

De rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van
ouderen die te maken hebben met verlies van
gezondheid.



De rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van
ouderen die te maken hebben met verlies van
gezondheid.

Verlieskunde bij ouderen

*Afstudeerscriptie Jan Willem Vos
Begeleidend docent: J. Bootsma
Mei2008*

Christelijke Hogeschool Windesheim, opleiding MWD

Inleiding.....	i
Hoofdstuk 1. Schets van de ontwikkeling van de doelgroep.....	3
1.1. Hoe groot is de stijging van de vergrijzing procentueel gezien de afgelopen vijfjaar?.....	3
1.2. Hoe groot is de geschatte stijging voor de komende jaren?.....	4
1.3. Hoeveel mensen binnen deze groep maken gebruik van zorg.....	4
1.4. Wat betekent de vergrijzing voor de zorgsector?.....	5
1.5. Wat is de urgentie van het probleem?.....	6
Hoofdstuk 2. Gevolgen van het verlies.....	7
2.1. Verlies.....	7
2.2. Stadia van rouw volgens Kübler-Ross.....	7
2.2.1. Eerste stadium: Ontkenning.....	8
2.2.2. Tweede stadium: Woede.....	8
2.2.3. Derde stadium: Marchanderen.....	8
2.2.4. Vierde stadium: Depressie.....	8
2.2.5. Vijfde stadium: Aanvaarding.....	9
2.3. Fases van rouw volgens de Mönnink.....	9
2.3.1. Afweer.....	9
2.3.2. Afscheid.....	10
2.3.3. Accommodatie.....	11
2.4. Gevolgen op psychisch niveau.....	11
2.5. Rouwtaken van Worden.....	13
2.6. Gevolgen op sociaal niveau.....	15
2.6.1. Verschillende woonvormen.....	15
2.7. Gevolgen op levensbeschouwelijk niveau.....	16
2.8. Gevolgen op maatschappelijk niveau.....	17
2.9. Pathologische rouw.....	17
Hoofdstuk 3. Rol van het maatschappelijk werk.....	19
3.1. Missie van het maatschappelijk werk in relatie tot cliënten.....	19
3.2. Welke taken, kan een maatschappelijk werker uitvoeren?.....	20
3.2.1. Taakgebied 1. Directe en indirecte hulp- en dienstverlening.....	20
3.2.2. Taakgebied 2. Werken in en vanuit een arbeidsomgeving.....	22
3.2.3. Taakgebied 3. Werken aan professionaliteit en professionalisering.....	23
3.3. Methodieken.....	24
3.4. Veelvoorkomende valkuilen.....	29
Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten.....	30
4.1. Welke gevolgen ervaart de cliënt op psychisch niveau?.....	30
4.2. Welke gevolgen ervaart de cliënt op sociaal niveau?.....	30
4.3. Welke gevolgen ervaart de cliënt op levensbeschouwelijk niveau?.....	31
4.4. Welke gevolgen ervaart de cliënt op maatschappelijk niveau?.....	31
Hoofdstuk 5. Samenvatting 8L conclusies.....	32
5.1. Samenvatting van de belangrijkste gegevens.....	32
5.2. Conclusies naar aanleiding van de literatuur.....	33
5.3. Conclusies naar aanleiding van de onderzoeksresultaten.....	34
5.4. Evaluatie op conclusie.....	34
Nawoord.....	36
Literatuurlijst.....	37
Bijlagen.....	39

Inleiding

Mijn scriptie behandelt het onderwerp *relevantie van het maatschappelijk werk in relatie tot het verlies van gezondheid bij cliënten*. Zoals bekend vergrijst de Nederlandse bevolking, dit wordt onderbouwd met cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het logische gevolg is dan ook dat meer mensen te maken krijgen met het verlies van gezondheid, omdat er ook steeds meer cliënten komen.

Wat is voor mij als beginnend professional het probleem? Ik ervaar het als een probleem dat ik te weinig kennis heb met betrekking tot het verlies van gezondheid bij cliënten. Het is een gegeven dat de Nederlandse samenleving vergrijst, dit is in potentie een grote doelgroep voor het maatschappelijk werk.

Er is een potentiële doelgroep voor het maatschappelijk werk, daarvan heb ik niet de kennis en inzichten om op een methodische verantwoorde manier te werken met deze doelgroep. De doelgroep zelf ervaart het verlies van gezondheid ook als een probleem. Immers, deze mensen raken hun gezondheid kwijt en treft hen als eerst.

Uit de probleemstelling formuleer ik de volgende vraagstelling:

Wat is de rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van cliënten die te kampen hebben met het verlies van gezondheid?

Om op deze vraag een antwoord te geven is deze scriptie opgebouwd in vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk schets ik de ontwikkeling van de doelgroep. Hierbij kijk ik naar de urgentie van het probleem. Het is de opvatting van de media dat de komende jaren de vergrijzing zal toenemen, maar hoeveel zal deze stijging zijn? Tevens zal ik in dit hoofdstuk uitleggen wat deze vergrijzing inhoudt voor het maatschappelijk werk. Als de vergrijzing toeneemt, zou het gevolg hiervan zijn dat ook meer cliënten een zorgvraag hebben.

In het tweede hoofdstuk heb ik onderzocht op welke terreinen cliënten gevolgen merken van het verlies. De gevolgen zijn onderverdeeld in levensgebieden.

In dit hoofdstuk kijk ik ook naar de fases van rouw bij verlies. Hierbij maak ik gebruik van de theorieën van E. Kübler-Ross en H. de Monnik.

In het derde hoofdstuk heb ik onderzocht wat de rol voor het maatschappelijk werk is met betrekking tot deze doelgroep. Ik heb de missie van het maatschappelijk werk zoals die beschreven is in: 'Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker' gebruikt, evenals methodieken die een maatschappelijk werker mogelijk kan inzetten. Om te onderzoeken welke methoden eventueel gebruikt kunnen worden, heb ik het boek 'De gereedschapskist van de maatschappelijk werker' van De Monnik gebruikt. Dit boek schetst een helder overzicht van in de praktijk veel gebruikte methodieken.

In het vierde hoofdstuk heb ik de resultaten van een praktijkonderzoek in een zorginstelling beschreven. In dit veldonderzoek heb ik onderzocht welke methodische uitgangspunten de zorginstelling hanteert. Tevens heb ik de rol van het maatschappelijk werk binnen deze instelling onderzocht. En de veel voorkomende begeleidingsvalkuilen bekeken. Dit onderzoek heb ik gedaan door middel van het afnemen van enquêtes. Deze enquêtes bevatten vragen over de rol van de maatschappelijk werkers, de gevolgen voor cliënten van het verlies op de eerder genoemde levensgebieden en veel voorkomende begeleidingsvalkuilen.

In het vijfde hoofdstuk trek ik conclusies. Tevens vergelijk ik literatuuruitkomsten met de uitkomsten van de enquête. Op deze manier kan ik zien of de uitkomsten van de praktijk

overeenkomen met de literatuuruitkomsten. Aan de hand hiervan heb ik conclusies getrokken. De reden hiervan is om te onderzoeken of in de praktijk ook daadwerkelijk gewerkt wordt vanuit vaststaande theorieën, zoals die staan beschreven in hoofdstuk 3, zonder hier overigens een waardeoordeel over te geven.

Met deze resultaten wil ik duidelijkheid verschaffen over mijn rol als afgestudeerd maatschappelijk werker. Ik heb inzicht gekregen in welke methodische vaardigheden er nodig zijn om te werken met deze doelgroep. Tevens heb ik meer inzicht gekregen in de gevolgen van de vergrijzing ten aanzien van het maatschappelijk werk. Als Nederland daadwerkelijk vergrijst, wat betekent dit voor de doelgroep? Met de kennis die ik heb opgedaan kan ik mij beter profileren als maatschappelijk werker.

Hoofdstuk 1. Schets van de ontwikkeling van de doelgroep

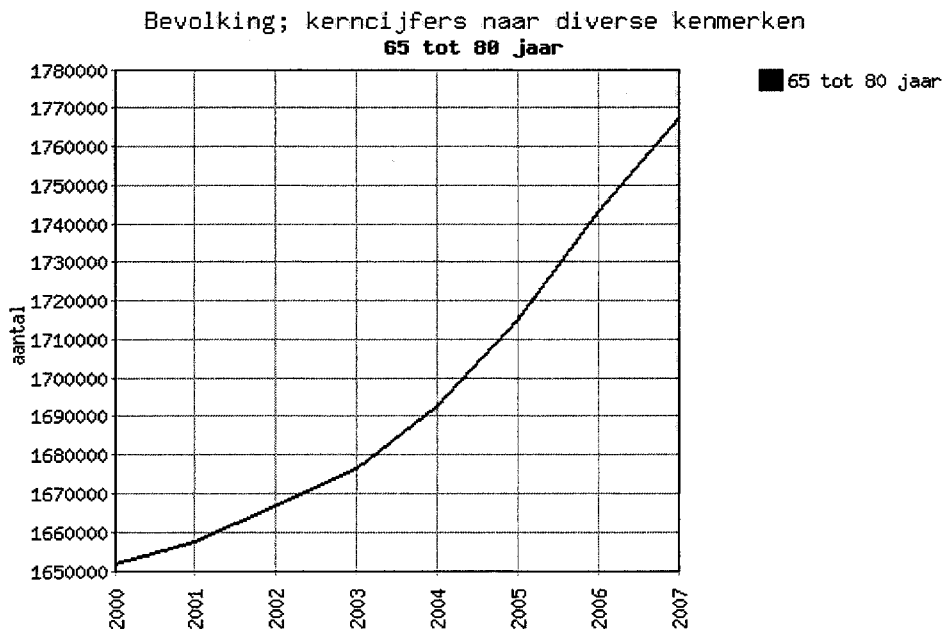
In dit hoofdstuk zal ik de ontwikkeling schetsen van de doelgroep. Dit doe ik aan de hand van cijfers van het CBS en mijn analyse van deze cijfers. Ik heb er voor gekozen om de cijfers te beperken tot de leeftijdscategorie van 65-80, omdat binnen deze categorie de meeste gevallen bekend zijn van mensen die te maken krijgen met verlies van gezondheid.

Om de doelgroepontwikkeling in kaart te brengen is het hoofdstuk in een aantal deelvragen opgedeeld. Op de laatste vraag geef ik een concluderend antwoord op basis van de eerste vier beantwoorde deelvragen.

1. Hoe groot is de stijging van de vergrijzing procentueel gezien de afgelopen vijfjaar?
2. Hoe groot is de geschatte stijging tot 2019?
3. Hoeveel mensen binnen deze groep maken gebruik van zorg?
4. Wat betekent de vergrijzing voor de zorgsector?
5. Naar aanleiding van bovenstaande vragen: wat is de urgentie van het probleem?

1.1. Hoe groot is de stijging van de vergrijzing procentueel gezien de afgelopen vijfjaar?

Om een antwoord te geven op deze vraag heb ik de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek geraadpleegd. Het CBS kwam met de volgende cijfers:¹



Zoals de grafiek laat zien, blijkt dat de vergrijzing snel stijgt. In 2000 waren er nog maar 1.652.103 mensen in de leeftijd tussen 65 en 80. De cijfers in de grafiek laten zien dat er in 2007 al 1.767.510 mensen zijn binnen deze leeftijdscategorie.

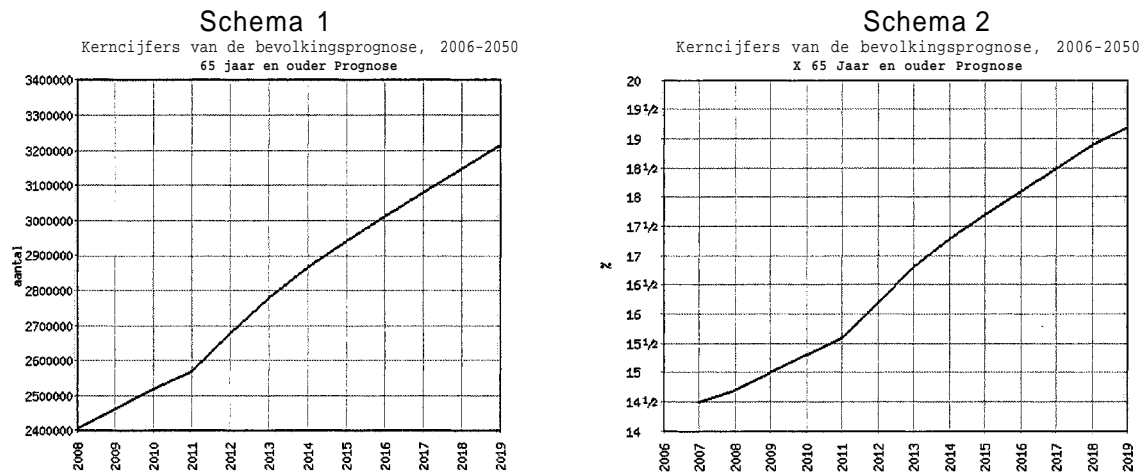
© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2007,
<http://statlinexbs.nl/StaM^I&HDR=G1>
Geraadpleegd op 11-12-07

Procentueel betekent dit een stijging van 10,4% naar 10,8%, gezien over de gehele Nederlandse bevolking. In paragraaf 1.3 kom ik terug op deze cijfers en wat deze betekenen voor de zorgsector.

1.2. Hoe groot is de geschatte stijging voor de komende jaren?

Om een antwoord te geven op deze vraag heb ik wederom gebruik gemaakt van de website van het CBS. In schema 1 ziet u een weergave van de cijfers van aantallen mensen van 65 jaar en ouder op de gehele Nederlandse bevolking.² Dit zijn de aantallen van mensen van 65 jaar en ouder op de gehele Nederlandse bevolking.

In schema 2 ziet u een procentuele weergave van deze cijfers.³



Zoals blijkt uit de bovenstaande cijfers, zal de vergrijzing alleen maar meer toenemen. Dit houdt in dat er meer mensen behoefte hebben aan zorg, omdat meer mensen te maken krijgen met het verlies van gezondheid.

De geschatte stijging in de jaren vanaf 2008-2019 is dat de vergrijzing toeneemt van 2.409.069 mensen naar 3.215.224 mensen. Procentueel gezien is in 2008 14,7% van de bevolking 65 of ouder, in 2019 is dat 19,2%.

1.3. Hoeveel mensen binnen deze groep maken gebruik van zorg

Zoals ik bij deelvraag twee heb onderzocht blijkt dat de Nederlandse bevolking in een hoog tempo vergrijst. Dit houdt voor de zorg in dat procentueel gezien meer mensen te maken zullen krijgen met verlies van gezondheid. Het is een gegeven dat mensen binnen deze leeftijdscategorie hier veel mee te maken krijgen.⁴

Bij het bestuderen van de cijfers die onderzocht zijn via het CBS kwam ik uit bij de volgende gegevens.⁵ Waarbij ik heb gekozen om onderscheid te maken binnen deze cijfers.

² © Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen

<http://statlinexbs.nl/StaW^>

G2

geraadpleegd 11-12-07

³ <http://stat:linexbs.nl/StaM^>

G2

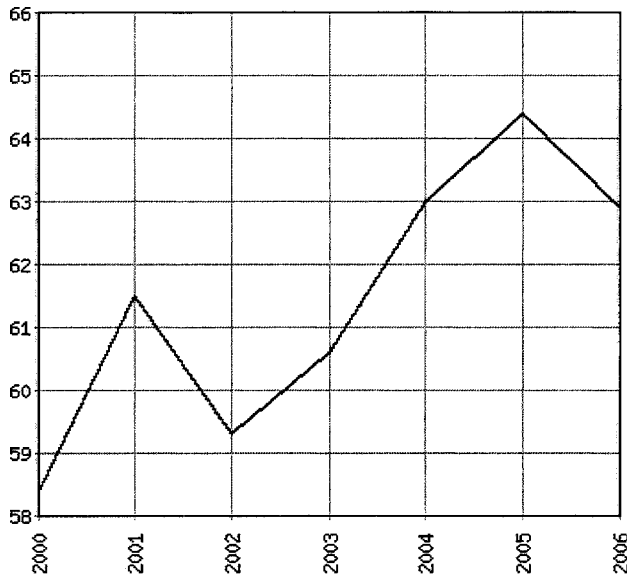
⁴ A. Blokstra e.a. (2007), *Vergrijzing en toekomstige ziektelast Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*,

Geraadpleegd op 15-12-07

⁵ <http://statme.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=G1&LA==nl&DM=SLNL&PA=:03799&D1=123-125,127,129,133-134,139&D2=0-17&D3=0&D4=a&HDR=T&LYR=G3:6,G2:0>

Geraadpleegd op 17-12-07

Gebruik medische voorzieningen
65 Jaar of ouder



|65 jaar of ouder

De medische consumptie van cliënten met betrekking tot het verlies van gezondheid is specialistische hulp. Hierbij is te denken aan; fysiotherapie, rugaandoeningen, suikerziekte, afasie etc. Deze beperking is aangebracht bij het verkrijgen van deze cijfers.

