NAH + PLUS = ‘complus’

Auteurs

Juliëtte Gerards
Kevser Sariaslan

Begeleidsters

G.M. de Jong (Windesheim)
N.E. Schumacher (InteraktContour)

NAH + PLUS = ‘complus’

Over verbetermogelijkheden met betrekking tot het begeleiden van cliënten met NAH-plus.

In opdracht van:

Ambulante Dienstverlening Flevoland/ Team Lelystad en Noordoostpolder

Auteurs

Juliëtte Gerards
Kevser Sariaslan

Begeleidsters

G.M. de Jong (Windesheim)
N.E. Schumacher (InteraktContour)

Vrijdag 29 mei 2009 – Harderwijk
Christelijke Hogeschool Windesheim

Inhoudsopgave

Samenvatting 5
Voorwoord 7
Inleiding 8

Hoofdstuk 1: Uitleg onderzoek 10
1.1 Informatie Stichting InteraktContour 10
1.2 Hoofd- en deelvragen 10
1.3 Methode onderzoek 11

Deel 1; Algemeen

Hoofdstuk 2: Niet aangeboren hersenletsel 15
2.1 Inleiding 15
2.2 Hersenletsel 15
2.3 Bouw van de hersenen 15
2.4 Oorzaken van hersenletsel 18
2.5 Gevolgen van hersenletsel 19

Hoofdstuk 3: Psychiatrische stoornissen 22
3.1 Inleiding 22
3.2 Psychiatrische stoornissen 22
3.3 NAH-plus 26

Deel 2; Onderzoeksresultaten

Hoofdstuk 4: Begeleiding Lelystad 29
4.1 Aanmelding, intake en plaatsing (coördinator plaatsing) 29
4.2 Manier van begeleiden (Team Lelystad) 31
4.3 Functies en taken (Team Lelystad) 32
4.4 Oog voor verschillende factoren (gedragsdeskundigen) 33
4.5 Het begeleiden van NAH en NAH-plus binnen team Lelystad 33

Hoofdstuk 5: Begeleiding andere ambulante teams 35
5.1 Inleiding 35
5.2 Aanmelding; Team Twente (Deventer en Nijverdal) 35
5.3 Kennismakingsgesprek; Team Hengelo 35
5.4 Intervisie; Andere teams 35
5.5 Competentiegericht begeleiden; Team Harderwijk en Teams Zwolle 36

Hoofdstuk 6: Samenwerking met andere instellingen 37
6.1 Inleiding 37
6.2 Mogelijke samenwerkingsinstellingen 37
6.3 Samenwerkingsinstellingen van andere ambulante teams 38

Hoofdstuk 7: Oorzaken 40
7.1 Inleiding op het hoofdstuk 40
7.2 Inventarisatie problemen AD Lelystad 40
7.3 Inventarisatie problemen andere ambulante teams 41
7.4 Inventarisatie problemen gedragskundige 42
7.5 Inventarisatie problemen coördinator plaatsing 42

Hoofdstuk 8: Mogelijke oplossingen 44
8.1 Inleiding op het hoofdstuk 44
8.2 Inventarisatie oplossingen AD Lelystad 44
8.3 Inventarisatie oplossingen andere ambulante teams 45
8.4 Inventarisatie oplossingen coördinator plaatsing 46
8.5 Inventarisatie oplossingen gedragskundige 46

Deel 3; Verdieping

Hoofdstuk 9: Intervisie 48
9.1 Inleiding 48
9.2 Voorwaarden voor intervisie 48
9.3 Basismodel voor intervisie 49
9.4 Taken en rollen in de intervisiegroep 49
9.5 Methodieken voor intervisie 50

Hoofdstuk 10: Competentiegericht werken 52
10.1 Inleiding 52
10.2 Competentiemodel 52
10.3 Fasen in de begeleiding 54
10.4 Doelen formuleren 55
10.5 Hulpmiddelen en technieken 56
10.6 De voorbijganger, zoeker en klant 58
10.7 Aspecten van competentiegericht werken 59
10.8 Voordelen van competentiegericht werken 60

Deel 4; Conclusie

Hoofdstuk 11: Aanbevelingen 63
11.1 Inleiding 63
11.2 Methodiek 63
11.3 Kennis 64
11.4 Screening/Plaatsing 66
11.5 Samenwerking 67

Nawoord 68

Bronnenlijst 69

Bijlage 70

Samenvatting

Voor ons afstudeerproject zijn we in contact gekomen met Ambulante Dienstverlening Flevoland Team Lelystad. Het team heeft aangegeven met de huidige manier van werken, niet te kunnen voorzien in de behoeften en noden van cliënten met NAH-plus. Vanuit Team Lelystad is de vraag gekomen hoe zij de begeleiding aan kunnen passen, zodat de hulp aan cliënten met NAH-plus beter aansluit. Van ons wordt een structurele oplossing verwacht. Kennis van de oorzaken is belangrijk om na te kunnen denken over een structurele oplossing. Dit heeft ons tot de onderstaande hoofdvraag gebracht;
Hoe komt het dat de ambulante begeleiders van het team Ambulante Dienstverlening Flevoland hun cliënten met NAH-plus niet optimaal kunnen begeleiden?

Meerdere malen is besproken wat een structurele oplossing is. Dit is een oplossing, die blijvend en haalbaar is. Tevens moet de oplossing te gebruiken zijn binnen de norm die iedere ambulant begeleider heeft om 75 % van zijn werktijd te besteden aan zijn cliënten (cliënttijd). Dit zal stijgen naar 85%. Dit houdt in dat de overige 15% besteedt zal worden aan werkzaamheden op organisatorisch gebied. Men zal dus efficiënt om moeten gaan met deze 15%.

De oorzaken van dit probleem zijn onder te verdelen in drie groepen, namelijk: kennis, screening/plaatsing en samenwerking. Onze aanbevelingen zijn dan ook gericht op het vermeerderen van kennis en het bevorderen van de samenwerking met andere instellingen. Tevens hebben we nagedacht over de vraag hoe de ambulant begeleider meer informatie over de cliënt heeft voordat de begeleiding start, zodat zij beter voorbereid te werk kan gaan.

Wij bevelen aan om ***competentiegericht te gaan begeleiden***, omdat wij vinden dat het goed aansluit bij de doelgroep. Mensen met NAH hebben sinds het letsel heel veel in moeten leveren. Dagelijks worden ze geconfronteerd met hun onmogelijkheden. Het lijkt ons motiverend om eindelijk eens te kijken naar de mogelijkheden die er nog zijn. Daarnaast is deze methodiek binnen de organisatie al voor een groot deel aangepast aan de doelgroep en levert het positieve resultaten op, op die plekken waar al middels deze methodiek gewerkt wordt. Het leek ons daarom niet meer dan logisch om dit mee te nemen in ons advies.

De methodiek biedt handvatten voor de ambulant begeleider, coördinerend begeleider, het hoofd van de instelling en de gedragskundige. Door deze manier van werken weten instanties InteraktContour te vinden. Het werken volgens de methodiek lijkt niet te verslappen. Binnen de methodiek richt men zich zowel op de cliënt als op de omgeving. Men kijkt zowel naar belemmerende als beschermende cliënt- en omgevingsfactoren.

Binnen de doelgroep heeft men met twee subgroepen te maken, namelijk de groep waarbij een dubbele diagnose is gesteld en de groep waarbij een sterk vermoeden van NAH-plus is. Beide groepen hebben de overeenkomst dat er tot nu toe geen eenduidige manier van begeleiden bekend is. Het competentiegericht begeleiden sluit ons inziens op beide subgroepen aan.

Daarnaast beschrijven we in ons onderslag de volgende oplossingen:

Kennis

- Voor elke cliënt zou de begeleider over standaard ***signaleringslijsten*** moeten beschikken, die voor elke cliëntbespreking bekeken worden.
- Wanneer er plaats is voor een nieuwe werknemer, kan er een ***psychiatrisch verpleegkundige*** aangenomen worden.
- I.p.v. de huidige NAH-cursus adviseren wij om een ***cursus specifiek gericht op ambulante begeleiders*** op te zetten, waarin meer aandacht wordt besteed aan middelengebruik en misbruik en andere psychiatrische aandoeningen.
- Een regelmatig terugkerend ***overleg*** tussen coördinerend begeleiders zou een goede manier zijn om ontwikkelen in de begeleiding van cliënten met NAH-plus te bespreken.
- Verder raden we aan om de bezoeken aan cliënten te **rapporteren** volgens een vaste opzet.

Samenwerking

- **Contacten leggen** met andere organisaties. Uit de gesprekken is duidelijk geworden dat het werken met een **contactpersoon** het meest effectief is.

Screening/plaatsing

- Met het screenen op zich lijkt er niet zo heel veel mis te zijn. Een mismatch lijkt niet vaak voor te komen. Het feit dat een cliënt zo snel mogelijk geplaatst dient te worden, heeft te maken met het feit dat de stichting pas geld krijgt voor zijn diensten wanneer de cliënt geplaatst is en begeleid wordt. Het probleem ligt meer bij de ***voorinformatie*** van de cliënt, die summier is. De vraag is wie voor die informatie moet gaan zorgen. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat wij het een taak vinden voor de coördinerend begeleider.

Tevens is tijdens het project een adviesrapport gemaakt.

Voorwoord

Eindelijk is het zover. Het verslag van de opleiding is afgerond. Hier hebben we vier jaar op moeten wachten: afstuderen. In die vier jaar is het woord “afstudeerproject” regelmatig gevallen. Maar wat het precies zou betekenen, wisten we toen nog niet.

Nu kunnen we dat wel zeggen. Een “afstudeer-project” betekent (voor ons dan): goed plannen, realistisch blijven, up to date zijn, lol beleven, goede voorbereiding op alles, voor de eindpresentatie een goede afstemming van kleding en nachten doorwerken, maar ook je professionaliteit behouden. Dit laatste hebben we bij elk stap van ons project gebruikt.

We hebben onze kennis, vaardigheden, ervaringen en enthousiasme in dit verslag naar boven proberen te halen. Dit zou ons niet gelukt zijn, zonder de positieve en energieke hulp van onze begeleiders Nouchka Schumacher en Kike de Jonge. We zijn dan ook ontzettend blij dat zij ons hebben geholpen.

We wensen u veel leesplezier.

Juliëtte Gerards
Kevser Sariaslan
Harderwijk, juni 2009

Inleiding

In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 100.000 mensen te maken met een of andere vorm van hersenletsel als gevolg van een ongeluk, herseninfarct, tumor, hartstilstand, hersenbloeding, operatie etc. 90% hiervan gaat na ontslag uit het ziekenhuis rechtstreeks naar huis. Uit onderzoek van Prismant in opdracht van de Stichting Nederlandse Organisaties Hersenletsel (SHON) is bekend dat een hoog percentage van de patiënten met hersenletsel na enige tijd sociale, emotionele, gedragsmatige en/of cognitieve problemen krijgt die het leven van de patiënt verstoren.

Problemen die zich voor kunnen doen, zijn o.a. : lichamelijke problemen (verlamming, spasme) geheugenproblemen, problemen met plannen, spreken, concentratievermogen, prikkelbaar zijn, sneller boos worden, eigen mogelijkheden overschatten, maar ook psychiatrische problemen (psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, posttraumatische stress-stoornis) en middelenmisbruik komen voor.

Na het oplopen van hersenletsel bestaat er dus een grote kans op blijvende gevolgen. Het leven na het hersenletsel kan daardoor essentieel verschillen van het leven daarvoor. Wanneer de cliënt naast Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) een psychiatrische stoornis of verslaving heeft, is er sprake van NAH-plus. Binnen Ambulante dienstverlening Flevoland/ Team Lelystad en Noordoostpolder van Stichting InteraktContour krijgt men steeds vaker te maken met cliënten die NAH-plus hebben. Tijdens onze zoektocht naar een afstudeerproject binnen deze stichting, kwamen wij in contact met team Lelystad. Zij gaven aan dat met de huidige manier van werken, het team niet kan voorzien in de behoeften en noden van deze cliënten. Hierdoor is de vraag ontstaan hoe zij de begeleiding aan kunnen passen, zodat de hulp beter aansluit rekening houdend met de visie en missie van de voorziening. Van ons wordt een structurele oplossing verwacht.

Voor een structurele oplossing is het van belang om kennis te hebben van de oorzaken van het ervaren probleem. Naast het leren kennen van de doelgroep, hebben we ons allereerst dan ook op deze oorzaken gericht. Vervolgens zijn we gaan kijken naar mogelijke oplossingen. Hiervoor hebben we zowel gesprekken binnen het team gevoerd als met andere teams, de gedragskundige en de coördinator plaatsing van de Stichting. Na inventarisatie van de oplossingen, hebben we een selectie gemaakt. Deze selectie is gebaseerd op het kiezen van die oplossingen die wij bruikbaar en mogelijk achten voor Team Lelystad. Hier is ons eindproduct, een adviesrapport, uit voortgekomen.

In het komende hoofdstuk is meer informatie te vinden over de manier waarop wij het onderzoek opgezet hebben (methode). Hierop volgen de hoofdstukken binnen deel I van ons onderzoeksverslag. In dit deel wordt informatie gegeven over NAH en NAH-plus. In deel II zijn de uitkomsten van ons onderzoek weergegeven. We gaan in op het traject dat cliënten doorlopen, de manier van begeleiden, samenwerking tussen de verschillende teams en met andere instellingen, oorzaken en mogelijke oplossingen. Uit één van de gesprekken kwam competentiegericht begeleiden naar voren als een goed werkende methode m.b.t. deze doelgroep. Daarom hebben wij ons verder verdiept in dit

onderwerp. Deel III geeft hier de uitkomsten van. Dit deel wordt opgevolgd door onze conclusie en aanbevelingen in de vorm van een adviesrapport, discussie en het nawoord.

Hoofdstuk 1: Uitleg onderzoek

1.1 Informatie Stichting InteraktContour

Stichting InteraktContour biedt zorg en ondersteuning aan volwassenen met een lichamelijke en/of zintuiglijke beperking, al dan niet veroorzaakt door Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). Ambulante dienstverlening Flevoland team Lelystad & Noordoostpolder biedt hun diensten aan, aan mensen met NAH die nog thuis wonen, zodat zij nog zo lang mogelijk thuis kunnen functioneren. InteraktContour wil haar cliënten laten zien dat het leven met een beperking geen beperkt leven hoeft te betekenen. De cliënt staat centraal. Stichting InteraktContour heeft 46 voorzieningen verspreid over de regio's Flevoland, West-Overijssel, Noord-Veluwe en Twente. Het gaat hier om woonvoorzieningen, voorzieningen voor dagbesteding en teams voor ambulante dienstverlening.

1.2 Hoofd- en deelvragen

Vanuit Team Lelystad is de vraag gekomen hoe zij de begeleiding aan kunnen passen, zodat de hulp aan cliënten met NAH-plus beter aansluit. Van ons wordt dus een structurele oplossing verwacht. Kennis van de oorzaken is belangrijk om na te kunnen denken over een structurele oplossing. Dit heeft ons tot de onderstaande hoofdvraag gebracht;
Hoe komt het dat de ambulante begeleiders van het team Ambulante Dienstverlening Flevoland hun cliënten met NAH-plus niet optimaal kunnen begeleiden?

Om de hoofdvraag zo goed mogelijk te beantwoorden, hebben we antwoorden gezocht bij onderstaande deelvragen:

1. *Welk vormen van psychiatrische stoornissen komen voor binnen Ambulante Dienstverlening Flevoland?*
2. *Hoe worden cliënten met NAH-plus momenteel begeleid en hoe wordt dit ervaren?*
3. *Hoe wordt het bijkomende probleem begeleid?*
4. *Waar hebben begeleiders behoefte aan ten aanzien van de begeleiding van cliënten? Wat willen zij anders zien?*
5. *Hoe denkt de gedragskundige over het 'NAH-plus probleem'?*
6. *Hoe gaan andere teams binnen de organisatie om met het begeleiden van mensen met NAH-plus?*
7. *Wat zegt de literatuur hierover?*

Vervolgens beantwoordden we de twee onderstaande vragen:

8. *Wat zijn mogelijke oplossingen voor het probleem?*
9. *Welke van deze mogelijke oplossingen passen binnen het team?*

In dit geval wordt er gesproken over team ambulant Flevoland. Het is echter een probleem dat door veel meer instellingen wordt ervaren. Dit blijkt uit gesprekken met Monique Kuipers (coördinator van het Hersenletselteam Flevoland).

1.3 Methode onderzoek

Populatie/steekproef

We zijn het onderzoek gestart met het opstellen van een enquête voor alle ambulant begeleiders binnen team Lelystad. Het team bestaat uit vijftien personen. Zij vormen dus het eerste deel van de ondervraagden. Wij kregen negen enquêtes terug. De begeleiders die aangaven te maken te hebben met NAH-plus cliënten, zijn vervolgens uitgenodigd voor een interview. Het gaat hier om zeven ondervraagden.

Naast deze groep ondervraagden, zijn de coördinerend begeleiders van de andere ambulante teams binnen de stichting geïnterviewd. Het gaat hier om vier coördinerend begeleiders. Tevens was er bij één van die gesprekken een hoofd van het team aanwezig.

Tot slot hebben wij de gedragskundige van het team geïnterviewd, evenals de coördinator plaatsing. In totaal zijn er dus dertien interviews gevoerd, die geanalyseerd zijn voor dit onderzoek.

Meetinstrumenten

Zoals hierboven al ter sprake kwam, hebben we gebruik gemaakt van een enquête. Middels deze enquête zijn we erachter gekomen welke ambulant begeleiders te maken hebben met het begeleiden van cliënten met NAH-plus. Daarnaast is ons duidelijk geworden welke bijkomende problemen er onder de cliënten zijn. Het gaat om een korte enquête (vier á vijf vragen), die via de mail verspreid is. In bijgaande mail hebben wij ons kort voorgesteld. Verder gaven wij informatie over ons afstudeerproject en uitleg over de enquête, met het verzoek deze in te vullen.

Op de enquête volgden interviews (face to face). In dit interview zijn vragen gesteld om een beeld te vormen van de doelgroep, van de manier van begeleiden en van de problemen die ervaren worden. Daarnaast is er tijdens de interviews gebrainstormd over de oorzaken van het hoofdprobleem en mogelijke oplossingen. Eén interview met een ambulant begeleider is wegens omstandigheden schriftelijk verlopen.

De interviews met andere teams waren erop gericht om te kijken hoe de begeleiding van NAH-plus binnen die teams verloopt. Dingen die goed leken te werken, konden wij meenemen in ons advies. Daarnaast hebben we ook hen de vraag gesteld welke problemen zij ervaren m.b.t. het begeleiden van mensen met NAH-plus, hoe zij deze proberen op te lossen, wat de oorzaken van het hoofdprobleem binnen team Lelystad kunnen zijn en natuurlijk de mogelijke oplossingen voor dit team. Het interview met de gedragskundige en de coördinator plaatsing waren erop gericht om erachter te komen op welke manier zij met de cliënt te maken krijgen, wat hun werkzaamheden zijn en hoe deze verlopen, omdat ook hier mogelijk adviezen uit voort zouden kunnen komen. Daarnaast hebben we ook hen mee laten denken over de oorzaken en oplossing.

Na het uitwerken van de interviews, zijn de uitwerkingen naar de betreffende persoon gestuurd ter controle. De opzet van de enquête en vragenlijsten behorend bij de interviews zijn te vinden in de bijlagen.

