

Naam: René Slabbekoorn
Opleiding: SPH Duaal
Studentnr: 20054305
Datum: 22 April 2008
Aard Document: Productverslag behorende bij:
Plan Afvallen cliënten Gvt Pijnacker

Bestemd voor: E. Gomperts (projectbegeleider)
Medebeoordelaar
Werkvelddeskundige

Inhoudsopgave	
I Inleiding	3
Welke cliënten hebben overgewicht?	3
Context: Gvt Pijnacker	3
Probleemverkenning; het onderwerp overgewicht	4
Welke cliënten hebben overgewicht?	4
Waarom is overgewicht en obesitas een probleem?	5
II Wat is hiervan de oorzaak?	7
Tekort aan lichaamsbeweging&teveel aan voeding	7
Lichamelijke aanleg	9
Conclusie: beweging en lichamelijke aanleg	9
Conclusie: beweging en lichamelijke aanleg	9
De leefomgeving	10
III Cliënten, hun motivatie en de begeleiding	11
Willen de cliënten hun overgewicht kwijtraken?	11
Willen de cliënten doen wat noodzakelijk is om hun overgewicht kwijt te raken?	11
Initiatieven van begeleiding en omgeving	12
Communiceren met cliënten middels eten: Wat houdt dit patroon in stand?	13
De transactionele analyse	13
Verandering in communicatiepatronen	14
Intermezzo: Denken aan oplossingen	15
Bejegening	15
IV Wie bepaalt of de cliënt het overgewicht kwijt moet raken, en waarom wordt dit aldus bepaald?	17
Waarom deze vraag?	17
Verantwoorden; wat dan wel?	18
De verstandelijk gehandicapte als een mens met rechten	18
Conclusie	24
V Wat te doen?	25
Betrokken factoren	25
De sociale omgeving	26
Het eetpatroon	28
Het eetpatroon	28
Lichaamsbeweging	31
Lichaamsbeweging	31
Lichaamsbeweging	31
Het meetbaar maken van het overgewicht	32
VI Het produkt	34
Voorstellen aan het team	34
Passend bij het team	34
Egoposities en ideeën	34
Aangepaste presentatie	35
Bijlage: De Body Mass Index (BMI)	37
Bijlage: BMI Cliënten	39
Bijlage: interview met gedragskundige team Gvt Pijnacker	41
Bijlage: interview collega's	44
Bijlage: gebruikte bronnen	47

I Inleiding

In het startdocument heb ik aangegeven waar mijn motivatie voor het onderwerp overgewicht vandaan komt: mijn interesse voor sporten en voor gezondheid. Daarnaast zag ik ook op medische gronden noodzaak om hier iets in te gaan doen. Uiteraard kan ik niet zomaar met een plan aan komen zetten. Dit moet gemotiveerd worden door de beantwoording van de probleemstelling die ik eerder heb geformuleerd:

'Hoe kan er voor gezorgd worden dat de cliënten van Gvt Pijnacker hun overgewicht kwijtraken, zonder hen te beperken in de rechten die zij hebben op het maken van eigen keuzes t.a.v. eten, drinken en vrijetijdsbesteding?'

Hiertoe heb ik een aantal deelvragen opgesteld waarvan de beantwoording moet leiden tot een product, in de vorm van een plan waarin staat hoe het overgewicht van de cliënten bestreden kan worden.

Analytische vragen, de probleemverkenning:

- *Waardoor komt overgewicht bij de cliënten? Deze vraag kan tot een opsomming van oorzaken leiden die worden geanalyseerd*
- *Waarom is overgewicht en obesitas een probleem?*
- *Hoe kan overgewicht voorkomen/geëlimineerd worden?*

Psychologische vragen:

- *Willen de cliënten hun overgewicht kwijtraken?*
- *Zijn de cliënten gemotiveerd om daar het noodzakelijke voor te doen?*

Ethische vragen:

- *Wie bepaalt of de cliënt overgewicht heeft? Heeft de cliënt hier zelf een aandeel in?*
- *Wie bepaalt of de cliënt het overgewicht kwijt moet raken, en waarom wordt dit aldus bepaald?*

Praktische vragen:

- *Na besluit tot implementatie van het plan: Wat moet er gedaan worden om het overgewicht aan te pakken?*
- *Waaruit bestaat het eventuele traject?*

Deze vragen zullen worden beantwoord in de komende hoofdstukken, in de volgorde waarin de vragen gesteld zijn. In dit productverslag zal gesproken worden over de cliënten die ik begeleid. Ik heb ervoor gekozen om hun namen niet te noemen. In plaats daarvan heb ik afkortingen gebruikt waarvan ik weet naar welke persoon die verwijzen. Om verwarring te voorkomen heb ik geen andere namen gebruikt.

Context: Gvt Pijnacker

Ik werk op de locatie Gvt Pijnacker van stichting Ipse. Deze locatie begeleidt 14 mensen binnen de muren van het Gvt en nog eens drie cliënten ambulant. Het betreft cliënten met een lichte tot matige verstandelijke beperking. Binnen Gvt Pijnacker is sfeer en een veilige leefomgeving een van de pijlers waarop de daar geboden hulpverlening steunt. De cliënten wordt een leefomgeving geboden waarin zij de ruimte hebben zich, zoals dit in de visie van Ipse wordt gezegd, kunnen ontplooiën en een maatschappelijk zo zinvol mogelijk bestaan te kunnen leiden.¹ Deze visie komt binnen het Gvt tot uitdrukking door de hobby's die de cliënten

¹ www.ipse.nl Zie: visie en missie. Hierin wordt ingegaan op wat de visie van Ipse is.

uitoefenen, de huisregels die structuur en daarmee veiligheid waarborgen en door het team van begeleiders dat de cliënten ondersteunt in het faciliteren van mogelijkheden, zowel materieel als immaterieel, in het uitvoeren van de eigen hobby's en het zich houden aan de huisregels. Daarnaast houdt het team ook toezicht op de geestelijke en lichamelijke conditie van cliënten. Hiertoe zijn rapportagesystemen opgesteld waarin dagelijks gerapporteerd wordt over de stemming van de cliënten en hun lichamelijke gezondheid.

Probleemverkenning; het onderwerp overgewicht

In het kader van de lichamelijke gezondheid ziet het team de laatste tijd veel problemen ontstaan bij diverse cliënten. Met enige regelmaat hoor ik collega's zeggen dat cliënt 'J' te zwaar is, of dat cliënt 'F' weer enkele kilo's is aangekomen. Als ik de opmerkingen van mijn team samenvat, en dat heb ik in het bijzijn van diverse collega's ook gedaan toen ik het onderwerp van mijn afstudeerproject aan hen voorlegde, kan ik zeggen dat het gaat om overgewicht.

De knuppel is in het hoenderhok gegooid. Veel cliënten van het Gvt waar ik werk, hebben te kampen met overgewicht. Deze uitspraak heb ik gedaan om het onderwerp voor mijn afstudeerproject zo kort en bondig als mogelijk samen te vatten.

Welke cliënten hebben overgewicht?

Wanneer ik mijn collega's spreek, en hen vraag naar welke cliënten overgewicht hebben, noemen zij binnen twee minuten alle namen van de personen bij wie dit wel speelt en bij wie niet. Hierbij baseren mijn collega's zich niet op wetenschappelijke bronnen, maar op hun intuïtie. Desgevraagd zeggen collega's dat ik toch 'wel kan zien' bij bepaalde cliënten dat zij te zwaar zijn.

Omdat het mijns inziens te ver gaat om zomaar te concluderen dat mensen overgewicht hebben, heb ik eerst onderzocht welke cliënt overgewicht heeft en welke cliënt niet. Voor mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van de Body Mass Index (BMI) ². Dit meetinstrument stelt vast wie overgewicht heeft en wie niet. Er zijn vier categorieën waarbinnen een bepaald lichaamsgewicht, ten opzichte van de lichaamslengte, valt: ondergewicht (met kans op lichamelijke aandoeningen), normaal gewicht, overgewicht (verhoogd) en obesitas (duidelijk verhoogd). Voor een schematische weergave van de BMI, zie hieronder:³

De indeling van de BMI bij volwassenen van 18-70 jaar

BMI (kg/m ²)	Classificatie	Risico
<18,5	ondergewicht	laag (maar verhoogd risico op andere aandoeningen)
18,5-24,9	normaal gewicht	Gemiddeld
25-29,9	Overgewicht	verhoogd

² <http://www.voedingscentrum.nl/voedingscentrum/Public/Dynamisch/gewicht+en+dieet/overgewicht/>
Artikel: 'Over eten'

In de betreffende bijlage zit een kopie van (een deel van) het artikel dat ik gebruikt heb om de BMI van mijn cliënten vast te stellen. Hier wil ik de lezer naar verwijzen wanneer mijn uitleg onduidelijk lijkt.

³ <http://www.voedingscentrum.nl/voedingscentrum/Public/Dynamisch/gewicht+en+dieet/overgewicht/>

30 en hoger	Obesitas	duidelijk verhoogd
-------------	----------	--------------------

Hieronder de BMI van de onderzochte cliënten.⁴

Gewichten van bewoners:		Lengte bewoners:		BMI:	
• P	nb	P	nvt	P	-
• E	72,4	E	1,62	E	27,6
• K	56,7	K	1,53	K	24,2
• J	81,2	J	1,46	J	38,1
• F	100,2	F	1,82	F	30,2
• Crz	81,6	Crz	1,68	Crz	28,9
• Cl	81,5	Cl	1,68	Cl	28,8
• Crn	95	Crn	1,68	Crn	33,6
• A	nb	A	nvt	A	-
• M	84,5	M	1,55	M	35,2
• G	67,7	G	1,56	G	27,8

Als we bovenstaande gegevens er bij nemen, blijkt dat van de zeventien cliënten in ieder geval acht een BMI hebben van hoger dan 25. Dat houdt in dat 47% van de door het team van Gvt Pijnacker begeleide cliënten overgewicht heeft.

Van de negen cliënten met overgewicht zijn er vier die een BMI hebben van 30 en hoger. Deze cliënten vallen onder de classificatie Obesitas.

