

AFSTUDEERSCRIPTIE

ZELFSTANDIG WONEN

MET EEN ALCOHOLGERELATEERDE (NEURO)COGNITIEVE STOORNIS (ACS)

ProgRESS code: 78D4G-AFOZ

Fontys Hogescholen
Sociale Studies

Bacheloropleiding Social Work

Begeleiders: Marianne Sommers & Stephan Assink

Peggy Meulendijks

Afstudeerprofiel: GGZ agoog

Studentnummer: 2675102

Klas 4D02

Samenvatting

Cliënten met een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornis (ACS) hebben moeite met het zelfredzaam zijn/worden, waardoor zij hinder hebben om aan te sluiten bij het beoogde maatschappelijke functioneren zoals beschreven in de participatiewet.

Het onderzoek richt zich op de begeleidings- en ondersteuningsmogelijkheden bij het (weer) zelfstandig gaan wonen in het sociale domein. En wat en hoe de verbindende rol van de sociaal agoog (SA), aan kan sluiten bij de hulpbehoefte horende bij de specifieke problematieken van ACS-cliënten en het sociale domein.

Het doel van het onderzoek is om kennis en inzicht te verwerven over de zorgbehoefte binnen de eigen omgeving van de ACS-cliënt, om zo de behandeling en begeleiding vanuit de (hoog)specialistische GGZ door te laten stromen, naar het sociale domein.

Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Wat heeft de sociaal agoog (SA) binnen instelling X nodig om cliënten met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS) te begeleiden naar zelfstandig wonen?

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag heeft er kwalitatief onderzoek plaatsgevonden door middel van interviews. Deze interviews waren vooraf semigestructureerde door middel van theoretisch onderzoek gericht op thematieken als: zelfredzaamheid, zelfstandig wonen en kwaliteit van leven. Deze zijn afgenomen met cliënten en hulpverleners op instellings- en gemeenteniveau, die een binding hebben met de thematiek van ACS.

De interviews zijn opgenomen en geanalyseerd door middel van codering, die gezamenlijk geleid hebben tot een codeboom. Deze codeboom is gebruikt om resultaten te formuleren aan de hand van gestelde deelvragen.

Aan de hand van de antwoorden op de deelvragen zijn conclusies getrokken en is de hoofdvraag beantwoord. Kernbegrippen hierbij zijn: contact, veiligheid en draagkracht, de prioriteit hierbij ligt op de zelfredzaamheid. De aanbevelingen die hierbij geformuleerd zijn, benadrukt het (weer) zelfredzaam zijn/worden. Dit om te voldoen aan de wens van ACS-cliënten, diens netwerk en de maatschappelijk norm om alle (kwetsbare) burgers zo zelfstandig mogelijk te laten wonen in het sociale domein.

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie: Zelfstandig wonen met een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornis (ACS). Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Sociale Studies aan Fontys Hogescholen te Eindhoven. In de periode van februari tot juni 2018 ben ik actief bezig geweest met het onderzoeksproces en het omzetten naar dit eindrapport.

Zestien jaar werk ik als activiteitencoach binnen instelling X en ben ik werkzaam in het activiteitencentrum voor mensen met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS) en Korsakov. Hierbij heb ik de zorg(lijnen) zien veranderen tijdens de transitie van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Deze veranderingen vragen inzicht, flexibiliteit en tijd van alle betrokkenen. Mijns inziens passende statement als mens en professional is hierbij dan ook: Goede zorg lever je samen, met cliënt, naasten en hulpverlening.

Als beginnend sociaal agoog kan ik mijn natuurlijke aanleg om balans te zoeken en te creëren, dan ook gebruiken om verbindingen te onderzoeken en te maken tussen verschillende actoren. Trots ben ik dan ook op het resultaat dat voor u ligt. Trots op de antwoorden en de daaruit ontstane aanbevelingen, die hopelijk een positieve bijdrage kunnen leveren aan het verbindingen van verschillende disciplines en actoren. Met hopelijk het beoogde resultaat van passende zorglijnen ter bevordering van zelfredzaamheid en verbeteringskansen bij zelfstandig wonen, voor mensen met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve beperking.

Ik ben me bewust dat mijn studie en afstudeeronderzoek niet alleen mij, maar ook mijn sociale netwerk en directe collega's veel inspanning hebben gekost. Ik wil iedereen bedanken voor hun tijd, luisterend oor, adviezen en vooral hun geduld en begrip. Met name wil ik Peter, Jaimey en Larissa bedanken voor de tijd die ze me gunden waarop ik niet aanwezig was in ons gezin, maar waarin ik gewerkt heb aan mijn opleiding en mezelf. Ook wil ik mijn vader en zus bedanken voor hun feedback en het lezen en luisteren naar mijn ideeën en visies. En mijn medestudenten, met in het bijzonder Nancy voor het 'bomen' tijdens onze fijne samenwerking. Jullie waren allen een grote steun, dank je wel!

Ook een woord van dank aan mijn collega's en docenten voor het delen van hun kennis, ervaringen, meningen en het in de gaten houden van mijn leerproces. En ten slotte bedank ik alle respondenten voor hun openheid. Bedankt dat jullie ondanks je eigen agenda tijd hebt genomen om deel te nemen aan dit onderzoek en jullie verhalen met mij hebben willen delen. Zonder jullie was dit onderzoek nooit afgerond.

Peggy Meulendijks

Eindhoven, Juni 2018

Inhoud

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	7
1.1 Probleemanalyse	7
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Onderzoeksdoelstelling	12
1.4 Onderzoeksvragen	12
1.5 Begripsafbakening	13
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	16
2.1 Zelfstandig wonen.....	16
2.2 Zelfredzaamheid	16
2.3 Kwaliteit van leven	17
2.4 Effectenmeting Zelf, Eigen Kracht En Regie (ZEKER)	18
2.5 Innovaties	18
2.6 Triadekaart.....	19
2.7 Sociaal Agoog / GGZ agoog.....	20
Hoofdstuk 3: Methodologie	21
3.1 Populatie en streekproef.....	21
3.2 Dataverzamelmethode	22
3.3 Meetinstrument	22
3.4 Data-analyse.....	23
Hoofdstuk 4: Resultaten	24
4.1 Wat wordt er nu gedaan om ACS-cliënten te begeleiden bij het participeren in het sociale domein?	24
4.2 Wat heeft de ACS-cliënt nodig van de SA om zelfstandig te wonen?.....	25
4.3 Hoe kan de SA ACS-cliënten begeleiden en ondersteunen in en naar zelfredzaamheid? ...	27
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	29
5.1 Conclusie	29
5.2 Aanbevelingen	31

Hoofdstuk 6: Discussie	32
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	32
6.2 Sterkte- en zwakteanalyse	32
Literatuurlijst	34
Bijlagen	40
Bijlage 1: Informatiefolder	40
Bijlage 2: Deelnamecontract interview	41
Bijlage 3: Topiclijst.....	42
Bijlage 4: Codeboom	44

Inleiding

In deze inleiding worden de aanleiding en afbakening van het onderzoeksveld beschreven, evenals de opbouw van het onderzoek.

Aanleiding

Het Nederlandse zorgstelsel is opgedeeld in verschillende behandelijnen die het niveau van behandelen aanduiden. De verdeling is gericht op de aard van de gezondheidsproblemen. De nuldelijnszorg bestaat uit preventieve zorg zonder een hulpvraag. Bij eerstelijnszorg is er wel een hulpvraag waarbij verwacht wordt dat klachten verholpen worden binnen de algemene direct toegankelijke zorg zoals bij huisartsenzorg en mondzorg. Als deze zorg ontoereikend is kan de eerstelijnszorg verwijzen naar de specialistische zorg. Deze tweedelijnszorg bestaat uit ziekenhuiszorg, GGZ-zorg en gespecialiseerde jeugdzorg. Voor hoog-specialistische zorg kan verwezen worden naar de derdelijnszorg, bestaande uit topklinische zorg binnen instellingen (Mackenbach, Stronks, & Anema, 2016).

Door bezuinigingen vanuit de overheid wordt Nederland veranderd van een verzorgingsmaatschappij naar een participatiesamenleving. Hierbij zijn de gedachten dat vrijwilligers en naasten (nuldelijnszorg) zo veel mogelijk betrokken en ingezet worden en zo meer zorg op zich nemen voor kwetsbare burgers, voordat er professionele hulp (eerste-, tweede-, derdelijnszorg) ingeschakeld wordt (Van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & Van der Steen, 2014).

Op het gebied van de gezondheidszorg hebben zorgaanbieder, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties samen met de landelijke overheid, de ambitie om de GGZ te ambulantisieren en hiermee de intramurale zorg af te bouwen (Kroon, Van Weeghel, Delespaul, Knispel, & Van Hoof, 2016). Deze afbouw is nodig om de hulpverlening in Nederland betaalbaar te houden en tegelijkertijd de kwaliteit te behouden en te vergroten. Dit door onder andere de regie bij cliënten te laten (Van Beurden & Kiers, 2016).

De specialistische zorg heeft deze maatschappelijke opgave aangepakt door afspraken te maken met zorgverzekeringen, om zo de klinische opname-zorg te laten krimpen en tegelijkertijd het aantal cliënten te laten toenemen en kwaliteit te behouden. Dit is volgens bestuursvoorzitter Thijhuis de triple-aim-gedachte (Zorgvisie, 2016).

Afbakening

Onlangs is er binnen instelling X een vacature gekomen voor een nieuwe functie van 'casemanager thuisbehandeling alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS). De functie is een onderdeel van een ambulantiseringstraject waarbij het doel is cliënten te behandelen in de thuissituatie. Binnen deze functie wordt coaching en begeleiding geboden van klinische opname naar huis. Hierbij wordt gewerkt vanuit de eigen kracht van de cliënt. Momenteel is binnen instelling X het product thuisbehandeling in ontwikkeling en richt zich met name op nazorg. In de nabije toekomst wil de instelling zich meer richten op preventie om zo klinische opnames te voorkomen.

Vragen die hierbij boven komen zijn: Wat hebben ACS-cliënten nodig om in thuissituatie te kunnen blijven of hiernaar toe te werken? Hoe kunnen sociaal agogen (SA) cliënten en hun netwerk ondersteunen en begeleiden? Welke verwachtingen en mogelijkheden hebben het formele en informele netwerk van elkaar?

Door middel van dit onderzoek zal geprobeerd worden om kennis en inzicht te krijgen waarmee deze vragen beantwoord kunnen worden. Het onderzoek zal bestaan uit zowel literatuur- als praktijkonderzoek. Voor het praktijkgedeelte zullen naast cliënten, professionals vanuit verschillende betrokken disciplines benaderd worden.

Samengevat is het doel van dit onderzoek: kennis en inzicht krijgen om instelling X aanbevelingen te kunnen doen, met als doel het vergroten van zelfredzaamheid van ACS-cliënten gericht op zelfstandig wonen.

Opbouw

Dit onderzoek is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken die leiden tot mogelijke aanbevelingen voor instelling X.

Hoofdstuk één bestaat uit mijn vertaling van de probleemanalyse, probleemstelling vanuit praktische ervaring en beleving gekoppeld aan literatuuronderzoek. De conclusie van dit hoofdstuk wordt vertaald in de hoofd- en deelvragen voor dit onderzoek. Hoofdstuk twee gaat in op theorieën en modellen passend bij de thematiek van het onderzoek. Hoofdstuk drie geeft inzicht over de gebruikte methodologie. De resultaten worden beschreven in hoofdstuk vier en gevolgd door de conclusie hieruit in hoofdstuk vijf. Ter afsluiting wordt in hoofdstuk zes beschreven wat de sterke en zwakke punten uit dit onderzoek zijn. Er wordt geëindigd met een literatuurlijst en gebruikte bijlagen.

Tot slot: het gehele onderzoek is geanonimiseerd om de privacy van de respondenten te waarborgen. Hierdoor zijn gegevens niet te herleiden waardoor er meer openheid gecreëerd is bij het afnemen van de interviews.

Peggy Meulendijks

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt de context van de probleemschets verhelderd. De probleemanalyse (1.1) wordt beschreven op macro, meso en micro niveau. In de probleemstelling wordt dit samengevat (1.2) en geverifieerd met de praktijksituatie van instelling X. De doelstelling (1.3) wordt geformuleerd en hoofd- en deelvragen (1.4) worden geformuleerd. Ter afsluiting worden begrippen gekaderd (1.5).

1.1 Probleemanalyse

1.1.1 Maatschappelijke verantwoordelijkheid

In de sociologie wordt beschreven dat mensen op elkaar aangewezen zijn om in hun eigen en gezamenlijk onderhoud te voorzien. De manier waarop mensen in samenlevingen afhankelijk zijn van elkaar, komt voort uit vier typen bindingen die men met elkaar heeft. Van economische aard als deze voortkomt uit productie en distributie, affectief vanuit positieve en negatieve gevoelens voor elkaar, cognitief vanuit processen van kennisvorming en kennisoverdracht en vanuit politiek oogpunt als de afhankelijkheid betrekking heeft op de fysieke dwang die mensen op andere kunnen uitoefenen (Wilterdink & Van Heerikhuizen, 2012).

Om van een maatschappij een samenleving te ontwikkelen en te behouden zijn er dan ook wetten en regels opgesteld, met als ordenende functie de veiligheid en voorspelbaarheid van andermans gedragingen te bevorderen. Binnen een rechtsstaat bieden deze regels de burgers (theoretisch) bescherming tegen medemensen, de overheid en zichzelf. Kortom kan gezegd worden dat wetten er zijn voor het welzijn van een samenleving (Veerman & Mulder, 2010).

De overheid is op politiek niveau het overkoepeld orgaan die de maatschappelijke verantwoordelijkheid draagt, voor het tot stand komen en uitvoeren van wet- en regelgeving. De overheid bestaat uit drie lagen: de rijksoverheid, de provincies en de gemeenten (Overheid.nl, 2016).

Participatiemaatschappij

De rijksoverheid heeft het politiekbeleid voor de gezondheidszorg op 1 januari 2015 drastisch veranderd, door een nieuw wettelijk kader in te voeren om activering en participatiebevordering van burgers te bevorderen. Hiermee werd Nederland in plaats van een verzorgingsstaat een participatiemaatschappij. Bij deze complexe transitie komen de verhoudingen tussen maatschappelijk belang, behandelinhoud en bedrijfsvoering onder spanning te staan (Gomes & Janssen, 2013).

Met de participatiewet zijn wetten gericht op bevordering van deelname aan de arbeidsmarkt, zoals de Wet werk en bijstand, Wet sociale werkvoorziening, Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten, gewijzigd (Klijnsma, 2013). De participatiewet heeft als doel meer mensen, al dan niet met een arbeidsbeperking, aan de slag te krijgen. Door gemeentes verantwoordelijk te maken om mensen met ondersteuningsbehoefte en arbeidsvermogens te helpen aan een plek op de arbeidsmarkt, is de maatschappelijke verantwoordelijkheid verschoven van de rijksoverheid naar gemeentelijk niveau (Movisie, 2017).

Naast de invoering van de participatiewet is ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) aangepast. De wet is bedoeld om burgers zo veel mogelijk zelfstandig te laten wonen en hen in staat te stellen om deel te nemen aan de samenleving. De WMO is dan ook bedoeld om mensen die hierbij

problemen ondervinden, te ondersteunen (Van Wensen & Koenraadt, 2017). De doorgevoerde wijzigingen maken gemeentes verantwoordelijk voor onder andere begeleiding en dagbesteding, ondersteuning van mantelzorgers, opvang en plaatsing in een beschermde woonomgeving, voor kwetsbare mensen (Rijksoverheid, z.j.).