Begripsafbakening

Onder ambulant begeleiders verstaan we alle medewerkers binnen Team Flevoland, die cliënten aan huis begeleiden in hun hulpvraag. Dit ongeacht hun andere taken, die zij vanuit de Stichting hebben gekregen (te denken valt aan coördinerende taken).

Onder cliënten met NAH-plus verstaan wij cliënten die naast hun Niet Aangeboren Hersenletsel ook een andere aandoening hebben. In dit geval moet er sprake zijn van een aandoening op het gebied van verslaving en/of psychiatrie. Het kan gaan om cliënten waarbij het pluscomponent gediagnosticeerd is. In de meeste gevallen is er echter sprake van een vermoeden. Beide groepen vallen onder dit begrip.

Besproken is dat we met een structurele oplossing moeten komen. Meerdere malen is besproken wat als structureel wordt gezien. Hier is uit gekomen dat een structurele oplossing een oplossing is, die blijvend en haalbaar is. Een oplossing als eenmalige externe bijscholing op het gebied van psychiatrie voor elke ambulant begeleider is geen structurele oplossing. Het is niet blijvend omdat de huidige begeleiders volgend jaar wellicht op zoek gaan naar een andere baan. Daarnaast zijn de kosten hiervoor hoog. Deze wegen in dit geval zwaarder dan de baten. Het adviseren van een methodiek daarentegen is wel structureel. Wanneer deze ingevoerd wordt, is het blijven van aard, mits er duidelijke afspraken over zijn en er voldoende sturing is. Ook hier zullen er kosten gemaakt worden. Deze wegen echter niet op tegen de baten.

Tevens moet de oplossing te gebruiken zijn binnen de norm die iedere ambulant begeleider heeft om 75 % van zijn werktijd te besteden aan zijn cliënten (cliënttijd). Dit zal stijgen naar 85%. Dit houdt in dat de overige 15% besteed zal worden aan werkzaamheden op organisatorisch gebied (te denken valt aan organisatorische vergaderingen, intervisie en cursussen). Men zal dus efficiënt om moeten gaan met deze 15%.

Analysemethoden

Omdat er sprake was van een kleine hoeveelheid enquêtes, hebben we deze zonder hulpprogramma geanalyseerd. Van de interviews zijn allereerst gespreksverslagen gemaakt. Na goedkeuring zijn belangrijke punten uit deze verslagen in een inventarisatielijst gezet. Hieronder volgt een opsomming van de onderdelen die in de inventarisatielijst zijn opgesomd.

Een inventarisatie van;

- problemen binnen team Lelystad
- ideeën voor oplossingen binnen team Lelystad
- wat er in de begeleiding moet blijven
- wat er al ondernomen wordt
- wat er al ondernomen wordt buiten de stichting
- problemen binnen andere ambulante teams
- wat er al ondernomen wordt binnen andere ambulante teams
- ideeën voor oplossingen vanuit andere teams

- belangrijke punten uit het gesprek met de coördinator plaatsing
- belangrijke punten uit het gesprek met de gedragskundige

Deel 1

Algemeen

Hoofdstuk 2: Niet aangeboren hersenletsel

2.1 Inleiding

Onder niet aangeboren hersenletsel wordt letsel verstaan dat is ontstaan in de loop van het leven, bijvoorbeeld als gevolg van een ziekte of een ongeval. Een kenmerk van NAH is dat het leven na het letsel sterk verschilt met het leven daarvoor. Dit wordt ook wel aangegeven als een 'breuk in de levenslijn'.

Het meest essentiële kenmerk van NAH is dat er een "breuk in de levenslijn" wordt ervaren. Dit betekent dat het leven voor een NAH anders uitziet, dan het leven na een NAH. In dit hoofdstuk gaan we het voornamelijk hebben over NAH in het algemeen, wat de oorzaken kunnen zijn van NAH en hoe NAH een leven kan beïnvloeden.

2.2 Hersenletsel

Hersenletsel is te onderscheiden in de volgende categorieën:

- Traumatisch letsel en niet-traumatisch letsel

  Bij traumatisch letsel is het letsel ontstaan door 'geweld' van buitenaf, bijv. een ongeluk of het binnendringen van botgedeeltes in de hersenen als gevolg van een schedelbreuk. Bij niet-traumatisch letsel is het letsel ontstaan door processen die zich in het lichaam afspelen. Hierbij kan gedacht worden aan een beroerte of een tumor. Ook degeneratieve ziekten als Multiple Sclerose (MS) en Alzheimer worden tot niet-traumatisch hersenletsel gerekend.

- Lokaal en diffuus letsel

  Bij diffuus letsel gaat het erom dat er sprake is geweest van langdurig zuurstoftekort in de hersenen. Bij lokale letsels kan onderscheid worden gemaakt tussen ernstig lokaal hersenweefselletsel (contusie en contracoupcontusie) en bloedingen door scheurtjes in de bloedvaten in de hersenen of tussen de hersenen en de schedel (hersenvliezen).

- Acuut en geleidelijk letsel

  Acute letsels geven onmiddellijk (acuut) problemen, terwijl geleidelijke letsel geleidelijk toenemende of na enige tijd klachten veroorzaken.

2.3 Bouw van de hersenen[1]

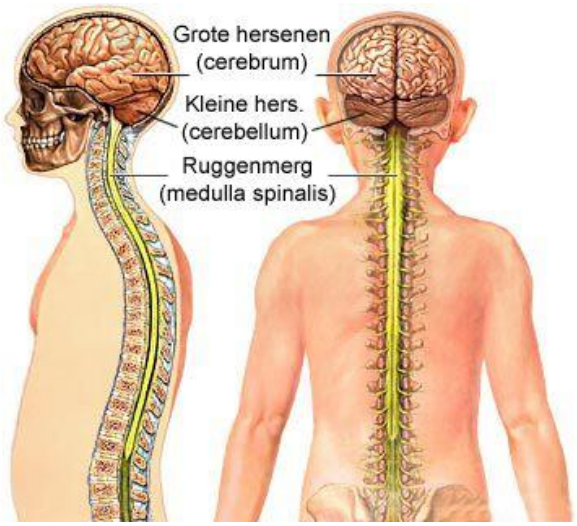
De hersenen bestaan uit zenuwcellen en steuncellen. De zenuwcellen bestaan uit een cellichaam, een axon en een dendriet. Via de axon geeft de cel zijn prikkels door aan volgende zenuwcellen. Die axon kan veel vertakkingen hebben. De dendrieten ontvangen de prikkels van andere zenuwcellen. De zenuwcellen staan dus met elkaar in verbinding en geven informatie door m.b.v. heel korte elektrische stroomstootjes.

---

[1] Eilander, H.J. e.a. – Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Boom Juridische Uitgevers, 2006.

De steuncellen zorgen voor de dagelijkse voeding van de hersenen en spelen een rol bij de ontwikkeling van de hersenen. Verder zorgen ze ervoor dat bij beschadiging de afvalstoffen opgeruimd worden. Ze spelen een belangrijke rol in herstelprocessen.
Bloedvaten in de hersenen zorgen voor de energievoorziening, door suikers en zuurstof aan te voeren. De ontwikkeling van de hersenen bestaat uit het aanleggen van verbindingsbanen tussen de al aanwezige zenuwcellen.

Binnen de hersenen zijn 4 hoofdgebieden, namelijk de hersenstam, tussenhersenen, kleine hersenen en grote hersenen. Elk gebied heeft een eigen functie. Deze gebieden zijn met elkaar verbonden. Er zijn verschillende gebieden in de hersenen die samenwerken om één enkele functie te kunnen uitoefenen. Er is dus geen enkel gebied in de hersenen dat iets kan doen zonder de andere gebieden. Deze gebieden vormen samen met het ruggenmerg het centraal zenuwstelsel. Via het ruggenmerg staan de hersenen in verbinding met spieren, organen en gevoelszintuigen. Ook dit is weer via zenuwbanen. In afbeelding 1.1[2] is dit in een tekening weergegeven.



Afb 1.1: Hersenstam, tussenhersenen, kleine hersenen en grote hersenen vormen samen met het ruggenmerg het centrale zenuwstelsel.

2.3.1 Ruggenmerg

Het ruggenmerg bevindt zich in een holte in het midden van de wervelkolom. De wervelkolom bestaat uit 33 wervels. Tussen die wervels door lopen aan beide kanten zenuwbanen vanuit het ruggenmerg naar de spieren en organen en vanuit verschillende gevoelszintuigen (tast, pijn, temperatuur, beweging, gevoel en houding) naar het ruggenmerg. De zenuwcellen die binnenkomende informatie verwerken geven signalen naar de hersenen, maar ook naar de nabij gelegen zenuwcellen die de bewegingen aansturen.

2.3.2 Hersenstam

[2] http://www.ronaldschulte.nl/Tek.jpg

Boven in de nek gaat het ruggenmerg over in de hersenstam. Deze bevat, net als het ruggenmerg, alle stijgende en dalende zenuwbanen. Daarnaast bevat de hersenstam groepen zenuwcellen (celkernen genoemd) die ieder een eigen taak hebben. De celkernen regelen onder anderen:

- ademhaling
- lichaamstemperatuur
- bloeddruk
- zweten
- hartritme
- waken en slapen
- ‘aanmaken’ van neurotransmitters.

Om al deze taken op een goede manier te kunnen verrichten heeft de hersenstam informatie van buiten nodig. Die informatie wordt verkregen doordat de banen vanuit de zintuigen vertakkingen hebben in de hersentam die uitmonden in één van de celkernen.

2.3.3 Tussenhersenen

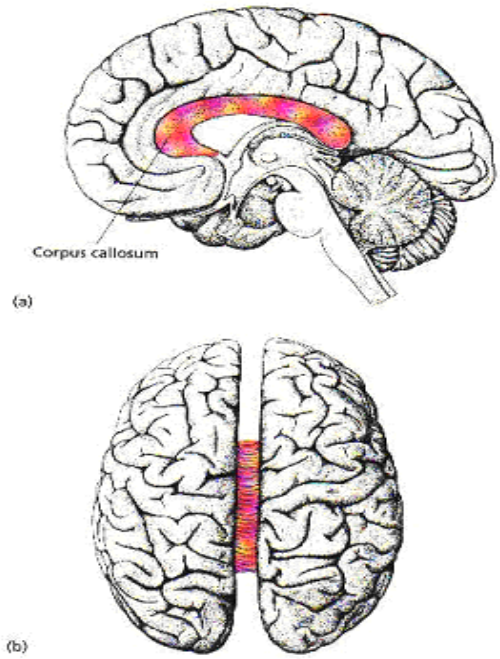
Er zijn in de tussenhersenen gebieden te onderscheiden, die ten opzichte van elkaar duidelijk verschillende taken hebben. In een aantal gevallen beïnvloeden deze gebieden elkaar ook. Er zijn gebieden die:

- binnenkomende zintuigelijke informatie verwerken
- de stofwisseling beinvloeden
- het bewegen beinvloeden
- emoties en gevoelens verwerken
- een rol spelen bij geheugenprocessen.

Alles wat erin de tussenhersenen gebeurt, vindt plaats zonder dat we ons daarvan bewust zijn, net als bij de hersenstam.

2.3.4 Grote hersenen

Grote hersenen hebben twee hersenhelften. Een hersenhelft wordt ook wel hemisfeer genoemd. Er zijn dus twee hemisferen. De twee helften zijn met elkaar verbonden door een dikke bundel zenuwbanen: de hersenbalk (zie afb 1.2)[3]

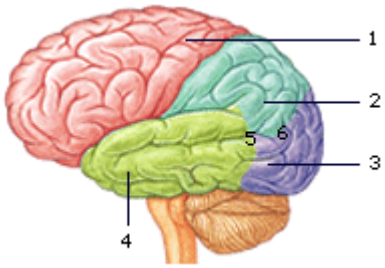


Afbeelding 1.2: a) Corpus callosum (hersenstam)
b) Hemisferen.

[3] http://www.ronaldschulte.nl

De achterkant van de groten hersenen is groter dan de voorkant (zie afb 1.3). In de achterkant wordt de binnenkomende informatie (vanuit de zintuigen) verwerkt. Deze bestaat uit drie delen:

- de pariëntaalkwab (2)
  soma-sensorische
- occipitaakwab(3)
  visueel
- de temporaalkwab (4)
  auditieve



De voorkant van de grote hersenen bestaat uit 1 deel:

- frontaalkwab (1)
  speelt een rol bij het aansturen van willekeurige bewegingen

2.4 Oorzaken van hersenletsel

In tabel 1.1 staan de oorzaken van hersenletsel

Tabel 1.1: Overzicht van oorzaken hersenletsel

Traumatisch	Niet traumatisch

Zonder schedelletsel
- (verkeers)-ongeval
- val
- zwaar voorwerp tegen het hoofd
- klap tegen het hoofd
- shaken-baby syndroom
 	
Met schedelletsel
- binnendringen van botgedeeltes als gevolg van schedelbreuk
- binnendringen van een voorwerp, zoals kogel, steekwapen, ijzeren voorwerp etc.
	- Beroerte
	  ○ herseninfarct
	  ○ hersenbloeding
	- Infectie
	- Gezwel/tumor
	- Vergiftiging
	- Zuurstofgebrek ten gevolge van:
	  ○ Hartstilstand
	  ○ Bijna verdrinking
	  ○ Afsluiting luchtpijp
	  ○ Rookvergiftiging
	- Epilepsie
	- Waterhoofd
	- Stofwisselingsaandoeningen
	- Degeneratieve ziekten:
	  ○ Multiple Sclerose
	  ○ Parkinson
	  ○ Alzheimer
	  ○ Huntington

Bron: Kinderrevalidatie (Meihuizen, 2003)

2.5 Gevolgen van hersenletsel

Hersencellen zijn heel kwetsbaar. Daarom ligt er waarschijnlijk een dikke beschermlaag (schedel) en een stootkussen (laagje vocht) eromheen. De hersenen zijn ook het meest beschermd orgaan in een lichaam. Doordat de hersencellen zo kwetsbaar zijn, kunnen “kleine oorzaken” grote gevolgen hebben.

De gevolgen van hersenletsel voor het functioneren verschillen van persoon tot persoon. Dat heeft te maken met de plaats en de ernst van de beschadiging in de hersenen.

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een ordenings- en beschrijvingssysteem uitgegeven waarmee problemen met betrekking tot het lichamelijk en geestelijk functioneren kunnen worden ingedeeld. In dit systeem wordt een onderscheid gemaakt in stoornissen, beperkingen en handicaps. Revalidatiecentra in Nederland gebruiken deze nieuwe beschrijvingssysteem.

Op veel plaatsen in het lichaam kan uitval van functies optreden door hersenletsel. Een beperkt aantal kleine beschadigingen in de hersenen, die soms niet eens te zien zijn op hersenfoto’s of –scans kunnen samen ook tot een grote verstoring leiden.

De nadruk in het werken met mensen met NAH ligt tegenwoordig niet langer op de verzorging, wat vroeger wel het geval was. Nu richt men zich vooral op het weer functioneren van lichaamsdelen en in het begeleiden van cognitieve functies die niet meer werken. Begeleiders proberen mensen met NAH te leren omgaan met hun beperkingen.
Hierdoor richt men zich niet op “wat kan iemand met een NAH niet meer doen”, maar vooral op “wat kan iemand met NAH nog wel doen”.

Hersenletsel kan verschillende lichamelijke gevolgen hebben. Zoals de gevolgen van hersenletsel bij linkszijdig- en rechtszijdig hersenletsel, hersenstamletsel, frontaal letsel en letsel aan de kleine hersenen.

We gaan het in deze paragraaf hebben over de gevolgen van hersenletsel van de cliënt. Hierbij wordt uitgegaan van somatische gevolgen (2.5.1), psychische gevolgen (2.5.2), gevolgen voor de communicatie (2.5.3), gevolgen voor de activiteiten van het dagelijkse leven (2.5.4) en maatschappelijke gevolgen (2.5.5).

2.5.1 Somatische gevolgen

Somatische gevolgen houden in dat zich stoornissen voordoen in de lichaamsfunctie zoals vegetatieve gevolgen, orthopedische, neurologische, sensorische en motorische gevolgen.

2.5.2 Psychische gevolgen

Psychische gevolgen omvatten een groot gebied. Er is een onderscheid te maken tussen kennis- en begripsvermogen, het denkvermogen, de persoonlijkheid en het gedrag. Cognitieve stoornissen zijn bij veel mensen, ook met licht letsel, blijvend aanwezig en hebben een groot negatief effect op het dagelijks functioneren. In hoofdstuk 3 gaan we hier verder op in.

2.5.3 Gevolgen voor de communicatie

Persoonlijkheid is het geheel van kernmerken van iemands gedrag en heeft dus altijd een relatie tot de buitenwereld. Er zijn verschillende elementen te onderscheiden die samen de persoonlijkheid vormen en die uitmonden in gedrag:

- Basisstemming
  Bij hersenbeschadiging kan de basisstemming veranderen en kunnen mensen extra vrolijk of juist somber zijn.
- Zelfbeeld en zelfvertrouwen
  Bijna iedereen die hersenletsel heeft opgelopen ondervind beperkingen. Dit leidt tot de ontwikkeling van een negatief zelfbeeld en kan niet meer alles doen wat men vroeger wel kon. Dit geeft een enorme onzekerheid.
- Impulscontrole
  Veel mensen met hersenletsel hebben problemen in de balans tussen actief en rustig zijn.
- Evaluatie van eigen gedrag
  Veel mensen met hersenletsel hebben moeite met kijken naar hun eigen gedrag, waardoor ze vaak de plank misslaan in sociale situaties.
- Inzicht in en acceptatie van stoornissen, (on)mogelijkheden en ziekte inzicht
  Veel mensen met NAH hebben niet of slechts ten dele in de gaten wat ze wel en niet meer kunnen doen.
- Oordeelsvermogen
  Een vaardigheid die vaak minder goed aanwezig is. In het contact met iemand, kan dat persoon met NAH niet meer inschatten wat er van hem wordt verwacht en wat wel en niet kan.
- Sociaal gedrag
  Alle sociale vaardigheden vereisen complexe vaardigheden van de hersenen en zijn dan ook vaak verstoord. Deze sociale vaardigheden vereisen een betrokkenheid van veel gebieden van de hersenen en zijn ook vaak verstoord bij mensen met hersenletsel. De oorzaak kan liggen op basale cognitieve vaardigheden (zoals de aandacht erbij kunnen houden), maar ook in meer ingewikkelde vaardigheden (zoals het oordeelsvermogen)
- Persoonlijkheidsstoornissen
  Vooral jongeren en volwassenen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis kunnen een depressie of psychose ontwikkelen (NAH-plus). Het kan zijn dat de persoonlijkheidsstoornis al voor het letsel aanwezig was, maar nog niet was “ontdekt”. In hoofdstuk 3 komt dit naar voren.

2.5.4 Gevolgen voor de activiteiten van het dagelijkse leven

Gevolgen voor de activiteiten van het dagelijks leven zijn per persoon per letsel weer verschillend. Bij licht hersenletsel kan bijna iedereen na verloop van tijd de activiteiten van het dagelijks leven weer zelfstandig uitvoeren. Van de mensen met ernstig hersenletsel heeft een derde tot de helft problemen met één of meer van deze activiteiten en is daarbij afhankelijk van de hulp van anderen.