Het zal de opmerkelijke lezer opvallen dat niet alle zeventien cliënten hier staan vermeld. Op de reden hiervoor kom ik later, in de discussie over het ethische vraagstuk van het aanpakken van overgewicht, terug.

Waarom is overgewicht en obesitas een probleem?

Overgewicht is eigenlijk altijd een probleem. Overgewicht kan leiden tot hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker.⁵ Mede verband houdend hiermee is het hogere sterftecijfer van mensen met overgewicht.⁶ Daarnaast worden op de website 'huisartsenkliniek.nl'⁷ veel andere mogelijke gevolgen van overgewicht genoemd, zoals: verhoogde bloeddruk, kortademigheid, aandoeningen van het bewegingsapparaat, invaliditeit, sociale isolatie als gevolg van het niet deel kunnen nemen aan activiteiten zoals sport en spel, etc.

Juist voor de cliënten die door mij en mijn team begeleid worden, is het belangrijk om mee te kunnen doen met activiteiten, zoals wandelen, zwemmen en handballen. Al de cliënten die hierboven kort aangeduid zijn, vinden het prettig om deel te nemen aan de hier beschreven activiteiten. Door hun overgewicht, in combinatie met het ouder worden uiteraard, zijn ze minder goed in staat zich soepel voort te bewegen.

⁴ Niet alle cliënten waren bereid om zich te laten wegen. Van de cliënten die niet gewogen zijn en van wie dus ook geen BMI beschikbaar is, is in gesprekken met mijn collega's (zie Bijlage interview collega's team Gvt Pijnacker) ook niet gezegd dat zij overgewicht hebben. Ik was het daarmee eens en heb diens gevolge besloten hier ook verder geen onderzoek naar te doen.

⁵ Zie noot 2. In het artikel 'Over eten' wordt een aantal mogelijke gevolgen van overgewicht genoemd, deze zijn hierboven beschreven.

⁶ Prof. Dr. Lisbeth Mathus-Vliegen doet deze bewering na de sterftecijfers van obesitas patiënten (rokers en niet rokers) te hebben vergeleken met die van mensen die geen obesitaspatiënt zijn. Zij beweert dit in:

'VoedingsMagazine nummer 1, februari 2007, 20e jaargang'
(<http://www.voedingsmagazine.nl/artikel.asp?id=795&uitgaveid=54>)

⁷ www.huisartsenkliniek.nl

Hierdoor gaan zij steeds meer opzien tegen de dingen die voor hen een gezonde vorm van vermaak zijn en die zij tot dan toe ook altijd als fijn ervaren hebben.

Daar komt bij dat waar de cliënten nu nog op een leeftijd zijn dat zij allen nog mobiel zijn, dit over twintig jaar moeilijker zal gaan worden. Waar de meeste cliënten nu nog zo'n jaar of veertig oud zijn, zullen zij over twintig jaar een leeftijd bereiken waarin overgewicht een belangrijk obstakel voor de eigen mobiliteit, en dus deels ook de eigen zelfredzaamheid, zal zijn.⁸

Een ander probleem, ik heb het al bij enkele cliënten eerder genoemd, is dat kleding niet meer past. Het is niet goedkoop om voortdurend van garderobe te moeten wisselen. Daarnaast vinden sommige cliënten het ook niet fijn als ze door hun overgewicht niet meer in bepaalde kleding passen. Bij sommige cliënten doet dit mogelijk afbreuk aan het ontwikkelde zelfbeeld.⁹ Enkele maanden voordat ik dit productverslag schreef, kwam een cliënte nog huilend thuis van een midagje kleding kopen met haar zus. Ze moest diverse kledingstukken die zij zo leuk vond laten hangen omdat ze haar niet pasten.

In de bijlage 'BMI' wordt nogmaals ingegaan op de risico's van overgewicht en obesitas. De medische noodzaak om af te vallen bij een BMI hoger dan 30 wordt hiermee onderbouwd.

Verder wordt gesproken over mensen met 'gewoon' overgewicht, dat houdt in: mensen met een BMI van 25 tot 30. Er worden geen gezondheidsrisico's genoemd, maar wel wordt gezegd dat deze mensen moeten voorkomen dat ze zwaarder worden.

⁸ www.rivm.nl Hier wordt gesproken over de gebreken die ouderdom met zich meebrengt.

Overgewicht kan verdere complicaties veroorzaken

(http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3637n25270.html)

⁹ Idem. In het voorlichtingsartikel wordt ook gesproken over psychologische gevolgen, waaronder het verminderde zelfbeeld.

II Wat is hiervan de oorzaak?

Om de oorzaken van overgewicht vast te stellen, heb ik op internet gekeken naar sites die zich hebben gericht op overgewicht. Daarnaast heb ik ook artikelen opgezocht waarin deskundigen op het gebied van overgewicht aan het woord worden gelaten. Ik heb er bewust voor gekozen om geen diepgaande studies naar overgewicht door te nemen, aangezien het mij niet gaat om het uitvinden van nieuwe oorzaken voor overgewicht, en ik ook geen revolutionaire diëten wil ontwerpen. Het doel van mijn onderzoek is een aantal globale oorzaken van overgewicht te benoemen en te kijken of ik die ook terug zie komen bij de cliënten die begeleid worden op de locatie waar ik werk.

Tekort aan lichaamsbeweging & teveel aan voeding

Er wordt een aantal oorzaken genoemd voor overgewicht: In een artikel in het NRC¹⁰ wordt allereerst gesteld dat iemand overgewicht krijgt wanneer hij/zij meer eet dan het lichaam verbruikt. Dit wordt bevestigd door het RIVM (Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu). Het RIVM beweert dat overgewicht vaak wordt veroorzaakt door een disbalans in de verhouding tussen inname van voedsel en energieverbruik, dat wordt gestimuleerd door lichaamsbeweging.

In interviews die ik met collega's heb gehouden wordt als één van de eerste dingen genoemd dat de cliënten te weinig lichaamsbeweging hebben. Alle cliënten die volgens de BMI overgewicht hebben, worden dagelijks door een taxi opgehaald om naar hun werk te gaan en worden ook teruggebracht. Dit alles gaat van deur tot deur. Alle cliënten doen op de een of andere manier aan sport. Hieronder heb ik van de cliënten die overgewicht hebben een tabel gemaakt, naar aanleiding van onderzoek naar het sportprogramma dat zij wekelijks hebben.

Cliënt	Sport1 + frequentie	Sport2 + frequentie	Totale frequentie
Edward	Handbal (1x/w)	-	1x/w
José	Handbal/zwemmen (1x/w)	Fitness (1x/w)	2xw
Frank	Handbal (1x/W)	Zwemmen (1x/2w)	1,5/w
Carenza	Paardrijden (1x/w)	-	1x/w
Claudia	Handbal (1x/w)	-	1x/w
Carlien	-	-	-
Gerda	-	-	-
Marja	Zwemmen (1x/2w)	Fitness (1x/2w)	1x/w

Veel collega's zeggen dat dit te weinig lichaamsbeweging betekent. Daarnaast hebben de cliënten geen andere aerobe activiteiten. Hoewel er in het verleden initiatieven zijn geweest om de cliënten meer te laten bewegen (zoals wandelvrijwilligers, wandelen naar het dorp om inkopen te doen voor de cliënten), zijn veel van die initiatieven een vroegtijdige dood gestorven waardoor thans met name de sportactiviteiten voor de voedingsstoffenverbranding zorgt.

Een andere factor die het tekort aan lichaamsbeweging allesbehalve compenseert, sterker nog, zelfs aanvult, is voeding. Op de site van de RIVM wordt dit verder

¹⁰ Fogteloo en Meinders in NRC Profiel 'Overgewicht', [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl/W2/Lab/Profiel/Overgewicht/oorzaken.html) Link: <http://www.nrc.nl/W2/Lab/Profiel/Overgewicht/oorzaken.html>

uitgelegd door aan te geven hoe voeding in het proces van overgewicht krijgen een grote rol speelt:¹¹

Voedingsfactoren die in combinatie met bewegingsarmoede de kans op overconsumptie vergroten:

- hoge inname van voedsel met hoge energiedichtheid (en weinig micronutriënten)*
- lage inname voedingsvezel
- lage inname groente en fruit
- hoge inname suikerhoudende frisdrank/vruchtensap

In het kader hierboven, ontleend aan een site van het RIVM, wordt gesproken over voedsel met hoge energiedichtheid. Hierbij moet gedacht worden aan:

- Vlees en aardappelen gebakken in volle boter
- Gebonden sauzen
- Vla, vruchtenyoghurt met suiker

Een onderzoek naar de menulijst die wekelijks wordt samengesteld door personeel van het Gvt levert de volgende gegevens op:

Menulijst Gvt Pijnacker week 8 en 9 van 2008

Maandag (week 8)	Boerenkoolstampot met worst en vla toe	Maandag (week 9)	Pannenkoeken met vruchtenyoghurt
Dinsdag	Griekse Wraps (met mager gehakt en saus) met sla en vruchtenjoghurt toe	Dinsdag	Tomatensoep met spinazie, gekookte aardappelen en een omelet
Woensdag	Gado-gado (pindasaus met gekookte groenten) met vla toe	Woensdag	Nasi met vla toe
Donderdag	Witlof ham/kaas met aardappelkroketjes en een kipburger en Mona pudding toe	Donderdag	Hutspot met een bal gehakt en vruchtenyoghurt toe
Vrijdag	Erwtensoup en vruchtenyoghurt toe	Vrijdag	Shoarma-schotel met boontjes in saus en vla toe
Zaterdag	Eigen keus cliënten, meestal spaghetti of macaroni en vla of vruchtenjoghurt toe	Zaterdag	Zie week 8
Zondag	Zie zaterdag	Zondag	Zie week 8

Daarnaast wordt gesproken over hoge inname suikerhoudende frisdrank/vruchtensap.