Beide wetten zijn gericht op het verantwoordelijk maken van burgers om deel te nemen aan de maatschappij. Op gebieden van sociale zekerheid en langdurige zorg sloten oude regelingen niet aan bij de verwachtingen van burgers, aldus koning Willem-Alexander. Hij verwoorde dit in de troonrede van 2013 als volgt: *“Het is onmiskenbaar dat mensen in onze huidige netwerk- en informatiesamenleving mondiger en zelfstandiger zijn dan vroeger. Gecombineerd met de noodzaak om het tekort van de overheid terug te dringen, leidt dit ertoe dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker verandert in een participatiesamenleving. Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving. Wanneer mensen zelf vorm geven aan hun toekomst, voegen zij niet alleen waarde toe aan hun eigen leven, maar ook aan de samenleving als geheel”* (van Oranje-Nassau, 2013).

In 1993 beschreef politicoloog Putnam al het belang van ‘maatschappelijke gemeenschap’ bij het ontwikkelen van succesvolle regelingen voor onder andere huisvesting, landbouw en gezondheidsdiensten. Aldus Putnam is burgerschap bepalend voor de effectiviteit van goed bestuur en economische welvaart door patronen van associatie, vertrouwen en samenwerking rondom regelingen (Putnam, 1993).

Deze denkwijze komt terug in het onderzoeksrapport van het Centraal bureau voor de statistiek (CBS) waarin zij bevolkingstrends onderzoeken. Zij baseren hun onderzoek op de opvatting dat een sterkere sociale samenhang tot stand komt wanneer bevolkingsgroepen zich minder onderscheiden van elkaar waardoor er meer vertrouwen en participatie tot stand komt. Het sociale vertrouwen bestaat uit het vertrouwen in de medemens en wordt gezien als indicator voor goede sociale cohesie. Deze sociale samenhang en binding tussen bevolkingsgroepen zou bijdragen aan positieve ontwikkelingen op gebieden als economische groei, veiligheid, leefbaarheid, gezondheid en welzijn voor de gehele maatschappij (Arends & Schmeets, 2015).

1.1.2 Doelgroep

Alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve beperking

Alcoholgebruik is sociaal geaccepteerd in Nederland (Bransen, Lokman, & Kersbergen, 2016). Dit blijkt uit het feit dat een op de tien mensen regelmatig alcohol drinkt. Hiermee wordt bedoeld dat mannen meer dan 21 glazen en vrouwen meer dan 14 glazen per week nuttigen (Jue & Schilt, 2014). Bij 6 of meer glazen op minimaal 1 dag per week, wordt gesproken over zwaar alcoholgebruik. Als het alcohol drinken gepaard gaat met lichamelijke, psychische of sociale problemen wordt dit problematisch drinken genoemd (Trimbos instituut, z.j.).

Uit de kerncijfers van de nationale drugs monitor 2016, blijkt dat tussen 2007-2009 het aantal probleemdrinkers bestond uit 82.400 alcoholafhankelijke mensen en 395.600 alcoholmisbruikers (Trimbos instituut, z.j.). In het kosten en baten overzicht van 2013 blijkt dat de maatschappelijke kosten die ontstaan door onder andere een lagere arbeidsproductiviteit, inzet van politie en justitie en

verkeersongevallen ongeveer 2,3 tot 2,9 miljard euro bedraagt. De baten van alcoholgebruik, zoals accijnzen zijn hierbij al in vermindering gebracht (De Wit, et al., 2016).

Naast kosten blijkt uit onderzoek dat alcoholafhankelijkheid en de daarbij behorende problematieken zorgen voor een verminderde kwaliteit van leven, slechter functioneren en bemoeilijkt het maatschappelijk functioneren (Guzova, Golubeva, & Solov'ev, 2010). Dit wordt bevestigd door een overzichtsstudie naar ouderen en verslaving waarbij is aangetoond dat er voor probleemdrinkers specifieke risicoprofielen zijn zoals lagere kwaliteit van het huwelijk, verminderde deelname sociale activiteiten en verhoogde sociale acceptatie om alcohol te drinken (Aartsen, Comijs, & Van Tilburg, 2010). Langdurige alcoholverslaving ligt vaak ten grondslag aan een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve beperking. Door slecht eten en een vitamine B1 (thiamine) gebrek worden de hersenen aangetast met geheugenstoornissen tot gevolg. Hiernaast treedt er verlies op van processen of vaardigheden die nodig zijn voor executieve functies zoals het oplossen van problemen, planning en organiseren. Hiernaast zijn het zelfinzicht en ziekte-inzicht beschadigd, waardoor cliënten zorg vermijden en niet snel hulp zullen vragen aan reguliere ggz-instellingen (Korsakov kenniscentrum, 2018).

Huidige hulpverlening

Het aantal ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose alcoholaandoening wordt in 2014 geschat op 4.682. Alcoholproblematiek als nevenactiviteit ligt nog hoger op 17.368. Het aantal mensen binnen de verslavingszorg met alcohol als primair probleem is 29.374. Als secundaire problematiek is dit 4.575. Deze cijfers zijn stabiel gebleven tussen 2006-2015 (Van Laar, et al., 2016). Het aantal opnames van mensen met een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve beperking zijn niet apart gespecificeerd. Wel blijkt uit onderzoek naar stoornissen door middelen gebruik, dat 30-80% van de patiënten reeds al een cognitieve beschadiging heeft opgelopen (Copersino, et al., 2009).

Neuropsychologische diagnostiek kan zicht geven op mogelijke beschadigde en nog intacte cognitieve functies. Dit inzicht is nodig om de juiste behandeling hierbij in te zetten (Walvoort, Van der Heijden, Kessels, & Egger, 2017). Voor diagnostiek moeten cliënten zes weken abstinente zijn. Dit bemoeilijkt diagnostiek vanuit de thuissituatie. ACS-cliënten worden binnen instelling X dan ook veelal klinisch gediagnostiseerd en behandeld. Maar ook deze specifieke cliëntengroep heeft te maken met de ambulantisering van de zorg. Instelling X wordt dan ook genooddaakt om ambulante zorglijnen te ontwikkelen om zo klinische opname voor cliënten te verkorten en nazorg in de thuissituatie te kunnen bieden. Instelling X heeft als missie om ondersteuning zoveel mogelijk te richten op maximale participatie in de samenleving. Hierdoor is het wenselijk dat behandeling op maat wordt gevormd door zorglijnen te ontwikkelen gericht op thuisbehandeling.

Ambulantisering

Ambulante begeleiding in de eigen omgeving van mensen kunnen een bijdrage leveren aan de bereikbaarheid van doelgroepen, zoals zorg mijdende ouderen met alcoholproblematieken (Noteborn, Sanderson, Deckers, Jansen Op de Haar, & Van Alphen, 2014). Bij ambulantisering van de zorg ligt de nadruk van de hulpverlening dan ook meer op de mensenrechtenbenadering waarbij de persoon in zijn gehele context wordt begeleid, in plaats van alleen gericht op het ziektebeeld (Van Rooijen & Muusse, 2015). Binnen de WMO staan dan ook naast zorgverlening in de eigen omgeving begrippen

als zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid centraal (Brink, 2013). De kern van zelfregie ligt bij het zelf bepalen vanuit de vraag: wat wil ik? Bij eigen kracht is dit gericht op het zelf kunnen, terwijl bij eigen verantwoordelijkheid gekeken wordt vanuit wat je zelf mag en/of moet doen. Overkoepelend is het begrip zelfredzaamheid waarbij de vraag naar voren komt of iemand zelfstandig mee kan doen? En of er compensatie nodig of mogelijk is?

Door deze richtlijnen is de integrale GGZ-zorg aan het vermaatschappelijken. Door te zorgen dat mensen de verantwoordelijkheid dragen om zelf op zoek te gaan naar activering en zo het persoonlijk- en symptoomherstel in balans te brengen met sociale participatie (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & van Os, 2016).

1.1.3 Agogisch werkveld

Het sociaalwerk is aan het veranderen binnen de nieuwe GGZ-zorg. Dit sociaalwerk wordt gevormd door de context waarin het zich afspeelt en is taal- en cultuurspecifiek. Tegelijkertijd baseert het werkveld zich op internationale uitgangspunten zoals sociale vaardigheid en mensenrechten (Raeymaeckers, Driessen, & Tirions, 2016). Het werkveld bestaat zowel op nationaal- als regionaalniveau.

Het bevordert tot ontplooiing van burgers naar eigen aard, behoeften en opvattingen door de wisselwerking tussen mensen en hun sociale omgeving. Hiermee streeft het brede welzijnsberoep van het maatschappelijk werkveld, inclusief Social Work, naar het bevorderen van het in hun recht komen voor alle mensen met of zonder beperking (BPSW, 2016).

Sociaal Agoog

Het nastreven van sociale rechtvaardigheid, vergroten/versterken van autonomie en het bouwen aan een solidaire samenleving zijn doelstellingskaders van het sociale werk. De sociaal agoog (SA) van instelling X werkt enerzijds individueel gericht en anderzijds structuurgericht. Hiermee wordt bedoeld dat ze zowel agogische als politieke opdrachten heeft binnen het maatschappelijke werkveld (Gehre, 2018). Dit sluit aan bij de internationale definitie van social work: *"Sociaal werk is een praktijkgericht beroep en een academische discipline die sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie en de emancipatie en bevrijding van mensen bevordert. Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in maatschappelijk werk. Ondersteund door theorieën over sociaal werk, sociale wetenschappen, menswetenschappen en inheemse kennis, betreft sociaal werk mensen en structuren om levensproblemen aan te gaan en het welzijn te verbeteren"* (International Federation of Social Workers, 2014). Uit onderzoek van hoogleraar Herstelbevordering Castelein blijkt dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), een grote zorgbehoefte hebben op het maatschappelijke gebied. Ze ondervinden zowel problemen bij het leggen en onderhouden van sociale contacten als bij het zelfstandig functioneren en de persoonlijke hygiëne (Stam, 2018). De zorgbehoefte gaat gepaard met vragen over werk, eenzaamheid en een zinvol leven. Om deze mensen te helpen is er aldus Castelein een verbinding nodig tussen de GGZ en het sociale domein.

Hierbij wordt de SA gezien als een verbindende factor doordat zij faciliteert door actief op zoek te gaan naar hulpbronnen in het informele netwerk van de cliënt en indien noodzakelijk in het formele netwerk (Elich, 2014). Zij werkt herstelgericht als generalist in het agogisch werkveld. Een GGZ-agoog is een

SA die gespecialiseerd is in de psychiatrie en verslaving en is actief in zowel de specialistische GGZ, basis-GGZ als in wijkteams (GGZtotaal, 2016).

De SA in instelling X loopt in de praktijk aan tegen het nog hoofdzakelijke medisch model van hulpverlening bij ACS-cliënten. In de behandeling en begeleiding is de cliënt in een afhankelijke positie en is zijn inbreng bij keuzes minimaal (Van der Molen, Perreijn, & Van den Hout, 2010). Er worden in de praktijk hoofdzakelijk nog verpleegkundigen ingezet, ook binnen sociale domeinen. Deze hulpverleners zijn door de veranderde zorg zoekende naar begeleidingsvormen en methodieken die zowel bij het ziektebeeld als het vernieuwde domein passen.

Door de verkregen sturende rol van gemeentes zijn zij bepalender geworden van de kwaliteit van voorzieningen. Zij behoren aan te sluiten bij de kennisinfrastructuur gericht op doelgroepen en hun behoefte (Putters, 2014). Hierbij is de kennis van de complexe problematiek van deze cliëntenpopulatie beperkt bij gemeentes en thuiszorgorganisaties wat de ambulantiseringmogelijkheden bemoeilijkt.

Door de veranderde zorg krijgt het zelfsturend vermogen van cliënten een steeds groter wordende rol. Dit houdt ook meer zeggenschap in over de manier van herstellen en rehabiliteren, passend bij de wensen en behoeften. Ook vraagt dit meer betrokkenheid en inzet van naasten (Kluft & Van de Haterd, 2012). De vraag hierbij is alleen of de cliënt en zijn naasten voldoende mogelijkheden hebben om aan deze eisen te voldoen.

De SA heeft te maken met al deze aspecten, en speelt op alle vlakken de rol van verbinder. Zij is haar eigen instrument om de spanning tussen professional en personen (cliënt, naasten of andere actoren) werkbaar te maken. De vraag hierbij is hoe zij kwalificatie (kennis en kunde), socialisatie (waarden en normen) en subjectificatie (persoonlijke expressie) (Weerman, Groothuis, & Schut, 2017) kunnen bundelen om cliënten thuis te behandelen en begeleiden naar zelfstandig wonen?

1.2 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse blijkt dat cliënten met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS) moeite hebben om zelfredzaam te zijn/worden, waardoor de sociaal agoog zich voor de taak gesteld ziet de huidige behandeling en begeleiding vanuit de (hoog)specialistische GGZ aan te laten sluiten bij de hulpbehoefte horende bij de specifieke problematieken van de ACS-cliënt. Dit om het beoogde maatschappelijke functioneren zoals beschreven in de participatiewet, van (kwetsbare) burgers te optimaliseren in het sociale domein.

1.2.1 Probleemverificatie

Tijdens een verificatiegesprek met klinisch neuropsycholoog van instelling X, komt naar voren dat de probleemstelling een praktisch probleem is binnen alle facetten van de 'nieuwe zorg'. Het is niet alleen het probleem van zorginstellingen maar ook van de cliënt. Door het gebrek aan ziekte-inzicht wordt dit probleem verplaatst naar zowel de nulde- als eerste- en tweedelijnszorg.

De problematiek van zorgfinanciering en de daaruit ontstane inkrimping van zorg, zorgen voor het schaarser worden van (over)plaatsingsmogelijkheden naar begeleid wonen of zelfstandig wonen.

Doordat aan beide kanten van de zorgfinanciering wordt bezuinigd lopen zowel de zorginstellingen als

de gemeentes aan, tegen weinig of niet passende begeleiding- en ondersteuningsmogelijkheden voor deze cliëntenpopulatie.

Ook haalt hij aan dat de mogelijke rol van de SA onderzocht mag worden bij het verbinden van de betrokken actoren (Klinisch neuropsycholoog, persoonlijke communicatie, 2018). Deze conclusie wordt ondersteund door het onderzoek: 'Lokale uitvoering van de wet maatschappelijke ondersteuning' waaruit blijkt dat gemeenten en zorgaanbieders vaak nog zoekende zijn naar hoe zij uitgangspunten van de WMO praktisch kunnen uitwerken. Knelpunten zijn onder andere minder aanknopingspunten zien tot bevordering van zelfredzaamheid bij doelgroepen als GGZ-cliënten, dementerenden enzovoort. Ondanks dat het 'meer voor elkaar zorgen' wordt, wordt bij het inzetten van (meer) informele hulp knelpunten gesignaleerd bij zowel cliënten (die liever geen beroep doen op naasten) als bij naasten, mantelzorgers en vrijwilligers (belasting en beschikbaarheid). Het laatste knelpunt is dat respondenten in het onderzoek wijzen op het mogelijk verergeren van de problematieken en crisissituaties doordat voorzieningen ontoereikend zijn voor mensen met complexe(re) problemen (Van der Ham, Den Draak, Mensink, Schijns, & Van der Berg, 2018). Naast begeleiding stagneert ook het re-integreren in de wijk voor cliënten die zelfstandig kunnen wonen op zowel sociaal als economisch oogpunt. Door minimale maatschappelijke contacten dragen cliënten zowel sociaal als economisch weinig bij aan de maatschappij, tegelijkertijd bemoeilijkt dit kleine en/of ontbrekend netwerk terugkeer naar de maatschappij. Hiernaast is er ook een tekort aan betaalbare wooneenheden voor mensen met een lage sociaal economische status (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015), waardoor overplaatsing naar zelfstandig of begeleid wonen stagneert.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Aan de hand van dit onderzoek wordt kennis en inzicht verworven over de begeleidings- en ondersteuningsmogelijkheden en -behoeften voor het (weer) zelfstandig wonen in het sociale domein, van mensen met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen zodat de zorgbehoefte geoptimaliseerd kan worden binnen de eigen omgeving van de cliënt. Hierbij kunnen aanbevelingen gedaan worden om ambulantiseringssgerichte behandeling en begeleiding te optimaliseren, gericht op zelfstandig wonen.