2.5.5 Maatschappelijke gevolgen

Mensen met NAH ondervinden vaak ook maatschappelijke gevolgen. Iemand met hersenletsel loopt de kans om in een geïsoleerde positie terecht te komen. Dit komt door bepaalde uitval van functies in zijn hersenen. Zie bovenstaande over oordeelvermogen van sociaal gedrag. Het verloop van het herstel van de cliënt met NAH brengt per fase verschillende problemen met zich mee.

Hoofdstuk 3: Psychiatrische stoornissen

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over psychiatrische stoornissen. Deel van de cliënten van team Lelystad hebben naast hun NAH ook een psychiatrische stoornis. Dit hoofdstuk gaat over een aantal verschillende stoornissen. Er wordt kort beschreven wat voor verschillende stoornissen er zijn. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt een stuk beschreven over dubbeldiagnose.

3.2 De verschillende psychiatrische stoornissen.

De DSM VI heeft een onderverdeling gemaakt voor de psychiatrische stoornissen. Deze zijn:

- pscho-organische stoonissen (3.2.1)
- stoornissen door gebruik van alcohol en drugs (3.2.2)
- schizofrenie (3.2.3)
- stemmingsstoornissen (3.2.4)
- angststoornissen (3.2.5)
- dissociatieve stoornissen (3.2.6)
- somatoforme stoornissen (3.2.7)
- eetstoornissen (3.2.8)
- seksuele stoornissen (3.2.9)
- slaapstoornissen (3.2.10)
- stoornissen in de impulscontrole (3.2.11)
- persoonlijkheidstoornissen (3.2.12)

3.2.1 Psycho-organische stoornissen

Bij psycho-organische stoornissen gaat het om gedragsstoornissen waarbij in elk geval sprake is van een niet functionerend deel van de hersenen. Er is dus altijd een hersen-disfunctie aantoonbaar of aannemelijk, maar meestal spelen ook andere somatische psychologische of sociale factoren een rol. De DSM-IV geeft de voorkeur aan het beschrijvende begrip cognitieve stoornissen boven de verklarende omschrijving psycho-organische stoornisen. Hiermee wordt goed aangegeven dat bij deze groep stoornissen vooral cognitieve vaardigheden zoals herinnering, aandacht, waarneming en denken aangetast zijn.

Delier en dementie horen bij deze stoornissen.
Delier betekend een acute verwardheid. Er is sprake van verlaagd bewustzijn en desoriëntatie.
Dementie is een cognitieve stoornis met vooral toenemende geheugenproblemen met als gevolg desoriëntatie.

Hieronder volgt een onderverdeling van verschillende psycho-organische stoornissen

- Delirium
    - Verlaagd bewustzijn
    - Wisselende intensiteit van symptomen

    - Desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
- Dementie
    - Geleidelijke verloop
    - Cognitieve stoornissen
    - Desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
    - Persoonlijkeheidsverandering
    - In latere stadium: decorum(uiterlijk)verlies
- Amnestisch syndroom
    - Geheugenstoornissen: problemen om nieuwe informatie te leren of om zich informatie uit het nabije verleden te herinneren.

3.2.2 Stoornissen door gebruik van alcohol en drugs

De werking van psychoactieve middelen berust gedeeltelijk ook op de verandering in de mate waarin prikkels doordringen tot het bewustzijn. Sommige stoffen zoals benzodiazepinen, alcohol en heroïne leiden tot een min of meer verlaagd bewustzijn en hebben een verdovend effect. De gebruiker voelt zich suf, wazig, doezelig en niet helder van geest. Stimulerende middelen als amfetaminen, nicotine en cocaïne daarentegen hebben een verhoogd bewustzijn tot gevolg. Daardoor staat men meer open voor de indrukken van buiten af en/of eigen ervaringen. Bij middelen als LSD en cannabis is vooral sprake van een toegenomen intensiteit en diversiteit aan waargenomen prikkels. Om die reden gebruikt men hier ook wel het begrip bewustzijnsverruimde middelen.

Van misbruik is sprake als het functioneren thuis en/of op het werk sterk negatief wordt beïnvloed en werkverzuim, rijden onder invloed, ruzies, problemen met justitie of politie en dergelijke optreden. Misbruik van alcohol en drugs kan uitmonden in verslaving.

3.2.3 Schizofrenie

Schizofrenie is een ernstige, complexe en in principe chronische psychiatrische aandoening. Bij schizofrenie zijn meerdere risicofactoren van belang. Erfelijkheid speelt een rol, maar genetische aanleg alleen is niet de enige factor. Belastende omstandigheden (stressvolle situaties) kunnen een rol spelen bij het ontstaan van de klachten.

Schizofrenie wordt nu vaak gezien als een neurologische ontwikkelingsstoornis veroorzaakt door één of meerder genen in combinatie met omgevingsfactoren. De verschijningsvormen kunnen zeer verschillend zijn in klachten en in ernst.

De meest kenmerkende verschijnselen zijn wanen (een niet-corrigeerbare overtuiging die in strijd is met de werkelijkheid en die met zekerheid wordt aangehangen), hallucinaties (een waarneming die niet berust op een zintuiglijke prikkel en die voor waar wordt aangenomen), het wegvallen van de samenhang in spreken en denken, onlogische gedragingen en een gebrek aan emoties, motivatie en initiatief. Schizofrenie heeft sterke invloed op het sociaal en beroepsmatig functioneren.

3.2.4 Stemmingsstoornissen

Een stemming is een bepaalde gemoedstoestand van een zekere duur, die niet betrekking heeft op een specifieke ervaring. Een emotie is een intense, overheersend gevoel van korte duur, dat te maken heeft met een specifieke ervaring. Je hebt verschillende stemmingstoornissen

Hieronder een korte beschrijving van de meest voorkomende stemmingstoornis bij een NAH'er.

- Depressie
  Depressieve patiënten voelen zich meestal down, ellendig, leeg en hulpeloos. Sommigen zijn gespannen en prikkelbaar. Angst, paniekaanvallen en dwangverschijnselen kunnen voorkomen, waardoor vooral de minder ernstige depressie lastig is te onderscheiden van de angststoornissen. Het belangrijkste kenmerk van een depressie is, naast de sombere stemming het gebrek aan interesse en levenslust.
- Manie en bipolaire stoornis
  De bipolaire stoornis heet ook wel manisch-depressieve stoornis. Bij de bipolaire stoornis wisselt de stemming sterk tussen twee extremen: heel erg uitgelaten of juist heel erg neerslachtig. De periode waarin iemand heel erg uitgelaten of opgewonden is, heet manie of hypomanie. Iemand is overdreven vrolijk, maar kan ook snel boos zijn. Mensen met dit stoornis houden geen rekening met de consequenties van hun gedrag. Ze hebben het gevoel alles aan te kunnen.
  Verschil tussen manie en hypomanie is dat mensen in een manie ook last kunnen hebben van psychotische verschijnselen en van sociale en relationele problemen; bij hypomanie niet.

3.2.5 Angststoornis

Angst is een onaangename gemoedstoestand, die optreedt wanneer mensen een situatie als bedreigend zien. In feite waarschuwt angst voor dreigingen als letsel, pijn, straf e.d. Door de angst interpreteert de persoon bepaalde zintuiglijke prikkels verkeerd. Hieronder een rijtje met veel voorkomende soorten angststoornissen:

- Paniekstoornis
  dit noemt men ook wel "angst voor angst". Bij deze stoornis gaat het om een strenge angst voor plaatsen of situaties waar in geval van nood (optreden van paniekaanval), ontsnappen moeilijk is of hulp niet snel voor handen is. Mensen die leiden aan een paniekstoornis interpreteren de lichamelijke symptomen van een paniekaanval dikwijls als tekenen van een ernstige ziekte. Om tot een paniekstoornis te besluiten moet vaststaan dat er geen sprake is van een psychose of een lichamelijke aandoening die aan de basis van de angstverschijnselen kan liggen.
- Fobieën
  Fobie is een hevige, onredelijke angst voor een bepaald object of situatie waardoor het normale functioneren ernstig wordt belemmerd.

3.2.6 Dissociatieve stoornissen

Bij dissociatie (ontkoppeling) is een normaal aanwezige “verbinding” (associatie) in bepaalde psychische functie (bewustzijn, waarneming, denken, geheugen, emoties wil of identiteit) tijdelijk en/of gedeeltelijk verbroken of opgeheven. Dit betekent vooral dat bepaalde acties of ervaringen optreden buiten het normale bewustzijn van een persoon. Ze lijken als het ware ‘afgesplitst’, maar de betrokkene is in principe in staat ze weer in het bewustzijn te integreren. Er zijn verschillende soorten dissociatieve stoornissen. Dit is beschreven in tabel 2.2 met de verschillen.

Tabel 2.2 Kenmerken van de verschillende dissociatieve stoornissen[4]

	Depersonalisatie-stoornis	Dissociatieve amnesie	Dissociatieve fugue	Dissociatieve identiteitsstoornis
Identiteit	Identiteitstwijfel	Soms identiteitsverlies	Nieuwe identiteit	Identiteitsverwarring, wisselende identiteiten
Amnesie	Geen	Persoonlijke informatie	Persoonlijke informatie	Persoonlijke informatie
Duur	Jaren	Uren of dagen	Uren of dagen	Jaren
Herstelproces	Geleidelijk	Abrupt	Abrupt	Geleidelijk

3.2.7 Somatoforme stoornissen

Psychische factoren beïnvloeden de lichamelijke toestand en spelen een rol in het ontstaan of beloop van lichamelijke ziekten. Vaak spreekt men dan van psychosomatische (somatoforme) stoornissen.

Met somatisering wordt bedoeld dat psychische spanningen zich uiten in lichamelijke klachten, die volgens medische onderzoek niet berusten op een aantoonbare somatische stoornis en ook niet op een bijwerking van medicamenten. In het geval van somatisering moeten dat dus eerst stemmings- en angststoornissen worden uigesloten. Vervolgens komt als diagnose de aanpassingsstoornis in aanmerking (lichamelijke verschijnselen als teken van overmatige stress).

3.2.8 Eetstoornissen

Voortdurend te veel of juist te weinig eten kan wijzen op een ziekte. Bij psychotische stoornissen kan er sprake zijn van voedselweigering ten gevolge van bepaalde wanen. Bij eetstoornissen is naast een afwijkend eetpatroon sprake van uitgesproken ontevredenheid over uiterlijk en gewicht. Men spreekt zelfs van een gewichtsfobie. Dit onderscheidt deze aandoening ook van andere stoornissen waarbij gestoord eetpatroon centraal staat.
Meest voorkomende eetstoornissen zijn anorexia (weinig eten om het gewicht onder controle te houden) en boulimia nervosa (braken om het gewicht laag te houden).
Andere voorbeelden van eetstoornissen zijn obesitas, psychogeen braken, pica (buitensporig verlangen naar oneetbaar voedsel) en ruminatie (herkauwen).

[4] Psychiatrie: van diagnose tot behandeling, W Vandereycken en R van Deth, Bohn Stafleu van Loghum 2004

3.2.9 Seksuele stoornissen

Seksuele reacties manifesteren zich in subjectieve beleving, lichamelijke verschijnselen en bepaalde gedragingen. Deze verlopen volgens een vast patroon, de responscyclus:

1) Verlangen
2) Opwinding
3) Orgasme
4) Herstel

Bij een seksuele disfunctie verloopt een of meer fasen van de seksuele responscyclus herhaaldelijk niet naar wens. De oorzaak kan verschillend zijn. Bij de een is er een sterke vermindering van seksuele fantasieën, terwijl bij een ander de erectie uitblijft of snel weer verdwijnt.

3.2.10 Slaapstoornissen

Er zijn twee groepen slaapproblemen: parasomnieën en dyssomnieën. Bij parasomnie zijn er geen klachten over slapen of waken, maar treden abnormale verschijnselen of gedraging tijdens de slaap op, zoals nachtmerries en slaapwandelen. Tot de dyssomnië hebben alle betrekking op de hoeveelheid, kwaliteit of timing van de slaap en komen vaak voor als symptoom van andere psychiatrische aandoeningen.

3.2.11 Stoornissen in de impulscontrole

Tot deze groep behoren pathologische gokken (drang tot gokken), kleptomanie (drang tot stelen), pyromanie (drang tot brandstichten), periodieke explosieve stoornis (woede aanvallen) en trichotillomanie (drang tot haren uittrekken). Bij de impulscontrole stoornissen draait het om een onbedwingbare drang. Deze drang wordt nogal eens verward met de dwang die voorkomt bij de obsessieve-compulsieve of dwangstoornis. In tegenstelling hiermee worden de handelingen bij impulscontrole stoornissen niet uitgevoerd om angst en spanning te verminderen, maar gaat het om een bevrediging van de handelingen zelf. Bovendien blijkt de “cliënt” weinig of niet geneigd zicht ertegen te verzetten.

3.2.12 Persoonlijkheidstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen kenmerken zich door langdurige starre en onaangepaste denk- en gedragspatronen, die thuis en op het werk problemen veroorzaken. Meestal verloopt vooral de omgang met andere mensen moeizaam. De persoonlijkheidsverandering ten gevolge van een hersenletsel behoren niet tot de persoonlijkheidsstoornissen, maar tot de psycho-organische stoornissen.

3.3 NAH-plus

Er zijn verschillende soorten psychiatrische stoornissen. NAH-cliënten kunnen een gedeelte of helemaal van deze psychiatrische stoornissen erbij krijgen. Bij de laatste is er sprake van een dubbeldiagnose. Er wordt dan gekeken bij de cliënt wat de hoofdproblematiek is. Zo probeert men de begeleiding aan te passen bij de cliënt.

Naast NAH komt verslaving als problematiek naar voren. Deze NAH-cliënten hebben geen inzicht in hun problematiek. Waardoor ze geen reguliere hulpverlening van de verslaving kunnen krijgen. Ze hebben dus een aangepaste versie van hulpverlening nodig, om ook aan hun verslaving te werken. Niet alleen verslaving komt voor, maar ook bijvoorbeeld borderline of manisch-depressie.

Meestal is ook de vraag of de psychiatrisch stoornis voor de hersenletsel er was, of dat het er daarna is gekomen.

Deel 2
Onderzoeksresultaten

Hoofdstuk 4: Begeleiding

4.1. Inleiding hoofdstuk

In dit hoofdstuk komt naar voren hoe de aanmelding, intake en plaatsing over het algemeen verlopen. Vervolgens komt de manier van begeleiden binnen team Lelystad aan bod. Er zijn verschillende beroepsprofessionals binnen de stichting waar de cliënt mee te maken krijgt. Met wie de cliënt te maken krijgt, is eveneens in dit hoofdstuk uitgewerkt. Verder gaan we in op de verschillende factoren, die meespelen of iemand functioneert in de thuissituatie. Tot slot hebben we uitgewerkt wat ambulant begeleiders belangrijk vinden in het begeleiden van hun cliënten.

4.2 Aanmelding, intake en plaatsing

Om gebruik te maken van zorg, dient de cliënt een indicatie te hebben. Deze krijgt hij/zij van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ beoordeelt of de cliënt recht heeft op zorg via de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Wanneer de cliënt recht heeft op zorg, kan deze een voorkeursvoorziening aangeven. Elke voorziening heeft een code. Het CIZ weet welke AGB (Algemeen Gegevens Beheer) code bij die voorziening hoort. De indicatie, eventueel met de AGB code van de voorkeursvoorziening, wordt ingevoerd en digitaal verzonden naar het betreffende zorgkantoor. Wanneer er nog geen voorkeur voor een voorziening is gegeven, zoekt het zorgkantoor bij de indicatie een geschikte zorgaanbieder. Dit kan InteraktContour zijn. Wanneer een geschikte zorgaanbieder is gevonden, wordt de zorgtoewijzing naar die aanbieder gestuurd. In het geval van InterakContour komt de zorgtoewijzing bij het AZR-team terecht. AZR staat voor AWBZ brede Zorg Registratie. Zij zetten de gegevens in het cliëntregistratiesysteem. Vervolgens krijgt de plaatsingsfunctionaris uit die regio een melding, waarna deze de betreffende gegevens opzoekt in het cliëntregistratiesysteem.

De plaatsingsfunctionaris kijkt vervolgens naar de leeftijd van de cliënt, of de AGB code klopt en kijkt naar de gegevens die het CIZ bij de indicatiestelling genoteerd heeft. Er komt aan bod wat de problematiek, de zorgvraag en de grondslag van de cliënt is. Het kan bijvoorbeeld gaan om de grondslag LG (lichamelijke beperking) of Somatiek. Daarnaast bestaat er een eerste en tweede grondslag psychiatrie en de grondslag VG (verstandelijke beperking). NAH is overigens geen erkende grondslag. Gekeken wordt of InteraktContour de juiste zorgaanbieder voor de cliënt is.
De gegevens die het CIZ doorstuurt zijn nogal summier. Plaatsingsfunctionarissen hebben tot nu toe geen toegang tot verdere gegevens, waar het CIZ over beschikt.

De plaatsing kan vervolgens op verschillende manieren verlopen. Hieronder beschrijven wij er drie.

1. Wanneer uit het beetje informatie, die de plaatsingsfunctionarissen wel krijgen, blijkt dat er wellicht meer aan de hand is dan alleen een lichamelijke beperking of NAH, gaat men op zoek naar meer gegevens over de cliënt. Zo kan duidelijk worden dat er sprake is van een vastgestelde eerste of tweede grondslag psychiatrie of een verstandelijke beperking. Het CIZ kan ook psychiatrische problemen beschreven hebben. Daarnaast kan er sprake zijn van dementie of verslavingsproblematiek. Er wordt een akkoordverklaring naar de cliënt gestuurd.

Voor aanvullende gegevens van bijv. een revalidatiecentrum of huisarts, is namelijk een handtekening van de cliënt nodig. De cliënt vult in waar hij/zij onder behandeling is geweest. Wanneer duidelijk is, waar de cliënt terecht kan, wordt de aanmelding naar de betreffende voorziening gestuurd. Ook de cliënt krijgt een brief.

Momenteel is men bezig met 'implementatie van aanmeldingsfunctionaliteit', om digitaal toegang te kunnen krijgen bij onderzoeksgegevens van het CIZ. Zodat men eerder over de gewenste gegevens kan beschikken.

2. Wanneer uit het beetje informatie van het CIZ blijkt dat er geen sprake is van bovenstaande grondslagen en problemen en als het CIZ de grondslag LG of Somatiek vast heeft gesteld, kan er een versnelde procedure ingezet worden. In dat geval moet het gaan om het bieden van dagbesteding of ambulante begeleiding. Binnen deze 'quickscan' wordt er dus gekeken naar leeftijd, grondslag en de mogelijk dieper liggende problematiek. Lijkt in eerste instantie van dit laatste geen sprake te zijn, dan wordt de aanvraag direct doorgestuurd door de functionaris naar de betreffende voorziening.
   Bovenstaande is vorig jaar ingevoerd. Met als doel om de cliënt zo snel mogelijk door te sluizen naar de juiste plaats. Deze regeling is doorgevoerd, ondanks het feit dat er door de coördinator plaatsing en een gedragskundige aangegeven is dat hierdoor op kwaliteit ingeleverd wordt.