¹¹ www.rivm.nl

Link: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1257n18950.html

Dagelijks mogen de cliënten twee glazen (light) frisdrank inschenken. Daarnaast hebben zij ook de mogelijkheid om, als zij dat lekker vinden, vruchtensap te drinken. Verder is het zo dat er veertien cliënten binnen Gvt Pijnacker wonen en al deze mensen zijn natuurlijk eens in het jaar jarig. Om de hoeveelheid ongezond voedsel te beperken heeft de begeleiding al ingesteld dat er eens per jaar een groot feest wordt gehouden voor alle cliënten. Aan de andere kant mogen cliënten als ze jarig zijn wel voor die betreffende dag een menu samenstellen. Meestal komt dat dan neer op frites, gebakken aardappelen of andere gerechten met een hoog vetgehalte. De vele vrijwilligers die op het Gvt werken hebben vaak medelijden met de cliënten die 'verder niets' hebben en stoppen hen met enige regelmaat een zak spekjes, een lekkere koek of andere lekkernijen toe. Dit is gemeengoed. Cliënten krijgen veel lekkere dingen en bouwen zodoende een bepaalde stijl van eten 'aangeleerd':

*Over het algemeen kan gezegd worden dat het snoepgedrag is aangeleerd. Veel verstandelijk gehandicapten vinden eten en snoepen best lekker. Ouders en verzorgers zijn geneigd om het kind of de volwassene regelmatig iets toe te stoppen...*¹²

Uit bovenstaande blijkt dat de voeding, alsmede het tekort aan lichaamsbeweging, een grote rol kan spelen in het verkregen overgewicht bij de cliënten van Gvt Pijnacker.

Lichamelijke aanleg

Daarnaast wordt ook een erfelijke aanleg verondersteld als een van de boosdoeners.¹³ Drie van de cliënten hebben het syndroom van Down. Mensen met het syndroom van Down zijn vaak kleiner en hebben een stevige, mollige lichaamsbouw. In de literatuur over mensen met het Down syndroom heb ik nergens kunnen vinden of zij meer aanleg hebben om overgewicht te krijgen. Wel meen ik bij de betreffende cliënten dat zij snel gewicht aanzetten. Het team deelt deze mening.

Conclusie: beweging en lichamelijke aanleg

Overgewicht kan dus in twee categorieën van oorzaken worden onderverdeeld: lichamelijk, daarbij kan aan erfelijkheid worden gedacht en de mate waarin een lichaam in staat is voedsel te verbruiken. Maar anderszijds ook in het nemen van het initiatief om meer lichaamsbeweging te hebben of minder en/of anders te eten,¹⁴ minder calorieën te gebruiken in het voedsel¹⁵. Als je die initiatieven niet neemt, neemt de kans op overgewicht toe.

Dit alles drukt zich ook uit in een cijfermatige conclusie uit een onderzoek: 80% van alle verstandelijk gehandicapten is te zwaar.¹⁶ Omdat onbekend is, hoe de onderzoeker aan dit gegeven is gekomen en aan de hand waarvan is besloten dat iemand al dan niet te zwaar is, wil ik aan het hiervoor genoemde, mijns inziens wel

¹² Veen-Roelofs, J. en Rasenberg S. (1996) *Eetcontroleprogramma* Den Dungen, van Gerwen BV.

Blz. 7

¹³ ¹³ www.rivm.nl

Link: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1257n18950.html

¹⁴ www.huisartsenpost.nl

¹⁵ <http://www.sonjabakker.nl/recepten.php>

¹⁶ Idem.

erg hoge, percentage geen onomstreden waarheidslabel toekennen, maar het lijkt wel te bevestigen dat overgewicht binnen de verstandelijk gehandicaptensector een bestaand probleem is en dat de omvang dermate groot is, dat er iets aan gedaan moet worden.

De leefomgeving

Verstandelijk gehandicapten zijn een lastige doelgroep om op het gebied van voeding verantwoord te begeleiden. In veel woonvormen wordt bij leuke activiteiten al snel een lekkernij op tafel gezet.¹⁷ Ook op dagbestedings en activiteitencentra is een zelfde soort beleid. Regelmatig hoor ik van cliënten op de locatie waar ik werk dat ze op vrijdag een zakje chips en een glas limonade krijgen of dat er iemand jarig is en dat zij daarom een plak cake of stukjes kaas en worst hebben gekregen.

Verder is het niet altijd mogelijk om cliënten naar sportclubs te laten gaan. Vervoer is vaak lastig te regelen (afhankelijkheid van vrijwilligers), taxi's komen regelmatig een half uur te laat¹⁸ en niet iedereen heeft even veel geld om lidmaatschappen voor sportclubs te betalen. Deze zaken klinken me bekend in de oren. Waar nu voor veel cliënten een georganiseerde sportactiviteit vaste prik is, is voor enkele cliënten op de locatie waar ik werk de afhankelijkheid van de taxi oorzaak van veel problemen. Iemand die paardrijles heeft, is van de vijftien lessen die zij gehad heeft, drie keer niet kunnen komen vanwege de taxi die niet of te laat kwam opdagen. Hiermee mist zij de sportactiviteit die het bourgondische eten van de avond zou moeten compenseren.

Eerder heb ik aangegeven dat veel vrijwilligers op de locatie waar ik werk de cliënten van allerlei lekkers toestoppen. Op die manier wordt het leefpatroon dat, zo schijnt het me toe, tot overgewicht leidt, in stand gehouden. Ook collegabegeleiders geven aan dat zij de cliënten wel eens wat lekkers geven. Een collega van me zei letterlijk: 'ze mogen toch ook wel een leven leiden?'. Daarmee bedoelde zij dat we de cliënten niet van alles kunnen en mogen onthouden.

Hiervoor is vastgesteld dat 47% van de cliënten, begeleid door het team van Gvt Pijnacker, overgewicht heeft. Tevens is vastgesteld dat overgewicht, zeker bij een BMI hoger dan 30, een probleem is dat aangepakt moet worden. Cliënten met een BMI van 25 of hoger, tot 30, moeten zorgen dat hun gewicht niet meer omhoog gaat. Als we deze conclusie beschouwen, lijkt het voor de hand te liggen dat er iets aan gedaan moet worden. Mijn collega's zijn van mening dat het niet goed is dat de cliënten overgewicht hebben en willen er iets aan doen. Ook ouders die ik spreek zeggen dat er best een paar kilo'tjes af mogen. Waar wachten we dan nog op?

¹⁷ www.meetwente.nl

¹⁸ Idem.

III Cliënten, hun motivatie en de begeleiding

Willen de cliënten hun overgewicht kwijtraken?

De volgende vraag die ik mezelf stel in het kader van de probleemstelling is:

Willen de cliënten hun overgewicht kwijtraken?

In gesprekken met de cliënten die overgewicht hebben komt naar voren dat ze weinig of geen besef lijken te hebben van hun overgewicht. Cln, die een BMI heeft van 33,6 wordt boos als ik het onderwerp gewicht en diëten aansnijdt. Ze kijkt me recht aan met gefronste wenkbrauwen en zegt: 'ik wil er niet over praten'. Deze reactie krijgen collega's ook als zij dit onderwerp bij haar aankaarten. Crz en F zeggen wel dat ze van hun overvloedige kilo's afwillen, maar volgens de collega die hen hierover sprak, is het twijfelachtig of ze dit echt menen of dat zij dit zeggen omdat zij geen onenigheid willen hebben over dit onderwerp. F, die een BMI van 30,2 heeft, zegt bij tijd en wijle dat hij graag af wil vallen. Dit zegt hij meestal nadat hij van zijn moeder of een van de begeleiders heeft gehoord dat hij te zwaar is en dat hij nodig af moet vallen. J. (BMI 38,1) praat nauwelijks of niet en als haar gezegd wordt dat ze te zwaar is, kijkt ze boos naar beneden. Als haar gezegd wordt dat ze een stuk gezonder wordt en veel meer leuke dingen kan doen als ze afvalt, kijkt ze me aan met grote ogen en zegt verder niets. E. (BMI 27,6) zegt als ik hem met zijn overgewicht confronteer: 'weet ik wel hoor Reneetje', maar zegt niet of hij af wil vallen of niet. Hij reageert verder niet op wat ik zeg. Als ik aan hem vraag of hij af wil vallen, zegt hij 'ja hoor'. Wanneer ik vraag waarom, zegt hij 'weet ik niet'. Cl (BMI 29) zegt ja en nee wanneer ik vraag of ze af wil vallen. Het antwoord verandert keer op keer. M (BMI 35,2) gaat wekelijks naar de weegclub en is altijd erg blij wanneer ze een kilo of enkele onsjes af is gevallen. Van M. Is duidelijk dat ze haar overgewicht kwijt wil raken. G. Knikt ja wanneer ik haar vraag of zij wat minder zou willen wegen. Collega's die ik spreek zeggen dat ze denken dat het idee van overgewicht door de begeleiding is opgelegd bij de cliënten en dat de cliënten zeggen dat ze te zwaar zijn om de begeleiders te plezieren. Een andere collega zei me dat ze twijfelde of de cliënten wel beseffen wat overgewicht is en of zij hier last van hebben. Nog een collega zei onomwonden dat er bij de cliënten totaal geen besef is van het feit dat zij overgewicht hebben.

Willen de cliënten doen wat noodzakelijk is om hun overgewicht kwijt te raken?

Het gaat hier over een vraag die wat zegt over de motivatie. Mbt. Motivatie heb ik het over motivatie bij cliënten. Rigter bespreekt wanneer hij enkele aspecten van motivatie opnoemt, ook het aspect 'doel'. Daarmee heeft hij het over de belonende waarde die een doel heeft waarmee bepaald gedrag gemotiveerd wordt.¹⁹ Ik doel op dit aspect waarvan ik graag wil weten of cliënten dit zien wanneer zij inspanningen, gericht op kwijt raken van overgewicht gaan leveren.

Over het algemeen genieten verstandelijk gehandicapten erg van een vertrouwde gang van zaken. Ze zullen dan ook niet snel initiatief nemen om iets te veranderen.²⁰

Dit zal ook opgaan voor het veranderen van een eet en eventueel bewegingspatroon. In de tijd dat ik op mijn locatie werk, heb ik nog geen enkele cliënt horen zeggen dat hij/zij anders wil gaan leven om zijn/haar overgewicht kwijt te raken.