Het is opmerkelijk dat er geen constante stijging te zien is in het gebruik van medische specialistische zorg. Zoals in paragraaf 1.1 is onderzocht blijkt dat de vergrijzing toeneemt en dat er steeds meer cliënten zijn. Bij de bovenstaande grafiek is echter te zien dat de zorg, waar de cliënten gebruik van maken, niet met deze stijging meegroeit. Integendeel, het blijkt zelfs dat een aantal jaren het gebruik procentueel gezien afneemt, bijvoorbeeld in het jaar 2002 en 2006. Dit spreekt ook tegen wat Blokstra heeft onderzocht. Hij heeft immers onderzocht dat mensen in de leeftijd 65+ meer gebruik maken van specialistische zorg.

1.4. Wat betekent de vergrijzing voor de zorgsector?

De toename van de zorgkosten wordt toegeschreven aan twee ontwikkelingen: de ontwikkeling van nieuwe medische technologie en de toename van cliënten. De kostenontwikkeling in de periode 2003-2006 is gestegen met 2,4%, waarbij 50% hiervan komt door de toename van cliënten in de samenleving.⁶

Om de kosten te bestrijden is Nederland overgestapt naar een nieuw zorgstelsel. In dit nieuwe zorgstelsel is er concurrentie mogelijk en gewenst tussen zorgaanbieders. Concurrentie zal moeten leiden tot een aanbod waarvan de prijs van de zorg laag is en waarbij de consument de vrijheid heeft om te kiezen. Concurrentie zal dus moeten leiden tot beheersbaarheid van de zorgkosten. De stijging van de kosten van de gezondheidszorg zal echter moeten worden opgebracht door een kleiner aantal mensen, dit komt door de vergrijzing. Het feit dat er steeds minder mensen werken en er minder belasting per saldo binnen komt om de gezondheidszorg te betalen.

⁶Polder, H., Takken, I., Meerding, W.J., Kommer, G.J., en Stokx, L.I., *Kosten van de Ziekten in Nederland, de zorggeuro ontrafeld*, p.86. Dit rapport is opgesteld in opdracht van het RIVM

1.5. Wat is de urgentie van het probleem?

Na het bestuderen van de cijfers is duidelijk geworden dat de bevolking de komende jaren sterk zal vergrijzen. Ook is duidelijk geworden dat door de vergrijzing er procentueel meer mensen te maken zullen krijgen met verlies van gezondheid. In 2019 zijn er meer dan 3,2 miljoen mensen 65 of ouder. Het is niet of moeilijk in te schatten hoeveel mensen van deze groep gebruik zullen maken van gezondheidszorg, maar het is aannemelijk dat van een groep van 3,2 miljoen mensen er veel te maken krijgen met verlies van gezondheid. Dit houdt in dat de doelgroep groot zal zijn. Als ik bijvoorbeeld de vergelijking maak met 2006, waarbij 1.468.189 van de cliënten gebruik maakt van specialistische zorg, dan komt dat in 2019 uit op: 2.016.000 mensen. Dit is een aanzienlijk aantal mensen die, bij deze schatting, te maken zou krijgen met het verlies van gezondheid. Deze cijfers hebben ook een weerslag op het maatschappelijk werk. Als de omvang van de doelgroep zo drastisch zal stijgen, is een logische conclusie dat meer mensen gebruik zullen maken van het maatschappelijk werk.

Hoofdstuk 2« Gevolgen van het verlies

Dit hoofdstuk gaat over de gevolgen voor cliënten die verlies van gezondheid meemaken.⁷ In de eerste paragraaf maak ik onderscheid tussen verliezen. In dit hoofdstuk zal ik ook onderzoeken welke fases van rouw een cliënt doormaakt als hij geconfronteerd wordt met het verlies van gezondheid. Hierbij maak ik onderscheid tussen het model van E. Kübler-Ross en het model van H. de Monnik.⁸

Naast de fases van rouw zijn er ook een aantal rouwtaken die een cliënt vervuld. Ik heb hierbij het takenmodel van J. Worden gebruikt.⁹ Hierna zal ik een antwoord geven op de vraag welke gevolgen verlies heeft op:

- psychisch niveau
- sociaal niveau
- levensbeschouwelijk niveau en
- maatschappelijk niveau.

Bij de bovenstaande vragen wordt er uitgegaan vanuit een 'normaal' rouwproces. Een cliënt kan echter ook in een pathologisch rouwproces terecht komen. Wat dit inhoudt wordt beschreven in deze paragraaf.

2.1. Verlies

Bij verlieskunde wordt er gesproken over verschillende soorten verliezen. Hierbij is te denken aan: overlijden van een dierbaar persoon, verlies van een baan, verlies van gezondheid etc. Deze verschillende soorten verliezen zijn onder te verdelen in incidentele- en overgangsverliezen.¹⁰

Incidentele verliezen zijn verliezen die op zichzelf staan. Hierbij is te denken aan een vluchteling die zijn land moest ontvluchten, of een geconstateerde hersentumor bij een jong volwassene van 23 jaar. Incidentele verliezen zijn verliezen die eigenlijk niet passen bij de levensfase van iemand en dus komen deze verliezen onverwacht.

Overgangsverliezen zijn verliezen die passen bij de levenscyclus van een individu. Bij het onderwerp verlieskunde van gezondheid bij cliënten is sprake van dit soort: verlies. Het is immers een gegeven dat cliënten te kampen krijgen met het verlies van gezondheid. Hierbij is er ook een primair- en secundair verlies te onderscheiden. Het primaire verlies is duidelijk het verlies van gezondheid. Vanuit dit primaire verlies komen echter ook secundaire verliezen voort, zo raakt een cliënt niet alleen zijn lichamelijke vermogens kwijt maar bijvoorbeeld ook het contact met partner en/of kinderen.

2.2. Stadia van rouw volgens Kübler-Ross¹¹

Hoewel Kübler-Ross voornamelijk bekend staat om haar beschreven fases van rouw omtrent het overlijden van een persoon, zijn haar fases ook te gebruiken rondom het verlies van gezondheid.¹² Kübler-Ross onderschrijft dat ieder mens uniek is en dus ook zijn rouwproces. Zij verwoordde dit via het volgende citaat: "De stadia hebben sinds hun introductie een ontwikkeling doorgemaakt, maar ze zijn in die vijfendertig jaar vaak helemaal

⁷ Cliënt wordt verder in de tekst aangeduid als zijnde: Cliënt die te maten krijgt met verlies van gezondheid
⁸ Kübler-Ross, E en Kessler, D. *Over rouw, de vijf stadia van rouwverwerking* en Monnik, H. de. *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk*

⁹ Uitgereikt studiemateriaal bij de keuzemodule Verlieskunde'

¹⁰ Monnik, H. de. *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk*, p. 33

¹¹ Kübler-Ross, E, Kessler, D. *Over rouw, de vijf stadia van rouwverwerking*, p. 25

¹² <http://www.kubler-ross.nl/7E. K%FCblder-Ross:Gedachtegoed>. Geraadpleegd op 21-02-08

verkeerd begrepen. Ze zijn nooit bedoeld om chaotische gevoelens netjes in een hokje te stoppen. Het zijn reacties op het verlies die je bij mensen veel ziet, maar er bestaat niet één typische reactie op een verlies, net zomin als er één typisch verlies bestaat. Ons verdriet is net zo persoonlijk als ons leven/¹³

2.2.1. Eerste stadium: Ontkenning

Dit is een stadium waarbij de cliënt die te horen krijgt van het verlies van gezondheid, in een ontkenning terecht komt. Dit is een tijdelijk afweermecanisme, maar het geeft de cliënt ook de tijd om te beseffen wat het verlies gaat inhouden., Een cliënt kan zich in deze tijd beseffen dat hij bijvoorbeeld nooit meer zal kunnen fietsen, terwijl dit: eerst zijn lust en leven was. In deze fase is er nog hoop, hoop op dat het verlies op de één of andere manier ongedaan wordt gemaakt. Deze hoop heeft als functie om met het verlies in deze fase om te gaan, immers heeft hij de hoop dat hij nog beter wordt en als de cliënt beter wordt heeft hij geen probleem.

2.2.2. Tweede stadium: Woede

Dit is het stadium waarin de cliënt beseft dat hij niet meer beter wordt en dat het verlies niet meer terug te draaien is. Dit uit zich in verschillende vormen, een voorbeeld hiervan is dat de cliënt kwaad is op de dokters die hem niet meer beter kunnen maken. Een ander voorbeeld is woede op God, als een cliënt gelovig is. Vragen als: als er werkelijk een God is, waarom doet hij mij dit dan aan? Volgens Kübler- Ross is woede een noodzakelijk stadium in het helingsproces. Soms kan het zijn dat onder woede nog andere emoties schuilgaan, maar woede is een emotie waarvan mensen gewend zijn te beheersen. Tevens is het zo dat mensen woede gebruiken om onderliggende gevoelens te vermijden, totdat mensen klaar zijn om deze gevoelens onder ogen te zien. Woede is een nuttige emotie. Het is een manier om gevoelens te uiten. Nadat deze boosheid en woede geuit is, zorgt dit voor ruimte om met andere gevoelens verder te gaan in het rouwproces. Toch is dit een emotie die veel zal terugkomen gedurende het rouwproces.

2.2.3. Derde stadium: Marchanderen

Het marchanderen houdt in dat de cliënt het leven van vroeger terug wil: bijvoorbeeld eerder ontdekken hoe het komt dat iemand een beroerte heeft gekregen. Dit gaat samen met de vragen: Stel dat? Stel dat de kans op een beroerte eerder was ontdekt, zou ik dan er net zo slecht aan toe zijn als nu?

Marchanderen gaat ook vaak gepaard met schuldgevoelens. Door *stel dat* vragen te stellen kan het gebeuren dat een cliënt zich betrappt op fouten die eerder gemaakt zijn. Hij kan het idee krijgen dat als hij die fout niet had gemaakt, of anders in die situatie had gehandeld, hij nog gezond was gebleven.

Tevens gebeurt het vaak dat de cliënt in dit stadium probeert te 'onderhandelen' met het eigen lichaam. Een cliënt kan bijvoorbeeld het ene doen als er iets anders tegenover staat. "Als ik trouw gezond zal eten, dan word ik vast beter." Net als bij het tweede stadium is hoop een belangrijke drijfveer. Dit is ook uit het bovenstaande voorbeeld te halen, het hoop op herstel is nog aanwezig en dit zorgt er voor dat iemand daar kracht uit put om door te gaan.

2.2.4. Vierde stadium: Depressie

Waar het vorige stadium voornamelijk ging over het verleden en de *stel dat*vragen, gaat dit stadium over hēt heden. Als een cliënt zijn gezondheid verliest komt het verdriet op een dieper niveau binnen. Wat belangrijk is om te beseffen dat dit stadium wordt aangeduid met

¹³ a.w., Kübler-Ross, Kessler, p. 25

depressie, maar dat dit niets te maken heeft met een psychische aandoening . Het is echter een reactie op het verlies van gezondheid: het besef dat diegene nooit meer beter zal worden. Dit zorgt ervoor dat de cliënt gevoelens van onmacht ervaart, hij kan niets doen tegen de ziekte en het verlies van mogelijkheden. De cliënt is niet meer onafhankelijk en dit zorgt ervoor dat diegene zich intens verdrietig voelt. Volgens Kübler-Ross is depressie bij rouw een natuurlijke reactie. Het zorgt ervoor dat *het* zenuwstelsel wordt afgesloten, wat dient als bescherming om diegene die in rouw verkeert de tijd te gunnen om zich aan te passen aan het verlies van gezondheid. Het geeft ruimte voor groei. De depressie is dus een belangrijk fase in het rouwproces. In het boek van Kübler-Ross komt naar voren dat er hedendaags veel campagne gevoerd wordt tegen depressies, omdat deze opgelost moeten worden. Nu duidelijk is dat depressie van belang is voor het rouwproces. Mijn mening is dat een depressie een nare klank heeft in de volksmond. Een depressie kan ook vergeleken worden met verdriet wat bij het verlies van gezondheid hoort. Hier hoeft geen antidepressiva voor geslikt te worden, een cliënt moet zijn verdriet kunnen uiten. Dit komt ook terug bij dit stadium, er moet onderscheid gemaakt worden tussen ernstige en langdurige depressiviteit. Als een cliënt in een dermate ernstige depressie raakt, waarbij de kwaliteit: uit het leven wordt weggezogen, is de behandeling door gekwalificeerde hulpverleners een must. Er is sprake van een verstoord rouwproces, waarbij de cliënt in een fase blijft hangen en niet meer de kracht en mogelijkheden ziet om de volgende stap te maken.

2.2.5. Vijfde stadium: Aanvaarding

Aanvaarding in deze context moet niet gezien worden als "Het maar goed vinden wat er is gebeurd". Cliënten zullen het vrijwel nooit goed vinden dat ze hun gezondheid hebben verloren, of dat het zelfs enigszins aanvaardbaar is. In dit stadium is aanvaarding: "Aanvaarden van de realiteit dat het verlies van gezondheid er is en dat deze nieuwe realiteit ook de permanente realiteit is," Dit is een andere benadering dan in stadium twee en drie, daar was de belangrijkste drijfveer hoop. In dit stadium is de hoop op herstel er niet meer en is het besef gekomen, dat het verlies onomkeerbaar is.

2.3. Fases van rouw volgens de Mönnink

De Mönnink onderscheidt drie fases van rouw in zijn boek, hij doet dit door middel van de drie A's: Afweer, Afscheid en Accommodatie.

In deze paragraaf worden deze fases beschreven. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat een rouwproces van elk persoon uniek is. Het is niet gezegd dat een ieder op dezelfde wijze rouwt. Dit is ook naar voren gekomen in de vorige paragraaf. Elk persoon ervaart pijn subjectief, dit is afhankelijk van het binnenperspectief. Tevens ervaart een cliënt de drie niveaus van werkelijkheid op een andere manier.

2.3.1. Afweer

Verlies van gezondheid doet pijn en via afweer houdt een cliënt deze pijn buiten zijn bewustzijn. Dit heeft als functie dat de emotionele en fysieke pijn niet direct doordringt tot de cliënt. Er zijn verschillende afweermechanismen te onderscheiden, H. de Mönnink onderscheidt de volgende:

Verdoving

Verdoving is een afweermechanisme dat vooral heftig is als verlies onverwacht optreedt. In het geval van verlies van gezondheid komt dit meestal niet onverwacht. Cliënten zijn meestal al voorbereid op het verlies, omdat ze weten dat vanwege hun leeftijd de kans groter is op

het verlies. Toch kan een cliënt ook dit afweermechanisme hebben. Het heeft als doel dat een cliënt zich op een natuurlijke manier kan aanpassen aan het verlies.

Ontkenning

"Ontkenning is de impuls om alles bij het oude te houden." Een cliënt kan het verlies ontkennen. Dit is voornamelijk de weerstand tegen verandering van zijn leefsituatie en dit wordt gedragsmatig uitgedrukt door ontkenning van het verlies. Een voorbeeld hiervan is een cliënt die niet meer mag fietsen vanwege een verstoord evenwichtsgevoel, ontkent dat er iets mis met hem is. Dit heeft als doel om zich in zijn eigen tempo aan de situatie aan te passen.

Marchanderen

Een afweermechanisme waarbij onderhandeld wordt met God of een andere (denkbeeldige) instantie om het verlies ongedaan te maken. Een cliënt kan bijvoorbeeld de afspraak maken met God dat wanneer hij vanaf nu gezond gaat eten en regelmatig een stukje gaat wandelen, hij in ruil daarvoor zijn gezondheid weer terugkrijgt.

Dissociatie

De scheiding van geest en lichaam. De geest neemt het verlies niet waar, dit komt doordat diegene die verlies leidt zich mentaal op een andere plek bevindt. Deze vorm van afweer komt voornamelijk voor bij mensen die te maken krijgen met misbruik, oorlog of aardbevingen. Bij een cliënt komt dit afweermechanisme niet zo vaak voor. Dit komt doordat het verlies van gezondheid bij cliënten vaak een langer proces is en daardoor wordt het verlies op een andere manier beleefd dan bijvoorbeeld misbruik.

2.3.2. Afscheid

Bij afscheid dringt het slechte nieuws van het verlies langzaam door. Bij afscheid wordt het verlies als realiteit erkend. "Via afscheid wordt de kloof tussen oude en de nieuwe werkelijkheid overbrugt."¹⁵ Deze fase is een pijnlijke en moeilijke taak, maar de cliënt kan deze taak volbrengen door middel van de volgende zaken:

Pijnontlading

"Om te kunnen herstellen van pijn ontstaat er een natuurlijk proces van gevoelsontlading (huilen, trillen, irazen, blozen etc.)."¹⁶ Een cliënt heeft er baat bij om zijn gevoelens te kunnen uiten. Het verlies doet pijn, emotioneel en soms ook fysiek. Om deze pijn te bestrijden is het belangrijk deze pijn te ontladen.

Emoties

Een cliënt kan meerdere emoties hebben na het verlies. Een aantal voorbeelden van emoties zijn: boosheid, schaamte en wanhoop. Boosheid is een natuurlijke reactie op het verlies. Een cliënt kan bijvoorbeeld boos zijn op artsen die niet deskundig genoeg zouden zijn en hem dus niet beter kunnen maken.

