

## **Inhoudsopgave**

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1. Selectie en organisatie van de onderzoeksmiddelen en gemaakte keuzes.</b>	<b>4</b>
1.1 De Doelstelling en probleemstelling.	4
1.2 Verantwoording van de gemaakte keus.	4
1.3 Affiniteit met het gekozen onderwerp.	5
1.4 De visie op het beroep.	5
1.5 De instellingen.	6
1.6 Bemoeizorg wat verstaan we daaronder?	8
1.7 De deelvragen.	9
1.8 Verantwoording op de deelvragen.	9
<b>Hoofdstuk 2. De doelgroep waar het nieuwe product voor bestemd is.</b>	<b>12</b>
<b>Hoofdstuk 3. De algemene knelpunten van de ambulant dienstverlening.</b>	<b>15</b>
3.1 Onderzoek van Gemiva-SVG groep.	15
3.2 Enquête bij verschillende instellingen.	16
3.3 Literatuur.	17
<b>Hoofdstuk 4. Huidig aanbod.</b>	<b>19</b>
4.1 De aanmelding.	19
4.1.1 De Rijngest Groep.	19
4.1.2 Gemiva-SVG groep.	19
4.1.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van aanmelding.	20
4.2 Opzet van de begeleiding en bejegening.	21
4.2.1 De Rijngest Groep.	21
4.2.2 Gemiva-SVG groep.	21
4.2.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van begeleiding en bejegening.	22
4.3 Hulpvragen wat wordt daar onder verstaan en hoe ga je daar mee om.	22
4.3.1 De Rijngest Groep.	23
4.3.2 Gemiva-SVG groep.	23
4.3.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van hulpvragen.	24
4.4 Overleg.	24
4.4.1 De Rijngest Groep.	24
4.4.2 Gemiva-SVG groep.	24
4.4.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van overleg.	25
4.5 De mogelijkheden van beide instellingen.	25
4.5.1 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van hun mogelijkheden.	25

<b>Hoofdstuk 5. Analyse van het huidige aanbod.</b>	<b>26</b>
5.1 De indicatie.	26
5.2 Begeleiding, bejegening en de hulpvragen.	26
5.3 Het overleg.	28
5.4 Mogelijkheden.	28
<b>Hoofdstuk 6. Het Product</b>	<b>30</b>
1 Aanbevelingen op de aanmelding.	30
1.1 Ontslag uit het ziekenhuis of revalidatie centrum.	30
1.2 Geen ziekte inzicht.	31
1.3 Geen directe hulp door organisatorische punten.	31
2 Aanbevelingen op de begeleiding en bejegening.	32
2.1 De hulpvragen.	32
2.2 De loketfunctie.	33
2.3 Het ondersteuningsplan.	33
3 Aanbevelingen op het overleg.	34
3.1 De organisatie van het overleg.	34
3.2 Knelpunten.	34
4 Andere punten van aanbevelingen.	34
4.1 Deskundigheid.	35
4.2 De taakverdeling tussen de Rijngest Groep en de Gemiva-SVG groep in samenwerkingsverband in het project bemoeizorg.	35
<b>Hoofdstuk 7. Evaluatie literatuur- en praktijkonderzoek.</b>	<b>36</b>
7.1 Evaluatie literatuuronderzoek.	36
7.2 Evaluatie praktijkonderzoek.	36
<b>Hoofdstuk 8. Kwaliteitscriteria van mijn product.</b>	<b>37</b>
<b>Literatuurlijst.</b>	<b>39</b>
<b>Dankwoord.</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage.</b>	

## Inleiding.

Dit productverslag is het resultaat van een analyse van een gevolgd project dat ging over het aanbieden van het nieuwe product 'Bemoeizorg'. Na mijn analyse beschrijf ik voorwaarden en aanbevelingen aan Gemiva-SVG hoe zij het product bemoeizorg op een goede manier kunnen aanbieden.

Bemoeizorg is een nieuw product dat het Team Buro woon-, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord van de Gemiva-SVG groep wil gaan leveren. Dit product wordt vooral geleverd aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel en met daarbij komend psychiatrische problematiek.

De aanleiding van het opstellen van dit product was de probleemstelling:

*Veel cliënten die onder deze doelgroep vallen hebben geen hulpvragen terwijl ze eigenlijk wel begeleiding nodig hebben. Ze willen geen begeleiding of zien niet in dat ze dit nodig hebben. Door het invoeren van het vraaggericht werken worden deze cliënten uit het oog verloren. Het gevolg hiervan is, dat als men op zichzelf woont het na verloop van tijd weer mis kan gaan met deze cliënt.*

In dit productverslag beschrijf ik hoe ik het project heb gevolgd, wat ik heb gedaan om antwoord te krijgen op mijn deelvragen, wat die antwoorden waren en motiveer ik mijn keuzes.

Voor mijn productverslag heb ik gekozen voor de volgende hoofdstuk indeling;

In hoofdstuk 1 vind je een samenvatting van en aanvullingen die van belang zijn op mijn startdocument.

In hoofdstuk 2 omvat een beschrijving van de doelgroep voor wie het nieuwe product bedoeld is.

In hoofdstuk 3 zijn algemene knelpunten terug te vinden van de ambulante dienstverlening.

In hoofdstuk 4 beschrijf ik het huidige aanbod van zowel de Rijngroep als Gemiva-SVG groep en vat ik samen waar men dus tegen aan loopt.

In hoofdstuk 5 beschrijf ik de analyse van het huidige aanbod.

In hoofdstuk 6 geef ik aanbevelingen voor het product bemoeizorg.

In hoofdstuk 7 evalueer ik mijn praktijk- en literatuur onderzoek.

In hoofdstuk 8 bekijk ik mijn product aan de hand van de opgestelde kwaliteitscriteria van mijn product.

Ik hoop dat Gemiva-SVG groep, de opdrachtgever, aan de slag kan en gaat met het product dat ik heb geschreven. Zodat dit een bijdragen kan leveren aan het voortzetten en vormgeven van het product bemoeizorg. Ik heb namelijk tijdens mijn praktijk onderzoek wel ondervonden dat er een grote behoefte is aan bemoeizorg.

## Hoofdstuk 1 Selectie en organisatie van de onderzoeksmiddelen en gemaakte keuzes.

In dit hoofdstuk neem ik eerst mijn startdocument opnieuw door en verantwoord ik mijn aanpassingen hierop.

### 1.1 De doelstelling en probleemstelling:

Het doel van mijn product is het analyseren van een onlangs opgezet product dat nu aangeboden wordt via een project. Gemiva-SVG groep wil een product gaan aanbieden binnen hun bestaande aanbod van wonen, dagbesteding en ambulante dienstverlening vraaggericht. Het product waar het om draait is bemoeizorg dat behoort tot de ambulante dienstverlening.

Het project is opgezet voor mensen met niet aangeboren hersenletsel en psychiatrische problematiek op het gebied van de ambulante dienstverlening. Deze doelgroep maar ook een aantal cliënten met alleen hersenletsel kunnen bemoeizorg nodig hebben. Het op papier zetten van aanbevelingen wordt dan uiteindelijk mijn product. Hoe begeleiden we de cliënt van A tot Z. A is hierbij hoe komt de cliënt terecht bij ambulante dienstverlening en Z is een goed lopende ambulante dienstverlening waarbij de cliënt zich prettig voelt. Waar lopen we tegen aan en wat gaat er anders dan op de manier hoe we het nu doen bij alle andere cliënten.

De probleemstelling in dit project is dat op de manier waarop wij nu ambulante begeleiding verlenen wij deze doelgroep uit het oog verliezen. Zij hebben geen duidelijke hulpvragen. Geen hulpvraag staat gelijk aan geen begeleiding terwijl ze eigenlijk wel begeleiding nodig hebben.

Het doel van dit project is om een nieuw product "bemoeizorg" te gaan ontwikkelen bij de Gemiva-SVG Groep. We willen hiermee voorkomen dat deze doelgroep uit het oog verloren wordt omdat wij niet de meest geschikte begeleiding kunnen bieden. Dit project gaat in samenwerking met Buro woon-, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep en het ambulante begeleidingsteam van de Rijngeest Groep. Hoe deze samenwerking vormgegeven wordt komen we later nog op terug.

### 1.2 Verantwoording van de keuze:

Ik heb gekozen voor dit onderwerp dat is aangedragen door Gemiva-SVG groep. Ik wilde graag mijn project in opdracht doen van de stichting. Ik ga er dan vanuit dat men met het resultaat van het project aan het werk gaat. Verder hoop ik via deze opdracht mezelf binnen de stichting te kunnen neerzetten.

Het onderwerp spreekt mij zeer aan. Anders had ik het aanbod afgeslagen. Ik werk nu anderhalf jaar met mensen met niet aangeboren hersenletsel en de doelgroep vind ik zeer interessant. Ondanks dat de doelgroep NAH steeds groter wordt vind ik dat er maar weinig bekend is bij de mensen op de werkvloer hiermee bedoel ik verschillende dienstverlenende instellingen. Je moet echt een tijdje met deze doelgroep werken voordat je weet wat NAH inhoud. Naast de doelgroep NAH trekt de doelgroep psychiatrie mij ook. Ik heb nog niet veel van deze doelgroep gezien maar van wat ik zo hoor en lees blijft dit mij interesseren. Op dit moment is er geen geschikte begeleiding vanuit de Gemiva-SVG groep voor de mensen met NAH en daarbij psychiatrische problemen. De stichting Gemiva-SVG groep wil in samenwerking met de Rijngeest groep begeleiding gaan bieden gericht op deze groep mensen die nu naast de boot vallen. Graag wil ik hieraan meewerken zodat deze doelgroep geholpen kan worden.

De vorm die ik heb gekozen bij mijn product is een advies rapport.

Ik heb voor dit type product gekozen omdat dit een vraag is vanuit de stichting waarbinnen in werkzaam ben. Aan de hand van het nieuw opgezette project volg ik het proces en schrijf ik adviezen en aanbevelingen voor problemen waar tegen aan gelopen wordt.

Dit advies rapport is bedoelt voor alle medewerkers van verschillende niveaus. Zowel de uitvoerende medewerkers als de leidinggevende medewerkers die te maken hebben met het project. In mijn product zal ik duidelijk aangeven welke aanbevelingen zijn voor welke laag in de organisatie.

### **1.3 Affiniteit met het gekozen onderwerp:**

Mijn affiniteit met het onderwerp is vooral uitzoeken hoe we begeleiding kunnen bieden zoals de doelgroep het graag zou willen.

Verder vind ik het erg belangrijk dat er meer gedaan wordt aan de bekendheid voor de doelgroep NAH. De doelgroep groeit enorm terwijl de kennis van mensen op de werkvloer vaak achter blijft. Ik loop er tijdens me werk vaak tegen aan dat veel mensen niet weten wat NAH precies is en welke gedragingen daaruit voort kunnen komen. Door de onwetendheid van anderen kan het gedrag van mensen met NAH leiden tot overschatting en afwijzingen. Dit onderwerp gaat dan ook niet alleen over NAH, maar over een doelgroep dat ook niet aan hun lot overgelaten mag worden.

### **1.4 De visie op het beroep:**

Dit onderwerp vind ik zeer geschikt en relevant om als eindproduct te gebruiken. Zoals al eerder beschreven is de steeds groter wordende doelgroep NAH actueel. We kunnen niet meer om deze doelgroep heen. Steeds meer mensen krijgen te maken met iemand die NAH heeft opgelopen.

Vanuit de stichting Gemiva-SVG groep wordt er al zeer veel gedaan om de kennis voor de doelgroep te verbreden. We moeten daarbij de mensen die naast NAH een andere handicap hebben niet uitsluiten.

Door dit project en de uitkomsten die in een verslag komen te staan verbreden wij als werkers onze kennis. Hierdoor kunnen wij begeleiding bieden die de doelgroep wenst. De ontwikkeling is dan dat we begeleiding bieden op een andere manier dat beter aansluit bij de doelgroep.

Ik vind het vooral SPH relevant omdat ik vind dat de SPH-er een situatie moet kunnen inschatten, breed moet kunnen bekijken, rekening moet houden met allerlei punten die mee kunnen spelen en adviezen kan geven aan collegae in voorkomende situaties. Al deze punten komen terug in mijn eindopdracht.

### 1.5 De instellingen.

Er is nu een samenwerkingsverband tussen de Gemiva-SVG groep en de Rijngeest Groep. Even een korte omschrijving van deze twee instellingen.

#### **Gemiva-SVG groep:**

De Gemiva-SVG Groep ondersteunt in Zuid-Holland ruim 3000 mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige handicap of met niet-aangeboren hersenletsel. Dat kan bij de mensen thuis, op school of in hun bedrijf, maar ook in één van onze locaties. Er is een breed scala aan woonvormen en activiteitencentra.

Alle medewerkers van de Gemiva-SVG Groep - van begeleider tot administrateur -werken aan hetzelfde doel: ondersteuning bieden die ertoe leidt dat mensen met een handicap zo veel mogelijk aan de samenleving kunnen deelnemen, waarbij zij zelf of met ondersteuning keuzes maken voor hun eigen levensomstandigheden en hun persoonlijke toekomst.

Wij willen mensen met een handicap en hun omgeving de ondersteuning geven die ze vragen. Daarbij werken we samen met andere zorgaanbieders en maatschappelijke instellingen.

Het team ambulante dienstverlening genaamd: Woon-, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord bestaat uit 6 teamleden, teamleidster, locatiehoofd en een gedragsdeskundige.

Deze informatie heb ik van de website van Gemiva-SVG groep gehaald.

Anoniem. *Algemeen Kennismaking* - [URL:http://www.gemiva-svg.nl](http://www.gemiva-svg.nl). Beschikbaar 26-01-04.

#### **De Rijngeest Groep:**

De Rijngeest Groep is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Noord, een werkgebied met ruim 520.000 inwoners. De organisatie biedt een breed pakket van **preventie, behandeling**, verzorging en begeleiding, afgestemd op de vraag van cliënten met psychische en psychiatrische problemen van alle leeftijden (jeugd, volwassenen of ouderen) én hun familie en naastbetrokkenen.

De Rijngeest Groep wil een bijdrage leveren aan het psychisch herstel en/of de verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten, vanuit een eigentijdse behandelfilosofie en ondersteund door een servicegerichte organisatie. Hiertoe wil de organisatie een partnership vormen met zowel cliënten als verwijzers. Onder goede cliëntenzorg verstaan wij: betrouwbaar, professioneel, transparant en cliëntgericht.

Binnen de Rijngeest Groep bestaat voor de hele regio Zuid-Holland Noord sinds enige jaren een gespecialiseerde afdeling voor diagnostiek, begeleiding en (langerdurende) behandeling van cliënten met NAH in combinatie met psychiatrische problematiek en/of gedragsstoornis(sen).

Het ambulante team van de Rijngeest groep bestaat uit: een psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker en een sociaal psychiatrische verpleegkundige.

Deze informatie heb ik van de website van de Rijngeest groep gehaald.

Anoniem. *Organisatie van de Rijngeest groep* –

[URL:http://www.rijngeestgroep.nl/index.php?id=8](http://www.rijngeestgroep.nl/index.php?id=8). Beschikbaar 26-01-04.

Een groot verschil tussen beide instellingen is dat bij De Rijngroep de nadruk ligt op het behandelen van de cliënten. Gemiva-SVG groep biedt begeleiding in het dagelijkse leven.

In het stukje hierboven staat al dat De Rijngroep een bijdrage wil leveren aan het psychische herstel van de cliënt. De behandeling bestaat vooral uit het uitzoeken van de oorzaken en gevolgen van het gedrag. Wat heeft de cliënt nodig om met zijn ziektebeeld om te kunnen gaan bijv. medicatie, therapie. En hoe kunnen omstanders van de cliënt hier het beste mee omgaan. Om deze antwoorden op tafel te krijgen kunnen ze bij De Rijngroep verschillende testen doen om te kijken hoe het met het psychische functioneren van de cliënt is. Zodra dit allemaal bekend is dan dragen ze de cliënt vaak weer over aan verwijzer. Dit kan de huisarts zijn, een begeleider van een andere instelling of een familielid. De Rijngroep geeft handvatten mee aan de verwijzer hoe ze om kunnen gaan met het gedrag. Dan stopt de behandeling van De Rijngroep.

Zijn het cliënten die geen behandeling toelaten maar van wie de situatie toch wel zorgwekkend is dan kan De Rijngroep langdurig gaan begeleiden totdat de cliënt een behandeling wel toelaat. Onder begeleiding verstaan zij het bezoeken van de cliënt, even een boodschap doen met de cliënt, vooral het vertrouwen winnen en een band opbouwen. Om ze later te kunnen overtuigen van de noodzaak van de behandeling.

Gemiva-SVG Groep biedt ondersteuning die ertoe leidt dat mensen met een handicap zo veel mogelijk aan de samenleving kunnen deelnemen, waarbij zij zelf of met ondersteuning keuzes maken voor hun eigen levensomstandigheden en hun persoonlijke toekomst.

De ondersteuning wordt bij ambulante dienstverlening gezien als begeleiding. Onder deze begeleiding vallen training in het zelfstandig aanleren van taken, het samen bijhouden van taken en het overnemen van taken als de cliënt het zelf niet (aan)kan.

Maar de begeleiding is niet alleen gericht op praktische taken maar ook op vaardigheden van de cliënt zoals het leren zelf keuzes te maken, voor jezelf op durven komen en het aanleren van sociale vaardigheden.

De begeleiding ziet er dan als volgt uit één of twee keer in de week wordt er terug gekomen op het doel van de begeleiding. Er wordt gewerkt aan de hand van een werkplan om het doel te behalen. De begeleiding is langdurig omdat veel taken aangeleerd worden door inslijpen. Door de geheugenproblematiek kan dit erg lang duren.

## 1.6 Bemoeizorg wat verstaan we daaronder?

Het nieuw aan te bieden product van de stichting Gemiva-SVG groep is Bemoeizorg. Bemoeizorg in een onderdeel van de ambulante dienstverlening Bemoeizorg wat verstaan we hier precies onder:

*“Bemoeizorg is een term die geïntroduceerd is door Henselmans (1993), verschilt wezenlijk van de vorige situaties: de aanmelder is niet de cliënt, maar de hulpverlener. En eenmaal aangemeld gaat hij de cliënt hulp bieden waar deze niet om gevraagd heeft. Bemoeizorg kan dus niet gelegitimeerd worden vanuit de hulpvraag van de cliënt, want die is er niet. De hulpverlener put zijn legitimatie uit het veronderstelde belang voor de cliënt. Daarbij is de redenering: bemoeizorg kan nooit zover gaan dat we iets tegen de wil van de cliënt doen, maar niets staat ons in de weg om op iemand af te stappen en contact te leggen.”*  
(Berg vd 1997, 102)

Opzich biedt Buro woon, werk en gezinsondersteuning al langer bemoeizorg, al werd het niet als zodanig beschouwd. Dit komt omdat we bemoeizorg leveren in combinatie met gevraagde zorg. Zo komt het voor dat mensen ons in huis vragen voor de administratie en zien wij dat het huis erg smerig is. Wij geven dit aan en gaan overleggen hoe dit aangepakt kan worden. Dit is ook ongevraagd hulp bieden dus bemoeizorg.

*“Zo kunnen in elk hulpverleningscontact vragen worden gesteld als:*

- *Wat kan ik mijn cliënt nog meer aandragen, behalve wat hij letterlijk vraagt?*
- *Moet ik de boodschap van de cliënt (‘Laat me alleen’) serieus nemen of zal de cliënt het (toch) waarderen als ik hem kom opzoeken.*
- *Moet ik zomaar meegaan in datgene wat de cliënt nu opeist, of vraagt de cliënt in feite om structuur, grenzen, tegenwicht, kortom: om de bemoeizucht van de hulpverlener?”*

*(Berg vd 1997, 102)*

Gemiva-SVG wil nu vooral de bemoeizorg aan gaan bieden aan mensen die geen zorg hebben, dit niet vragen en zich hier ook van afzetten. De doelgroep zoals beschreven in hoofdstuk 1 zet zich af tegen de hulpverlening en kan daardoor in problemen terecht komen. Nu wil men op deze mensen af gaan stappen en de zorg aanbieden (enigszins aandringen). Maar er zitten natuurlijk grenzen aan. Als iemand echt niet wil dan houdt het op. Je mag niks tegen iemands wil doen. Het enige wat je kan doen als iemand echt niks wil is hem blijven volgen en er weer op af stappen als zijn situatie verergerd of als je een andere reden zou kunnen zien die misschien een ingang geeft tot contact.



## 1.7 De deelvragen:

- Wat zijn in het algemeen de knelpunten van ambulante werken?
- Hulpvragen wat wordt daar onder verstaan en hoe ga je daarmee om?
- Waarom werkt het huidige begeleidingsaanbod niet bij deze doelgroep?
- Welke veranderingen van onze huidige manier van werken zijn er nodig om het zorgaanbod geschikt te maken voor de specifieke doelgroep en waarom? Dit van A tot Z. Vanaf het indiceren tot aan goed lopende dienstverlening waarbij de cliënt zich prettig voelt.
- Wat is hierbij de taakverdeling tussen het ambulante team Buro Woon-, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep en het zorgteam van de Rijngroep.
- Hoe krijgen we toegang tot deze specifieke doelgroep?
  - Hoe willen de cliënten de begeleiding hebben?
- Welke achtergrondinformatie van de cliënten is invloedrijk op het project?
- Hoe wil men de begeleiding hebben zodat ze niet afhaken?
- Hoe kunnen wij dit aanbod bieden?
  - Op welke manier?
  - Welke begeleiding is er nodig?
  - En wat zijn de mogelijkheden en knelpunten hierin?
- Beschikken de begeleiders over de juiste kennis en middelen om de begeleiding te bieden?

## 1.8 Verantwoording van de deelvragen:

- *Wat zijn in het algemeen de knelpunten van ambulante werken?*

Om een goed beeld te krijgen van de knelpunten binnen dit nieuwe project is het belangrijk te weten wat de knelpunten zijn binnen de ambulante begeleiding in het algemeen. We kunnen de knelpunten vergelijken en onderscheid maken tussen wat wel en wat niet bij deze specifieke doelgroep behoort.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik bij vier verschillende instellingen met verschillende doelgroepen na vraag gedaan wat bij hun de knelpunten zijn. Ik heb dit gedaan door eerst telefonisch contact te zoeken met de vraag of zij mee wilde werken aan een enquête. Hier hebben de volgende instellingen aan meegewerkt; Parnassia, Gemiva-SVG groep VG, Flexzorg Haaglanden en De Bruggen. Vanuit Gemiva SVG is er net een rapport uitgekomen over ambulante werken waarin staat aangegeven wat men binnen deze stichting als knelpunten wordt ervaren dit rapport heb ik als leidraad genomen voor deze deelvraag.

- *Hulpvragen wat wordt daar onder verstaan en hoe ga je daarmee om?*

Omdat we met twee verschillende stichtingen samenwerken die beide een verschillende insteek hebben wat betreft hun dienstverlening was het handig om te onderzoeken of we wel op één lijn zitten wat betreft een definitie voor de hulpvraag.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag ben ik in gesprek met zowel collega's als met medewerkers van het ambulante begeleidingsteam van de Rijngroep. Ook wilde ik graag horen wat de teamleiders hierover te melden hebben.

- *Waarom werkt het huidige begeleidingsaanbod niet bij deze doelgroep?*

Als we duidelijk weten waarom de huidige manier bij deze cliënten niet werkt kunnen we het aanbod gericht aanpassen zodat het wel kan gaan werken. Hoe duidelijker alles op papier staat hoe makkelijker het is om aanpassingen te doen.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik het huidige begeleidingsaanbod geanalyseerd vanuit verschillende perspectieven. Deze analyse heb ik gedaan door middel

van interviews en gesprekken met medewerkers, teamleider en cliënten. Uit deze gesprekken heb ik punten gehaald waar tegen aan gelopen wordt.

- *Welke veranderingen van onze huidige manier van werken zijn er nodig om het zorgaanbod geschikt te maken voor de specifieke doelgroep en waarom? Dit van A tot Z. Vanaf het indiceren tot aan goed lopende dienstverlening waarbij de cliënt zich prettig voelt.*

Bij de vorige deelvraag is duidelijk geworden waarom het huidige begeleidingsaanbod niet werkt. Nu kunnen we gaan kijken naar wat er veranderd zou kunnen worden.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik het antwoord op de vorige deelvraag genomen en bekeken wat er veranderd kon worden. Ik heb hierbij ook gekeken naar de werkwijze van de Rijngroep; hoe doen hun het en werk dat wel. Kunnen wij dit eventueel ook zo doen. Ik heb hierbij geen interviews gehouden met de cliënten zelf. Dat was om persoonlijke redenen nog niet mogelijk misschien komt dat nog voor het definitieve verslag. Ik ga nog wel even kijken of ik gesprekken kan voeren met andere cliënten waarbij bemoeizorg aangeboden wordt naast gevraagde begeleiding.

- *Wat is hierbij de taakverdeling tussen het Buro woon-, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep en het zorgteam van de Rijngroep.*

Bij het gehele proces is het belangrijk dat er gekeken wordt wat de taakverdeling tussen Buro woon-, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep en het ambulante begeleidingsteam van de Rijngroep is.

Wanneer schakelen we elkaar in, hoe verloopt dat, waar liggen de verantwoordelijkheden.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik vooral gekeken naar wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van beide instellingen. Daarnaast heb ik het proces gevolgd en heb voorkomende situaties bekeken die wat kan betekenen voor de cliënt. Ik heb deze situaties besproken met de begeleider of de gedragsdeskundige.

- *Hoe krijgen we ingang tot deze specifieke doelgroep?*

Omdat cliënten uit deze doelgroep zelf geen hulpvragen hebben en niet inzien dat ze wel ondersteuning nodig hebben verdwijnen ze uit het zicht van de hulpverlening. We moeten kijken hoe we bij deze mensen wel een ingang kunnen vinden omdat de kans groot is dat het anders mis gaat. Ze kunnen problemen ondervinden wat betreft isolement, verwaarlozing en nieuwe opname.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag ben ik in gesprek gegaan met de begeleiders om te kijken wat zij proberen om ingang te krijgen tot bepaalde cliënten. Zowel met medewerkers van de Rijngroep als van Gemiva-SVG groep.

- *Welke achtergrondinformatie van de cliënten is invloedrijk op het project?*

Om te bekijken wat het project allemaal beïnvloed kunnen we ook kijken naar de achtergronden van de cliënten. Het zal van groot belang zijn of een cliënt voor of na zijn hersenletsel psychische problemen heeft gekregen.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik eerst nagevraagd wat er op papier staat over de cliënt. Wat er op papier stond heb ik doorgenomen. Het was niet mogelijk in gesprek te komen met de cliënten zelf.

- *Hoe wil men de begeleiding hebben zodat ze niet afhaken?*

De zorg die we bieden moet laagdrempelig en toegespitst zijn op de wensen van de cliënt. We moeten zien te voorkomen dat de cliënt afhaakt omdat hij zich niet prettig voelt bij de manier hoe de zorg geboden wordt. We moeten dus open staan voor de vragen en de wensen van de cliënt. Dit moet dus in beeld gebracht worden.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag ben ik niet in gesprek gegaan met de cliënten zelf. Dit is niet gedaan omdat men geen begeleiding wil dus ook niet woordelijk zal aangeven hoe hij/zij dit zou willen. Ik heb met de begeleiders gekeken naar verschillende manieren van begeleiden en welke manier het meeste invloed heeft.