Mijn collega's hebben het idee dat de meeste cliënten niet beseffen dat zij overgewicht hebben en dat zij daardoor niet bewust willen afvallen. Daardoor zijn

¹⁹ Rigter, Jakop (2004) *Psychologie voor de praktijk* Bussum, Coutinho, blz. 212

²⁰ Van Weezel, Lies Gualthérie van en Waaldijk, Kees (1995) *Doelgroepen in de residentiële hulpverlening* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Blz. 126

mijn collega's van mening dat de cliënten niet in staat zijn om het noodzakelijke te doen om af te vallen.

Cliënt F komt in de avonduren (als iedereen slaapt) wel eens naar beneden om de koekjestrommel te openen en hieruit iets weg te nemen. Uit rapportage is gebleken dat er soms nog naar schatting zo'n vijftien koekjes in de trommel zaten en dat deze allemaal weg waren. Desgevraagd geeft F onmiddellijk toe dat hij deze opgegeten heeft. M gaat wekelijks naar een weegclub en vertelt me af en toe dat zij een gebakje heeft laten staan. Ze is zich er van bewust dat voor het bestrijden van overgewicht er minder gegeten dient te worden. Onduidelijk is of zij ook beseft wat de consequenties van overgewicht zijn en of zij hierdoor problemen ondervindt. M. heeft een scheve stand van haar voeten en omdat zij 84,5 kg weegt, bij een lengte van 1,55m. komen haar enkels extra onder druk te staan. Daarnaast zegt M. regelmatig dat zij lekkere hapjes laat staan voor haar dieet, maar achteraf blijkt, wanneer ik van collega begeleiders hoor wat ze heeft gesnoept, dat ze dit niet heeft laten staan. Wanneer ik M. er op aanspreek, geeft ze ook toe dat ze dit toch heeft opgegeten en dat ze hierover niet de waarheid gesproken heeft. De reden hiervoor komt soms naar boven in een gesprek: ze is bang dat de begeleiding boos wordt als ze toch een gebakje of een koekje heeft gegeten. Verder komt M. regelmatig bij een vrijwilliger thuis op de koffie en krijgt daar diverse lekkere dingen toegestopt. Ze weigert dit niet en eet het op. J krijgt ook regelmatig lekkere dingen. Wanneer haar wordt gezegd dat een tweede glas limonade in de avond echt te veel is, zucht ze diep en loopt boos naar haar slaapkamer. Ook als zij bij het eten een kleinere schep saus op haar bord krijgt dan een andere cliënt, zucht ze en kijkt boos naar haar bord. Cln vindt zichzelf niet te dik en neemt geen initiatieven om haar overgewicht kwijt te raken. Slechts wanneer zij bij het winkelen niet in een jurk past die ze graag had willen hebben, is zij verdrietig en eet een á twee dagen iets minder. Daarna herhaalt het patroon zich weer: boos worden als iemand er over praat en niets doen. Crz. belt regelmatig haar moeder op en vraagt met verheugde stem wat ze gaan eten wanneer ze het weekend weer naar haar moeder gaat. Kortom: van iedere cliënt op Gvt Pijnacker is duidelijk dat eten voor hen belangrijk is. Daar, zoals eerder gezegd, verstandelijk gehandicapten een lage veranderingsbereidheid hebben, is de kans klein dat zij uit eigener beweging activiteiten zullen ondernemen om hun overgewicht kwijt te raken. Hieruit trek ik de conclusie dat de cliënten die ik op Gvt Pijnacker begeleid de belonende waarde van het doel niet zien en dus ook niet kunnen onderschrijven.

Initiatieven van begeleiding en omgeving

Een belangrijke vraag die ik me hierop stel is dan: als de cliënten zelf geen initiatieven nemen om hun overgewicht kwijt te raken, wat heeft de begeleiding dan (al dan niet tevergeefs) gedaan om hier iets aan te doen? Er zijn in het verleden maatregelen genomen waaruit regels zijn ontstaan zoals: één keer opscheppen tijdens de avondmaaltijd, lichtdrank in de avond, Twee kopjes koffie rond half acht 's avonds, niet meer. Eén klein zakje chips of een paar toastjes met beleg in het weekend, en geen koekjes bij de koffie door de week.

Deze maatregelen worden consequent gehandhaafd maar hebben niet het gewenste effect tot gevolg.

Een andere 'methode' waarvan ik getuige ben geweest is die van een collega die een cliënt zeer streng toesprak over het feit dat hij weer enkele kilo's zwaarder was geworden. De cliënt sprak een week nadien nog over hoe hij was toegesproken en dat hij er wel van geschrokken was en dat hij nu weer eens op zijn eetpatroon ging letten. De collega genereerde een schrik-effect bij deze cliënt, maar desgevraagd gaf

deze collega toe dit niet de meest handige benadering te hebben gevonden maar daaraan werd wel toegevoegd: 'het werkte wel, F. is toch een paar kilo afgevallen. Ook vrijwilligers hoor ik nog wel eens op een negatieve manier spreken over het overgewicht van de cliënten. Dat diezelfde vrijwilligers toch ook met enige regelmaat iets lekkers meenemen voor de cliënten (in de veronderstelling dat zij de enigen zijn die dit doen) laat ik hier verder buiten beschouwing.

Andere collega's scheppen 'gewoon' minder eten op en zeggen hiermee streng te zijn met de porties eten. Dit omdat het eten toch een bepaalde voedingswaarde heeft die in bepaalde hoeveelheden geserveerd tot overgewicht zou kunnen leiden. Ik vind dit een onbehoorlijke manier van begeleiden, daar je de mensen het gevoel van 'voldoende eten' laat ontberen. Hier kom ik later op terug.

Communiceren met cliënten middels eten: Wat houdt dit patroon in stand? De transactionele analyse

Om te verklaren waardoor cliënten in de loop der jaren overgewicht hebben gekregen, wilde ik verder kijken dan naar alleen de leefpatronen en het eetpatroon van de cliënten.

Er ligt iets ten grondslag aan het leef en eetpatroon. De cliënten eten te veel dingen waardoor ze zwaarder worden en de begeleiding ziet dit onder haar ogen plaatsvinden. Waar ligt dit aan?

De transactionele analyse biedt hier goede handvatten. In het boek 'Het constructieve gesprek'²¹ wordt gesproken over de transactionele analyse. Haar hoofdkenmerk richt zich op de uitwisseling in communicatie.²²

Een van de vormen van communicatie is complementaire communicatie. In deze vorm van communicatie geeft de persoon die begint met communiceren, de zender, in zijn communicerende boodschap aan degeen tot wie de communicatie gericht is, de ontvanger, weer hoe hij/zij moet reageren.

In de transactionele analyse wordt gewerkt met de begrippen ego-toestand. Er worden in het boek van Gührs en Nowak zes verschillende ego-posities beschreven. Eerst wordt de *kritische ouder* genoemd. Dit is een ego-positie van waaruit andere mensen vanuit een superieure instelling worden benaderd. De kritische ouder vindt zichzelf goed en eist dat de ander ook zo is. Vervolgens wordt de *voedende ouder* genoemd. De voedende ouder is zorgzaam, vol begrip en is erg toeschietelijk in het geven van hulp, gevraagd en ongevraagd. De *Volwassene* is open, geïnteresseerd, onderzoekend en zonder bijbedoeling. Vanuit deze ego-positie verwacht de zender niets van de ontvanger. Vervolgens is er het *vrije kind*. Het vrije kind geniet, is spontaan en laat zichzelf zien zoals het zich voelt. Het *aangepaste kind* daarentegen gedraagt zich gewillig, angstig en doet wat het kan om een ander te plezieren. Tenslotte is er het *rebellere kind*. Het rebellerend kind zet zich overal tegen af en weigert te doen wat van hem/haar verwacht wordt.²³

Dit is zoals ik de ego-posities interpreteer. Tevens maak ik middels deze interpretatie de transactionele analyse bruikbaar voor de analyse van mijn cliënten.

De verschillende ego-posities versterken elkaar of neutraliseren elkaar. Een voedende ouder zal een aangepast kind versterken in het aangepaste gedrag. Het aangepaste kind wordt er immers voor beloond wanneer het zich hulpeloos en aangepast gedraagt. Tevens zal het aangepaste kind ervoor zorgen dat de kritische

²¹ Gührs, Manfred en Nowak, Claus (2006). *Het constructieve gesprek*. Amsterdam: SWP. Blz. 93 e.v.

²² Idem.

²³ Idem. blz. 82 ev.

ouder zich gesterkt weet in het eigen gedrag, daar het kind zich aanpast aan wat de kritische ouder. Het rebellerende kind, op zijn beurt, versterkt het gedrag van de kritische ouder eveneens, aangezien het middels zijn weerbarstige houding bevestigt wat de kritische ouder zegt: het rebellerend kind is niet goed. De volwassene zal alle ego-posities, behalve die van het vrije kind, neutraliseren aangezien deze immuun is voor alle bijbedoelingen van de andere ego-posities. Het vrije kind zal met zijn open houding een goede aanvulling vormen op de volwassene terwijl het zich niet in een hoek zal laten dringen door de kritische en voedende ouder, het aangepast kind en het rebellerend kind.

Er is bewust voor gekozen om de complementaire transactie als verklaringsmodel te gebruiken voor het ontstaan van het voedingspatroon dat bij heeft gedragen aan het overgewicht van de cliënten.

In de complementaire transactie verwacht de zender dus dat de ontvanger een bepaalde ego-positie inneemt. Zolang dit gebeurt blijft het communicatiepatroon in stand zonder dat er, zoals in de kruistransactie²⁴, onenigheid kan ontstaan doordat de ontvanger niet reageert vanuit de door de zender geanticiperde ego-positie. Anders gezegd: zender en ontvanger blijven elkaar voortdurend bevestigen en houden hun communicatiepatroon vast.