Schaamte is een veelvoorkomende emotie bij cliënten. Dit komt doordat men lichamelijk niet meer in staat is om voor zichzelf te zorgen. Waar een cliënt eerst autonoom was, moet men zich nu laten helpen; de cliënt is de controle en zelfbeschikking kwijt.

Ook wanhoop is een veelvoorkomende emotie bij cliënt. Het gevoel dat bij schaamte is beschreven komt ook hier opsteken. Een cliënt kan zich wanhopig voelen, doordat hij afhankelijk is. Tevens de wetenschap dat de cliënt niet meer beter wordt, draagt bij aan dit gevoel.

¹⁵ a.w.. Monnik, H. de, p. 61

¹⁶ a.w.. Monnik, H. de, p. 61

Gedrag

Na het verlies zal de cliënt waarschijnlijk gedragsveranderingen ondergaan. Vaak is het zo dat een cliënt terugtrekt in zichzelf. Dit heeft te maken met veiligheid van de cliënt. Op het moment dat een cliënt zich terugtrekt in zichzelf is dit veiliger, dan wanneer hij verbaal de aandacht op hem vestigt. Het gevolg hiervan is dat de cliënt ook het nemen van initiatief verliest. Het is echter belangrijk dit niet te veralgemeniseren. Gedragingen die voortkomen uit het verlies zijn per persoon verschillend en het is belangrijk om niet te generaliseren.

Cognitie

"De wijze waarop een cliënt uitdrukking geeft aan een verlies wordt in hoge mate beïnvloed door het denken, de cognitieve processen." Een voorbeeld om het verlies vorm te geven is dromen. Hiermee komt de pijn en het gemis van het verlies tot uitdrukking. Dromen kunnen belangrijk zijn om het de positie van de cliënt te bepalen met betrekking tot de positie van de rouwverwerking. Dit is voor de inrichting van de hulpverlening belangrijk. Deze dromen kunnen ingezet worden als instrument voor de verwerking.

Creatieve uitingen

Om het verlies vorm te kunnen geven kan een cliënt zich creatief uiten. Hierbij kan gedacht worden aan schilderen. Op deze manier kan hij het verlies een plek geven. Tevens kunnen creatieve uitingen leiden tot pijnontlading. De cliënt onderbreekt zijn denkprocessen door creatief bezig te zijn. Het onderbreken van zijn denkproces kan dan leiden tot pijnontlading.

2.3.3. Accommodatie

"Het geven van een plek aan het verlies betekent het opnemen van het verliesverhaal in het grotere levensverhaal. Je past jezelf aan de nieuwe situatie aan, met andere woorden je accommodeert."¹⁷

In het volgende citaat van De Monnik wordt duidelijk wat er in deze fase van het rouwen dient te gebeuren: "Accommodatie heeft als functie om op symbolische wijze een punt te zetten achter het verlies. Er wordt geïnvesteerd in de nieuwe realiteit. De nieuwe realiteit is dat de cliënt niet meer beter zal worden en dat lichamelijke functies die zijn uitgevallen, het niet meer zullen doen."¹⁸

Het accomoderen sluit ook volledige verwerking van het verlies uit. Volledige verlieswerking is een utopie. Er zullen altijd oplevingsreacties van het verlies zijn. Als voorbeeld neem ik een mevrouw van 67 jaar die in een rolstoel zit vanwege Multiple Sclerose. Een oplevingreactie van het verlies is dat zij in winkels vaak geconfronteerd wordt met de onmogelijkheden die een rolstoel teweeg brengt. Dit zorgt ervoor dat deze mevrouw weer wordt herinnerd aan het verlies en de pijn die dit voortbrengt.

2.4. Gevolgen op psychisch niveau

Het verlies van gezondheid ervaart elk individu op een andere manier. Om het verlies op juiste waarde te schatten is het, volgens De Mönnik, noodzakelijk om inzicht te krijgen op het *binnenperspectief* van het verlies. "Voor het op de juiste waarde schatten van de betekenis van verlies is het uitwerken van het binnenperspectief van groot belang. Een binnenperspectief dat niet alleen aandacht besteedt aan de feiten rond het verlies, maar juist ook aan de ervaringsfeiten."¹⁹

Dit houdt in dat er gekeken wordt naar de subjectieve betekenis van het verlies. Er wordt dus niet gemeten met een denkbeeldige objectieve maatstaf vanuit het buitenperspectief.

¹⁷ a.w.. Monnik, H. de, p. 64

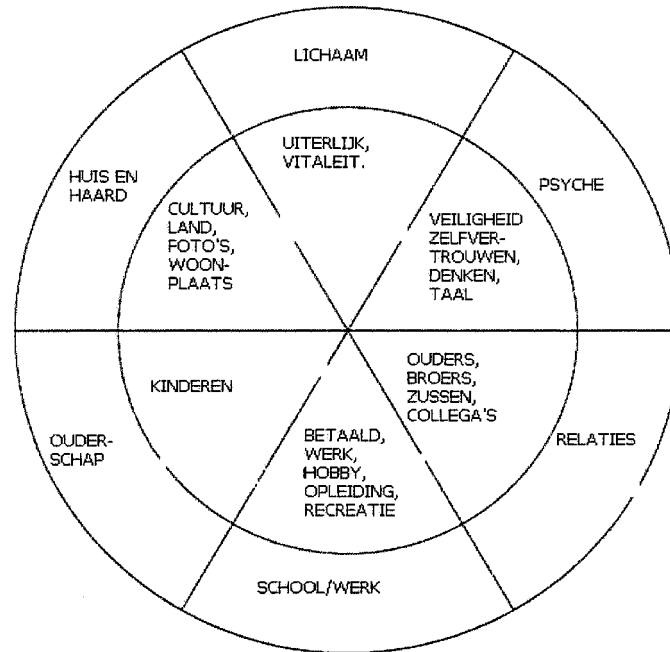
¹⁸ a.w.. Monnik, H. de, p. 64

¹⁹ Monnik, H. de, *Verlieskunde, Handreiking voor de praktijk*, p. 46

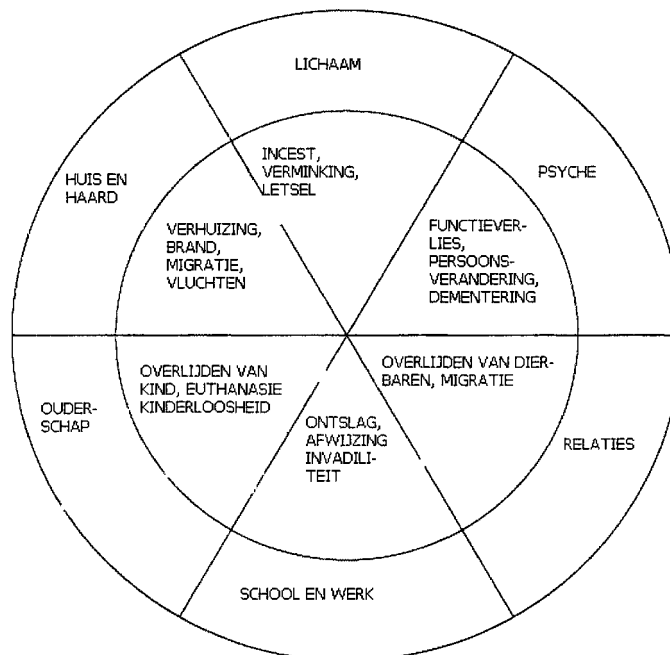
Het buitenperspectief is de omgeving van de cliënt die oordeelt over de impact van het verlies.

De Mönnink onderscheidt drie niveaus van werkelijkheid: de werkelijkheid van de eerste, tweede en derde orde. Deze niveaus verwijzen naar een steeds hoger niveau van abstractie. De niveaus zijn hieronder in figuur 2.1 en 2.2 onderscheiden.

Figuur 2.1 levensgebieden



Figuur 2.2 verlies per levensgebied



De verschillende niveaus die in deze twee cirkels zijn weergegeven, geven het bestaan van mensen weer. Met bestaan wordt bedoeld: "Het unieke geheel van elementen waaruit

iemands leven is opgebouwd." Door de verschillende niveaus van levensgebieden hebben mensen niet alleen pijn om datgene wat ze verloren hebben, bijvoorbeeld een dierbare of gezondheid, maar ook met het verlies van perspectief wat hier uit voortvloeit.

"Bij verlies gaat niet alleen een feitelijk onderdeel van je bestaan verloren- de werkelijkheid van de 1^e orde-, maar ook de betekenis die je aan datgene of diegene toekende- de werkelijkheid van de 2^e orde. Hoe belangrijker de functie was van de verlorene of het verlorene hoe ontwrichtender het verlies is voor je bestaansontwerp- de werkelijkheid van de 3^e orde."²¹

Wat dit inhoudt is te zien in figuur 2.3.

Figuur 2,3

Werkelijkheidsniveau	Omschrijving	Voorbeeld
1 ^e orde	Feiten	Verlies van loopmotoriek
2 ^e orde	Betekeningen	Zinloosheid door aantasting van bewegingsvrijheid
3 ^e orde	Bestaansontwerp - Controle - Eigenwaarde - Rechtvaardigheidsbesef - Nu-in-relatie-tot-later	Aantasting van de KERN Controle: geen greep op het leven Eigenwaarde: het ligt aan mezelf Rechtvaardigheidsbesef: dit had ik niet verdiend, waarom overkomt mij dit? Nu-in-relatie-tot-later: wanhoop; hoe moet het nu verder?

Om te onderscheiden welk effect het verlies van gezondheid op cliënten heeft op psychisch niveau, onderscheidt De Mönnink de KERN. Dit is waar de mens zijn hele bestaan uitput. De verwachtingen van zichzelf haalt hij uit de kern, maar ook de verwachtingen die de mens heeft naar de wereld toe. Op het moment dat er verlies van gezondheid optreedt bij een cliënt, kan dit één of meer aspecten van de kern ondermijnen. Dit is duidelijk te maken aan de hand van het volgende voorbeeld: Een man van 65 jaar krijgt een afasie-aanval en kan niet meer communiceren met zijn vrouw en kinderen, tevens is hij beginnend dementerend, maar hij heeft nog wel heldere momenten. Tijdens deze heldere momenten beseft de man dat hij zijn spraak mist en niet kan communiceren met zijn vrouw en kinderen. Tevens krijgt de man wanhopige gevoelens: straks heb ik geen heldere ogenblikken meer en ben ik dement!

Dit voorbeeld maakt duidelijk hoe verlies het bestaan aantast op het psychisch niveau.

2.5. Rouwtaken van Worden²²

J. William Worden is een Amerikaans psycholoog die rouwtaken heeft beschreven. Deze rouwtaken zijn taken die de cliënt uitvoert om met het verlies om te kunnen gaan. Deze taken hoeven niet perse in een vaste volgorde doorlopen te worden. Het kan zijn dat de cliënt taken overslaat of terug keren naar een eerdere taak. Het betreft de volgende taken:

- aanvaarden van verlies;
- verwerken van pijn;
- het aanpassen van het leven waarin de gezondheid ontbreekt;
- het verlies van gezondheid een plaats geven en verder leven.

Aanvaarden van het verlies

Deze taak houdt in dat: de cliënt het verlies van gezondheid moet geloven. Het verstandelijk weten dat het verlies realiteit is en het gevoelsmatig beseffen dat het verlies heeft

²⁰ a.w., Monnik, H. de, p. 48

²¹ a.w., Monnik, H. de, p. 48

²² Hout, C van den. Zwerts - Verhelst, L. Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant: 'Het belang van afscheid nemen.' http://www.nvshv.nl/seh/pdf/klinles/afscheid_nemen.pdf. Geraadpleegd op 21-03-08

plaatsgevonden. Vooral vlak na de verliesgebeurtenis is het moeilijk voor cliënten om te beseffen en te geloven dat hun gezondheid gedeeltelijk weg is. Dit komt vooral doordat de cliënt vaak aan het verlies wordt herinnerd. De cliënt: was eerst onafhankelijk, maar is bijvoorbeeld nu afhankelijk geworden van zijn rolstoel. Wat er kan gebeuren is ontkenning van het verlies. Wat voor een functie dit heeft kunt u teruglezen in paragraaf 2.3. Om tot werkelijke aanvaarding te komen is tijd nodig. Dit is een logisch gevolg van een heftig life event, waarmee de cliënt moet leren omgaan. Het is logisch dat de cliënt tijd nodig heeft om daadwerkelijk te beseffen en te begrijpen wat het verlies inhoudt. Om het verlies te verwerken is erkenning en acceptatie van het verlies nodig. Als een cliënt de medische reden weet van het verlies, helpt dit de cliënt het verlies te accepteren. Dit is een belangrijk onderdeel in de acceptatie. Hier is ook een taak voor een huisarts of specialist weggelegd, deze kan de medische oorzaken uitleggen. Dit kan zorgen voor een betere acceptatie.

Verwerken van de pijn

Het verwerken van verlies gaat gepaard met emotionele pijn. Deze pijn kan zich uiten via meerdere wegen: verdriet, boosheid en schuldgevoelens. De ene cliënt zal dit meer en heftiger doen dan de ander. Er is echter geen standaard voor het uiten van pijn. De cliënt doet het op zijn manier en dit is ook het belangrijkste. Het werkt contraproductief om voor te schrijven aan de cliënt wat hij moet voelen. Het is echter wel dat door middel van uiten van de pijn, de pijn verwerkt wordt. Het wegstoppen van gevoelens zal op de korte termijn werken (ontkenning), maar op de langere termijn wordt het moeilijker om het verlies een plaats te geven en de pijn die gevoeld wordt te verwerken.

Aanpassen aan het leven

Het verlies kan leiden tot grote veranderingen in het leven van de cliënt. Hij zal meer hulpbehoevend zijn en dus minder onafhankelijk. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zijn verwachtingen, ideeën en opvattingen over de toekomst en het leven moet aanpassen. Waar de cliënt voorheen kon gaan en staan waar hij wilde, kan dit nu niet zomaar. Deze taak is gericht op hoe de cliënt zijn leven gaat inrichten nu hij het verlies heeft medegemaakt. Deze taak is moeilijk voor de cliënt, omdat het verlies nu geaccepteerd is en een plek heeft gekregen. Het is echter zo dat dit besef er voor zorgt dat het verlies niet meer terug te draaien is en dat de toekomst er anders zal uitzien. Het is aan de cliënt om die toekomst in te richten op een manier waarop hij dat niet heeft voorzien. "Voorheen verliep het: leven als het ware langs een ononderbroken lijn van verleden naar toekomst. Door het verlies wordt deze vanzelfsprekende lijn doorbroken en dient de cliënt zich opnieuw te bezinnen op het leven en de betekenis ervan."²³

Het verlies een plek te geven en verder te leven zonder volledige gezondheid

Dit is de taak die de cliënt uitvoert wanneer hij zich heeft aangepast aan het 'nieuwe leven'. Dit blijkt in de praktijk een moeilijke taak te zijn, omdat cliënten het vaak moeilijk vinden om met hun leven door te gaan, zonder volledige gezondheid. Het kan ook zijn dat de cliënt het moeilijk vindt om verder te gaan met het leven, omdat hij bang is voor de toekomst. Deze angst komt voort uit onzekerheid. Het leven van een cliënt is ingrijpend veranderd en vanuit dat oogpunt is het moeilijk om verder te gaan met het leven. Tevens kan bij de cliënt vragen ontstaan als: "Kan ik wel leven zonder mijn volledige gezondheid?" Het verlies een plek geven betekent: het totaal accepteren van de cliënt zijn lichamelijke beperkingen.

2.6. Gevolgen op sociaal niveau

Als een cliënt te maken krijgt met het onomkeerbare verlies van zijn gezondheid, verandert er op sociaal niveau veel. Waar de cliënt voor de ziekte onafhankelijk kon gaan en staan waar hij wilde, is hij nu afhankelijk. Vaak zorgt het verlies voor een lange ziekenhuisgeschiedenis. Dit is een verandering op het sociale niveau, want waar de cliënt eerst onbezorgd in zijn eigen huis woonde, is hij nu afhankelijk van verpleegkundigen en doktoren.