1.4 Onderzoeksvragen

1.4.1 Hoofdvraag

Wat heeft de sociaal agoog (SA) binnen instelling X nodig om cliënten met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS) te begeleiden naar zelfstandig wonen?

1.4.2 Deelvragen

- Wat wordt er nu gedaan om ACS-cliënten te begeleiden bij het participeren in het sociale domein?
- Wat heeft de ACS-cliënt nodig van de SA om zelfstandig te wonen?
- Hoe kan de SA ACS-cliënten begeleiden en ondersteunen naar zelfredzaamheid?

1.5 Begripsafbakening

In deze paragraaf worden begrippen nader gedefinieerd die mogelijk aan interpretatie onderhevig kunnen zijn.

Cliënt

In dit onderzoek wordt gesproken over cliënten in plaats van patiënten omdat de thematiek van het onderzoek zich richt op het sociaal agogische hulpverlenersgebied, in plaats van op medische en/of verpleegkundige hulp.

ACS

De afkorting Alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve Stoornis (ACS) wordt in dit onderzoek gehanteerd. Hierbij wordt de nadruk gelegd op Cognitief in plaats van op neuro(logisch), dit omdat de cognitieve problemen ten grondslag liggen van de moeilijkheden die ACS-cliënten ondervinden met zelfredzaamheid en het (zelfstandig) functioneren bij bijvoorbeeld zelfstandig wonen.

Neurocognitieve beperkingen

Hiermee worden beperking bedoeld op cognitieve domeinen, deze problemen zijn onderverdeeld in een drie categorieën:

- Executieve functies zijn onder andere plannen, besluiten nemen, werkgeheugen. Problematiek kan zijn zich maar op één taak tegelijk richten, afhankelijk zijn van hulp om dagelijkse activiteiten te ondernemen.
- Leren en geheugen gericht op het registreren van korte-termijn herinneringen. Zichzelf herhalen tijdens gesprekken kan een uiting zijn. Korte boodschappenlijst kan niet onthouden worden en moet herinnerd moeten worden om taken te kunnen volbrengen.
- Sociaal cognitieve functies zoals het herkennen van emoties is verstoord waardoor geuit gedrag sociaal onacceptabel is. Men kan ongevoelig zijn voor sociale normen in de vorm van kleding, politieke of seksuele gespreksonderwerpen of kan zich overmatig op een gespreksonderwerp richten (American Psychiatric Association, 2017).

Ernstig Psychiatrische Aandoening

Er wordt gesproken over EPA wanneer er sprake is van een psychiatrische stoornis, inclusief middelenmisbruik en verslaving, die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren waarbij behandeling noodzakelijk is. De beperking is hierbij zowel oorzaak als gevolg van de niet voorbijgaande stoornis (Delespaul, et al., 2013). De doelgroep EPA-cliënten is verdeeld door 60% psychotische stoornissen, 10% primair verslaafde en 30% restgroep, bestaande uit onder andere stoornissen als autisme, depressie, angst en dwang en/of persoonlijkheidsstoornissen. Opvallend hierbij is dat er binnen deze categorieën vaak sprake is van comorbiditeit (Phrenos kenniscentrum, z.j.).

Door achterstanden op meerdere levensgebieden is er naast medisch-psychiatrische en psychologische behandeling behoefte aan begeleiding bij acceptatie, sociale relaties, destigmatisering en maatschappelijk participeren (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Zelfredzaamheid

Zelfredzaam zijn betekent dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen wonen en daardoor meedoen in de maatschappij. Hierbij kan de burger zelf, eventueel begeleid, keuzes maken over wat zijzelf (nog) kunnen of welke zorg en ondersteuning zij willen ontvangen hierbij (Ordina Consulting Zorg, 2016).

Eigen kracht

Eigen kracht is het zelfoplossend menselijk vermogen om te doen wat nodig is in het dagelijks leven. Dit met zo min mogelijk of zonder blijvende hulp van anderen of voorzieningen. Het gaat om het zelf oplossen van problemen, of met behulp van familie mantelzorgers of andere naasten (Gemeente Leudal, z.j.).

De begrippen eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid zijn kernwoorden binnen de WMO. De patiëntenfederatie van Nederland (Brink, 2013) maakt de verschillen duidelijk via onderstaande tabel.

Begrip	Kern	Kernvraag
Zelfregie	Zelf bepalen	Wat wil ik?
Eigen kracht	Zelf kunnen	Wat kan ik?
Zelfredzaamheid	Zelfstandig mee kunnen doen	Is compensatie nodig?
Eigen verantwoordelijkheid	Zelf moeten of mogen	Wat moet of mag ik zelf doen?

Sociaal domein

Sociaaldomein is de term die gebruikt wordt voor alle sectoren die te maken hebben met de sociale kant van gemeentelijk beleid gericht op de gebieden zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg, opvoeding, inburgering en sociale activering (Algemene Patiëntenvereniging Amstelveen, z.j.).

Participeren

In dit onderzoek wordt met participeren bedoeld dat (ACS) mensen meedoen in en met de maatschappij door zelfstandig of met begeleiding, te wonen en functioneren in de wijk. Dit op eigen kracht of met behulp van steunsystemen in de vorm van mensen (naasten, mantelzorgers en vrijwilligers), diensten (hulpverlening) of technische hulpmiddelen (innovaties).

Zelfstandig wonen

Het zelfstandig wonen is afgeleid van de definitie van zelfstandigheid. Hierbij is iemand in staat om onafhankelijk te zijn van anderen op zowel het gebied van praktische zaken als het zelf keuzes kunnen maken. Dit wil niet zeggen dat advisering, ondersteuning of begeleiding niet wenselijk of noodzakelijk is. Een zelfstandig persoon kan ten slotte hulp nodig hebben om op eigen benen te staan (Wij leren, 2018).

Sociaal Agoog (SA)

De SA is een professional die de leer van het doen veranderen van mensen binnen de sociale wetenschap, beoefend. Ze bestudeert hoe mensen veranderen en geeft begeleiding en aanwijzingen over de manier waarop deze processen van verandering, mogelijk kunnen worden beïnvloed (Nationale Beroepengids, z.j.).

Zorglijnen

Hiermee worden de stappen binnen de zorg bedoeld waarmee stap voor stap, op passende wijze, behandeling en begeleiding tot stand komt. Deze zijn gericht op het stellen en behalen van individuele of groeps-doelstellingen, die bijvoorbeeld toewerken naar (weer) zelfstandig wonen.

Lege uren

Hiermee worden uren bedoeld die niet ingevuld zijn met een soort dagbesteding die de dagstructuur (mede) bepaalt. Dit zijn hoofdzakelijk uren in de avonden en weekenden.

Sociale kaart

Dit is een hulpmiddel in de vorm van een document of website voor burgers en professionals, waar informatie over formele en informele organisaties en activiteiten te vinden zijn op levensgebieden als wonen, zorg& welzijn, werk& inkomen (Van Erp, Place, & Michon, 2009).

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden begeleidingstheorieën en modellen rond de thematieken zelfstandig wonen (2.1) en zelfredzaamheid (2.2), vanuit verschillende oogpunten belicht. De verzamelde gegevens dienen als basis voor de topiclijst in hoofdstuk drie.

2.1 Zelfstandig wonen

Wat onder zelfstandig wonen wordt beschouwd is aan interpretatie onderhevig. In dit onderzoek wordt hieronder verstaan dat iemand in staat is om zich op eigen kracht staande te houden in de samenleving. Hierbij is de cliënt verantwoordelijk voor de eigen woonsituatie, al dan niet met hulp van het eigen netwerk of ambulante begeleiding. Om maatschappelijk te kunnen participeren is dan wel een stabiele veilige woonplek nodig. Een woning biedt een basis en draagt bij aan de identiteit van mensen (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015). Een verstoorde zelfregulatie bij ACS-cliënten, kan de regie op het eigen leven verstoren waardoor zij begeleid moeten worden om de woonplek stabiel te houden en zichzelf staande te houden in de maatschappij.

2.2 Zelfredzaamheid

Bij deze zogenaamde zelfredzaamheid kan de nadruk liggen op gebieden van gedrag, vermogens en/of verantwoordelijkheid. Naast het feit dat er verschillen bestaan tussen deze gebieden, zijn ze tegelijkertijd verbonden met elkaar door gemeenschappelijke factoren als: vermogens en handelingen, het zelfstandig dan wel met behulp van anderen handelen en het voorkomen en beheersen van incidenten.

2.2.1 Persoonlijke eigenschappen

Zelfredzaamheid wordt dan ook gevormd door de samenhang van persoonlijke eigenschappen en de mate van veerkrachtigheid van het individu. Deze veerkracht wordt beïnvloed door vier factoren:

- *Psychologische veerkracht* richt zich op het 'self efficacy' (geloof van eigen kunnen) wat de karaktereigenschappen: zelfvertrouwen, discipline en vastberadenheid beïnvloed. Het gedrag van mensen komt voort uit de mate waarin men controle op het eigen lot denkt te kunnen uitoefenen, beïnvloedt het zelfvertrouwen. Vrij vertaald is dit de verwachting die mensen hebben op de eigen zelfredzaamheidsvermogen.
- *Sociale context* heeft betrekking op de beleving van de mate waarop mensen zich kunnen ontplooien en terug kunnen vallen op de eigen sociale omgeving.
- *Vertrouwen in de informatieverstrekking* omschrijft het persoonlijk vertrouwen in verstrekte informatie van onder andere landelijke overheid, zorginstellingen, maatschappij via radio, tv, sociale-media enzovoort.
- *Verwachting ten aanzien van het eigen gedrag en dat van anderen* worden gevormd door eigen interpretatie en verwachting hoe mensen reageren op veranderende gedragingen en/of omgevingen. De manier van aanpassen en de bereidheid hiervoor ten aanzien van het gedrag en de impact hiervan (NIFV, 2012).

2.2.2 Executieve functies

Ook executieve functies zijn hierbij van invloed. Dit zijn hogere controlefuncties van de hersenen die zowel een controlerende als een aansturende functie hebben bij taken als plannen, organiseren, aandacht geheugen en gedragsregulatie.

Executieve stoornissen hebben betrekking op cognitieve flexibiliteit, verbaal- en niet verbaalabstractievermogen, probleemoplossend vermogen en besluitvorming (decision making). Bij ACS-cliënten laat besluitvorming zich veelal leiden door korte-termijngewin, zonder rekening te houden met latere gevolgen. Hierdoor maken deze cliënten vaker besluiten die nadelig voor hen uitpakken (Walvoort & Wester, 2015).

2.3 Kwaliteit van leven

Al deze aspecten hebben invloed op de beleving van 'kwaliteit van leven'. Hierover bestaan verschillende definities, in dit onderzoek wordt uitgegaan van de effectenmaten die verkend zijn in de langdurige zorg door het EMGO-instituut en de GGZ-sector (Willemstein, Van den Bergt, Vos, De Vet, & Ostelo, 2009). Kwaliteit van leven wordt verdeeld in de zes domeinen: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie.

Om een verschil aan te kunnen duiden tussen de zorgbehoefte volgens cliënten en behandeldoelen gebaseerd op ziektebeeld en ziekte-inzicht, worden in deze paragraaf een observatielijst, vragenlijst en een methodiek beschreven. Deze worden binnen instelling X als instrument gebruikt om cliënt en hulpverlener nader tot elkaar te laten komen en om doelen te stellen voor behandeling.

2.3.1 Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

De HoNOS is een observatielijst gericht op het geestelijk en sociaal functioneren van een GGZ-cliënt. De lijst wordt ingevuld door een behandelaar op een bepaald ogenblik voor, tijdens of na een behandeling. Het doel is om behandeling en begeleiding te evalueren door klachten van de afgelopen twee weken in kaart te brengen. De lijst bestaat uit 12 schalen gericht op de functioneringsgebieden mentaal, sociaal, emotioneel en vaardigheden in het dagelijks leven. Problemen worden verdeeld in de sub schalen gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen (Mulder, et al., 2004).

2.3.2 MANchester Short Assessment of quality of life (MANSA)

De MANSA is een door de cliënt in te vullen vragenlijst die subjectief de kwaliteit van leven meet, gericht op tevredenheid van het leven verdeeld over verschillende levensdomeinen als woonomstandigheden, dagbesteding, financiën, lichamelijke- en psychische gezondheid (Huxley, Priebe, Knight, & Evans, 1999). De uitslag van de test wordt gebruikt voor het verbeteren van de zorg door de informatie te gebruiken bij het ontwikkelen en aanpassen van individuele zorgplannen en/of ter ondersteuning van het zorgproces van cliënten (Jongebreur, Schipper, Vunderink, & Zwanepol, 2015).

2.3.3 Samen Beslissen

Deze methodiek wordt gebruikt om cliënten actief te betrekken bij het opstellen en evalueren van hun behandelplan. Door het uitspreken van behoeften en verwachtingen rondom behandeling wordt de hulpverlenersrelatie gelijkwaardiger en tegelijkertijd wordt de cliënt verantwoordelijk voor zijn eigen inbreng. Behandel- en rehabilitatiedoelen gericht op psychische klachten, sociale contacten, dagactiviteiten enzovoort worden aangehaald. Aan de hand van kaartjes: Ja beslist, Eventueel en Nee beslist niet, kunnen zowel cliënt als hulpverlener het belang ervan aangeven. Overeenkomsten en verschillen worden besproken en gebruikt om samen behandeldoelen te formuleren (Joosten, & De Jong, z.j.).

2.4 Effectenmeting Zelf, Eigen Kracht En Regie (ZEKER)

Gestelde behandeldoelen gericht op zelfredzaamheid kunnen als basis dienen om de mate van zelfstandig wonen te bepalen. Aan de hand van een zogenoemde zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) kan de ondersteuningsvraag voor ambulante begeleiding van ACS-cliënten geanalyseerd en gemonitord worden (Movisie, 2017). De uitkomst hiervan bepaalt mede de toegang en toewijzing gericht op contracteren en inkopen van benodigde zorg, op gemeentelijk niveau. Dit bepaalt dan weer de participatievoorzieningen en mogelijkheden binnen de gemeente waarin een ACS-cliënt wil re-integreren.