- *Hoe kunnen wij dit aanbod bieden?*
  - *Op welke manier?*
  - *Welke begeleiding is er nodig?*
  - *En wat zijn de mogelijkheden en knelpunten hierin?*

Kunnen wij wel op de vraag en wensen van de cliënt ingaan. We moeten duidelijk in beeld krijgen hoe we hierop ingaan en met welke begeleiding. We moeten hierbij niet vergeten dat we als hulpverleners ook knelpunten hebben en dat bepaalde dingen misschien wel buiten onze zorg kunnen liggen. Als een cliënt daardoor geen beroep meer wil doen op de zorg dan kan je niet kosten wat kost de cliënt als cliënt blijven behouden.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik de begeleidings methoden, de mogelijkheden en de knelpunten naast elkaar gelegd. Eigenlijk heb ik bijna alle antwoorden op de verschillende deelvragen hiervoor gebruikt.

- *Beschikken de begeleiders over de juiste kennis en middelen om de begeleiding te bieden?*

Als we op papier hebben staan hoe cliënten de begeleiding zouden willen en hoe wij het zouden kunnen bieden dan is er alleen nog de vraag: "beschikken de begeleiders over de benodigde kennis en middelen". Als dat niet zo is wat kan er dan gedaan worden om hieraan tegemoet te komen.

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag ben ik in gesprek gegaan met begeleiders om navraag te doen wat ze nodig hebben om de meest geschikte begeleiding te kunnen geven.

## Hoofdstuk 2 De doelgroep waar het nieuwe product voor bestemd is.

Buro Woon-, werk en gezinsondersteuning biedt vooral ambulante begeleiding aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel verder aangeduid met NAH. 'Niet Aangeboren Hersenletsel' wil zeggen: Letsel dat op latere leeftijd is ontstaan, niet tijdens of kort na de geboorte, en een breuk in de levenslijn heeft veroorzaakt. De breuk in de levenslijn houdt in dat de persoon voor de breuk zijn eigen leventje had waarin hij/zij voor zichzelf kon zorgen en een toekomstbeeld had. Na de breuk is een aantal personen aangewezen op zorg en begeleiding. Personen met NAH vormen een speciale groep in de zorg. Naast stoornissen op fysiek gebied, bestaan er een groot aantal stoornissen op cognitief, emotioneel en gedragsmatig gebied. De gevolgen van NAH voor het functioneren verschillen van persoon tot persoon. Dit heeft onder meer te maken met de plaats van de beschadiging in de hersenen en de ernst van de beschadiging. Soms zijn de gevolgen duidelijk merkbaar in gedragsverandering en zichtbaar in motorische stoornis. In andere gevallen zijn de gevolgen een stuk minder duidelijk herkenbaar en zichtbaar. Sommige verschijnselen worden niet direct aan hersenletsel toegeschreven. Je kan hierbij denken aan trager reageren, eerder moe en snel geprikkeld.

Na een tijd van revalideren komen de personen weer thuis bij hun ouders en of gezin en worden sommige stoornissen pas goed duidelijk. De familie, het gezin en de vrienden lopen er tegen aan dat de persoon erg is veranderd en niet meer de persoon is van voor het hersenletsel.

Waar men ook tegen aan kan lopen is dat de persoon met NAH totaal of gedeeltelijk geen ziekte inzicht heeft. Dit is een relatief kleine groep maar deze groep is moeilijk te begeleiden. In de beleving van de persoon met NAH kan hij alles heel goed zelf regelen. Maar in werkelijkheid is deze persoon voor een groot of kleiner deel afhankelijk van zorg en begeleiding van familie of mensen van ambulante begeleiding.

Voorkomende stoornissen zoals:

De stoornissen:	Wat verstaan we hier onder:	Kenmerken en klachten:
Stoornissen in zintuiglijke waarneming.	Stoornissen in reuk en smaak, Stoornissen in het zien, } Stoornissen in het horen, } Stoornissen in het evenwicht, Stoornissen in het tastzin.	Bijzonder ontwikkeld eetpatroon. Verkeersveiligheid verminderd en afname sociale contacten. Onzekerheid en angst. Temperatuur waarneming is verstoort.
Stoornissen in handelen en bewegen.	Verlamming, Spasticiteit, Coördinatiestoornis.	Apraxie. Niet meer weten welke volgorde je aan moet houden. Beperkingen in de fijne motoriek.
Cognitieve stoornissen.	Stoornissen in denken, aandacht, concentratie en oriëntatie. Initiatiefstoornissen. Geheugenstoornissen. Communicatie problemen. Stoornissen in probleemoplossing.	Vertraagd denken. Moeite met het verdelen van de aandacht. Wel kunnen benoemen wat te doen maar geen initiatief daartoe. Afasie. Niet kunnen bedenken hoe problemen opgelost kunnen worden.
Mentale overbelasting.	Slaapstoornissen	Klachten als duizeligheid, zeurende hoofdpijn, moeheid, vergeetachtigheid, prikkelbaarheid.
Emotionele veranderingen.	Emotionele vervlakking,	Men weet niet om te gaan met

	Emotionele labiliteit, Stoornissen in de basisstemming, Dwangluken en dwanghuilen, Stemmingswisselingen.	eigen emoties. Ze kunnen voor de situatie ongepaste emoties laten zien. Ze kunnen het ene moment lachen en drie tellen later in huilen uitbarsten.
Impulsiviteit.	Decorumverlies. Al handelen voordat je nadenkt of het wel handig en passend is in de situatie.	Het automatisch handelen gaat niet meer vanzelf. Men moet gaan nadenken over hun handelen en is hier niet altijd toe instaat. Men brengt zichzelf steeds in onverwachte en moeilijke situaties.
Persoonlijkheidsveranderingen.	Dit is in feite een blijvende stoornis, die een verandering betekent van vroegere, karakteristieke persoonlijkheidspatroon van betrokkene.	De persoonlijkheid kan heel agressief worden terwijl de persoon nooit agressief was of juist heel aardig.
Gedragsveranderingen.	Je hebt primaire gedragsveranderingen dit is het directe gevolg van het hersensletsel en secundaire gedragsveranderingen die komen na het hersensletsel door de reacties en omgang van buiten af.	De gedragverandering heeft veel te maken met de persoonlijkheidsverandering. Iemand kan heel erg gaan zeuren en klagen. Of iemand zegt steeds hetzelfde.

Naast deze veelvoorkomende stoornissen kunnen er ook psychiatrische stoornissen of gedragsstoornissen ontstaan.

Een psychiatrische stoornis kan zowel een direct gevolg van de hersenaandoening zijn als door de gevolgen van het letsel die in het dagelijks leven optreden.

Een aantal psychiatrische stoornissen zijn;

**Psychotische stoornis:** Bij een psychose is er sprake van waarnemingsstoornissen (hallucinaties) en/of inhoudelijke denkstoornissen (wanen). Extreme achterdocht en betrekkingsideeën zijn symptomen van een lichtere vorm van psychotische stoornissen.

**Stemmingsstoornissen:** Veranderingen in de stemming, in de zin van zowel een depressie als een manie, kunnen optreden bij hersensletsel.

**Angststoornissen:** Angststoornissen na hersensletsel zijn zeer bekend. Meestal gaat het om angst in combinatie met een langdurig gevoel van spanning. Deze combinatie komt vooral voor bij mensen die tevens cognitieve beperkingen hebben waardoor een goede integratie van gevoelens niet kan plaatsvinden.

**Posttraumatische stress-stoornis:** Dit is een ernstig beeld. Bijvoorbeeld het steeds opnieuw beleven van traumatische gebeurtenissen rond het hersensletsel, vaak vermijdingsgedrag, en een verhoogde onrust met de daarbij behorende slaapproblemen zijn bepalend voor het syndroom.

Deze informatie is gebaseerd op een informatie boekje dat tot stand is gekomen op initiatief van het Nederlands Centrum Hersensletsel.

Deze psychiatrische stoornissen en/of het geen inzicht hebben in hun ziektebeeld leidt binnen de tot nu toe aangeboden ambulante begeleiding van Buro woon-, werk en gezinsondersteuning tot moeilijkheden. Vaak zie je als begeleider duidelijk punten waar de

cliënt hulp en begeleiding bij nodig heeft. Ze hebben begeleiding nodig, maar dit moet op een andere manier aangeboden worden. Omdat deze doelgroep niet open staat voor begeleiding.

Bemoeizorg is in zulke situaties een oplossing.

In een later hoofdstuk beschrijf ik duidelijk wat men verstaat onder bemoeizorg.

### Hoofdstuk 3 De algemene knelpunten van de ambulante dienstverlening:

In het jaar 2003 is er binnen de stichting Gemiva-SVG groep een onderzoek gehouden gericht op de ambulante dienstverlening. Binnen de ambulante dienstverlening is een grote variatie aan werkwijzen en vormen. Medewerkers binnen deze tak van dienstverlening lopen regelmatig tegen beperkingen aan die voortkomen uit de wijze waarop de ambulante dienstverlening is georganiseerd. Tot nu toe werd de ambulante dienstverlening er maar even bij gedaan.

Uit het onderzoek komt naar voren dat ambulante dienstverlening vraagt om eigen aansturing, organisatie en methodiek. Nu ervaart men dat een ieder maar doet wat hij denkt dat goed is.

Dit onderzoek is gehouden om te kijken waar binnen de stichting de kwaliteiten en knelpunten zitten binnen de ambulante dienstverlening om zo de ambulante dienstverlening te professionaliseren.

#### 3.1 Onderzoek van de Gemiva-SVG groep.

Een aantal knelpunten die tijdens dit onderzoek naar voren kwamen zal ik even kort op een rijtje zetten aan de hand van de volgende vier punten:

Instroom/innovatie, de organisatie, de inhoud en de ambulante medewerkers.

##### 1. t.a.v. de instroom/innovatie:

- Communicatie van/met bureau zorgmakelaar.
- Wachtijd indicatiestelling en beperktheid van achtergrondinformatie.

Het LCIG (Landelijks Commissie Indicatie Gehandicapten) indiceert nieuwe aanvragen en stelt de uren van de indicatie vast aan de hand van de hulpvragen die gehaald worden uit een verslag van een gesprek met de nieuwe cliënt dat gevoegd wordt met bureau zorgmakelaar.

Bij de arrangementen is soms onduidelijk voor hoeveel uur iemand begeleiding krijgt, wanneer dit van start gaat. De communicatie die dan moet plaats vinden tussen het LCIG en de dienstverleningen instelling kost weer veel tijd.

Omdat dit proces lang kan duren haken sommige mensen af. De drempel wordt te hoog. Ambulante begeleiding moet zeer laag drempelig zijn. Je aanmelden is voor vele al een zeer grote stap. Om dan ook nog navraag te doen wanneer men komt is een te grote opgave voor sommige mensen.

- Taak locatiehoofd/teamleiders ten aanzien van het initiëren en opzetten van nieuwe projecten.
- Moeilijk voor medewerkers om te denken buiten de bestaande kaders.

Met denken buiten bestaande kaders bedoeld men dat sommige medewerkers moeite hebben om met situaties om te gaan die anders zijn dan dat men gewend is. Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat er te weinig kaders zijn. Deze twee punten zijn wat tegenstrijdig. Je moet creatief zijn over de werkwijze van ambulante dienstverlening. Er is geen protocol over hoe je moet werken. Iedere cliënt is anders, heeft andere hulpvragen of is op een andere manier te activeren.

Door de jaren heen zijn er een aantal situaties waarin er begeleiding wordt geboden. Die begeleiding bied men nu op de gebieden van financiën, administratie, zelfstandigheid aanleren en het inslijpen van handelingen. Als iemand met de vraag komt of wij zijn eten willen koken of dat wij de hond uit willen laten dan kunnen er discussies komen of dit wel onze taken zijn. Of iemand werkt niet mee aan zijn hulpvragen hoe creatief ben je dan in het zoeken naar mogelijkheden om iemand te activeren.

Er staat niet op papier met welke hulpvragen men terecht kunnen bij de ambulante dienstverlening. Per situatie wordt gekeken naar de haalbaarheid van de hulpvragen.

Omdat er niks op papier staat blijft het een vaag gebied, welke vraag beantwoord je wel en welk niet.

**2. t.a.v. de organisatie:**

Onduidelijkheid/onzekerheid teamleider (en soms medewerkers)over:

- Inroosteren van ambulante medewerkers (hoeveel cliënten per dag)
- Reisafstanden, reiskosten, reistijden en vervoersmiddelen.
- Vertaling van de indicatie.

Bovenstaande drie punten gaan er vooral over hoe wij de te bieden begeleiding zo efficiënt mogelijk kunnen aanbieden. Het gaat er dan vooral om, om de kosten en inkomen op elkaar af te stemmen. Hoeveel tijd zit een medewerker bij een cliënt en hoelang is de reistijd daarvoor. Is het reëel om de uren te bieden die een cliënt toegewezen heeft gekregen of heeft de cliënt juist te weinig of te veel uren gekregen.

- Coachen op afstand.

Als medewerker ben jij het aanspreekpunt van een cliënt. Andere kennen de cliënt niet goed en dit is moeilijk te begeleiden door de teamleider. Er kan niet direct feedback gegeven worden op je handelen omdat dit niet in het zicht is.

**3. t.a.v. de inhoud:**

- Er wordt zeer verschillend omgegaan met de ondersteuningsplannen, werkplannen en methodieken. Afspraken worden niet (altijd) uitgevoerd, en van de aanwezige hulpmiddelen en deskundigheid wordt niet optimaal gebruik gemaakt.
- Vragen over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medewerkers/organisatie worden (vaak) niet (eenduidig) beantwoord.
- Vragen over grenzen van de medewerkers/organisatie komen niet altijd terecht bij het verantwoordelijke locatiehoofd/gedragskundige. Of blijven daar te lang hangen.

Er zijn veel onduidelijkheden over wat de ambulante begeleider wel en niet mag. Op welke hulpvragen mag je wel ingaan en op welke niet. Hoever gaat de dienstverlening? Als het jou persoonlijk te ver gaat mag het dan overgedragen worden aan een collega?

**4. t.a.v. ambulante medewerkers:**

- Sommige medewerkers hebben moeite met het bewaken van hun professionele werkhouding. (zij raken persoonlijk teveel betrokken bij de problematiek van de cliënt).
- Sommige medewerkers laten zich moeilijk coachen en/of begeleiden.
- Sommige medewerkers ervaren het "solistisch werken" als zwaar.

Deze punten hebben naar mijn idee veel te maken met de knelpunten beschreven bij punt 3 over de verantwoordelijkheden en grenzen.

Bovengenoemde knelpunten zijn gebaseerd op een rapport van Mevr. B Matser na een onderzoek naar ambulante dienstverlening binnen de LG sector van de stichting Gemiva-SVG groep.

**3.2 Enquêtes bij verschillende instellingen.**

Om de algemene knelpunten binnen de ambulante dienstverlening duidelijk in beeld te krijgen heb ik naar vier verschillende instellingen met verschillende doelgroepen een enquête formulier opgestuurd.

De volgende instellingen hebben aan de enquête meegewerkt: Flexzorg Haaglanden (lichamelijk gehandicapten), Parnassia (psychiatrie), De bruggen (gezinsondersteuning bij een gezin met een verstandelijk gehandicapt kind) en Gemiva- SVG groep (verstandelijke beperking).



De vragen van de enquête waren aan de hand van de vier punten waar het onderzoek van de Gemiva-SVG groep op gebaseerd is opgesteld.

We moeten bij het analyseren van de enquête rekening houden met het feit dat Parnassia hulp bied voor kortere tijd (ong. 10 gesprekken) terwijl Flexzorg, de Bruggen en Gemiva-SVG groep allen voor langere tijd begeleiding bieden. Parnassia is bezig met behandeling en immateriele hulpverlening terwijl Flexzorg, de Bruggen en Gemiva- SVG groep meer bezig zijn met het ondersteunen en aanleren van taken en het uitzoeken van mogelijkheden van de cliënt.

Knelpunten t.a.v. de instroom van nieuwe cliënten:

Flexzorg en Gemiva-SVG groep geven beiden aan dat de indicatie van nieuwe cliënten te lang duurt en dat zorgarrangementen onduidelijk zijn. Beide instellingen zijn voor de indicatie afhankelijk van Bureau zorgmakelaar. Parnassia heeft zelf meer invloed op de indicatie en heeft eraan gewerkt de wachttijden niet op te laten lopen tot meer dan 2 weken.

De Bruggen ervaart een beperkt dossier tot een groot knelpunt. Ze zijn lang bezig om een compleet beeld van de hulpvragen te vormen. Verder verloopt de communicatie ook niet geweldig tussen de verschillende partijen. Het gebeurt namelijk dat cliënten langdurig uitstaan bij een collega organisatie terwijl De Bruggen de juiste hulpinzet kan realiseren.

Knelpunten t.a.v. de organisatie:

Teamoverleg is niet efficiënt in te plannen de medewerkers zijn veel onderweg en tijd voor overleg is moeilijk in te plannen. Het reizen en de tijd die dit in beslag neemt is ook een groot knelpunt. Terwijl dit reizen juist bij het werk hoort, je gaat toch naar de mensen toe.

Veel hulpvragen van cliënten komen voor bepaalde tijden bijv. de woensdag middag of avond en weekend uren. Niet al het personeel wil onregelmatig werken.

Medewerkers van De Bruggen geven aan ondersteuning van een orthopedagoog te missen door gebrek aan financiële middelen.

Knelpunten t.a.v. de inhoud van het werk:

Bij Parnassia is het knelpunt dat men binnen 10 gesprekken niet de behandeldoelen kan behalen maar 10 gesprekken is het maximum. Binnen die 10 gesprekken zijn de problemen waarvoor mensen zich aanmelden nog niet opgelost.

Bij Flexzorg en Gemiva-SVG liggen de knelpunten meer bij de verantwoordelijkheid. Wie is waar verantwoordelijk voor. Wat mogen we wel en wat mogen we niet doen. Omdat je zelfstandig werkt kan je niet snel even overleggen hoe je in bepaalde situaties zou handelen. Om de grenzen duidelijk te krijgen binnen je team is weer veel overleg nodig, maar die is weer niet efficiënt te plannen en kost een hoop kostbare tijd.

Ondersteuningsplannen worden ook als tijd en energierovend gezien, maar een ondersteuningsplan kan ook weer duidelijkheid scheppen waaraan we bij de cliënt moeten gaan werken.

Knelpunten t.a.v. de ambulante medewerkers:

Het solistisch bezig zijn waardoor zij geen steun kunnen vinden bij collegae wordt door iedereen als knelpunt benoemd. Een ander knelpunt is de professionele werkhouding bewaken dit wordt vooral bemoeilijkt doordat er geen richtlijnen zijn. Het coachen van de medewerkers is soms moeilijk, omdat men elkaar niet ziet. Dit gebeurt nu via de telefoon of via de mail. Bij Parnassia geeft men aan de zaken goed geregeld te hebben. Er is een goed evenwicht tussen pas beginnende en ervaren deskundigen. Men stelt een opleidingsplan op en er vindt zowel intervisie als supervisie plaats.

### **3.3 Literatuur.**

Je ziet dat er nog al wat knelpunten zijn die te maken hebben met de positie van de ambulante begeleider. In het boek "In Huiselijke Sfeer" beschrijft Van den Berg (1997): de positie van de 'gemiddelde' woonbegeleider aan de hand van vier karakteristieken. Dit zijn de solistische positie, grensbewaking, arbeidsomstandigheden en breed georiënteerd.

Van den Berg schrijft over woonbegeleiders, maar ik ga door met de term ambulante begeleider.

De solistische positie:

Hij benadrukt de knelpunten van de solistische positie. Voor de werknemer is het soms moeilijk keuzes te maken, crises op te lossen of onvoorziene omstandigheden voor te zijn. De teamleider heeft daarentegen totaal geen zicht op het handelen van de begeleider en zijn omgang met de cliënt. Feedback geven op elkaar, intervisie, kwaliteitsbewaking en werkbespreking zijn punten die niet of moeilijk van de grond komen, omdat men niet van elkaar weet wat men doet. Deze punten zijn wel nodig om de professionalisering van je werk te bevorderen.

Grensbewaking:

Omdat het contact in de thuissituatie van de cliënt gebeurt en je als ambulante begeleider voor langere tijd gebonden bent aan de cliënt kan het ertoe leiden dat de scheiding tussen betrokkenheid en afstand vervaagt. Zeker bij zeer claimende cliënten. Zo kan het gebeuren dat je jezelf steeds meer aanpast aan de wensen, belangen en voorkeuren van de cliënt, zonder dat de cliënt zich wilt aanpassen aan de dienstverlening.

Van den Berg geeft vier vragen die een ambulante begeleider zich steeds moet stellen om te voorkomen dat de begeleider en de cliënt te veel in elkaar verweven raken.

- Hoe ver ga je in het persoonlijk investeren?
- Hoe, wanneer en in welke mate laat je je cliënt ook weer los?
- Waar ligt de grens tussen het hulpverleningscontact en een persoonlijk contact?
- Eindigt het (hulpverlenings?) contact als de begeleiding eindigt?
- Hoe kun je afstand en nabijheid verenigen, zonder een onwenselijke

afhankelijkheidsrelatie te creëren?

Deze punten moeten besproken worden tijdens teambesprekingen en /of opgesteld worden in richtlijnen vanuit de organisatie.

Dit is ook een punt dat terug komt in het onderzoek van de Gemiva-SVG groep. Sommige medewerkers hebben moeite met het bewaken van hun professionele werkhouding. Zij raken persoonlijk teveel betrokken bij de problematiek van de cliënt.

Arbeidsomstandigheden:

Uit het onderzoek van de Gemiva-SVG groep kon je halen dat de arbeidsomstandigheden vaak niet optimaal zijn. Van den Berg beschrijft dit ook en hij benoemt vooral dat veel begeleiders het gevoel hebben dat er onvoldoende tijd is om te doen wat men wil. Veel administratieve taken, lange reistijden en onregelmatige werktijden bevorderen de arbeidsomstandigheden niet.

Breed georiënteerd:

Een dubbele functie is ook een knelpunt in de ambulante dienstverlening. Veel ambulante begeleiders werken ook in een woonvoorziening. In sommige gevallen wordt de ambulante dienstverlening vanuit een woonlocatie gegeven. Bij ambulante begeleiding werk je veel meer individueel- en persoonsgericht. Je hebt niks te maken met groepen. Je kan niet altijd alleen uitgaan van de behoefte van de cliënt, maar je zou ook bemoezorg moeten kunnen toepassen als de situatie daarom vraagt.

De vier punten die van de Berg beschrijft zie je ook terug in het rapport van Gemiva-SVG groep en in de antwoorden die ik heb terug gekregen door de enquête.

## Hoofdstuk 4 Huidig aanbod.

Voor het huidige aanbod heb ik zowel gesprekken gevoerd bij Gemiva-SVG en bij de Rijngroep. Ik wil vooral kijken hoe het aanbod bij Gemiva-SVG en de Rijngroep is. Hoe kunnen we het aanbod eventueel aanpassen zodat we het product bemoeizorg goed neer kunnen zetten.

### 4.1 De aanmelding.

Hoe kunnen mensen zich aanmelden? Hoe verloopt dit traject?

#### 4.1.1 De Rijngroep.

Bij de Rijngroep kan iemand met hersenletsel en een psychiatrisch ziektebeeld worden aangemeld vanuit vele hoeken namelijk door de familie, de huisarts, de voormalige hulpverleners of door eigen initiatief van de Rijngroep. Als hulpverlener weet je vanuit je regio welke mensen hulp nodig hebben maar moeilijk te bereiken zijn. Zonder toestemming van de cliënt zelf gaat de Rijngroep contact zoeken met deze cliënt door langs te gaan waar de cliënt woont of telefonische contact te zoeken. Door contact te zoeken kan men een inschatting maken van de situatie rondom deze persoon.

De Maatschappelijk werker en de psycholoog van het ambulante team van de Rijngroep zitten ook in het hersenletsel team. Het hersenletsel team adviseert mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel en hun sociale omgeving. Mensen kunnen daar terecht met allerlei vragen. Het hersenletselteam kan adviezen geven over de gevolgen van hersenletsel maar zij kan ook advies geven over mogelijkheden op het gebied van dagbesteding, wonen en ambulante dienstverlening. Maar ook over mogelijke onderzoeken om na te gaan wat de cliënt nog kan en wat zijn beperkingen dus zijn. Of de beperkingen het gevolg zijn van het hersenletsel of een reactie op de gevolgen van het hersenletsel. Het hersenletsel team bestaat uit deskundigen vanuit verschillende disciplines en zorgsectoren. Op dit moment bestaat het team uit een arts vanuit de geestelijke gezondheidszorg, een neuropsycholoog van een revalidatiecentrum, een verpleeghuisarts, een gedragsdeskundige van een woonvorm voor lichamelijke gehandicapten, een consulent van de SPD en een hoogleraar neuropsychologie.

Als familieleden en of anderen advies vragen over een persoon, onderzoekt het hersenletsel team de situatie van die persoon. Als de situatie zorgwekkend is kan iemand van het hersenletselteam zelf contact leggen met deze persoon. Als mensen in behandeling worden genomen moet men een verwijzing hebben van de huisarts.

#### 4.1.2 Gemiva-SVG groep.

De aanmelding voor ambulante begeleiding moet door de cliënt of diens familie met toestemming van de cliënt gebeuren bij bureau zorgmakelaar. Bijna alle cliënten die behoren tot deze doelgroep zitten niet te wachten op begeleiding

Het kan ook lang duren voordat familieleden onder ogen zien dat het zonder hulp niet mogelijk is hun partner of kind thuis te houden. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis of revalidatiecentrum zijn er al enige gevolgen van het niet aangeboren hersenletsel zichtbaar. In het ziekenhuis wordt de persoon geleefd en is er een duidelijke structuur. Het gezin wordt wel voorbereid op de terug keer naar huis maar, als de persoon die hersenletsel heeft opgelopen thuis komt wordt pas zichtbaar hoe erg de persoon veranderd is en wat de beperkingen zijn. Het zijn niet alleen de lichamelijke handicaps die problemen opleveren maar ook de cognitieve en emotionele problemen. Bovendien wordt ook voor partner en kinderen vaak pas na verloop van tijd duidelijk dat de onzichtbare gevolgen blijvend zijn. Men blijft lang hopen en geloven dat het allemaal nog wel goed komt. Zeker bepaalde gedragveranderingen die zich voor kunnen doen kunnen grote spanningen binnen het gezin teweeg brengen. De huisarts kan de cliënt in zulke situaties wel adviseren zich aan te melden voor hulp, maar de huisarts mag de aanmelding niet zelf doen.

Een tweetal voorbeelden uit de praktijk:

Remco is een fanatieke parachutespringer. Tijdens een landing na één van zijn sprongen raakt hij ernstig gewond. Hij komt in een coma, en als hij ontwaakt blijkt hij hersenletsel opgelopen te hebben. Hij heeft geheugenproblemen en weet weinig van de periode vóór het ongeluk. Marieke, zijn vriendin, heeft hier erg veel moeite mee. Remco weet namelijk niet meer hoe hij was en bouwt aan een nieuwe identiteit. Deze is zo anders dan vóór het ongeluk dat Marieke haar oude geliefde niet meer herkent. Een paar maanden na het ongeluk verbreken zij de relatie.