Nadat de patiënt uit het ziekenhuis is ontslagen volgen er meerdere veranderingen. Afhankelijk van het verlies wat geleden is, zal er door de cliënt en zijn eventuele partner en kinderen een beslissing genomen moeten worden over hoe de leefomgeving opnieuw ingericht gaat worden. Vanwege het verlies is het onwaarschijnlijk dat er in het thuis van de cliënt geen aanpassingen nodig zijn. Mochten er geen veranderingen nodig zijn betekent dit een reductie van de gevolgen. Er treden dan zo min mogelijk veranderingen op in het sociale leven van de cliënt. Het gebeurt echter ook dat de cliënt niet meer zelfstandig kan functioneren. Het is een feit dat cliënten het liefst in hun eigen huis blijven wonen, zolang dit mogelijk is. Onder een woning wordt verstaan: eengezinswoning, flat, huurwoning, stacaravan etc. Thuis blijven wonen betekent: in de eigen wijk of eigen dorp blijven en niet naar een verpleeg- of verzorgingshuis gaan. Wat opvallend is, is dat er een verschil is tussen platteland en stedelijke gebieden. Op het platteland is de behoefte aan een eigen woning groot, terwijl cliënten in stedelijk gebieden vaak gevestigd zijn in stadsvernieuwingsgebieden. Deze gebieden staan bekend om gebrekkige kwaliteit van de woningen: veel tocht en vocht. Deze woningen kennen weinig aanpassingen en hebben gebrekkige voorzieningen. Tevens is een gegeven dat een cliënt vaak problemen ondervindt van de gevolgen van de stadsvernieuwing zelf, zoals de verandering van de buurtpopulatie, materiële en psychische overlast van verhuizingen. Toch blijven cliënten liever wonen in hun eigen woning.²⁴ Als dit niet het geval, moet cliënten kunnen kiezen voor een andere oplossing.²⁵

2.6.1. Verschillende woonvormen

Hieronder volgt een opsomming van veranderingen die een cliënt kan doormaken op het moment dat hij niet meer zelfstandig kan functioneren.²⁶

Bejaardenhuis

In het bejaardenhuis is het de bedoeling dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk blijft functioneren. De cliënt woont nu echter niet meer in zijn eigen huis, maar in een bejaardenhuis. De cliënt leeft nu in een andere omgeving, waar verwacht wordt dat hij zo zelfstandig mogelijk leeft, maar in een omgeving wat zijn huis niet is en waar hij samenleeft met andere cliënten. Tevens kan het zo zijn dat de partner van de cliënt nog wel in het ouderlijk huis woont. Dit zijn grote veranderingen in het sociale leven van een cliënt.

Woontussenvoorzieningen

Dit zijn complexe woningen waarbij één of meerdere zorgdiensten beschikbaar zijn voor de cliënt. Hierbij kan gedacht worden aan een centrale kook- en woonvoorziening, of een ontmoetingsruimte met andere cliënten waarbij bewegingsactiviteiten aangeboden worden.

Gemeenschappelijk wonen

Meerdere cliënten wonen zelfstandig in het zelfde pand of complex. Bij deze vorm is het gemakkelijk contact maken met leeftijdsgenoten. Bij dit contact kan er ondersteuning worden geboden aan elkaar. Deze cliënten zitten in dezelfde situatie en kunnen dan steun

²⁴ Ledbetter Hancock, B. *Maatschappelijk werk en de zorg voor cliënten*, p. 277

²⁵ Zorgvisie september 2007. *Hulp van buiten*, p. 28

²⁶ a.w., Ledbetter Hancock, B, p. 276

aan elkaar hebben. Deze vorm is niet geschikt voor cliënten die veel hulp nodig hebben, omdat de hulp in deze vorm niet voorhanden is.

Eigen woningen en huurwoningen

Cliënten die blijven wonen in hun eigen woning, kunnen hun woning aanpassen naar hun wensen. Op deze manier wordt kwaliteit van de woonomgeving gegarandeerd en kan de cliënt thuis blijven wonen. Deze vorm zorgt voor zo min mogelijk veranderingen in het sociale leven van een cliënt. Toch kan het zijn dat deze cliënten meer zorg nodig hebben dan ze thuis kunnen krijgen. Vanwege deze zorgbehoefte zijn er een aantal overbruggingsmogelijkheden tussen zelfstandig wonen en een opname in een intramurale zorginstelling:

Dagbehandeling

Deze behandeling wordt vaak gegeven bij een verpleeginrichting. De cliënt die te kampen heeft met afnemende vitaliteit kan naar deze behandeling gaan. De behandelingen zijn er vaak twee a drie keer per week. De behandelingen zijn gericht op de afnemende vitaliteit en het bestrijden ervan. Ook heeft de behandeling een sociale functie, de cliënten eten samen en komen met elkaar in contact.

Dagverzorging en dagopvang

Dit heeft als doel om een cliënt zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Om dit te bewerkstelligen worden er activiteiten ondernomen in groepsverband, de cliënt krijgt ook hulp en verzorging. In groepsverband wordt er samen gegeten en wordt de nadruk gelegd op sociale reactivering. Dit komt door de indicatie psychosociale problematiek die voor deze zorg gevraagd wordt. Hierbij is de te denken aan eenzaamheid en isolement.

Thuiszorg

Dit is een organisatie die bij de cliënt thuiskomt en deze zal ondersteunen in het huishoudelijk werk. Deze organisatie werkt voor cliënten die nog zelfstandig wonen in hun eigen huis. Voor de cliënt is dit een grote verandering, waar deze eerst zelf alles kon doen, is de cliënt nu afhankelijk van andere mensen die het huis schoonmaken en andere huishoudelijke taken vervullen.

Naast huishoudelijke werkzaamheden is het ook mogelijk dat er een verpleegkundige bij de cliënt thuis komt om op medisch vlak de cliënt te ondersteunen en te helpen. Een andere belangrijk taak van thuiszorg is verzorging. Als de cliënt niet meer zelfstandig kan opstaan, eten en aankleden kan iemand van de thuiszorg hier ondersteuning bij bieden.

2.7. Gevolgen op levensbeschouwelijk niveau

Cliënten kunnen worstelen met vragen over de zin van het eigen leven. De ontstane leegte door het verlies roepen allerlei vragen op: Waarom overkomt mij dit? Wat is de zin van dit lijden? Hoe moet ik dit verlies plaatsen? Als er een God is, waarom doet Hij mij dit aan? Het wegvallen van perspectief en de ervaren zinloosheid kan moeilijk te dragen zijn door de cliënt. "Verlies is dan verlies van houvast, omdat men met het feitelijk verlies ook de zin van het leven verliest: verlies bedreigt op die wijze de centrale waarden van het leven/²⁷ Het feit dat de waarden van het leven worden aangetast en de cliënt houvast kwijtraakt, draagt ertoe bij op zoek te gaan naar houvast. Een manier is om te zoeken naar de betekenis van het verlies. Op deze manier wordt geprobeerd om op een symbolisch niveau een houvast te creëren. Het verlies van gezondheid is een onomkeerbaar proces, maar er wordt gezocht naar een houding ten aanzien van dit verlies. De cliënt voert een gevecht tegen het gevoel van zinloosheid, dit wordt gedaan door een fictieve werkelijkheid voor zichzelf te creëren.

²⁷ Monnik, H. de, *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk*, p. 70

Om te kunnen omgaan met de bovengenoemde levensvragen, kan de cliënt door middel van de fictieve werkelijkheid houvast creëren voor zichzelf. De levensvragen die worden gesteld zijn immers het verlies van houvast. Als de cliënt weer houvast voor zichzelf creëert kan hij ook omgaan met de levensvragen.

2.8. Gevolgen op maatschappelijk niveau

Met de komst van de WMO is het de bedoeling dat in eerste instantie de zorg in de informele sfeer wordt opgelost. Dit betekent dat: de cliënt een appél moet doen op zijn omgsving. De verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt en zijn omgeving. Het is echter niet vanzelfsprekend dat een cliënt ook genoeg hulpbronnen heeft om de zorg op deze manier in te richten. Tevens is het zo dat, vanwege de demografische gegevens, het onwaarschijnlijk is dat informele zorg zal toenemen. Bij demografische gegevens moet gedacht worden aan: toenemende vrouwen op de arbeidsmarkt, daling van het aantal kinderen- en familieleden.²⁸ Een conclusie hiervan is dat er veel cliënten alsnog een zorgvraag hebben en dat de formele zorg deze vraag zal moeten beantwoorden. In dit geval gaat het om de thuiszorg, omdat deze de zorgvraag beantwoordt van de cliënt die nog thuis woont, zie 2.6.1.

In de formele zorg is echter vanwege de WMO een concurrentieslag gaande. Dit komt doordat de thuiszorg door de gemeente aanbesteed wordt aan één organisatie²⁹. Het gevolg is dat verschillende instellingen de zorg zo goedkoop mogelijk aanbieden in ruil voor het contract van de gemeente. Ervaren werkers worden ontslagen en in de plaats van deze komen jonge onervaren krachten, omdat zij goedkoper zijn. Het gevolg voor de cliënt is dat zij hun vertrouwde hulp verliezen en een jong onervaren iemand ervoor terug krijgen. De conclusie is dan ook dat vanwege de concurrentieslag om het zorgcontract de zorg verschaalt. Dit komt doordat de zorg zo goedkoop mogelijk moet worden. De cliënt die merkt dit, want de zorg die hij moet krijgen wordt echter uitgekleeft.³⁰

2.9. Pathologische rouw

Het kan zijn dat een cliënt een gecompliceerd of pathologisch rouwproces doormaakt. Dit houdt in dat de cliënt vastzit in het rouwproces en niet de taken en fases kan doorlopen, zoals deze eerder beschreven zijn. Dit kan meerdere oorzaken hebben: geen begrip van de omgeving of persoonsfactoren die verliesverwerking belemmeren. Hieronder een schema waarin het verschil van normale rouw wordt vergeleken met pathologische rouw:³¹

Reactie op een verlies, ongecompliceerd:

life event	6-12 maanden	Vele jaren
Fasering van verlies wordt doorlopen	Jaar cyclus heeft plaats gevonden, leven wordt hervat	Dagelijks leven voortgezet en normaal functioneren

²⁸ <http://www.kenniscentrum-cliëntn.nl/smartsite.dvvs?id=105606> geraadpleegd op 10-03-08

²⁹ *Het kon beroerder.* <http://www.zorgvisiearchiefm1/article3ill.cfm?id=32493&start=1>

³⁰ Graaf, M. van den. *Verschraling van de thuiszorg.* Radboud Universiteit Nijmegen http://www.eur.nl/nieuws/de_kwestie/kwestie_week_38/print.html. geraadpleegd op 10-03-08

³¹ Lesmateriaal keuzemodule Verlieskunde'

Reactie op verlies, gecompliceerd;

life event	6-12 maanden	Vele jaren
Er doen zich problemen voor in de fasering	Chronische, uitgesteld, of verborgen verdrietreactie	Belemmeringen in dagelijks leven, overdreven reacties

2toals duidelijk wordt in het schema verloopt een pathologisch rouwproces anders dan een 'normaal rouwproces. Waaraan is echter een pathologisch rouwproces te herkennen?'³²

Chronische verdrietreactie

Een cliënt is buitensporig lang verdrietig en een huilbui heeft nooit een bevredigend eind. Ook geeft de cliënt aan niet door de rouw heen te komen: "Het lukt me niet meer om gewoon te leven/'

Uitgestelde verdrietreactie

In paragraaf 2.3.2 wordt de noodzaak van pijnontlading benoemd. Bij cliënten bij een pathologisch rouwproces vindt deze niet plaats. Cliënten onderdrukken verdrietreacties en geven geen uiting aan hun verdriet.

Verborgene verdrietreactie

Klachten en gedragingen van de cliënt die ten grondslag liggen aan het verlies, worden *echter* niet zodanig herkend door de cliënt. De cliënt heeft bijvoorbeeld psychosomatische klachten, die veroorzaakt worden door het verdriet. Echter, de cliënt herkent zelf niet dat deze klachten door het verlies komen.

Hoofdstuk 3. Rol van het maatschappelijk werk

In dit hoofdstuk heb ik de rol van het maatschappelijk werk in relatie tot de doelgroep onderzocht. Om dit te onderzoeken is het hoofdstuk verdeeld in drie paragrafen. In de eerste paragraaf kijk ik naar de doelgroep vanuit het "Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker."³³ Hierbij heb ik de volgende deelvragen gemaakt:

- Is de missie van het maatschappelijk werk in relatie te brengen tot cliënten?
- Welke taken, zoals het beroepsprofiel die beschrijft, kan een maatschappelijk werker uitvoeren voor een cliënt?

Naast deze deelvragen komt in het beroepsprofiel terug dat een maatschappelijk werker methodisch werkt.³⁴ Het is de vraag welke methodieken een maatschappelijk werker kan inzetten bij het begeleiden van de cliënt. Om dit te onderzoeken ga ik de onderstaande deelvraag beantwoorden:

- Welke methodieken zijn inzetbaar bij het begeleiden van cliënten?

Tevens is het een feit dat maatschappelijk werkers ook fouten kunnen maken in hun begeleiding. Om te onderzoeken welke valkuilen veelvoorkomend zijn, zal ik antwoord geven op de volgende vraag:

- Welke valkuilen zijn veelvoorkomend tijdens het begeleiden van cliënten?

Om te onderzoeken hoe in de praktijk cliënten begeleid worden, heb ik een enquête gehouden in een zorginstelling. Op deze manier onderzoek ik of de theorie overeenkomt met de praktijkervaringen binnen de zorginstelling. In hoofdstuk 4 kom ik hier op terug.

3.1. Missie van het maatschappelijk werk in relatie tot cliënten.

De missie van het maatschappelijk werk luidt als volgt: "Bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht kunnen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen en dat ze rekening houden met andere met wie zij samenleven!"³⁵

In hoofdstuk twee heb ik beschreven dat cliënten een rouwproces doormaken. Sommigen zullen dit alleen kunnen, anderen met: steun van hun omgeving. Er zijn cliënten die niet de draagkracht hebben om met hun verlies om te gaan. Deze cliënten komen op deze manier niet volledig tot hun recht in de samenleving als mens. Volgens de missie is er dan een taak weggelegd voor het maatschappelijk werk. Op welke wijze kan het maatschappelijk werk iets betekenen voor deze cliënten?

Werken met cliënten

Om iets te kunnen betekenen voor de cliënt is het belangrijk dat er een samenwerkingsrelatie tot stand komt. Een voorwaarde hiervoor is dat de maatschappelijk werker en de cliënt op zijn minst gedeeltelijk overeenstemming hebben over de aard van de problematiek en welke doelen er gesteld (gaan) worden. Op het moment dat hier geen overeenstemming over is, kan er geen samenwerkingsrelatie ontstaan. Dit werkt contraproductief en moet dus voorkomen worden. Het maatschappelijk werk is erop gericht de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten, zodat een cliënt copingsvaardigheden aanleert en in de toekomst problemen kan oplossen, zonder hulp van maatschappelijk werk. Om dit

³³ Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, uitgegeven door de NVMW

³⁴ a.w., p. 12

³⁵ a.w., p. 10

te bereiken is ook die overeenstemming nodig, zoals die hierboven is gesteld. Als deze er niet is, zal de hulpverlening ook op dit gebied niet succesvol zijn. Centraal in de hulpverlening staat het probleem of de moeilijkheden van de cliënt. Om dit op te lossen, of te beïnvloeden gebruikt de maatschappelijk werker vaardigheden als betrokkenheid en directiviteit. Hierover schrijft het beroepsprofiel het volgende: "Persoonlijke betrokkenheid is een wezenlijk onderdeel van zijn methodisch handelen. Het gaat hier om positieve waardering, echtheid en empathie, die tot uitdrukking komen in belangstelling, bemoediging en ondersteuning. Daarnaast kunnen ze ook dienen als noodzakelijk bedding voor confrontatie. De maatschappelijk werker weet te kiezen voor de mix van nabijheid en afstand die een specifieke cliënt nodig heeft. Met gevoel en verstand voegt hij zich tijdelijk in de leefwereld van de cliënt in. De waarden die hij vertegenwoordigt, maakt hij in zijn eigen doen en laten zichtbaar."³⁶

Het beroepsprofiel schrijft het volgende over directiviteit:

"Directiviteit is een ander centraal kenmerk van het methodisch handelen van maatschappelijk werkers. Het gaat om een activerende, praktische aanpak, om sturing, structurering en om het geven van adviezen, aanwijzingen of 'opdrachten', steeds in dialoog met de cliënt. Daarbij wordt gewerkt aan concrete doelen."³⁷

Maatschappelijk werkers kunnen op een methodische manier, waarbij overeenstemming is over de problematiek en doelen, cliënten begeleiden in het zoeken van manieren om hun verlies te lijf te gaan.

Werken met de omgeving

Een maatschappelijk werker kan niet alleen op cliëntniveau iets betekenen voor de cliënt. Een maatschappelijk werker kan ook de omgeving van de cliënt inschakelen. Hij kan gebruik maken van de mogelijkheden van de instelling waarin hij werkt of waaraan hij verbonden is. Hij kan samenwerken met collega's van andere disciplines, bijvoorbeeld de arts van de cliënt. Het is tevens mogelijk dat de maatschappelijk werker werkt met directe familie van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer hij steunende contacten zoekt binnen de familie voor de cliënt. "Kenmerkend voor de werkwijze van de maatschappelijk werker is daarbij dat hij oog heeft voor de mogelijkheden en positieve krachten in de omgeving en de bereidheid toont om te luisteren naar hoe de omgeving haar eigen belangen ziet. Primair probeert hij met de omgeving samen te werken door te overtuigen, te appelleren, te adviseren en te ondersteunen."³⁸

3.2. Welke taken, kan een maatschappelijk werker uitvoeren?

Het beroepsprofiel onderscheid drie taakgebieden. Elk taakgebied kent twee verwante kerntaken. In deze kerntaken zijn verschillende taken ondergebracht.