Door het ontbreken van een koppeling met ingezette dienstverlening en voorzieningen ontbreekt de effectiviteitsmeting hiervan. Om de voortgang van ondersteuningspatronen en mate van zelfredzaamheid te beoordelen, is het instrument ZEKER ontwikkeld. Aan de hand van verhelderingsgesprekken met bijvoorbeeld een ACS-cliënt, worden twee visuele momentopnames gemaakt (foto's) die de functioneringseffecten van de cliënt laten zien. Door zo'n foto te maken aan het begin van een ondersteuningstraject en één later in het ondersteuningsproces, kan eventuele verbetering van de zelfredzaamheid zichtbaar worden gemaakt. Hiernaast kan ook de inzetbaarheid van ondersteuning worden getoetst en indien mogelijk verlaagd worden (RadarAdvies, z.j.).

2.5 Innovaties

Binnen instelling X is de missie, om behandeling en begeleiding te bieden bij psychische en psychiatrische hulpvragen. Hierbij is ondersteuning gericht op herstel en maximale participatie in de samenleving, deskundigheid en betrokkenheid zijn hier kernwaarden bij. Innovatieve behandelmethodes bieden een vernieuwende werkwijze, die ontwikkeld en toegepast wordt in de op maat gevormde behandeling en begeleiding.

Innovatieve oplossingen om mensen zolang mogelijk en zelfredzaam te houden of te maken, kunnen liggen op de gebieden voor zelfzorg, preventie en zorg op afstand. Deze innovatieve oplossingen kunnen mogelijkheden bieden om zowel de kwaliteit van leven te verhogen als tegelijkertijd de zorgkosten te drukken. Innovatiegebieden die de zelfredzaamheid bevorderen of ondersteunen kunnen onderverdeeld worden in: fysiek, sociaal en voorzieningen (Stichting Zet Brabant, z.j.). Fysieke innovaties richten zich op de toegankelijkheid in en om huis, wooncomfort, mobiliteit en veiligheid. Sociale innovaties kunnen bijdragen aan het versterken van sociale netwerken, voorkomen van

eenzaamheid en het blijven meedoen of 'ertoe doen' in een sociale context. Voorzieningen richten zich op dagelijkse behoeften in de buurt, laagdrempelige en betaalbare zorg en welzijn. Domotica, eHealth, beeldbellen en virtuele assistentie van kunstmatige intelligentievormen zoals ANNE (Virtask, 2015) zijn voorbeelden hiervan. Deze hulpmiddelen kunnen helpen of ondersteunen bij dagelijkse activiteiten en zo helpen om zelfredzaam te blijven. Zo kan ANNE helpen bij telefoneren, hulp inschakelen en agenda bijhouden, doordat ze beschikken over spraak en gezichtsherkenning. Ze kunnen mensen herinneren aan bijvoorbeeld medicatie-inname, doktersafspraak of maakt telefonisch of beeldbel contact met hulpverleners of naasten. Ook kan deze kunstmatige intelligentievorm gekoppeld worden aan een systeem als Domotica, dat ten behoeve van de automatisering van processen in en om de woning die de elektronica en huisnetwerken verbindt.

2.6 Triadekaart

Bij het (weer) zelfstandig wonen en participeren in de maatschappij is het van belang dat de (ACS-)cliënt, naasten en hulpverlening samen werken om de (ambulantiserings-)zorg te normaliseren voor alle betrokkenen. De verschuivende rol (van formeel naar informeel) van iedere betrokkene kan vastgelegd worden in een zogenaamde Triadekaart. Dit is een keuzekaart die ingezet kan worden als hulpmiddel om zo de inbreng van betrokkene vast te leggen en samenwerking inzichtelijk te maken. Vaak wordt de rol van naasten niet (duidelijk) beschreven in behandel-, zorg-, signaleringsplannen of crisiskaarten. Aan de hand van de door de cliënt en naasten ingevulde triadekaart, kan per thema (voorbeeld)taken en de eigen invulling ervan, beschreven worden. In een triadegesprek worden de precieze rollen en taken besproken en kunnen er zo verwachtingen naar elkaar toe uitgesproken worden en afspraken gemaakt. Triadethema's zijn:

- Ondersteuning bij de behandeling, gezondheid en herstel.
- Ondersteuning bij crisis/opname.
- Vertegenwoordiging/regelzaken.
- Administratieve/financiële ondersteuning.
- Persoonlijke verzorging en dagelijkse levensverrichtingen.
- Sociale contacten en werk/activiteiten.

Uitgangspunten hierbij zijn dat het welbevinden van de cliënt voorop staat, en dat er gestreefd wordt naar het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de cliënt. Ook het afbakenen van taken voor naasten met de bijbehorende grenzen worden besproken, afgesproken en bewaakt om zo meer ruimte te geven aan de ander. Hierbij kunnen naasten rekenen op ondersteuning van de professionele hulpverlening op het gebied van begeleiding, informatie en training. Doordat taken en zorg die naasten willen en kunnen uitvoeren in de loop der tijd kunnen veranderen, kan de inhoud van de kaart variëren per tijdsfase. Er wordt dan ook aanbevolen om jaarlijks de kaart aan te passen op de actuele situatie van dat moment (Van Erp, Place, & Michon, 2009).

2.7 Sociaal Agoog / GGZ agoog

Professionals als de Sociaal Agogen (SA) hebben door de maatschappelijke verschuiving naar een participatiemaatschappij, een steeds meer coördinerende, aansturende en coachende rol binnen de hulpverlening van de 'nieuwe zorg'. Zo wordt er van SA onder andere verwacht dat zij middels het triadeproces, begeleiding en ondersteuning kunnen bieden. Ook moeten zij kwartier kunnen maken in de buurt en kunnen samenwerken en onderhandelen met andere disciplines en informele zorgverleners. De SA bevordert hiermee dat mensen tot hun recht komen in de samenleving, als persoon en burger.

Een SA heeft (zelfstandig) verantwoordelijkheid in de langdurige of kortdurende intentionele ondersteuning, behandeling en training van cliënten, binnen de context van zijn of haar leefomgeving. Ze werkt vanuit een bio-psychosociale model (samenhang lichamelijke, psychische en sociale gebieden) vanuit een systeemtheoretische (binnen context van relaties) en herstelgerichte visie (Kluft & Van de Haterd, 2012).

De specialisatie GGZ-agoog is een gespecialiseerde SA binnen het werkveld van onder andere de GGZ, verslavingszorg, beschermde woonvormen, wijkteams en praktijkondersteuner huisarts (POH). Deze HBO zorgprofessional onderscheiden zich doordat ze werkt met een agogische, sociaal model waarmee ze cliënten begeleiden op alle levensgebieden zoals werken, wonen, vrijetijd en financiën. Zij biedt een behandelaanbod op maat door de brede kennis van de verschillende levensgebieden en psychopathologie te combineren met evidence based methodieken. Ze helpt hiermee cliënten door (nieuw) geleerde vaardigheden te integreren in het dagelijkse leven (Rip, 2017). Ook betreft ze het hele sociale systeem door persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen te begeleiden en behandelen in ambulante en outreachende vormen van zorg en preventie. De zorg richt zich op het verbeteren van de maatschappelijke participatie waarbij de beleving en de eigen kracht van de cliënt, centraal staat (Babović, 2016). De deskundigheid van de GGZ-agoog biedt een impuls aan de vermaatschappelijking van de zorg door andere beroepsgroepen aan te vullen en zich te richten op het gezonde deel van cliënten en hun omgeving.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de onderzoekspopulatie en streekproef (3.1), de dataverzamelmethode (3.2), het meetinstrument (3.3) en de data-analyse (3.4) van het onderzoek, uitgelegd en weergegeven.

3.1 Populatie en streekproef

Om onderzoek te plegen naar de vastgestelde probleemstelling, is de keuze gemaakt om de onderzoekspopulatie af te stemmen op de onderzoekseenheid waar de onderzoekster binding mee heeft (Baarda, Kalmijn, & de Goede, 2015). Om de onderzoekspopulatie in te kaderen is gekozen om het onderzoek te richten op cliënten en hulpverleners verbonden aan een ambulantiseringstraject waarbij ACS-clieënten begeleid worden naar zelfstandig wonen. Verbondenheid met een SA is door middel van de mogelijke rol in voorgaande begripsafbakening meegenomen (Boeije, 2016).

De onderzoekspopulatie is heterogeen van aard doordat de respondenten ongelijksoortig zijn en verschillen van rol, kennis en beleving over ACS. De selectiecriteria van de populatie bestaat uit betrokkenheid met ACS door zelf ACS-clieënt te zijn, begeleiding, ondersteuning te bieden bij het participeren en/of zelfstandig wonen in het sociale domein. Of dit te organiseren voor deze cliëntenpopulatie. Wenselijk hierbij is dat hulpverleners werkervaring hebben met de doelgroep en/of taken gericht op ambulantisering en zelfredzaamheidsbevordering. Door deze verschillende invalshoeken rondom ACS en zelfstandig wonen te belichten, richt het onderzoek zich op het gehele ambulantiseringproces.

Omdat er niet voldoende tijd beschikbaar was om de gehele onderzoekspopulatie te interviewen is ervoor gekozen om gebruik te maken van een doelgerichte selectieve steekproef, bestaande uit een selectie gebaseerd op genoemde specifieke criteria (Verhoeven, 2014). Hiervoor is gekozen omdat onderzoekster resultaten wil belichten uit de praktijk en niet enkel uit theoretisch oogpunt en/of kennis. Er is gekozen voor drie ACS-clieënten, twee ambulant begeleiders, twee begeleiders van trainingshuis: begeleid wonen, één projectleider van ambulantisering binnen instelling X en drie regiehouders van verschillende gemeenten. Essentieel hierbij is dat er zo voldoende diversiteit in de respondenten bestaat, om zo een zo valide mogelijk onderzoek aan te leveren. Het betrouwbaarheidsniveau van het onderzoek wordt dan evenwichtiger doordat niet alleen de beleving van cliënt onderzocht wordt, maar ook de objectiviteit en kennis vanuit de hulpverlening en gemeente.

3.2 Dataverzamelmethode

Uit eerder onderzoek gericht op het 'Langer zelfstandig thuiswonen met een ernstige beperking' (Van den Berg, et al., 2017) is gebleken dat alleen zorg en ondersteuning thuis niet voldoende is. Om te onderzoeken wat een ACS-cliënt nodig heeft om zelfredzaam te zijn/worden en zelfstandig te wonen, is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek beoogd inzichtelijk te maken waarom, wat en hoe de cliënt hierbij geholpen kan worden. Dit om zo goed en duidelijk mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen (Baarda, et al., 2013). Kortom wordt geprobeerd een zekere regelmaat te ontdekken om zo inzicht te krijgen en tot een algemeen geldende uitspraak te komen.

Om diversiteit te krijgen in de ervaringen is gekozen om half-gestructureerde interviews te houden. Naast een leidraad voor het gesprek, is hierbij ook ruimte voor eigen inbreng van de respondenten (Baarda, et al., 2013).

Ethische verantwoording

Tijdens het onderzoek is rekening gehouden met de aspecten die behoren bij een ethisch verantwoord onderzoek (Baarda, et al., 2013). Via de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Participatie (CWOP) van instelling X, is toestemming verleend om respondenten te benaderen. Contact en informatieverstrekking over het onderzoek werd gelegd via persoonlijke communicatie of mail en aangevuld door de informatiefolder (bijlage 1). Bij vrijwillige toestemming voor deelname, is er in overleg een afspraak gepland. Voorafgaand aan het interview is aangegeven dat weigeren van beantwoorden van vragen en/of afzien van deelname, ten alle tijden mogelijk is. Deelname wordt bevestigd door het deelnamecontract te ondertekenen (bijlage 2). Een kopie van het deelnamecontract ondertekend door cliënten wordt bewaard door onderzoekster, dit om goedkeuring te kunnen verantwoorden voor het CWOP.

De anonimiteit van respondenten is gewaarborgd doordat er geen namen gebruikt worden in het onderzoeksrapport, respondenten worden willekeurig en anoniem aangeduid van 1 tot 11. Resultaten worden enkel beschreven aan de hand van deze cijfers of actor-soort, bijvoorbeeld cliënten ervaren dat... Gebruikte middelen (opnames en transcripties) worden na positieve beoordeling van het onderzoeksrapport, vernietigd.

Het afgeronde onderzoeksrapport is inzichtelijk voor alle belangstellenden, inclusief respondenten.

3.3 Meetinstrument

Voor het onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews waarbij gebruik is gemaakt van een topiclijst (zie bijlage 3). Hiervoor is gekozen om wel alle topics te onderzoeken, zonder dat de volgorde en formulering vast lagen. Deze topiclijst bestaat uit punten en gekoppelde vragen die richting geven aan het interview en zicht geven op de onderzoeksvragen. Hiervoor is gekozen om meer ruimte en vrijheid te creëren voor vraagstelling en zo de mogelijkheid tot (meer) diepgang. Hierbij is géén onderscheid gemaakt qua topics tussen deelnemende respondenten, wel bij de uitvoering ervan.

De interviews zijn gehouden in een aparte ruimte waardoor de privacy van deelname gewaarborgd kon worden. Vooraf is uitleg geboden wat de anonimiteit inhoudt en hoe deze behouden blijft bij het

uitwerken en analyseren van de gegevens. Ook is benadrukt dat de uiteindelijke resultaten van het onderzoek openbaar gemaakt wordt voor betrokkenen en belangstellenden.

Voor toestemming van het onderzoek en de uitvoering ervan, is een onderzoeksvoorstel geschreven ter beoordeling van aanvraag bij De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Participatie (CWOP) van instelling X. Ondertekende toestemmingsverklaring is getoond aan onderzoeksbegeleiders van de opleiding. Zij verklaren in een echtheidsverklaring van het onderzoek, dat zij inzage hierin hebben gehad. Deze verklaring is voor inzage opvraagbaar bij de onderzoekster. Het toestemmingsformulier van het CWOP wordt niet openbaar gemaakt om anonimiteit van Instelling te waarborgen.

3.4 Data-analyse

Aan de hand van de geluidsopnames van de interviews, zijn de gesproken taaluitingen weergegeven in de transcripties. Om de privacy van de respondenten te waarborgen zijn de transcripties op willekeurige volgorde gecijferd van 1 tot 11. Hierbij correspondeert de nummering wel aan de soort actor de respondent is, (soort) hulpverlener of cliënt. Deze volgorde is enkel en alleen logisch voor onderzoekster en wordt niet bekend gemaakt. Gebruikte geluidsopnames en transcripties worden na het behalen van diploma van de onderzoekster, vernietigd.

Analyse is uitgevoerd aan de hand van de analyseringsstappen uit het Basisboek Kwalitatief Onderzoek (Baarda, et al., 2013). Transcripties worden uitgewerkt via codering.

Hierbij worden de onderzoeksvragen in verband gebracht met de interviews. Hoofdpunten en gegevens uit de citaten worden gekoppeld en kernachtig open gecodeerd.

Na deze open codering is de kern van de segmenten samengevat waarbij de kern van het citaat in relatie gebracht wordt met het onderzoeksonderwerp. Hierbij wordt niet alleen de hoofdcode benoemd maar ook achterliggende dimensies. Dit axiaal coderen wordt in de codeboom benoemd in de tweede kolom (Baarda, et al., 2013).

