontwikkeld - of verder wordt ontwikkeld. Dit heeft als voordeel dat men in de toekomst bij vacatures invulling kan geven aan de deskundigheid en kwaliteiten die het begeleidingsteam op dát moment nodig heeft om de begeleiding te bieden aan de cliënten en hun zorgvraag op dát moment. Ik wil meegeven dat er rekening gehouden zou kunnen worden, welke minimale competenties er nodig zijn en welk minimaal functieniveau de zorg voor de cliënten met deze complexe zorgvraag vraagt. Dit biedt een oplossing voor de probleemstelling op de langere termijn, wanneer er bij personeelsswisselingen sprake is van een vacature. Het kan zijn dat begeleiders die nu onderdeel zijn van het begeleidingsteam, niet kunnen meegroeien in competenties als de rest van het team. In principe is dit verder goed uitvoerbaar, aangezien men met andere ontwikkelingen als een woningboek profielen moet schrijven. Ook is het goed uitvoerbaar om rekening te houden met dit profiel tijdens vacatures. Eén en ander is wel afhankelijk van de financiële mogelijkheden van de woning. Al vraag ik me hier wel af of er genoeg financiële middelen in de begroting van de woning zijn om adequaat invulling te geven aan een competente en kwalitatieve samenstelling van het begeleidingsteam.

Advies 5 Multidisciplinaire ondersteuning

Een belangrijke conclusie uit mijn onderzoek was het verschil in perspectief van het begeleidingsteam en met name orthopedagoog. Het team geeft aan te weinig steun en een gebrek aan informatie te ervaren, waar er volgens de orthopedagoog op de woning in ieder geval genoeg informatie aanwezig zou moeten zijn. Zeker met de recente ontwikkelingen binnen dit kader die wél bij de orthopedagoog bekend zijn, maar in grote lijnen níet bij het team schuilt een discrepantie. Dit verschil in perspectief heeft ook zijn oorsprong in het gebrek aan kennis en competentie van het begeleidingsteam. Toch zou ik willen adviseren dat er tijdens individuele gesprekken tussen orthopedagoog en begeleider of tijdens multidisciplinaire overlegsituaties ingespeeld wordt op dit gevoel van het begeleidingsteam. Met als doel dat de orthopedagoog op het deskundigheidsniveau van het team in de huidige situatie ondersteuning biedt. Dit kan een positieve bijdrage leveren aan de samenwerking en het begeleidingsteam ondersteunen in het begeleiden van de doelgroep. De haalbaarheid van dit advies vind ik lastig te omschrijven, omdat ik geen direct zicht heb op de wijze van ondersteuning die de orthopedagoog biedt aan het team. Daarentegen ervaart de orthopedagoog ook het gebrek aan competentie bij (een deel van) het team en zou dat in dit advies mee kunnen nemen.

Advies 6 Informatiemap

Het merendeel van het team geeft aan dat de informatie die er te vinden is op de woning niet toereikend is om hen ondersteuning te bieden. Vanuit mijn analyse concludeer ik dat dit niet zozeer te maken heeft met de inhoud van het zorgplan. In het zorgplan staat zo goed als alle informatie over de psychische problematiek van de cliënt. Ik denk eerder dat het te maken heeft met een tekort aan informatie over de betekenis van de verschillende classificaties en een gedetailleerde weergave van hoe deze informatie om te zetten in kwalitatieve begeleiding. Ik adviseer daarom om de informatie op de woningen aan te vullen met een informatiemap over de verschillende classificaties, de betekenis daarvan en een zo gedetailleerd mogelijke beschrijving van de begeleiding daarvan. Tevens zou ik dit willen aanvullen met informatie over de verschillende vormen van psychodiagnostiek die er binnen de organisatie zijn, zodat het begeleidingsteam ook de mogelijkheden van de organisatie kent.

Advies 7 Interne trainingen

Het lijkt mij een gunstige ontwikkeling als de teamleider het begeleidingsteam inschrijft bij het scholingsaanbod die toepassing heeft op de cliënten van deze woning. Ik heb het dan met name over een training omgaan met agressie en autisme. Dit advies heeft als doel dat door training op deze twee hele specifieke onderdelen van de begeleiding op de woning een mogelijke oplossing van het probleem wordt geboden. De haalbaarheid van dit advies lijkt mij vrij groot, aangezien er ieder jaar een scholingsaanbod door de teamleider wordt ingevuld. Het is ook een aanbod wat al binnen de organisatie aanwezig is.

Mesoniveau

Ik kies ervoor om buiten de grenzen van mijn onderzoek te treden en enkele adviezen te geven die gericht zijn op de organisatie of de 'samenleving'. Ik merk bij de haalbaarheid op, wat ik van het advies verwacht. Het zijn adviezen die voortkomen uit conclusies van mijn en welke ik wil vermelden omdat ze wel betrekking hebben op de probleemstelling.

Advies 8 Scholingsaanbod

Ik adviseer dat er door de afdeling opleidingen een screening gemaakt wordt van welke scholingsaanbod er binnen de eigen organisatie nodig is. Hierbij wordt breder gekeken dan het medische aanbod. Het zou van toegevoegde waarde zijn als er gebruik zou gemaakt zou kunnen worden van expertise of specialisten die niet bij de organisatie verbonden zijn om het perspectief te verbreden. Het advies heeft als doel om een de aandacht voor de gedragsmatige kant van begeleiden gelijk te trekken met de medische. Daarnaast adviseer ik om een cursus of training omgaan met cliënten met een psychische- of gedragsprobleem aan het aanbod toe te voegen. Qua haalbaarheid heb ik mijn twijfels bij dit advies. Dit advies impliceert een geheel nieuw onderzoek en is afhankelijk van verschillende en vooral financiële en organisatorische factoren, waar ik, noch mijn doelgroep directe invloed op hebben.