Marius krijgt als hij 59 jaar oud is een CVA. Als gevolg hiervan heeft hij veel behoefte aan rust en structuur. Hij kan niet tegen radio of televisie en moet tussen de middag twee uur rusten. Zijn vrouw heeft hier veel moeite mee. Zij is vol van energie en kan zich niet aanpassen aan het tempo van haar man. Dit levert steeds meer conflicten op. Uiteindelijk verhuist Marius naar een aangepaste woonvorm en komt hij om het weekend naar huis.

Zodra men inziet dat het zonder hulp en begeleiding niet meer gaat kan men telefonisch contact opnemen om een afspraak te maken bij bureau zorgmakelaar. Lang niet iedereen weet waar men zich aan kan melden.

Bureau zorgmakelaar is een organisatie waar mensen die een vorm van hulpverlening nodig hebben zich kunnen aanmelden. Bureau zorgmakelaar weet welke hulpverlening er mogelijk is in de regio en kan dus adviezen geven aan de cliënt of familie die aangemeld is. Bureau zorgmakelaar gaat met de cliënt die is aangemeld in gesprek en bekijkt wat de mogelijkheden zijn op het gebied van de gevraagde zorg/begeleiding. Dan dient bureau zorgmakelaar een aanvraag voor indicatie in bij het LCIG. De cliënt moet dan een pakket formulieren invullen over zijn mogelijkheden en beperkingen. Het LCIG keurt of mensen wel of niet in aanmerking komen voor begeleiding en hulp. Als iemand een indicatie krijgt dan wordt er een zorgarrangement opgesteld door het LCIG met daarin vermeld hoeveel uur per week men recht heeft op bepaalde zorg en voor welke periode. Ook staan er hulpvragen opgesteld waar de cliënt hulp bij wil hebben.

In het arrangement staat een voorkeursinstelling vermeld. Dit is dan de instelling waar vanuit de begeleiding of zorg geboden kan gaan worden, bij deze instelling komt de vraag om zorg/begeleiding te gaan bieden aan de cliënt. Als het arrangement bij Gemiva-SVG komt, gericht op ambulante dienstverlening dan neemt de teamleidster contact op met de cliënt en/of diens familie. Er wordt dan een afspraak gemaakt voor een intake gesprek. Partner en of ouders mogen bij dit gesprek aanwezig zijn. Een begeleider en de teamleidster gaan dit gesprek aan om vast te stellen waar de begeleiding op richt gaat worden en hoe dit uitgevoerd dient te worden. Als het van te voren bekend is dat de cliënt ernstig beschadigd is of een communicatie stoornis heeft dan gaat de gedragsdeskundige mee.

#### **4.1.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van aanmelding?**

- Het kan (te) lang duren voordat deze cliënten hulp in roepen. Het initiatief ligt bij de cliënt en die onderneemt geen actie.
- Het kan voorkomen dat mensen snel begeleiding in huis nodig hebben en dit ook vragen maar dat door organisatorische redenen dit niet direct geboden kan worden.
- Cliënten en familie weten niet waar ze terecht kunnen voor hulp of ze zijn nog zo bezig met het verwerken van het opgelopen hersenletsel dat ze niet weten wat ze met de situatie aan moeten.

## **4.2 Opzet van de begeleiding en de bejegening.**

Hoe zet men de begeleiding neer? Wat zijn de uitgangspunten?

### **4.2.1 De Rijngeest Groep.**

Er komen vooral advies en onderzoeksvragen binnen bij de Rijngeest Groep. Mensen vragen advies over bijvoorbeeld: Hoe kunnen we omgaan met dit gedrag? Waar komt dit gedrag vandaan? Waarom vertoont iemand dit gedrag? Waar kunnen we terecht voor nodige hulp?. Zodra dit duidelijk is wordt normaal gesproken de hulpverlening stop gezet. Maar bij cliënten waarvan de situatie zorgwekkend genoemd wordt gaat de Rijngeest Groep ambulante dienstverlening bieden.

Aan de hand van de sfeer van de aanmelding wordt bepaald of men onverwachts bij de cliënt langs gaat of dat men telefonische contact zoekt. Niet iedereen heeft telefoon maar het kan gebeuren dat men het contact afbreekt door de hoorn erop te gooien. Het eerste half jaar is men alleen maar bezig met kennis maken, vertrouwen winnen en observeren. Men verwacht van het eerste half jaar zeer weinig. Soms hebben ze al heel wat bereikt als de sociaal psychiatrische verpleegkundige binnen een half jaar een aantal keer bij iemand in huis is geweest voor een gesprekje. Hun doel is vooral aanwezig zijn voor de cliënt, de cliënt laten weten dat hij altijd terecht kan voor vragen en of hulp en een praatje maken met de cliënt. Als er vertrouwen is opgebouwd dan probeert de sociaal verpleegkundige de cliënt te verleiden tot een onderzoek en of behandeling. Het uitgangspunt bij de Rijngeest Groep is behandelen terwijl dit bij Gemiva-SVG groep begeleiden is. Als de cliënt geen onderzoek of begeleiding wil dan nog probeert men contact te onderhouden zodat de cliënt altijd kan bellen als hij wel iemand nodig heeft. Zelfs als de situatie uit de hand is gelopen en iemand is bijvoorbeeld op straat komen te staan dan nog probeert men in contact te komen.

### **4.2.2 Gemiva-SVG groep.**

Tijdens het intake gesprek worden de hulpvragen die opgesteld zijn in het arrangement doorgenomen. Kloppen deze hulpvragen nog? Zijn er nog nieuwe hulpvragen bijgekomen? Waar ligt de hoogste prioriteit? Dit zijn vragen die met de cliënt doorgenomen worden bij de eerste kennismaking. Er wordt een dagdeel en een vaste tijd afgesproken wanneer de begeleiding wekelijks plaats gaat vinden.

De eerste bezoeken van de begeleider staan in het teken van kennismaken. Er wordt vooral gepraat en wat gedronken. Al snel wordt er over gegaan op het werken aan de hulpvragen. Hoe gaan we aan de slag met de hulpvraag? Er wordt uitgezocht wat iemand zelf kan. Dit kan in sommige gevallen leiden tot spanningen en irritaties omdat de cliënt overvraagd kan worden. Dit kan zeer confronterend voor de cliënt zijn omdat duidelijk wordt dat hij bepaalde handelingen niet meer kan die hij voor het hersenletsel wel zelf kon. Om erachter te komen wat iemand nog wel of niet kan moet je ervaringen opdoen en er tegen aan lopen.

Voor de dingen die de cliënt niet meer zelf kan worden andere instanties of vrijwilligers ingeschakeld om de hulpvragen te beantwoorden. Bijvoorbeeld wordt de thuiszorg ingeschakeld bij huishoudelijke en of verzorgende hulpvragen. Er kan dagbesteding aangevraagd worden bij hulpvragen op sociaal gebied.

Bij elke hulpvraag wordt in overleg met de cliënt bedacht hoe eraan gewerkt kan gaan worden. De cliënt stelt zijn hulpvragen op, er wordt dan ook verwacht dat we hier actief aan gaan werken. Zowel door de cliënt als door de begeleider. We komen daar met een doel en dat is werken aan de hulpvragen en de cliënt hierin begeleiden. Hierin kan het zijn dat we als begeleiders een actieve houding willen zien van de cliënt die bezig wil zijn met zijn hulpvragen.

Van iedere cliënt wordt een ondersteuningsplan geschreven met daarin de hulpvragen en het aanbod dat wij daarop bieden. Verder staan er ook begeleidingslijnen beschreven door de gedragsdeskundige. We bekijken de situatie waarin de cliënt verkeerd en gaan hiermee aan de slag. Dit ondersteuningplan moet bijgehouden worden zodat iedere begeleider bij de betreffende cliënt kan invallen.

Elk jaar wordt er samen met de cliënt en aanbod evaluatiegesprek gehouden. Hierin wordt vooral besproken hoe de cliënt het aanbod op zijn hulpvragen ervaart. Verder wordt er gekeken hoe de aanpak is geweest met de hulpvragen en of deze effect heeft gehad. Is er vooruitgang geboekt?, zo niet, hoe kunnen we het dan nu anders aan gaan pakken.

Als we eenmaal begeleiding bieden bij een cliënt, kan het zijn dat je als begeleider dingen ziet waar een cliënt ook wel begeleiding bij kan gebruiken. Zo kan het zijn dat je bij iemand komt voor de administratie en dat je ziet dat de cliënt zijn huishouden zelf niet op orde kan houden. Of dat je bij iemand komt om hem of haar te trainen in het zelfstandiger wonen en je merkt dat iemand totaal geen sociaal netwerk heeft en zich ongelukkig voelt door eenzaamheid. Het kan zijn dat de cliënt deze vraag niet benoemt. Als je dit al begeleider opvalt kun je dit herhaaldelijk benoemen bij de cliënt in de hoop dat hij of zij hier iets mee wil doen. Dit is ook al een kleine vorm van bemoeizorg alleen als een cliënt iets echt niet wil dan houdt het op.

Bij Gemiva-SVG groep maken een aantal cliënten gebruik van de loketfunctie. Dit houdt in dat ze geen wekelijkse begeleiding meer krijgen, maar dat ze zelf contact op kunnen nemen met begeleiders als er iets is waar ze zelf niet uitkomen. Dit is een stukje nazorg dat Gemiva-SVG groep biedt als regelmatige begeleiding niet meer noodzakelijk of wenselijk is. Nadat er contact is gezocht zou er een afspraak gemaakt kunnen worden wanneer de begeleider langs kan komen. Er zijn nu ong. 10 cliënten die ingeschreven staan voor de loketfunctie. Er wordt door de cliënten zeer weinig contact gezocht, maar dat wil niet zeggen dat het allemaal maar goed gaat met deze cliënten. Men weet nu niet hoe het met deze cliënten is.

#### **4.2.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van begeleiding en bejegening?**

- Medewerkers willen zo snel mogelijk actief aan de slag gaan met de hulpvragen.
- Er kan overschatting plaats vinden door de begeleider omdat nog niet duidelijk is wat de cliënt wel en niet kan.
- Er moet een ondersteuningplan geschreven en bijgehouden worden dit kost tijd.
- Eigenlijk bieden we al een vorm van bemoeizorg alleen is dit in combinatie met gevraagde zorg.
- Het doel van de loketfunctie wordt niet behaald.

#### **4.3 Hulpvragen wat wordt daar onder verstaan en hoe ga je daarmee om?**

Om een goed antwoord te krijgen op deze deelvraag heb ik bij meerdere medewerkers een kort interview gehouden. Het interview bestond uit de volgende 5 vragen:

1. Wat is jou definitie van een hulpvraag?
2. Wie mag de hulpvraag opstellen?
3. Wie bepaald of de hulpvraag haalbaar is?
4. Wat doe je als de cliënt geen vooruitgang boekt?
5. Wat doe je als de cliënt geen inzet toont om aan zijn hulpvraag te werken?

Met deze vragen hoopte ik korte duidelijke antwoorden te krijgen bij de verschillende medewerkers. Met de antwoorden wilde ik bekijken of er grote verschillen zouden zitten tussen de medewerkers van de Rijngest Groep en de medewerkers van Buro woon, werk en gezinsondersteuning van de Gemiva-SVG groep.

Ik heb de vragen voorgelegd aan drie medewerkers van beide organisaties en aan de teamleidster van Buro werk, woon en gezinsondersteuning van de Gemiva-SVG groep.

#### 4.3.1 De Rijngeest Groep.

Bij de medewerkers van de Rijngeest Groep zijn de antwoorden op de vragen vrijwel hetzelfde.

Bij de Rijngeest Groep spreekt men niet over hulpvragen omdat mensen met NAH (gezien de aard van hun aandoening) niet altijd een hulpvraag hebben, terwijl die er wel degelijk kan zijn.

Ze geven allen aan dat de cliënt zelf geen hulpvraag zal opnoemen. De cliënt vermijdt de hulpverlening en zal niet met een vraag komen. Mensen die om de cliënt staan zijn vaak degene die een hulpvraag hebben. Men gaf ook aan dat je als hulpverlener vaak wel weet welke mensen moeilijk te bereiken zijn. De Rijngeest Groep stapt op cliënten af en wacht niet totdat de cliënt om hulp komt vragen want dat zal hij bijna nooit uit zichzelf doen.

De cliënten zelf stellen geen vragen dus ook geen onhaalbare vragen. Het komt wel eens voor dat partners hopen dat je als hulpverlener hun oude partner terug kan geven. Goede voorlichting geven, adviezen geven en de partner bijstaan zijn de enige dingen die je als hulpverlener kunt doen om de situatie wat dragelijker te maken.

Ook al zien ze geen vooruitgang ze blijven contact zoeken met de cliënt. Ze zijn al tevreden als ze met iemand regelmatig contact hebben voor een praatje zonder dat deze persoon andere hulp wil krijgen.

Enige citaten van de medewerkers zijn: "We gaan er al heen met de idee dat we niks tot zeer weinig kunnen verwachten van de cliënt. Hij zal zeker in het begin geen inzet tonen. Wij verwachten ook niks van de cliënt. Wij blijven het contact onderhouden en hopen dat we een band op kunnen bouwen en vertrouwen winnen van de cliënt. Als iemand echt niks wil dan blijven we iemand volgen en proberen we het later nog eens".

#### 4.3.2 Gemiva-SVG groep.

Bij de medewerkers van Buro woon-, werk en gezinsondersteuning kwamen de antwoorden redelijk overeen.

Zij gaven bij hun definitie vooral aan dat de cliënt zelf moet aangeven waar hij/zij hulp, begeleiding of ondersteuning bij nodig heeft. Het doel van de hulpvraag kan dan wel verschillen (taken overnemen of zelfstandigheid bevorderen) maar de invalshoek is de vraag van de cliënt. Ook geven ze aan dat je als begeleider dingen ziet waar de cliënt ook wel in begeleid kan worden. Je kan dit tijdens een gesprek onder de aandacht brengen. Maar als de cliënt dit zelf niet als probleem ziet of ervaart dan wordt het geen hulpvraag. Zij vinden ook dat het zo moet gaan met punten die familieleden inbrengen. Je kan het benoemen maar de cliënt moet achter de hulpvraag staan anders heeft het geen zin om daar energie in te steken.

Als je als begeleider twijfelt aan de haalbaarheid van de geformuleerde hulpvraag van de cliënt dan neem je de cliënt serieus door er toch mee aan de slag te gaan. De cliënt confronteren met wat hij niet kan is in sommige situaties het meest duidelijk voor de cliënt. Het kan zijn dat hij/zij er anders telkens op terug komt en ervan overtuigd is dat hij/zij iets kan terwijl de cliënt de situatie niet overziet.

Als de cliënt graag iets wil bereiken maar geen vooruitgang boekt werkt dit zeer demotiverend. Ze proberen dan samen een alternatief te zoeken. Ook geven twee medewerkers aan dat het belangrijk is om de hulpvraag duidelijk te krijgen. Wat bedoeld de cliënt precies, waarom wil hij dit, wat verwacht hij ervan? Het is belangrijk om dit te weten. Geduld, tijd en kleine stapjes zijn zeer belangrijke begrippen.

Als de cliënt totaal geen inzet toont geeft iedereen aan in gesprek te gaan met de cliënt om er achter te komen waarom er geen inzet is. Verder lopen de antwoorden wel uiteen. De één legt de verantwoordelijkheid bij de cliënt. De ander gaat na waardoor de cliënt geen inzet toont (heeft dit met de handicap te maken?). Wil de cliënt nog wel begeleid worden of moet de hulpvraag aangepast worden. De derde geeft aan dat zij de taken dan overneemt. De hulpvraag wordt dan hulp bij... En niet als doel iets willen leren.

De teamleidster geeft als definitie: "Een vraag die een cliënt stelt over iets dat hij niet zelfstandig kan". Wel vindt zij dat er aandacht moet zijn voor onderliggende hulpvragen die niet direct uitgesproken kunnen worden. Je mag deze vraag bij de cliënt wel naar boven

halen. Sommige hulpvragen komen niet naar voren omdat men niet weet dat men daar hulp bij kan krijgen.

De teamleidster geeft aan dat ouders en partners ook hulpvragen in mogen brengen. De cliënt moet uiteindelijk wel achter de hulpvraag staan. Als er gevaar dreigt voor de cliënt of een ander mag er eerder ingegrepen worden door bijv. taken uit handen te nemen.

Verskillende deskundigen waaronder de teamleidster, gedragsdeskundige en het locatiehoofd samen kunnen bepalen niet aan een hulpvraag te beginnen. Het kan ook vanuit de organisatie niet haalbaar zijn. De medewerkers hebben de kennis om te weten hoe ze iets op moeten pakken en welke voorwaarden daarvoor nodig zijn.

Als er geen vooruitgang zit in de hulpvraag moet je contact opnemen met een deskundige om te bespreken hoe de dingen anders zouden kunnen. Als het niet werkt dan de hulpvraag bijstellen en de faalervaring wegnemen. Als er geen inzet is moet je er eerst achter komen waarom de cliënt geen inzet toont. Waar ligt dit aan? de tijd, de begeleider. De situatie veranderen maar zeker wel door blijven gaan met hulp bieden.

#### **4.3.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van de hulpvragen?**

- De gedachtegang van de medewerkers van Gemiva-SVG groep is dat ze vooral vraaggericht moeten werken. Dit is dan ook jaren de insteek geweest.
- Teamleden vinden dat alleen de cliënt de hulpvragen mag opstellen, maar er zijn ook veel vragen die een cliënt om verschillende redenen niet zal stellen.

#### **4.4 Overleg.**

Uit de knelpunten (zie hoofdstuk 3) blijkt dat overleg tijdrovend is en moeilijk structureel is in te plannen. Er zijn ook een hoop onduidelijkheden over verantwoordelijkheden, bevoegdheden, de professionele werkhouding, grensbewaking, de solistische functie en coachbaarheid. Dit zijn allemaal punten die geregeld terug moeten komen in een teamoverleg.

##### **4.4.1 De Rijngesest Groep.**

Bij de Rijngesest Groep hebben ze elke week teamoverleg op een vaste dag en tijd. Tijdens dit overleg worden alle cliënten besproken. De ene cliënt wordt langer besproken dan de andere cliënt afhankelijk van de situatie rondom de cliënt. Alle teamleden brengen hun bevindingen in wat betreft de cliënten. Hoe de situatie op dat moment is en wat er de afgelopen week gebeurd is. Is er contact geweest, zijn er onderzoeken gedaan, is er informatie opgezocht enz.. Verder bestaat het ambulante team van de Rijngesest Groep uit 4 personen waarvan er maar 1 en soms 2 naar de mensen thuis gaan. De anderen blijven op kantoor en zijn dus op een vast plek te vinden. De SPV-er gaat naar de cliënten thuis maar niet zijn hele week is gevuld met huisbezoeken. Het is organisatorisch goed mogelijk om een dag en tijd vast te zetten voor overleg. Er zit een duidelijke structuur in.

##### **4.4.2 Gemiva-SVG groep.**

Om dit moment heeft het ambulante team Woon, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord om de week overleg. Teambesprekingen worden afgewisseld met een inhoudelijke vergaderingen waarbij een thema of onderwerp besproken wordt. Tijdens een teambespreking worden vooral de mededelingen ingebracht en worden de lopende zaken besproken. Er kunnen, op verzoek van de begeleider, cliënten ingebracht worden om te bespreken.

Tijdens de inhoudelijke vergaderingen worden thema's besproken zoals grenzen bewaken, feedback geven, professionele werkhouding enz.. De dag van het overleg wisselt, de tijdstip staat wel redelijk vast, meestal rond 11.30 uur. Er is geen enkele dag dat alle teamleden tegelijk werken. Het team bestaat uit 8 personen waarvan er 6 op huisbezoeken gaan. De dag van het overleg wisselt daardoor zodat niet iedere keer dezelfde persoon terug moet komen voor het overleg en dat ook niet steeds dezelfde personen de vergadering missen. Het overleg vindt plaats op maandag, dinsdag of donderdag. Het gebeurt nu dat als iemand vrij heeft op de dag dat er overleg is men niet terug hoeft te komen. Het overleg vindt dus



vaak plaats met een deel van het team. Omdat er geen vaste dag is kan het zijn dat op tijden van het overleg cliënten staan gepland. Het is niet altijd even makkelijk deze afspraken te verzetten. Er is anderhalf uur de tijd voor het overleg maar vaak komen teamleden rond 11.30 uur binnen gerend. Dit is dan ook het moment dat er even gegeten wordt. De tijd is dus relatief kort en er is geen mogelijkheid tot uitloop omdat er om 13.00 uur weer afspraken gepland staan.

#### **4.4.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep tegen aan op het gebied van het overleg?**

- Er is geen vaste dag waarop er vergaderd wordt. Hierdoor is het organisatorisch moeilijk om een vergadering te plannen waarbij iedereen aanwezig is.
- Medewerkers die vrij hebben op de dag dat de vergadering gepland staat komen hiervoor niet terug. Hierdoor wordt er nooit met het gehele team vergaderd.
- Afspraken met cliënten moeten afgezegd of verplaatst worden.
- Anderhalf uur per twee weken is eigenlijk te weinig.

#### **4.5 De mogelijkheden van beide instellingen.**

De Rijngroep heeft vergeleken met de Gemiva-SVG groep veel meer bevoegdheid tot het inzien van medische rapporten van ziekenhuizen. Aan de hand van de rapporten kunnen zij zien wat er precies aan de hand is, wat de beschadiging en beperkingen zijn en welke onderzoeken er zijn geweest met de daarbij behorende uitslagen. Gemiva-SVG groep mist zulke belangrijke informatie nog wel eens. Als er nog onduidelijkheden zijn kan De Rijngroep zelf ook onderzoeken doen bij cliënten om te kijken hoe de situatie is.

Verder blijft staan dat als een cliënt echt alle hulpverlening af houdt je niks tegen de wil van de cliënt mag doen. Dat geldt voor beide instellingen. Alleen als de cliënt een gevaar wordt voor zichzelf of een ander mag hij gedwongen worden opgenomen bij de Rijngroep of een andere psychiatrische instelling, maar daar moet men wel toestemmingen hebben van een rechter. Verder is het grootste verschil dat de Rijngroep vooral cliënten behandelt en dat Gemiva-SVG groep vooral begeleidt. Het verschil tussen behandelen en begeleiden zal blijven dus we kunnen elkaar ondersteunen en adviezen geven maar kunnen de twee instellingen niet met elkaar blijven vergelijken.

#### **4.5.1 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van hun mogelijkheden?**

- Men heeft geen bevoegdheid tot het inzien van medische rapporten waardoor belangrijke informatie achterwege moet blijven. Zie ook 4.2.3. Informatie inwinnen door tegen beperkingen aan te lopen kosten veel tijd en energie en kan gepaard gaan met veel spanning vooral voor de cliënt.
- Als een cliënt echt niet wil dan houdt het toch een keer op. Je mag niks doen als een cliënt dit niet wil. Alleen als de cliënt een gevaar is voor zichzelf of een ander kunnen er nog stappen worden ondernomen. Gemiva-SVG groep kan alleen iemand inschakelen die hiervoor bevoegd is.

## **Hoofdstuk 5 Analyse van het huidig aanbod.**

Als we het huidige aanbod bekijken en vooral naar de punten waar Gemiva-SVG groep tegen aan loopt, dan moeten er naar mijn idee een aantal basis voorwaarden gescheppt worden om op een goede manier bemoeizorg aan te kunnen bieden.

### **5.1 De indicatie.**

Het kan lang duren voordat er hulp ingeroepen wordt als er zich problemen voordoen. Dit wordt namelijk niet gedaan door de cliënt zelf. Wie moet dit dan doen? Sommige partners of ouders gaan er vanuit dat de cliënt nog wel vooruit gaat en dat alles nog goed komt. Het kan dan gebeuren dat in sommige gezinssituaties de problemen zich opstapelen en dat er dan pas hulp ingeroepen wordt. Er is dan al een hoop leed geleden. Ook is niet altijd bekend waar men zich aan kan melden.

Eigenlijk weten we wel dat dit niet de manier is dat werkt voor de doelgroep waar het nu om draait. Als begeleiders moeten wij ons met de situatie van een ander gaan bemoeien. De Rijngesest Groep doet dit al enige tijd. Hoe langer de begeleiding uitblijft des te erger de situatie uit de hand kan lopen. Het is belangrijk om snel begeleiding te kunnen bieden als er signaleerd wordt dat begeleiding noodzakelijk is. De Rijngesest Groep doet dit door naar de cliënten toe te gaan om de hulp aan te bieden, vertrouwen te winnen en te overtuigen dat hulp en behandeling hun leven ten goede zal komen.

Als we dan kijken naar de knelpunten binnen de ambulante dienstverlening zien we dat lang uitblijven van noodzakelijke hulp een algemeen knelpunt is waar meerdere instellingen tegen aan lopen. De bureaucratie en een slechte communicatie tussen de zorgverlenende instellingen en de organisaties die de indicatie moeten regelen kunnen ervoor zorgen dat mensen op begeleiding moeten wachten. In sommige situaties is het niet bevorderlijk voor de cliënt en of voor zijn omgeving.

Als cliënten wel zelf contact opnemen dan moet de begeleiding daar eigenlijk direct op inspringen en niet weken wachten op een indicatie. Weinig cliënten zullen twee keer om hulp vragen. Ik vind eigenlijk dat het organisatorische mogelijk moet zijn om binnen twee weken een begeleider te hebben voor een nieuwe cliënt waarbij de hulp op zeer kort termijn noodzakelijk is. Je kan het dan zien als een noodplaatsing.

### **5.2 Begeleiding, bejegening en de hulpvragen.**

Als we dan naar de begeleiding en bejegening kijken dan verwachten we ook dat de cliënt zelf aangeeft waar hij hulp bij nodig heeft en wat hij verwacht van de begeleider. Dan verwachten we ook nog een actieve houding van de cliënt bij het werken aan zijn hulpvragen.

Naar mijn idee zien we dan één zeer belangrijk punt over het hoofd en dat zijn de beperkingen die de cliënt heeft kunnen overhouden aan het opgelopen hersenletsel. Als ik kijk naar het schema van voorkomende stoornissen in hoofdstuk 2 dan staat er bij cognitieve stoornissen dat iemand een initiatief stoornis kan hebben opgelopen, dat houdt in dat de cliënt wel kan benoemen wat er gedaan moet worden en wat hij wil maar hij kan niet komen tot het initiatief en de actie daartoe. Verder kan een cliënt wel aangeven dat hij wil leren koken, maar als je als begeleider niet weet dat hij apraxie heeft kan je de cliënt voortdurend overvragen waardoor spanningen kunnen ontstaan, omdat de cliënt er tegen aan loopt dat hij iets niet kan. Terwijl de cliënt misschien met andere benadering en begeleiding best wel wat zelf kan klaarmaken. Het overvragen van cliënt werkt demotiverend en kan leiden tot afhaken en opzeggen van de begeleiding. Moet je je maar voorstellen hoe jij het zal ervaren dat je eenvoudige handelingen niet meer kan waar je een tijd geleden nog zo goed in was.