Tenslotte is deze codering verdeeld in segmenten die ieder gekoppeld zijn aan themacodes, die voortvloeiden uit onder andere het theoretisch kader. Tijdens dit proces kwamen meer coderingsmogelijkheden naar voren vanuit de respondenten. Deze zogenaamde variatiecodes zijn in de codering samengevoegd en vormen tezamen de codeboom (bijlage 4). Hieruit is de volgende selectief codering ontstaan: A begeleiding; B executieve functie; C kwaliteit van leven; D maatschappij; E ondersteuning; F organisaties; G structuur; H thuisbehandeling; I triade; J verantwoordelijkheid; K zelfstandigheid en L ziektebeeld.

De uitvoering van het coderingsproces is opvraagbaar bij onderzoekster.

Doordat de codering gelinkt blijft aan de citaten uit de interviews, is hiermee de start gemaakt voor het vormen van conclusies over de onderzoeksresultaten. Dit analyseproces is zo opgebouwd dat verkregen informatie van breed naar smal geanalyseerd kon worden en hebben geleid tot de resultaten van dit onderzoek.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Resultaten

De resultaten worden geformuleerd aan de hand van data die voortkomen uit de 11 interviews die tijdens de steekproef gehouden zijn. Hierbij worden de theoretische inzichten van hoofdstuk 2 vanuit verschillende invalshoeken meegenomen in de beschrijving, per deelvraag.

De algemene bevinding van alle respondenten is dat zelfstandig wonen voor mensen met ACS in het sociale domein behoort te zijn: Zo zelfstandig mogelijk. Veiligheid en veiligheidsgevoel komen hierbij samen zoals benadrukt wordt door een begeleider van het trainingshuis: *“Ik denk echt dat dit per cliënt verschillend is. ik denk dat er ook mensen zijn die heel erg tevreden zijn met ..., die de veiligheid van een instelling toch ervaren. Al is het dan een woning van een instelling in een wijk. Of ja het moet dan niet zo nodig dat dat huis ook nog van hemzelf moet zijn”*.

Dit wordt zo gesteld omdat de gradaties van de (levenslange) (neuro)cognitieve stoornis en het hierbij passende functioneringsniveau per cliënt, verschilt (NIFV, 2012). Hierop wordt de manier en inzetbaarheid van begeleiding en ondersteuning, afgestemd. *“Dat ik voor de ene denk: laat ik het vooral heel erg klein houden. En iemand anders die nog van alles wil in zijn toekomst, denk ik dat je dat ruimer moet zien”*.

4.1 Wat wordt er nu gedaan om ACS-cliënten te begeleiden bij het participeren in het sociale domein?

Beperkingen van mensen met ACS liggen volgens de beleving en ervaring van alle respondenten, hoofdzakelijk bij het actief zijn, initiatief nemen en uitvoeren van activiteiten op verschillende levensgebieden. Met name het uitvoeren van dagelijkse zaken rondom basale levensbehoeften als zelfzorg, zijn moeilijk in het dagritme en dagstructuur vast te houden. Hierbij hebben ACS-cliënten wel ideeën en worden er plannen gemaakt, alleen de uitvoering hiervan blijft uit. Zo geeft een begeleider aan: *“De kleine dingen die je vaak ziet bij mensen met cognitieve problemen: lange vingernagels, die zien we bij bijna iedereen. We moeten echt ze hierop aanspreken, we moeten echt sturen”*.

De begeleiding en ondersteuning die nu gegeven wordt bij het participeren in het sociale domein zijn erop gericht om de activiteiten en plannen te structureren, concretiseren en helpen uit te voeren. Zoals bij het concreet maken van te maken stappen en deze inzichtelijk te maken, door op ‘papier’ te zetten. Zo wordt in de huiselijke sfeer gebruik gemaakt van hulpmiddelen als planborden, (week)agenda's, telefoons en het 21-hokjes formulier. Met name dit laatste wordt als helpend en functioneel ervaren door cliënten en begeleiders. Hiermee wordt een zo veilig en stabiel mogelijke woonplek gecreëerd (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015). Het realiteitsbesef van ACS-cliënten is verstoord waardoor professionals ervaren dat deze zichzelf overschatten in hun kunnen en doen. Zoals in het voorbeeld over vrijwilligerswerk zoeken: *“We hebben laatst nog iemand gehad die solliciteerde op een coördinerende functie bij.... Nou ik (begeleider) denk je kunt amper voor jezelf zorgen, in je eentje. Maar je wilt wel 20 mensen aansturen”*.

Begeleiding van ACS-cliënten is gericht op functionele realiteitsmogelijkheden. De begeleidingswijze die hierbij geboden wordt is gebaseerd op aansluiten bij het niveau van de cliënt. Zoals door keuzemogelijkheden te geven bij het invullen van bijvoorbeeld vragenlijsten. *“Er staat in 1 zin te veel er wordt te veel gevraagd van iemand dus dan haak je al af. Dus als ik die lijst met mensen invul dan doe ik bijna alles met: hoe zit je als je op een schaal van 1 op 5...? Van 1 is niks, 5 is supergoed, 3 is er tussenin”*.

Ook het overnemen van taken en verantwoordelijkheden wordt afgestemd op de individuele mogelijkheden, om zo zelfstandig mogelijk deel te nemen en te functioneren in de maatschappij. Hierbij worden leersituaties gecreëerd waarmee ACS-cliënten positieve ervaringen kunnen opdoen wat als prettig ervaren wordt door cliënten en hen vertrouwen geeft in het eigen kunnen. *“Gaandeweg hier, krijg ik langzamerhand echt heel veel uit mijn vingers, mijn handen. Ik dacht voorheen dat dat nooit zou lukken zonder een pot bier. Maar blijkt wel”*. Om in de basisbehoefte van veiligheid te blijven voorzien (*“om boven water te blijven”*) worden hieraan indien nodig consequenties gesteld. Uit het onderzoek blijkt dat de gemeente meer gericht is op de regie op de juiste plaats te krijgen of om (tijdelijke) ondersteuning en eventuele maatwerkvoorzieningen te faciliteren. Terwijl bij de begeleiding gericht wordt op het (weer) participeren. Hierbij wordt er gepromoot dat de ACS-cliënt weer de eigen verantwoordelijk en zelfregie op zich gaan nemen. Hierbij worden ze geholpen om (de juiste) hulpvragen te stellen. Samen beslissen (Joosten, & De Jong, z.j.) is hierbij een methodiek die gebruikt wordt in trainingshuizen, een afgeleide hiervan wordt gebruikt in de thuisbehandeling. Om participatiemogelijkheden te creëren zijn er driepartijen-overeenkomsten in gemeentes die zorgen voor mogelijkheden waarbij cliënten (weer) zelfstandig kunnen gaan wonen, en er doorstroming is in de hulpverlening. Woningbouwvereniging, gemeente en GGZ hebben hierbij een samenwerkingsverband.

4.2 Wat heeft de ACS-cliënt nodig van de SA om zelfstandig te wonen?

Uit het onderzoek komt naar voren dat wat een ACS-cliënt nodig heeft om zelfstandig te wonen sterk afhankelijk is van de gehele context: gradatie van ziektebeeld, woonsetting, netwerk enzovoort (Willemstein, Van den Bergt, Vos, De Vet, & Ostelo, 2009). *“Kwaliteit van leven is voor elke patiënt/cliënt anders. Het is dat wat ze daar zelf aan geven. Dat hoeft ik misschien geen kwaliteit van leven te vinden, maar zij vinden dat wel”*.

Over het algemeen wordt aangegeven dat de ACS-cliënt begeleiding en/of ondersteuning nodig heeft bij praktische zaken, om hierbij de (eigen) veiligheid te behouden en niet af te dwalen in bijvoorbeeld verwaarlozing of vereenzaaming. Geïnterviewde cliënten gaven aan dat ‘lege tijd’ en alcohol hen inactief maakte. *“Buiten het werk, kwamen die initiatieven niet meer op gang. Want als je thuiskwam greep je naar de fles. En dan smaakte die en dan 2,3, en 4 ja. En dan was het initiatief voor de verder rest om iets te doen niet zo groot meer”*.

Hierbij wordt aangegeven dat de inzetbaarheid van onder andere een SA helpend en ondersteunend kan zijn in een thuisbehandeling in de eigen omgeving.

Wat alle respondenten aangeven is dat de SA nodig is om hierbij te kijken naar de basisbehoefte van ACS-cliënten. Hierbij denkend aan eten, drinken, zelfzorg, onderdak en een netwerk. Zo geeft een

respondent van de gemeente aan dat: *“Wat we kijken, de basisbehoefte moeten er zijn of daar gaan we eerst naar kijken. Heeft iemand een diploma? Heeft iemand huisvesting? En dat komt ook uit bij het netwerk, misschien wel dagbesteding”*. Het contact met de SA wordt hierbij als een ‘vangnet’ ervaren.

De gemeente richt zich hierbij meer op de regie en maatwerkvoorzieningen om zo zelfstandig mogelijk te kunnen wonen in de eigen woning en/of passende hulp te organiseren. De SA is nodig om de hulpvragen zichtbaar te maken voor de ACS-cliënt en diens netwerk. Ook gesprekken waarin sturing geboden wordt en consequenties gesteld worden aan een thuisbehandeling, worden als wenselijk ervaren door cliënten en begeleiders. Dit met als doel inzicht en draagkracht te vergroten bij het terugnemen van regie en verantwoordelijkheid van ACS-cliënt en diens netwerk. *“Dat je inspraak hebt in de geboden hulp. Dat je samen tot een overeenkomst komt. Dat je samen met een cliënt inzichtelijk kunt maken waar het probleem ligt, waar hij hulp bij nodig heeft, zodat ze dat ook kunnen accepteren”*. Ook heeft de ACS-cliënt een SA nodig om hen bekend te maken met helpende hulpmiddelen en deze functioneel in te zetten in het dagelijkse zelfstandig wonen. Hulpmiddelen als het 21-hokjes formulier, agenda, telefoon worden als helpend ervaren bij het in stand houden van dagritme en eigen verantwoordelijkheden hierbij. Hierbij eventueel aangeleerde inzet hiervan helpen voort te zetten bij het zelfstandig wonen, na een intramurale behandeling.

“Ik onthield alles eigenlijk, en daar was je ook helemaal gestrests van. Nu schrijft je het op en is het klaar, en kijk je erna. Dan hoeft je niet continu te denken van morgen moet ik dat doen en volgende week moet ik naar het ziekenhuis. En daar moet ik wel aan denken”.

Naar voren komt dat een SA helpend en nodig is om contacten te herstellen en/of aan te gaan in de sociale context. Een ACS-cliënt gaf aan hierbij geholpen te zijn: *“Ja gewoon weer onder de mensen, weer zelfstandig naar de winkel. We weer durven ja wel weer alles durven te doen. Ja. weer auto durven te rijden”*.

De hulp van een SA wordt ervaren als: *“het voordeel van SA'en vind ik dat ze kijken naar de mogelijkheden en rekening houden met de wat moeilijkheden. Terwijl een verpleegkundige of zo, vanuit de opleiding heel erg zitten qua denken op het ziektebeeld. Op hetgeen dat niet kan”*.

De ACS-cliënt ervaart het dan ook als positief dat een SA oefensituaties en handvatten aanbiedt om bijvoorbeeld de stap naar contacten, weer zelf te gaan nemen. Omdat het netwerk van de ACS-cliënt zo klein is, door het verleden, is de SA nodig om vereenzaming te doorbreken.

Deze rol is dan ook nodig om te bemiddelen of kennisoverdracht te realiseren door bijvoorbeeld psycho-educatie aan cliënt en/of het netwerk. De SA is ook nodig om de betrokkenheid en verbindingen tussen netwerken te creëren en onderhouden. Dit zogenaamd triadisch-werken hebben alle partijen nodig om de cliënt zo zelfstandig mogelijk te laten wonen. Het biedt houvast en balans tussen draaglast en draagkracht op basis van persoonlijke eigenschappen en de mate van veerkrachtigheid (NIFV, 2012). Ook bij een eventuele warme overdracht met betrokken partijen in het sociale domein, zoals huisartsen, thuiszorg enzovoort.

4.3 Hoe kan de SA ACS-cliënten begeleiden en ondersteunen in en naar zelfredzaamheid?

Wat op valt is dat alle respondenten aangeven dat zelfredzaam zijn, een hulpvraag kunnen stellen is.

“Ik denk eigenlijk de grootste issue is een hulpvraag kunnen stellen. Als ze niet in staat zijn, te kunnen zien wat ze wel en niet kunnen. En daar ook geen hulp voor kunnen vragen dan wordt het wel tricky”. Ook prioriteiten stellen en structuur aanbrengen in met name levensbehoeftes, wordt meermaals benoemd door alle respondenten. De SA kan hierbij als ondersteund ervaren worden, door middel van de flexibele inzet middels begeleidingswijze die hij aanpast op de situatie van de ACS-cliënt. Hierbij worden testen van mogelijkheden, contacten leggen en ruimte geven benoemd als matchende begeleidingsstijl. Door het concretiseren van praktische zaken en activiteiten kan de uitvoering en het belang van bijvoorbeeld zelfzorg, inzichtelijk gemaakt worden. De SA kan het levensproces van ACS-cliënten volgen om veiligheid te bewaken/behouden. De mogelijkheid van het op- en afschalen van de frequentie en inzetbaarheid van zorg, zou hierbij wenselijk zijn.

De betrokkenheid van en met naasten bij het participeren is minimaal, mede door de negatieve ervaring uit het verleden heeft de draaglast de draagkracht van naasten verminderd. ACS-cliënten geven aan zich te schamen, door de beeldvorming die naasten hebben en houden.

“Ja eens dronken altijd dronken, eens verslaafd altijd verslaafd. Dat we die stempel hebben en dat dat van grote invloed zal zijn”.

Vanuit de ACS-cliënten is een duidelijke voorkeur om een SA te betrekken bij het proces van en naar zelfredzaamheid, in plaats van het sociale netwerk. De SA kan ACS-cliënten hierbij begeleiden om het contact te herstellen en/of handvatten aan te bieden hoe hierin actie en verantwoordelijkheid te nemen. Door middel van triadisch-werken kan er kennis overdracht (psycho-educatie) worden gegeven om de beeldvorming bij naasten te veranderen en hiermee draagkracht op te bouwen. Hierbij kan de SA samen met alle betrokkenen een triade-kaart (Van Erp, Place, & Michon, 2009) invullen om zo verwachtingen en grenzen naar elkaar duidelijk te maken en hierop de rol naar elkaar toe helder te krijgen. Hiermee kan de SA de ACS-cliënt en de naasten in hun eigen kracht zetten.

De SA kan middels samenwerking en bemiddeling met het betrokken netwerk (sociaal en professioneel) een back-up organiseren waarop de ACS-cliënt terug kan vallen, met name in de ‘lege uren’. Een preventie- of interventieplan (GGzE, z.j.) kan ingezet worden als ‘stok achter de deur’ om de ACS-cliënt actief te houden. Hiernaast kan de inzet van hulpmiddelen als agenda, telefoon, planbord, 21-vakjes formulier ook ondersteunend zijn. De SA kan deze inzet motiveren, aanleren en inbedden in de dagstructuur als controle- en zelfredzaamheids-middel.

Een methodiek als samen beslissen (Joosten, & De Jong, z.j.) kan ingezet worden om tot doelen te komen die de zelfredzaamheid bevorderen. Doelen komen zowel vanuit de ACS-cliënt als de SA: *“En soms zijn het ook doelen die vanuit mij komen. Zo van is zie toch een tekortkoming. Zo van als je toch zelfstandig wilt wonen dan zul je hiermee aan de slag moeten”.*

Om in de thuissituatie begeleiden en ondersteuning te normaliseren en tegelijkertijd de bereikbaarheid van steunsystemen (formeel en informeel) te vergroten en de fysieke afstand te verkleinen kan de SA moderne hulpmiddelen als beeldbellen inzetten (Stichting Zet Brabant, z.j.).