3.2.1. Taakgebied 1. Directe en indirecte hulp- en dienstverlening

De eerste kerntaak die hierbij hoort is de *psychosociale hulpverlening*. Dit is een ander woord voor het werken met en namens cliënten. Het is een taak waarbij het gaat om: "Het oplossen, verlichten of hanteerbaar maken van psychosociale problemen, waarvoor de cliënt hulp inroept of waarvoor de maatschappelijk werker met minder of meer drang hulp aanbiedt. Het gaat om problemen van velerlei aard, die het eigen welzijn van de cliënt of dat van anderen belemmeren en sociale participatie in de weg staat."³⁹ Bij cliënten die te maken hebben met verlies van gezondheid, waarbij een maatschappelijk werker is ingeschakeld, mag er vanuit worden gegaan dat zij een probleem hebben met het eigen welzijn. Het is de

a.w., p. 13
a.w., p. 13
a.w., p. 14
a.w., p. 41

taak van de maatschappelijk werker om samen met de cliënt het probleem hanteerbaar te maken.

Hulpverleners kan op veel manieren, hierbij is te denken aan individuele hulpverlening, maar ook aan groepen (bijvoorbeeld lotgenotengroep). Voor deze vorm kan gekozen worden als de cliënt behoefte heeft aan herkenning en erkenning van lotgenoten.

De maatschappelijk werker kan de volgende taken inzetten om het probleem hanteerbaar te maken:

Ondersteunende en stabiliserende begeleiding.

Dit is begeleiding die gericht is op care in plaats cure. Cliënten die verlies hebben meegemaakt, worden niet meer beter. Cure is daarom ook geen optie. Welke vorm de care aanneemt is afhankelijk van de cliënt en van de analyse van de problematiek en de situatie van de cliënt. Soorten care die de maatschappelijk werker kan inzetten zijn:

- leun- en steuncontacten;
- praktische- en morele steun;
- inschakelen van vrijwilligers.

Concrete en informatieve hulpverlening.

Psycho-educatie kan een belangrijk onderdeel vormen bij het verwerken van het verlies. De cliënt krijgt informatie van de maatschappelijk werker over het verwerken van het verlies. Ook concrete of materiële hulpverlening kunnen voorkomen. Hierbij is te denken aan het realiseren van aanpassingen in de woning van de cliënt. Dit kan een belangrijk onderdeel zijn, omdat de cliënt op deze manier niet constant herinnert wordt aan zijn beperking.

Crisisinterventie

"Crisisinterventie staat voor het onmiddellijk, intensief en kortdurend interveniëren in een situatie waarin de persoon in crisis de greep op zijn situatie tijdelijk verregaand verloren heeft."⁴⁰

De maatschappelijk werker kan bij werken met deze doelgroep te maken krijgen met cliënten die vereenzaamd zijn of leven in een sociaal isolement. Het gevolg hiervan kan zijn dat de cliënt niet meer voor zichzelf kan zorgen en daardoor in de problemen komt met voeding en huishoudelijke taken. Dit kan voor gevaarlijke situaties zorgen.

Uitbouwen en ondersteunen van sociale netwerken

Het is voor cliënten belangrijk om steunende contacten te hebben in het netwerk. Een cliënt die te maken heeft gehad met verlies, is vaker hulpbehoevend. Een maatschappelijk werker kan samen met de cliënt een netwerkanalyse maken om te kijken hoe zijn netwerk in elkaar zit. Op het moment dat blijkt dat dit onvoldoende is, "spant de maatschappelijk werker zich in om het netwerk aan te vullen vrijwilligers, of zoekt naar bestaande groepen of netwerken die aansluiten op de behoeften van de cliënt."⁴¹

Kerntaak twee is het *werken voor cliënten en potentiële cliënten*. Dit is altijd indirect werken voor de cliënt. Waar kerntaak één voornamelijk gericht is op probleemoplossing op micro niveau, is kerntaak twee gericht op collectieve probleemoplossing en preventie, dus meso niveau. Welke taken kan de maatschappelijk werker binnen deze kerntaak vervullen voor de cliënt?

Signalering

De maatschappelijk werker kan het volgende signaleren:

a.w., p. 47

a.w., p. 47

- tekorten in regelingen, voorzieningen en wetten. Cliënten zijn afhankelijk van regelingen en voorzieningen die in de wet zijn vastgelegd. Bijvoorbeeld aanpassingen in een woonomgeving. Op het moment dat deze regelingen en voorzieningen tekort schieten, is het de taak van de maatschappelijk werker hier iets mee te doen.

Signaleren is niet een vrijblijvend iets:

"Het gaat om het verzamelen, analyseren en interpreteren van signalen, waarna de uitkomst van op strategische wijze naar buiten wordt gebracht."⁴² Dit houdt in dat er met de opgevangen signalen, ook iets gedaan wordt. Analyse van signalen moeten niet voor eigen documentatie gehouden worden, maar moeten worden aangeboden aan instanties of overheden die de macht hebben om iets te kunnen veranderen.

Preventie

Naar aanleiding van de signalen kan er preventief opgetreden worden. In het beroepsprofiel staat een voorbeeld over mantelzorgers: een maatschappelijk werker kan binnen zijn instelling ruimte vragen voor het ontwikkelen van preventieprogramma's. Zo'n preventieprogramma kan een antwoord zijn op bijvoorbeeld het gesignaleerde gegeven dat veel mantelzorgers van dementerende cliënten burn-out raken.

Het is een belangrijke taak van het maatschappelijk werk. Op deze manier kunnen veel problemen voorkomen worden. Problemen van cliënten kunnen in een vroeger stadium aangepakt worden, waardoor de problemen beter hanteerbaar zijn.

Coachen en begeleiden van vrijwilligers en netwerkgroepen

Cliënten kunnen gebruik maken van de hulp van vrijwilligers. Om dit zo goed mogelijk te laten verlopen is het belangrijk dat deze vrijwilligers goed op de hoogte zijn van wat zij kunnen verwachten. Tevens kan de maatschappelijk werker een vrijwilligersgroep coachen en problemen bespreekbaar maken, op deze manier zorgt de maatschappelijk werker ervoor dat de cliënt de hulp krijgt van de vrijwilliger die hij verdient.

3.2.2. Taakgebied 2. Werken in en vanuit een arbeidsomgeving

Dit houdt in dat een maatschappelijk werker in een instelling kan werken, maar dat de maatschappelijk werker ook buiten de organisatie kan werken. Denk hierbij aan projecten, werkgroepen, etc.

De eerste kerntaak is: *Werken in de eigen instelling of organisatie*. Deze kerntaak is niet gericht op het werken met cliënten, maar is gericht op de input van de maatschappelijk werker binnen zijn organisatie. Deze input heeft invloed op de begeleiding van cliënten, de drie bijbehorende taken zijn:

Bijdragen aan beleidsuitvoering en beheer

De maatschappelijk werker werkt vanuit een organisatie met budgetten en protocollen. Ook werkt de maatschappelijk werker vanuit een zekere autonomie. Deze is wel beperkt, want hij werkt met vaststaande budgetten, protocollen en organisatorische kaders. Mocht het zo zijn dat bepaalde protocollen niet blijken te werken, dan is het de taak van de maatschappelijk werker om dit bij het management aan te geven. De begeleiding van cliënten komt namelijk in het geding. Tevens hoort bij deze taak het schriftelijk en mondeling verantwoording afleggen van gedane werkzaamheden. Dit is een uiterst belangrijke taak. Op deze manier kan een eventuele overdracht veel soepeler verlopen. De maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld ziek worden en een collega zal de begeleiding van de cliënt moeten overnemen. Een goede registratie en verantwoording van gedane werkzaamheden is noodzakelijk. Als dit niet goed gedaan wordt, zal de begeleiding van de cliënt hier mogelijk ondiep kunnen lijden.

⁴² a.w., p. 48

Bijdragen aan beleidsontwikkeling

"Alle beleidsmatige inbreng van maatschappelijk werker is gebaseerd op de overtuiging dat het beleid van de instelling uiteindelijk in dienst moet staan van de behoeften van de cliënt/"⁴³

Maatschappelijk werkers hebben vanuit hun ervaringen met cliënten de mogelijkheid om bij te dragen aan het kwaliteitsbeleid van de instelling. Als maatschappelijk werkers signaleren dat protocollen niet werken, kunnen zij vanuit hun ervaringen met het werken van deze protocollen input geven over hoe het beter kan. Dat houdt in dat de maatschappelijk werker de begeleiding van cliënten op een hoger niveau, dan alleen microniveau kan beïnvloeden.

Intercollegiaal samenwerken en (laten) begeleiden van werken en leren.

Een maatschappelijk werker komt voor veel professionele dilemma's te staan. Dit is inherent aan het werk van een maatschappelijk werker. Het werken met mensen kan leiden tot verschil van inzicht over problematiek. Normen en waarden van maatschappelijk werker en cliënt kunnen niet overeenkomen. Dit zijn een aantal voorbeelden van professionele dilemma's. Om met deze dilemma's om te kunnen gaan is in het belang van de cliënt. Het is echter ook in het belang van de maatschappelijk werker, dat de maatschappelijk werker zich laat begeleiden» Dit kan door intercollegiaal overleg, het gezamenlijk reflecteren op casuïstiek en de collegiale toetsing. Het is de taak van de maatschappelijk werker om niet te werken op een automatische piloot, maar constant te reflecteren op het eigen handelen. Dit zorgt voor een betere professionaliteit en voor een betere begeleiding van cliënten.

Kerntaak twee in dit taakgebied is werken In externe samenwerkingsverbanden.

Een maatschappelijk werker hoeft niet verbonden te zijn aan één instelling. Het is mogelijk dat een maatschappelijk werker gedetacheerd wordt. Tevens zijn er verschillende projectgroepen, of netwerken van professionals. Welke taken in dit taakgebied hebben effect op de begeleiding van cliënten?

Eigen beroep en beroepshandelen profileren en verantwoorden.

Het is van belang dat de maatschappelijk werker zijn eigen functioneren kan profileren en verantwoorden binnen een samenwerkingsverband, omdat hij op deze manier zijn expertise en professionele inzet onder woorden kan brengen. De maatschappelijk werker profileert zich ook voor de cliënt. Een maatschappelijk werker kan cliënten begeleiden bij *het* verwerken van verlies, maar als een maatschappelijk werker dit niet goed kan verantwoorden is nadelig voor het beroepsveld. Het belang van het: maatschappelijk werk voor de cliënt wordt niet erkend en dit kan uiteindelijk leiden tot bezuinigingen. Dit is in het nadeel van de cliënt en het is daarom de taak van een maatschappelijk werker om zijn beroepshandelen te profileren.

3.2.3. Taakgebied 3. Werken aan professionaliteit en professionalisering

Ik heb er voor gekozen om alleen de kerntaak: *Zichzelf ontwikkelen In het beroep*, op te nemen, omdat deze van toepassing is op de begeleiding van cliënten. De taken die hier bij horen zijn:

Reflecteren op eigen handelen.

Het is belangrijk te blijven reflecteren op het eigen handelen als beroepsprofessionals. Op de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening is dit één van de hoofdpijlers. Het onderhouden van de eigen deskundigheid kan via het volgen van opleidingen en cursussen, maar vooral via het reflecteren op eigen handelen. Op deze manier komt kennis die in het handelen tot uiting komt zonder dat de maatschappelijk werker daar volledig bewust van is,

⁴³ a.w., p. 51

aan de oppervlakte. De eigen routines worden benoemd en ontleed. Op zich hoeft met die routines niets mis te zijn, maar door te reflecteren en ze te expliciteren worden onderliggende schema's, werkmodellen, hypothesen en overtuigingen zichtbaar, bespreekbaar en daarmee ook toetsbaar."⁴⁴

Voor het werken met cliënten is het belangrijk om te blijven reflecteren, omdat op deze manier duidelijk wordt waar de kracht ligt van de maatschappelijk werker. Wat ook belangrijk is, dat aan de oppervlakte komt, waar de zwakte ligt van de maatschappelijk werker. Bewustwording is de eerste stap voor verandering en als de maatschappelijk werker via reflecteren achter zijn zwakke punten komt kan hij deze ook beïnvloeden. Het blijven reflecteren is een win-win situatie: het geeft inzicht in leerpunten, maar ook in kwaliteiten en hoe deze ingezet kunnen worden.

Dit is dan ook de tweede taak binnen deze kerntaak: *Plannen van competentieontwikkeling*. Het inzicht wat de maatschappelijk werker heeft verworven over zijn leerpunten, kan hij omzetten in een plan. In dit plan worden de leerpunten opgenomen en onderzocht hoe hij deze punten verder kan ontwikkelen.

Deze scriptie valt ook onder professionaliseren. Ik wil mijn kennis over rouwverwerking bij ouderen vergroten, dit heb ik gedaan door deze scriptie te schrijven.

3.3. Methodieken

Om antwoord te geven op de vraag: *Welke methodieken zijn inzetbaar bij het begeleiden van cliënten?*, heb ik gebruik gemaakt van een tweetal boeken van H. de Monnik.⁴⁵ De methoden zijn op het individu gericht, met uitzondering van de laatste methodiek. Dit is een groepsgerichte methodiek. De volgende methodieken zijn inzetbaar bij het begeleiden van cliënten:

3.3.1. SCHOON-model⁴⁶

Deze methodiek is erop gericht condities te scheppen voor de rouwarbeid van de cliënt. "Verwerking van verlies wordt gezien als een actief proces, rouwarbeid, dat onder bepaalde condities haar natuurlijke loop heeft. Verondersteld wordt dat mensen veel aankunnen, mits de condities optimaal zijn. Hier zijn geen aparte Verlieskundigen' voor nodig."⁴⁷ De volgende taken zijn er voor bedoeld om als werker de cliënt bewust en actief afscheid te laten nemen en het verlies in zijn leven te integreren.

Stap 1: Signaalgevoeligheid voor verlies, verliesuitingen en risicosituaties.

De eerste stap van de maatschappelijk werker is sensitief zijn voor de signalen van de cliënt. Deze signalen zijn noodzakelijk om op te vangen als de werker aandacht wil besteden aan verliesaspecten. Het sensitief zijn is belangrijk voor de cliënt, dit houdt in dat de werker contact krijgt met zijn cliënt. De werker maakt een inschatting van de toestand van hoe de cliënt zich voelt. Een cliënt kan zich verdoofd, verdrietig, boos, etc. voelen. Door in te gaan op deze signalen zal de cliënt zich begrepen voelen en dit draagt bij aan de veiligheid voor de cliënt. Veiligheid is belangrijk bij het begeleiden van cliënten. Als de cliënt de relatie met de werker als veilig ervaart, zal de cliënt zich ook meer open stellen voor begeleiding. Een sensitieve begeleider zorgt ervoor dat tijdens het contact zorg besteed wordt aan de cliënt. Voor de cliënt wordt het verlies op deze manier dragelijk.

⁴⁴ a.w., p. 55

⁴⁵ Monnik, H. de, *Verlieskunde, handreiking voor de beroepspraktijk*, en H. de Monnik, *Gereedschapskist van de maatschappelijk werker*

⁴⁶ Monnik, H. de, *Verlieskunde, handreiking voor de beroepspraktijk*, p. 143

H. de Monnik, *Verlieskunde: zes taken in de verliesbegeleiding*, Maatwerk. April, 1998

⁴⁷ a.w.. Monnik, H. de, p. 143

Stap 2: Creatieve zoekhouding naar de meest passende vorm van steun

Een rouwproces is per persoon verschillend. De werker zal per cliënt moeten zoeken waar deze behoefte aan heeft. Een cliënt heeft te maken met verlies en heeft behoefte aan steun. Het is aan de werker om te zoeken naar vormen van steun die de cliënt kan helpen. De begeleiding moet op maat zijn en dat is de kern van deze stap. Wat veel voorkomt tijdens deze stap is de pijnontlading van een cliënt. Het is belangrijk om de cliënt de ruimte te geven, zodat hij kan uiten wat het verband is met de pijnontlading en het verlies. Tevens is het belangrijk om als werker te beseffen dat gevoelens en emoties die naar boven zijn gekomen, een heftige impact kunnen hebben op de cliënt. Vanuit dit oogpunt is het belangrijk om alert te zijn op de grenzen van de cliënt en de nawerkingseffecten te reguleren door een follow-up-gesprek.

Stap 3: Herkenning van de psychische aardbeving

Deze taak is het herkennen en het erkennen van de psychische aardbeving die de cliënt doormaakt. Als begeleider kun je de desoriëntatie en ontwrichting die het verlies teweeg heeft gebracht niet echt voor de cliënt wegnemen. Wat wel een taak is, is het mensen helpen zichzelf weer te helpen. Als een werker de gevolgen van het verlies teruggeeft aan de cliënt, voelt de cliënt zich erkend in zijn verlies. De cliënt zijn wereld mag op z'n kop staan na een verlies.