Door gelijk aan de slag te gaan en veel en snel resultaten te willen zien, slaan we deze belangrijke punten over. Ik heb het nu alleen gehad over mensen met NAH. Als we dan kijken naar mensen met NAH en psychische problematiek moeten we nog meer rekening houden met ziektebeelden. Het is belangrijk te weten wat iemand aan stoornissen en beperkingen heeft en waar welk gedrag vandaan kan komen.

Medewerkers van Gemiva-SVG groep kunnen zelf geen testen doen naar mogelijke stoornissen of beperkingen van de hersenen. Er is wel een psycholoog die is verbonden aan het ambulante team die eventueel wel wat testjes kan doen. Als knelpunt werd ook aangegeven dat het als gemis ervaren wordt dat men geen bevoegdheid heeft om medische dossiers te mogen inzien en dat je hierdoor belangrijke informatie misloopt. Maar ik denk dat we zelf door minder te verwachten en de cliënt eerst een tijd te observeren in alles wat hij doet, we zelf ook een hoop belangrijke informatie kunnen inwinnen. Dit observeren kost tijd maar is zeer belangrijk.

Als we meer gaan werken met mensen met psychiatrische problematiek dan is dit zeker belangrijk, omdat dit voor veel medewerkers nieuw is. Het lijkt me dan ook goed dat alle medewerkers een cursus krijgen met veel voorkomende stoornissen.

Een sterke kant van de medewerkers van Gemiva-SVG groep is dat zij goed gestructureerde stappenplannen kunnen schrijven als een cliënt aan een doel wil werken. Deze manier van werken verloopt goed, maar zou met meer achtergrond informatie nog beter werken omdat je de cliënt beter kan inschatten.

In de gesprekken met medewerkers van De Rijngest Groep gaven zij aan dat je van cliënten uit deze doelgroep zeer weinig moet verwachten. Als ik boven benoemde punten bekijken verwachten wij eigenlijk heel erg veel. We verwachten een aanmelding, hulpvragen en een actieve houding van cliënten die eigenlijk niks met hulpverleners te maken willen hebben.

Het is goed mogelijk dat de doelstellingen van de loketfunctie niet worden behaald door hoge verwachtingen van de cliënten. Ook hier liggen we het initiatief bij de cliënt neer.

Wij als medewerkers van Buro woon-, werk en gezinsondersteuning moeten creatiever omgaan met de lijnen die we tot nu toe hebben gevoerd. Bij de knelpunten staat ook dat sommige medewerkers het moeilijk vinden om buiten de bestaande kaders te denken. Dit is zo'n voorbeeld. We hebben altijd gewerkt met opgestelde hulpvragen door de cliënt. Het ondersteuningsplan is hier ook geheel op gebaseerd. Het opstellen van hulpvragen, het evalueren van de begeleiding daarin en de ontwikkeling.

Uit de interviews blijkt dat de gedachtegang van de medewerkers is, dat ze vooral vraaggericht moeten werken. Dit is dan ook jaren de insteek geweest. Willen we bemoeizorg gaan leveren moeten we dit los kunnen laten. Medewerkers hebben nu moeite met het ongevraagd bemoeien met de situatie van de cliënt.

In de praktijk merk ik dat we tijdens onze begeleiding al ongevraagd een hoop bemoeizorg leveren. Toen ik een medewerker hierop attendeerde gaf ze als reactie: "ja maar bij deze cliënt is toch wel echt nodig dat we ons hiermee bezig houden". Het verschil voor het nieuwe product is dat de bemoeizorg niet in combinatie gaat met gevraagde zorg. Het zou dus goed zijn als we ons bewust worden van hetgeen wat we al doen. Er verandert dan eigenlijk niet zo heel veel.

We houden ons te veel vast aan de huidige manier van werken. Het vraaggericht werken loslaten en daarbij ook de mening dat alleen de cliënt de begeleiding mag inroepen. Dit komt uit de interviews naar voren, alleen de teamleidster heeft vergeleken bij het team een andere mening dat beter past bij bemoeizorg. Zij geeft aan dat we ook open moeten staan voor punten die familieleden aangeven en punten die wij als begeleiding zelf zien.

Als laatste wil ik nog even terug komen op het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan is geheel gericht op vraaggericht werken. Willen we naast vraaggericht werken ook bemoeizorg aanbieden dan moet er een ander ondersteuningsplan komen.

Tevens moet het een ondersteuningsplan zijn waar de begeleider niet te veel werk aan heeft. Als knelpunt werd aangegeven dat de ondersteuningsplannen tijdrovend zijn. De inhoud moet vooral kort, duidelijk en efficiënt zijn.

### 5.3 Het overleg.

Er is geen vaste dag waarop vergaderd wordt. In het verleden werd de vergadering makkelijk verschoven of afgezegd voor andere dingen. Als de vergadering valt op een dag dat medewerkers vrij zijn komt niet iedereen terug voor de vergadering. Ik vind het erg belangrijk dat het gehele team bij een vergadering aanwezig is. Dit behoort tot je taken als medewerker van het team. Naar mijn idee moet de vergadering weer een belangrijk onderdeel van het werk worden.

Omdat de dag waarop de vergadering valt op dit moment wisselt kan het zijn dat er afspraken met cliënten afgezegd of verzet moeten worden. Dit is niet bij elke cliënt mogelijk omdat sommige cliënten veel behoefte hebben aan structuur. Bij andere cliënten kan het problemen geven omdat zij door hun stoornis in het geheugen vergeten dat de afspraak is veranderd.

Bij De Rijngesest Groep is het overleg een zeer belangrijk deel van hun werk. Voor hun is het op zich erg belangrijk omdat meerdere medewerkers te maken hebben met dezelfde cliënt maar dit geldt voor ons ook alleen in mindere maten. Van de manier waarop De Rijngesest Groep het overleg moment structureert kunnen wij leren dat als er een vast dagdeel in de week wordt vrijgehouden voor overleg met het gehele team de vergadering als belangrijk wordt gezien. Iedereen is dan aanwezig en op dit vaste dagdeel en er kunnen geen afspraken gepland worden.

Er is een gemis aan kader zoals uit het onderzoek naar ambulante dienstverlening van Gemiva-SVG groep naar voren komt. Overleg is juist daarom zo belangrijk. Tijdens de inhoudelijke vergaderingen, kunnen punten waaraan een duidelijk kader wordt gemist, besproken worden. Zodat het team in ieder geval op één lijn zit. Je kan elkaar ondersteunen en elkaar aanspreken op bepaalde punten. Grensbewaking en de professionele werkhouding zijn ook punten die bij de knelpunten steeds terug komen zowel bij het onderzoek van Gemiva-SVG groep, de enquêtes bij de verschillende instellingen als het stuk uit het boek "In huiselijke sfeer" van Van de Berg (1997).

Deze punten zullen nooit zwart wit op papier komen te staan. Elke situatie is anders, elke cliënt is anders en elke begeleider is ook weer anders. Er kan niet gezegd worden op welke manier er gewerkt moet worden. Elke nieuwe situatie moet in zijn geheel per keer bekeken worden.

Medewerkers geven aan moeite te hebben met de solistische functie, door overleg is dit te compenseren. Door overleg te hebben met het hele team kan je gebruik van elkaar maken en heb je ook het idee dat je in een team werkt en dat je er niet alleen voor staat.

### 5.4 Mogelijkheden.

Bij punt 5.2 heb ik geschreven dat medewerkers zelf geen testen kunnen doen naar mogelijke stoornissen of beperkingen in de hersenen. Uit het gesprek met de psycholoog van De Rijngesest Groep kwam naar voren dat zij dit wel kunnen doen en dat hier hun kwaliteiten liggen.

Zeker als het gaat om mensen met de combinatie hersenletsel en psychiatrische problematiek mist Gemiva-SVG groep nog de kennis en ervaring over deze doelgroep. Zoals al beschreven kunnen we naar mijn idee een hoop informatie halen uit observaties. Maar ik denk dat we op dit punt ons kunnen beroepen op de samenwerking met De Rijngesest Groep. We kunnen hun hulp inroepen als de observaties te weinig informatie opleveren of als er dermate sprake is van bepaalde problematiek dat er zeer snel enige punten onderzocht moeten worden.

We kunnen niet gaan begeleiden als een cliënt echt niet wil. De Rijngroep houdt zulke mensen op afstand in de gaten en zoekt weer contact als er iets gebeurd waar door er misschien nu wel een mogelijke ingang is waardoor deze persoon wel enige hulp toelaat.

Zoals de teams nu werken zal het blijven dat Gemiva-SVG groep begeleiding biedt en dat De Rijngroep behandelingen en onderzoeken doet zoals beschreven bij 1.5. Dit is op zich helemaal niet verkeerd we kunnen meer gebruik maken van elkaar. Dit is naar mijn idee ook de samenwerking binnen dit product.

Gemiva-SVG Groep heeft niet de kennis en ervaring in huis om zelf onderzoeken te doen en niet de bevoegdheid om te behandelen op het gebied van psychisch functioneren.

Je ziet ook bij de twee cliënten die we nu via dit project begeleiden dat we vast lopen op het complexe gedrag. Zolang er niet bekend is welk gedrag het gevolg is van het hersenletsel en welke gedrag te maken heeft met de beperkingen kunnen we als Gemiva-SVG Groep moeilijk de situatie begeleiden.

Gebruik maken van elkaar op moment dat, dat echt nodig blijkt te zijn is dan de voor de hand liggende oplossing. Met echt nodig bedoel ik dat we moeten opletten wanneer we elkaar inschakelen, omdat we eigenlijk ook in elkaars vaarwater kunnen gaan zitten. Omdat de inkomsten van de instellingen nu anders wordt geregeld worden instellingen ook concurrenten van elkaar. Dus Gemiva-SVG groep moet eerst kijken wat ze zelf kunnen doen voordat ze De Rijngroep inschakelen. Zijn er situaties waar men echt niet uit komt moet je het ook zeker niet laten De Rijngroep wel in te schakelen, want je bent toch verantwoordelijk voor goede zorg aan de cliënt. De concurrentiestrijd tussen instellingen mag niet ten koste gaan van goede zorg. Niet alleen bij dit product maar bij alle zorg en diensten die alle instellingen bieden.

## Hoofdstuk 6 Het product.

In het product schrijf ik aanbevelingen op de punten die beschreven staan in hoofdstuk 4 en 5 onder de kopjes "waar loopt men nu tegen aan" en de in hoofdstuk 3 behandelde knelpunten. Alle aanbevelingen zijn gericht op de doelgroep zoals in hoofdstuk 1 beschreven staat.

Bij alle aanbevelingen beschrijf ik bij welke personen binnen de stichting er eventueel actiepunten liggen om de aanbeveling op te pakken. Het lijkt mij het handigste dat deze mensen de punten oppakken maar dat kan natuurlijk in overleg altijd veranderen.

### 1 Aanbevelingen op de aanmelding.

Aanbeveling 1.1 de clustermanager, het locatiehoofd.

Aanbeveling 1.2 het locatiehoofd, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 1.3 het locatiehoofd.

#### 1.1 Ontslag uit het ziekenhuis of revalidatie centrum.

Om te voorkomen dat situaties uit de hand gaan lopen voordat mensen hulp gaan inroepen kan je misschien proberen deze stap voor te zijn.

Omdat problemen in de thuissituatie vaak pas later naar voren komen lijkt het mijn een goed idee gebaseerd op mijn ervaringen dat de persoon en/of het gehele gezin begeleidt wordt direct als de persoon die het hersenletsel op heeft gelopen uit het ziekenhuis of revalidatie centrum wordt ontslagen. Bemoei je er mee gelijk vanaf het begin. De begeleiding kan zijn naar behoefte van het situatie. De behoefte kan afhankelijk zijn aan de hand van de beperkingen waar tegen aan gelopen wordt, de behoefte aan gesprekken vooral van de persoon maar ook zeker van de andere gezinsleden.

De begeleider gaat bijvoorbeeld 1 keer in de maand langs. Zijn rol is dan vooral een luister oor bieden, voorlichten over de gevolgen van hersenletsel en adviseren hoe hiermee om te kunnen gaan. Wat later in het begeleidingsproces kan je mensen voorlichten over de mogelijkheden van begeleiding, dagbesteding en evt. woonvoorzieningen.

De voordelen hiervan zijn dat je als hulpverlener al binnen bent mocht het blijken dat er problemen ontstaan.

Er is een vast aanspreekpunt voor het gezin waar ze terecht kunnen voor vragen en hulp bij moeilijkheden. Door één vast aanspreek punt aan te stellen kan er een band ontstaan en wordt de vraag om hulp laag drempelig.

Ziekenhuizen en revalidatie centra's moeten het gezin op de hoogte stellen en er wat op aandringen dat mensen zich aanmelden voor begeleiding. Verder vind ik dat als mensen toch geen gebruik willen maken van de begeleiding dat het ziekenhuis of het revalidatie centrum na een paar maanden eens telefonische contact met hen op zoek om na te gaan hoe het gaat en of er zich nog problemen voor doen.

Om dit te realiseren en goed op poten te kunnen zetten moeten we samen gaan werken met diverse instellingen. Zo moet er een goede communicatie zijn tussen de ziekenhuizen, de revalidatiecentra's en de begeleidende werkers.

Er moet één persoon komen waar deze aanmeldingen binnen komen. Het handigste lijkt mij dat de aanvragen binnen komen bij de teamleider van Buro woon, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep. De teamleider inventariseert de ernst van het hersenletsel en stelt een begeleider aan. Als er al bekend is dat er een psychiatrisch ziektebeeld of ernstig gedragsproblematiek bij komt kijken dan wordt de begeleiding geboden door de Rijngeest Groep.

De duur van de begeleiding is zeker een jaar. Binnen dit jaar kan bekeken worden hoe het gaat en waar de persoon en evt. het gezin behoefte aan heeft. Het jaar wordt samen met de persoon en/of gezin geëvalueerd maar ook binnen het team. Is er meer behoefte aan

begeleiding dan kan men overgaan op intensievere begeleiding. Er wordt dan in kaart gebracht waar men hulp bij nodig heeft en er komt wekelijks iemand langs voor begeleiding. Verloopt alles verder goed dan kan de frequentie afgebouwd worden. Na een jaar vind er een evaluatie gesprek plaats, hierin kan besloten worden de begeleiding te stoppen of op welke manier door te gaan.

Naast deze begeleiding is het belangrijk telefonische bereikbaar te zijn. Geef mensen de gelegenheid te bellen als er iets is of als ze vragen hebben. De gezinsleden en familieleden hebben vaak ook behoefte om te praten. Zij hebben ook begeleiding nodig, dit vind ik een goede manier om dat aan te kunnen bieden. Daarnaast zou ik een lotgenoten groep voor partners een goed initiatief vinden.

Als er niet wordt overgegaan op het begeleidingstraject direct na het ontslag dan is het voor Gemiva-SVG Groep zeer belangrijk duidelijk te maken waar mensen zich kunnen aanmelden. Ze kunnen huisartsen op de hoogte stellen voor zover dit nog niet gebeurt is. En ze zouden informatie avonden kunnen geven over Niet Aangeboren Hersenletsel en dan het Zorgkantoor ter spraken brengen.

### **1.2 Geen ziekte inzicht.**

Door deze opzet voorkom je ook dat mensen die door hun hersenletsel geen ziekte inzicht hebben zelf hulp hoeven in te roepen dit zullen ze namelijk zelf toch niet doen. De Rijngeest Groep ging nog aankloppen bij deze personen als er problemen waren maar door deze nieuwe opzet denk ik dat je veel problemen voor kan zijn. Je bent er gelijk bij als er iets mis gaat je komt er al even over de vloer dus je hebt al enigszins een band opgebouwd. Ik denk dat je dan meer kan bereiken met de persoon.

Het moet een standaard proces worden dat mensen begeleid worden het eerste jaar.

Als we het ziekte inzicht los koppelen van de hierboven beschreven traject dan moet het initiatief meer bij de hulpverlener liggen tot het bieden van hulp. Voor de aanmelding zou het beter zijn net als de Rijngeest Groep naar de mensen toestappen en de hulp aanbieden. Dit zal in eerste instantie niet meevallen omdat de persoon aan wie je de hulp aanbied je niet met open armen zal ontvangen. Je moet een tijdje proberen vol te houden. Zeker een half jaar lang wekelijks contact proberen te zoeken door regelmatig langs te gaan of anders telefonische contact te zoeken. We moeten vooral geen hoge verwachtingen hebben van wat we gaan bereiken. Niet verwachten dat iemand zelf zijn hulpvragen wel even opnoemt, zeker niet actief aan zijn hulpvragen gaat werken en open staat voor al jou goede adviezen. Houd er rekening mee dat je niet gewenst kan zijn.

Een andere belangrijke vraag is natuurlijk hoe komen we terecht bij deze mensen die zelf niet om begeleiding vragen. Hoe weten we wie deze mensen zijn en waar ze wonen? Hoe weten wij dat ze begeleiding ook echt nodig hebben.

Hiervoor moet er meer communicatie zijn met mensen die wel contact hebben en of evt. weten dat er iets niet goed gaat. Zo denk ik aan buurtwerkers, politieagenten, huisartsen, woningbouwvereniging. We kunnen bij deze mensen kenbaar maken dat ze contact kunnen opnemen als ze problemen hebben met iemand die een handicap heeft. We kunnen ook een keer een informatie bijeenkomst houden over hersenletsel en de gevolgen. Verder moeten we kenbaar maken binnen een regio waar mensen (ik denk dan vooral aan familieleden of vrienden) heen kunnen om hun zorgen uit te kunnen spreken. Dit punt kan eventueel in combinatie met het aanmeldpunt van de begeleiding na ontslag zoals bij 6.2.1 is beschreven.

### **1.3 Geen directe hulp door organisatorische punten.**

Als het gezien de situatie belangrijk is dat de begeleiding direct geboden wordt, dan moet de organisatie ervoor zorgen dat men deze begeleiding ook met twee weken krijgt. We kunnen hiervoor zorgen door een groep vaste invalkrachten te hebben. Zij kunnen dan inspringen zodra er een nieuwe cliënt wordt aangemeld. Een invalpoule is sinds kort aangesteld.

We moeten er voor zorgen dat de wachtlijsten nihil zijn en zeker niet oplopen. Op dit moment is er geen wachtlijst voor de ambulante dienstverlening. Wat nu nog wel eens gebeurd is dat het lang duurt voordat de aanvraag gekeurd is en bij de dienstverlenende instelling terecht komt. We moeten een keer in gesprek gaan met iemand van het LCIG dat sommige mensen gezien de situatie voorrang moeten krijgen voor hun indicatie. Als het lang duurt voordat men de hulp krijgt haken ze af. Bureau Zorgmakelaar moet bij hun gesprek met de persoon en diens familie inschatten hoe snel de begeleiding gestart moet worden. Bureau zorgmakelaar moet dit kenbaar maken bij het LCIG en een hoge prioriteit geven aan die indicatie zodat alles met een week of twee geregeld moet zijn.

## **2 Aanbevelingen op de begeleiding en bejegening.**

Aanbeveling 2.1 de gedragsdeskundige, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 2.2 de clustermanager, het locatiehoofd.

Aanbeveling 2.3 het locatiehoofd, de gedragsdeskundige.

### **2.1 De hulpvragen.**

De gedachtegang dat er vraaggericht gewerkt moet worden moet eruit slijpen. Dit kan het beste door hier ervaringen mee op te doen en dit regelmatig in overleg momenten terug te laten komen.

Als mensen geen voldoening uit hun werk krijgen moet een ander aangeven wat hij wel al heeft bereikt en waar de begeleider tevreden mee kan zijn.

Ik wil ook nog even terug komen op de interviews die ik gehouden heb. In grote delen zaten de teamleidster en de begeleiders wel op één lijn maar er waren wel een aantal punten die naar mijn idee toch wat aandacht nodig hebben.

De teamleidster zou veel meer op onderzoek uit gaan bij een cliënt. Hiermee breng je de situatie van de cliënt ook beter in beeld. Dit is ook een punt waar de Rijngesest Groep veel mee bezig is. Wat zijn de gevolgen van het hersenletsel en wat zijn de bijkomende gevolgen van de beperkingen. Naar mijn idee zou het team en de teamleidster meer op één lijn kunnen zitten. Dit lijkt mij ook belangrijk als het gaat om het punt hulpvragen omdat de hulpvragen zo belangrijk zijn binnen het huidig aanbod. Ook gezien het nieuwe aanbod bemoeizorg is dat al veel minder hulpvraag gericht maar het is toch belangrijk dat je over het aanbod op één lijn zit.

Als je naar iemand toe gaat heb je nog geen duidelijk compleet beeld van iemand. Zeker iemand die niet op je hulp zit te wachten zal niet zijn hele leven even over tafel gooien. Het is dus belangrijk dat je eerst goed de situatie van de persoon in kaart gaat brengen. Dit kun je alleen doen door hier echt de tijd voor te nemen. Je moet de cliënt observeren het liefst in verschillende situaties. Je moet zijn gedragingen in kaart brengen, hoe leeft iemand, hoe ziet zijn huis eruit, wat zijn de sociale contacten van de persoon, hoe ziet de dag van de persoon eruit. Dit zijn punten die heel veel kunnen zeggen over een persoon. Neem hier gerust een aantal maanden de tijd voor, alleen zo krijg je een goed beeld van de cliënt waar je aan huis komt. Het zou goed zijn een observatie methoden te gaan gebruiken en het thema observeren een aantal keer terug te laten komen in een vergadering. Het lijkt me goed als de gedragsdeskundige samen met een medewerker een observatie methoden uitwerken. De gedragsdeskundige vanwege haar deskundigheid op het gebied van gedragingen en de medewerker vanwege de ervaring van het werken met de cliënt en het opdoen van informatie.

Een goede observatie is niet alleen belangrijk in het begin maar eigenlijk altijd.

Verder gaf de teamleidster aan dat als er geen vooruitgang zichtbaar is in de ontwikkeling van de hulpvraag je de gedragsdeskundige binnen de stichting in kan schakelen. Samen met de gedragsdeskundige kan je als begeleider uitzoeken waar het door komt dat er geen vooruitgang is. Het ligt namelijk lang niet altijd aan de cliënt die geen inzet wil tonen maar het kan ook aan de manier van begeleiden liggen. Denk maar aan het tijdstip, iemand kan het wel erg druk hebben op de dag dat hij begeleiding krijgt. Of zij zit telkens op de klok te kijken



omdat hij na de begeleiding naar zijn zwemvereniging moet. Verder kan je als begeleider de cliënt overschatten waardoor deze cliënt onzeker wordt en eigenlijk helemaal niet veel meer uitvoert. Misschien moet er wel een andere begeleider naar deze cliënt, omdat de samenwerking niet goed verloopt. Welke rol spelen familieleden in het begeleidingsproces? Het kan zijn dat familieleden niet achter de geboden hulp staan en de cliënt gaat twijfelen wat hij met de begeleiding aan moet. De begeleider zou dan eens moeten gaan praten met de familieleden.

Telkens moet de gehele situatie bekeken worden. Veel cliënten zullen niet uit zichzelf zeggen wat nou precies de problemen zijn. Ze kunnen dit niet onder woorden brengen of ze durven het niet aan te geven. We moeten in elke situatie een onderzoekende rol innemen en open staan voor alle mogelijke veranderingen.

Het is belangrijk dat de begeleiders die bemoeizorg gaan aanbieden creatief zijn in het verleiden en onderhandelen. Je moet telkens per situatie gaan bekijken hoe je contact kan leggen met de cliënt, hoe kom jij binnen in zijn leven. En als je binnen bent hoe kun je dan iemand activeren en overhalen om iets te doen. Ik denk dat het goed is om mensen uit te zoeken die hierin kwaliteiten hebben en hiervoor goed geschoold zijn. Naar mijn idee zou het goed zijn als deze medewerkers beschikken over een HBO denkniveau.

## **2.2 Loketfunctie.**

We zouden een onderzoek kunnen gaan doen hoe het is met de mensen die nu in de loketfunctie zitten dit zijn tot nu toe alle cliënten die geen bemoeizorg hebben gehad.

Tegelijkertijd kan de gehele loketfunctie eens goed geëvalueerd worden.

Op zich vind ik het een heel goed aanbod wat je aan cliënten nog kan bieden. Er moet alleen meer beleid gemaakt worden voor deze functie om het echt te laten lopen. Zo zou er een traject op gezet kunnen worden met een tijdsplanning. Als je hier nu al aan begint heb je een goed beleid staan voordat cliënten van de bemoeizorg in dit aanbod terecht komen.

Voordat iemand in de loketfunctie terecht komt is de begeleiding al afgebouwd van 1 keer per week naar 1 keer per 2 weken. Maar dan stopt de begeleiding helemaal totdat de cliënt de begeleiding weer inroept. Met het gegeven dat mensen zelf niet snel om hulp zullen vragen lijkt het me beter om wat meer controle te behouden gedurende het eerste jaar. Het zou beter zijn als de begeleider af en toe contact op neemt met de cliënt.

Mijn voorstel zou zijn als we het jaar gewoon verdelen in twaalf maanden we na de eerste maand telefonische contact. Na de tweede maand even op bezoek zo kan je ook zien hoe het huis eruit ziet. Als alles goed is kan je na maand vier en maand zes weer telefonisch contact opnemen. In maand tien weer een keer op bezoek en dan vooral aangeven dat men altijd kan bellen als er iets is en dat als alle goed verloop je niet meer langs komt. Na twaalf maanden nog een telefoontje en dan is het traject afgerond. Maar ook na die twaalf maanden kan de cliënt contact opnemen mocht dit nodig zijn. Al heeft de begeleider de indruk dat de cliënt het niet geheel zelfstandig aan kan en er enige controle nodig is dan zou men over kunnen gaan op elk half jaar contact en dan op huisbezoek, omdat de cliënt wel kan zeggen dat het goed gaat maar als je de woning ziet kan je daar meer informatie uithalen.

Vaak kan je als begeleider wel inschatten of een cliënt contact op zou nemen als er iets zou zijn. Op basis van deze inschatting kan je ook besluiten nog een keer contact op te nemen.

## **2.3 Het ondersteuningsplan.**

Het zou goed zijn als er aanpassingen komen in het ondersteuningsplan waardoor het plan ook een leidraad geeft voor het aanbieden van bemoeizorg. In overleg met elkaar en de gedragsdeskundige kunnen we bespreken hoe dit plan er uit moet komen te zien.

Er wordt nu gebruik gemaakt van een algemeen ondersteuningsplan voor de gehele stichting. In het ondersteuningsplan vragen ze je veel gegevens in te vullen die voor de ambulante dienstverlening niet van toepassing zijn. Dit kan bij het aanpassen dan gelijk meegenomen worden. Verder zou ik het belangrijk vinden dat het observatie plan wordt toegevoegd en een

stuk waar de samenwerking met De Rijngest Groep en evt. andere instellingen of instanties beschreven kan worden.

### **3 Aanbevelingen op het overleg.**

Aanbeveling 3.1 het locatietoofd, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 3.2 de teamleidster, en de gedragsdeskundige.