Wat verder op valt tijdens het onderzoek is dat er veel raakvlakken zijn rondom de vindbaarheid van zowel hulpverleningsinstanties als sociale initiatieven in het sociale domein. Op de vraag of er hulporganisaties en/of wijkgerichte initiatieven zijn die ACS-cliënten kunnen ondersteunen bij zelfredzaamheid en/of zelfstandig wonen? Wordt beantwoord: *“Ik zou willen dat die er zijn, maar ik weet die niet. Ik ben heel erg zoekende en betrap me eigen dat ik heel vaak op internet zit te googelen naar iemand, of organisaties die we aan de jas kunnen trekken als het gaat om bijvoorbeeld hulp voor cliënt die haar woning leeg moet halen”*.

Per gemeente wordt gewerkt met een digitaal platform voor burgers en professionals, de zogenaamde sociale kaart (Van Erp, Place, & Michon, 2009). Dit is een website voor burgers en professionals, waar informatie over formele en informele organisaties en activiteiten te vinden is rondom wonen, zorg& welzijn, werk& inkomen. Deze gemeentelijke sociale kaart is ontwikkeld om de eigen kracht en zelfredzaamheid van burgers te ondersteunen. Door de vindbaarheid van onder andere vrijwilligersorganisaties, wijkinitiatieven en specialistische organisaties en activiteiten, toegankelijker te maken, kunnen deze zelfstandig en snel gevonden worden in de eigen omgeving. De SA kan de ACS-cliënt helpen door samen aan de hand van de persoonlijke doelen, de sociale kaart van de betreffende gemeente door te kijken. En zo te zoeken naar sociale initiatieven die de zelfredzaamheid kunnen stabiliseren/behouden en door bijvoorbeeld een dagbesteding (dagstructuur) te creëren. Wat ten goede komt van de mogelijkheid om zelfstandig te (blijven) wonen.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

De resultaten per deelvraag uit hoofdstuk 4 worden in de conclusie (5.1) verbonden met elkaar, om zo de hoofdvraag van het onderzoek te kunnen beantwoorden. Hieruit zijn aanbevelingen (5.2) ontstaan die gekoppeld zijn aan de thematieken: zelfstandig wonen en zelfredzaamheid. De SA kan hiermee mogelijk een aanvulling bieden in de begeleiding en ondersteuning van ACS-cliënten bij het (weer) zelfstandig wonen.

5.1 Conclusie

Ondanks dat de functie van SA niet als dusdanig wordt ingezet, zijn de zogenaamde doelstellingskaders van het sociale werk (International Federation of Social Workers, 2014) verdeeld onder verschillende disciplines in het huidige zorgaanbod.

Uit de deelvragen kan geconcludeerd worden dat er veel geboden wordt om ACS-cliënten te begeleiden bij het participeren in het sociale domein. Hierbij kan de SA in verschillende rollen en contexten (intern, begeleid wonen, gemeente of thuissituatie) begeleiding en ondersteuning bieden in en naar zelfredzaamheid. Of, hoe en wat de ACS-cliënt nodig heeft om zelfstandig te wonen is sterk afhankelijk van de persoonlijke context en gradatie van neurocognitieve beperking van de cliënt.

Hierbij spelen de volgende aspecten een grote rol:

- Ziektebeeld; mogelijkheden en beperkingen
- Netwerk; sociaal, professioneel, betrokkenheid, draagkracht/draaglast
- Woonplaats (gemeente) en woonsituatie
- Hulp; vragen stellen, vragen, toelaten en accepteren

De inzetbaarheid, samenwerking en vindbaarheid van onder andere personen, diensten en hulpmiddelen in het sociale domein spelen hierbij een grote rol in de functionaliteit en kansen voor ACS-cliënten.

Wat heeft de sociaal agoog (SA) binnen instelling X nodig om cliënten met alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornissen (ACS) te begeleiden naar zelfstandig wonen?

Antwoord op deze hoofdvraag kan verdeeld worden over drie thema's die alle in het teken staan van de ACS-cliënt in zijn eigen kracht zetten, zelfredzaam worden om zo zelfstandig mogelijke te (blijven) wonen:

- Contact

Contact met en in combinatie met andere (formele en informele netwerken) is nodig om de begeleiding(wijze) en ondersteuning te kunnen bieden. Kennis en flexibele begeleidingswijze passend bij het ziektebeeld en het sociale domein, zijn hierbij basisvaardigheden die ingezet worden om inzicht en handvatten te bieden aan ACS-cliënten en diens netwerk(en) (GGZ Nederland, 2012). Handvatten kunnen bestaan uit mensen, diensten of hulpmiddelen. Hierbij heeft de SA contact en samenwerking nodig met instanties en maatschappelijke (wijk) initiatieven om de juiste steunsystemen te kunnen vinden, bereiken en om een 'stok achter de deur' te kunnen creëren en inzetten.

- Veiligheid

De SA moet de veiligheid van het zelfredzaamheidsvermogen kunnen inschatten om hierop interventies af te stemmen (Movisie, 2017). Het op- en afschalen van zorg of ondersteuning, in met name de 'lege uren', zou mogelijk moeten kunnen zijn. Hiermee zou de presentie van het professionele vangnet voor de ACS-cliënt als 'stok achter de deur' kunnen fungeren. De basale levensbehoeftes hebben de prioriteit als het gaat om zelfredzaam kunnen zijn en zelfstandig wonen. Hierbij moet de SA samen met de ACS-cliënt de hulpvraag kunnen achterhalen en formuleren, eventueel met behulp van 'Samen Beslissen' (Joosten, & De Jong, z.j.). Inzetten van plannen als interventieplan of preventieplan (GGzE, z.j.), moet de SA kunnen faciliteren.

De bruikbaarheid en inzet van structureringssgerichte hulpmiddelen moet de SA kunnen inschatten en de ACS-cliënt leren inzetten om deze in de eigen kracht te zetten en zelfredzaam te maken. De zogenaamde 'warme overdracht' moet ingezet worden bij het overhevelen van specialistische GGZ naar reguliere GGZ of maatschappelijke initiatieven.

- Draagkracht

De SA moet triadischwerken kunnen inzetten om de draagkracht van ACS-cliënten te stabiliseren of verhogen. Hierbij moet de SA optreden als verbinder. De grenzen en verwachtingen kan de SA inzichtelijk maken middels de triadekaart (Van Erp, Place, & Michon, 2009). Hierbij worden afspraken vastgelegd om zo balans tussen draagkracht en draaglast van cliënt en diens netwerk(en) te stabiliseren. Hierbij moet de SA de ACS-cliënt leren hoe deze een hulpvraag kan stellen en hoe hier hulp bij te accepteren.

Om zelfstandig te wonen en te kunnen participeren in het sociale domein moet de SA een ACS-cliënt kunnen verwijzen naar wijkgerichte initiatieven (Zorg Coöperatie Gemert, 2015).

5.2 Aanbevelingen

- Zelfstandig wonen

Binnen instelling X zouden SA'en aangesteld moeten worden die actief bezig zijn met het leggen van contacten met naasten, reguliere zorg en/of wijkgerichte ondersteuning en gemeenten. Dit met als doel: samenwerking en draagkracht te creëren en onderhouden om kennis en vaardigheden rondom ziektebeeld en passende hulpmiddelen, hierbij over te dragen in een warme overdracht (GGZ Nederland, 2012). Inzet hulpmiddelen is om onder andere dagindeling te structureren en balans, qua actief zijn, te stabiliseren voor ACS-cliënten om zo een basisveiligheid te creëren en/of te behouden. Denkende aan methodiek 'samen beslissen' (Joosten, & De Jong, z.j.), hulpmiddelen (agenda, planbord, 21 vakjes formulier) en innovaties als beeldbellen.

- Zelfredzaamheid

Creëren van een geschreven en/of digitale persoonlijke sociale kaart (Zorg Coöperatie, 2015), met en voor ACS-cliënten (en diens netwerk) als hulpmiddel en back-up. In deze 'routekaart' kunnen relevante persoonlijke vraagstukken (praktische en sociale) beschreven worden (Sociale Kaart Nederland, z.j.). Steunsystemen kunnen hierin worden opgenomen, inclusief verwachtingen, rolverdelingen en afspraken (Van Erp, Place & Michon, 2009). Dit om de vindbaarheid van personen, hulpmiddelen en diensten vast te leggen. Hiermee kan de ACS-cliënt zo zelfstandig mogelijk vragen op de juiste plaats stellen en hiermee de zelfregie op levensgebieden terugnemen, om zo zelfstandig mogelijk te wonen.

Deze persoonlijke sociale kaart kan, afhankelijk van de gewenste of nodig tijdsindicatie, geëvalueerd (meetbaar) worden (Movisie, 2017).

Tezamen kunnen de aanbevelingen gebundeld worden bij het integraal werken in de wijk. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het hulpmiddel: de kennisbouwstenen voor professionals (Van den Burg, Ooms, Kooiman, & Beckers, 2017), met als doel(en):

- Overzicht van algemene en specifieke kennis waarover wijkteams/netwerken (moeten) beschikken. Kennis die men als team/netwerk al heeft of ontbeert kan zo worden opgespoord.
- Afbakening van welke vragen het wijkteam/netwerk kan beantwoorden. Dit helpt bij het bepalen wanneer een specialist moet worden ingezet.
- Kennisontwikkeling en de borging daarvan. De bouwstenen kunnen behulpzaam zijn wanneer wijkteams/netwerken plannen maken voor scholing of deskundigheidsbevordering.
- De vindbaarheid van relevante kennisbronnen verbeteren.

Hierbij zou de doelgroep: alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve beperkte, (ACS) moeten worden toegevoegd voor kennisoverdracht van het ziektebeeld, signaleren, begeleidings- & ondersteuningsmogelijkheden en relevante professionals.

Hoofdstuk 6: Discussie

In de discussie wordt de interne- en externe validiteit van het onderzoek beschreven. Bij de betekenis en bruikbaarheid (6.1) wordt de externe validiteit van het onderzoek belicht. Bij de sterkte- en zwakteanalyse (6.2) wordt de interne validiteit beschreven.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

De externe validiteit van het onderzoek wordt in deze paragraaf belicht door te reflecteren op de conclusies, aan de hand van de probleemanalyse. Zo wordt de praktische haalbaarheid van de aanbevelingen voor de beroepspraktijk, getoetst.

In de probleemanalyse is beschreven dat ACS-cliënten moeite hebben om zelfredzaam te zijn/worden. Gelijktijdig zijn de maatschappelijke verwachtingen vanuit de participatiewet dat (ACS-)cliënten zo zelfstandig mogelijk functioneren en wonen in het sociale domein.

Uit de resultaten blijkt dat de ACS-cliënt hierbij veiligheid, structuur en begeleiding(-swijze) nodig heeft. De begeleidingswijze rondom en bij zelfstandig wonen blijkt te liggen op (wederom) veiligheid, triade en hulpmiddelen. Hoe de SA hierbij kan begeleiden en ondersteunen kan samengevat worden als dat een back-up wenselijk is waarbij de vindbaarheid van mensen, diensten en hulpmiddelen (toe-)pasbaar gemaakt wordt op de individuele ACS-cliënt en diens context.

De gestelde aanbevelingen dat een SA kan fungeren als verbindende factor bij het maken van contacten en het creëren van een persoonlijke sociale kaart, zijn gepresenteerd in de praktijk. Hierbij is de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen getoetst.

Hierbij werd herkenbaarheid uitgesproken over de resultaten. Ook de bruikbaarheid van de persoonlijke sociale kaart werd aangenomen als een bruikbare aanbeveling voor de behandeling van de cliëntenpopulatie die toe aan het werken is, naar zelfstandig wonen. De mogelijke handvatten die een SA meebrengt door middel van de beroepscompetenties (GGZ Nederland, 2012), wordt als wenselijk ervaren bij de deze behandeling van specialistische GGZ naar reguliere (GGZ)zorg en/of maatschappelijke initiatieven.

6.2 Sterkte- en zwakteanalyse

In de sterkte- en zwakte analyse wordt gekeken of er systematische en/of structurele fouten zitten in het onderzoek, hiermee wordt de interne validiteit van het onderzoek getoetst.

Respondenten

In het onderzoek is een realistische afspiegeling de onderzoekspopulatie gecreëerd doordat respondenten uit verschillende actorsoorten: ACS-cliënten, professionals uit het werkveld op begeleidings- en gemeenteniveau, vertegenwoordigd zijn. De vooringenomen verdeling van actorsoorten is ook zo gerealiseerd. De vraagstelling is tijdens de uitvoering aangepast op het niveau van onder andere kennis, van de respondenten. Hierdoor waren niet alle begrippen en methodieken

bekend bij de respondenten, waardoor deze kort werden uitgelegd ter informatie voor de respondent. Als begrippen en thematieken meer inhoudelijk belicht waren tijdens het onderzoeksproces (interviews), hadden denkwijzen en handelingen hierbij meer meegenomen kunnen worden. Dit heeft ertoe geleid dat thematieken wel besproken werden aan de hand van bevindingen en/of belevingen, niet specifiek op de bewoording van het begrip. Dit leidde tot bredere onderzoeksresultaten, die later bij het analyseren (coderen) weer terug kwamen bij de begrippen. Nu is er meer zicht gekomen op de behoeftes rondom het ziektebeeld ACS en de sociale context bij het (weer) zelfstandig gaan wonen. Als het onderzoek niet gebonden was aan een tijdsperiode had er meer gekeken kunnen worden naar de persoonskenmerken (NIFV, 2012) van de ACS-cliëntenpopulatie.

Interviews

De interviews zijn bijna allemaal afgenomen in een vooraf besproken en afgesloten ruimte, dit met weinig tot geen zicht in de ruimte om de privacy van de respondenten te respecteren. De kans op wenselijke antwoorden van de respondenten is hierbij verkleind (Baarda et al., 2013).

De interviewer is bij alle interviews de onderzoekster geweest. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de ontvangen data verhoogd. Ook was er voldoende tijd ingepland voor de interviews, om hiermee voldoende ruimte te geven om zo de lengte van de antwoorden niet te beïnvloeden.

Na ieder interview heeft de onderzoekster op proces en vraagstelling gereflecteerd om te kijken naar toevalligheidsfactoren, of en op welke wijze deze meegenomen konden worden bij de verdere interviews.

Onderzoekster is bewust geweest van de aanwezigheid van eventuele onbewuste aannames. Door het semigestructureerde interview als leidraad van de interviews aan te houden, is ze bewust ieder interview onbevooroordeeld ingegaan. Zo dacht onderzoekster vooraf te weten wat ingezet werd bij het begeleiden van ACS-cliënten bij het participeren in het sociale domein. Door de vragen naar de inhoud en inzet van de begeleiding toch mee te nemen, is de validiteit van de onderzoekster neutraal gebleven.

Onderzoekstriangulatie

Om structurele en systematische fouten te voorkomen (Boeije, 2016) zijn 'peers' het gehele onderzoeksproces min of meer onafhankelijk van elkaar, betrokken geweest door middel van kritische reflecties op inhoud en proces. Deze gegevens zijn besproken en verwerkt in het onderzoek.