Het is de taak van de werker om met de cliënt te zoeken naar adequate overlevingsstrategieën. Dit zorgt ervoor dat de cliënt naar zichzelf leert kijken en gaat onderzoeken waar hij zijn kracht uit haalt. De cliënt leert op deze manier zijn krachtbronnen kennen en weet deze ook in andere lastige situaties te gebruiken. Bij dit zelfonderzoek komt de cliënt bij grote vragen als: Wat is de zin van het verlies, waarom ik? Het is aan de werker om te beseffen dat de 'waarom ik vraag?' een vraag is om het verlies te verwerken. Het is een vraag die wordt gezien als een zoektocht naar een betekenis van het verlies, een werker kan de cliënt hierbij steunen. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zich gesteund voelt in zijn zoektocht naar een nieuw houvast.⁴⁸

Stap 4: Oog en aandacht voor omgevingsinvloeden

De vierde taak is het onderkennen dat het sociale netwerk van de cliënt een rol speelt in het verwerkingsproces. Iemand met een sterk sociaal netwerk is minder afhankelijk van professionele hulp dan iemand met een zwak netwerk. Het is de taak van de werker om het netwerk, waar nodig, te versterken en te activeren. Om dit goed te doen is het nodig dat de cliënt het netwerk analyseert, om later tot actie over te kunnen gaan. Het is een taak van de werker om er voor te zorgen dat spanningen en emoties geen problemen opleveren voor de cliënt en zijn verwerkingsproces. Mogelijke acties die te ondernemen zijn: individuele en groepsopvang en het inschakelen van een vertrouwenspersoon.

Stap 5: Oog en aandacht voor eigen kwetsbaarheid

Het werken met cliënten kan inspannend en vermoeiend zijn. Het onderkennen van machteloosheid en kwetsbaarheid is belangrijk. Dit is belangrijk omdat de begeleiding van cliënten niet mag lijden onder dergelijke zaken die leven bij de werker. Het is belangrijk om regelmatig overleg te hebben met collega's, dit zorgt voor ondersteuning. Vormen van ondersteuning zijn casuïstiekbesprekingen en supervisie.

Stap 6: Normaliseren van verliesuitingen en van eventuele verwijzingen

De laatste taak is het normaliseren van verliesuitingem. Dit heeft als doel om alle onnodige twijfel en onzekerheid en aanwezige onrealistische gedachten weg te nemen. Cliënten kunnen het idee hebben dat verliesreacties raar en ongewoon zijn. Het is de taak om deze

reacties te normaliseren. In deze taak gaat de werker uit van enerzijds erkenning geven voor de individuele verschillen in verlieswerking en anderzijds erkenning geven van de meer universeel voorkomende uitingen na verlies. "De taak van de verliesbegeleider is om op momenten van twijfel en radeloosheid hardop te zeggen dat: rouwen een actief en pijnlijk proces kan zijn dat tijd kost en dat veel reacties begrijpelijk zijn."⁴⁹

Mocht blijken dat na herhalen van deze stappen de cliënt niet verder komt in zijn rouwproces, is het verstandig de cliënt door te verwijzen naar specialistische hulp.

3.3.2. Non-directieve counselingmethode⁵⁰

Deze methode is de basismethode van het maatschappelijk werk. Deze methode is gericht op de cliënt om hem te stimuleren tot de volgende zaken:

- zelfonderzoek doen;
- aandachtsgebieden inventariseren;
- zichzelf respecteren;
- eigen kracht analyseren;
- regie nemen over eigen leven.

Zoals hierboven staat is het aan de cliënt om zelfonderzoek te doen en leren zijn eigen krachtbronnen te kennen en aan te spreken. Om dit te bereiken wordt gebruik gemaakt van de empowermentstechniek. Deze techniek is gericht op het samen met de cliënt krachtbronnen op te sporen die werkend zijn voor de cliënt. Het is de bedoeling dat de cliënt zelf de regie neemt over het zelfonderzoek. Deze methode is uitermate geschikt om in te zetten bij de *waarom-ikvraag*. Om dit te doen heeft de Monnik een aantal technieken beschreven:

Sandwichstechniek De werker verdeelt de sessie in drie delen: start, midden en eindfase. Op deze manier waarborgt de werker dat hij "start, follow and end where the cliënt is." Tijdens de eerste fase vertelt de werker over zijn taken, spelregels etc. De cliënt krijgt de gelegenheid te vertellen wat hem brengt bij de werker. De middenfase is een verdiepende fase. Hierin worden de inventarisatietechniek en de scantechniek ingezet. De eindfase staat in het teken van "end where the dient is", Dit gebeurt door de vraag te stellen: "Hoe eindigt de sessie voor u?"

Inventarisatietechniek. De werker observeert de cliënt gedurende de sessie en inventariseert op welke aandachtsgebieden de cliënt: problemen aangeeft. De werker heeft op deze manier de aandachtsgebieden geïnventariseerd en de cliënt heeft ze ook zelf benoemd. Hierna worden alle aandachtsgebieden op een rijtje gezet en gecheckt bij de cliënt.

Scantechniek Dit is de techniek om samen met de cliënt per gelokaliseerd knelpunt te scannen wat er in de weg staat om een gesteld doel te bereiken. Op deze manier wordt de situatie ontrafeld en komt er meer inzicht in de situatie voor de cliënt.

Rode-draadstechniek

De werker werkt resultaatgericht, door middel van de geïnventariseerde aandachtsgebieden. De werker werkt met tussenresultaten die naar voren komen gedurende de sessies. Deze tussenresultaten worden gebruikt om toe te werken naar een uiteindelijk bevredigend resultaat voor de cliënt.

Deze beschreven technieken kunnen ingezet worden bij de *waarom-ikvraag*. Als deze technieken worden uitgevoerd, kan de balans worden opgemaakt. Deze balans bestaat uit:

a.w.. Monnik, H. de, p. 148

Monnik, H. de. *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker*, p. 145

hoe was de cliënt gehecht aan het verlorene (het verleden), hoe staat de cliënt er nu voor (het heden) en hoe ziet de cliënt het verdergaan (de toekomst).

"Deze inventarisatie draagt bij aan het zich mentaal instellen op de nieuwe situatie na het verlies. Het herkennen en erkennen van de crisis in de zingeving, de psychische aardbeving die de cliënt doormaakt. Het deelbaar maken van de ontwrichtende uitwerking van een verlies, middels counseling geeft aan het verlies een plek"⁵¹

3.3.3. Expressiemethode⁵²

Deze methode is geschikt voor cliënten met minder verbale mogelijkheden of waar de verbale mogelijkheden zijn geblokkeerd. Deze methode is ook uitermate geschikt voor cliënten die bijvoorbeeld te kampen krijgen met afasie. Het doel van deze methode is, om de cliënt zijn gevoelens te laten uiten via een non-verbale manier, door op deze manier negatieve spanning te verminderen of uit de weg te ruimen. Dit kan op meerder manieren, belangrijk is, dat de manier aansluit bij de cliënt! Een aantal voorbeelden van expressief werken zijn: schrijven en tekenen.

De methodiek heeft vier fasen:

Doen en ervaren. Als een cliënt een expressievorm heeft gekozen die bij hem past, voert hij deze uit. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zijn gevoelens toont, die hij verbaal niet naar buiten kan brengen.

Resultaat. Het resultaat van de expressievorm maakt: de situatie van de cliënt zichtbaar. Waar de cliënt eerst niet over gevoelens kon praten, heeft hij deze verwoord via bijvoorbeeld een brief.

Zingeving aan het resultaat. De cliënt neemt afstand van het resultaat en bespreekt wat hij gemaakt heeft en wat voor betekenis dit werk heeft. Het bespreken van de betekenis kan de bewustwording van de cliënt laten toenemen.

De relatie cliënt, resultaat en maatschappelijk werker. De werker gaat met de cliënt in gesprek over het resultaat. Dit doet hij aan de hand van vragen over de gevoelsbeleving van de cliënt. Op het moment dat dit iets losmaakt kan de werker op een verbale manier verder werken. De werker kan bijvoorbeeld ontladingsgericht verder om de negatieve spanningen nog verder te doen laten afnemen.

3.3.4. Ritueel methode⁵³

De ritueelmethode wordt toegepast wanneer een cliënt aangeeft dat hij de oude situatie niet kan loslaten, ondanks dat er al andere methoden zijn ingezet. Denk hierbij aan bovenstaande methodieken. Om de cliënt verder te helpen is de ritueel methode een manier. Dit heeft als doel om de overgang van de oude naar de nieuwe situatie in werk te stellen. Via een ritueel neemt de cliënt afscheid van de oude situatie. *De afscheidstechniek kan* gebruikt worden om dit tot stand te brengen. Deze techniek bestaat uit drie fases:

Voorbereiding. Om tot een goed ritueel te komen is het belangrijk dat de cliënt achter zijn eigen ritueel staat. Het zal niet: werken als de werker een ritueel opdringt aan de cliënt. Om tot een goed ritueel te komen is het noodzakelijk dat werker en cliënt brainstormen over de vorm. De werker kan de cliënt hierbij prikkelen door vragen te stellen als: "Waar doet het verlies je aan denken? In welke vorm kun je goed afscheid nemen van het verlorene?" Als dit georganiseerd is komt de tweede fase.

Uitvoering. Het is belangrijk om de cliënt erop te attenderen dat dit een emotionele gebeurtenis kan zijn, maar dat dit ook emotioneel mag zijn.

Nabespreking. In een volgende sessie wordt het ritueel nabesproken. Er wordt geëvalueerd hoe het voor de cliënt was om het ritueel uit te voeren en of hij er baat bij heeft gehad. Er kan gekeken worden of voorafgestelde doelen behaald zijn. Mocht dit niet zo zijn dan kan er

⁵¹ a.w., Monnik, H. de, p. 158

⁵² a.w., Monnik, H. de, p. 225

⁵³ a.w., Monnik, H. de, p. 158

gekeken worden hoe er verder actie ondernomen wordt. Dit kan zijn dat er een nieuw ritueel ingezet wordt of een andere methodiek die misschien beter past bij een cliënt.

Deze methode kan tevens gebruikt worden bij een cliënt met pathologische rouw. Het inzetten van een ritueel kan er voor zorgen dat het rouwproces opnieuw op gang wordt gebracht, door middel van het ritueel. Op deze manier kan een fase of taak in het rouwproces worden afgerond, waardoor de cliënt verder komt in zijn rouwproces.

3.3.5. Groepsbegeleiding⁵⁴

Voor cliënten kan groepsbegeleiding een goede manier zijn om het verlies te verwerken. Dit komt vanwege de emotionele steun die de cliënt ervaart, door het contact met lotgenoten. Om de groepsbegeleiding goed vorm te geven, heeft de begeleider een aantal taken:

Groepsvorm kiezen

De begeleider zal een keuze moeten maken over zijn werk aanpak en welk doel hij wil bereiken met de groep. Tevens zal de begeleider de structuur kenbaar moeten maken (de duur en frequentie) van de bijeenkomsten.

Deelnemers selecteren

De groep moet bij elkaar passen, de begeleider zal zich moeten afvragen hoe homogeen de groep moet zijn. Als het doel van de begeleiding is om emotionele steun te bieden via lotgenoten, is het zinvol om de groep zo samen te stellen dat cliënten een vergelijkbaar verlies hebben meegemaakt. Op deze manier wordt de samenhang van de groep vergroot en is het effect van emotionele steun ook groter.

Verwachtingen

Zowel de verwachtingen van de cliënten als van de begeleider moeten helder zijn. Dit voorkomt tegengestelde belangen. Tegengestelde belangen zullen er voor zorgen dat gestelde doelen niet behaald kunnen worden, of dat er zelfs geen gemeenschappelijk doel kan worden opgesteld.

Regels

Het is de taak van de begeleider om duidelijk regels op te stellen. Dit is per begeleider afhankelijk en hoe hij dit wilt invullen. Het is belangrijk dat er regels opgesteld worden en dat deze duidelijk zijn verwoord, zodat een ieder die een regel overtreedt erop gewezen kan worden.

Benadering begeleider

Het is per groep verschillend hoe de begeleider de groep benadert. De begeleider kan ervoor kiezen om bij een zelfhulpgroep de begeleiding per toerbeurt aan een deelnemer te geven, al dan niet opgestart of gesteund door de begeleider. Het kan ook zijn dat de begeleiding in de handen ligt van de begeleider en vanuit deze positie werkt. Dit is afhankelijk van de gestelde groep, doel en aantal begeleiders op een groep.

3.3.6. Sociale netwerkmethod⁵⁵

Deze methode wordt ingezet wanneer een cliënt te weinig kracht kan halen uit zijn sociale netwerk. Om dit te onderzoeken voert de werker een netwerkanalyse uit. Hierin komt naar voren waar de steunende- en niet steunende punten vanuit het netwerk vandaan komen. Als dit helder is kan er gewerkt worden aan het versterken van het netwerk. De boomtechniek is een hulpmiddel dat ingezet kan worden. De boomtechniek is verdeeld in drie fases:

Wortelfase. Er wordt in deze fase gekeken naar wie de cliënt is, wat hij doet, wat hij kan en wat hij wil. Het is vooral belangrijk om te kijken naar wat de cliënt wil en wat hij nu mist, want dit moet immers versterkt worden. Als dit geïnventariseerd is komt de volgende fase.

Stamfase. In deze fase wordt het netwerkplan ontwikkeld. Hierbij wordt gekeken naar de contacten en de informatie die de cliënt mist, die hij graag zou willen hebben. Het is

⁵⁴ Monnik, H. de, *Verlieskunde, handreiking voor de beroepspraktijk*, p. 146

⁵⁵ Monnik, H. de. *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker*, p. 291

belangrijk om te onderzoeken waar hij die contacten en informatie kan vinden. Als dit geïnterviewd is onderzoekt de werker samen met de cliënt hoe deze contacten gelegd kunnen worden en wanneer dit gedaan wordt. Op deze manier worden tastbare afspraken gemaakt en hebben de werker en de cliënt hun verantwoordelijkheid om deze uit te voeren. *Kruinfase*. In deze fase is het de bedoeling dat aan handhaving van de contacten wordt gewerkt. De werker kan de cliënt hierbij ondersteunen.

3.4. Veelvoorkomende valkuilen

Maatschappelijk werkers zijn ook mensen en kunnen fouten maken. Als werker moet je bewust zijn van je kwaliteiten, maar ook van je mindere kanten. Om deze reden staan hieronder een aantal valkuilen die veelvoorkomend zijn bij het begeleiden van cliënten: *Generaliseren*. Elke cliënt is anders en verdient zorg op maat. Een werker kan methodieken inzetten die eerder bij een andere cliënt hebben gewerkt, maar dit zegt niets over de effectiviteit bij de volgende cliënt. Dit doet ook afbreuk aan het verhaal van de cliënt, ieder mens is uniek en heeft een uniek proces door te maken. Het is aan de werker om daar op in te spelen en niet vast houden aan methodieken die volgens de werker effectief zijn. Een methodiek is een middel en geen doel.

Eenzijdige aandacht Maatschappelijk werkers zijn vaak sensitieve en empathische mensen. Dit kan er toe bij dragen dat een werker teveel een inlevende rol inneemt en daardoor te weinig aandacht heeft voor het proces van rouwen. Er moet een balans zijn tussen confronteren en inleven, tussen het afscheid nemen en blijven hangen in het verlies.

Ver/lessituaties wegen. Een werker moet altijd van de cliënt uitgaan en geen vergelijkingen trekken tussen cliënten. Elke cliënt heeft een ander rouwproces en beleeft het verlies anders. De situatie van een cliënt die nooit meer kan fietsen is niet minder erg dan de situatie van iemand die blind is geworden. Het gaat om hoe de cliënt met het verlies omgaat, het werkt contraproductief om een oordeel te geven over een cliënt en zijn verlies. Tevens heeft het geen belang voor de cliënt om een oordeel te geven, dit doet afbreuk aan het verhaal van de cliënt.

Waardeoordeel Een begeleider mag er niet vanuit gaan dat een cliënt die kalm en evenwichtig reageert op het verlies, op de langere termijn ook geen last van het verlies heeft. Dit is een misvatting, de reactie van een cliënt zegt niets over de gevolgen op langere termijn.

Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk beschrijf ik de resultaten van het onderzoek binnen een zorginstelling in Twente. Dit veldonderzoek is te klein om representatieve conclusies te trekken. Het onderzoek betreft een zorginstelling met drie werkers, dit zegt niets over de gebruikte methodieken en valkuilen van andere instellingen.

Om een goed beeld te krijgen over de werkwijze van de instelling heb ik gebruik gemaakt van enquêtes. Deze enquêtes bestaan uit onderstaande vragen en zijn afgenomen onder de medewerkers van de zorginstelling:

1. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op psychisch niveau?*
2. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op sociaal niveau?*
3. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op levensbeschouwelijk niveau?*
4. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op maatschappelijk niveau?*
5. *Zet u methodieken in bij het begeleiden van een cliënt, zou u deze kunnen beschrijven?*
6. *Merkt u valkuilen bij het begeleiden van deze cliënten?*
7. *Welke positieve effecten heeft de hulpverlening op de cliënt?*

Door de antwoorden op deze vragen, heb ik een beeld geschetst van de rol van het maatschappelijk werk binnen de instelling en op welke wijze de instelling werkt. Het betreft slechts een kleine groep maatschappelijk werkers en is daarom niet representatief voor de praktijk. In dit onderzoek heb ik gekeken of theorie en praktijk binnen deze instelling overeen kwamen. Daarnaast heb ik gekeken of de theorie toepasbaar in de instelling, wanneer dit niet het geval mocht zijn, wat de reden hiervan is zonder daar een waardeoordeel aan te geven. Een cliënt kan bij meerdere benaderingen baat hebben. Ik wilde weten of de instelling werkt vanuit de theorie die ik onderzocht heb.