#### **3.1 De organisatie van het overleg.**

Het lijkt mij beter als er één vast moment komt waarop iedereen bij het overleg aanwezig kan zijn. Het doel van de vergadering is het bespreken van een onderwerp waarbij het belangrijk is om van elkaar te weten hoe je over dit onderwerp denkt omdat je hier ook naar handelt. Als de groep waarmee vergaderd wordt groter is, kan je meer komen tot een discussie. Als er een vast tijdstip is, kunnen er in dat dagdeel, bijvoorbeeld dinsdagmiddag geen afspraken staan met cliënten. Ook zit je dan niet vast aan die anderhalf uur dat eigenlijk te weinig is. Je kan de vergadering uitbereiden en eventueel is er de mogelijkheid tot een kleine uitloop. Men zou dan kunnen zeggen dat je dan dinsdagmiddagen overhoudt omdat het overleg niet wekelijks is, maar dan zou je bijvoorbeeld andere activiteiten kunnen koppelen aan deze dinsdagmiddag; bijv. bezoek aan cliënten van de loketfunctie zoals beschreven in 6.3.2.

Nu is het zo dat de uren voor de vergaderingen extra komen op je contract uren als je niet werkt op de dag van de vergadering. Het zou kunnen zijn dat als je deze uren alvast per week reserveert je medewerkers ook kan verplichten naar de vergadering toe te komen.

#### **3.2 Knelpunten.**

Zoals bij de knelpunten beschreven is er een gemis aan kader, moeite met solistisch werken, grensbewaking en professionele werkhouding. Om de knelpunten aan te pakken zou ik intervisie aanbieden aan de medewerkers. Aan de hand van ingebrachte cases iemand laten zien wat zij doet en deze persoon na laten denken of dit de enige en juiste manier is. Iemand bewust laten worden van zijn handelen.

Ik denk dat als je dit binnen je team doet je ook meer het idee hebt dat je in een team werkt.

Als we meer bemoeizorg gaan aanbieden loop je als begeleider steeds meer aan tegen problematiek. Hoe ga je om met bepaalde situaties, hoe handel je in bepaalde situaties, hoe stem je je begeleiding af op het tempo van de cliënt. Zeker in het begin van het aanbieden van bemoeizorg moet iemand de gelegenheid krijgen hier over te praten. Omdat de situaties zo anders kunnen zijn dan dat begeleiders tot nu toe gewend waren.

Als er tijdens de intervisie problemen of situaties zijn waar men niet uit komt kunnen ze een deskundige uitnodigen om mee te denken en te praten over de situatie. Deze deskundige zou de gedragsdeskundige van Gemiva-SVG groep of de SPV-er van de Rijngest Groep kunnen zijn. Dit zijn twee aangewezen personen waarbij het team terecht kan voor dit soort vragen, vooral als het gaat om cliënten die onder begeleiding staan. Maar er kan natuurlijk ook altijd verder gekeken worden naar iemand die in het algemeen iets kan vertellen over bepaalde onderwerpen.

### **4 Andere punten van aanbevelingen.**

Er zijn nog twee punten waar ik aanbevelingen op geef en dit zijn deskundigheid en de taakverdeling tussen de Gemiva-SVG groep en de Rijngest Groep in samenwerkingsverband. Deze twee punten staan niet apart vermeld bij hoofdstuk 4 maar ik vind toch dat dit aan de orde moet komen.

Aanbeveling 4.1 het locatietoofd, de teamleidster.

Aanbeveling 4.2 het locatietoofd, de teamleidster.

#### **4.1 Deskundigheid.**

Het ambulante team van de Rijngeest Groep bestaat uit een maatschappelijk werker, een psycholoog, een psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Deze mensen hebben een studie achter de rug gericht op zowel het gedrag van mensen als de gevoelens die mensen hebben bij het ervaren van hun gedrag en de omstandigheden waarin dit plaats vindt. Zij zijn er dus is gespecialiseerd te kijken waardoor het gedrag is ontstaan en wat de gevolgen zijn.

Het team Buro woon, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep bestaat vooral uit mensen met opleidingen in het begeleidende aspect namelijk SPH, SPW of Z verpleegkundigen.

De begeleiders van Buro woon, werk en gezinsondersteuning missen enige opleiding in de psychiatrische ziektebeelden en de omgang met ernstige gedragsproblematiek als ze bemoeizorg moeten gaan leveren aan de doelgroep voor dit project. Het zou goed zijn als er een cursus gevolgd zou worden over de veel voorkomende ziektebeelden in de psychiatrie bij mensen die nog thuis kunnen wonen. Zo denk ik aan onder andere depressie, hallucinaties en wanen. Ernstige gedragsproblematiek waaronder achterdocht. De cursus moet dan vooral gericht zijn op hoe herken je het ziektebeeld en hoe ga je ermee om. Het hoeft geen officiële cursus te zijn als er maar een stuk achtergrond informatie gegeven kan worden, dit kan ook door iemand van de Rijngeest Groep zelf zijn.

Ook lijkt het me goed als er eens onderzoek komt naar de bevoegdheid van Gemiva-SVG Groep voor het opvragen van dossier. Omdat je als instelling nu een ander aanbod gaat leveren waarbij het dossier belangrijke informatie kan opleveren krijg je daarvoor misschien meer bevoegdheden. Wat zijn de richtlijnen voor het toekennen van die bevoegdheid?

#### **4.2 De taakverdeling tussen de Gemiva-SVG groep en de Rijngeest Groep in samenwerkingsverband in het project bemoeizorg.**

Het is niet zo dat we continu gaan samenwerken met de Rijngeest Groep. Het is de bedoeling dat Gemiva-SVG groep de begeleiding/bemoeizorg gaat leveren aan cliënten die aangemeld worden of van wie we weten dat de cliënt begeleiding nodig heeft, maar die zelf geen actie onderneemt. Als blijkt dat we vast lopen bij deze cliënten en we niet weten hoe we om moeten gaan met de problematiek, dat we dan de SPV-er van de Rijngeest Groep in kunnen schakelen. We kunnen dan een cases bespreken om de SPV-er mee te laten gaan naar de cliënt.

Als er een cliënt nieuw binnen komt lijkt het mij goed, gezien de aard van de aanmelding en de gegevens die al bekend zijn, dat er gekeken wordt wie deze cliënt in behandeling of begeleiding gaat nemen. Als iemand geen psychiatrische ziektebeeld heeft, maar wel bemoeizorg nodig heeft, dan komt deze persoon bij Gemiva-SVG groep terecht. Cliënten met ernstig gedragsproblematiek door het hersenletsel en de psychische stoornissen komen bij voorbaat al terecht bij De Rijngeestgroep.

Heeft iemand de combinatie van een psychiatrisch ziektebeeld en NAH maar geen ernstige gedragsproblematiek dan kan hij zowel door Gemiva-SVG groep begeleid worden als door de Rijngeest Groep behandeld. Deze cliënten vallen in een grijs gebied. Ze kunnen bij beide instelling terecht, maar waar doe je nou goed aan, waar is de cliënt het meest bij gebaat. We moeten elkaar inschakelen als we vast lopen.

Als blijkt dat de cliënt veel problematiek heeft kunnen ook beide naar deze cliënt toegaan en nemen beide een taak op ons. Het meest voor de hand liggende is dan dat de Rijngeest Groep in kaart brengt waar de problematiek vandaan komt en dat Gemiva-SVG groep begeleiding bied in het dagelijkse leven. Met het in kaart brengen van de problematiek kan de Rijngeest groep handvatten aan reiken aan Gemiva-SVG groep en familie of partner van de cliënt hoe om te gaan met de problematiek.

## Hoofdstuk 7 Evaluatie literatuur- en praktijkonderzoek.

### 7.1 Evaluatie literatuuronderzoek.

Tijdens mijn literatuur onderzoek kwam ik erachter dat er heel veel is geschreven over allerlei doelgroepen, handicaps en problematiek binnen de SPH werkvelden. Alleen is er zeer weinig geschreven over mensen die een combinatie hebben van twee doelgroepen en handicaps. Zo kon ik dus genoeg vinden over mensen met niet aangeboren hersenletsel en boeken over de psychiatrie maar de combinatie was niet te vinden. Ik hoop dat hoofdstuk 2 een duidelijk beeld geeft van de doelgroep waar dit project over gaat.

Verder waren er genoeg boeken over ambulante dienstverlening. De boeken gingen vooral over de organisatie rondom de ambulante dienstverlening. Eén boek besteedde ook aandacht aan bemoeizorg. Deze heb ik dan ook veelvuldig gebruikt als naslagwerk.

Om me te oriënteren heb ik niet alleen boeken uit de bibliotheek gehaald maar heb ik ook gezocht op internet en in tijdschriften. Uit de literatuur kon ik opmaken dat de ambulantisering van de hulpverlening de laatste jaren sterk toeneemt.

### 7.2 Evaluatie praktijkonderzoek.

Ondanks wat start problemen ben ik toch zeer tevreden met het resultaat. Ik wist niet hoe ik moest beginnen en eigenlijk ook niet zo goed wat de opdrachtgever verwachtte. Na een gesprek met de clustermanager van de Gemiva-SVG groep werd het me allemaal een stuk duidelijker en kon ik echt een start gaan maken. Gaande weg heb ik verschillende momenten gehad met Ger vd Bosch de gedragsdeskundige van de Gemiva-SVG groep die mijn begeleiden tijdens deze opdracht. Verder heb ik verschillende gesprekken gevoerd met een collega, die bij iemand begeleiding bood aan de hand van dit project. Gezien de samenwerking met de Rijngest Groep heb ik ook een aantal medewerkers van hun ambulante team gesproken. Iedereen was enthousiast en werkte zonder aarzeling mee en maakte tijd vrij voor gesprekken. Ook de vier instellingen waarmee in contact hebt gezocht in verband met het in kaart brengen van de algemene knelpunten.

Het enige wat ik niet heb kunnen uitvoeren was het in gesprek gaan met de twee cliënten die nu via dit project begeleiding krijgen. Met beide cliënten verliep de begeleiding moeizaam. Al zou ik gesprekken voeren met deze twee cliënten dan zouden de antwoorden sociaal wenselijk zijn of niet realistisch. Ik heb dit opgelost door met collega's te kijken naar de manieren die goed en minder goed werken in de begeleiding.

Tijdens het uitvoeren van mijn praktijkonderzoek is het me vooral duidelijk geworden dat het zeer belangrijk is om bemoeizorg aan te bieden. Voordat ik begon aan dit project dacht ik nog wel eens dat de begeleiding toch niet werkt als mensen niet willen dus waarom zou je daar veel energie in steken. Maar ik heb nu gezien dat cliënten toch gebaad zijn bij enige begeleiding en dat ze zelf ook in gaan zien dat het beter met hun kan gaan als ze begeleiding toelaten. Wel is het me duidelijk geworden dat je zeer weinig moet verwachten van cliënten behorende bij deze doelgroep. Je moet je voldoening halen uit zeer kleine stapjes. Je moet je begeleiders dan ook selectief uitzoeken omdat niet iedereen dit kan.

De algemene conclusie is dat Gemiva-SVG groep bemoeizorg neer kan zetten als er een aantal punten veranderd kunnen worden, zie hiervoor het product. Al zou ik adviseren vooral nog een lange tijd al dan niet voor altijd samen te blijven werken met de Rijngest Groep. Zij hebben meer ervaring zo kan Gemiva-SVG groep onder hun vleugels zelf ervaring opdoen. De Rijngest Groep heeft de mogelijkheid meer onderzoek te doen naar het psychisch functioneren van de cliënt. Uit onderzoeken kunnen handvatten aangereikt worden aan een ieder die met deze cliënt te maken heeft. Beslis met elkaar wat belangrijk is in de hulpverlening naar de cliënt en zijn partner of familie.

**Hoofdstuk 8 Kwaliteitscriteria van mijn product.**

Beoordeling voor een adviesrapport:

1. Het adviesrapport is geschreven voor een bestaande organisatie uit het hulpverleningsveld waarvoor de studierichting SPH haar studenten opleidt. Deze organisatie hoeft niet perse een hulpverleningsorganisatie zijn, maar kan ook een andere functie vervullen.

*Ik heb het adviesrapport geschreven voor de stichting Gemiva-SVG Groep. Dit is een hulpverleningsveld waarvoor ik tijdens mijn studie SPH ben opgeleid. Het volgen van het traject en het schrijven van het rapport heeft mij veel bijgedragen aan mijn kennis en ontwikkelen tot SPH-er. Ik ben zeer blij dat ik deze ervaring heb mogen opdoen.*

2. In het adviesrapport wordt gemotiveerd voor welke laag uit bovengenoemde organisatie het rapport bedoeld is. Te denken valt aan een team van hulpverleners, een team van leidinggevende, een directie, enz.

*Het adviesrapport is geschreven voor alle begeleiders van buro woon, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord van de Gemiva-SVG Groep die te maken hebben of gaan krijg met bemoeizorg. Naast de begeleiders heb ik ook aanbevelingen geschreven voor de teamleidster, het locatiehoofd en de clustermanager van dit team. Ik heb de aanbevelingen aan een persoon gekoppeld gezien zijn functie en daardoor de bevoegdheid hebben om taken op te pakken of beslissingen te nemen.*

3. De inhoud van het adviesrapport is geschikt als antwoord op de probleemstelling en voldoet aan de doelstelling.

*De doelstelling van mijn product was het analyseren van een onlangs opgezet project. De probleemstelling in dit project is, dat op de manier waarop wij nu ambulante begeleiding verlenen, wij deze doelgroep uit het oog verliezen. Zij hebben geen duidelijke hulpvragen. Geen hulpvraag staat gelijk aan geen begeleiding terwijl ze eigenlijk wel begeleiding nodig hebben.*

*Ik heb met mijn aanbevelingen vooral antwoord proberen te geven, hoe de ambulante dienstverlening veranderd kan worden en wat de basispunten moeten zijn, om deze specifieke doelgroep wel begeleiding te kunnen bieden. Alle aanbevelingen heb ik gehaald uit onderzoeken die ik heb gedaan en het volgen van de begeleider, de cliënten en de voortgang tijdens dit traject. Ik ben zeer tevreden over mijn aanbevelingen en ik vind dat mijn product vooral een basis is voor het goed neer zetten van het nieuwe product bemoeizorg.*

4. De inhoud van het adviesrapport is zo opgesteld dat deze praktisch toepasbaar is door de organisatie waarvoor deze is geschreven. Dit betekent:
  - De beginsituatie van de organisatie en het probleem waarover het rapport handelt wordt duidelijk weergegeven en als uitgangspunt gehanteerd.
  - De doelstelling welke met het schrijven van het rapport beoogd worden, worden duidelijk benoemd.
  - In het uitgebrachte advies wordt rekening gehouden met de relevante omstandigheden waarin de organisatie verkeert.
  - Een en ander betekent dat de organisatorische voorwaarden (organisatie, inzet relevante spelers, fysieke condities) en de noodzakelijke middelen (technieken, financiën, overlegvormen) om de doelstelling te bereiken, worden beschreven.
  - Het adviesrapport bevat een beschrijving van een fasegewijze aanpak waarin rekening wordt gehouden met bovengenoemde punten.

*Het adviesrapport is praktisch toepasbaar. De aanbevelingen zijn uitvoerbaar voor de medewerkers die erbij vermeld staan. Verder zijn de aanbevelingen haalbaar binnen de stichting, vrijwel alle aanbevelingen kunnen direct opgepakt worden. Door de beginsituatie en de doelstelling duidelijk te beschrijven zijn de aanbevelingen zeer duidelijk en door voorbeelden makkelijk op te pakken.*

*Veel aanbevelingen staan los van elkaar, het is dus niet zo dat fasegewijze aanpak moet komen. Wil je het product bemoeizorg goed neer zetten moet je bijna alle aanbevelingen op pakken.*

5. De inhoud van het rapport vormt een verantwoord en afgerond geheel, dat voldoet aan relevante voorlichtings- en adviescriteria welke de student zelf van te voren heeft benoemd.

- Het rapport geeft een duidelijke omschrijving hoe we de cliënt op een goede manier kunnen begeleiden van A tot Z.

*Door de voorbeelden en de analyse vind ik dat de goede begeleiding van A tot Z duidelijk is weergegeven.*

- Het rapport is bruikbaar voor alle medewerkers van zowel het ambulante team woon, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord als het zorgteam van de Rijngeest groep. Hierbij bedoel ik niet alleen de uitvoerende werkers maar ook de teamleiders, locatiehoofden en de clustermanager.

*Het rapport is bruikbaar voor alle medewerkers van het ambulante team woon, werk en gezinsondersteuning Zuid Holland Noord en hun teamleidster, locatiehoofd en clustermanager.*

*Het rapport is niet bruikbaar voor de medewerkers van De Rijngeest Groep. Het zou wel interessant kunnen zijn voor deze medewerkers. Het is niet bruikbaar voor hen omdat het geheel gericht is op het begeleidingsaanbod en het handelen van de medewerkers van Gemiva-SVG Groep. Na het opstellen van deze criteria bleek echter dat het de bedoeling was het geheel op Gemiva-SVG Groep gericht moest zijn. Dit had ik in eerste instantie verkeerd begrepen.*

- Het advies rapport is in het algemeen geschreven dus bruikbaar bij verschillende cliënten.

*Het rapport heb ik in het algemeen geschreven. Het is vooral op het team gericht en niet op de begeleiding van één cliënt.*

6. De inhoud en vormgeving van het rapport is afgestemd op de doelgroep waarvoor het is geschreven.

*Ik heb de inhoud van mijn rapport afgestemd op de medewerkers waar ik het voor geschreven heb. Ik denk dat het rapport heel herkenbaar en daardoor bruikbaar zal zijn. Als ik mijn aanbevelingen ga bespreken met de medewerkers zal ik dit zeker als evaluatiepunt aanbrengen.*

7. De vormgeving van het rapport is verzorgd en adequaat.

*Ik vind dat mijn rapport er verzorgd, netjes en er als een geheel uitziet. Het is vooral bruikbaar en goed leesbaar voor de medewerkers.*

## Literatuurlijst.

### Boeken;

Berg, Ruud van den (1997). *In huiselijke sfeer; Methodiek van de woonbegeleiding*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Bommel, Marijke van en Maria van Deutekom, Mirte Loeffen en Johan Peels (2003). *Hulp in eigen omgeving; Ambulantisering in de hulpverlening*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nederlands Centrum Hersenletsel (2001). *Niet-aangeboren hersenletsel, informatie voor begeleiders en verzorgers*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.

Rietdijk, L.E. (2002), *Teambegeleiding & individuele werkbegeleiding*. Amsterdam: uitgeverij SWP.

Vos, Leonard de en Henk Eilander (1994). *Hersenletsel: gevolgen voor de getroffen en de omgeving*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Zanen, Lavinia (2002). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

### Internetbronnen;

Anoniem. *Algemeen Kennismaking* - [URL:http://www.gemiva-svg.nl](http://www.gemiva-svg.nl). Beschikbaar 26-01-04.

Anoniem. *Hersenletselteam Zuid Holland Noord*. URL: <http://www.hersenletselteam.nl/>  
Beschikbaar: 26-01-04.

Anoniem. *Organisatie van de Rijngeest groep* –  
[URL:http://www.rijngeestgroep.nl/index.php?id=8](http://www.rijngeestgroep.nl/index.php?id=8). Beschikbaar 26-01-04.

### Nota;

Matser, Bianca. (2003). *Gemiva-SVG groep LG-sector Ambulante dienstverlening*. Gemiva-SVG groep.

## **Dankwoord.**

Tevreden kan ik terug kijken op een goed verloop tijdens het schrijven en het tot stand komen van mijn afstudeer project. Ik ben zeer tevreden over het resultaat en ik ga er vanuit dat Gemiva-SVG groep er iets mee gaat doen. Het project is nog niet afgelopen en ik zal dan ook de komende tijd nog mee blijven denken over het gehele project. Bij het tot stand komen van dit resultaat heb ik medewerking gekregen van een aantal mensen die ik dan ook even persoonlijk wil bedanken.

Ten eerste wil ik de opdrachtgever bedanken die mij dit aanbod heeft gedaan. Ik vond het een zeer interessant onderwerp en ik hoop evt. nog meer te kunnen betekenen in het vervolg van het project. Verder bedank ik hen voor de vrijheid die ik kreeg voor mijn eigen inbreng.

Daarnaast wil ik in het bijzonder Ger van de Bosch bedanken met wie ik verschillende gesprekken heb gehad over en die mij begeleidden tijdens, het gehele project. Door de gesprekken werd ik weer even op andere gedachte gebracht op momenten dat ik vast kwam te zitten.

Verder bedank ik alle medewerkers van andere instellingen die even de tijd hebben genomen om een bijdrage te leveren aan mijn product. Als eerste benoem ik Elly Scheerhage, Gé Turenhout en Piet van de Mey van de Rijngeestgroep. Verder benoem ik nog; Piet Vrolijk van Parnassia, Jetta Weber van Flexzorg, Lidy de Winter van Gemiva-SVG groep VG en Ank Dannenberg van De Bruggen.

Als laatste wil ik mijn directe collega's bedanken, met name Cora bij wie ik veel informatie kon halen over de cliënten bij wie het project begonnen is. En mijn andere collega's die met interesse mijn verslag en onderzoeken hebben gevolgd.



**Bijlage**

1. Wat is jou definitie van een hulpvraag?

**Een cliënt kan aangeven waar hij hulp, ondersteuning en begeleiding van ons bij nodig heeft.**

De cliënt de hulpvraag laten formuleren door, door te vragen en punten onder de aandacht te brengen. Als de cliënt niet ingaat op de onder de aandacht gebrachte punten beschouw ik ze als onuitgesproken.

2. Wie mag de hulpvraag opstellen?

De familie mag de hulpvraag wel neerleggen, maar de hulpvraag moet zo geformuleerd zijn dat het voor de cliënt herkenbaar en accepteerbaar is.

3. Wie bepaald of de hulpvraag haalbaar is?

De cliënt moet leren accepteren wat hij niet kan. Ik zou hem op een milde manier hiermee laten confronteren. Ik neem de hulpvraag wel serieus. Als het niet haalbaar blijkt te zijn zou ik samen met de cliënt kijken naar een alternatief. Met het zoeken naar een alternatief bedenk ik waarom deze hulpvraag, en wat wil de cliënt bereiken.

4. Wat doe je als de cliënt geen vooruitgang boekt?

Ook als ik geen vooruitgang zie ga ik zoeken naar alternatieven. Een stapje terug doen.

5. Wat doe je als de cliënt geen inzet toont om aan zijn hulpvraag te werken?

Wat gebeurt er waardoor de cliënt geen inzet toont. Wil de cliënt nog wel worden begeleid? Komt het door de handicap? De hulpvraag eventueel aanpassen naar een psycho sociale hulpvraag.

1. Wat is jou definitie van een hulpvraag?

**De vraag van de cliënt zelf waarbij hij/zij geholpen wil worden.**

Niet uitgesproken vragen kan je niet bewerkstellen omdat ze dit zelf niet als probleem zien. Begeleiders zien vaak meer punten waaraan gewerkt kan worden. Maar de cliënt moet hier achter staan.

2. Wie mag de hulpvraag opstellen?

Alleen de cliënt mag de hulpvraag opstellen. De hulpvragen die de familie inbrengt vormt de cliënt naar eigen normen en waarden.

Alleen als het fout dreigt te gaan vind ik dat er invloed uitgeoefend mag worden. Het wordt dan meer bemoeizorg. Dan moeten we wel proberen de cliënt te overtuigen van het belang.

3. Wie bepaald of de hulpvraag haalbaar is?

In gesprek gaan met derden (deskundigen) en evt. de cliënt er tegen aan laten lopen dat de hulpvraag niet haalbaar is.

4. Wat doe je als de cliënt geen vooruitgang boekt?

Als de cliënt wilt leren iets zelfstandig te gaan doen dan moet je daar erg lang de tijd voor nemen. Maar blijkt het echt niet mogelijk dan moet de hulpvraag aangepast worden van zelfstandig leren naar hulp nodig bij....

5. Wat doe je als de cliënt geen inzet toont om aan zijn hulpvraag te werken?

Als de cliënt geen inzet toont dan zal ik de taken overnemen. En de hulpvraag nog een keer met hem of haar bespreken.

Medewerkster Buro woon, werk en gezinsondersteuning.

29-12-03

Wat is jou definitie van een hulpvraag?

**Een doel waar een cliënt aan wilt werken samen met jou als begeleider.**

De doelen kunnen verschillend zijn de één wilt zelfstandig leren koken en de ander wilt dat je zijn administratie overneemt.

2. Wie mag de hulpvraag opstellen?

De invalshoek is de cliënt. De vraag moet van de cliënt af komen. Je mag als hulpverlener wel sturing geven door punten te benoemen.

De familie mag niet buiten de cliënt om de hulpvraag opstellen om te voorkomen dat ze de situatie gaan sturen zoals zij dat willen.

3. Wie bepaald of de hulpvraag haalbaar is?

Als de cliënt met een hulpvraag komt ga ik daar altijd in mee. Ook al denk ik dat het niet haalbaar is. De cliënt zelf laten ontdekken dat hetgeen wat hij wil niet haalbaar is. Het is wel belangrijk om door te vragen wat de cliënt precies wil en wat zijn verwachtingen zijn. Het komt voor dat ze iets anders bedoelen of de situatie niet over zien.

4. Wat doe je als de cliënt geen vooruitgang boekt?

Ik zou de situatie bespreken met de goedwillende cliënt en het doel verlagen. Een alternatief zoeken.

5. Wat doe je als de cliënt geen inzet toont om aan zijn hulpvraag te werken?

De verantwoordelijkheid bij de cliënt neerleggen. Jij wil dit, dan moet je er ook wat voor doen. De cliënt streng aanspreken op zijn gedrag.

Teamleidster Buro woon, werk en gezinsondersteuning.

29-12-03

1. Wat is jou definitie van een hulpvraag?

**De vraag die de cliënt stelt over iets dat hij niet zelfstandig kan.**

Er moet wel aandacht zijn voor de onderliggende hulpvragen die de cliënt niet uitspreekt. Deze vragen kan je proberen naar boven te halen. Sommige hulpvragen komen niet naar voren omdat men niet weet dat men daar hulp bij kan krijgen.

2. Wie mag de hulpvraag opstellen?

Ouders en partners mogen ook hulpvragen in brengen. De cliënt moet uiteindelijk wel achter de hulpvraag staan. Als er gevaar dreigt voor de cliënt of een ander mag er eerder ingegrepen worden door bijv. taken uit handen te nemen.

3. Wie bepaald of de hulpvraag haalbaar is?

Verschillende deskundige waaronder de teamleidster, gedragsdeskundige en het locatiehoofd samen kunnen bepalen niet aan een hulpvraag te beginnen. Het kan ook vanuit de organisatie niet haalbaar zijn. De medewerkers hebben de kennis om te weten hoe ze iets opmoeten pakken en welke voorwaarden daarvoor nodig zijn.

4. Wat doe je als de cliënt geen vooruitgang boekt?

Als er geen vooruitgang zit in de hulpvraag moet je contact opnemen met een deskundige om te bespreken hoe de dingen anders zouden kunnen. Als het niet werkt, dan de hulpvraag bijstellen en de faalervaring wegnemen.

5. Wat doe je als de cliënt geen inzet toont om aan zijn hulpvraag te werken?

Als er geen inzet is moet je er eerst achter komen waarom de cliënt geen inzet toont. Waar ligt dit aan? De tijd, de begeleider. De situatie veranderen maar zeker wel door blijven gaan met hulp bieden.