3. Wanneer er na het opvragen van meer informatie twijfels zijn over de vraag of InteraktContour de juiste begeleiding kan bieden, wordt er een multidisciplinair team bijeen geroepen. Dit is het afgelopen jaar ongeveer twee keer voorgekomen. Het team bestaat uit collega plaatsingsfunctionarissen en een gedragskundige. Het dossier wordt doorgenomen, waarna besloten wordt of de aanvraag afgewezen wordt, doorgestuurd wordt naar een voorziening binnen InteraktContour of doorgestuurd wordt voor een proefperiode. Na deze proefperiode volgt een rapport van de voorziening, waarna het multidisciplinaire team besluit wat er gaat gebeuren. Wanneer ervoor gekozen wordt om de zorg te stoppen, volgt er een advies over waar de cliënt wel terecht kan. Wanneer ook dit advies niet gegeven kan worden, gaat het geheel terug naar de afdeling zorgbemiddeling van het zorgkantoor.

Voorheen werd er standaard met elke cliënt een afspraak voor een intakegesprek gemaakt. Met iedereen een intakegesprek voeren leek echter niet zo zinnig, omdat er vanuit de deskundigheid van plaatsingsfunctionarissen besluiten genomen konden worden zonder een intakegesprek. Namelijk wanneer de cliënt duidelijk behoort tot de doelgroep en zich verder geen extra problemen lijken voor te doen.

Een intakegesprek wordt doorgaans door de plaatsingsfunctionaris alleen uitgevoerd. Hij/zij gaat altijd naar de cliënt toe. De intake verloopt op basis van een vragenformulier. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt. N.a.v. het verslag kan er een keus gemaakt worden; plaatsing of niet.
Bij twijfel kan de cliënt dus besproken worden met het multidisciplinaire team, waarna de knoop doorgehakt wordt (doorverwijzen, proef periode etc.).

Men is bezig met het maken van een evaluatie m.b.t. het invoeren van de 'quickscan'. Het feit dat men de cliënt zo snel mogelijk wil plaatsten heeft meerdere redenen. Ten eerste wil men de cliënt zo snel mogelijk de zorg bieden, waar het recht op heeft. Deze kan al drie tot vier maanden onderweg zijn voor er daadwerkelijk contact met een begeleider is. Ten tweede krijgt de stichting pas geld voor de cliënt, wanneer deze daadwerkelijk begeleid wordt. De werkzaamheden die bij de plaatsing komen kijken, leveren geen geld op en moeten dus zo snel mogelijk uitgevoerd worden.

4.2 Manier van begeleiden; het traject

De plaatsingsfunctionaris zorgt ervoor dat de gegevens van de cliënt terecht komen bij de coördinerend begeleider. De coördinerend begeleider zoekt een (geschikte) begeleider bij de cliënt, waarna het eerste gesprek gepland kan worden.
Tijdens de eerste gesprekken, gericht op kennismaking, dienen verschillende onderwerpen aan bod te komen. Deze onderwerpen staan weergegeven in de 'Checklist introductie cliënt ambulante begeleiding' afkomstig uit het kwaliteitshandboek van de stichting. Hieronder volgt een opsomming van deze checklist:

Te bespreken onderwerpen:

- Folder InteraktContour
- Folder Ambulante Begeleiding
- Folder vertrouwenspersoon (beleid seksualiteit)
- Grenzen aan de vraagsturing
- Privacyreglement (wijze van omgang met cliëntgegevens)
- Klachten cliënten/FOBO afgehandeld
- Deelnemersraad en Centrale CliëntenRaad (CCR)
- Inventarisatie levensgebieden besproken
- Organisatie Ambulante Begeleiding
  Verschillende functionarissen (+ rollen)
  Contactpersoon
- Zorgcyclus (evaluatiemomenten)

Formulieren:

- Gegevens cliënt
- Akkoordverklaring
- AWBZ-formulieren (voor zover van toepassing)
- Zorgverleningsovereenkomst Ambulante begeleiding

- Zorgverleningsreglement Ambulante begeleiding

De verschillende formulieren zijn ook te vinden in het Kwaliteitshandboek van de Stichting. Hierin staan voor uiteenlopende onderwerpen richtlijnen e.d. om de kwaliteit van de zorg binnen de Stichting te waarborgen.

Tijdens de eerste gesprekken wordt er met de cliënt gekeken naar zijn/haar hulpvraag. De tijd die hier voor nodig is varieert door de verschillende problematieken waar de ambulante begeleider mee te maken kan krijgen. Wanneer de cliënt en zijn hulpvraag in beeld zijn, wordt er een zorgplan opgesteld. Na drie maanden volgt een zorgplangesprek, waarin de afspraken gemaakt worden voor het komende jaar. Dit is vaak een eerste kennismaking met de gedragskundige.
De ambulant begeleider begeleidt de cliënt m.b.t. zijn/haar hulpvraag. De cliënt is in het bezit van een map, waar de voortgang van bezoeken in gerapporteerd wordt. Wat er gerapporteerd wordt, wordt met de cliënt besproken.

Wanneer de ambulant begeleider signalen opvangt, waarvan hij/zij niet weet wat te doen, kan dit besproken worden met collega's en de coördinerend begeleider. Blijkt dit niet voldoende te zijn, dan kan er een cliëntbespreking gepland worden, waar de gedragskundige en coördinerend begeleider bij aanwezig zijn. Hier volgen oplossingen/ tips uit. Elk half jaar is er sowieso een cliëntbespreking van de cliënt, waarin de voortgang wordt besproken. Tijdens deze besprekingen wordt ook gekeken of het kernprobleem NAH is. Wanneer er sprake is van NAH-plus wordt er gekeken hoe het gaat met de psychiatrische aandoening en of hier nog acties voor ondernomen dienen te worden. Wanneer de psychiatrische aandoening op de voorgrond komt te staan, wordt er gekeken hoe men verder gaat. Daarbij kijkt men binnen het ambulante team of de zorg geboden kan worden die nodig is.

Naast zaken, die in de map bij de cliënt gerapporteerd worden, is er geen rapportagesysteem binnen het team. Begeleiders kunnen er overigens wel voor kiezen om aantekeningen te maken over het bezoek. Ter voorbereiding op de cliëntbespreking wordt de voortgang gerapporteerd. Voor de halfjaarlijkse evaluaties is een formulier beschikbaar.
Wanneer tijdens een cliëntbespreking duidelijk wordt dat de psychiatrische aandoening en/of verslaving meer aandacht vraagt, probeert de ambulant begeleider de cliënt te bewegen om samen actie te ondernemen. Omdat de hulpverlening op vrijwillige basis is, kan de cliënt hier niet toe gedwongen worden. Er wordt bijvoorbeeld actie ondernomen door contact op te nemen met de huisarts en vervolgens met een instelling gericht op psychiatrische zorg/ verslavingszorg. Dit gebeurt overigens nooit zonder toestemming van de cliënt. Er wordt zoveel samen met de cliënt actie ondernomen.

4.3 Functies en taken

Verschillende mensen binnen de stichting krijgen te maken met de cliënt, waaronder de plaatsingsfunctionaris, coördinerend begeleider, gedragskundige, het hoofd van het ambulante team en de ambulant begeleider. Onder het kopje 'Aanmelding, intake en plaatsing' is al naar voren gekomen hoe

het werk van de plaatsingsfunctionaris eruit ziet. In de daarop volgende paragraaf is het werk van de ambulant begeleider uitgewerkt. De ambulant begeleider komt bij de cliënt thuis en heeft dus het meeste contact met de cliënt. Daarnaast is er binnen het team een coördinerend begeleider, die o.a. nieuwe cliënten koppelt aan ambulant begeleiders, begeleiders helpt in hun vragen zowel m.b.t. de begeleiding van de cliënt, als op organisatorisch niveau. De coördinerend begeleider houdt in de gaten hoe de begeleiding aan de cliënten verloopt en kijkt waar binnen het team vraag naar is. Hier probeert zij vervolgens wat voor te regelen. Hierbij valt te denken aan het inpassen van intervisiemomenten of het uitnodigen van een deskundige van buitenaf. De coördinerend begeleider heeft overzicht in wat er gaande is.

Elk team heeft contact met een gedragskundige binnen de stichting. Deze is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en de zorgplannen. De gedragsdeskundige denkt mee in het begeleidingsproces en geeft advies.
Het hoofd is eindverantwoordelijke en komt aan bod bij problemen. Zij is van verschillende ingewikkelde casussen op de hoogte via de coördinerend begeleider en voert de moeilijk gesprekken met cliënten. Een voorbeeld van een moeilijk gesprek is wanneer de cliënt uit de zorg gezet wordt.

4.4 Oog voor verschillende factoren

Hersenletsel kent veel verschillende gevolgen en daarmee ook verschillende problemen die iemand met hersenletsel tegen kan komen. Uit het gesprek met de gedragskundige kwam naar voren dat er daarnaast nog veel factoren zijn, die meespelen hoe iemand functioneert in de thuissituatie. Een cliënt kan naast zijn letsel bijv. een verstandelijke beperking, een psychiatrisch probleem hebben of verslaafd zijn. Tevens valt te denken aan invloed van omgeving, contacten, manier van leven en andere hulpverleners. De omgeving van de cliënt speelt een belangrijke rol in de manier waarop de problemen ervaren worden en eventueel deels met de omgeving opgelost kunnen worden. Ook het karakter van de cliënt kan van invloed zijn. Karaktertrekken van de cliënt kunnen door het letsel versterkt of juist verzwakt worden. Het kan zo zijn dat een cliënt voor zijn NAH bijvoorbeeld al weinig ondernam. Na het letsel lijkt hij helemaal geen actie meer te kunnen ondernemen en is zo erg passief.

Bovenstaande maakt deze doelgroep tot een complexe en diverse doelgroep. Hierdoor verschilt de hulpvraag en manier van begeleiden per cliënt. Zo kan een bezoek wekelijks zijn, maar ook één keer in de twee weken. Het bezoek kan gericht zijn op het bijhouden van de administratie, het helpen bij het verwerken van een vervelende gebeurtenis, bijv. het ongeluk of een scheiding, zoeken naar een geschikte woonplek of dagbesteding, het ontlasten van andere leden van het gezin etc.

4.5 Het begeleiden van NAH en NAH-plus binnen team Lelystad

Tijdens de gesprekken met ambulante begeleiders zijn we niet ingegaan op methoden en methodieken, die gebruikt worden. Wel hebben we gevraagd wat zij belangrijk vinden in het begeleiden van hun cliënten. Onderstaande punten kwamen naar voren:

- De informatieverwerking bij de cliënt kan trager verlopen dan bij iemand zonder hersenletsel. Daardoor duurt het langer om de cliënt iets te leren. Dit vraagt meer tijd en geduld van de begeleider. Het tempo moet aan de cliënt aangepast worden.
- Het is belangrijk om de cliënt serieus te nemen in zijn/haar beleving. Het kan voorkomen dat deze verschilt van die van de begeleider.
- Het is van belang om er voor de cliënt te zijn, te luisteren naar de cliënt en voor de cliënt relativeren.
- De begeleider moet concreet zijn.
- De begeleider moet structuur bieden. Cliënten met NAH kunnen dit niet altijd zelf meer.
- Voor sommige cliënten is het belangrijk om vertrouwen op te bouwen.
- De cliënt moet positieve ervaringen op kunnen doen. Het komt regelmatig voor dat een cliënt een tijd lang overvraagd is, dit moet herstellen.

Hoofdstuk 5: Begeleiding andere ambulante teams

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is al uitgelegd wat de normale gang van zaken is m.b.t. de aanmelding, intake en plaatsing. Ook de manier van begeleiden binnen team Lelystad is ter sprake gekomen. Tijdens de gesprekken met andere ambulante teams kwam naar voren dat de aanmelding niet overal hetzelfde verloopt. Tevens verschillen sommige teams in hun manier van begeleiden. Deze gegevens hebben ons gebracht tot het maken van dit hoofdstuk.

5.2 Aanmelding; Team Twente (Deventer en Nijverdal)

In Deventer en Nijverdal is de laatste tijd een terugslag van aanmeldingen geconstateerd. Ook wordt aangegeven, dat de stichting bij mogelijke cliënten en hun omgeving niet zo bekend is. Naast Stichting InteraktContour kan de cliënt nog bij twee andere organisaties terecht. Om ervoor te zorgen dat de aanmeldingen wel blijven komen, biedt de stichting, naast zich te richten op PR, hulp aan bij het aanvragen van een indicatie. De coördinerend begeleiders bieden deze hulp. In dit opzicht verschilt de aanpak van andere ambulante teams. Op deze manier kunnen zij al inschatten hoeveel tijd deze cliënt gaat kosten, wat de zwaarte van de zorgvraag is, wie er eventueel geschikt voor is en hoe dit in te passen valt. Vervolgens gaat de aanvraag naar het CIZ, waarbij InteraktContour als voorkeursvoorziening aan wordt gegeven. Vanuit het CIZ gaat het weer naar het betreffende zorgkantoor. Van daaruit komt het weer binnen de stichting terecht en controleert de plaatsingsfunctionaris de ondernomen stappen van de coördinerend begeleider. Dit heeft als voordeel dat de coördinerend begeleider weet wat hem/haar te wachten staat, zodat hij/zij hierop in kan spelen.

5.3 Kennismakingsgesprek; Team Hengelo

In hoofdstuk 3 werd al beschreven dat de plaatsingsfunctionaris ervoor zorgt dat de gegevens van de cliënt terecht komen bij de coördinerend begeleider en dat de coördinerend begeleider vervolgens een (geschikte) begeleider bij de cliënt zoekt. In dat geval plant de ambulant begeleider een kennismakingsgesprek met de cliënt. Binnen team Hengelo voert de coördinerend begeleider het eerste gesprek met de cliënt. Dit heeft als voordeel dat ze haar ambulante begeleiders beter kan coachen en adviseren. Ze kent immers de cliënt. Het lezen van voortgangsrapporten is begrijpelijker, omdat je weet over wie het gaat. Zij bespreekt ook de hulpvraag met de cliënt. Vervolgens wordt er een geschikte begeleider gezocht.

5.4 Intervisie; Andere teams

Binnen andere teams wordt er tijd vrij gemaakt om obstakels in de begeleiding te bespreken en te kijken naar die signalen, waar de ambulant begeleider haar vraagtekens bij heeft. Dit gebeurt in de vorm van intervisie. Binnen team Lelystad is nog geen sprake van intervisie.

5.5 Competentiegericht begeleiden; Team Harderwijk en Teams Zwolle

Tijdens de gesprekken zijn methoden en methodieken weinig ter sprake geweest. Alleen de twee teams binnen Zwolle en Team Harderwijk werken volgens een methodiek, namelijk het 'competentiegericht begeleiden'. De methode, die oorspronkelijk binnen de jeugdzorg wordt gebruikt, is vertaald naar het werk binnen de gehandicaptenzorg. Het hoofd van deze drie teams geeft aan dat de methodiek handvaten biedt en winst in kwaliteit oplevert. Het model biedt niet alleen handvaten voor de ambulant begeleider, maar ook voor de coördinerend begeleider, het hoofd van de instelling en de gedragskundige. Deze is, zoals eerder al beschreven, namelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Nieuwe medewerkers draaien mee in een cursus competentiegericht begeleiden. Het gaat hier echter om enkele bijeenkomsten, waar veel tijd tussen zit. Het is nu de vraag of er een opleidingsplan voor gemaakt kan worden. Daarnaast leert de nieuwe medewerker nu (tussen de cursusdagen door) met name van de coördinerend begeleider en andere medewerkers. Wanneer iemand een onderdeel van het competentiegericht werken kwijt is, wordt hij/zij hierin gecoacht. Door deze manier van werken weten instanties InteraktContour te vinden met een enorme toeloop van cliënten tot gevolg. Zo zijn zij ook bekend bij revalidatiecentra en re-integratiebedrijven. Alle nieuwe medewerkers geven aan dat het veel houvast biedt. Medewerkers zeggen dat ze hier het meest aan gehad hebben. Deze methodiek lijkt niet af te brokkelen. Tijdens cliëntbesprekingen/ intervisie wordt er gekeken hoe de medewerker gebruik heeft gemaakt van het competentiemodel en of er evt. iets over het hoofd heeft gezien.

Binnen het competentiegericht werken horen o.a. casemanagement, intervisie en 'teach-the-teacher'. Wanneer er een nieuwe cliënt aangemeld is, wordt er direct geïnventariseerd welke hulpverleners er bij de cliënt betrokken zijn. De ambulant begeleider neemt het initiatief om die hulpverleners bij elkaar te zetten. Hier is sprake van casemanagement. In 80% van de gevallen blijft de ambulant begeleider de casemanager. Wanneer het psychiatrische probleem op de voorgrond komt te staan, heeft het RIAGG of RIBW het casemanagement. Er is dus sprake van afstemming met bijv. het RIAGG. Bij 'teach-the-teacher' delen medewerkers hun expertise op een bepaald gebied met elkaar. Een medewerker die bekend is met het begeleiden van cliënten met een verslaving kan een ander helpen door tips te geven of een keer mee te gaan naar de cliënt.

Er wordt nog niet binnen de hele stichting op deze manier gewerkt. In het gesprek met team Zwolle kwam naar voren dat dit komt door de hoge kosten om het stichtingsbreed uit te zetten. Team Zwolle nam deel aan een pilot, waardoor daar al wel op die manier gewerkt wordt. Voorlopig wordt er eerst nog een nieuwe pilot gevoerd.
In hoofdstuk 10 gaan we verder in op de inhoud van deze methodiek.

Hoofdstuk 6: Samenwerking met andere instellingen

6.1 Inleiding

Bij NAH-plus hebben we het over niet aangeboren hersenletsel met een psychiatrisch stoornis. Stichting InteraktContour heeft veel kennis en expertise in NAH, maar hoe zit het dan met de psychiatrische kant? Deze expertise haalt Stichting InteraktContour extern. Verschillende ambulante teams werken samen met andere instellingen om cliënten met NAH-plus beter te begeleiden.
In dit hoofdstuk komt naar voren welke instellingen Ambulante Team Lelystad kan samenwerken om haar cliënten met NAH-plus beter te begeleiden.

6.2 Mogelijke samenwerkingsinstellingen

- GGz Meerkanten

Meerkanten is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg bedoeld voor mensen die wonen op de Noord-West Veluwe of in Flevoland. Op 1 januari 2000 is Meerkanten ontstaan door een fusie tussen psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk, Riagg Flevoland, Riagg Noord Veluwe en Ribw Noord- en West-Veluwe.
Inmiddels is in Lelystad nieuwe huisvesting voor geestelijke gezondheidszorg in gebruik.

Meerzicht, regionaal centrum GGz
Gordiaandreef 91
8233 AC Lelystad
Telefoon: 0320-284900
Fax: 0320-284902
E-mail: meerzicht@meerkanten.nl

- Triade

Kinderen en volwassenen die leven met een verstandelijke, meervoudige, sociale of psychiatrische beperking staan centraal bij Triade. Zij bieden hen zorg en ondersteuning bij alle aspecten van hun leven. De vraag van de cliënt is daarbij altijd het uitgangspunt.

Triade
Waagstraat 1
8232 DZ Lelystad
Telefoon: 0320 28 09 25
E-mail: info@triade-flevoland.nl

- Kwintes: sterk in de samenleving

Kwintes is een organisatie in de geestelijke gezondheidszorg, ondersteunt en begeleidt mensen met langdurige psychische problemen. Doel is dat cliënten met de steun van Kwintes naar

tevredenheid een eigen leven kunnen leiden en sterker in de samenleving kunnen staan. Kwintes biedt informatie en advies, begeleiding aan huis, beschermd wonen en dagbesteding.