Hoe vindt dit plaats binnen Gvt Pijnacker? Er is sprake van vrijwilligers die lekkere hapjes meenemen voor de cliënten die anders niets zouden hebben. Hetzelfde geldt voor het huishoudelijk personeel dat op bepaalde dagen lekkere koeken meeneemt en de aanwezige cliënten daarvan laat smullen, dit alles onder het motto dat die 'arme gasten'²⁵ zo van lekkere dingen houden. Begeleiders die dienst hebben denken vaak dat de cliënten niet vaak lekkere hapjes krijgen en voelen zich geroepen om de cliënten voor die 'ene keer' eens iets lekkers toestoppen. Dit alles is gebleken uit gesprekken die ik met collega's heb gehad en uit observatie tijdens diensten die ik werk.

De vrijwilligers, het huishoudelijk personeel en de begeleiders die de cliënten ongevraagd lekkere dingen toestoppen, zijn dus te beschouwen als (bijna letterlijk) de voedende ouder. Zij zijn van mening dat de cliënten anders niets hebben en dat zij degene moeten zijn die de cliënten voorzien van het broodnodige lekkers. De cliënten vragen niet om de 'hulp', maar nemen het wel al te graag aan. Wanneer een personeelslid jarig is en iets lekkers meeneemt als traktatie, zeggen de cliënten niet: 'alweer iets lekkers?', maar pakken ze het plakje cake, het gebakje of het stukje kaas met worst aan en eten het lekker op. Het enthousiasme waarmee het lekkers wordt genuttigd is aanleiding voor de gevers, de voedende ouders, om te kunnen zeggen dat de cliënten het écht willen. De cliënten die ondertussen met graagte alles aannemen, zijn de aangepaste kinderen die zich met enthousiasme opstellen in deze ego-positie.

Verandering in communicatiepatronen

Het ligt mijns inziens voor de hand om het patroon van geven van lekkere dingen door de vrijwilligers, het huishoudelijk personeel en de begeleiding, te doorbreken. Tot nu toe is gebleken dat dit patroon er toe kan leiden dat de cliënten overgewicht krijgen. Dit is weliswaar niet onomstotelijk vastgesteld, maar de eerder genoemde oorzaken van overgewicht worden op Gvt Pijnacker voorlopig wel in stand gehouden.

19 Gührs, Manfred en Nowak, Claus (2006). *Het constructieve gesprek*. Amsterdam: SWP. Blz. 94 ev.

20 Dit is een uitspraak die een personeelslid van het huishouden heeft gedaan toen ik haar een koek zag geven aan een van de cliënten.

Voordat we hiermee aan de slag gaan moet er eerst een andere vraag worden beantwoord.

Intermezzo: Denken aan oplossingen

Zoals duidelijk moge zijn in het voorgaande, heb ik een analyse gemaakt van de oorzaken die ik meende te zien voor het overgewicht van de cliënten. Hun eet- en leefpatroon, de benadering van de begeleiding, het effect van de leefomgeving waarbinnen de cliënten resideren, de interactie.

Een en ander heeft tot gevolg gehad dat ik ernstig ging twijfelen aan de mogelijkheden die ik had om iets aan het overgewicht van mijn cliënten te doen.

Voorlopig was ik nog niet toe aan het maken van een concreet plan. Ik had andere issues die aangepakt moesten worden. Zo dacht ik aan de wijze waarop ik mijn cliënten aan zou kunnen zetten tot activiteiten ter vermindering van overgewicht. Ik dacht aan sportactiviteiten, dieëten, etc. Maar de vraag was: hoe kan ik ze enthousiasmeren? Hiervoor heb ik onderzoek gedaan naar de beste benaderingswijze voor mijn cliënten in het aanpakken van hun overgewicht.

Bejegening

Sommige collega's zeggen wel eens dat de cliënten benaderd moeten worden als kinderen. Ik moest me verplaatsen in hun leefwereld. Met betrekking tot het probleem van het overgewicht zou ik me dientengevolge moeten verdiepen in leefstijlverandering bij jongeren. Ik zou me met name in de leefwereld van kinderen en jongeren moeten verdiepen. Hiervoor is op de Haagse Hogeschool zelfs een lectoraat in het leven geroepen. Wellicht zou ik daar een goede benaderingswijze kunnen vinden. Van Weezel en Waaldijk zouden het hier echter niet mee eens zijn, zij zeggen:

Soms vergelijken we het gedrag van een verstandelijk gehandicapte met dat van een kind. Maar dat is een misverstand. Een kleuter, maar ook een peuter is op een hele ander manier met zijn omgeving bezig. Hij is bezig met taal, met abstracte begrippen, is onderzoekend. In de loop van de jaren doet een verstandelijk gehandicapte anders ervaring op. Hij is op zijn manier met zijn omgeving bezig en kan terecht gebelgd zijn als hij als een kind wordt aangesproken. Al leest hij als een kind en kan hij nauwelijks rekenen, zijn levensgeschiedenis is langer en hij heeft andere verworvenheden en teleurstellingen. (Van Weezel en Waaldijk 1995, 109)

Dat wil niet zeggen dat ik mijn cliënten als volledig volwassene moet benaderen. Het is van belang dat ik oog houd voor de sterke en zwakke kanten²⁶ van de cliënten die ik begeleid. Juist door de discrepantie in vaardigheden en kennis,²⁷ kunnen we ons nog wel eens vergissen in het begripsvermogen van cliënten. Zo kan mijn ene collega zeggen dat de cliënten als kinderen benaderd en begrepen moeten worden, terwijl een andere collega ze juist op een erg volwassen manier aanspreekt.

In het oog van het probleem van het bestrijden van het overgewicht, wilde ik dan ook aanvankelijk weten hoe ik mijn cliënten het beste kan benaderen als ik hun overgewicht aan wil pakken. Ik heb geprobeerd over mijn cliënten te denken als

²⁶ Van Weezel, Lies Gualthérie van en Waaldijk, Kees (1995) *Doelgroepen in de residentiële hulpverlening* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Blz. 110

²⁷ Van Weezel, Lies Gualthérie van en Waaldijk, Kees (1995) *Doelgroepen in de residentiële hulpverlening* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Blz. 110

volwassenen, als kinderen, maar ook als personen met een eigen wil en denkwijze. Door na te denken over de laatste benaderingswijze, moest ik plots denken aan de visie van stichting Ipse. Daarin wordt gezegd dat cliënten zich op hun eigen wijze moeten kunnen ontplooien. Ontplooiing houdt tegelijkertijd vrijheid in, zo dacht ik. Ik vind het zelf te ver gaan om de cliënten het recht op hun eigen leefstijl te verbieden. Vaak zijn verstandelijk gehandicapten al afhankelijk van keuzes die voor hen gemaakt worden door anderen. Dat dwingt de begeleiders ertoe om bij het maken van die keuzes extra zorgzaam te zijn.²⁸ Zij moeten per slot van rekening vaak keuzes maken waarin zij de leefwereld van hun cliënten gaan beïnvloeden.²⁹ Zo moet ik al de keuze maken om een cliënte te stimuleren haar eigen wasgoed in de wasmachine te gooien, de keuze maken om een andere cliënt te wijzen op het feit dat hij meer boterhammen klaarmaakt dan hij mee mag nemen voor zijn werk, wetende dat hij de boterham die hij te veel heeft klaargemaakt, terug moet leggen in de koelkast. En hier gaat het nog om verhoudingsgewijs kleine zaken waarin ik als begeleider een keuze moet maken.

Ik stuit op een ethische kant van mijn werk. Hierbij heb ik mezelf de volgende vraag gesteld: *Wie bepaalt of de cliënt het overgewicht kwijt moet raken, en waarom wordt dit aldus bepaald?*

²⁸ Idem. blz. 111

²⁹ Idem. blz. 110

IV Wie bepaalt of de cliënt het overgewicht kwijt moet raken, en waarom wordt dit aldus bepaald?

Het moge uit voorgaande duidelijk zijn dat de cliënten zelf niet vinden dat zij overgewicht hebben, noch zijn zij van mening dat zij dit niet hebben. Zij lijken er zich niet van bewust te zijn. Het is de begeleiding die zegt dat de cliënten overgewicht hebben en dat zij dit kwijt moeten raken. Medische gegevens en meetinstrumenten bevestigen het gevoel van de begeleiders dat de genoemde cliënten overgewicht hebben en dat dit ongezond is.

De begeleiders willen graag dat er iets aan veranderd moet worden. De cliënten moeten het overgewicht kwijt zien te raken of het dan toch in ieder geval zien te reduceren.

Waarom deze vraag?

Waarom stel ik mezelf deze vraag? Eerder heb ik al aangegeven dat cliënten vaak afhankelijk zijn van de keuzes die voor hen worden gemaakt. Het is dus zaak erg zorgzaam met het maken van die keuze om te gaan. Niet voor niets heeft Ipse in haar visie opgenomen dat cliënten zo goed mogelijk tot hun recht moeten komen. Dat impliceert mijns inziens dat cliënten de ruimte moeten krijgen om hun eigen leven zoveel mogelijk vorm te geven. Daarnaast heb ik eerder al geconcludeerd dat de cliënten die ik begeleid zelf niet gemotiveerd zijn om af te vallen en ook niet inzien waarom dat nodig is.

Waarom zou ik daar als hulpverlener dan in ingrijpen? Mag ik zomaar ingrijpen? Dit is een ethische vraag die in de ogen van veel werkers in het veld niet vaak wordt gesteld ten aanzien van dergelijke zaken. Theoretische overwegingen worden in de zorg vaak als onhandig, want onpraktisch, afgedaan. Reden hiervoor zou gelegen zijn in het praktische karakter van de zorg waarbij nauwkeurige observatie en sensitief inspelen op de situatie centraan staan.³⁰ Wanneer ik er met mijn collega's over spreek, zeggen zij vaak dat ik 'moeilijk' doe. Ik zou teveel na willen denken over mijn werk. Zij bevestigen dus wat er in de algemeenheid van theoretische overwegingen wordt gedacht.