## **Flexzorg Haaglanden ingevuld door Jetta Weber.**

### **1. Aan welke mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Mensen met een lichamelijke, enkelvoudige of meervoudige handicap en mensen met niet aangeboren hersenletsel.*

### **2. Aan hoeveel mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*34 Klanten bij flexzorg Haaglanden (vanuit de stichting wordt er meer ambulante gewerkt via flexzorg Rijnmond en een aantal woonvormen).*

### **3. Hoe ziet jullie aanbod eruit? Welke gebieden van dienstverlening bieden jullie aan?**

*Wilt u aan kruisen welke van de volgende gebieden jullie aanbieden.*

*...#.....Huishoudelijke verzorging o.a. boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, schoonmaken, opruimen.*

*...#.....Persoonlijke verzorging ADL zoals helpen bij douchen, wassen, aankleden.*

*...#.....Ondersteunende begeleiding o.a. structuur bieden, het aanleren van vaardigheden, het ondersteunen bij het traject naar vrijwilligers werk of vrijetijdsbesteding.*

*...#.....Ander nl ouderontlasting*

### **Zou u in het kort aan kunnen geven wat jullie ondersteunende begeleiding voor het grootste deel inhoudt wat zijn jullie werkzaamheden daarin.**

*Begeleid zelfstandig wonen bestaat voornamelijk uit koken en administratie.*

*Samen met de klant ordenen van het huishouden, doktersbezoeken. Bij ondersteuning in vrijetijdsbesteding wordt er vooral uitgezocht wat iemand leuk vindt, welke clubs zijn er of kan de klant thuis iets ondernemen.*

### **4. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de instroom van nieuwe cliënten?**

*Denk daarbij aan: wachttijden, beperkt dossier, communicatie met indicatieorgaan.*

*Aanvraag LCIG, goedkeuring zorgkantoor.*

*Het arrangement waarop hulp ingezet moet worden is vaak niet duidelijk.*

### **5. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de organisatie?**

*Denk daarbij aan: of er goede faciliteiten zijn, duidelijkheid bij de medewerkers.*

*Reiskosten, reistijden, telefoonkosten, bereikbaarheid medewerkers.*

*Het is ook moeilijk medewerkers in te plannen omdat veel klanten hulp willen op bepaalde tijden bijv. de woensdagmiddag.*

### **6. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de inhoud van het werk?**

*Denk daarbij aan: ondersteuningsplannen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden medewerkers.*

*Grote verantwoordelijkheid en zelfstandigheid wordt geëist van de medewerkers.*

### **7. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de ambulante medewerkers?**

*Denk daarbij aan: professionele werkhouding, het solistisch werken, de begeleiding/coachen van het team.*

*Je hebt geen directe collega, vaak overleg als medewerkers meerdere klanten hebben hierdoor geen geschikte tijd kunnen vinden. Je wordt een deel van de*

*gezinssituatie hierdoor is het moeilijk je professionele werkhouding te bewaken.*

*Alleen tijdens werkoverleg kan hier feedback op gegeven worden omdat men elkaar in de praktijk niet aan het werk ziet.*

De naam van de instelling mag wel bekend worden gemaakt.

**Gemiva SVG groep ingevuld door Lidy de Winter.**

**1. Aan welke mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Mensen met een verstandelijke beperking die zelfstandig wonen.*

**2. Aan hoeveel mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Ong. 90 cliënten we zijn 7 jaar geleden begonnen met 6 cliënten.*

**3. Hoe ziet jullie aanbod eruit? Welke gebieden van dienstverlening bieden jullie aan?**

Wilt u aan kruisen welke van de volgende gebieden jullie aanbieden.

...#... Huishoudelijke verzorging o.a. boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, schoonmaken, opruimen.

..... Persoonlijke verzorging ADL zoals helpen bij douchen, wassen, aankleden.

...#... Ondersteunende begeleiding o.a. structuur bieden, het aanleren van vaardigheden, het ondersteunen bij het traject naar vrijwilligers werk of vrijetijdsbesteding.

..... Ander nl

*het bieden van begeleiding bij alle aspecten van het leven, samen met de client.*

**Zou u in het kort aan kunnen geven wat jullie ondersteunende begeleiding voor het grootste deel inhoudt wat zijn jullie werkzaamheden daarin.**

*Het is moeilijk in het kort aan te geven. We bieden begeleiding n.a.v. de hulpvraag van de cliënt. Deze kan zeer divers zijn. De hulp is veel en vooral ondersteunend bedoeld.*

**4. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de instroom van nieuwe cliënten?**

Denk daarbij aan: wachttijden, beperkt dossier, communicatie met indicatieorgaan.

*Natuurlijk is geld een groot knelpunt. Zeker nu er weer bezuinigingen aan komen.*

*Maar voordat er een plekje en/of genoeg personeel (adequaat) is kan er zo'n paar weken tijd voorbij gaan voordat de cliënt geplaatst kan worden.*

*De indicatie kan ook lang op zich laten wachten.*

**5. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de organisatie?**

Denk daarbij aan: of er goede faciliteiten zijn, duidelijkheid bij de medewerkers.

*De organisatie is groot i.v.m. een fusie enkele jaren geleden met Gemiva. Het kost tijd om duidelijkheid te krijgen wie waar verantwoordelijk voor is. (dit geldt vooral voor de teamleiders).*

**6. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de inhoud van het werk?**

Denk daarbij aan: ondersteuningsplannen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden medewerkers.

*Tijden (vaak in de avonduren). Reizen van cliënt naar cliënt. Overlegvormen zijn niet altijd efficiënt te plannen. Ondersteuningplannen worden vaak als energierovend gezien.*

**7. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de ambulante medewerkers?**

Denk daarbij aan: professionele werkhouding, het solistisch werken, de begeleiding/coachen van het team.

*Solistische bezig zijn op de werkvloer. Zelf beslissingen moeten nemen. Niet altijd je cliënt met tevredenheid kunnen verlaten (i.v.m. tekort tijd). Sowieso vaak te weinig tijd voor de cliënt.*

De naam van de instelling mag wel bekend worden gemaakt.

## **Parnassia ingevuld door Piet Vrolijks**

### **1. Aan welke mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Aan volwassenen met ernstige psychiatrische problematiek.*

*Globaal gaat het binnen het Kortdurend Zorgprogramma om mensen met*

*-aanpassingsstoornissen met de diverse kenmerken*

*-alle debuterende angst- en stemmingsklachten*

*-systeemproblematiek*

*-ter nadere taxatie, exploratie en diagnostiek*

*-ter motivatie voor andere vormen van behandeling*

### **2. Aan hoeveel mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Het team: Kortdurend Zorgprogramma behandelt ongeveer 560 nieuwe cliënten per jaar.*

### **3. Hoe ziet jullie aanbod eruit? Welke gebieden van dienstverlening bieden jullie aan?**

*Wilt u aan kruisen welke van de volgende gebieden jullie aanbieden.*

*.....Huishoudelijke verzorging o.a. boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, schoonmaken, opruimen.*

*.....Persoonlijke verzorging ADL zoals helpen bij douchen, wassen, aankleden.*

*.....Ondersteunende begeleiding o.a. structuur bieden, het aanleren van vaardigheden, het ondersteunen bij het traject naar vrijwilligers werk of vrijetijdsbesteding.*

*.....Ander nl*

*Psychotherapeutische-, psychologische-, psychiatrische- of begeleiding door een SPV. Wij zijn een tweedelijns instelling en werken indien nodig nauw samen met eerstelijns en derdelijns instellingen. Vaak bij meer chronische problematiek wordt er intensief samengewerkt met diverse instanties: politie, woningbouwverenigingen, gespecialiseerde gezinszorg, scholen, bureau basiszorg etc. Het gaat veelal om casemanagement, om het organiseren van de hulp rondom een cliënt. In ons Zorgprogramma komt dit echter weinig voor.*

### **Zou u in het kort aan kunnen geven wat jullie ondersteunende begeleiding voor het grootste deel inhoudt wat zijn jullie werkzaamheden daarin.**

*Zoals reeds genoemd betreft het immateriële hulpverlening. In het Kortdurend Zorgprogramma gaat men ervan uit dat er een verband bestaat tussen de klachten, de context en de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt. Binnen die triade wordt een hypothese geformuleerd waarin de cliënt zich herkent en gerespecteerd voelt. Deze werkhypothese wordt verder geoperationaliseerd en de doelen worden vastgesteld.*

### **4. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de instroom van nieuwe cliënten?**

*Denk daarbij aan: wachttijden, beperkt dossier, communicatie met indicatieorgaan.*

*Gelukkig hebben we er veel aan gedaan om de wachttijden ernstig terug te dringen.*

*Momenteel ligt dat ergens rond de twee weken.*

### **5. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de organisatie?**

*Denk daarbij aan: of er goede faciliteiten zijn, duidelijkheid bij de medewerkers.*

*Ik zie momenteel weinig knelpunten binnen de organisatie. Wat wel een punt van zorg is, is het grote aantal no shows. Dat levert een behoorlijke verliespost op. Met*

*No shows bedoelen we dat cliënten niet thuis zijn als er een afspraak met hen is gemaakt.*

**6. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de inhoud van het werk?**

Denk daarbij aan: ondersteuningsplannen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden medewerkers.

*De knelpunten zijn meer inhoudelijk van aard, Het is niet gemakkelijk om binnen tien gesprekken, op dat aantal is het Zorgprogramma Kortdurende Behandeling gemaximeerd, de behandeldoelen te halen. Extra ingewikkeld is het dat 60 á 70 % van onze populatie van niet Nederlandse afkomst is.*

**7. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de ambulante medewerkers?**

Denk daarbij aan: professionele werkhouding, het solistisch werken, de begeleiding/coachen van het team.

*Op dat gebied hebben we de zaken goed geregeld. Er is een goed evenwicht tussen jonge pas beginnende deskundigen en wat oudere en meer ervaren deskundigen. Het is een moeilijk vak om te leren, maar daarvoor is een opleidingsplan en naast intervisie ook supervisie.*

Wilt u zelf nog een aanvulling doen op de vragen of iets kwijt wat niet eerder bij een vraag ingevuld kon worden laat ik hier nog wat ruimte over.

--

De naam van de instelling mag wel bekend worden gemaakt.

## **De Bruggen ingevuld door Ank Dannenberg.**

### **1. Aan welke mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Ondersteuning in gezinnen waar een kind is met een verstandelijke beperking en er sprake is van een ontwikkelingsstoornis.*

### **2. Aan hoeveel mensen bieden jullie ambulante begeleiding?**

*Aan 20 gezinnen met 23 personen.*

### **3. Hoe ziet jullie aanbod eruit? Welke gebieden van dienstverlening bieden jullie aan?**

Wilt u aan kruisen welke van de volgende gebieden jullie aanbieden.

.....Huishoudelijke verzorging o.a. boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, schoonmaken, opruimen.

...#..Persoonlijke verzorging ADL zoals helpen bij douchen, wassen, aankleden.

...#..Ondersteunende begeleiding o.a. structuur bieden, het aanleren van vaardigheden, het ondersteunen bij het traject naar vrijwilligers werk of vrijetijdsbesteding.

...#..Ander nl

*Ondersteuning in het bieden van structuur bij kinderen met een stoornis uit het autistische spectrum. En ondersteuning aan kinderen met gedragsproblematiek op de BSO.*

Zou u in het kort aan kunnen geven wat jullie ondersteunende begeleiding voor het grootste deel inhoudt wat zijn jullie werkzaamheden daarin.

*Het begeleiden bij mogelijke intergratie in de samenleving en de sociale participatie.*

*Ondersteuning bij activiteiten op het vlak van de zelfregie over het dagelijks leven.*

### **4. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de instroom van nieuwe cliënten?**

Denk daarbij aan: wachttijden, beperkt dossier, communicatie met indicatieorgaan.

*Beperkt dossier overal achteraan bellen om een compleet beeld van de hulpvraag te vormen. En cliënten die langdurig uitstaan bij een collega organisatie terwijl onze organisatie wel de juiste hulpinzet kan realiseren.*

### **5. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de organisatie?**

Denk daarbij aan: of er goede faciliteiten zijn, duidelijkheid bij de medewerkers.

*Gebrek aan ondersteuning door een orthopedagoog in verband met financiële middelen.*

### **6. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de inhoud van het werk?**

Denk daarbij aan: ondersteuningsplannen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden medewerkers.

*Niet van toepassing.*

### **7. Wat zijn de knelpunten t.a.v. de ambulant medewerkers?**

Denk daarbij aan: professionele werkhouding, het solistisch werken, de begeleiding/coachen van het team.

*Het coachen van de medewerkers is soms moeilijk omdat er niet regelmatig face to face contact is. Dit gebeurt telefonisch of via de mail. Vijf keer per jaar is er werkoverleg in groot verband. Vaker dan vijf keer per jaar doet een grote aanslag op de beschikbare financieel budget.*

De naam van de instelling mag wel bekend worden gemaakt.



Gesprek met Elly Scheerhagen psycholoog van de Rijngroep.

Van te voren had ik alleen wat punten opgeschreven die ik aanbod wilde laten komen tijdens het gesprek. Ik wilde vooral weten hoe hun tewerk gaan en hoe het proces verloopt.

### **Hoe worden de cliënten hier aangemeld?**

*Vaak gaat het mis in de thuissituatie en vaak heeft de cliënt daar zelf niet eens zoveel last van maar wel de omgeving. De omgeving kan dan contact op nemen met algemeen maatschappelijk werk. Algemeen maatschappelijk werk komt praten met de cliënt en denkt ik snap er niks van. Vaak is het dan zo dat zij bellen met Gé Turenhout de coördinator van het hersenletsel team. Al pratende komen zij er op dat er mogelijk in het verleden een CVA, een ongeluk is geweest of iets anders dat met hersenletsel te maken heeft. Vaak is het ook zo dat de gevolgen van het hersenletsel nooit in kaart gebracht zijn. Gé Turenhout geeft dan aan dat alles rondom het hersenletsel in kaart gebracht moet worden. Er wordt dan ook gekeken of er sprake is van een depressie of dat dit een gevolg is van het hersenletsel. Men komt dan binnen bij de Rijngroep, er moet dan een verwijzing van de huisarts komen dat is verplicht anders wordt er niet betaald en dat is natuurlijk wel erg belangrijk. Dan komt de cliënt terecht in het ambulante zorgteam. In het ambulante zorgteam zitten de maatschappelijk werker, de psychiater, de teamleider, een ambulante verpleegkundige en ik als psycholoog. En dan kijken we wie wat gaat doen.*

### **Uw benoemd de cliënt heeft er niet eens zoveel last van maar de omgeving wie bedoeld uw met de omgeving?**

*Familie neemt het contact op met maatschappelijk werk, vaak ook voor zichzelf. De situatie wordt dan doorgepraat en dan blijkt dat het erg veel met de partner te maken heeft die niet meer zo functioneert als vroeger.*

### **Wat voor problematiek komen jullie dan tegen? Alleen het hersenletsel of ook psychische problematiek?**

*Het is bij hersenletsel altijd de combinatie. Dus en de gevolgen van het hersenletsel op cognitief vlak en er is vaak sprake van een depressie die gepaard gaat met het hersenletsel. die er een beetje bij hoort. Of als reactie op het hersenletsel. Als er dan aan een depressie gedacht wordt dan hoort dat ook bij psychiatrie. Het kan ook zijn dat er sprake is van achterdocht dat men niet zo goed kan plaatsen en dat er gezegd wordt kijken jullie is met elkaar wat er aan de hand zou kunnen zijn. We hadden pas weer iemand die een verkeersongeluk heeft gehad tien jaar geleden en waarvan het niet lukte om hem weer aan het werk te krijgen; ja waar zit hem dat nou in, dat zijn we dan nu aan het uitzoeken en daar heb je alle disciplines voor nodig. Niet alleen psychiatisch want je moet kijken is er psychiatisch iets aan de hand. Cognitief wisten we al want daar waren gegevens van maar ja wat speelt er verder.*

### **Dan gaan jullie met het hele team bekijken wie kan er het beste aan de slag kan gaan met deze cliënt.**

*In dit geval hebben we deze man met z'n allen gezien eerste. Om een soort invalsmenier te krijgen. Daarna is er afgesproken dat de maatschappelijk werker nog eens verder gaat kijken hoe zit het nou met die werksituatie. Daar is een specifieke anamnese van afgenomen en de psychiater heeft nog een specifieke psychiatrische anamnese afgenomen. Het idee is dat de ambulante werkende verpleegkundige eens bij hem thuis gaat kijken, maar tot nu toe wil de cliënt dat niet. Je moet nu eerst een relatie op bouwen in de hoop dat wij daar toch toegang gaan krijgen. Het is ons niet duidelijk waarom hij dat niet wil.*

*Een andere keer werd ons door een moeder gevraagd een second opinion te doen bij haar dochter. Die dochter had Hersenletsel woonde op zichzelf dat ging niet altijd even goed. Dan komen moeder en dochter hier en hebben we met allebei een gesprek, we bekijken dan wat er aan de hand zou kunnen zijn en dan geven wij onze adviezen.*

*Wat ook vaak een rol speelt is alcohol problematiek. Het is echt opvallend hoe vaak we dat tegen komen. Het is dan hersenletsel en alcohol. Een voorbeeld is een man die een jaar of 5 á 6 geleden een beroerte gehad heeft als gevolg van een herseninfarct. Sinds die tijd kan hij zijn oude werk niet meer doen, moet hij ander werk gaan uitvoeren ja, daar gaat de alcohol problematiek spelen. De man raakt zijn werk kwijt, hij krijgt grote schulden en raakt zijn huis kwijt. De problemen stapelen zich allemaal op.*

**Jullie behandelen dan mensen die worden aangemeld?**

*We doen in ieder geval onderzoek en we kunnen gaan behandelen dit hoeft niet, het kan.*

**Waar komen mensen terecht als er alleen onderzoek gedaan wordt, worden ze dan door verwezen naar andere instanties?**

*Dan geven wij onze bevindingen door aan de verwijzer of aan de huisarts en dan zal die er verder mee moeten.*

**En als jullie wel gaan behandelen waar richten jullie de behandeling vooral op?**

*Dat hangt er uiteraard heel erg vanaf wat er aan de hand is. Soms kunnen we hiervoor ook gegevens opvragen binnen de GGZ, ziekenhuizen of revalidatie arts. Als het een psychiatrische probleem is dan zal dit met medicatie ondersteund moeten worden. Dan kan de psychiater een medicamenteuze behandeling inzetten dat hij of zelf blijft volgen of dit overdraagt aan de huisarts, van als jij het gaan doen houdt dan dit en dat in de gaten. Verder kunnen wij testen doen om te achterhalen wat er aan de hand is. Dat kan zijn een neuro psychologische test, hier wordt uit getest hoe het geheugen is, of de persoon lerend vermogen heeft, hoe het abstractie vermogen is, hoe de intelligentie is, hoe is de inprenting, hoe is het met de aandacht, kan de persoon nog plannen en is er sprake van een initiatief stoornis. Dit wordt getest door allerlei opdrachtjes.*

*Verder komen ook een aantal mensen uit verpleeghuizen bij ons of uit de afdeling die zich bezig houdt met de ziekte van huntington. Daar gaat het vroeg of laat dan mis in psychiatrische zin en dan kan er medicatie voorgeschreven worden dat door de psychiater gevolgd wordt. De ambulante werkende verpleegkundige volgt de cliënt om te kijken hoe de medicatie uitwerkt en geeft praktische adviezen aan de begeleiding hoe ze om kunnen gaan met de cliënt. De ambulante werkende verpleegkundige kan ook gezinsondersteuning geven.*

**Maar jullie zijn niet zoals bij Gemiva-SVG groep erg bezig met het inslijpen van handelingen, het aanleren van dingen?**

*Het kan wel maar in principe zijn we hier niet mee bezig. Het kan wel. Wij zijn echt gericht op de gedrag problematiek, het in kaart brengen van deze problematiek en het omgang met deze cliënt. Hersenletsel daar heb je allerlei disciplines en verschillende sectoren voor nodig we moeten elkaar op dat vlak aanvullen. Dat is ook mijn heilige overtuiging. Dus als Gemiva-SVG groep veel sterker is in het praktisch inslijpen in de thuissituatie dan moeten ze bij ons komen horen wat er aan de hand is. Wij kunnen ze een aantal tips geven zodat hun dat kunnen uitvoeren en als ze er niet uit komen kunnen ze onze ambulante werkende verpleegkundige inschakelen. Dit geldt natuurlijk ook over de gedragsproblematiek. Onze ambulante werkende verpleegkundige kan veel adviezen geven over hoe om te gaan met gedragsproblematiek.*

**Jullie ambulante werkende verpleegkundige gaan naar de mensen thuis en hoe zit dat met de rest van het team?**

*In principe gaat alleen de ambulante werkende verpleegkundige naar de mensen thuis. Wij gaan alleen als het noodzakelijk is. We beperken dit zoveel mogelijk want we hebben het hartstikke druk. We hebben liever dat mensen hiernaar toe komen dat scheelt ons heel veel reistijd. Het is wel heel informatief om bij iemand thuis te gaan kijken. We proberen de ambulante werkende verpleegkundige onze ogen te laten zijn.*

**We lopen er bij Gemiva-SVG groep tegen aan dat mensen niet inzien dat ze hulp nodig hebben hier hebben jullie natuurlijk ook mee te maken hoe gaan jullie hiermee om?**

*Dit is natuurlijk een heel groot probleem. We proberen een relatie op te bouwen zodat er een ingang komt. Maar als mensen problematiek in de rechter hersenhelft hebben en er is geen inzicht dan zal het er ook nooit komen. Dat is een heel groot probleem. Dan kan je nog hopen dat er een klein beetje ziekte besef is of je kunt hopen dat ze een goede relatie hebben met hun partner en dat ze het voor hun partner doen. Dat ze wat rekening houden met wat tips en adviezen, maar dat lukt niet altijd. En als het echt helemaal mis gaan kunnen we iemand tijdelijk nog opnemen.*

*Hier is eigenlijk wel instemming voor nodig vanuit de cliënt tenzij hij een gevaar is voor zichzelf dan kan je met behulp van de rechter iemand op laten nemen.*

*Maar je kan wel iemand proberen te overtuigen wij noemen het ook wel verleiden tot bepaald gedrag of dat je iemand probeert te verleiden om zichzelf een tijdje op te laten nemen. Dit is heel moeilijk het is ook een punt waar allen sectoren tegen aan lopen.*

*Je kan zeggen het is ons vak, dat is denk ik ook wel zo, maar het lukt ons ook niet altijd.*

**Houdt jullie hulpverlening op als na een bepaalde tijd de dienstverlening nog niet goed loopt?**

*Dat hang er van af, we hebben nu ook iemand van Gemiva-SVG groep die thuis zit en die altijd maar klaagt en enorm shopt bij hulpverleners, daar gaan we nu starten. De ambulante werkende verpleegkundige gaat daar nu een paar keer heen gewoon om er te zijn, een relatie te leggen en langzamerhand eens te kijken wat er voor mogelijkheden zijn. Hij gaat er niet heen om meteen wat te doen want dat gaat niet. Je moet een relatie proberen te leggen en aan te sluiten waar iemand mee bezig is en dat langzamer hand uit te breiden. Maar dat kost tijd.*

**We hebben nu ook een situatie waarbij kinderen betrokken zijn, in hoeverre gaan jullie daarmee om?**

*Het is heel moeilijk om in te grijpen bij kinderen.*

*Wij zijn nu ook bij deze situatie betrokken. De ambulante werkende verpleegkundige gaat daar voorlopig heen om een relatie op te bouwen en om te kijken wat is er aan de hand. Is er sprake van een depressie, cognitieve problematiek of alle twee. Relaties leggen en observeren daar gaat het bijna altijd om. De situatie wordt steeds terug gebracht in het ambulante zorgteam en de situatie wordt daardoor wekelijks besproken. Hoe is de situatie, wat is er aan de hand, wat met er gedaan worden en wie kan dat doen?*

**Hoeveel cliënten hebben jullie in behandeling?**

*Ongeveer 20 cliënten. Het wekelijks bespreken van alle cliënten kan ook erg veel tijd kosten. Bij sommige is er die week weinig gebeurd maar bij de ander kan het wel wat langer duren want iedereen van het team brengt zijn bevindingen in over een cliënt.*

**Wij gaan bij Gemiva-SVG groep vrij snel aan de slag met de hulpvragen dit gaat bij jullie anders. Jullie brengen eerst duidelijk de problematiek in kaart.**

*Ja, er is geen protocol van zo doen wij dit even of zo gaan wij aan de slag. Er wordt gekeken of iemand tijdelijk even opgenomen moet worden misschien is dit helemaal niet nodig en moet we een paar gesprekken hebben met ouders of partners om wat interacties te doorbreken. Misschien moet er andere hulp verzorgd worden bijv. gezinshulp, dagbesteding. Je moet dat gewoon rustig aan gaan uitzoeken. Je kan niet van te voren zeggen dit doen we op deze manier. Bij elke situatie kijken wat is er aan de hand en wat is er in deze situatie nodig. Je moet goed weten welk gedrag waarvan komt.*

*De psychiater bekijkt of de cliënt een psychiatrisch beeld heeft.*

*Je moet als begeleider goed leren kijken. Wat zie ik, wat is er aan de hand op een aantal punten zoals intelligentie, geheugen, de aandacht, de planning, de taalstoornissen.*

Gesprek met Gé Turenhout                      Maatschappelijk werker bij de Rijngeest Groep en coördinator van het hersenletsel team.