Kwintes
De Meent 2/B
8224BR Lelystad
Telefoon: 0320-292000
Email: info@kwintes.nl

- MEE IJsseloevers

MEE IJsseloevers biedt informatie, advies en ondersteuning aan mensen met een beperking of chronische ziekte. Zij kunnen de cliënten terzijde staan bij vragen op het gebied van aanpassingen tot ziekte. Voor jong en oud. Voor direct betrokkenen, maar ook voor de ouders of verzorgers. Te denken valt aan een juridisch adviseur.

MEE IJsseloevers
Noorderwagenplein 6 - 4e etage
8223 AL Lelystad
Telefoon: 0320 29 01 11
Email: infolelystad@meeijsseloevers.nl

- Stichting Schuldhulpverlening Flevoland

Instantie waar ze cliënten kunnen helpen met financiële schulden.

Stichting schuldhulpverlening Flevoland
Dukaatpassage 141
Brondsweg 7
8211 AL Lelystad
Telefoon: Tel. 0320 - 213 688
Email: info@schuldhulpflevoland.nl

6.2 Samenwerkingsinstellingen van andere ambulante teams

In totaal heeft Stichting InteraktContour zeven ambulante teams. We hebben in totaal vijf ambulante teams benaderd. Elk team vertelde dat ze samenwerkten met verschillende instellingen. Hieronder is beschreven welk team met welke instellingen samenwerkt.

- Noord Veluwe (Harderwijk):
    - Tactus verslavingszorg
    - Meerkanten Harderwijk (GGZ)
    - Versalius Utrecht

- West Overijssel (Zwolle)
    - RIBW Zwolle (De RIBW IJssel-Vecht is een onderdeel van de RIBW Groep Overijssel en staat voor Regionale Instelling voor Begeleiding bij Wonen, Werken en Welzijn in de regio Noordwest-Overijssel. We begeleiden mensen met een psychiatrische of psychosociale beperking die om verschillende redenen niet zelfstandig kunnen deelnemen aan de samenleving)
    - Dimence (Op 31 mei 2008 zijn Adhesie GGZ, RIAGGz over de IJssel (Riagg IJsselland en Riagg Zwolle) en Zwolse Poort gefuseerd)

- Twente (Nijverdal en Deveter)
    - Tactus verslavingszorg
    - Mediant (geestelijk gezondheidszorg)
    - Isis Eerste Lijns Psychologie
    - Stadsbank (schuldhulpverlening)
    - MEE

- Twente (Hengelo)
    - Tactus Verslavingszorg
    - Mediant

Hoofdstuk 7: Oorzaken

7.1 Inleiding op het hoofdstuk

In de inleiding gaven we al aan dat het voor een structurele oplossing van belang is om kennis te hebben van de oorzaken van het ervaren probleem. Wanneer de oorzaken bekend zijn, kan er immers naar oplossingen gezocht worden. Om hier achter te komen hebben we allereerst gesprekken gevoerd met de ambulant begeleiders van Team Lelystad. Vervolgens hebben we de gedragsdeskundige, coördinator plaatsing, de coördinerend begeleiders en het hoofd van Ambulante dienstverlening van de teams Zwolle en Harderwijk gesproken. We hebben twee vragen gesteld om de oorzaken in beeld te krijgen, namelijk;

1) Waar loop je in de begeleiding van je cliënten met NAH-plus tegenaan? (We hebben de vraag op deze manier aan de ambulant begeleiders gesteld. Aan de andere stelden we de vraag als volgt; Welke problemen worden er in de begeleiding van cliënten met NAH-plus ervaren.)
2) Hoe komt het dat men nog niet voldoende kan voorzien in de noden en behoeften van cliënten met NAH-plus?

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen is een inventarisatie gemaakt, die we hieronder weergeven.

7.2 Inventarisatie problemen binnen AD Lelystad

Van de vijftien ambulant begeleiders waar team Lelystad uit bestaat, hebben we zes begeleiders bereid gevonden voor een gesprek. Van één begeleider hebben we wegens omstandigheden schriftelijk antwoord op de vragen gekregen, waarmee we op een totaal van zeven ondervraagden komen. We hebben de ervaren problemen in twee groepen kunnen delen, namelijk; kennis en screening/plaatsing. Hieronder volgen de resultaten.

Kennis

Tijdens vier gesprekken is aangegeven dat de begeleider weinig kennis heeft m.b.t. het psychiatrische component, oftewel de ‘plus’. Benoemd is dat het effect van middelengebruik op NAH niet duidelijk is, evenals het effect van langdurig middelengebruik. Ook is niet duidelijk welk gedrag voortkomt uit het hersenletsel en welk gedrag veroorzaakt wordt door een psychiatrische aandoening. Dit overlapt elkaar.

Eén van de ambulant begeleiders gaf aan dat nieuwe medewerkers tijdens het inwerken wellicht onvoldoende informatie mee krijgen over psychiatrische problematieken. De collega, die de nieuwe medewerker inwerkt, geeft wel wat informatie, maar er is geen sprake van voorlichting op dat gebied. Tot slot is met betrekking tot dit onderdeel aangegeven, dat niet duidelijk is of en zo ja waar er binnen de stichting informatie gevonden kan worden m.b.t. psychiatrie en middelenmisbruik.

Screening/plaatsing

Twee keer is aangegeven, dat bij cliënten informatie ontbreekt vanuit vorige (opname)instellingen, waardoor de achtergrond van de cliënt niet helder is. De informatie schijnt summier, eenzijdig en onvolledig te zijn. Ook is vooraf (of enige tijd later) niet duidelijk in beeld wat cliënten gebruiken aan drugs en drank.

7.3 Inventarisatie problemen andere ambulante teams

Stichting InteraktContour kent acht teams ambulante dienstverlening, namelijk; team Lelystad en Noordoostpolder, team Almere, teams Zwolle (twee keer), team Nijverdal, team Deventer en team Hengelo. Team Almere hebben we wegens omstandigheden buiten beschouwing gelaten. Er bleven daarom zes teams over om te benaderen. Omdat team Zwolle nog maar kort op is gesplitst en omdat tijdens het gesprek ook het hoofd van beide teams aanwezig was, hebben we niet de coördinerend begeleider van het tweede team gesproken. Verder heeft iedere coördinerend begeleider medewerking verleend, waar vier gesprekken uit voortgekomen zijn. Het zijn vier gesprekken geworden, omdat team Deventer en Nijverdal dezelfde coördinerend begeleider hebben. Hieronder de resultaten. Naast de oplossingen onder te verdelen in de groepen kennis en screening/plaatsing, is er tijdens deze gesprekken nog een andere groep ontstaan, namelijk samenwerking.

Kennis

Van de vier gesprekken is drie keer aangegeven, dat zij niet de deskundigheid m.b.t. verslaving en psychiatrie hebben. Men komt regelmatig cliënten met een verslaving of depressie tegen. Ook agressiviteit naar familieleden en ambulante begeleiders komt regelmatig voor. Een belangrijke vraag is, hoe met deze aandoeningen omgegaan dient te worden. Zowel in Hengelo, als Deventer/Nijverdal is aangegeven dat het gebrekkig ziekte-inzicht van cliënten als een probleem gezien kan worden. Het maakt namelijk o.a. dat cliënten niet inzien dat er iets zou moeten veranderen. Daar komt bij dat de doelgroep heel divers is. Dat maakt dat de ambulant begeleider veel verschillende aandoeningen tegenkomt, die verschillend begeleid moeten worden. Verder is benoemd dat de grens in wat wel en niet begeleidbaar is, niet duidelijk is.

Naast dat er dus aangegeven wordt, dat deskundigheid op het gebied van verslaving en psychiatrie ontbreekt, is ook aangegeven, dat medewerkers wellicht te weinig expertise zoeken bij het hoofd, andere begeleiders en organisaties.

Screening/plaatsing

Tijdens één gesprek is duidelijk benoemd dat voorinformatie over de cliënt ontbreekt. Het enige wat er dan is, is een ‘verificatiedocument’ van de plaatsingsfunctionaris. De informatie die hierin staat is summier. Tijdens enkele andere gesprekken is de plaatsing wel ter sprake geweest, maar is de kleine hoeveelheid informatie niet als probleem benoemd. Ook weinig tijd per cliënt door een grote caseload kan gezien worden als probleem.

Samenwerking

Tijdens de vier gesprekken is duidelijk naar voren gekomen dat de manier waarop de samenwerking met andere instellingen verloopt, nogal verschilt. In Zwolle en Hengelo loopt de samenwerking goed. In Deventer/Nijverdal ervaart men strubbelingen met de intake die ook bij cliënten met NAH-plus plaatsvindt. Het loopt daar nu stuk door gebrek aan kennis m.b.t. NAH bij de andere partij. Ook in Harderwijk loopt het nog niet gewenst. In het verleden is er wel contact gezocht met Meerkanten GGz om een samenwerkingsverband aan te gaan. Dit is echter niet van de grond gekomen. De enige

manier waarop beide partijen met elkaar in aanraking komen is als een cliënt doorverwezen wordt naar Meerkanten. In één van de gesprekken is aangegeven, dat de cliënt door zijn NAH niet overal terecht kan. Dit schijnt met name een probleem binnen de psychiatrie te zijn. Geen goede samenwerking wordt door elk team gezien als oorzaak voor het feit dat de begeleiding nog niet optimaal verloopt.

7.4 Inventarisatie problemen gedragskundige

Stichting InteraktContour beschikt over een team gedragskundigen, die allemaal een aantal voorzieningen onder hun hoede hebben. Wij hebben een gesprek gevoerd met de gedragskundige van o.a. team Lelystad. Zij is tevens coördinator van het team gedragskundigen.

Kennis

Allereerst is de complexiteit van de problematiek een probleem. Dit maakt dat er gebrek aan kennis is m.b.t. het begeleiden van het 'plus'-component. De vraag is volgens de gedragskundige ook of je dit moet kunnen en moet willen. Daarnaast is er het gevaar dat men zich binnen de voorziening (en ook andere hersenletselvoorzieningen) focust op het hersenletsel en weinig doet aan een andere stoornis/verslaving. Wanneer dat gebeurt wordt dit laatste in stand gehouden. Ook binnen de verslavingszorg en psychiatrie is sprake van het focussen op dat wat ze kennen/ weten. Dit is een valkuil.

Screening/plaatsing

Ook tijdens dit gesprek is aangegeven, dat de cliënt niet helder in beeld is. De voorinformatie is eenzijdig en onvolledig. Daardoor is er in het begin geen adequate hulp. Kennis m.b.t. signalering is daar een onderdeel van.

Samenwerking

Een probleem in de samenwerking met voorzieningen binnen de psychiatrie en verslavingszorg is dat een cliënt met de diagnose NAH vrijwel niet terecht kan binnen reguliere instellingen binnen verslavingszorg.

7.5 Inventarisatie problemen coördinator plaatsing

Stichting InteraktContour heeft ook een team van plaatsingfunctionarissen. Zoals bovenstaand kopje het al aanduidt, hebben we een gesprek gevoerd met de coördinator van dit team.

Kennis

M.b.t de groep kennis is ook hier aangegeven dat de expertise op het gebied van psychiatrische aandoening ontbreekt. De kennis hangt te veel af van de individuele begeleider, die toevallig kennis heeft op het gebied van psychiatrie.

Screening/plaatsing

De plaatsingsfunctionaris gaf tijdens het gesprek aan dat er binnen team ambulant een wachtlijst is. Dit vindt hij geen goede zaak. Het zorgt namelijk voor een negatief beeld van de werkwijze binnen InteraktContour. Ook duurt het te lang voordat een cliënt toegewezen is aan een ambulant begeleider. Verder is ter sprake gekomen dat er na een half jaar problematieken naar boven kunnen komen, die ten tijde van de plaatsing niet zichtbaar waren.
Verder is tijdens het gesprek gesproken over mismatches. Een mismatch wordt volgens hem hoogst zelden gemaakt. Door de versnelde procedure is de kans op een mismatch toegenomen. Of dat ook daadwerkelijk het geval is, moet uit de evaluatie blijken, die binnenkort uitgevoerd wordt.

Samenwerking

Er is nog niet genoeg samenwerking met andere voorzieningen. Het knelpunt zit hem volgens de coördinator plaatsing in de manier van indicering en financiering. Bij het aangaan van een samenwerkingsverband binnen de ambulante begeleiding, krijgt maar 1 organisatie het recht om geld van het zorgkantoor te vragen.

Voor een opsomming van bovenstaande gegevens verwijzen we naar het adviesrapport, dat wij na dit onderzoek gemaakt hebben.

Hoofdstuk 8: Mogelijke oplossingen

8.1 Inleiding

Net zoals in elk gesprek gesproken is over de oorzaken, hebben we de geïnterviewden gevraagd naar oplossingen. Om achter mogelijke oplossingen te komen, hadden we vooraf drie vragen opgesteld, namelijk;

1) Wat wordt er ondernomen om de problemen, die ervaren worden, op te lossen?
2) Is dit voldoende? Zo nee, wat zou je veranderd willen zien?
3) Hoe kan de stichting voorzien in de noden en behoeften van cliënten met NAH-plus?

In dit hoofdstuk zijn alle genoemde mogelijke oplossingen verwerkt. In deel vier van dit onderzoeksverslag hebben we een selectie op de oplossingen gemaakt, die wij aandragen om het probleem op te lossen. Ook in dit hoofdstuk zullen eerst de uitkomsten van de gesprekken binnen het team aan bod komen en vervolgens de uitkomsten van gesprekken met de andere teams, de coördinator plaatsing en gedragskundige.

8.2 Inventarisatie oplossingen AD Lelystad

Eén van de oplossingen die gegeven is, is goed screenen. Aangegeven werd, dat wanneer er meer informatie voorhanden is, dit gebruikt kan worden om beter en sneller op de situatie in te spelen. Het is helpend als duidelijk op papier staat met wie de begeleider te maken krijgt. Bepaalde valkuilen waar de ambulant begeleider nu instapte, hadden achteraf gezien niet gehoeven. Over de haalbaarheid van deze oplossing, als je iemand snel wil plaatsen, werd getwijfeld. Het zou ook helpend zijn als er meer duidelijkheid zou zijn m.b.t. het middelenmisbruik. Als duidelijk is wat een cliënt gebruikt en hoeveel ongeveer, kan het gedrag van een cliënt mogelijk beter verklaard worden. Ook zicht hebben op andere problematieken is geopperd .
Informatie over signaleren en wat te doen na het signaleren werd ook gezien als een factor voor verbetering. Ook het op tijd opvangen van signalering is benoemd, kijken wat er in de basis aan de hand is. Om signalen op te kunnen vangen is kennis m.b.t. signalen nodig.

Men acht kennis m.b.t. NAH en psychiatrie (verslaving rekenen wij hier ook onder) van belang. De ambulante begeleiders dienen getraind te worden in de ‘plus’. Dit kan door cursussen aan te bieden of de mogelijkheid te bieden tot bijscholing. Als voorbeeld werd een collega genoemd die net een module verslavingskunde achter de rug heeft. Deze collega kan haar kennis m.b.t. verslaving doorgeven aan collega’s (teach-the-teacher). Aangegeven werd dat scholing niet van buitenaf geregeld hoeft te worden. Intern is er namelijk ook veel aanwezig. Hier zou een inventarisatie voor gemaakt kunnen worden. Een andere mogelijkheid is om tijdens de NAH-cursus meer aandacht te besteden aan NAH-plus. Door meer kennis over de ‘plus’ te hebben, voorkomt men dat bijkomende aandoeningen buiten beschouwing worden gelaten.

Verder is intervisie aangegeven als verbeterpunt, zodat men kan leren van collega's. Ook het instellen van een casemanager is ter sprake gekomen. Op deze manier kan er voor gezorgd worden dat de begeleiding op elkaar aansluit. Tot slot werd 'stoom afblazen' met collega's genoemd.
Het kunnen bespreken van problemen/ obstakels tijdens cliëntbesprekingen met de coördinerend begeleider en gedragskundige, wordt als helpend ervaren. Medewerkers zijn hier tevreden over en vinden dat dit moet blijven.

8.3 Inventarisatie oplossingen andere ambulante teams

Samenwerking met instellingen binnen de GGz en verslavingszorg wordt door elke coördinerend begeleider aangegeven als belangrijke oplossing. Het voordeligst is om contacten te leggen met instellingen die naast kennis over verslaving of psychiatrie ook kennis van NAH hebben. Deze instellingen blijken er echter weinig te zijn. Met de teams is gesproken over de moeilijkheid van het leggen van goede samenwerkingsverbanden. Op de plaatsen waar dit wel loopt, blijken contacten met één à twee contactpersonen te zijn of zijn er medewerkers die eerst binnen de psychiatrie en/of verslavingszorg hebben gewerkt. Ook zij zijn op de hoogte van de gang van zaken en hebben contacten. Samenwerking vraagt dus om het leggen van contacten met één tot enkele personen. Daarnaast kunnen er ook contacten gelegd worden met thuiszorgorganisaties en/of schuldhulpverlening. Contacten met bijv. een thuiszorgorganisatie in combinatie met een voorlichting, maakt dat er eerder gesignaleerd kan worden als er hulp in een gezin nodig is.

Door twee teams is de methodiek competentiegericht werken aangeraden. Zoals in hoofdstuk 4 al naar voren kwam blijkt de methodiek handvatten te bieden voor de ambulant begeleider, coördinerend begeleider, het hoofd van de instelling en de gedragsdeskundige. Het biedt niet alleen handvatten voor het begeleiden van de cliënt, maar ook voor het coachen van een ambulant begeleider. Wanneer iemand een onderdeel van het competentiegericht werken kwijt is, wordt hij/zij hierin gecoacht. Eén van de teams van Zwolle gaf aan dat het een enorme toeloop van cliënten tot gevolg had. Alle nieuwe medewerkers geven binnen de teams uit Zwolle aan dat het veel houvast biedt. Medewerkers zeggen dat ze hier het meest aan gehad hebben. Het werken volgens de methodiek lijkt niet te verslappen. Tijdens cliëntbesprekingen/ intervisie wordt er gekeken hoe de medewerker gebruik heeft gemaakt van het competentiemodel en of er evt. iets over het hoofd heeft gezien.

Binnen Team Nijverdal en Deventer wordt aangegeven dat competentiegericht werken een overzichelijke methode is. De voortgang m.b.t. de hulpvraag en de voortgang van de begeleiding zijn beter zichtbaar. Het resultaat is beter toetsbaar.
Zoals ook al in hoofdstuk 4 naar voren kwam, zijn casemanagement, intervisie en teach-the-teachter methodes binnen het competentiegericht werken. We zijn met enkele teams verder ingegaan op intervisie en de tijd die het kost. Eén van de teams gaf aan dat er tijd voor intervisie vrij gemaakt kan worden door de organisatorische vergadering in te korten.
M.b.t. het competentiegericht werken is verder nog aangegeven dat het geïntegreerd zou moeten worden in de NAH-cursus.

Ook het richten op kennisvermeerdering is als verbeterpunt aan bod gekomen. Hiervoor zou de stichting cursussen/trainingen aan kunnen bieden. Dit is twee keer naar voren gekomen.