4.1. Welke gevolgen ervaart de cliënt op psychisch niveau?

Een gevolg is dat de cliënt een rouwproces doorloopt, hij heeft te maken met verlies en zijn leefsituatie is nu veranderd. Dit zorgt ervoor dat hij zich moet aanpassen aan de nieuwe situatie. Dit kan niet zonder dat de cliënt een proces van acceptatie doorloopt, dit is vaak het moeilijkst voor hem. Hij kan zich er moeilijk bij neerleggen dat hij afhankelijk is geworden en om hulp moet vragen. Het feit dat de cliënt een gedeelte van zijn gezondheid is kwijtgeraakt, zorgt voor verdriet en pijn. Hij ondergaat een rouwproces om met de pijn en verdriet om te gaan.

4.2. Welke gevolgen ervaart de cliënt op sociaal niveau?

Uit de resultaten van de enquêtes wordt duidelijk dat de cliënt gevolgen ervaart op dit niveau. Veelvoorkomende problematiek die de werkers signaleren is een sociaal isolement. Dit komt doordat de cliënt in zijn sociale zelfredzaamheid beperkt wordt. De cliënt kon eerder gaan en staan waar hij wilde, nu is hij afhankelijk van bijvoorbeeld een taxi of zijn kinderen.

Een ander gevolg zijn relatieproblemen. Een cliënt kan door het verlies gedragsveranderingen tonen, waardoor het moeilijk wordt voor de partner van de cliënt hier mee om te gaan. Dit zorgt voor stress en problemen in de thuissituatie, waar zowel cliënt als de partner onder lijden.

4.3. Welke gevolgen ervaart de cliënt op levensbeschouwelijk niveau?

De resultaten laten zien dat de cliënt voornamelijk gevolgen ervaart ten aanzien van de acceptatie van het verlies. Een cliënt vindt het moeilijk om te accepteren dat hij niet meer beter zal worden en de cliënt stelt hierbij levensvragen. Voor een cliënt is niet te begrijpen waarom juist het verlies hem moet overkomen waarom juist het verlies hem moet overkomen en dit zorgt ervoor dat de cliënt het verlies moeilijk kan accepteren.

4.4. Welke gevolgen ervaart de cliënt op maatschappelijk niveau?

Een cliënt heeft het gevoel dat hij niet meer als volwaardig wordt gezien. Het kan gebeuren dat kinderen van de cliënt zorgtaken op zich nemen, dit is een verandering van de maatschappelijk rol. De cliënt die ook ouder is, moet zich laten verzorgen door zijn kinderen. Dit is een voorbeeld waarbij ik de kinderen van de cliënt gebruik, de verandering van de maatschappelijke rol geldt ook bij het vragen om hulp bij formele instanties. Het gevolg hiervan is dat de cliënt zich minderwaardig voelt, omdat hij om hulp moet vragen, dit zorgt er voor dat de cliënt zichzelf eventueel niet meer als volwaardig ziet.

4.5. Welke methodieken worden ingezet?

De resultaten laten zien dat in de zorginstelling niet één vaste methodiek gebruikt wordt. Er wordt eclecticisch gewerkt, waarbij de RET, lotgenotencontact, verwerkingsmethoden en kortdurende hulpverlening gebruikt wordt. De reden hiervoor is dat de problematiek niet gevangen kan worden door het gebruik van één methodiek. Het lotgenotencontact wordt ingezet bij cliënten die behoefte hebben aan erkenning en herkenning van lotgenoten. De werker zet verwerkingsmethoden in, zodat de cliënt leert omgaan met het verlies. De kortdurende hulpverlening wordt ingezet wanneer de problematiek niet complex is en een aantal gesprekken volstaat.

Tevens wordt er gebruikt gemaakt van casemanagement. Deze methodiek wordt ingezet als er meerdere instanties betrokken zijn bij de cliënt. Het gevaar dreigt dat instanties langs elkaar heen gaan werken, dit werkt nadelig voor de hulpverlening.

4.6. Welke valkuilen worden ervaren door de werkers?

De valkuilen die werkers ervaren zijn persoonsafhankelijk, toch komt één valkuil meerdere keren voor: taken uit handen nemen van de cliënt. Volgens betrokkenen komt dit vanwege de betrokkenheid naar hun cliënten toe, dit zorgt ervoor dat ze graag zaken willen regelen voor cliënten. Dit komt echter niet ten goede van het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, wat overigens ook een doelstelling is van de instelling.

In paragraaf 5.3 kom ik terug op de onderzochte gegevens. In deze paragraaf trek ik conclusies naar aanleiding van de onderzoeksresultaten.

Hoofdstuk 5. Samenvatting & conclusies

In de eerste paragraaf vindt u een samenvatting van de belangrijkste gegevens uit de eerdere hoofdstukken. In de tweede paragraaf worden conclusies getrokken uit de gegevens. In deze paragraaf geef ik antwoord op de vraag: *Wat is de rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van cliënten die te kampen hebben met het verlies van gezondheid?*

5.1. Samenvatting van de belangrijkste gegevens

In hoofdstuk 1 heb ik de demografische ontwikkeling van de doelgroep geschetst. Er kwam naar voren dat Nederland in de komende jaren te maken krijgt met vergrijzing van de bevolking. Het is moeilijk een schatting te maken van de medische consumptie van deze groep, vanwege de cijfers van het CBS. Deze cijfers wijzen uit dat er gedurende de jaren 2000-2006 geen contante stijging is te zien met betrekking tot de medische consumptie. Het is een feit dat de Nederlandse bevolking vergrijst en dus meer gebruik zal maken van medische zorg. Tevens is het logische gevolg dat er meer mensen gebruik zullen maken van de diensten van het maatschappelijk werk.

In hoofdstuk 2 heb ik de gevolgen van verlies van gezondheid onderzocht. In dit hoofdstuk kwam naar voren dat elke cliënt een uniek rouwproces doormaakt. Er zijn echter volgens E. Kübler-Ross en H. de Monnik een aantal fasen te onderscheiden die universeel zijn. Naast deze fasen heeft W. Worden een aantal rouwtaken beschreven. De taken die de cliënt moet doen om met zijn verlies om te kunnen gaan en te verwerken. Deze taken hoeven niet hiërarchisch uitgevoerd te worden.

De gevolgen van het verlies kunnen zich uiten op verschillende gebieden. Hier is onderscheid in te maken:

Psychisch niveau.

Het verlies heeft voor elke cliënt een andere betekenis. Om inzicht te krijgen in de betekenis is het belangrijk om het binnenperspectief van de cliënt te begrijpen. Tevens moet de werker inzicht krijgen in de drie ordes van werkelijkheidsniveau.

Sociaal niveau:

Deze gevolgen uiten zich meestal in verandering in de leefsituatie.

Levensbeschouwelijk niveau:

De cliënt kan worstelen met de vraag over de zin van het eigen leven in relatie tot het verlies. Dit uit zich door het stellen van levensvragen. Het verlies zorgt ervoor dat perspectief wegvalt voor de cliënt. Tevens zorgt het verlies voor wegvallen van houvast. Als de cliënt weer houvast voor zichzelf creëert kan hij ook omgaan met de levensvragen.

Maatschappelijk niveau:

Met de invoering van de WMO is het een feit dat er van een cliënt wordt verwacht binnen zijn eigen netwerk op zoek te gaan naar de zorgbronnen. Op het moment dat deze niet gevonden worden, kan er een beroep worden gedaan op de formele zorg. De grootste verandering voor de cliënt is het vragen om hulp.

In hoofdstuk 3 is de rol van het maatschappelijk werk beschreven. De belangrijkste informatie is dat de maatschappelijk werker vanuit de verschillende drie taakgebieden verschillende taken kan uitvoeren voor de cliënt:⁵⁶

Taakgebied	Kerntaken
Taakgebied 1. directe en indirecte hulpverlening	Kerntaak 1: werken met en namens cliënten psychosociale hulpverlening Kerntaak 2: werken voor cliënten en potentiële cliënten
Taakgebied 2. werken in en vanuit een arbeidsomgeving	Kerntaak 3: werken in de eigen instelling of organisatie Kerntaak 4: werken in externe samenwerkingsverbanden
Taakgebied 3. werken aan professionaliteit en professionalisering	Kerntaak 5: zichzelf ontwikkelen in het beroep Kerntaak 6: bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep.

Om deze taken te kunnen uitvoeren zijn een aantal methodieken toepasbaar. Om een opsomming te voorkomen verwijs ik u naar paragraaf 3.3. De vuistregel van de methodieken is dat ze moeten passen bij de cliënt en de werker. Een methodiek is een middel en geen doel.

In hoofdstuk 4 heb ik de rol van het maatschappelijk werk onderzocht binnen een zorginstelling in Twente. Uit de resultaten blijkt dat maatschappelijk werkers een uitgebreide taak hebben. De cliënten ervaren problemen op velerlei terreinen en de maatschappelijk werker ondersteunt de cliënten hierin. Om dit te doen gebruiken ze een aantal methodieken, deze zetten ze eclectisch in. Binnen de zorginstelling wordt er geen gebruik gemaakt van één standaard methodiek.

5.2. Conclusies naar aanleiding van de literatuur

In de inleiding heb ik de onderzoeksvraag gesteld:

Wat is de rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van cliënten die te kampen hebben met verlies van gezondheid?'

In hoofdstuk 1 is doelgroepontwikkeling geschetst, in dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat het maatschappelijk werk te maken krijgt met een groei van de doelgroep. De geschatte stijging in de jaren vanaf 2008-2019 is dat de vergrijzing toeneemt van 2.409.069 mensen naar 3.215.224 mensen. Procentueel gezien is in 2008 14,7% van de bevolking 65 of ouder, in 2019 is dat 19,2%. Het is belangrijk dat het maatschappelijk werk de kwaliteiten en vaardigheden heeft om met deze groeiende doelgroep te werken.

Het maatschappelijk werk bestaat uit verschillende rollen.⁵⁷ Hierbij is naar voren gekomen dat elke cliënt een ander rouwproces doormaakt en de maatschappelijk werker hierbij moet aansluiten. Om aan te sluiten bij het rouwproces van de cliënt kan de werker verschillende rollen op zich nemen:

Vertrouwensfiguur

Het is belangrijk voor een werker dat een cliënt hem ziet als een vertrouwensfiguur. Dit is de eerste vereiste in het hulpverleningscontact, als hij de werker niet betrouwbaar vindt zal de hulpverlening geen kans van slagen hebben.

Ondersteuner

Een werker kan voor de cliënt een ondersteuner zijn door naar hem te luisteren en de ruimte te geven om zijn verhaal te doen. Vanuit de missie van het maatschappelijk gezien is het ook de taak van de werker om sociale participatie te verbeteren van de cliënt als deze

<http://www.hbo-raad.nl/uploa^>

onvoldoende is. De werker kan dan vanuit de taak 'ondersteunende en stabiliserende begeleiding' werken om dit verbeteren.

Pleitbezorger

Een cliënt kan aanpassingen in huis nodig hebben. Het is de taak van de werker om hierbij te ondersteunen en eventueel ook de zaak van de cliënt verdedigen mocht blijken dat gevraagde aanpassingen niet gehonoreerd worden.

Voorlichter

Inzicht krijgen in het verlies kan bijdragen aan de verwerking hiervan. Psycho-educatie kan hierbij helpen.

Bemiddelaar

Een werker kan werken vanuit deze rol als hij gaat werken met het netwerk van de cliënt. Het kan voorkomen dat er blokkades zijn in het netwerk, de werker kan vanuit deze rol blokkades proberen weg te nemen.

Een werker die werkt met deze toenemende doelgroep moet in staat zijn om meerdere rollen te kunnen uitvoeren voor de cliënt. Om deze rollen te kunnen uitvoeren heeft de werker methodieken nodig. Een methodiek mag echter niet de hulpverlening bepalen, een werker moet zorgvuldig zijn methodieken kiezen, passend bij de situatie en waar hij zelf prettig mee werkt. Hierbij wordt een samenwerkingsrelatie gecreëerd met de cliënt, waarbij de voorwaarden van een geslaagde hulpverlening gecreëerd worden.

5.3. Conclusies naar aanleiding van de onderzoeksresultaten

In hoofdstuk 4 zijn de onderzoeksresultaten beschreven. In deze paragraaf ga ik antwoord geven op de onderzoeksvraag: *Wat is de rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van cliënten die te kampen hebben met verlies van gezondheid?* vanuit deze resultaten.

De werkers hebben verschillende rollen met betrekking tot werken met deze doelgroep. De cliënten ervaren op verschillende gebieden problemen die voortkomen uit het verlies. De werkers ondersteunen hun cliënten in het rouwproces, die ze doorlopen. Om dit te doen werken de werkers met verschillende methodieken, die ze eclectisch gebruiken. De instelling hanteert niet één methodiek, die bij alle cliënten ingezet wordt.

Naast het individueel werken met een cliënt, wordt er binnen de instelling ook gewerkt met lotgenotengroepen. Dit heeft als doel om erkenning en herkenning te geven aan cliënten. Dit zorgt er voor dat cliënten verder komen in hun rouwproces.

Het uiteindelijke doel van de hulpverlening is dat cliënten het verlies een plek kunnen geven en leren omgaan met de nieuwe situatie. De onderzoeksresultaten laten dit ook zien. De werkers geven aan dat cliënten leren het verlies een plekje te geven en om te gaan met de nieuwe leefsituatie.

Duidelijk is te zien dat literatuur en praktijk bij elkaar komen. In het rouwproces beschreven door De Monnik is het uiteindelijke doel dat een cliënt in de fase van accommodatie komt. Dit zie ik ook terug bij de positieve effecten van de hulpverlening binnen de zorginstelling. Om dit te bewerkstelligen worden er verschillende methodieken ingezet door de werkers. Deze methodieken komen overeen met de methodieken die staan beschreven in 'Hoofdstuk 3. Rol van het maatschappelijk werk/

5.4. Evaluatie op conclusie

In deze paragraaf wil ik graag terugblikken op mijn scriptie. Toen ik begon met deze scriptie te schrijven was mijn doel om meer kennis op te doen over de rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van cliënten met verlies van gezondheid. Nu mijn scriptie klaar is, kan ik

zeggen dat deze doelstelling behaald is. Ik heb meer inzicht gekregen in het rouwproces van cliënten en hoe ik, als maatschappelijk werker, hen kan ondersteunen. Door gebruik te maken van het "Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker"⁵⁸, zijn mijn uitgangspunten mede bepaald vanuit de beroepsvereniging van het maatschappelijk werk.

Nu ik terugkijk, stel ik mij wel de vraag of de theorie zoals die beschreven is in hoofdstuk 2 en de bijbehorende methodieken in hoofdstuk 3 niet te zwaar worden aangezet. Is het nodig om cliënten te begeleiden vanuit methodieken, zoals die beschreven zijn in hoofdstuk 3? In de enquêtes die ik heb afgelegd kwam dit ook naar voren. Maatschappelijk werkers werken daar met een mengelmoes van methodieken, waarbij er geen concrete doelen worden gesteld bij de hulpverlening. Ze gaan open het gesprek in en zien dan waar de cliënt mee komt. Vaak zijn dit gesprekken over de moeilijkheid van het verlies, maar ook praktische zaken die geregeld moeten worden nu de cliënt verlies heeft geleden.

De methodieken die beschreven worden door H. de Monnik doen mij geloven dat op elk probleem een oplossing te vinden is. Elke methodiek is onderverdeeld in technieken, als deze technieken worden ingezet is het de doelstelling dat het probleem van de cliënt verholpen wordt. Een voorbeeld hiervan is de ritueelmethode, waarbij een cliënt verder geholpen wordt in zijn rouwproces door een afscheidsritueel te doen. Ik vraag me af welke cliënt hier baat bij heeft. Deze manier van hulpverlening doet mij denken aan een arts die een diagnose stelt bij een patiënt en een recept voorschrijft, met als gevolg dat de klachten van de patiënt afnemen. Al de methodieken die ik heb beschreven, hebben als inzet om te interveniëren in de situatie. De interventie is gericht op het oplossen van het probleem, mijn mening is dat problemen niet altijd opgelost kunnen worden. Maatschappelijk werkers hebben ook de rol om te luisteren naar de cliënt en dit niet gelijk te labelen en in een sorteermachine te doen, zodat het in een methodiekvorm te gieten is. Het verdriet en de pijn van de cliënt wordt dan vergeten en dit is wel de kern.