### **Hoe gaat het gehele proces is zijn werk, mensen worden aangemeld en dan?**

*Allereerst is dan de vraag waar worden ze aangemeld. Want als je het over bemoeizorg hebt dan heb je het over mensen die de zorg vermijden. Mensen die zorg vermijden is op zich niet zo erg, maar je heb ook zorgwekkende zorgmijders. Dat zijn de mensen waarbij het zorgwekkend is dat ze geen zorg hebben. De vraag is dan wie deze mensen aan meldt. De familie kan een bron zijn of voormalige hulpverleners. Iedere hulpverlener uit een regio weet wel wie moeilijk te bereiken is. Maar ze kunnen gemeld worden bij het hersenletsel team Zuid Holland Noord en of als er een vermoeden is van psychiatrie dan kunnen ze aangemeld worden bij De Rijngeest Groep. Wat er vervolgens gebeurd is als het hersenletsel team de melding binnen krijgt dan gaan we met elkaar bekijken hoe dit het beste opgelost kan worden, dit is best ingewikkeld. Ik als coördinator van het hersenletselteam zou bij iemand langs kunnen gaan. Als iemand bij De Rijngeest Groep wordt aangemeld dan kan de SPV-er langs gaan en dat is gewoon een kwestie van aanbellen en maar kijken wat de reacties zijn.*

### **Jullie gaan er altijd gelijk heen?**

*Dat hangt een beetje af van de sfeer van de aanmelding. Het is moeilijk te zeggen. Soms kan het wel telefonische, maar dan moet iemand wel telefoon hebben en wij moeten het nummer wel weten. Ik denk altijd dat het, het beste is om maar eens te gaan kijken waar woont iemand dan. Bekijk eerst de buitenkant van zo'n huis maar, kijk maar of de gordijnen open zijn, of kijk eens door de brievenbus of er geen meter post achter ligt. Eerst aanvoelen hoe de situatie is. Aanbellen en proberen een praatje te maken. Het meest belangrijke is het vertrouwen van iemand winnen en zeker niet aankomen van het is zo slecht met je wij gaan even ingrijpen. Dan ben je iemand zeker al kwijt. Je moet heel omzichtig te werk gaan en het vertrouwen proberen te winnen desnoods 20 keer voor niks aanbellen. Niet te veel verwachtingen hebben.*

### **Gebeurd dit vaak 20 keer voor niks aanbellen?**

*Er zijn niet zo heel veel van die zorgwekkende zorgmijders op NAH gebied bekend. We hebben er nog niet zoveel ervaring mee. We hebben er nu één waar onze SPV-er heen gaat. Het eerst half jaar is er alleen het doel kijken of je vertrouwen kan winnen. Daar valt of staat iedere volgende stap mee. Wat de SPV-er nu doet is alleen maar praatjes maken en bekijken hoe iemand in het leven staat en wat je er eventueel mee zou kunnen. Je moet vooral geen eisen stellen want dat werkt niet. Hele lage verwachtingen en zeer kleine stapjes nemen. Observeren wat voor problematiek er speelt en wat kan je daarmee.*

### **Je gaan helemaal niet bezig met de verwachtingen van de partner en hoe gaan jullie met de partner om?**

*Als er een partner is blijft de eerste fase toch kennis maken en iemand zover krijgen dat de cliënt in gesprek wil blijven. Kijken hoe je met iemand verder kan. Iets opleggen dat helpt niet. Als er een partner is, is het afhankelijk van wat er speelt hoe wij hiermee omgaan. De partner is een belangrijke factor in de situatie. De partner kan verwachtingen en wensen hebben. Maar je moet een overeenstemming hebben met de cliënt waarvoor je komt. De partner wil zijn of haar partner terug, maar NAH brengt karakter veranderingen met zich mee dat niet terug te draaien is. Je moet dan de partner voorlichten over de gevolgen van hersenletsel. Wij doen dat zelf. We noemen dat psycho-educatie. Het is erg belangrijk dat de partner weet dat het karakter veranderd kan zijn als gevolg van het hersenletsel. Dat moet je uitleggen, elke veranderingen kan met hersenletsel te maken hebben dit moet de partner weten. Je kan ook tips geven hoe de partner daarmee om kan gaan. Op die manier kan je de partner ondersteunen en die partner moet je dan ook heel frequent bezoeken. Je moet de partner langdurig terzijde staan en op heel lang termijn beschikbaar moet houden voor vragen die hij /zij heeft. In de loop van de tijd kunnen zich nieuwe vragen voordoen.*

## **Hebben jullie of bij de Rijngesest Groep of van het hersenletsel team gespreksgroepen voor partners van mensen met NAH?**

*Op de klinische afdelingen hebben we dat wel gedaan. Het is ook de bedoeling om dat weer te gaan opzetten. Voor zowel partner en familieleden. Wat we vooral doen is uitleg geven over de gevolgen van NAH vooral de cognitieve gevolgen. De cognitieve gevolgen zijn het meest ingrijpen en bij De Rijngesest Groep komt daar ook de psychiatrie nog eens bij. Dus dat is dubbel op. Het is erg belangrijk om mensen hun eigen ervaringen te laten vertellen want als hulpverlener gebruiken je altijd termen die de familie zelf niet zal gebruiken. Familie leden gebruiken vaak hele andere woorden terwijl er hetzelfde bedoeld wordt. Je moet telkens goed de communicatie op elkaar afstemmen anders begrijp je elkaar niet. Dus je moet familie veel laten vertellen over wat zij meemaken en hoe zij het ervaren en dit vertalen in psycho-educatie en uitleg.*

## **Zijn er veel cliënten die nog een partner hebben?**

*Dat valt reuze mee. Vaak zien we die mensen die inmiddels alleen staan. Of nooit getrouwd zijn geweest. Het gebeurt ook wel regelmatig dat er echtscheidingen plaats vinden na het opgelopen hersenletsel.*

*Wat je vooral niet moet doen is van de partner een hulpverlener maken daarmee geef je de partner een extra rol in zijn of haar leven. De partner moet als partner de structuur kunnen bieden en de grenzen bewaken. De partner moet voornamelijk ook de tijd voor zichzelf gaan inruilen. Dat is iets dat ze vaak niet doen uit schuldgevoel, uit angst of wat voor reden er dan ook achter zit.*

## **Wat is u rol in het gehele proces als maatschappelijk werker?**

*Ik heb verschillende rollen. Als coördinator van het hersenletselteam coördineer ik de hulpvragen die binnen komen. Ik probeer de hulpvraag die gesteld wordt meer te verduidelijken. Iemand kan wel een hulpvraag neerleggen maar deze kan zo breed zijn dat er eerst onderzocht moet worden wat de echte hulpvraag is. Ik ga hiervoor op huisbezoek en bespreek dit met de verschillende mensen. Dan kom ik tot een redelijk overzicht van wat er allemaal speelt en waar advies over gevraagd wordt. Vervolgens zorg ik ervoor dat het besproken wordt binnen het hersenletselteam. Naar aanleiding daarvan geef ik het advies dat daaruit komt weer door aan degene die de hulpvraag heeft neergelegd.*

*Voor de ambulante tak van De Rijngesest Groep voor NAH is mijn rol ook de hulpvragen die door komen van het hersenletsel team bespreken binnen het team van De Rijngesest Groep. We bespreken dan met elkaar wie wat kan doen. Of de psychiater moet iets doen afhankelijk van de situatie of er wordt een neuro psychologische onderzoek gehouden. Ook kan de SPV-er op huis bezoek gaan. En soms ook ik als maatschappelijk werker kan ook op huisbezoek gaan, ik neem dan de familieomstandigheden en de thuissituatie van iemand door om daar een overzicht van te maken. Ik kan ook de gehele financiële en administratieve kant doornemen. Tussen alles wat we doen zit ook een steun en een psycho educatie element in voor degene met wie je spreekt. Maar goed ik bekijk met name de sociale maatschappelijke kant als we het over De Rijngesest Groep hebben.*

*Voor veel mensen die te maken hebben met NAH is veel mogelijke hulpverlening onbekend. We moeten proberen die bekend te maken. Veel mensen gaan na hun ziekenhuis opname weer naar huis en lopen in de thuissituatie tegen problemen aan. Mensen worden niet gevolgd en begeleid na het ontslag uit het ziekenhuis terwijl dit best gewenst kan zijn. Het is de vraag bij wie welke taak ligt. Mensen moeten weten waar ze terecht kunnen.*

## **Voorbeelden waar jullie tegen aan zijn gelopen?**

*Van zorgwekkende zorgmijders hebben we er nu één van en daar weet Gemiva-SVG groep alles van. Hij woont op de eerste verdieping in een flat. De man zit continu met zijn gordijnen dicht, hij belt te pas of te onpas allerlei hulpverleners met zijn hulpvragen en zijn verhaal. Het is tot nu toe nog niet gelukt om iets met die man aan te vangen omdat hij alle complete hulp eigenlijk afhoudt.*

*We blijven volhouden, de SPV-er gaat regelmatig langs. Er is ook telefonische contact tussen die twee en de cliënt kan ook de SPV-er bereiken. Het doel van de SPV-er is er alleen maar voor zorgen dat de eerste maanden het contact blijft bestaan. Je moet proberen iemand op sleeptouw te nemen. Het contact is nu één keer per week bij deze cliënt. Wat niet werkt, werkt niet dan kan je alleen maar hopen dat de situatie niet verslechtert.*

*Pas geleden hadden we een jonge jongen die had ik gesproken over zijn sociale situatie en zijn dagbesteding. Ik weet dat hij schulden heeft maar de jongen wil niet dat daar bemoeienis mee is. Het zij dan zo. Desnoods tot dat hij uit zijn huis gezet wordt. Als iemand echt perse niet wil dat mensen zich daarmee bemoeien dan houd het op. Je kan hooguit aangeven (en dat moet je altijd doen) is dat je er voor hem /haar bent. Aangeven dat je beschikbaar bent en waarvoor ze terecht kunnen bij jou. Je kan aangeven waarom je wilt helpen, dat je de cliënt uit de problemen wilt helpen of houden. Door dwang zet je iemand alleen maar verder van je af.*

*Een andere persoon is opgenomen door verwaarlozing van zichzelf. Had vroeger een baan, was getrouwd en had twee kinderen. Tot dat hij hersenletsel opliep dat. Door problematiek is hij alcohol gaan gebruiken, het vervolg was een echtscheiding. Die man had uiteindelijk wel andere huisvesting maar betaalde zijn rekening niet. Het werd gewoon een zwerver. Vervuiling komt regelmatig voor je kan alleen proberen samen de boel nog aan kant te houden en dat doe je ook stapje voor stapje. Je moet uitproberen hoe je mensen kan activeren.*

**Zie je cliënten die eerst alle hulp weigeren en later toch blij zijn dat ze hulp krijgen of in ieder geval beseffen dat ze hulp nodig hebben?**

*In ieder geval ervaren mensen wel iets als hun probleem wat beter verloop in hun leven. Hier moet je alleen heel veel geduld voor nodig hebben.*

**Uit welke functie bestaat jullie team hebben jullie ook begeleiders?**

*Het team bestaat uit een psychiater, neuro psychologe, een maatschappelijk werker en de sociaal psychiatrische verpleegkundige. De sociaal psychiatrische verpleegkundige is voornamelijk de persoon die de cliënten thuis bezoekt. We hebben geen begeleiders die taken gaan overnemen na verloop van tijd als de situatie in beeld is gebracht. Wat we wel kunnen doen is aanvullende zorg in huis aanvragen. Bijvoorbeeld de thuiszorg of de wijkverpleging. Als er extra hulp nodig is kunnen we dit gaan aanvragen. Alles is geheel afhankelijk van de situatie. We hebben geen standaard procedures van wat we doen en wie dit moet gaan doen. Elke situatie bekijken we opnieuw.*

**Werken jullie nauw samen met andere zorgverleners die bij dezelfde cliënt komen?**

*Ja, absoluut. Iedereen heeft dan zijn eigen taakgebied en we communiceren hier regelmatig met elkaar over. Waar is iedereen mee bezig wie doet wat en hoe verloop alles.*

## **Inhoudsopgave**

<b>Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>Hoofdstuk 1 Waar loopt Gemiva-SVG Groep in het huidig aanbod tegen aan.</b>	<b>3</b>
1.1 Op het gebied van aanmelding?	3
1.2 Op het gebied van begeleiding en bejegening?	3
1.3 Op het gebied van de hulpvragen?	3
1.4 Op het gebied van het overleg?	3
1.5 Op het gebied van hun mogelijkheden?	3
<b>Hoofdstuk 2 Analyse van het huidig aanbod.</b>	<b>4</b>
2.1 De indicatie.	4
2.2 Begeleiding, bejegening en de hulpvragen.	4
2.3 Het overleg.	6
2.4 Mogelijkheden.	6
<b>Hoofdstuk 3 Het product. Aanbevelingen voor het aanbieden van bemoeizorg.</b>	<b>8</b>
1. Aanbevelingen op de aanmelding.	8
1.1 Ontslag uit het ziekenhuis of revalidatie centrum.	8
1.2 Geen ziekte inzicht.	9
1.3 Geen directe hulp door organisatorische punten.	9
2. Aanbevelingen op de begeleiding en bejegening.	11
2.1 De hulpvragen.	11
2.2 Loketfunctie.	12
2.3 Het ondersteuningsplan.	12
3. Aanbevelingen op het overleg.	13
3.1 De organisatie van het overleg.	13
3.2 Knelpunten.	
4. Andere punten van aanbevelingen.	14
4.1 Deskundigheid.	14
4.2 De taakverdeling tussen de Gemiva-SVG groep en De Rijngest Groep in samenwerkingsverband in het project bemoeizorg.	14

## **Inleiding.**

Het product in het resultaat van een gevolgd project dat Gemiva-SVG groep heeft opgezet. Tijdens dit project wilden ze kijken op welke manier we het beste bemoeizorg aan kunnen bieden. Dit project is in samenwerking gegaan met De Rijngesest Groep. Ik heb verschillende gesprekken, interviews, enquêtes en literatuurstudie gedaan om tot dit resultaat te komen.

Zelf vind ik dat mijn aanbevelingen praktisch toepasbaar en haalbaar zijn. Daardoor zouden de medewerkers er gelijk mee aan de slag kunnen gaan.

Voor mijn product heb ik gekozen voor de volgende hoofdstuk indeling;  
In hoofdstuk 1 beschrijf ik punten waar Gemiva-SVG Groep in het huidige aanbod tegen aanloop.  
In hoofdstuk 2 beschrijf ik mijn analyse op het huidige aanbod.  
In hoofdstuk 3 beschrijf ik aanbevelingen op het huidige aanbod.

Ik wens de medewerkers van Gemiva-SVG Groep succes met het verder vormgeven van het aanbod bemoeizorg.



## **Hoofdstuk 1            Waar loopt Gemiva-SVG Groep in het huidig aanbod tegen aan.**

Hier beschrijf ik een aantal punten, op verschillende gebieden waar Gemiva-SVG groep in het huidig aanbod tegen aan loop als we bemoeizorg gaan leveren.

### **1.1 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van aanmelding?**

- Het kan (te) lang duren voordat deze cliënten hulp in roepen. Het initiatief ligt bij de cliënt en die onderneemt geen actie.
- Het kan voorkomen dat mensen snel begeleiding in huis nodig hebben en dit ook vragen maar dat door organisatorische redenen dit niet direct geboden kan worden.
- Cliënten en familie weten niet waar ze terecht kunnen voor hulp of ze zijn nog zo bezig met het verwerken van het opgelopen hersenletsel dat ze niet weten wat ze met de situatie aan moeten.

### **1.2 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van begeleiding en bejegening?**

- Medewerkers willen zo snel mogelijk actief aan de slag gaan met de hulpvragen.
- Er kan overschatting plaats vinden door de begeleider omdat nog niet duidelijk is wat de cliënt wel en niet kan.
- Er moet een ondersteuningplan geschreven en bijgehouden worden dit kost tijd.
- Eigenlijk bieden we al een vorm van bemoeizorg alleen is dit in combinatie met gevraagde zorg.
- Het doel van de loketfunctie wordt niet behaald.

### **1.3 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van de hulpvragen?**

- De gedachtegang van de medewerkers van Gemiva-SVG groep is dat ze vooral vraaggericht moeten werken. Dit is dan ook jaren de insteek geweest.
- Teamleden vinden dat alleen de cliënt de hulpvragen mag opstellen, maar er zijn ook veel vragen die een cliënt om verschillende redenen niet zal stellen.

### **1.4 Waar loopt Gemiva-SVG groep tegen aan op het gebied van het overleg?**

- Er is geen vaste dag waarop er vergaderd wordt. Hierdoor is het organisatorisch moeilijk om een vergadering te plannen waarbij iedereen aanwezig is.
- Medewerkers die vrij hebben op de dag dat de vergadering gepland staat komen hiervoor niet terug. Hierdoor wordt er nooit met het gehele team vergaderd.
- Afspraken met cliënten moeten afgezegd of verplaatst worden.
- Anderhalf uur per twee weken is eigenlijk te weinig.

### **1.5 Waar loopt Gemiva-SVG groep nu tegen aan op het gebied van hun mogelijkheden?**

- Men heeft geen bevoegdheid tot het inzien van medische rapporten waardoor belangrijke informatie achterwege moet blijven. Zie ook 4.2.3. Informatie inwinnen door tegen beperkingen aan te lopen kosten veel tijd en energie en kan gepaard gaan met veel spanning vooral voor de cliënt.
- Als een cliënt echt niet wil dan houdt het toch een keer op. Je mag niks doen als een cliënt dit niet wil. Alleen als de cliënt een gevaar is voor zichzelf of een ander kunnen er nog stappen worden ondernomen. Gemiva-SVG groep kan alleen iemand inschakelen die hiervoor bevoegd is.

## **Hoofdstuk 2            Analyse van het huidig aanbod.**

Als we het huidige aanbod bekijken en vooral naar de punten waar Gemiva-SVG groep tegen aan loopt, dan moeten er naar mijn idee een aantal basis voorwaarden gescheppt worden om op een goede manier bemoeizorg aan te kunnen bieden.

### **2.1    De indicatie.**

Het kan lang duren voordat er hulp ingeroepen wordt als er zich problemen voordoen. Dit wordt namelijk niet gedaan door de cliënt zelf. Wie moet dit dan doen? Sommige partners of ouders gaan er vanuit dat de cliënt nog wel vooruit gaat en dat alles nog goed komt. Het kan dan gebeuren dat in sommige gezinssituaties de problemen zich opstapelen en dat er dan pas hulp ingeroepen wordt. Er is dan al een hoop leed geleden. Ook is niet altijd bekend waar men zich aan kan melden.

Eigenlijk weten we wel dat dit niet de manier is dat werkt voor de doelgroep waar het nu om draait. Als begeleiders moeten wij ons met de situatie van een ander gaan bemoeien. De Rijngesest Groep doet dit al enige tijd. Hoe langer de begeleiding uitblijft des te erger de situatie uit de hand kan lopen. Het is belangrijk om snel begeleiding te kunnen bieden als er signaleerd wordt dat begeleiding noodzakelijk is. De Rijngesest Groep doet dit door naar de cliënten toe te gaan om de hulp aan te bieden, vertrouwen te winnen en te overtuigen dat hulp en behandeling hun leven ten goede zal komen.

Als we dan kijken naar de knelpunten binnen de ambulante dienstverlening zien we dat lang uitblijven van noodzakelijke hulp een algemeen knelpunt is waar meerdere instellingen tegen aan lopen. De bureaucratie en een slechte communicatie tussen de zorgverlenende instellingen en de organisaties die de indicatie moeten regelen kunnen ervoor zorgen dat mensen op begeleiding moeten wachten. In sommige situaties is het niet bevorderlijk voor de cliënt en of voor zijn omgeving.

Als cliënten wel zelf contact opnemen dan moet de begeleiding daar eigenlijk direct op inspringen en niet weken wachten op een indicatie. Weinig cliënten zullen twee keer om hulp vragen. Ik vind eigenlijk dat het organisatorische mogelijk moet zijn om binnen twee weken een begeleider te hebben voor een nieuwe cliënt waarbij de hulp op zeer kort termijn noodzakelijk is. Je kan het dan zien als een noodplaatsing.

### **2.2    Begeleiding, bejegening en de hulpvragen.**

Als we dan naar de begeleiding en bejegening kijken dan verwachten we ook dat de cliënt zelf aangeeft waar hij hulp bij nodig heeft en wat hij verwacht van de begeleider. Dan verwachten we ook nog een actieve houding van de cliënt bij het werken aan zijn hulpvragen.

Naar mijn idee zien we dan één zeer belangrijk punt over het hoofd en dat zijn de beperkingen die de cliënt heeft kunnen overhouden aan het opgelopen hersenletsel. Als ik kijk naar het schema van voorkomende stoornissen in hoofdstuk 2 in het procesverslag dan staat er bij cognitieve stoornissen dat iemand een initiatief stoornis kan hebben opgelopen, dat houdt in dat de cliënt wel kan benoemen wat er gedaan moet worden en wat hij wil maar hij kan niet komen tot het initiatief en de actie daartoe. Verder kan een cliënt wel aangeven dat hij wil leren koken, maar als je als begeleider niet weet dat hij apraxie heeft kan je de cliënt voortdurend overvragen waardoor spanningen kunnen ontstaan, omdat de cliënt er tegen aan loopt dat hij iets niet kan. Terwijl de cliënt misschien met andere benadering en begeleiding best wel wat zelf kan klaarmaken. Het overvragen van cliënt werkt demotiverend en kan leiden tot afhaken en opzeggen van de begeleiding. Moet je je maar voorstellen hoe jij het zal ervaren dat je eenvoudige handelingen niet meer kan waar je een tijd geleden nog zo goed in was.

Door gelijk aan de slag te gaan en veel en snel resultaten te willen zien, slaan we deze belangrijke punten over. Ik heb het nu alleen gehad over mensen met NAH. Als we dan kijken naar mensen met NAH en psychische problematiek moeten we nog meer rekening

houden met ziektebeelden. Het is belangrijk te weten wat iemand aan stoornissen en beperkingen heeft en waar welk gedrag vandaan kan komen.

Medewerkers van Gemiva-SVG groep kunnen zelf geen testen doen naar mogelijke stoornissen of beperkingen van de hersenen. Er is wel een psycholoog die is verbonden aan het ambulante team die eventueel wel wat testjes kan doen. Als knelpunt werd ook aangegeven dat het als gemis ervaren wordt dat men geen bevoegdheid heeft om medische dossiers te mogen inzien en dat je hierdoor belangrijke informatie misloopt. Maar ik denk dat we zelf door minder te verwachten en de cliënt eerst een tijd te observeren in alles wat hij doet, we zelf ook een hoop belangrijke informatie kunnen inwinnen. Dit observeren kost tijd maar is zeer belangrijk.

Als we meer gaan werken met mensen met psychiatrische problematiek dan is dit zeker belangrijk, omdat dit voor veel medewerkers nieuw is. Het lijkt me dan ook goed dat alle medewerkers een cursus krijgen met veel voorkomende stoornissen.

Een sterke kant van de medewerkers van Gemiva-SVG groep is dat zij goed gestructureerde stappenplannen kunnen schrijven als een cliënt aan een doel wil werken. Deze manier van werken verloopt goed, maar zou met meer achtergrond informatie nog beter werken omdat je de cliënt beter kan inschatten.

In de gesprekken met medewerkers van De Rijngesest Groep gaven zij aan dat je van cliënten uit deze doelgroep zeer weinig moet verwachten. Als ik boven benoemde punten bekijken verwachten wij eigenlijk heel erg veel. We verwachten een aanmelding, hulpvragen en een actieve houding van cliënten die eigenlijk niks met hulpverleners te maken willen hebben.

Het is goed mogelijk dat de doelstellingen van de loketfunctie niet worden behaald door hoge verwachtingen van de cliënten. Ook hier liggen we het initiatief bij de cliënt neer.

Wij als medewerkers van Buro woon-, werk en gezinsondersteuning moeten creatiever omgaan met de lijnen die we tot nu toe hebben gevoerd. Bij de knelpunten staat ook dat sommige medewerkers het moeilijk vinden om buiten de bestaande kaders te denken. Dit is zo'n voorbeeld. We hebben altijd gewerkt met opgestelde hulpvragen door de cliënt. Het ondersteuningsplan is hier ook geheel op gebaseerd. Het opstellen van hulpvragen, het evalueren van de begeleiding daarin en de ontwikkeling.

Uit de interviews blijkt dat de gedachtegang van de medewerkers is, dat ze vooral vraaggericht moeten werken. Dit is dan ook jaren de insteek geweest. Willen we bemoeizorg gaan leveren moeten we dit los kunnen laten. Medewerkers hebben nu moeite met het ongevraagd bemoeien met de situatie van de cliënt.

In de praktijk merk ik dat we tijdens onze begeleiding al ongevraagd een hoop bemoeizorg leveren. Toen ik een medewerker hierop attendeerde gaf ze als reactie: "ja maar bij deze cliënt is toch wel echt nodig dat we ons hiermee bezig houden". Het verschil voor het nieuwe product is dat de bemoeizorg niet in combinatie gaat met gevraagde zorg. Het zou dus goed zijn als we ons bewust worden van hetgeen wat we al doen. Er verandert dan eigenlijk niet zo heel veel.

We houden ons te veel vast aan de huidige manier van werken. Het vraaggericht werken loslaten en daarbij ook de mening dat alleen de cliënt de begeleiding mag inroepen. Dit komt uit de interviews naar voren, alleen de teamleidster heeft vergeleken bij het team een andere mening dat beter past bij bemoeizorg. Zij geeft aan dat we ook open moeten staan voor punten die familieleden aangeven en punten die wij als begeleiding zelf zien.

Als laatste wil ik nog even terug komen op het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan is geheel gericht op vraaggericht werken. Willen we naast vraaggericht werken ook bemoeizorg aanbieden dan moet er een ander ondersteuningsplan komen.

Tevens moet het een ondersteuningsplan zijn waar de begeleider niet te veel werk aan heeft. Als knelpunt werd aangegeven dat de ondersteuningsplannen tijdrovend zijn. De inhoud moet vooral kort, duidelijk en efficiënt zijn.

### **2.3 Het overleg.**

Er is geen vaste dag waarop vergaderd wordt. In het verleden werd de vergadering makkelijk verschoven of afgezegd voor andere dingen. Als de vergadering valt op een dag dat medewerkers vrij zijn komt niet iedereen terug voor de vergadering. Ik vind het erg belangrijk dat het gehele team bij een vergadering aanwezig is. Dit behoort tot je taken als medewerker van het team. Naar mijn idee moet de vergadering weer een belangrijk onderdeel van het werk worden.

Omdat de dag waarop de vergadering valt op dit moment wisselt kan het zijn dat er afspraken met cliënten afgezegd of verzet moeten worden. Dit is niet bij elke cliënt mogelijk omdat sommige cliënten veel behoefte hebben aan structuur. Bij andere cliënten kan het problemen geven omdat zij door hun stoornis in het geheugen vergeten dat de afspraak is veranderd.

Bij De Rijngesest Groep is het overleg een zeer belangrijk deel van hun werk. Voor hun is het op zich erg belangrijk omdat meerdere medewerkers te maken hebben met dezelfde cliënt maar dit geldt voor ons ook alleen in mindere maten. Van de manier waarop De Rijngesest Groep het overleg moment structureert kunnen wij leren dat als er een vast dagdeel in de week wordt vrijgehouden voor overleg met het gehele team de vergadering als belangrijk wordt gezien. Iedereen is dan aanwezig en op dit vaste dagdeel en er kunnen geen afspraken gepland worden.

Er is een gemis aan kader zoals uit het onderzoek naar ambulante dienstverlening van Gemiva-SVG groep naar voren komt. Overleg is juist daarom zo belangrijk. Tijdens de inhoudelijke vergaderingen, kunnen punten waaraan een duidelijk kader wordt gemist, besproken worden. Zodat het team in ieder geval op één lijn zit. Je kan elkaar ondersteunen en elkaar aanspreken op bepaalde punten. Grensbewaking en de professionele werkhouding zijn ook punten die bij de knelpunten steeds terug komen zowel bij het onderzoek van Gemiva-SVG groep, de enquêtes bij de verschillende instellingen als het stuk uit het boek "In huiselijke sfeer" van Van de Berg (1997).

Deze punten zullen nooit zwart wit op papier komen te staan. Elke situatie is anders, elke cliënt is anders en elke begeleider is ook weer anders. Er kan niet gezegd worden op welke manier er gewerkt moet worden. Elke nieuwe situatie moet in zijn geheel per keer bekeken worden.

Medewerkers geven aan moeite te hebben met de solistische functie, door overleg is dit te compenseren. Door overleg te hebben met het hele team kan je gebruik van elkaar maken en heb je ook het idee dat je in een team werkt en dat je er niet alleen voor staat.