Verder is er verteld over een overleg dat er tussen de verschillende coördinerend begeleiders binnen de stichting bestond. Dit is naar de achtergrond verdwenen en zou weer opgezet moeten worden.
Tot slot is aangegeven dat mensen gericht doorverwezen dienen te worden, dat men op het goede moment in moet grijpen en dat er meer duidelijkheid zou moeten zijn over de grenzen van de zorg.

8.4 Inventarisatie oplossingen coördinator plaatsing

Ook de coördinator plaatsing gaf samenwerking met andere instanties als oplossing aan. Verder gaf hij aan dat leidinggevenden zich, nadat een begeleider deel heeft genomen aan de NAH-cursus, meer moeten richten op de coaching. De leidinggevende zou veel directer moeten begeleiden op het omgaan met de cliënten. Het hoofd zou meer de coach moeten zijn, om te zorgen dat dat wat geleerd is, daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Hij sprak verder over het feit dat er meer differentiaties in de zorg moeten zijn, zoals een speciale woonvorm alleen voor mensen met NAH-plus. Net zoals er nu al een woonvorm alleen voor jongeren is.
Tevens gaf hij aan waarde te hechten aan een oplossingsgerichte instelling.

8.5 Inventarisatie oplossingen gedragskundige

Helaas hebben we door gebrek aan tijd niet genoeg over mogelijke oplossingen kunnen praten met de gedragskundige. Dit is dus niet een volledige weergave. Wat meer aan bod komt in dit onderdeel, is wat zij belangrijk vindt in de begeleiding. De gedragskundige gaf aan dat het belangrijk is om kritisch te kijken naar wat het kernprobleem is. Is de NAH het kernprobleem, of de bijkomende aandoening? Bij NAH-plus is de NAH het kernprobleem met bijkomend een verslaving/ psychiatrische aandoening. In de praktijk komt ook voor dat later blijkt dat een verslaving of psychiatrische aandoening een grotere rol gaat spelen. Dit vraagt ook begeleiding op dat vlak. Kritisch kijken zorgt er dus voor dat een ander probleem ook erkend wordt, zodat er wat aan gedaan kan worden. Daarbij is het belangrijk om kritisch te kijken naar wat je aan het doen bent. Welk gedrag vertoont de cliënt. Gedragingen moeten in een breder kader geplaatst worden. Er moet rekening gehouden worden met invloeden van andere beperkingen en factoren die het gedrag van de cliënt beïnvloeden.

Verder is er meer aandacht gewenst voor het opvragen van dossierinformatie. Momenteel is de cliënt niet helder in beeld en daardoor is er niet direct adequate hulp.
Ook kennis speelt een belangrijke rol in het verlenen van adequate hulp.

Ook voor een opsomming van gegevens uit dit hoofdstuk, verwijzen wij naar het adviesrapport.

Deel 3

Verdieping

Hoofdstuk 9: Intervisie

9.1 Inleiding

De term intervisie wordt nogal eens in verschillende betekenissen gebruikt. Bijvoorbeeld samen oplossingen zoeken voor werkproblemen, uitwisselen van ervaringen of elkaar helpen bij het oplossen van problemen.
Onder intervisie verstaan wij: een specifieke werkvorm om systematisch te reflecteren op concrete werkproblemen en werkvragen[5]. Dit reflecteren gebeurt in een groep met gelijken.

Bij intervisie wordt een werkprobleem van één van de leden van de groep intensief onderzocht, zodat nieuwe perspectieven in beeld komen en daarmee andere handelingsmogelijkheden voor de inbrenger van het probleem. In dit proces van onderzoeken van een werkprobleem zijn twee dingen essentieel:

- de probleeminbrenger en zijn professionele handelen staan centraal
- de deelnemers ondersteunen de inbrenger niet zozeer door oplossingen aan te dragen, maar vooral door vragen te stellen.

Intervisie is gericht op leren, waarbij de persoonlijke ervaring als vertrekpunt dient. Intervisie leidt tot professionele ontwikkeling en groei.

9.2 Voorwaarden voor intervisie

Er geldt een aantal basisvoorwaarden om aan intervisie deel te nemen:

- de leden willen leren van goede en slechte ervaringen
- de leden willen en kunnen leren van elkaar
- er is onderling vertrouwen en de leden hebben het vermogen om te bevragen zonder te oordelen
- de leden willen medeverantwoordelijk zijn voor wat er in de groep gebeurt
- de leden hebben een open en niet-defensieve communicatie als basishouding
- er is totale gelijkheid tussen de leden (niemand stelt zich boven of onder een ander lid)
- de leden zijn betrokken bij elkaar en zijn bereid om in de huid van de casusinbrenger te kruipen
- de leden hebben een gemeenschappelijk werkterrein
- de leden kiezen er vrijwillig voor toe te treden

Intervisie betekend dus een keuze voor investeren in eigen en elkaars professionalisering. Het impliceert een hoge mate van betrokkenheid.

[5] Toolkit Intervisie : handleiding, methodieken en tools voor intervisie in het onderwijs, B de Boer, W Soepboer en S Huijbregts, CPS, Amersfoort 2005

9.3 Basismodel voor intervisie

Fase 1: introductie op de bijeenkomst

- Wat is er gebeurd met het ingebrachte werkprobleem van de vorige keer? Kunnen we starten met deze bijeenkomst of wil iemand nog iets van het hart
- Nadenken over de in te brengen werkprobleem

Fase 2: uitkiezen vaneen werkprobleem

- Is het urgent?
- Spreekt het de groepsdeelnemers aan/is het herkenbar?
- Is het akkoord dat deze persoon het probleem inbrengt of is de beurt aan een ander?

Fase 3: analyse van het probleem

- De inbrenger vertelt
- De groepsleden stellen informatieve vragen
- De groepsleden vragen door

Fase 4: bewustwording

- Herformulering van het persoonlijke probleem door de inbrenger
- Adviesronde
- Reflectieronde

Fase 5: evaluatie

- Hoe hebben de deelnemers de bijeenkomst ervaren?
- Wat zijn de persoonlijke leeropbrengsten?
- Evaluatie van de methodiek
- Wat moet nog gezegd worden?
- Vervolgafspraken

9.4 Taken en rollen in de intervisiegroep

- Casusinbrenger

  De casusinbrenger brengt bij voorkeur een recente situatie als casus in: een situatie die hij als “puzzel” of probleem ervaart. Randvoorwaarde is dat de casusinbrenger zijn handelen en gedachten over die situatie enigszins kan objectieveren.

- Groepsdeelnemer

  Groepsdeelnemers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een goed verloop van het intervisieproces. De wijze van bevragen is hierbij erg belangrijk. De waarde van intervisie wordt bepaald door de gestelde vragen.

Daarnaast is belangrijk dat de groepsdeelnemers zich niet als “probleemoplossers” van de casusinbrenger opstellen, maar de casusinbrenger helpen om zelf te ontdekken wat meespeelde in de te onderzoeken situatie.

- Gespreksleider
  Het is de taak van de gespreksleider om de intervisie goed te laten verlopen. Zijn belangrijkste taken zijn het verzorgen en het bewaken van de casusbespreking.
  - Zorgdragen voor een soepel verloop van de doelen en de stappen van de gespreksmethode
  - Bewaken van de tijd
  - Afronden en evalueren van de sessie
  - Afspraken maken voor de volgende keer

- Organisator
  Een ervaren gespreksleider of iemand in de groep die al meer ervaring met intervisie heeft opgedaan, kan de rol van organisator vervullen.
  Belangrijkste functies van een organisator:
  - Vooraf inlichting geven hoe de intervisie eruit gaat zien
  - Bevorderen van een open leerklimaat en stimuleren dat er een vertrouwensrelatie ontstaat
  - Bewaken dat de groep afspraken maakt met de betrekking tot de organisatie van de intervisiebijeenkomsten
  - Interveniëren in het groepsproces en te hulp schieten bij het bespreken van problemen.
  - Evalueren met de groep, tussentijds én aan het einde van het traject

9.5 Methodieken voor intervisie

Er zijn verschillende methodieken voor intervisie. Hieronder een korte beschrijving van de methodieken:

- Collegiale consultatie
  Op een systematische wijze werkproblemen bespreken, analyseren en naar oplossingen zoeken.
- Collegiale consultatie met behulp van velden en oordeelsverming
  Deze methodiek beoogt een probleemcluster op systematische wijze in kaart te brengen, zowel wat betreft de voorgeschiedenis en achtergronden, als de opties voor de toekomst en de weg daar naar toe.
- 10 stappenmethode
  Casusinbrenger krijgt inzicht in het eigen handelen en zijn/haar rol in de geschetste casus.
- U-methode
  Casusinbrenger krijgt- aan de hand van een concrete gebeurtenis – inzicht in de professionele opvattingen en persoonlijke waarden en eigenschapen.

- Incidentmethode
  Deze methode is goed te gebruiken wanneer er sprake is van een expliciet incident waarbij het handelen van de casusinbrenger in het geding is

  Als de focus direct gelegd wordt op de achtergronden van het handelen van de casusinbrenger bij dat specifieke incident, kan deze methode in korte tijd doorlopen worden.

- Roddelmethode
  Deze methode is te gebruiken als snel verkend moet worden of en hoe de casusinbrenger zelf- door bijvoorbeeld een blinde vlek- zijn eigen bijdrage in de problematiek niet scherp heeft. Het is een methode waarin op een relatief veilige manier feedback kan worden gegeven.

- Brainstormmethode
  Via deze methode wordt in een korte tijd veel mogelijke oplossingen verkregen. Doel is creatief probleem oplossen.

Hoofdstuk 10: Competentiegericht werken

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk hebben we de methodiek competentiegericht werken verder uitgediept. Na een aantal interviews die we hebben gehad met de coördinerend begeleiders van verschillende teams, zijn we erachter gekomen dat competentiegericht werken vele voordelen lijkt te hebben. Voordat we de voordelen beschrijven, hebben we het eerst over wat de methodiek inhoudt.

10.2 Competentiemodel

Binnen competentiegericht werken ligt het accent op het aanleren van gedragsvaardigheden. Competent zijn wordt gezien als een evenwicht tussen taken en vaardigheden. Een cliënt is competent wanneer het beschikt over voldoende vaardigheden om de taken waarmee het in het dagelijks leven geconfronteerd wordt, op adequate wijze te vervullen.
Met het begrip competent wordt niet bedoeld dat iemand een taak op perfecte wijze vervult, maar dat iemand de taak “goed genoeg” vervult om in het dagelijks leven te kunnen functioneren.

Taken zijn opgaven waarvoor een persoon komt te staan in het alledaagse contact met de samenleving.
De taken waar een volwassene met NAH mee te maken heeft, kan worden verdeeld over acht levensgebieden, namelijk:

- het vormgeven en onderhouden van gezinsrelatie en familie verbanden
- het opbouwen en onderhouden van vriendschappen en sociale contacten
- invullen van vrije tijd
- participeren in werk of dagbesteding
- creëren en onderhouden van een woon- en leefsituatie
- vormgeven aan intimiteit en seksualiteit
- zorgdragen voor gezondheid en uiterlijk
- vormgeven aan levensbeschouwing

Per levensgebied staat iemand voor diverse taken, te denken valt aan “contacten onderhouden met instanties of het overzicht houden van financiën”.
Per taak heeft iemand verschillende vaardigheden nodig om een taak adequaat te kunnen vervullen. Het kan daarbij om sociale, praktische, cognitieve en emotionele vaardigheden gaan.

De balans tussen taken en vaardigheden kan beïnvloed worden door verschillende factoren. Zo kunnen specifieke persoonskenmerken van invloed zijn op de wijze waarop iemand vaardigheden aanleert en toepast. Er zijn factoren in de persoon of de omgeving die een belemmerende invloed kunnen hebben op de balans, maar er zijn juist ook factoren die een beschermende invloed kunnen hebben op de balans.

Belemmerende cliëntfactoren:
Het aanleren of toepassen van vaardigheden kan belemmerd worden door belemmerende factoren in de cliënt (NAH'er) zelf. Het kan hierbij gaan om lichamelijke, cognitieve of emotionele beperkingen/problemen, psychische stoornissen of karaktereigenschappen van de cliënt die belemmerend werken.

Belemmerende omgevingsfactoren:
De taken waarvoor iemand staat in het dagelijks leven worden zwaarder wanneer er verschillende belemmerende factoren zijn in de omgeving van de cliënt. Het kan hierbij ook gaan om personen in de omgeving van de cliënt (bijvoorbeeld ongeduldige buren of familieleden die niet weten wat hersenletsel is), maar ook de fysieke omgeving kan belemmerend werken (bijvoorbeeld drempels in het huis met iemand met een rolstoel).

Beschermende cliëntfactoren
Beschermende cliëntfactoren kunnen de "balans" weer op evenwicht krijgen. Beschermende cliëntfactoren bevorderen ook het aanleren van nieuwe vaardigheden. Bijvoorbeeld het doorzettingsvermogen van het cliënt, of het positieve instelling op het leven.

Beschermende omgevingsfactoren
Beschermende omgevingsfactoren werken taakverlichtend. Ze werken ondersteunend bij het vervullen van allerlei taken. Bijvoorbeeld een helpende buurvrouw, maar ook een centraal gelegen woning in het centrum kan helpend zijn.

Het competentiemodel biedt een kader om informatie die over de cliënt en zijn omgeving wordt verzameld te ordenen. Deze informatieverzameling leidt tot het opstellen van doelen en interventies die erop gericht zijn de balans tussen taken en vaardigheden te herstellen.

- Informatieverzameling
  Voor effectieve begeleiding is het van belang om informatie te verzamelen over het functioneren van cliënten op de verschillende elementen (omgeving / cliëntfactoren) uit het competentiemodel en te weten op welke manier ze de balans beïnvloeden (beschermende / belemmerende factoren). De begeleider verzamelt informatie over het functioneren op alle levensgebieden.
  De verkregen informatie wordt in het model geplaatst, zodat een overzicht ontstaat van verschillende elementen die van invloed zijn op de mate van competent functioneren van de cliënt, ofwel het al dan niet in balans zijn.
- Competentiegerichte interventies
  Op basis van de verzamelde en **geordende informatie** worden doelen gesteld die bijdragen aan het herstellen van de balans tussen taken en vaardigheden, zodat de cliënt en zijn omgeving beter op elkaar zijn afgestemd.

Na het opstellen van een doel wordt gekeken welke interventies worden ingezet om het doel te bereiken. Interventies zijn de verschillende acties die door de begeleider ondernomen worden om te werken aan het doel. Op alle elementen van de balans kan ingegrepen worden:

- Verminderen van de invloed van belemmerende cliëntfactoren
- Versterken van de invloed van beschermende cliëntfactoren
- Versterken van de invloed van beschermende omgevingsfactoren
- Verminderen van de invloed van belemmerende omgevingsfactoren
- Verlichting van taken
- Training van vaardigheden

10.3 Fasen in de begeleiding

Hoewel de begeleidingsduur varieert bij ambulante dienstverlening en een cliënt meerdere jaren begeleiding kan ontvangen kunnen in de begeleiding toch een vijftal fasen worden onderscheiden:

1. Kennismaking
2. Praktische ondersteuning
3. Ontwikkelingsgerichte begeleiding
4. Ondersteunende begeleiding
5. Afronding

Afhankelijk van de situatie en wensen van de cliënt kan het nodig zijn de fasering individueel aan te passen.

Fase 1 Kennismaking

In de eerste fase staat de kennismaking tussen cliënt en begeleider centraal. De begeleider legt na lezing van aanwezige achtergrondrapportage en de invulling van de voorlopige profielschets het eerste contact.

De eerste maanden staan in het teken van het geven en verzamelen van informatie:

- De hulpvraag van de cliënt wordt verduidelijkt
- Er wordt besproken wat het doel van de begeleiding is
- De begeleider informeert de cliënt over de mogelijkheden van ambulante begeleiding
- De begeleider informeert de cliënt wat zijn rol is

Fase 2: Praktische ondersteuning

Na ongeveer drie maanden, komt de praktische ondersteuning centraal. De eerste hulpvragen van de cliënt hebben vaak betrekking op het levensgebied: wonen en leven.

Fase 3: Ondersteunende begeleiding gericht op ontwikkeling

Als gevolge van lichamelijke beperkingen en/of hersenletsel kan de cliënt verschillende levensgebieden niet meer vanzelfsprekend invullen. Daarnaast staat de cliënt voor extra taken.

De begeleider richt zich in deze fase op het activeren van sterke kanten van de cliënt en het zo mogelijk vergroten van vaardigheden. Daarnaast wordt gekeken hoe de invloed van belemmerende

factoren kan worden verminderend. Verder is in deze fase aandacht voor het uitbreiden en activeren van het sociale netwerk. Er wordt namelijk gekeken in hoeverre netwerkleden een rol kunnen vervullen bij het geven van invulling aan de verschillende levensgebieden.
Naarmate het accent komt te liggen op ontwikkelingsgerichte begeleiding, wordt de cliënt meer geconfronteerd met zijn grenzen. Door vallen en opstaan zal de cliënt zijn eigen 'gebruiksaanwijzing': moeten leren vinden. De begeleider ondersteunt de cliënt hierbij door het geven **psycho-educatie.** Hierbij worden positieve ervaringen bekrachtigd en negatieve ervaringen nabesproken en herlabeld.

Fase 4: ondersteunende begeleiding gericht op handhaving
Na een periode waarin een cliënt en zijn netwerk worden geactiveerd, volgt een fase waarin de cliënt blijvende ondersteuning krijgt bij die taken die hij niet meer zal kan vervullen en waar netwerkleden op dat moment geen ondersteuning bij kunnen bieden. Deze ondersteuning kan enerzijds praktisch van aard zijn, maar kan ook betrekking hebben op het bieden van een luisterend oor voor cliënten met zeer minimale sociale contacten.
Tijdens deze fase is van belang om tijdens evaluaties stil te staan bij de vraag of een cliënt op bepaalde levensgebieden meer geactiveerd zou kunnen worden of dat er juist een uitbreiding nodigs is van de geboden ondersteuning.

Fase 5: Afbouwfase
Wanneer een cliënt over voldoende beschermende factoren en over voldoende vaardigheden beschikt om zelfstandig invulling te geven aan de verschillende levensgebieden wordt de begeleiding afgebouwd.
Tijdens deze afbouwfase is de begeleiding erop gericht de cliënt te leren hoe hij het beste gebruik kan maken van de ondersteuning door netwerkleden en vrijwilligers.

10.4 Doelen formuleren
Als er informatie is verzameld en geordend in het zorgplan, worden doelen gesteld voor de begeleiding.
Een zorgplan is een dossier waarin alle informatie wordt geordend. Onderdelen van een zorgplan is:

- Aanmeldingsreden
- Levensloop
- Cliëntfactoren
    - Beschermende
    - Belemmerende
- Omgevingsfactoren
    - Beschermende
    - Belemmerende
- Vaardigheden en vaardigheidstekorten op diverse levensgebieden

De doelen zijn in eerste instantie opgesteld in het indicatieverslag, vervolgens aangescherpt op bais van informatieverzameling en aangevuld met specifieke wensen van de cliënten. Bij de beschrijving van doelen wordt aangegeven waar in de begeleiding naar toe wordt gewerkt op de korte termijn (drie maanden) en de langere termijn (een jaar). De doelen beschrijven bij voorkeur een eindsituatie waarin het de cliënt beter lukt om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren op een bepaald gebied, ondanks zijn beperkingen.