Daar ben ik het echter niet mee eens. Een oordeel, zoals in bovenstaande, wordt in de moderne filosofie als niet representatief gezien, daar veel theorieën van deze tijd niet meer gaan over een overkoepelend algemeen waardenperspectief maar veel meer geënt en gericht zijn op concrete situaties. Dit is gelegen in het feit dat zorgethiek thans vooral gezien kan worden als:

een pluralistische ethische theorie die een omvattende en inclusieve analyse en beoordeling van morele handelingen in hun samenhang met situaties, contexten en relaties bepleit' (Vorstenbosch, 2005-156)

Het komt er op neer dat iedere handeling die een zorgverlener uitvoert door hem/haar overwogen moeten worden, zowel de intenties als de uitvoering moeten aan onderzoek onderworpen worden.³¹ De moraal doet hier zijn intrede. Vorstenbosch zegt niet voor niets:

Zonder de moraal zouden praktijken, relaties en individuen steeds bedreigd zijn en op den duur onmogelijk worden. Zonder praktijken, relaties en individuen en de waarden en betekenissen die ze realiseren en ervaren, zou de moraal haar zin verliezen. (Vorstenbosch 2005-158)

Dit is ook de visie die ik zelf voorsta. Het is mijns inziens van groot belang dat je kunt reflecteren op je handelen en om je eigen handelen goed te kunnen analyseren is

³⁰ Vorstenbosch, Jan (2005) *Zorg, een filosofische analyse* Amsterdam, Nieuwenzijs blz. 156

³¹ Idem.

onderzoek nodig. Britt Fontaine lijkt hetzelfde te zeggen in haar boek 'De Plancyclus'.³² Daar schrijft zij het volgende:

Vaak moet je als hulpverlener in een seconde beslissingen nemen over je handelen. Dan is het god om ... te analyseren waar dat handelen op berust en om te kijken of nader onderzoek nodig is. (Fontaine, 2005 14-15)

Nadenken over je werk, zo lijkt me, is een absolute must. de Savornin Lohman zegt dat ethische beschouwingen los dreigen te raken van de praktijk wanneer het verband met de context waarbinnen besluiten genomen moeten worden niet wordt gelegd.³³ Om die reden moet je dus ook je handelen onderbouwen en niets anders want als je dát gaat doen, kom je juist terecht in datgene waarvoor de Savornin Lohman mijns inziens terecht waarschuwt. Het denken moet echter niet weggewuifd worden als onbelangrijk, want onpraktisch. Het is juist datgene wat jou de onderbouwing van je handelen geeft. Niet voor niets heb ik tijdens mijn studie SPH vaak gehoord dat ik al mijn handelen en beweringen moet onderbouwen. Bovenstaande opmerking in acht genomen, vind ik dat volkomen terecht.

Verantwoorden; wat dan wel?

Hierboven is het belang van onderbouwing door verantwoording van je handelen als zeer belangrijk aangemerkt. Maar waar om gaat het in het kader van mijn afstudeerproject?

Het onderwerp is het overgewicht bij cliënten en het feit dat mijn collega's en ik hier graag iets aan zouden doen. Maar de cliënten zelf zien hiervan het nut niet in. Kun je de cliënten dwingen om hun overgewicht kwijt te raken? Bij vragen als deze gaat het niet alleen over het probleem van overgewicht. Pleeg je op het moment dat je handelingen en maatregelen hiertoe neemt niet teveel inbreuk op de autonomie van je cliënten?

Vorstenbosch heeft het over drie soorten van autonomie: moreel, formeel en praktisch. Moreel heeft te maken met de onbetwiste autonomie van een individu, in de zin van dat het individu de eigen waarden en normen als leidraad gebruikt om het eigen leven in te richten. Formele autonomie is in de rechtsspraak geregeld. Hierbij gaat het om het recht om over jezelf te beschikken en vrij moet kunnen zijn om beslissingen te nemen. Praktische autonomie is die autonomie waarbij het gaat om de daadwerkelijke zelfredzaamheid van mensen. Deze vorm van autonomie is in de gehandicaptenzorg de belangrijkste.³⁴

Weliswaar is de praktische vorm van autonomie de meest belangrijke, zij raakt wel direct aan de formele en de morele vorm van autonomie. Wanneer hulpverleners zeggen dat een cliënt op praktisch gebied, dwz. de zelfredzaamheid, weinig autonomie heeft, wil dat dan automatisch zeggen dat hij/zij daarmee zijn formele autonomie kwijtraakt? Daar valt het een en ander over te zeggen.

De verstandelijk gehandicapte als een mens met rechten

³² Fontaine, Britt (2005) *De plancyclus in het sociaal agogisch werk* Houten, Bohn Stafleu van Loghum blz. 15

³³ Schuyt en Steketee (1998) *Zorgethiek: ruimte binnen de regels* Utrecht, SWP blz. 13

³⁴ Vorstenbosch, Jan (2005) *Zorg, een filosofische analyse* Amsterdam, Nieuwenzijs blz. 159

Verstandelijk gehandicapten hebben, net als ieder ander mens rechten.³⁵ Waarom is er een aparte discussie nodig om de rechten van verstandelijk gehandicapten te benadrukken? Het antwoord lijkt simpel: Om te voorkomen dat de vrijheid van cliënten zonder duidelijke argumentatie wordt beperkt.³⁶ Is dat ook zo simpel? Volgens Frederiks is het niet reëel om te veronderstellen dat de 'tegenstelling tussen bescherming en zelfbeschikking kunnen worden opgelost'. Wel is het mogelijk om tot een soort middenweg te komen.³⁷ Deze middenweg heeft echter wel de nodige nuancerings nodig om als daadwerkelijke middenweg te kunnen worden aangemerkt.

Aan de ene kant is er de angst die door Widdershoven als volgt wordt beschreven : *Wanneer de zorg geheel volgens regelethische beginselen zou worden ingericht, is het niet denkbeeldig dat datgene waar het werkelijk om gaat verdwijnt: de dagelijkse contacten, de persoonlijke betrokkenheid, het gevoel van verantwoordelijkheid dat de verzorgenden tegenover de bewoners hebben. (Frederiks (2004, 82)*

Bij deze angst gaat het om wat mijn collega's ook wel eens benoemen als het steeds minder worden van het persoonlijke contact. Dit moet echter niet al te star worden opgevat. Het zelfbeschikkingsrecht van cliënten is geen onaantastbaar recht maar is gebonden aan grenzen.³⁸ Weliswaar moet het zelfbeschikkingsrecht zoveel en zolang mogelijk in stand worden gehouden, maar het kan op vier wijzen beperkt worden: Wanneer het in strijd komt met het zelfbeschikkingsrecht van anderen, het uitoefenen van het zelfbeschikkingsrecht door individuen mag geen schade aan anderen veroorzaken, het algemeen belang dient niet geschaad te worden en *ongerechtvaardigde gelijkheid (Frederiks, 2004 89)* tussen mensen of het reguleren van machtsverhoudingen kan leiden tot een beperking van het zelfbeschikkingsrecht van het individu.³⁹ Voor de gehandicaptenzorg schat Frederiks in dat de eerste twee gronden het meest van toepassing zullen zijn.⁴⁰ Cliënten kunnen dus in hun zelfbeschikkingsrecht beperkt worden indien zij middels het uitoefenen hiervan andere cliënten beperken in hun zelfbeschikkingsrecht. Op die manier wordt het zelfbeschikkingsrecht van cliënten in stand gehouden door andere cliënten op dat moment in hun vrijheid te beperken.

Wat heeft dit te maken met afvallen? Nog niets. Mijns inziens terecht merkt Frederiks op dat de beperkingsgronden die genoemd werden, niet aan de orde komt wat er *met het zelfbeschikkingsrecht vneen individu gebeurt zodra sprake is van **gevaar voor de cliënt zelf** (Frederiks, 2004 91)* Juist dit is een motief dat vaak leidend is in de verstandelijk gehandicaptenzorg om de cliënten te beperken in het zelfbeschikkingsrecht.⁴¹ Er wordt vaak ingegrepen omdat de cliënten niet in staat worden geacht hierin voor hun eigen belangen zorg te dragen. Het gaat dan om situaties waarin cliënten zichzelf verwonden (automutilatie), de kans hebben om uit bed te vallen (zoals bij cliënten met epilepsie), onevenredig veel geld uitgeven⁴² met als risico grote schulden, eetgedrag dat tot gevolg kan hebben dat cliënten 's nachts

³⁵ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz. 25

³⁶ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz. 26

³⁷ Idem. blz. 78

³⁸ Idem. blz. 88

³⁹ Idem. blz. 89

⁴⁰ Idem.

⁴¹ Idem.

⁴² Idem. blz. 91

moeten overgeven en mogelijk stikken in hun braaksel. Uiteraard zal de mate waarin hulpverleners ingrijpen samenhangen met de wilsbekwaamheid van de cliënt.⁴³

Echter, daar zit een probleem. Waar ligt de grens? H. Manschot, een ethicus geeft aan hoe je over wilsbekwaamheid en autonomie kunt spreken:

Onze traditionele opvatting van zelfbeschikking gaat uit van mensen als vrije, over zichzelf beschikende individuen, die geen enkele inmenging dulden en onafhankelijk door het leven gaan. Deze vorm van zelfbeschikking wordt bedreigd door 'paternalisme'. Maar er is ook een omschrijving van zelfbeschikking die juist plaats geeft aan afhankelijk, eindigheid en kwetsbaarheid. Deze vorm van 'existentiële autonomie' zou uitgangspunt kunnen zijn in de zorg. Daarin gaat het om groei en het integreren van handicaps en eindigheid in het eigen leven. Hulpverleners leren mensen daarin te begeleiden. Het gaat om begeleiden, niet om overnemen. Hulpverlening betekent betrokkenheid. (Ebskamp, Kroon, 2006 - 106)

In bovenstaande citaat gaat het om hoe je zelfbeschikking in de zorg zou kunnen zien, als uitgangspunt met de 'existentiële autonomie' als kernthema. Dit staat echter in contrast tot wat in het algemeen recht wordt gezien als autonomie en zelfbeschikking. Frederiks zegt dat het in de samenleving als algemeen geaccepteerd wordt wanneer mensen sporten en activiteiten beoefenen waaraan grote risico's verbonden zijn, denk hierbij aan: bungeejumpen, parachutespringen.⁴⁴