### **2.4 Mogelijkheden.**

Bij punt 5.2 in het procesverslag heb ik geschreven dat medewerkers zelf geen testen kunnen doen naar mogelijke stoornissen of beperkingen in de hersenen. Uit het gesprek met de psycholoog van De Rijngesest Groep kwam naar voren dat zij dit wel kunnen doen en dat hier hun kwaliteiten liggen.

Zeker als het gaat om mensen met de combinatie hersenletsel en psychiatrische problematiek mist Gemiva-SVG groep nog de kennis en ervaring over deze doelgroep. Zoals al beschreven kunnen we naar mijn idee een hoop informatie halen uit observaties. Maar ik denk dat we op dit punt ons kunnen beroepen op de samenwerking met De Rijngesest Groep. We kunnen hun hulp inroepen als de observaties te weinig informatie opleveren of als er

dermate sprake is van bepaalde problematiek dat er zeer snel enige punten onderzocht moeten worden.

We kunnen niet gaan begeleiden als een cliënt echt niet wil. De Rijngroep houdt zulke mensen op afstand in de gaten en zoekt weer contact als er iets gebeurt waar door er misschien nu wel een mogelijke ingang is waardoor deze persoon wel enige hulp toelaat.

Zoals de teams nu werken zal het blijven dat Gemiva-SVG groep begeleiding biedt en dat De Rijngroep behandelingen en onderzoeken doet zoals beschreven bij 1.5 in het procesverslag. Dit is op zich helemaal niet verkeerd we kunnen meer gebruik maken van elkaar. Dit is naar mijn idee ook de samenwerking binnen dit product.

Gemiva-SVG Groep heeft niet de kennis en ervaring in huis om zelf onderzoeken te doen en niet de bevoegdheid om te behandelen op het gebied van psychisch functioneren.

Je ziet ook bij de twee cliënten die we nu via dit project begeleiden dat we vast lopen op het complexe gedrag. Zolang er niet bekend is welk gedrag het gevolg is van het hersenletsel en welke gedrag te maken heeft met de beperkingen kunnen we als Gemiva-SVG Groep moeilijk de situatie begeleiden.

Gebruik maken van elkaar op moment dat, dat echt nodig blijkt te zijn is dan de voor de hand liggende oplossing. Met echt nodig bedoel ik dat we moeten opletten wanneer we elkaar inschakelen, omdat we eigenlijk ook in elkaars vaarwater kunnen gaan zitten. Omdat de inkomsten van de instellingen nu anders wordt geregeld worden instellingen ook concurrenten van elkaar. Dus Gemiva-SVG groep moet eerst kijken wat ze zelf kunnen doen voordat ze De Rijngroep inschakelen. Zijn er situaties waar men echt niet uit komt moet je het ook zeker niet laten De Rijngroep wel in te schakelen, want je bent toch verantwoordelijk voor goede zorg aan de cliënt. De concurrentiestrijd tussen instellingen mag niet ten koste gaan van goede zorg. Niet alleen bij dit product maar bij alle zorg en diensten die alle instellingen bieden.

### **Hoofdstuk 3 Het product. Aanbevelingen voor het aanbieden van bemoeizorg.**

Bij alle aanbevelingen beschrijf ik bij welke personen binnen de stichting er eventueel actiepunten liggen om de aanbeveling op te pakken. Het lijkt mij het handigste dat deze personen de punten oppakken maar dat kan natuurlijk in overleg altijd veranderen. In eerst instantie heb ik voor deze personen gekozen omdat zij de functies vervullen waarmee ze deze taken kunnen op pakken

#### **1. Aanbevelingen op de aanmelding.**

Aanbeveling 1.1 de clustermanager, het locatiehoofd.

Aanbeveling 1.2 het locatiehoofd, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 1.3 het locatiehoofd.

##### **1.1 Ontslag uit het ziekenhuis of revalidatie centrum.**

Om te voorkomen dat situaties uit de hand gaan lopen voordat mensen hulp gaan inroepen kan je misschien proberen deze stap voor te zijn.

Omdat problemen in de thuissituatie vaak pas later naar voren komen lijkt het mijn een goed idee gebaseerd op mijn ervaringen dat de persoon en/of het gehele gezin begeleidt wordt direct als de persoon die het hersenletsel op heeft gelopen uit het ziekenhuis of revalidatie centrum wordt ontslagen. Bemoei je er mee gelijk vanaf het begin. De begeleiding kan zijn naar behoefte van het situatie. De behoefte kan afhankelijk zijn aan de hand van de beperkingen waar tegen aan gelopen wordt, de behoefte aan gesprekken vooral van de persoon maar ook zeker van de andere gezinsleden.

De begeleider gaat bijvoorbeeld 1 keer in de maand langs. Zijn rol is dan vooral een luistert oor bieden, voorlichten over de gevolgen van hersenletsel en adviseren hoe hiermee om te kunnen gaan. Wat later in het begeleidingsproces kan je mensen voorlichten over de mogelijkheden van begeleiding, dagbesteding en evt. woonvoorzieningen.

De voordelen hiervan zijn dat je als hulpverlener al binnen bent mocht het blijken dat er problemen ontstaan.

Er is een vast aanspreekpunt voor het gezin waar ze terecht kunnen voor vragen en hulp bij moeilijkheden. Door één vast aanspreek punt aan te stellen kan er een band ontstaat en wordt de vraag om hulp laag drempelig.

Ziekenhuizen en revalidatie centra's moeten het gezin op de hoogte stellen en er wat op aandringen dat mensen zich aanmelden voor begeleiding. Verder vind ik dat als mensen toch geen gebruik willen maken van de begeleiding dat het ziekenhuis of het revalidatie centrum na een paar maanden eens telefonische contact met hen op zoek om na te gaan hoe het gaat en of er zich nog problemen voor doen.

Om dit te realiseren en goed op poten te kunnen zetten moeten we samen gaan werken met diverse instellingen. Zo moet er een goede communicatie zijn tussen de ziekenhuizen, de revalidatiecentra's en de begeleidende werkers.

Er moet één persoon komen waar deze aanmeldingen binnen komen. Het handigste lijkt mij dat de aanvragen binnen komen bij de teamleider van Buro woon, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep. De teamleider inventariseert de ernst van het hersenletsel en stelt een begeleider aan. Als er al bekend is dat er een psychiatrisch ziektebeeld of ernstig gedragsproblematiek bij komt kijken dan wordt de begeleiding geboden door de Rijngeest Groep.

De duur van de begeleiding is zeker een jaar. Binnen dit jaar kan bekeken worden hoe het gaat en waar de persoon en evt. het gezin behoefte aan heeft. Het jaar wordt samen met de persoon en/of gezin geëvalueerd maar ook binnen het team. Is er meer behoefte aan begeleiding dan kan men overgaan op intensievere begeleiding. Er wordt dan in kaart gebracht waar men hulp bij nodig heeft en er komt wekelijks iemand langs voor begeleiding.

Verloopt alles verder goed dan kan de frequentie afgebouwd worden. Na een jaar vind er een evaluatie gesprek plaats, hierin kan besloten worden de begeleiding te stoppen of op welke manier door te gaan.

Naast deze begeleiding is het belangrijk telefonische bereikbaar te zijn. Geef mensen de gelegenheid te bellen als er iets is of als ze vragen hebben.

De gezinsleden en familieleden hebben vaak ook behoefte om te praten. Zij hebben ook begeleiding nodig, dit vind ik een goede manier om dat aan te kunnen bieden. Daarnaast zou ik een lotgenoten groep voor partners een goed initiatief vinden.

Als er niet wordt overgegaan op het begeleidingstraject direct na het ontslag dan is het voor Gemiva-SVG Groep zeer belangrijk duidelijk te maken waar mensen zich kunnen aanmelden. Ze kunnen huisartsen op de hoogte stellen voor zover dit nog niet gebeurt is. En ze zouden informatie avonden kunnen geven over Niet Aangeboren Hersenletsel en dan het Zorgkantoor ter spraken brengen.

### **1.2 Geen ziekte inzicht.**

Door deze opzet voorkom je ook dat mensen die door hun hersenletsel geen ziekte inzicht hebben zelf hulp hoeven in te roepen, dit zullen ze namelijk zelf toch niet doen. De Rijngeest Groep ging nog aankloppen bij deze personen als er problemen waren maar door deze nieuwe opzet denk ik dat je veel problemen voor kan zijn. Je bent er gelijk bij als er iets mis gaat je komt er al even over de vloer dus je hebt al enigszins een band opgebouwd. Ik denk dat je dan meer kan bereiken met de persoon.

Het moet een standaard proces worden dat mensen begeleid worden het eerste jaar.

Als we het ziekte inzicht los koppelen van de hierboven beschreven traject dan moet het initiatief meer bij de hulpverlener liggen tot het bieden van hulp. Voor de aanmelding zou het beter zijn net als de Rijngeest Groep naar de mensen toestappen en de hulp aanbieden. Dit zal in eerste instantie niet meevallen omdat de persoon aan wie je de hulp aanbied je niet met open armen zal ontvangen. Je moet een tijdje proberen vol te houden. Zeker een half jaar lang wekelijks contact proberen te zoeken door regelmatig langs te gaan of anders telefonische contact te zoeken. We moeten vooral geen hoge verwachtingen hebben van wat we gaan bereiken. Niet verwachten dat iemand zelf zijn hulpvragen wel even opnoemt, zeker niet actief aan zijn hulpvragen gaat werken en open staat voor al jou goede adviezen. Houd er rekening mee dat je niet gewenst kan zijn.

Een andere belangrijke vraag is natuurlijk hoe komen we terecht bij deze mensen die zelf niet om begeleiding vragen. Hoe weten we wie deze mensen zijn en waar ze wonen? Hoe weten wij dat ze begeleiding ook echt nodig hebben.

Hiervoor moet er meer communicatie zijn met mensen die wel contact hebben en of evt. weten dat er iets niet goed gaat. Zo denk ik aan buurtwerkers, politieagenten, huisartsen, woningbouwvereniging. We kunnen bij deze mensen kenbaar maken dat ze contact kunnen opnemen als ze problemen hebben met iemand die een handicap heeft. We kunnen ook een keer een informatie bijeenkomst houden over hersenletsel en de gevolgen. Verder moeten we kenbaar maken binnen een regio waar mensen (ik denk dan vooral aan familieleden of vrienden) heen kunnen om hun zorgen uit te kunnen spreken. Dit punt kan eventueel in combinatie met het aanmeldpunt van de begeleiding na ontslag zoals bij 6.2.1 is beschreven.

### **1.3 Geen directe hulp door organisatorische punten.**

Als het gezien de situatie belangrijk is dat de begeleiding direct geboden wordt, dan moet de organisatie ervoor zorgen dat men deze begeleiding ook met twee weken krijgt. We kunnen hiervoor zorgen door een groep vaste invalkrachten te hebben. Zij kunnen dan inspringen zodra er een nieuwe cliënt wordt aangemeld. Een invalpoule is sinds kort aangesteld. We moeten er voor zorgen dat de wachtlijsten nihil zijn en zeker niet oplopen. Op dit moment is er geen wachtlijst voor de ambulante dienstverlening. Wat nu nog wel eens gebeurd is dat

het lang duurt voordat de aanvraag gekeurd is en bij de dienstverlenende instelling terecht komt. We moeten een keer in gesprek gaan met iemand van het LCIG dat sommige mensen gezien de situatie voorrang moeten krijgen voor hun indicatie. Als het lang duurt voordat men de hulp krijgt haken ze af. Bureau Zorgmakelaar moet bij hun gesprek met de persoon en diens familie inschatten hoe snel de begeleiding gestart moet worden. Bureau zorgmakelaar moet dit kenbaar maken bij het LCIG en een hoge prioriteit geven aan die indicatie zodat alles met een week of twee geregeld moet zijn.



## **2. Aanbevelingen op de begeleiding en bejegening.**

Aanbeveling 2.1 de gedragsdeskundige, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 2.2 de clustermanager, het locatiehoofd.

Aanbeveling 2.3 het locatiehoofd, de gedragsdeskundige.

### **2.1 De hulpvragen.**

De gedachtegang dat er vraaggericht gewerkt moet worden moet eruit slijpen. Dit kan het beste door hier ervaringen mee op te doen en dit regelmatig in overleg momenten terug te laten komen.

Als mensen geen voldoening uit hun werk krijgen moet een ander aangeven wat hij wel al heeft bereikt en waar de begeleider tevreden mee kan zijn.

Ik wil ook nog even terug komen op de interviews die ik gehouden heb. In grote delen zaten de teamleidster en de begeleiders wel op één lijn maar er waren wel een aantal punten die naar mijn idee toch wat aandacht nodig hebben.

De teamleidster zou veel meer op onderzoek uit gaan bij een cliënt. Hiermee breng je de situatie van de cliënt ook beter in beeld. Dit is ook een punt waar de Rijngeest Groep veel mee bezig is. Wat zijn de gevolgen van het hersenletsel en wat zijn de bijkomende gevolgen van de beperkingen. Naar mijn idee zou het team en de teamleidster meer op één lijn kunnen zitten. Dit lijkt mij ook belangrijk als het gaat om het punt hulpvragen omdat de hulpvragen zo belangrijk zijn binnen het huidige aanbod. Ook gezien het nieuwe aanbod bemoeizorg is dat al veel minder hulpvraag gericht maar het is toch belangrijk dat je over het aanbod op één lijn zit.

Als je naar iemand toe gaat heb je nog geen duidelijk compleet beeld van iemand. Zeker iemand die niet op je hulp zit te wachten zal niet zijn hele leven even over tafel gooien. Het is dus belangrijk dat je eerst goed de situatie van de persoon in kaart gaat brengen. Dit kun je alleen doen door hier echt de tijd voor te nemen. Je moet de cliënt observeren het liefst in verschillende situaties. Je moet zijn gedragingen in kaart brengen, hoe leeft iemand, hoe ziet zijn huis eruit, wat zijn de sociale contacten van de persoon, hoe ziet de dag van de persoon eruit. Dit zijn punten die heel veel kunnen zeggen over een persoon. Neem hier gerust een aantal maanden de tijd voor, alleen zo krijg je een goed beeld van de cliënt waar je aan huis komt. Het zou goed zijn een observatie methoden te gaan gebruiken en het thema observeren een aantal keer terug te laten komen in een vergadering. Het lijkt me goed als de gedragsdeskundige samen met een medewerker een observatie methoden uitwerken. De gedragsdeskundige vanwege haar deskundigheid op het gebied van gedragingen en de medewerker vanwege de ervaring van het werken met de cliënt en het opdoen van informatie.

Een goede observatie is niet alleen belangrijk in het begin maar eigenlijk altijd.

Verder gaf de teamleidster aan dat als er geen vooruitgang zichtbaar is in de ontwikkeling van de hulpvraag je de gedragsdeskundige binnen de stichting in kan schakelen. Samen met de gedragsdeskundige kan je als begeleider uitzoeken waar het door komt dat er geen vooruitgang is. Het ligt namelijk lang niet altijd aan de cliënt die geen inzet wil tonen maar het kan ook aan de manier van begeleiden liggen. Denk maar aan het tijdstip, iemand kan het wel erg druk hebben op de dag dat hij begeleiding krijgt. Of zij zit telkens op de klok te kijken omdat hij na de begeleiding naar zijn zwemvereniging moet. Verder kan je als begeleider de cliënt overschatten waardoor deze cliënt onzeker wordt en eigenlijk helemaal niet veel meer uitvoert. Misschien moet er wel een andere begeleider naar deze cliënt, omdat de samenwerking niet goed verloopt. Welke rol spelen familieleden in het begeleidingsproces? Het kan zijn dat familieleden niet achter de geboden hulp staan en de cliënt gaat twifelen wat hij met de begeleiding aan moet. De begeleider zou dan eens moeten gaan praten met de familieleden.

Telkens moet de gehele situatie bekeken worden. Veel cliënten zullen niet uit zichzelf zeggen wat nou precies de problemen zijn. Ze kunnen dit niet onder woorden brengen of ze

durven het niet aan te geven. We moeten in elke situatie een onderzoekende rol innemen en open staan voor alle mogelijke veranderingen.

Het is belangrijk dat de begeleiders die bemoeizorg gaan aanbieden creatief zijn in het verleiden en onderhandelen. Je moet telkens per situatie gaan bekijken hoe je contact kan leggen met de cliënt, hoe kom jij binnen in zijn leven. En als je binnen bent hoe kun je dan iemand activeren en overhalen om iets te doen. Ik denk dat het goed is om mensen uit te zoeken die hierin kwaliteiten hebben en hiervoor goed geschoold zijn. Naar mijn idee zou het goed zijn als deze medewerkers beschikken over een HBO denkniveau.

## **2.2 Loketfunctie.**

We zouden een onderzoek kunnen gaan doen hoe het is met de mensen die nu in de loketfunctie zitten dit zijn tot nu toe alle cliënten die geen bemoeizorg hebben gehad. Tegelijkertijd kan de gehele loketfunctie eens goed geëvalueerd worden.

Op zich vind ik het een heel goed aanbod wat je aan cliënten nog kan bieden. Er moet alleen meer beleid gemaakt worden voor deze functie om het echt te laten lopen. Zo zou er een traject op gezet kunnen worden met een tijdsplanning. Als je hier nu al aan begint heb je een goed beleid staan voordat cliënten van de bemoeizorg in dit aanbod terecht komen.

Voordat iemand in de loketfunctie terecht komt is de begeleiding al afgebouwd van 1 keer per week naar 1 keer per 2 weken. Maar dan stopt de begeleiding helemaal totdat de cliënt de begeleiding weer inroept. Met het gegeven dat mensen zelf niet snel om hulp zullen vragen lijkt het me beter om wat meer controle te behouden gedurende het eerste jaar. Het zou beter zijn als de begeleider af en toe contact op neemt met de cliënt.

Mijn voorstel zou zijn als we het jaar gewoon verdelen in twaalf maanden we na de eerst maand telefonische contact. Na de tweede maand even op bezoek zo kan je ook zien hoe het huis eruit ziet. Als alles goed is kan je na maand vier en maand zes weer telefonisch contact opnemen. In maand tien weer een keer op bezoek en dan vooral aangeven dat men altijd kan bellen als er iets is en dat als alle goed verloop je niet meer langs komt. Na twaalf maanden nog een telefoontje en dan is het traject afgerond. Maar ook na die twaalf maanden kan de cliënt contact opnemen mocht dit nodig zijn. Al heeft de begeleider de indruk dat de cliënt het niet geheel zelfstandig aan kan en er enige controle nodig is dan zou men over kunnen gaan op elk half jaar contact en dan op huisbezoek, omdat de cliënt wel kan zeggen dat het goed gaat maar als je de woning ziet kan je daar meer informatie uithalen.

Vaak kan je als begeleider wel inschatten of een cliënt contact op zou nemen als er iets zou zijn. Op basis van deze inschatting kan je ook besluiten nog een keer contact op te nemen.

## **2.3 Het ondersteuningsplan.**

Het zou goed zijn als er aanpassingen komen in het ondersteuningsplan waardoor het plan ook een leidraad geeft voor het aanbieden van bemoeizorg. In overleg met elkaar en de gedragsdeskundige kunnen we bespreken hoe dit plan er uit moet komen te zien.

Er wordt nu gebruik gemaakt van een algemeen ondersteuningsplan voor de gehele stichting. In het ondersteuningsplan vragen ze je veel gegevens in te vullen die voor de ambulante dienstverlening niet van toepassing zijn. Dit kan bij het aanpassen dan gelijk meegenomen worden. Verder zou ik het belangrijk vinden dat het observatie plan wordt toegevoegd en een stuk waar de samenwerking met De Rijngroep en evt. andere instellingen of instanties beschreven kan worden.

### **3. Aanbevelingen op het overleg.**

Aanbeveling 3.1 het locatietoehoofd, de teamleidster en de teamleden.

Aanbeveling 3.2 de teamleidster, en de gedragsdeskundige.

#### **3.1 De organisatie van het overleg.**

Het lijkt mij beter als er één vast moment komt waarop iedereen bij het overleg aanwezig kan zijn. Het doel van de vergadering is het bespreken van een onderwerp waarbij het belangrijk is om van elkaar te weten hoe je over dit onderwerp denkt omdat je hier ook naar handelt.

Als de groep waarmee vergaderd wordt groter is, kan je meer komen tot een discussie.

Als er een vast tijdstip is, kunnen er in dat dagdeel, bijvoorbeeld dinsdagmiddag geen afspraken staan met cliënten. Ook zit je dan niet vast aan die anderhalf uur dat eigenlijk te weinig is. Je kan de vergadering voorbereiden en eventueel is er de mogelijkheid tot een kleine uitloop. Men zou dan kunnen zeggen dat je dan dinsdagmiddagen overhoudt omdat het overleg niet wekelijks is, maar dan zou je bijvoorbeeld andere activiteiten kunnen koppelen aan deze dinsdagmiddag; bijv. bezoek aan cliënten van de loketfunctie zoals beschreven in 6.3.2.

Nu is het zo dat de uren voor de vergaderingen extra komen op je contract uren als je niet werkt op de dag van de vergadering. Het zou kunnen zijn dat als je deze uren alvast per week reserveert je medewerkers ook kan verplichten naar de vergadering toe te komen.

#### **3.2 Knelpunten.**

Zoals bij de knelpunten beschreven is er een gemis aan kader, moeite met solistisch werken, grensbewaking en professionele werkhouding. Om de knelpunten aan te pakken zou ik intervisie aanbieden aan de medewerkers. Aan de hand van ingebrachte cases iemand laten zien wat zij doet en deze persoon na laten denken of dit de enige en juiste manier is. Iemand bewust laten worden van zijn handelen.

Ik denk dat als je dit binnen je team doet je ook meer het idee hebt dat je in een team werkt.

Als we meer bemoeizorg gaan aanbieden loop je als begeleider steeds meer aan tegen problematiek. Hoe ga je om met bepaalde situaties, hoe handel je in bepaalde situaties, hoe stem je je begeleiding af op het tempo van de cliënt. Zeker in het begin van het aanbieden van bemoeizorg moet iemand de gelegenheid krijgen hier over te praten. Omdat de situaties zo anders kunnen zijn dan dat begeleiders tot nu toe gewend waren.

Als er tijdens de intervisie problemen of situaties zijn waar men niet uit komt kunnen ze een deskundige uitnodigen om mee te denken en te praten over de situatie. Deze deskundige zou de gedragsdeskundige van Gemiva-SVG groep of de SPV-er van de Rijngroep Groep kunnen zijn. Dit zijn twee aangewezen personen waarbij het team terecht kan voor dit soort vragen, vooral als het gaat om cliënten die onder begeleiding staan. Maar er kan natuurlijk ook altijd verder gekeken worden naar iemand die in het algemeen iets kan vertellen over bepaalde onderwerpen.

#### **4. Andere punten van aanbevelingen.**

Er zijn nog twee punten waar ik aanbevelingen op geef en dit zijn deskundigheid en de taakverdeling tussen de Gemiva-SVG groep en de Rijngeest Groep in samenwerkingsverband. Deze twee punten staan niet apart vermeld bij hoofdstuk 4 maar ik vind toch dat dit aan de orde moet komen.

Aanbeveling 4.1 het locatiehoofd, de teamleidster.

Aanbeveling 4.2 het locatiehoofd, de teamleidster.

##### **4.1 Deskundigheid.**

Het ambulante team van de Rijngeest Groep bestaat uit een maatschappelijk werker, een psycholoog, een psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Deze mensen hebben een studie achter de rug gericht op zowel het gedrag van mensen als de gevoelens die mensen hebben bij het ervaren van hun gedrag en de omstandigheden waarin dit plaats vindt. Zij zijn er dus is gespecialiseerd te kijken waardoor het gedrag is ontstaan en wat de gevolgen zijn.

Het team Buro woon, werk en gezinsondersteuning van Gemiva-SVG groep bestaat vooral uit mensen met opleidingen in het begeleidende aspect namelijk SPH, SPW of Z verpleegkundigen.

De begeleiders van Buro woon, werk en gezinsondersteuning missen enige opleiding in de psychiatrische ziektebeelden en de omgang met ernstige gedragsproblematiek als ze bemoeizorg moeten gaan leveren aan de doelgroep voor dit project. Het zou goed zijn als er een cursus gevolgd zou worden over de veel voorkomende ziektebeelden in de psychiatrie bij mensen die nog thuis kunnen wonen. Zo denk ik aan onder andere depressie, hallucinaties en wanen. Ernstige gedragsproblematiek waaronder achterdocht. De cursus moet dan vooral gericht zijn op hoe herken je het ziektebeeld en hoe ga je ermee om. Het hoeft geen officiële cursus te zijn als er maar een stuk achtergrond informatie gegeven kan worden, dit kan ook door iemand van de Rijngeest Groep zelf zijn.

Ook lijkt het me goed als er eens onderzoek komt naar de bevoegdheid van Gemiva-SVG Groep voor het opvragen van dossier. Omdat je als instelling nu een ander aanbod gaat leveren waarbij het dossier belangrijke informatie kan opleveren krijg je daarvoor misschien meer bevoegdheden. Wat zijn de richtlijnen voor het toekennen van die bevoegdheid?

##### **4.2 De taakverdeling tussen de Gemiva-SVG groep en de Rijngeest Groep in samenwerkingsverband in het project bemoeizorg.**

Het is niet zo dat we continu gaan samenwerken met de Rijngeest Groep. Het is de bedoeling dat Gemiva-SVG groep de begeleiding/bemoeizorg gaat leveren aan cliënten die aangemeld worden of van wie we weten dat de cliënt begeleiding nodig heeft, maar die zelf geen actie onderneemt. Als blijkt dat we vast lopen bij deze cliënten en we niet weten hoe we om moeten gaan met de problematiek, dat we dan de SPV-er van de Rijngeest Groep in kunnen schakelen. We kunnen dan een cases bespreken om de SPV-er mee te laten gaan naar de cliënt.

Als er een cliënt nieuw binnen komt lijkt het mij goed, gezien de aard van de aanmelding en de gegevens die al bekend zijn, dat er gekeken wordt wie deze cliënt in behandeling of begeleiding gaat nemen. Als iemand geen psychiatrische ziektebeeld heeft, maar wel bemoeizorg nodig heeft, dan komt deze persoon bij Gemiva-SVG groep terecht. Cliënten met ernstig gedragsproblematiek door het hersenletsel en de psychische stoornissen komen bij voorbaat al terecht bij De Rijngeestgroep.

Heeft iemand de combinatie van een psychiatrisch ziektebeeld en NAH maar geen ernstige gedragsproblematiek dan kan hij zowel door Gemiva-SVG groep begeleid worden als door de Rijngeest Groep behandeld. Deze cliënten vallen in een grijs gebied. Ze kunnen bij beide

instelling terecht, maar waar doe je nou goed aan, waar is de cliënt het meest bij gebaat. We moeten elkaar inschakelen als we vast lopen.

Als blijkt dat de cliënt veel problematiek heeft kunnen ook beide naar deze cliënt toegaan en nemen beide een taak op ons. Het meest voor de hand liggende is dan dat de Rijngeest Groep in kaart brengt waar de problematiek vandaan komt en dat Gemiva-SVG groep begeleiding bied in het dagelijkse leven. Met het in kaart brengen van de problematiek kan de Rijngeest groep handvatten aan reiken aan Gemiva-SVG groep en familie of partner van de cliënt hoe om te gaan met de problematiek.