Betrokken peers zijn professionals uit het werkveld, docenten en medestudenten van de opleiding.

Deze intersubjectieve betrouwbaarheid draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek, dit heeft het gehele onderzoeksproces plaatsgevonden.

Literatuurlijst

- Aartsen, M., Comijs, H., & Van Tilburg, T. (2010). *Overzichtstudie ouderen en verslaving*. Amsterdam: ZonMW. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/48896/2010?sequence=1>
- Advies Commissie Toekomst beschermd wonen. (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Geraadpleegd op 11 maart 2018, van https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf
- Algemene Patiëntenvereniging Amstelveen. (z.j.). *Verklarende woordenlijst*. Geraadpleegd op 1 april 2018, van [apv-amstelveen.nl: http://www.apv-amstelveen.nl/Verklarendelijst.htm](http://www.apv-amstelveen.nl/Verklarendelijst.htm)
- American Psychiatric Association. (2017). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5: Nederlandse vertaling van Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5* (7^e druk). (M. Hengeveld, Vert.) Amsterdam: Boom. Geraadpleegd op 11 maart 2018
- Arends, J., & Schmeets, H. (2015). *Sociaal en institutioneel vertrouwen in Nederland*. Den Haag: Centraal bureau voor de statistiek. Geraadpleegd op 11 februari 2018, van <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2015/04/2015-sociaal-en-institutioneel-vertrouwen-in-nederland.pdf>.
- Baarda, B., Kalmijn, M., & De Goede, M. (2015). *Basisboek Enquête* (4^e druk). Groningen, Houten: Noordhoff.
- Babović, M. (2016, 2 november). *Reglement Register GGZ-agogen*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van [registerplein.nl: http://www.registerplein.nl/wp-content/uploads/2015/07/Reglement-Register-GGZ-agogen-Registerplein-2015-versie-8-2016-11-25.pdf](http://www.registerplein.nl/wp-content/uploads/2015/07/Reglement-Register-GGZ-agogen-Registerplein-2015-versie-8-2016-11-25.pdf)
- BPSW. (2016). *Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.bpsw.nl/publicaties/beroepsprofiel-van-de-maatschappelijk-werker/>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (2^e druk). Amsterdam: Boom Lemma.
- Bransen, E., Lokman, S., & Kersbergen, E. (2016). Online zelfhulp bij problematisch alcoholgebruik. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 11(2), 42-46. <https://doi.org/10.1007/s12503-016-0023-5>
- Brink, C. (2013, Juli). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van [movisie.nl: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf)
- Copersino, M., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D., Sokoloff, J., & Weiss, R. (2009, 10 januari). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(5), 337-344. <https://doi.org/10.1037/a0017260>. Geraadpleegd op 17 februari 2018 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144764/>

- De Wit, G., Van Gils, P., Over, E., Suijkerbuijk, A., Lokkerbol, J., Smits, F., & De Kinderen, R. (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op 23 februari 2018, van stap.nl: http://www.stap.nl/content/bestanden/maatschappelijke-kosten-baten-analyse-rivm-_4.pdf
- Delespaul, P., De Haan, L., Van Hoof, F., Van der Gaag, M., Keet, R., Kroon, H., & Wiersma, D. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427 - 438. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ!* (3^e druk). Leusden: Diagnosis.
- Elich, J. (2014, 30 oktober). *De toekomst van het beroep Sociaal werker*. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van sociaalwerknederland.nl: <https://www.sociaalwerknederland.nl/thema/maatschappelijk-werk/nieuws/3592-de-toekomst-van-het-beroep-sociaal-werker>
- Gehre, G. (2018). *Kern van het sociale werk*. In P. Wouters, *Sociaal werk: de studie en het beroep* (pp. 23-44). Antwerpen: Garant.
- Gemeente Leudal. (z.j.). *Zelfredzaamheid (eigen kracht)*. Geraadpleegd op 31 maart 2018, van leudal.nl: https://www.leudal.nl/inwoner/zelfredzaamheid-eigen-kracht_44051/
- GGZ Nederland. (2012). *GGZ-agoog beroepscompetentieprofiel HBO*. Amersfoort: GGZ Nederland, brancheorganisatie voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Geraadpleegd op 12 juni 2018, van ggznederland.nl: <http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ%20Agoog%20HBO.pdf>
- GGZE. (z.j.). *Ecogram*. Geraadpleegd op 16 Juni 2018, van ggzei.nl: <https://www.ggzei.nl/innovatie/ecogram>
- GGZtotaal. (2016, 1 maart). *De GGZ-agoog: weg met het hokjesdenken in de GGZ! Cliënten kunnen méér!* Geraadpleegd op 24 februari 2018, van ggztotaal.nl: https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3613768/nieuws/de_ggz-agoog_weg_met_het_hokjesdenken_in_de_ggz_clienten_kunnen_meer.html
- Gomes, C., & Janssen, R. (2013). Minder bedden, minder zorg? *Skipr*, 6(12), 23. <https://doi.org/10.1007/s12654-013-0214-4>
- Guzova, A., Golubeva, E., & Solov'ev, A. (2010, 1 januari). Quality of life and biological age of elderly persons with alcohol dependence in conditions of European North. *Advances in Gerontology*, 23(1), 110-114. Geraadpleegd op 11 februari 2018, van <http://europepmc.org/abstract/med/20586261>
- International Federation of Social Workers. (2014, 6 augustus). *Global Definition of Social Work*. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van ifsw.org: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

- Joosten, E., & De Jong, C. (z.j.). *Samen Beslissen!* Geraadpleegd op 12 Maart 2018, van vvgi.nl:
http://www.vvgi.nl/include/files//Publicaties//Mentaal/Mei2015/VvG_Mentaal_samen_beslissen.pdf.pdf
- Jue, P., & Schilt, T. (2014). Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen. *BijZijn-XL*, 7(8), 29-34.
<https://doi.org/10.1007/s12632-014-0104-z>
- Klijnsma, J. (2013, 2 december). *Wetsvoorstel invoering participatiewet*. Geraadpleegd op 11 februari 2018, van rijksoverheid.nl:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/12/02/wetsvoorstel-invoering-participatiewet>
- Kluft, M., & Van de Haterd, J. (2012). *GGZ agoog Beroepscompetentieprofiel HBO*. Amersfoort: GGZNederland. Geraadpleegd op 25 februari 2018, van
<http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ%20Agoog%20HBO.pdf>
- Korsakov kenniscentrum. (2018). *Syndroom van Korsakov*. Geraadpleegd op 14 februari 2018, van korsakovkenniscentrum.nl: <https://www.korsakovkenniscentrum.nl/syndroom-van-korsakov>
- Kroon, H., Van Weeghel, J., Delespaul, P., Knispel, A., & Van Hoof, F. (2016, februari). *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ*. Geraadpleegd op 25 februari 2018, van:
https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/rapport-advies-streefcijfers-intensivering-ambulante-ggz_1.pdf
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017, november). *Generieke module Ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van kwaliteitsontwikkelingggz.nl:
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/04/Generieke-module-EPA.pdf>
- Mackenbach, J. P., Stronks, K., & Anema, J. (2016). *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (8^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Movisie. (2017, 20 juli). *Participatiewet en de WWB maatregelen: een overzicht*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van movisie.nl:
<https://www.movisie.nl/artikel/participatiewet-wwb-maatregelen-overzicht>
- Nationale Beroepengids. (z.j.). *Agoog worden: Competenties, Opleidingen, Vacatures en Salaris*. Geraadpleegd op 1 april 2018, van nationaleberoepengids.nl:
<https://www.nationaleberoepengids.nl/Agoog>
- NIFV. (2012, november). *Zelfredzaamheid en crisissituaties*. (I. e. NIFV, Red.) Geraadpleegd op 6 maart 2018, van infopuntveiligheid.nl:
<https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/kp-zelfredzaam-06-def.pdf>
- Noteborn, M., Sanderson, R., Deckers, K., Jansen Op de Haar, M., & Van Alphen, S. (2014). Alcoholproblematiek bij ouderen. *GZ – Psychologie*, 6(3), 10-15.
<https://doi.org/10.1007/s41480-014-0022-5>
- Ordina Consulting Zorg. (2016). *Zelfredzaamheid en eigenregie; een onderzoek naar de stand van*

- zaken. Ordina Business Consulting & Solutions B.V. / Ordina Consulting Zorg, ICT.
Nieuwegein: Skipr. Geraadpleegd op 31 maart 2018, van
https://www.skipr.nl/wosmedia/7259/rapport_onderzoek_zelfredzaamheid_en_eigen_regie.pdf
- Overheid.nl. (2016). *Wie vormt de overheid?* Geraadpleegd op 11 februari 2018, van overheid.nl:
<https://www.overheid.nl/zo-werkt-de-overheid/wie-vormen-de-overheid/>
- Phrenos kenniscentrum. (z.j.). *Ernstige psychische aandoeningen*.
Geraadpleegd op 4 maart 2018, van kenniscentrumphrenos.nl:
<https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/epa/>
- Putnam, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*.
New Jersey: Princeton University Press.
- Putters, K. (2014,17 juni). *Rijk geschakeerd*. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van scp.nl:
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Rijk_geschakeerd
- Raeymaeckers, P., Driessen, K., & Tirions, M. (2016, 16 juni). *Een zoektocht naar de identiteit van het sociaalwerkonderzoek: een reflectie over de kenmerken van een academische discipline*.
Geraadpleegd op 18 februari 2018, van journalsi.org:
<https://www.journalsi.org/articles/abstract/10.18352/jsi.450/>
- Rijksoverheid. (z.j.). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 11 februari 2018, van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Rip, B. (2017, 13 juni). Een ggz-agoog geeft nooit op. *Sociaal Werk*, 18(3), 41-42.
<https://doi.org/10.1007/s12459-017-0055-0>
- Sociale Kaart Nederland. (z.j.). *De routekaart voor burgers, professionals en organisaties*.
Geraadpleegd op 12 juni 2018, van socialekaartnederland.nl:
<https://www.socialekaartnederland.nl/sociale-kaart/voor-wie>
- Stam, C. (2018, 8 februari). *Nog te weinig verbinding tussen ggz en sociaal domein*.
Geraadpleegd op 24 februari 2018, van zorgwelzijn.nl: <https://www.zorgwelzijn.nl/nog-te-weinig-verbinding-tussen-ggz-en-sociaal-domein/>
- Stichting Zet Brabant. (z.j.). *De zorg betaalbaar houden met vitaliteit en zelfredzaamheid*.
Geraadpleegd op 6 maart 2018, van wijzijnzet.nl: <http://www.wijzijnzet.nl/vitaal-en-zelfredzaam-blijven/>
- Trimbos instituut. (z.j.). *Hoeveel alcohol is teveel?* Geraadpleegd op 18 februari 2018, van alcoholinfo.nl: <https://www.alcoholinfo.nl/publiek/hoeveel-alcohol-is-teveel>
- Van Beurden, P., & Kiers, B. (2016). Overbehandeling de wereld uit. *Zorgvisie*, 46(7), 10-13.
<https://doi.org/10.1007/s41187-016-0107-4>
- Van den Berg, P., Van den Broek, H., Bukkems, G., Van Leeuwen, S., Snoei, J., Seijger-Ackerstaff, H., & de Jong, L. (2017). *Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen rekenkameronderzoek in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015*.
Rekenkamer Utrecht. Utrecht: Rekenkamer Utrecht. Geraadpleegd op 25 maart 2018, van
https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/7.extern/Rekenkamer/20171128_Rekenkamerrapport_Langer_Zelfstandig_Thuis_Wonen_DEF.pdf

- Van den Burg, M., Ooms, H., Kooiman, A., & Beckers, M. (2017, november 16). *Kennisbouwstenen voor professionals die integraal werken in de wijk*. Geraadpleegd op 12 juni 2018, van movisie.nl: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Kennisbouwstenen%20%5BMOV-13478056-1.0%5D.pdf>
- Van der Ham, L., Den Draak, M., Mensink, W., Schijns, P., & Van der Berg, E. (2018, januari). *De Wmo 2015 in praktijk*. Geraadpleegd op 11 maart 2018, van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/01/de-wmo-2015-in-praktijk>
- Van der Molen, H., Perreijn, S., & Van den Hout, M. (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (2^e druk). Groningen-Houten: Noordhoff.
- Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ deel 1: interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://assets.trimbos.nl/docs/412cc38d-e6c1-47bb-b0b7-7cca6ea4b02d.pdf>
- Van Laar, M. V., Van Ooyen-Houben, M. M. J., Cruts, A. A. N., Meijer, R. F., Croes, E. A., Ketelaars, A. P. M., & Van der Pol, P. M. (2016). *Nationale Drug Monitor*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <https://assets.trimbos.nl/docs/3fdeab39-f34e-4aa0-97af-5dbf111c05a0.pdf>
- Van Oranje-Nassau, W. C. (2013, 17 september). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2013/09/17/troonrede-2013>
- Van Rooijen, S., & Muusse, C. (2015). *Freedom First*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Van Twist, M., Chin-a-Fat, N., Scherpenisse, J., & Van der Steen, M. (2014). *'Ja, maar...' reflecties op de participatiesamenleving*. Den Haag: Boom Lemma.
- Van Wensen, R., & Koenraadt, B. (2017, 16 november). *Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?* Geraadpleegd op 11 februari 2018, van zorgwijzer.nl: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>
- Veerman, G., & Mulder, R. (2010). *Wetgeving met beleid, bouwstenen voor een bruikbare wetgevingstheorie*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek: praktijkboek voor methoden en technieken* (5^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Virtask. (2015). *Comfort Software met menselijke trekjes!* Geraadpleegd op 18 maart 2018, van virtask.nl: <http://www.virtask.nl/wordpress/>
- Walvoort, S., Van der Heijden, P., Kessels, R., & Egger, J. (2017). Cognitieve stoornissen door jarenlang alcoholgebruik of door acuut stoppen met drinken bemoeilijken diagnostiek en behandeling. *Verslaving*, 13(2), 124-134. <https://doi.org/10.1007/s12501-017-0113-2>
- Weerman, A., Groothuis, M., & Schut, J. (2017). *Spanning tussen persoon en professional*. Sociaal werk, 5, 8-10. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van <https://mijn.bsl.nl/ervaringskennis-in-social-work-spanning-tussen-persoon-en-profes/15221956>
- Wij leren. (2018). *Zelfstandigheid - zelfstandig werken*. Geraadpleegd op 1 april 2018, van wij-leren.nl: <https://wij-leren.nl/zelfstandigheid.php>

- Wilterdink, N., & Van Heerikhuizen, B. (2012). *Samenlevingen: Inleiding in de sociologie* (7^e druk). Groningen, Houten: Noordhoff.
- Zorgvisie. (2016, December 5). *Vincent van Gogh en VGZ starten leertuin GGZ*. Geraadpleegd op 20 februari 20, 2018, van zorgvisie.nl: <https://www.zorgvisie.nl/vincent-van-gogh-en-vgz-starten-leertuin-ggz/>
- Zorg Coöperatie Gemert. (2015). *Sociale kaart*. Geraadpleegd op 12 juni 2018, van zorgcooperatiegemert.nl: <http://www.zorgcooperatiegemert.nl/sociale-kaart/>

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiefolder

Informatiefolder



Zelfstandig wonen

met een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve stoornis (ACS)

Voorstellen

Mijn naam is Peggy Meulendijks en ik ben werkzaam als activiteitencoach voor mensen met ACS. Hiernaast volg ik de hbo-opleiding Sociale studies aan Fontys Hogescholen tot Sociaal Agoog. Momenteel ben ik bezig met afstuderen middels een afstudeeronderzoek.