Mensen kunnen hierin doen en laten wat zij willen, zelfs als zij hierbij grote gevaren lijken te lopen. Het is echter wel belangrijk dat mensen dit 'willens en wetens' doen.⁴⁵

Daar zit hem een soort dubbele moraal. In de hulpverlening worden vaak andere normen en waarden gehanteerd dan voor "gewone" en "normale" mensen.⁴⁶ Dit herken ik ook waar het gaat om het eten van lekkere dingen en het uitgaan naar een disco en veel bier drinken. Dit doen collegabegeleiders zelf wel, maar zodra het om cliënten gaat, wordt al gauw gezegd dat het voor hen niet goed is. Zeker waar het om veel eten gaat, hanteer ik zelf ook de dubbele moraal. Ik eet wanneer ik thuis ben soms twee á drie keer zoveel als dat ik voor sommige cliënten opschep. Mijn beweegredenen om zelf meer te 'mogen' eten is dat ik weet dat ik er te dik van word en het er daarom later weer afsport. Mijn cliënten lijken dit niet te beseffen en daarom ben ik er zelf erg voorzichtig in om voor hen dezelfde porties te hanteren. Hiermee geef ik antwoord op de vraag die Ebskamp en Kroon stellen wanneer zij zich afvragen in hoeverre hulpverleners verschillend zijn van verstandelijk gehandicapten.⁴⁷ Mijn collega's zijn een zelfde mening toegedaan en handelen navenant. De reden die mijn collega's en ik hiervoor aanbrengen is dat wij niet willen dat onze cliënten zoveel overgewicht krijgen dat het medisch niet meer aanvaardbaar is. Een te hoge BMI is, zoals eerder gezegd, medisch gezien een gevaar. Zowel voor 'gewone' mensen als voor verstandelijk gehandicapten. De gegevens over onze cliënten met betrekking tot de BMI bevestigen wat wij denken.

Volgens Laurs zouden wij hierdoor mogelijk het zelfbeschikkingsrecht van onze cliënten schenden.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz. 91

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ Ebskamp, Jan en Kroon, Henk (2006) *Beroepsethiek voor SPH* Baarn, HB Uitgevers, blz. 105

⁴⁷ Idem. blz. 105

Het zelfbeschikkingsrecht omvat ook de negatieve zelfbeschikking: beperking van fundamentele rechten is niet toelaatbaar op grond van schade die mensen zichzelf toebrengen of dreigen toe te brengen. Uitgangspunt is dat mensen die in staat zijntot waardering van hun belang de ruimte moeten krijgen om zelf dit belang in te vullen. (Frederiks, 2004 – 92)

Frederiks voegt daar aan toe dat ook mensen met een verstandelijke handicap de gelegenheid moeten krijgen zich aan gevaren bloot te stellen, mits zij willens en wetens handelen.⁴⁸

Het ingrijpen door hulpverleners wordt ook wel bescherming⁴⁹ genoemd. Berghmans vindt dat ingrijpen als hulpverlener niet alleen in de negatieve zin moet worden beschouwd wanneer over zelfbeschikking van verstandelijk gehandicapten wordt gesproken. Er moet niet alleen een beperking zijn, er moeten ook gronden zijn voor de hulpverlener waarmee hij/zij gemachtigd is om de cliënt te beschermen, dus ook tegen zichzelf.⁵⁰

Ook weldoen is van belang (Frederiks, 2004 – 92)

Hiermee wordt bedoeld dat hulpverleners goed doen⁵¹ om te voorkomen dat de cliënt een gevaar vormt voor zichzelf. Het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt kan dan terzijde worden geschoven teneinde te voorkomen dat hij/zij een gevaar voor zichzelf vormt.⁵² Hulpverleners lijken dus goede redenen te kunnen hebben om, ook bij wilsbekwame cliënten in te grijpen. Dat is echter niet wat Berghmans precies bedoelt. Er zijn in zijn optiek twee vormen van ingrijpen, anders gezegd, vormen van 'paternalistisch handelen'.⁵³ Sterk paternalistisch handelen is het beperken van het zelfbeschikkingsrecht van een wilsbekwaam persoon. Zwak paternalistisch handelen vindt plaats als 'geen rekening wordt gehouden met de wensen, keuzen of acties van een cliënt omdat deze vanwege problemen in zijn functioneren de gevolgen van zijn handelen niet kan overzien'.⁵⁴ Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg dient paternalistisch handelen beperkt te blijven tot 'zwak paternalistisch handelen'.⁵⁵

Veel cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn (deels) wilsombekwaam. Van daaruit wordt het gemakkelijker geacht in te grijpen in de leefsituatie. Aan de andere kant dient nog altijd in acht worden genomen dat wanneer de hulpverlener in wil grijpen hij in het geval van een cliënt die zichzelf schade toebrengt, in tegenstelling tot iemand die met zijn/haar gedrag een reëel gevaar voor andere mensen vormt, minder ruimte krijgt om met dwang in te grijpen.⁵⁶

Het gaat hier om een zeer onduidelijk grensgebied. Wanneer een hulpverlener niet voldoende overtuigd is van de wilsbekwaamheid van een cliënt mag hij/zij ingrijpen, zij het op zwak paternalistische wijze.⁵⁷

Een groot probleem is echter dat wilsonbekwaamheid onvoldoende uitgewerkt is als begrip. Frederiks zegt dit zelf.⁵⁸ Een hulpverlener mag zijn/haar ingrijpen in de

⁴⁸ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz.92

⁴⁹ Idem. Blz. 78 Frederiks spreekt ook wel over bescherming op maat. Hiermee doelt zij op het ingrijpen bij cliënten op basis van criteria die slechts voor het betreffende individu gelden.

⁵⁰ Idem. blz. 92

⁵¹ Idem.

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Idem. blz. 93

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Idem.

leefsituatie van cliënten zolang hij dit maar op bevredigende wijze uit kan leggen aan derden. En daar zit uiteraard een groot risico. Dat houdt, mijns inziens, in dat wanneer iemand rap van de tongriem gesneden is, hij/zij alle soorten van paternalistisch handelen goed kan praten, zonder dat er daadwerkelijk hulp is verleend op rechtvaardige wijze. Er kunnen onredelijke vormen van ingrijpen plaats vinden, zoals ik het bijvoorbeeld onrechtvaardig vind dat collega's van mij een cliënt verbieden nog langer zijn onvrede uit te spreken over het feit dat er op een bepaalde dag niemand bij hem komt eten.

Een ander voorbeeld van, in mijn ogen, sterk paternalistisch handelen is het opscheppen van kleine porties voedsel op de borden van mijn cliënten, onder het motto dat hiermee hun gezondheid gediend is. Dat deze cliënten later op de avond de koektrommel plunderen, daarmee de mate waarin de ingreep indruk maakt op de cliënten bevestigend, wordt niet benoemd. Wel wordt er gezegd dat dit in het belang is van de gezondheid van de cliënten. Om die reden wordt het zelfbeschikkingsrecht, ten aanzien van de avondmaaltijd, ingeperkt.

Dit zou een juiste ingreep zijn mits hiertoe door de cliënt zelf of diens vertegenwoordiger toestemming gegeven wordt. Het Burgerlijk Wetboek zegt immers:

De verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien worden, indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, door de hulpverlener nagekomen jegens de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen dan wel jegens zijn voogd (art. 7:465 lid 1 BW)

Hetzelfde geldt indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt (art. 7:465 lid 2 BW)

Dit houdt dus in dat wanneer een cliënt zelf, ook al is hij/zij volwassen, niet in staat wordt geacht om in zijn/haar eigen belang te kunnen acteren, dat een hulpverlener zijn/haar verplichtingen die hij/zij tegenover de cliënt heeft, nakomt. In het geval van mijn collega op Gvt Pijnacker die ingrijpt in de eet- en leefstijl van cliënten, voortvloeiend uit de verplichting om hun overgewicht kwijt te bestrijden, zou het, zo mag duidelijk zijn, gerechtigd zijn indien hij/zij kleine porties opschept, teneinde aan het doel van het verminderde overgewicht te kunnen werken. Mocht de cliënt dit zelf niet goed vinden, dan zal de hulp van hun eventuele vertegenwoordiger moeten bestaan uit het goedkeuren van dergelijke maatregelen.

Zoals ik eerder al, middels Frederiks, aangaf, het is niet zo simpel om te zeggen dat cliënten wilsombekwaam zijn, of, zoals in het Burgerlijk Wetboek staat, dat zij niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake. Of deze belangen door de cliënt op een redelijke wijze ingeschat kunnen worden, moet eerst maar eens 'bewezen' worden, zo lijkt Frederiks te zeggen wanneer zij zegt dat wanneer een hulpverlener voor de optie kiest van het 'beschermen van een cliënt tegen de nadelige gevolgen van zijn handelen', de cliënt de mogelijkheid wordt ontnomen om te leren van zijn handelen.⁵⁹ Toevallig noemt Frederiks het voorbeeld van cliënten met het Prader-Willy syndroom. Als deze cliënten de vrijheid krijgen die hen rechtens het Burgerlijk Wetboek normaal gesproken toekomt, zullen zij door hun ontembare drang naar eten, tot uiting komend in voortdurend blijven (zoeken naar)

⁵⁹ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz.95

eten, te zwaar worden.⁶⁰ De vraag wordt aldus moeilijker gemaakt omdat er een inschatting moet worden gemaakt of de cliënt met Prader-Willy in staat is om de gevolgen van zijn/haar handelen kan overzien, en of hij/zij dus weet wat het eetgedrag teweeg kan brengen. Terecht merkt Leenen op:

Bij de toepassing van een zelfbeschikkingbeperkende maatregel op een individuele burger wegens diens persoonlijke toestand is extra zorgvuldigheid vereist. Een dergelijke uitzondering moet worden beheerst door dezelfde norm waarop zij een uitzondering is en de werking van de norm waarop zij een uitzondering is moet zo veel mogelijk worden gehandhaafd (Leenen 2000 – 37)

Het lijkt erop dat hier bedoeld wordt dat wanneer aan het zelfbeschikkingsrecht van een client tijdelijk, dat wil zeggen, tijdens het ingrijpen door een hulpverlener, voorbij wordt gegaan, dat dit in het belang moet zijn van het herstel van het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. De cliënt moet, anders gezegd, beschermd worden tegen zichzelf omdat hij anders niet meer op een goede of gezonde manier kan functioneren.