Er gelden wel een aantal criteria:

- Doelen zijn aantrekken en sluiten bij de wensen en krachten van de cliënt
  Het is van het grootste belang om bij keuze voor doelen steeds aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. **De kans op succesvolle begeleiding is namelijk veel groter, wanneer de zelf aan de slag wil met zijn doelen.**
- Doelen worden positief geformuleerd
  Bij de beschrijving van doelen wordt niet geformuleerd wat de cliënt niet meer moet doen, maar wat de cliënt dan wel moet doen.
- Doelen worden in realistische haalbare termen geformuleerd; ze houden rekening met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
  De **kans op succesvolle begeleiding wordt vergroot door haalbare doelen te stellen**. Bij het opstellen van doelen is het dan ook van belang om mee te wegen wat de invloed van belemmerende en beschermende factoren is. Het is nodig om doelen te vertalen in concrete werkpunten, waaruit duidelijk wordt waar de cliënt en begeleider nu mee aan de slag gaan. Doelen worden opgesplitst in meerdere werkpunten. Werkpunten bevatten concrete stappen die een cliënt moet zetten om een doel uiteindelijk te realiseren. Werkpunten zijn Specifiek, Meetbaar, Aantrekkelijk, Realistisch en Tijdgebonden (SMART).

Wanneer concrete werkpunten zijn geformuleerd, beschrijft de begeleider in een werkplan welke interventies hij zal inzetten om dit werkpunt te bereiken.
Een werkplan bevat een omschrijving van:

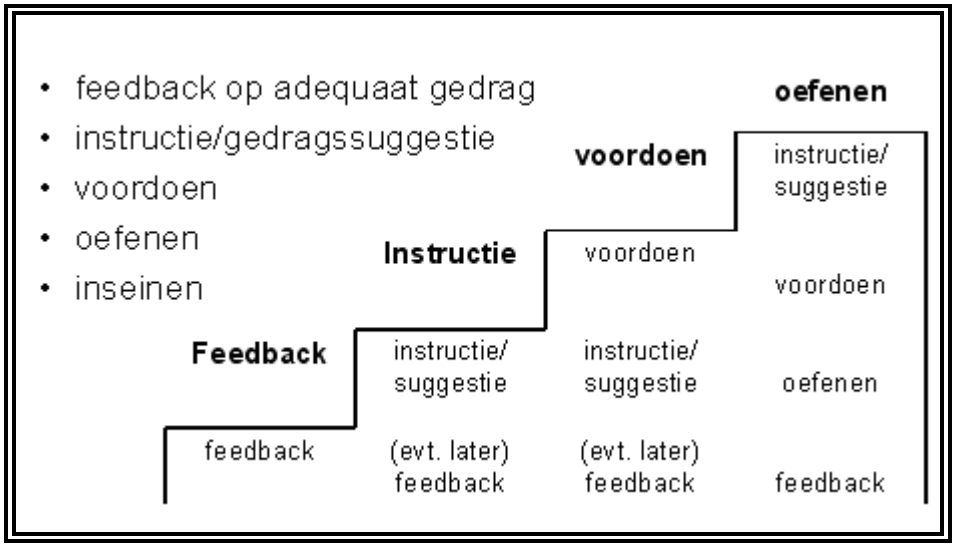
- het doel
- concrete (smartgeformuleerde) werkpunten
- interventies die ingezet worden om het werkpunt te bereiken.

10.5 Hulpmiddelen en technieken

Een techniek bij competentiegericht werken is feedback geven.
Er zijn technieken om adequaat gedrag te laten leren en ook om het te versterken:

- De begeleider geeft feedback op een gedrag
- De begeleider geeft een gedragssuggestie aan
- De begeleider doet het voor
- De begeleider en cliënt oefenen samen

Dit is schematisch weer te geven in de volgende afbeelding[6]:



Feedback geven op een adequaat gedrag heeft vele functies, namelijk:

- het versterkt het gedrag
- het vergroot het zelfvertrouwen
- het is motiverend
- het is sfeerverhogend

Als we het hebben over feedback geven op inadequaat gedrag, dan druist dat in tegen het uitgangspunten van competentiegericht werken, want één van de uitgangspunten is bekrachtiging “de cliënten hebben er meer aan te horen wat ze goed doen en wat ze kunnen, dan te horen wat niet goed doen of niet meer kunnen doen”.

Om goed feedback te geven zijn er een aantal stappen:

- contact maken op een positieve manier
- concreet kunnen vertellen wat de cliënt goed heeft gedaan
- ook de positieve gevolgen vertellen concreet kunnen vertellen)
- nadat je de positieve gevolgen hebt verteld, vertel je ook de negatieve gevolgen (ook concreet)
- Iemand met NAH kan moeilijk empathie tonen, daarom is het niet handig om met ik-boodschap te komen, maar juist met “hoe zou jij het vinden als…”
- Gewenst gedrag concreet vertellen
- Samen met cliënt evalueren (hoe vond de cliënt het gaan?)

6 http://www.karakter.com/ufc/file2/karakter_sites/unknown/bca7351744f832af940d6fed85878640/pu/competentiegericht_werken.ppt#272,13,Technieken om adequaat gedrag aan te leren en te versterken

Tussen een complimentje geven / iets aardigs zeggen en feedback op adequaat gedrag zitten enkele belangrijke verschillen: Bij het geven van feedback op adequaat gedrag benoem je de concrete vaardigheid die de cliënt hanteert en zeg je niet alleen: dat is goed gegaan. De cliënt hoort zo niet alleen iets aardigs, maar wordt ook concreet gewezen op een sterke vaardigheid waarover hij beschikt. Daarnaast benoemt de begeleider ook het voordeel van de betreffende vaardigheid. Door kort het positieve gevolg te benoemen van bepaald gedrag, wordt deze gestimuleerd de vaardigheid vaker te gebruiken. De begeleider laat de cliënt zo zien welke invloed hij zelf kan uitoefenen op zijn omgeving

De begeleider gebruikt de techniek feedback op adequaat gedrag zeer regelmatig om het zelfvertrouwen te vergroten en geeft specifiek feedback op adequaat gedrag wanneer een cliënt nieuwe vaardigheden leert. **Dit motiveert de cliënt om nieuwe vaardigheden daadwerkelijk toe te passen.**

10.6 De voorbijganger, zoeker en klant

De begeleider stemt zijn begeleiding in grote mate af op de mate waarin de cliënt besef heeft van zijn problemen, de mate waarin hij vertrouwen heeft in de mogelijkheden voor verandering en de motivatie van de cliënt.
Om hier meer zicht op te krijgen, gebruikt de begeleider de indeling: voorbijganger, zoeker en klant.

De voorbijganger
De voorbijganger is een cliënt die zelf geen problemen ziet. Derden zien die wel en hebben last van de problemen. De voorbijganger heeft vooral last van het gegeven dat anderen hun zorgen/problemen uiten. Hij legt de problemen buiten zichzelf en ervaart de begeleider snel als iemand die zich onnodig met hem bemoeit.
In het begin van de begeleiding met deze cliënt, ligt de nadruk op invoegen. Dit betekent dat de begeleider oprecht nieuwsgierig is naar de leefwereld van de cliënt. Dit kan de begeleider doen met de volgende hulpmiddelen en technieken:

- Interview dagelijks routine (dit kan helpen om weer overzicht en ordering aan te brengen in het dagelijkse leven).
- Gevoelsreflecties geven en samenvatten
- Feedback op adequaat gedrag
- Driedimensionaal model (wanneer begeleiders in gesprek gaan met een cliënt over een gevoelig onderwerp, dan kunnen ze gebruik maken van het drie-dimensie model. Hiervoor zijn er ook aantal stappen en regels.)
- Gedragssuggesties

De zoeker

De zoeker is een cliënt die wel last heeft van de problemen. Hij heeft echter een vage algemene hulpvraag. Vaak komt dit doordat de zoeker weinig zicht heeft op zijn problemen en de problemen hem overspoelen. Als gevolg hiervan kan hij moeilijk prioriteiten aanbrengen.

De zoeker heeft behoefte aan overzicht en ordening. Dit kan de begeleider doen met de volgende hulpmiddelen en technieken:

- Interview dagelijks routine
- Gevoelsreflecties geven en samenvatten
- Werken met zelfbeeld en ideaalbeeld
- Feedback op adequaat gedrag
- Voorlichting (psycho-educatie)
- Driedimensiemodel
- Gebruik van doelkaarten
- Werken met gedragssuggesties
- Gebruik van brainstormschema
- Gebruik van gevoelsthermometer

De klant

De klant is een cliënt die weet waar zijn problemen liggen en is grotendeels in staat om een hulpvraag te formuleren. Daarbij is de klant bereid om samen te werken met de begeleider om tot oplossingen te komen.

De cliënt wilt dus aan de slag met z'n huidige probleem. De valkuil bij deze cliënt is dat de cliënt te lang stil staat bij het verzamelen van informatie en het zo uitgebreid mogelijk in kaart brengt van zijn hele leefsituatie. Om een gerichte probleemanalyse te maken, gebruikt de begeleider de volgende technieken en hulpmiddelen:

- Doelkaarten
- Brainstormschema
- Feedback op adequaat gedrag
- Gedragssuggesties, dmv sturende stijl
- Gevoelsthermometer en eerste hulpkaart

10.6 Aspecten van competentiegericht werken

Binnen competentiegericht werken zijn een aantal aspecten waar er mee gewerkt kan worden. Te denken valt aan:

- Casemanagement
- Intervisie
- Teach the teacher (train de trainer)

Casemanagement
Cliënten met NAH-plus hebben naast hun NAH ook een psychiatrische stoornis. Hierdoor zijn sommige cliënten ook onder behandeling bij andere instellingen. Dit betekent dat er een aantal hulpverleners en professionals bezig zijn met één cliënt. Om alles goed te laten verlopen en om de hulp op elkaar af te stemmen is er een casemanager. Deze zorgt ervoor dat er een terugkerende halfjaarlijkse “vergadering” komt. De casemanager leidt de vergadering en nodigt de professionals en hulpverleners uit. Wanneer de psychiatrische stoornis het hoofdprobleem is, dan is een psychiater bijv. de casemanager.

Intervisie
Intervisie is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij medewerkers een beroep doen op elkaar om mee te denken over persoon- en functiegebonden vraagstukken en knelpunten uit de eigen werksituatie.
Dit meedenken gebeurt niet door het aandragen van oplossingen, maar door het stellen van vragen om zo zicht te krijgen op het ingebrachte probleem en hoe hierin te handelen. In hoofdstuk 10 gaan we verder op dit onderwerp.

Teach the teacher
Wanneer er in een team een aantal mensen zijn met ervaring in de psychiatrie, dan kunnen deze mensen ook hun kennis delen met andere teamleden. Als een teamgenoot over een bepaald onderwerp geen ervaring of kennis heeft kan deze een beroep doen op de teamgenoot, die dat wel heeft. Dit zorgt ervoor dat de onderlinge band tussen de teamleden vergroot wordt, maar ook dat er tussendoor snel iets gevraagd kan worden. Ook kan deze ‘teamgenoot-met-ervaring-in-de-psychiatrie’ tijdens de intervisie goed adviseren en doorvragen.

10.8 Voordelen van competentiegericht werken
We hebben gesprekken gehad met verschillende ambulante teams. Twee teams werkten competentiegericht . Zij hebben diverse voordelen genoemd. Hieronder een rijtje met voordelen:

- Het is overzichtelijk
  Gesprekken die gevoerd worden met de cliënten zijn overzichtelijker en duidelijker. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener niet afdwaalt van het hoofdonderwerp en weer terugkomt op de hoofdvraag.
- Toetsbaar
  De hulpvraag van een cliënt is toetsbaar op de resultaten. Of zijn de resultaten toetsbaar op de hulpvraag? De hoofdvragen zijn concreet en SMART opgesteld. Zo is de hulpvraag van de cliënt beter te toetsen na een periode. Dit geeft de hulpverlener houvast, maar ook voldoening wanneer de resultaten positief zijn. De hulpverlener ziet in dat de cliënt begeleidbaar is. Ook de cliënt ervaart succes in zijn begeleiding.
- Het vergroot de kwaliteit

Door het werken met intervisie en teach the teacher haalt men kwaliteit uit het eigen team. Teamgenoten helpen elkaar door te werken met intervisie en teach the teacher. Er is sprake van kennisoverdracht binnen het team.

- Naamsbekendheid InteraktContour

  Door te werken met casemanagement zorgt men ervoor dat de stichting naamsbekendheid krijgt. De casemanager zorgt ervoor dat de samenwerkende instanties de hulp op elkaar hebben afgestemd. Dit betekend dat er veel contact is met andere instanties. Zo weten de instanties dat InteraktContour er is voor mensen met NAH.

- Het biedt houvast

  Ambulante dienstverleners hebben een kaart bij zich bij de gesprekken met cliënten. Deze kaart is een samenvatting van de methodiek. Het geeft de stappen weer. Dit biedt houvast aan de ambulante dienstverleners. Niet alleen aan de ambulante dienstverleners, maar ook aan de coördinerend begeleider, hoofd van de instelling en gedragsdeskundige. Zo kunnen deze mensen goed in de gaten houden waar de ambulante dienstverlener mee bezig is en zo de kwaliteit kunnen waarborgen.

Deel 4
Conclusie

Hoofdstuk 11: Aanbevelingen

11.1 Inleiding

In hoofdstuk 8 gaven we alle besproken mogelijke oplossingen weer. Hieruit hebben we een selectie gemaakt van oplossingen, die volgens ons bruikbaar zijn. Deze hebben we omgezet in aanbevelingen.

11.2 Methodiek

Allereerst bevelen we aan om middels een methodiek te werken. Het gebruiken van een methodiek vormt het uitgangspunt van waaruit men werkt. Door middels een methodiek te werken, is voor elke medewerker duidelijk hoe er gewerkt wordt. Het biedt inzicht in hoe de medewerker moet handelen in bepaalde situaties. Dit inzicht zorgt voor houvast en rust, omdat de manier van werken immers bekend is en de medewerker niet alle interventies zelf hoeft te bedenken. Daarnaast zorgt het ervoor dat medewerkers op eenzelfde manier handelen. Dit heeft als voordeel dat overdracht makkelijker plaats kan vinden en dat medewerkers elkaar beter kunnen helpen om binnen de methodiek de juiste methodes te kiezen. Daarnaast scheelt het tijd als gewoon helder is, hoe er gewerkt wordt.
Door te werken volgens een methodiek kan de medewerker zijn gemaakte keuzes beter verantwoorden. Daarnaast kan een werkgever beter toetsen of er volgens de methodiek gehandeld wordt. Ook kan men bij problemen makkelijker de oorzaken vinden. Er is makkelijker te zien, waar in het hulpverleningsproces een fout zit.
Een methodiek wordt gekozen op grond de doelgroep. De methodiek moet namelijk aansluiten op de mogelijkheden van de doelgroep. Door te werken vanuit een methodiek krijgt de doelgroep zo sneller wat het verdient.
Naast de voordelen op de werkvloer, zijn er ook andere voordelen te noemen. We leven in een samenleving waarin er steeds meer ‘evindence based’ gewerkt moet worden. Organisatie moeten steeds meer laten zien dat de hulpverlening die zij bieden effect heeft op de cliënt. Men moet aan steeds meer regels voldoen om ook gefinancierd te worden. Duidelijke richtlijnen op papier biedt meer handreikingen om aan te tonen dat er effectief gewerkt wordt. De koppen moeten allemaal dezelfde kant op staan en dat gaat makkelijker als ook voor iedereen helder is hoe er gewerkt wordt.

We kiezen in dit advies voor ***competentiegericht begeleiden***, omdat wij vinden dat het goed aansluit bij de doelgroep. Mensen met NAH hebben sinds het letsel heel veel in moeten leveren. Dagelijks worden ze geconfronteerd met hun onmogelijkheden. Het lijkt ons motiverend om eindelijk eens te kijken naar de mogelijkheden die er nog zijn. Daarnaast is de methodiek binnen de organisatie al voor een groot deel aangepast aan de doelgroep en levert het positieve resultaten op, op die plekken waar al middels deze methodiek gewerkt wordt. Het leek ons daarom niet meer dan logisch om dit mee te nemen in ons advies.

Competentiegericht begeleiden zorgt voor goede resultaten binnen andere ambulante teams. Wij zijn van mening dat dit zeker op korte termijn ingevoerd zou moeten worden. Wij hebben vernomen dat

men binnen de stichting hier mee bezig is door een tweede pilot te draaien. Uit een handboek over competentiegericht werken binnen de stichting wordt echter aangegeven dat het sowieso binnen de stichting ingevoerd gaat worden. Dit gebeurt stap voor stap door de kosten, die ermee gepaard gaan. Hoe dit dus precies zit, is ons niet duidelijk. M.b.t. dit punt zou er binnen de stichting meer gecommuniceerd mogen worden.
Binnen elke voorziening is het gebruiken van een methodiek belangrijk. Alle werkzaamheden moeten verantwoord worden. Zonder methode is dit wel erg lastig. Competentiegericht werken is een overzichtelijke en handige methodiek. De methodiek beschrijft verschillende fases binnen het hulpverleningsproces en zorgt voor duidelijkheid m.b.t het verzamelen en ordenen van informatie. Tevens zijn binnen de methodiek diverse middelen en technieken op overzichtelijke wijze uitgewerkt. Zo biedt de methodiek handvatten voor de ambulant begeleider, coördinerend begeleider, het hoofd van de instelling en de gedragskundige. Door deze manier van werken weten instanties InteraktContour te vinden. Het werken volgens de methodiek lijkt niet te verslappen. Binnen de methodiek richt men zich zowel op de cliënt als op de omgeving. Men kijkt zowel naar belemmerende als beschermende cliënt- en omgevingsfactoren.
Binnen de doelgroep heeft men met twee subgroepen te maken, namelijk de groep waarbij een dubbele diagnose is gesteld en de groep waarbij een sterk vermoeden van NAH-plus is. Beide groepen hebben de overeenkomst dat er tot nu toe geen eenduidige manier van begeleiden bekend is. Het competentiegericht begeleiden sluit ons inziens op beide subgroepen aan.
Voor meer informatie over de inhoud van de methodiek verwijzen wij naar ons onderzoeksverslag.

Naast de vele voordelen zijn er twee nadelen te noemen. Het nadeel van implementatie is dat het tijd kost van verschillende partijen. Te denken valt aan tijd om het invoeren te organiseren en de medewerkers te scholen in deze methodiek. Tevens kost het geld. Hierbij valt te denken aan geld voor materiaal, scholing, locatie e.d. Daar staat echter tegenover dat richtlijnen zorgen voor een efficiëntere manier van werken. Dit zorgt ervoor dat men binnen kortere tijd betere resultaten boekt (effectief).

Ondanks dat wij adviseren dat het competentiegericht begeleiden op korte termijn ingevoerd dient te worden, kan dit langer dan gewenst op zich laten wachten. In dat geval kunnen onderstaande twee methoden, die binnen het competentiegericht werken gebruikt worden, al wel toegepast worden. Wij hopen echter dat er binnen het team zo snel mogelijk volledig competentiegericht gewerkt gaat worden.

11.3 Kennis

- ‘Teach the teacher’ ***is een goede manier om kennis mee over te dragen.***
- ***Intervisiebijeenkomsten*** zijn tevens een goede manier om kennis te delen en als team oplossingsgericht te werken in lastige situaties. Hier kan tijd voor vrij gemaakt worden, door de organisatorische vergadering in te korten.