Waarom?

Door de verandering van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij en de bezuinigingen op de zorgkosten binnen Nederland, ligt de nadruk op langer (of weer) zelfstandig (gaan) wonen. Onderzoek naar zorgbehoeftes en zelfstandig wonen mogelijkheden voor mensen met ACS, kan inzicht geven in:

Welke zorg er momenteel is, Wat er nodig is om zelfredzaam te zijn of worden en zelfstandig te kunnen wonen met een beperking als ACS en Welke hulp en hoe deze wenselijke ondersteuning hierbij gegeven en georganiseerd kan worden.

Doel

Aan de hand van dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt wat de zorgbehoefte en wenselijke ondersteuning is die nodig is om mensen met ACS te begeleiden naar zelfredzaamheid bij of naar zelfstandig wonen. Resultaten uit het onderzoek zullen in het onderzoeksrapport geformuleerd worden en mogelijk als aanbeveling dienen voor het ontwikkelen van zorglijnen, gericht op ambulantisering van de zorg.

Deelnamevorm

Door middel van een gesprek (interview) van maximaal een uur, wil ik graag uw mening, beleving en ervaring horen over zelfredzaamheid en zelfstandig wonen met of voor mensen met ACS.

Privacy

Om de gegevens naar waarheid te analyseren, worden de interviews opgenomen. Na anonieme verwerking ervan worden de gegevens vernietigd. Dit om uw bijdrage anoniem te houden en alleen voor dit onderzoek beschikbaar te stellen. In het onderzoeksrapport zullen geen namen of organisaties benoemd worden. Als u tijdens het interview de vraagstelling of situatie niet prettig vindt mag u ten alle tijden aangeven een vraag niet te willen beantwoorden en/of af te zien van deelname. Heeft u voor, tijdens of na deelname nog vragen, kun u contact met mij opnemen.

Mocht u klachten hebben over uw deelname, wil ik u verwijzen naar de klachtenprocedure van de instelling.

Met Vriendelijke groeten

Peggy Meulendijks, Activiteitencoach en student Social Work

Verdere contactgegevens worden persoonlijk uitgewisseld.

Deelnamecontract Interview

Zelfstandig wonen

met een alcoholgerelateerde (neuro)cognitieve
stoornis (ACS)



Mocht u deel willen nemen aan dit onderzoek wordt verzocht dit deelnamecontract voorafgaande het interview, gezamenlijk met de onderzoekster te ondertekenen. Eventuele extra afspraken kunnen handmatig worden toegevoegd.

Deelname

Hierbij verleen ik toestemming voor deelname aan een interview met onderzoekster Peggy Meulendijks. Ik verklaar te weten dat resultaten uit het interview gebruikt zullen worden om samen met andere gegevens uit interviews en literatuur, in een verslag verwerkt te worden tot resultaten van het betreffende afstudeeronderzoek. Gegevens zullen ten alle tijden vertrouwelijk behandeld worden en gegevens zullen geanonimiseerd worden waardoor deelname niet te traceren is naar deelnemers.

Datum:

Naam:

Onderzoekster: Peggy Meulendijks

Handtekening:

Handtekening:

Alvast bedankt voor uw deelname.

Bijlage 3: Topiclijst

Topics	Vragen
Cognitieve beperking	• Wat kunt u vertellen over cognitieve beperkingen? • Welke problemen voorziet u hierbij? En op welke levensgebieden? • Welke cognitieve functies zijn nodig om zelfredzaam te zijn? • Welke cognitieve functies zijn nodig om zelfstandig te wonen?
Zelfredzaamheid	• Wat is zelfredzaamheid volgens u? • Wat moet een persoon kunnen om zelfredzaam te zijn? • Welke vermogen zijn nodig om zelfredzaam te zijn bij zelfstandig wonen? • Welke verantwoordelijkheid hebben ACS-cliënten zelf/naasten/professionals bij zelfredzaam zijn? • Welke professionals zijn betrokken?
Sociaal domein	• Wat verstaat u onder sociaal domein? • Wie zijn er betrokken bij/binnen het sociale domein? • Wat wordt gedaan om ACS-cliënten te begeleiden naar of in het sociaal domein? • Wat hebben ACS-cliënten nodig om te functioneren in het sociale domein?
Zelfstandig wonen	• Wat is volgens u zelfstandig wonen? • Wat wordt er gedaan om ACS-cliënten zelfstandig te laten wonen? • Wat heeft de ACS-cliënt nodig om zelfstandig te wonen? • Welke hulpmiddelen zijn er om ACS-cliënten te begeleiden naar of bij zelfstandig wonen? • Wie zijn er betrokken bij de begeleiding van ACS-cliënten, naar of bij zelfstandig wonen?
Levenskwaliteit	• Wat is volgens u kwaliteit van leven? • Wat zijn aspecten van kwaliteit van leven? • Wat heeft de ACS-cliënt nodig voor behoud of verhogen van kwaliteit van leven? • Wat zijn belemmeringen bij de kwaliteit van leven, voor ACS-cliënten? • Welke begeleiding kan geboden worden om kwaliteit van leven te meten/inzichtelijk maken/te verhogen?

Organisatie hulpverlening	• Welke organisatie(s) is betrokken of nodig bij de begeleiding van ACS-cliënten, naar zelfredzaamheid? • Welke organisatie(s) zijn betrokken of nodig bij de begeleiding van ACS-cliënten naar zelfstandig wonen? • Welke verwachtingen zijn er hierbij? • Welke beperkingen kom je tegen? • Welke mogelijkheden zijn er?
Zorgprofessionals	• Welke zorgprofessionals zijn betrokken bij zelfredzaamheid? • Welke zorgprofessionals zijn betrokken bij het (weer) zelfstandig wonen? • Bent u bekend met sociaal agogen? Zo ja, wat is uw ervaring met deze beroepsgroep? Wat zijn de verwachtingen van deze professionals? • Welke verwachtingen zijn er tussen professional, cliënt en naasten? • Welke beperkingen kom je hierbij tegen? • Welke mogelijkheden zijn er om begeleiding te bieden?
Triade	• Bent u bekend met het begrip triade? Werkt u hiermee? • Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er binnen het triadisch werken? • Hoe wordt de draaglast en draagkracht van betrokkenen en taken verdeeld/gedragen?
Begeleidingshulpmiddelen	• Wat zijn volgens u begeleidingshulpmiddelen voor ACS-cliënten om zelfredzaam te zijn/worden? • Wat zijn volgens u begeleidingshulpmiddelen voor ACS-cliënten om zelfstandig te (kunnen) wonen? • Worden er meetinstrumenten gebruikt om begeleiding en ondersteuning van ACS-cliënten naar zelfstandig wonen, inzichtelijk kunnen maken? Zo ja, welke? Hoe functioneel vindt u deze? • Worden er methodieken gebruikt om ACS-cliënten te begeleiden en ondersteunen binnen en naar zelfstandig wonen? Zo ja, welke? Hoe functioneel vindt u deze? • Worden er technische (innovaties) hulpmiddelen gebruikt bij deze begeleiding en ondersteuning? Zo ja, welke? Hoe functioneel zijn deze?

Bijlage 4: Codeboom

codering			
Opencodering	+/- inhoud	Axiaal coderen	selectief
aansluiten	wenselijk	begeleidingswijze	A begeleiding
basisbehoefte	kijken naar		
betrekken			
consequenties			
functioneren			
gesprek	+ wenselijk		
leren	situatie creëren		
match	wenselijk		
ontdekken mogelijkheden	+ situatie creëren		
overnemen	handelen		
proces	+ handelen		
regie	- overnemen handelen		
ruimte geven	+ handelen		
stimuleren	+ handelen		
structuur	bieden + wenselijk		
sturing	gebruik houvast		
testen	+ gebruik handelen		
veiligheid			
leggen	gebruik	contacten	
input BE	+ wenselijk	dagbesteding	
21 hokjes	+ gebruik	hulpmiddel	
agenda	aanbieden		
beeldbellen			
crisiskaart	ontwikkeling		
HOP			
leerzorgplan	- wel bekend niet inzichtelijk gebruiken		
maatwerkvoorziening			
planbord	houvast		
planning			
signaleringsplan	gebruik		
telefoon			
weekplanning (agenda)	wenselijk		
HoNos	gebruik	meetinstrument	
regie	handelen	meso	
BE		methodiek	
samen beslissen	+ gebruik		

creëren	+ wenselijk	netwerk	B executieve functie
draagkracht			
professional			
meebewegen met proces	+ wenselijk	opschalen van zorg	
beeldbellen	+ ontwikkeling	technisch hulpmiddel	
telefoon	+ gebruik		
WhatsApp			
promoten	+ situatie creëren gebruiken	verantwoordelijkheid	
uit handen nemen			
meegeven	handelen	vertrouwen	
uit handen nemen	handelen	verwachting	
nazorg	+ wenselijk	warne overdracht	
positieve ervaring opdoen	gebruiken	zelfvertrouwen	
concretiseren	-	communiceren	
herinneringsfouten	-	geheugen	
gradaties		complexe vraagstukken	
achterover hangen	-	initiatief	
actief	- handelen		
dagritme	- handelen		
ideeën	- handelen		
nemen			
zorgmijders	- wel bekend niet inzichtelijk		
uitvoeren	- handelen	plannen	
concretiseren	-	zelfzorg	
uitvoeren	- handelen		
begeleiden		aan de hand nemen	C kwaliteit van leven
aangaan		angst	
ervaren			
ervaren		begrip	
kwaliteit van leven		continuïteit	
begeleidingswijze		controle	
contact		eenzaamheid	
relatiewens	wenselijk		
contact		match	
ervaren	+ wenselijk	prettig voelen	
ervaren	-	schaamte	
openheid	+		
aangaan	+	sociale contacten	
ervaren			
contact	wenselijk		
creëren	+ handelen	zelfvertrouwen	
ervaren	wenselijk	zinnol	

minimaal		contact	D maatschappij
zorgkosten	-	financieel	
contacten		netwerk	
bescherming	<i>handelen</i>	veiligheid	
langdurige opname	-		
wijk			E ondersteuning
begrip	-	eenzaamheid	
begeleid wonen	<i>kansen</i>	macro	
bekendheid			
betrokkenheid			
driepartijenovereenkomst	<i>kansen</i>		
indiceren			
kennis			
regie medewerker			
schuldhulpverlener			
supportgroep			
thuisbegeleidster			
thuisbehandeling			
uitkeringscoach			
Driepartijenovereenkomst	<i>kansen</i>	meso	
functioneel			
sociaal agoog	+ <i>handelen</i>		
zorg- en veiligheidshuis			
naasten	<i>1/2 kansen</i>	micro	
verantwoordelijkheid			
vertrouwen	<i>wenselijk</i>		
beeldvorming	-	naasten	
overnemen	+ <i>wenselijk</i>	netwerk	
vertrouwensrelatie		professionals	
taak	<i>handelen</i>	regie	
afspraken		samenwerking	
creëren	<i>wenselijk</i>		
disciplines	<i>handelen</i>		
driepartijenovereenkomst	<i>handelen</i>		
kennis	-		
ontwikkeling	<i>wenselijk</i>		
overnemen			
regie			
reguliere ggz	+		
verwachtingen			
wijkniveau			

ervaring	+/- wenselijk niet aanwezig	vindbaarheid	
ontwikkeling	- wenselijk		
platform	- wenselijk niet aanwezig		
verschil per gemeente	-		
handvaten aanbieden		zelfstandigheid	
kennis	+ <i>verdelen</i>	samenwerking	F organisaties
supportgroep	+ <i>houvast</i>	verslavingszorg	
wel bekend niet inzichtelijk	-	vindbaarheid	
dagbesteding	<i>kansen</i>	maatschappelijke participatie	G participatie
afstand/nabijheid	<i>voorkeur</i>	professioneel netwerk	
activiteit	+ <i>houvast</i>	dagbesteding	H structuur
dag/nachtritme	<i>houvast</i>		
participatie	<i>houvast</i>		
tijd indelen	<i>kansen</i>		
tijdsafpraak	+ <i>houvast</i>		
bezigheden	+ <i>houvast</i>		
reden		dagprogramma	
actief	- <i>handelen</i>	dagritme	
avonduren	- <i>handelen</i>	dagstructuur	
inkaderen	<i>houvast</i>		
nuttig voelen	<i>wenselijk</i>		
planning	<i>houvast</i>		
afronden/overplaatsen	<i>handelen</i>	behandeling	I thuisbehandeling
stabiliseren	+ <i>handelen</i>		
vinger aan de pols	<i>volgen</i>	controle	
preventieve zorglijn creëren	+ <i>ontwikkeling</i>	lijnszorg	
situaties creëren	+ <i>handelen</i>	nazorg	
warme overdracht	+ <i>handelen</i>		
inschatten bereidheid	<i>kijken naar</i>	begeleiding	J Triade
betrokkenheid		draagkracht	
netwerk nodig	<i>houvast</i>		
toestemming	<i>volgen</i>		
verleden	- <i>belemmering</i>		
triadekaart	- <i>onbekend</i>	inhoud	
triademodel	+ <i>handelen</i>		
hulpvraag stellen	+	netwerk	
neutraler	<i>voorkeur</i>	professioneel netwerk	
rolverdeling	<i>gebruiken</i>		
ambulante begeleiding	-	samenwerking	
betrokkenheid	+ <i>kansen</i>		
buitenstaanders	+		
netwerk aanwezigheid			
rolverdeling			
ronde tafel	+ <i>kansen</i>		

toetsen haalbaarheid	<i>volgen</i>		
triadisch werken	+ <i>houvast</i>		
verschillende netwerken	+ <i>kansen</i>		
verwachtingen	<i>kansen</i>		
vraagverheldering	+ <i>kijken naar</i>		
hulpvraag stellen		accepteren	K d verantwoordelijkheid
gedeelde verantwoordelijkheid	<i>verdelen</i>	zelfvertrouwen	
in levensbehoefte voorzien	<i>handelen</i>	zelfzorg	
	<i>verdelen</i>		
gedeelde verantwoordelijkheid	<i>verdelen</i>	ziektebeeld	
zeggen of doen	- <i>handelen</i>	handelen	L zelfstandigheid
financieel	<i>handelen</i>	praktische zaken	
post ordenen			
beslissingen kunnen nemen	<i>voorkeur</i>	verantwoordelijkheid	
dagindeling plannen	<i>handelen</i>		
initiatief nemen	- <i>voorkeur</i>		
keuzes kunnen maken	<i>voorkeur</i>		
regie terugnemen	+ <i>handelen</i>		
tijdelijke ondersteuning	<i>houvast</i>		
hulp vragen			
hulpvraag stellen	<i>handelen</i>	voorwaarde	
alleen redden	- <i>belemmering</i>	zelfredzaam zijn	
herstellen			
ordenen	<i>handelen</i>	zo zelfstandig mogelijk	
praktische zaken	<i>handelen</i>		
prettig voelen			
zelfredzaam zijn	<i>voorkeur</i>		
actief zijn	-	alcohol	M ziektebeeld
oorzaak			
slechte coördinatie	-	Fysiek	
dagbesteding	- <i>handelen</i>	Initiatief	
zorgmijders	-		
overschatten	- <i>uiten</i>	Realiteitsbesef	
niet overzien	-	Ziekte-inzicht	