Nu ik deze evaluatie schrijf heb ik inmiddels een aantal lessen gevolgd van de keuzemodule 'Presentietheorie'. Dit is een tegenhanger van de methodieken die gericht zijn op interventie. Deze theorie heeft als uitgangspunt het onvoorwaardelijk luisteren naar een cliënt, zonder daarbij doelen te stellen die vastgelegd zijn in een hulpverleningsplan. Dit vraagt veel meer van een hulpverlener, want hij moet nu werken zonder een vooropgezet plan en laat de cliënt de agenda bepalen. Dit is het tegenovergestelde van de werkwijze in de reguliere hulpverlening, waarbij de maatschappelijk werker bepaalt dat de cliënt naar zijn kantoor moet komen, op welk tijdstip dit moet gebeuren, etc. De cliënt krijgt nu alle ruimte om zijn verhaal te vertellen op zijn manier, waarbij de maatschappelijk werker moeite doet om zelf naar de cliënt toe te gaan. Ik denk dat daar de meerwaarde van gesprekken met cliënten zit. Cliënten zijn open en vertellen meer over hun verlies en de moeilijkheden die ze ervaren. Dit komt doordat ze in hun eigen omgeving zijn en met eigen ogen hebben gezien dat de werker vanuit betrokkenheid naar hen is toegekomen. Door deze openheid kan de maatschappelijk werker, naar mijn mening, het meeste uit de hulpverlening halen. Dit komt de vertrouwensrelatie, die volgens de opleiding op de eerste plek komt, ten goede.

⁵⁸ Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, uitgegeven door de NVMW

Nawoord

Gedurende dit leerproces heb ik hulp en raad gekregen. Bij deze wil ik dan ook Dhr. Bootsma bedanken voor de begeleiding tijdens het schrijven van deze scriptie. Deze begeleiding was nodig om de scriptie tot een goed einde te brengen. Naast Dhr. Bootsma wil ik ook de zorginstelling in Twente bedanken voor hun behulpzaamheid. Zonder hen had ik geen onderzoek kunnen doen, vandaar dat mijn dank ook naar hen uitgaat. Als 'last but not least', wil ik ook Eva bedanken. Zij heeft gedurende het proces regelmatig kritisch gekeken naar deze scriptie, waardoor het eindresultaat beter is geworden. Hiervoor dank!

Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de. en Teunissen, J. (2005) *Basisboek kwalitatief onderzoek* 2^e dr. Wolters-Noordhoff: Groningen.
- Monnik, H. de. (1996) *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk* 1^e dr. Utrecht: LEMMA.-111.
- Monnik, H. de. (2006) *De gereedschapklst van de maatschappelijk werker* 2^e herz, dr. Elsevier gezondheidszorg: Maarssen.
- Kübler-Ross, E en Kessler, D. (2004) *Over rouw, de zin van de vijf stadia van rouwverwerking.* 1^e dr. Amsterdam: Ambo.
- Lebbetter Hancock, B. (1994) *Maatschappelijk werken de zorg voor cliënten.* 1^e dr. Assen: Dekker & van de Vegt; Assen: Van Gorcum.
- NVMW. (2006) *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker.* 1^e dr.
- Steehouder, M. e.a. (1998) *Leren communiceren.* 4^e dr. Wolters-Noordhoff: Groningen.

Onderzoeken en rapporten

- Blokstra, A. e.a. *Vergrijzing en toekomstige ziekte/ast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*[^]
- Polder, J J , Takken, J, Meerding W J , Kommer G J , en Stokx L J . *Kosten van de zieken in Nederland, de zorgeuro ontrafeld*TM
- Hout, C. van den., Zwerts - Verhelst, L. Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant: *Het belang van afscheid nemen.*⁶¹

Websites

- www.cbs.nl
- <http://www.kenniscentrum-cliënten.nl/smartsite.dws?id=105606>
- statline.cbs.nl
- http://www.hbo-raad.nl/upload/bestand/maatschappelijk_werk_en%20dienstverlening.pdf

Artikelen

- Carbo, C. (2007) *Het kon beroerder.* Zorgvisie januari 2008.¹

Dit onderzoek is te vinden op: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401004.pdf>

Dit rapport is te vinden op: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751005.pdf>

Dit onderzoek is te vinden op: http://wi/vw.nvshv.nl/seh/pdf/klinles/afscheid_neinen.pdf

- Graaf, M. van der. (2007) *Verschraling van de thuiszorg*. Radboud Universiteit Nijmegen.⁶³
- Monnik, H. de. (1998) *Verlieskunde: zes taken in de verliesbegeleiding*. Maatwerk, vakblad voor maatschappelijk werk. April 1998.
- Nies, H. (2007). *Hulp van bulten*. Zorgvisie september 2007,

Overig

- Uitgereikt lesmateriaal keuzemodule 'Verlieskunde'

⁶² Dit artikel is te vinden op: http://www.zorgvisiearchief.nl/article_full.cfm?id=32493&start=

⁶³ Dit artikel is te vinden op: http://wv^eur.nl/nieuws/de_kwestie/kwestie_week_38/print.html

Bijlagen

Bijlage 1	Enquête 1, medewerker 1 zorginstelling
Bijlage 2	Enquête 2, medewerker 2 zorginstelling
Bijlage 3	Enquête 3, medewerker 3 zorginstelling
Bijlage 4	lesmateriaal keuzemodule 'Verlieskunde'

Functie: Maatschappelijk werkende

Werkzaamheden: intakegesprekken, begeleidingsgesprekken, coördinatie van zorg.

Thema: de cliënt

1. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op psychisch niveau?*
Antwoord:
Eenzaamheid door beperking van soc. Redzaamheid. Tevens ook aanpassingsproblemen die het verlies teweeg brengt. Een cliënt moet zijn verlies werken leren omgaan met de nieuwe situatie.
 2. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op sociaal niveau?*
Antwoord:
Relatieproblemen. Door gedragsverandering die veroorzaakt wordt door de verandering van de gezondheid, gebeurt het dat er relatieproblemen ontstaan.
Het ook komt voor dat cliënten moeten verhuizen vanwege het verlies. Cliënten hebben hier veel moeite mee, omdat ze niet meer zelfstandig kunnen wonen.
 3. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op levensbeschouwelijk niveau?*
Antwoord:
Vooral de acceptatie van het verlies. Het is moeilijk voor mensen te begrijpen waarom het verlies hun overkomt.
 4. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op maatschappelijk niveau?*
Antwoord:
Vooral het gevoel hebben niet meer als volwaardig gezien te worden. Waar cliënten eerst zelfstandig konden functioneren, moeten ze nu om hulp vragen. Dit vraagt van cliënten een andere maatschappelijk rol.
 5. *Zet u methodieken in bij het begeleiden van een cliënt, zou u deze kunnen beschrijven?*
Antwoord:
Casemanagement, taakgericht, kort en langdurige hulpverlening, rouwverwerking en RET.
 6. *Merkt u valkuilen bij het begeleiden van deze cliënten?*
Antwoord:
Ja, uit betrokkenheid teveel willen regelen terwijl de dient zelf ook over de mogelijkheden beschikt.
 7. *Welke positieve effecten heeft de hulpverlening op de cliënt?*
Antwoord: het verlies een plekje kunnen geven en zijn of haar nieuwe leven invulling kunnen geven.
-

Enquête 2

Functie: Maatschappelijk werkende

Werkzaamheden: Maatschappelijk werk cliëntenzorg

Thema; de cliënt

1. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op psychisch niveau?*

Antwoord:

De cliënt ondergaat: een rouwproces. Dit gaat met vallen en opstaan. Een cliënt moet leren aanpassen aan de nieuwe situatie waarin in hij verkeert, om dit te kunnen ondergaan de cliënt een rouwproces.

- Z *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op sociaal niveau?*

Antwoord:

Het komt voor dat door het verlies van gezondheid een cliënt in een sociaal isolement terecht komt. Dit komt doordat de cliënt niet meer zelfstandig is en hierdoor sociale contacten verliest.

Wat ook veel voorkomt zijn relatieproblemen. Een cliënt kan gedragsveranderingen laten zien, waardoor het moeilijk is voor de partner hier mee om te gaan.

3. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op levensbeschouwelijk niveau?*

Antwoord:

Vooraf de acceptatieproblemen ten aanzien van het verlies. Een cliënt heeft moeite met het accepteren van het verlies. Een cliënt heeft vaak vragen over waarom het verlies hem overkomt.

4. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op maatschappelijk niveau?*

Antwoord:

De cliënt is vaak niet meer zelfstandig en dit zorgt ervoor dat vaak kinderen zorgtaken overnemen. Dit is een verandering van de maatschappelijke rol van de cliënt, want er wordt nu voor hem gezorgd door zijn kinderen. Ook voelt een cliënt zich soms minderwaardig vanwege zijn verlies. Cliënten hebben gevoelens dat ze niet meer meetellen, omdat ze afhankelijker zijn geworden.

5. *Zet u methodieken in bij het begeleiden van een cliënt, zou u deze kunnen beschrijven?*

Antwoord:

Vaak een mix van verschillende methodieken. Te denken aan de RET, groepsmaatschappelijk werk, lotgenotencontact, partnercontacten.

Verwerkingsmethodieken, kortdurende hulpverlening, vormen van de Gestalt therapie

6. *Merkt u valkuilen bij het begeleiden van deze cliënten?*

Antwoord:

Je komt altijd valkuilen tegen met welke doelgroep je ook werkt, met welke cliënt je ook werkt. Afhankelijk van hun aard en karakter. Dit is niet in één antwoord samen te vatten. En daarnaast heb je ook met je eigen valkuilen te maken als hulpverlener. Zodra je daar van bewust bent ben je een eind in de juiste richting.

7. *Welke positieve effecten heeft de hulpverlening op de cliënt?*

Antwoord:

Je richt je op de autonomie van de cliënt, op zijn zelfredzaamheid. Je werkt aan acceptatie en kunnen omgaan met hun handicap zowel voor de cliënt als zijn systeem. Terugkeer

naar huis is vaak het gevolg, inzetten van goede dagbesteding etc.

Thema: overig

8. *Eventuele suggesties, op- en aanmerkingen.*

*Antwoord: Succes met je afstuderen en vervolgens met het vinden van een uitdagend
vervolg!*

Functie: Maatschappelijk werkende

Werkzaamheden: Maatschappelijk werk cliëntenzorg

Thema: de cliënt

1. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op psychisch niveau?*

Antwoord:

Dit is voornamelijk de aanpassing aan de nieuwe situatie die voorkomt uit het verlies. Een cliënt verliest zijn gezondheid en maakt een rouwproces door. Mijn werk is om de cliënt te ondersteunen in dit proces, dit gebeurt voornamelijk door gesprekken te voeren met de cliënt.

- Z *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op sociaal niveau?*

Antwoord:

Wat wij in de instelling merken is dat er cliënten zijn die vanwege het verlies minder mobiel zijn geworden. Het gevolg hiervan is dat sociale contacten verwateren, waardoor een cliënt vaker aan huis is gekluisterd.

In het sociale leven veranderen er soms ook zaken. Cliënten hebben te dealen met een andere situatie en dit vraagt ook wat van de omgeving van de cliënt.

3. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op levensbeschouwelijk niveau?*

Antwoord:

Dit is voornamelijk het accepteren van het verlies. Een cliënt vind het moeilijk om zich aan te passen aan de nieuwe leefsituatie. Een cliënt is in een proces van verlies gekomen wat niet meer om te draaien is, hier hebben cliënten moeite mee. Cliënten hebben dan ook vragen als: "waarom ik?"

4. *Welke gevolgen merkt u bij een cliënt die te maken krijgt met het verlies van gezondheid op maatschappelijk niveau?*

Antwoord:

Cliënten zijn afhankelijker geworden van zorg door het verlies. Dit zorgt ervoor dat de cliënt minder zelfstandig is geworden en moet vragen om hulp. Voor veel cliënten is dit lastig, omdat ze dit niet gewend zijn. Het vergt van de cliënt soms veel moeite om zich hier mee om te gaan. Elke cliënt reageert: hier wel anders op, maar over het algemeen is het voor cliënten moeilijk om hulp te vragen.

5. *Zet u methodieken in bij het begeleiden van een cliënt, zou u deze kunnen beschrijven?*

Antwoord:

Meestal worden er meerdere aspecten van methodieken gebruikt. Hierbij is te denken aan: RET, kortdurende hulpverlening en rouwverwerkingmethodiek.

6. *Merkt u valkuilen bij het begeleiden van deze cliënten?*

Antwoord:

Het verschilt wel per cliënt, maar een valkuil is dat teveel willen doen voor een cliënt. Dit is eigenlijk niet goed, omdat de zelfredzaamheid bevordert moet worden, maar vanuit betrokkenheid wordt er teveel uit de handen van de cliënt genomen.

7. *Welke positieve effecten heeft de hulpverlening op de cliënt?*

Antwoord:

Cliënten kunnen hun hart luchten en dit zorgt er voor dat cliënten beter aan hun situatie kunnen aanpassen. Daarbij wordt door onze instelling veel praktische zaken geregeld die het verlies veroorzaakt, zoals bijvoorbeeld Thuiszorg. Dit zorgt er voor dat cliënten zich

kunnen concentreren op hun eigen verlies en de praktische zorgen niet op hun schouders rusten.

Thema: overig

8. Eventuele suggesties, op- en aanmerkingen.

Antwoord: Geen

Bijlage 4.

Lesmateriaal keuzemodule 'Verlieskunde'

Normale rouw

- Rouw is een normaal verschijnsel na het overlijden van een geliefde of ingrijpende levensgebeurtenis (life event).
- De rouwreactie is zelfs "gezond" te noemen. Een normaal rouwproces is onmisbaar is om het verlies te kunnen verwerken. Iedereen verwerkt het verlies op z'n eigen manier, veel over praten en de ander juist weer niet. Toch lijkt veel praten beter te zijn.
- Een rouwproces kan gemiddeld 6 tot 12 maanden duren of zelfs langer. De beleving van rouw en de lengte ervan kan overigens per cultuur aanzienlijk verschillen.

Reactie op een verlies, ongecompliceerd:

life event	6-12 maanden	Vele jaren
Fasering van verlies wordt doorlopen	Jaar cyclus heeft plaats gevonden, leven wordt hervat	Dagelijks leven voortgezet en normaal functioneren

Gecompliceerde of complexe rouw

- Sommige rouwende personen hebben symptomen welke karakteristiek zijn voor een depressieve episode:
 - Gevoelens van somberheid
 - Bijkomend slapeloosheid, slecht eetlust en gewichtsverlies, (wanneer emotionele, fysieke of gedragsymptomen of juist de afwezigheid van symptomen in reactie op het verlies de persoon in belangrijke mate bepreken in sociaal en/of beroepsmatig functioneren).
- vermijden van de realiteit van het overlijden,
- vermijden van gevoelens,
- vermijding van bepaalde situaties of voorwerpen,
- vermijding van praten over het geleden verlies

Reactie op verlies, gecompliceerd:

life event	6-12 maanden	Vele jaren
Er doen zich problemen voor in de fasering	Chronische, uitgesteld, of verborgen verdrietreactie	Belemmeringen in dagelijks leven, overdreven reacties

Oorzaken gecompliceerde rouw

- schokkende verliessituaties, slecht huwelijk (geweld) en partner overlijdt en buitenwereld vindt dat er verdriet hoort te zijn
- onrecht waar geen recht volgens "slachtoffer" volgt
- geen begrip van omgeving
- persoonsfactoren die verliesverwerking belemmeren

Chronische verdrietreactie

- Buitensporig lang en nooit bevredigend eind
- Betrokkene geeft vaak zelf ook aan niet door rouw heen te komen "het lukt me niet meer gewoon te leven"
- Behandeling onder ogen zien van verlies

Uigestelde verdrietreactie

- Geremde verschoven of onderdrukte verdrietreactie genoemd
- Emotionele reactie bij verlies = onvoldoende geweest en bij volgende verlies buitensporig verdriet
- Ongeluk zwanger twee kinderen verloren -> laatste kind uit huis

Overdreven verdrietreactie

- Kracht van normale verdrietreactie en toevlucht tot onaangepast gedrag
- Bewust van samenhang verlies en verdriet
- Psychiatrische stoornissen (depressie fobieën) ook overdreven verdriet reactie

Verborgene verdrietreactie

- Klachten en gedragingen worden niet herkend als grondslag van verlies
- Uiting: lichamelijke klachten (psychosomatische) of afwijkend gedrag

Diagnosticeren gecompliceerde rouw

- Praten over verlies intens verdrietig
- Ogenscheinlijk onbelangrijke gebeurtenis roept intense verdrietreactie op
- Geen bezittingen van overledene weg doen
- Klachten van overledene voor zijn dood aan leed worden overgenomen
- Personen met een radicale omwenteling in leefstijl na verlies
- Lange geschiedenis van subklinische depressie, aanhoudend schuldgevoel en verlaagde eigenwaarde of het tegenovergestelde
- Dwang om overledene te imiteren (willen identificeren)
- Zelfdestructieve neigingen, meerdere oorzaken, onverwerkt verlies kan
- Onverklaarbare droefheid, elk jaar bepaald tijdstip
- Fobie of ziekte of dood
- Navragen wat het verlies betekende en vermijden van grafbezoek, rituelen
- Onverwerkt verlies bij verlies tot mogelijkheden beschouwen