- Voor elke cliënt zou de begeleider over standaard ***signaleringslijsten*** moeten beschikken, die voor elke cliëntbespreking bekeken worden. O.a. tijdens deze besprekingen wordt gebruik gemaakt van de bredere signalerende functie die ambulante begeleiders hebben.
- Wanneer er plaats is voor een nieuwe werknemer, kan er een ***psychiatrisch verpleegkundige*** aangenomen worden. Het hoeft overigens niet persé een psychiatrisch verpleegkundige te zijn. Het gaat om ervaring op het gebied van middelenmisbruik en/of psychiatrie.
- I.p.v. de huidige NAH-cursus adviseren wij om een ***cursus specifiek gericht op ambulante begeleiders*** op te zetten, waarin meer aandacht wordt besteed aan middelengebruik en misbruik en andere psychiatrische aandoeningen. Tevens zou er in de cursus aandacht besteed moeten worden aan signalering en signaleringslijsten. Ook het competentiegericht werken zou hierin geïntegreerd kunnen worden. Dit raden wij ten zeerste aan, omdat het een goede manier is om ambulant begeleiders informatie te bieden m.b.t. de 'plus', zonder dat er veel extra kosten gemaakt worden. De NAH-cursus wordt immers aan elke nieuwe werknemer aangeboden. Een externe cursus voor elke ambulant begeleider is veel duurder en dus geen optie. Tijdens verschillende gesprekken is tevens aangegeven dat het niveauverschil tussen ambulant begeleiders en andere medewerkers duidelijk te merken is tijdens de cursus. Daar waar ambulant begeleiders meer de diepte in zouden willen gaan, blijft men helaas juist aan de oppervlakte. Praktijkvoorbeelden vanuit een woonvoorziening sluiten ook niet aan op het ambulante werk. Dit geld overigens andersom ook. Met name voor ambulant begeleiders wordt er meer uit de cursus gehaald, wanneer deze meer op hun aangepast is.
- Een regelmatig terugkerend ***overleg*** tussen coördinerend begeleiders zou een goede manier zijn om ontwikkelen in de begeleiding van cliënten met NAH-plus te bespreken. Problemen kunnen besproken worden, waar waarschijnlijk tips uit zullen volgen. De teams moeten niet los van elkaar opereren, maar juist met elkaar!
- Verder raden we aan om de ***bezoeken aan cliënten te rapporteren volgens een vaste opzet***. Tot nu toe wordt er enkel bij de cliënt thuis gerapporteerd. Daarnaast kan de begeleider op kantoor voor zichzelf aandachtspuntjes noteren. Dit gebeurt zonder richtlijnen. Door op kantoor even de punten van de lijst langs te lopen, kunnen signalen herinnerd worden, die de ambulant begeleider anders over het hoofd zou zien. Op deze manier wordt er meer begeleid op feiten dan op gevoel.

Tijdens ons onderzoek is duidelijk naar voren gekomen, dat men binnen de organisatie niet de expertise heeft om mensen met NAH-plus te behandelen m.b.t. hun pluscomponent. Daarbij kwam ter sprake dat men hier ook niet naar streeft. Tevens is meerdere malen besproken dat het wel belangrijk is om zowel aandacht te besteden aan het NAH als de bijkomende psychiatrische aandoening. Het behandelen van de psychiatrische aandoening moet uitbesteed worden aan een organisatie werkzaam binnen de GGz. Voordat dit gedaan kan worden, moet het probleem eerst gesignaleerd zijn. De hulpverlener moet er met de cliënt over in gesprek gaan en de cliënt motiveren om actie te

ondernemen. Zowel voor het signaleren als het 'omgaan met' is weer specifieke kennis nodig. Uit de gesprekken blijkt dat dit er niet is.
Hoe kan ervoor gezorgd worden, dat ambulant begeleiders meer kennis opdoen m.b.t. het begeleiden van iemand met NAH-plus, zonder dat iedere begeleider hier afzonderlijk een dure externe cursus voor moet volgen? Deze vraag stond aan de basis voor de keuze van de oplossingen. Daarmee hebben we ons dus gericht op het criterium dat het niet te veel tijd in beslag mag nemen i.v.m. de norm van 75% cliënttijd. Daarnaast hebben we rekening gehouden met de kosten.

Wanneer men zich niet gaat richten op het signaleren van en omgaan met psychiatrische aandoeningen, zal het langer duren voor het probleem onderkent wordt. Het probleem wordt groter, wat ervoor zorgt dat het vervolgens meer inspanning kost om aan het probleem te werken.

11.4 Screening/plaatsing

Met het screenen op zich lijkt er niet zo heel veel mis te zijn. Een mismatch lijkt niet vaak voor te komen. Het feit dat een cliënt zo snel mogelijk geplaatst dient te worden, heeft te maken met het feit dat de stichting pas geld krijgt voor zijn diensten wanneer de cliënt geplaatst is en begeleid wordt. Het probleem ligt meer bij de ***voorinformatie*** van de cliënt, die summier is. De vraag is wie voor die informatie moet gaan zorgen. Is dit een taak voor de plaatsingsfunctionaris, de coördinerend begeleider of de ambulant begeleider? Momenteel is men binnen plaatsing bezig om toegang te krijgen tot de onderzoeksgegevens van het CIZ. Of dit voldoende zal zijn, weten wij niet. Hiervoor moeten de volgende vragen beantwoord worden:

1. Om welke onderzoeksgegevens gaat het?
2. Wie kan er toegang krijgen. Is dit enkel toegankelijk voor de coördinator plaatsing of iedere ambulant begeleider?

Vervolgens kan er beslist worden, wie de taak op zich zou moeten nemen om deze informatie te verzamelen. We zetten de verschillende opties uiteen;

- Wanneer men ervoor kiest de **plaatsingsfunctionaris** de informatie te laten verzamelen, lopen we direct tegen het nadeel aan dat de plaatsingsfunctionaris geen vergoeding krijgt voor de tijd waar deze werkzaamheden mee gepaard gaan. Dit heeft te maken met het feit dat de stichting pas geld krijgt op het moment dat de cliënt in zorg is. Wanneer de plaatsingsfunctionaris deze taak wel toebedeeld krijgt, zal deze meer informatie tot zijn beschikking hebben om een juiste keuze te maken in de plaatsing.
- Binnen team Lelystad is men van plan om de eerste bezoeken af te laten leggen door de **coördinerend begeleider**. Deze taak zou gecombineerd kunnen worden met het verzamelen van informatie. Dit heeft tot voordeel dat de cliënt inmiddels al in zorg is en dat de werkzaamheden dus betaald worden. Daarnaast is de coördinerend begeleider goed op de hoogte van de nieuwe cliënt, waardoor zij een betere match kan maken tussen cliënt en begeleider. Tevens kan zij hierdoor ambulant begeleiders beter coachen in de omgang met de cliënt en zorgt zij ervoor dat de ambulant begeleider beter voorbereid het begeleidingstraject in kan gaan. Tijdens het bezoek kan met de cliënt gesproken worden over de hulpverlening die de cliënt al gehad heeft. De cliënt

kan goedkeuring geven voor het verzamelen van informatie. Het voordeel hiervan is dat er niet weer een aantal weken overheen gaan voor er actie ondernomen kan worden. Een nadeel is echter dat deze werkzaamheden veel tijd kosten, wat de coördinerend begeleider niet heeft.

- Tot slot kan het een taak zijn voor de **ambulant begeleider**. Wij zijn echter van mening dat de ambulant begeleider goed voorbereid het contact aan moet gaan. Wanneer een ambulant begeleider meer informatie heeft over de cliënt, weet deze beter wat hem/haar te wachten staat. De begeleider kan voorbereid de eerste gesprekken ingaan. Men kan eerder met de cliënt aan zijn hulpvraag werken, omdat deze vanaf het begin beter in beeld is. Door te weten wat iemand heeft, kan er rekening mee gehouden worden in de omgang, waardoor de hulpverlening vanaf het begin aansluit op de behoeften van de cliënt en die begeleidingsstijl hanteert die het nodig heeft. Door over die informatie te beschikken die er van de cliënt is, kunnen misstappen e.d. voorkomen worden. Daarnaast kan de coördinerend begeleider beter inschatten wie geschikt is om de cliënt te begeleiden. Het is gewoon zonde van je tijd als dat moet besteden aan dingen die eigenlijk al bekend zijn en op papier staan.

Middels deze afweging zijn wij tot de conclusie gekomen dat wij het een taak vinden voor de coördinerend begeleider. Hier zal echter wel tijd voor vrijgemaakt moeten worden.
Theoretisch gezien kan een plaatsingfunctionaris dit doen, gezien zijn taakomschrijving. In de praktijk zal dit echter niet gaan lukken i.v.m. kosten die op rekening van de stichting komen, omdat de cliënt nog niet in zorg is.

11.5 Samenwerking

Eerder is besproken, dat InteraktContour niet die expertise heeft om mensen met NAH-plus te behandelen m.b.t. hun psychiatrische aandoening. Dan ontkom je er dus niet aan **contact te zoeken** met andere organisaties. Uit de gesprekken is gebleken dat dit helaas niet vanzelfsprekend is. En al helemaal niet bij instellingen binnen de GGz. Ook is uit de gesprekken duidelijk geworden dat het werken met een **contactpersoon** het meest effectief is. Dit voorkomt namelijk dat je telkens opnieuw de zoektocht naar de juiste persoon moet maken.
Kortom goede begeleiding van mensen met NAH-plus staat of valt met intensieve samenwerkingsverbanden.
Samenwerking vraagt inzet van beide partijen. Beide partijen moeten tijd vrij willen maken. Dit kan mislopen wanneer één van de organisaties andere zaken belangrijker vindt.

Overigens vinden wij dat men binnen de organisatie ook meer aandacht mag besteden aan samenwerking en communicatie. Wij vinden het namelijk vreemd dat men op de ene plaats binnen de stichting kan zeggen dat het competentiegericht werken stichtingsbreed ingevoerd gaat worden, terwijl men daar op de andere plaats helemaal geen weet van heeft. Daarnaast waren veel van de aangedragen oplossingen binnen de stichting zelf te vinden. Dit is één van de redenen waarom wij vinden dat er weer overleg tussen de coördinerend begeleiders plaats moet vinden.

Nawoord

Met het schrijven van dit nawoord, is het project pas bijna echt afgerond. We kunnen terugkijken op een interessant project en een fijne samenwerking. Niet alleen de samenwerking onderling ging goed. Ook de begeleiding vanuit de opleiding en voorziening is goed verlopen.

We hebben dankbaar gebruik mogen maken van de inzichten van onze begeleiders. De feedback vonden we zeker bruikbaar.

Wij hebben meerdere malen gehoord dat de laatste loodjes het zwaarst wegen en dit hebben we mogen ervaren ook.

Het rest ons nog te zeggen dat we hopen met dit project een bijdrage geleverd te hebben aan het verbeteren van de begeleiding aan met mensen met NAH-plus.

Bronnenlijst

Bestudeerde literatuur

- Beeckmans, K. - *Leven met een hoofdprobleem* , Garant, Apeldoorn, 2005.
- Cranenburgh van, B – *Neuro revalidatie* Elsevier gezondheidszorg, 2004.
- Eilander, H.J. e.a. – Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Boom Juridische Uitgevers, 2006.
- Elling, R. e.a. – *Rapportagetechniek,* Wolters Noordhoff, Groningen/Houten, 2005.
- Palm, J. – *Omgaan met hersenletsel.* Gorcum b.v., Groningen,2005.
- Prinsen, A. - *Heb ik een probleem dan? Ziektebesef en interventies bij hersenletsel*, Stichting InteraktContour.
- Verhoeven, N. – *Wat is onderzoek?* Boom onderwijs, Den Haag, 2008.
- Wolters-Schweitzer, M.H.J e.a. – *Het brein belicht* Lemma BV, 2001
- B de Boer, W Soepboer en S Huijbregts – *Toolkit Intervisie : handleiding, methodieken en tools voor intervisie in het onderwijs* – CPS, Amersfoort 2005
- W Vandereycken en R van Deth – *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling* – Bohn Stafleu van Loghum, Utrecht 2004

Verslagen

- Kragt, J., C. Noorlander. – *Mijn eigen anders. Het begeleiden van mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel.*
- Handboek competentiegericht werken opgezet door Interaktcour ism PIresearch

Internet

- Zorgaanbieders
  - www.interaktcontour.nl
  - http://www.altrecht.nl/eCache/INT/53/018.html
  - http://www.sizadorpgroep.nl/
  - http://www.zwolsepoort.nl
  - http://www.grootklimmendaal.nl/
  - www.thuisinwonen.nl
  - http://www.riaggzwolle.nl/sites/ggzgids.html
  - http://www.mee.nl/
  - http://www.zozijn.nl/

- Onderzoek, informatie, consultatie, belangenbehartiging
  - http://www.hersenletselorganisaties.nl/site/explorer.html
  - http://www.vilans.nl
  - http://www.hersenletsel.nl
  - http://www.hersenstichting.nl
  - http://www.cerebraal.nl
  - http://www.trappenberg.nl
  - http://www.nah-info.nl/
  - http://www.nah-stichting.nl/
  - http://www.nvvn.org/
  - http://www.fondspsychischegezondheid.nl

Bijlage

- Enquête NAH-plus
- Uitkomsten enquête
- Vragen ambulant begeleiders team Lelystad
- Vragen gedragskundigen
- Vragen andere ambulante teams InteraktContour

Enquête NAH-plus

Vraag 1
Heeft u op dit moment één of meerdere cliënten met NAH-plus?
a) Ja
b) Nee *Dank u voor uw medewerking*
c) Ik twijfel

Vraag 2
Om hoeveel cliënten gaat het?
……..

Vraag 3
Is de aandoening gediagnosticeerd of gaat het om een vermoeden?
a) Gediagnosticeerd
b) Vermoeden
c) Anders, namelijk …….

Vraag 4

Om welke aandoening naast de NAH gaat het?

a) Verslaving
b) Psychiatrische stoornis, namelijk ……
c) Anders, namelijk ……

In het kader van ons afstudeerproject zouden wij graag een gesprek willen voeren over de begeleiding van cliënten met NAH-plus. Dit gesprek zal ongeveer een halfuur tot drie kwartier duren in Lelystad (Botter 11-01)

Vraag 5
Mogen wij contact met u opnemen voor dit gesprek?
a) Ja
b) Nee

Uitkomsten enquêtes

Enquêtes waarin cliënt met NAH-plus terugkomt: 8

NAH-plus;
- Gediagnosticeerd: 2
- Geconstateerd: 1
- Vermoeden: 11

Beschreven ‘plusaandoeningen’;
- Depressie
- Fobie
- PTSS (posttraumatische stress)
- Woede-uitbarstingen
- Gedragsstoornis
- Verslaving
- Autisme
- Borderline

Vragen ambulant begeleiders Team Lelystad

Ter voorbereiding op het gesprek met de betreffende Ambulant Begeleider pakken we zijn/haar ingevulde enquête erbij. Dit zodat we weten met hoeveel cliënten met NAH-plus hij/zij te maken heeft en om wat voor bijkomende problematiek het gaat.

Intro;

- Naam
- Hoe lang werkzaam als ambulant begeleider
- Vooropleiding

- Geef een beschrijving van je cliënt(en) met NAH-plus.

NAH-plus;

- Wat maakt het dat het een vermoeden is?
- Hoe lang begeleid je de cliënt?
- Wanneer is je vermoeden ontstaan?
- Wat is kenmerkend gedrag van jou cliënten die NAH-plus hebben?
- Hoe begeleid je deze cliënten? (methode/methodiek m.b.t. NAH en andere aandoening)
- Wat vind je belangrijk in de begeleiding van mensen met NAH-plus
- Hoe ervaar je de begeleiding?
- Waar loop je in de begeleiding van deze mensen tegenaan? (gebrek aan kennis/vaardigheden, kenmerken van de aandoening van de cliënt etc.)

Mogelijke oplossingen;

- Valt er iets aan bovenstaande obstakels/ problemen te doen?
- In hoeverre heb je wat aan bovenstaande gedaan/ proberen te doen?
- Heb je het naar je cliënt benoemd? Zo ja, hoe reageerde je cliënt hierop?
- Wat zie je als mogelijke oplossing om bovenstaande obstakels/ problemen op te lossen?
- Hoe kan de stichting voorzien in de noden en behoeften van cliënten met NAH-plus? (komt overeen met bovenstaande vraag).
- Heb je het gevoel dat je gehoord wordt?

Tijdens dit gesprek worden notulen gemaakt. Deze worden vervolgens uitgewerkt. De uitwerking wordt gemaild/ besproken met de betreffende ambulant begeleider, zodat deze hier mogelijk feedback op kan geven. Wanneer de notulen goed gekeurd zijn, wordt de uitwerking meegenomen in ons onderzoek.

Vragen gedragskundigen

Wat voor gedrag laten mensen met NAH zien?

Wat is volgens jou NAH-plus? Wat versta jij eronder? Kan je dat nader uitleggen? Wat maakt NAH-plus anders dan NAH?

Wat zijn jullie taken?

Wat vind je belangrijk in de begeleiding van mensen met NAH-plus?

Welke problemen spelen er volgens jou bij het begeleiden van deze cliënten?

Met welke vragen komen ambulant begeleiders bij je m.b.t. deze cliënten?

Tegen welke problemen loopt men op dit moment in de begeleiding aan?

Wat is er al ondernomen om dit op te lossen?

Wat zie je als mogelijke oplossing om bovenstaande obstakels/ problemen op te lossen?

Wat zou jij veranderd willen zien?

Welke rol zouden jullie daarin kunnen spelen?

Hoe kan de stichting verder voorzien in de noden en behoeften van cliënten met NAH-plus?

Heeft InteraktContour de capaciteiten of kan het deze ontwikkelen om cliënten met NAH-plus goed te begeleiden?

Bij één cliënt komen er veel professionals bij elkaar. Hoe gaan jullie daarmee om?

Is er al onderzoek gedaan naar ‘NAH-plus’? (Zowel binnen als buiten de stichting)

Hoe vaak komt NAH-plus naar jouw idee voor? (‘plus’ m.b.t. psychiatrische aandoening/ middelenmisbruik)

Vragen ander ambulante teams van InteraktContour

Gesprek met de coördinerend begeleider

Uitleg project

Uitleg definitie NAH-plus

- Hoeveel cliënten met NAH-plus?
- Welke problemen worden er in de begeleiding ervaren?
- Wat wordt er ondernomen om de problemen op te lossen?
  Samenwerking
  Kennis
  Protocollen/afspraken
  Plaatsing
- Is dit voldoende? Zo nee, wat zou je veranderd willen zien?
- Wat vind je belangrijk in de begeleiding van mensen met NAH-plus?
- In hoeverre krijg je hulp vanuit de Stichting m.b.t. dit onderwerp?
- Hoe kan de stichting voorzien in de noden en behoeften van cliënten met NAH-plus?
- Hoe denk je dat het komt dat team Lelystad hun cliënten met NAH-plus nog niet optimaal kunnen begeleiden?

Tijdens de gesprekken erachter komen wat de rollen van de verschillende partijen zijn in het begeleiden van mensen met NAH-plus. Wat wordt er van de verschillende partijen verwacht?