Advies 9 Kruisbestuiving

De teamleider en/of orthopedagoog gaan onderzoeken welke vergelijkbare situaties zich bij andere afdelingen binnen de eigen organisatie voordoen. Tijdens mijn onderzoek ben ik ook op het pad van enkele afdelingen binnen de eigen organisatie gekomen die gespecialiseerd zijn in de zorg voor cliënten met psychische- of gedragsproblemen. Helaas was het binnen mijn onderzoek niet mogelijk om dit mee te nemen, maar het is mij een meer dan interessant vervolg, aangezien het kan bijdragen tot een oplossing van mijn gestelde probleem. Het lijkt mij wenselijk dat positieve initiatieven binnen de eigen organisatie gedeeld worden door vergelijkbare andere afdelingen, waardoor men door kruisbestuiving niet het wiel steeds opnieuw uitvindt. De haalbaarheid van dit advies acht ik vrij hoog. De teamleider of orthopedagoog zoekt informatie op bij collega's waar

vergelijkbare situaties zich afspelen en stippelen een strategie uit hoe en wat er van elkaar geleerd kan worden.

Advies 10 Samenwerkingsverband

Tijdens mijn onderzoek stel ik de voorzichtige conclusie dat de samenwerkingsverbanden met andere instellingen verschillend geslaagd zijn. Met name de samenwerking met Parnassia heeft niet gebracht wat men ervan verwacht had. Met andere instellingen wordt op verschillende manieren samengewerkt. Het lijkt mij verstandig om te onderzoeken hoe niet alleen binnen de eigen organisatie (advies 6), maar ook bij vergelijkbare afdelingen van andere instellingen gekeken wordt wat er met elkaar gedeeld kan worden. Ik adviseer met name om te onderzoeken welke vorm van samenwerking er met de afdeling voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis van Parnassia te bewerkstelligen valt. In het kader van eventueel verder onderzoek benoem ik dat ik tijdens mijn onderzoek ben ik op het pad van een contactpersoon gekomen, waarvan ik wegens privacy geen gegevens van zal plaatsen, maar die ik wel aan de doelgroep zal doorgeven. Ik zet mijn twijfels bij de haalbaarheid van dit advies, aangezien er al getracht is te kijken naar een vorm van samenwerking met Parnassia. Toch adviseer ik men niet van een poging weerhouden.

Advies 11 Behandeling

Net als de orthopedagoog en de AVG ben ik van mening dat een uitbreiding van het behandelaanbod van de organisatie vergoot zou kunnen worden. Dit zou met name een uitkomst bieden aan cliënten die tot op heden niet behandeld worden, maar daar wel behoefte aan hebben. Ook op mijn woning kan ik enkele cliënten noemen die wat mij betreft hiervoor in aanmerking zouden komen. Het biedt naast behandeling voor cliënten ook ondersteuning voor het begeleidingsteam, omdat ze nu (dagelijks) in aanraking komen met cliënten die hiervoor niet behandeld worden.

Aangezien het behandelen van mensen met psychische- of gedragsproblemen een wetenschappelijk geheel is, zal ik mij verder weerhouden van inhoudelijk advies. Ik ben daar niet bekwaam voor. Toch lijkt mij onderzoek hiernaar zeer gewenst.

De haalbaarheid van dit advies vind ik lastig te stellen. Ik heb te weinig know-how van organisatorische achtergronden achter het aanstellen en organiseren van behandelingen en behandelaars om iets zinnigs over de haalbaarheid te zeggen. Ik hoop dat de input van de orthopedagoog en AVG in deze van enig belang is.

Macroniveau

Advies 12 Opleiding

Mijn onderzoek heeft uitgewezen dat de opleiding tot Z(wakzinnige) verpleegkundige van toegevoegde waarde was voor de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Niet alleen was de opleiding gespecificeerd op deze zorg, maar bevatte het ook nog aandacht voor de psychische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. De collega met deze opleiding heeft dusdanige kennis en competenties vergaard dat zij vrijwel de enige is die ik competent zou willen noemen betreffende de probleemstelling. Ik vind het een gemis dat de alternatieve opleidingen hedendaags deze competenties niet blijken te bieden. Ook mijn eigen SPH doet dat niet (volledig).

Ik zou willen adviseren dat er gekeken wordt naar de mogelijkheden van differentiëren binnen de huidige opleidingen. Zowel de verpleegkunde als de SPH/SPW zou in hun aanbod een afstudeerrichting of andere vorm van keuze voor een bepaalde tak van de verzorging moeten opnoemen. De huidige differentiaties lijken op basis van mijn onderzoek niet voldoende, maar verder onderzoek daarnaar beveel ik aan.

Wat betreft haalbaarheid kan ik zeggen dat ik niet verwacht dat er door dit adviesrapport iets aan gaat veranderen. Wat ik wel wil vermelden is dat men op de SPH momenteel bezig is om differentiaties binnen de opleiding te ontwikkelen. Wellicht dat dit een

oplossing biedt voor het ontbreken van kennis en competenties voor de zorg van de verstandelijk beperkte mens met een psychische- of gedragsproblematiek.

Bijlage 1 Training / cursus