In de opvoeding van kinderen door ouders/verzorgers is dit ingrijpen goed te plaatsen omdat zij vaak ten doel hebben de zelfredzaamheid van het kind te bevorderen en graag willen dat het kind zich ontplooit.⁶¹ Dit schijnt moeilijker te gaan in het opvoeden van verstandelijk gehandicapten bij wie de ontplooiingsmogelijkheden, als gevolg van de verstandelijke handicap, juist beperkter zijn. In dat geval moet in ieder geval de beschermingsmaatregel als doel hebben een bijdrage te leveren aan de rechtspositie van cliënten. Frederiks citeert Blankman:

Slechts voor zover dat noodzakelijk is, dienen beschermende maatregelente worden genomen. De noodzakelijke bescherming ligt bij iedere cliënt anders en hangt af van de individuele mate van mondigheid en de eigen mogelijkheden. (Frederiks, 2004 – 97)

Dat houdt dus in dat bij iedereen een andere inschatting moet worden gemaakt om tot een juiste bepaling te komen over de rechtmatigheid van ingrijpen in de leefsituatie van een cliënt.

De discussie die hierboven is gevoerd, wordt in het team waar ik werk, impliciet ook gevoerd. Mijn collega's zeggen in te willen grijpen voor het welzijn van de cliënten. Daartoe verbieden ze cliënten soms een schep aardappelen extra te nemen op hun bord en spreken ze een cliënt toe wanneer hij te veel boterhammen klaarmaakt om mee te nemen naar zijn werk. Wanneer ik vraag waarom zij dit doen, zeggen zij in eerste instantie: 'omdat ik het niet normaal vind'. Ik vraag dan of dit hun eigen norm is, of dat zij het voor de cliënt doen. Als antwoord krijg ik dan altijd dat het belang van de cliënt voorop staat en dat zij niet willen dat de cliënten te zwaar worden.

Het lijkt er op dat mijn collega hun handelen goed hebben verantwoord, maar is dat voldoende om zomaar tot ingrijpen te komen?

Mijns inziens is er meer nodig. Cliënten die niet op eigen houtje beslissingen kunnen nemen, moeten hiermee dus geholpen of ondersteund worden. Eerder is al aangegeven dat hiervoor een vertegenwoordiger aangesteld moet worden. In al de gevallen van de cliënten op Gvt Pijnacker, waar in dit onderzoek over gesproken wordt, zijn de familieleden tevens de wettelijk vertegenwoordigers. In zaken als deze, het overgewicht van de cliënten, moet alvorens over wordt gegaan op het nemen van maatregelen, tevens gesproken worden met de ouders en verzorgers. Ouders blijven

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz.97

altijd een rol spelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.⁶² Dit houdt in dat wanneer beslissingen worden genomen over het lot van verstandelijk gehandicapte cliënten, overleg met de ouders altijd van belang is. Je vormt per definitie een driehoek.⁶³

Conclusie

Wat betekent dit alles voor de cliënten op Gvt Pijnacker? In eerste instantie ben ik van mening dat als ik een diëet op ga zetten dat ik niet zomaar kan beslissen dát ik dat ga doen. Ik besef heel goed dat ik een ingreep doe in de leefsituatie van mijn cliënten. Weliswaar geeft een collega aan dat de leefsituatie van mijn cliënten al voor een groot deel wordt bepaald door de begeleiders die als hulpverlener het aanbod bepaald hebben, maar daar stel ik tegenover dat de cliënten inmiddels gewend zijn geraakt aan het leven dat ze leiden (en dus ook aan het eetpatroon) en dit als hun eigen leven beschouwen. Een ingreep is dus hoe dan ook een ingreep. Eerder heb ik geconcludeerd dat de cliënten met wie ik werk een niet ontwikkeld besef hebben van het feit dat ze overgewicht hebben. Evenzo is de bereidwilligheid om een verandering in het eet- en beweegpatroon aan te brengen erg laag.

Er moet dus, om het overgewicht van de cliënten te bestrijden, beslist worden of dit kan. Weliswaar doet Frederiks een aanbeveling om een alternatieve regeling te treffen voor vrijheidsbeperking voor verstandelijk gehandicapten ten opzichte van de BOPZ,⁶⁴ maar dit is niet meer dan een aanbeveling. Zolang en omdat er geen duidelijke wetgeving is over het beperken van het zelfbeschikkingsrecht bij verstandelijk gehandicapten, zullen we als hulpverlener zelf moeten nadenken en overleggen met de cliënt en diens vertegenwoordiger over wat er gedaan moet worden. Hierbij moeten de begeleiders hun handelen kunnen verantwoorden, rechtvaardigen.

Dit houdt de volgende conclusie in:

Aangezien de cliënten die in Gvt Pijnacker wonen niet in staat zijn zelf een verantwoorde beslissing te nemen in hun eetgewoonten, moeten wij als begeleiders die beslissing voor hen nemen. Er valt, mijns inziens, genoeg te zeggen voor het argument van de lichamelijke gezondheid die in gevaar komt als er niet wordt ingegrepen. Daarnaast hebben de cliënten, ook in de visie van stichting Ipse, het recht om zich te ontplooien. Wanneer we op het gebied van de lichamelijke gezondheid ingrijpen, is de kans groter dat de cliënten aan de activiteiten waar zij thans een aandeel in hebben, deel kunnen blijven nemen. Ik noem hiermee als voorbeeld de sportactiviteiten waaraan de cliënten ook een sociaal plezier ontleen. Dat houdt in dat zij zich kunnen blijven ontplooien en hierin niet gehinderd, laat staan beperkt worden door eventuele lichamelijke problemen, ontstaan ten gevolge van overgewicht.

Mijns inziens is hiermee de discussie ten aanzien van het nut en de noodzaak van ingrepen, ter voorkoming of bestrijding van overgewicht bij de cliënten van GVT Pijnacker gesloten.

Een andere discussie waarover het een en ander te zeggen valt is die over de weg naar het diëet.

⁶² Egberts, Chiel (2007) *Ouders op hun plek* Utrecht, Agiel blz. 26

⁶³ Idem. blz. 27

⁶⁴ Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag SDU blz. 318

V Wat te doen?

Eerder is duidelijk geworden dat er ingegrepen mag worden in het eet en leefpatroon van de cliënten, mits dit ten goede komt aan hen.

Nu stel ik me de volgende, meer praktische vragen:

- *Na besluit tot implementatie van een plan: Wat moet er gedaan worden om het overgewicht aan te pakken?*

De beantwoording van deze vraag zal moeten leiden tot de inhoud van het produkt, een plan ter bestrijding van het overgewicht bij de cliënten van Gvt Pijnacker. Hiertoe worden hieronder eerst de betrokken factoren nogmaals onder de loep genomen. Ditmaal vanuit het perspectief van oplossingsgericht denken. Uit iedere bespreking van elke factor volgt een aanbeveling. Die aanbevelingen zullen in het produkt opgenomen worden.

Betrokken factoren

Er is mijns inziens een veelheid aan factoren waarmee rekening gehouden moet worden. Een cliënt kan gezien worden als een systeem.⁶⁵ Dat systeem bestaat uit een bepaalde hoeveelheid van factoren. De persoon zelf speelt een rol in het geheel waarvan hij en zijn omgeving deel uitmaken. Het eet- en leefgedrag van de cliënten is in de systeemtheorie niet een kenmerk van de cliënten zelf, maar vooral van hun omgeving, die hierin de voorwaarden schept om dit eetgedrag vast te houden.* De omgeving van cliënten bestaat uit een sociaal systeem dat samen met de fysieke omgeving de cliënt beïnvloedt.⁶⁶ Dit beschouwende, zal ik dus een aantal factoren moeten meenemen in het handelingsplan:

- Het eetpatroon. Dat is onderdeel van de fysieke omgeving. Het eten dat op het bord ligt, is fysiek en bepaalt het eetgedrag van de cliënt ('lekker' is eten, 'niet lekker' is laten staan).

Het eetpatroon is ook onderdeel van de sociale omgeving. Eerder heb ik al aangegeven dat personeel en andere mensen in de omgeving van de cliënten hen met enige regelmaat iets lekkers toestoppen. De cliënten zelf reageren hier op door wat hen wordt aangeboden aan te nemen.

- Dat leidt ertoe dat ook de sociale omgeving van de cliënten meegenomen zal moeten worden bij het opstellen van het plan.

Verder is er eerder gesproken van een tekort aan lichaamsbeweging bij de cliënten. Er zal gekeken moeten worden naar de mogelijkheden om cliënten meer te stimuleren in lichaamsbeweging.

Eerst ga ik kijken naar de sociale omgeving, aangezien ik hier veel oorzaken zie van het eetpatroon.

Het zal opvallen dat de aanpak erg algemeen is, en niet gericht is op iedere cliënt apart. De reden hiervoor is gelegen in de breedheid van de problematiek. Geen enkele cliënt binnen Gvt Pijnacker heeft te maken met specifieke stofwisselingsproblemen ten gevolge van fysieke of medische oorzaken.⁶⁷ Daar hoeft dus niet in het bijzonder rekening mee gehouden worden. Daarnaast heeft het

⁶⁵ Rigter, Jakop (2005) *Het palet van de psychologie* Bussum, Coutinho blz. 234 ev

* Hier meen ik een belangrijke overeenkomst te zien met de transactionele analyse die, zoals ik eerder al heb gegeven, benadrukt hoe communicatiepatronen in stand worden gehouden wanneer vanuit bepaalde posities wordt gecommuniceerd. In de systeemtheorie lijkt de 'TA' hiervan een onderdeel te zijn.

⁶⁶ Rigter, Jakop (2005) *Het palet van de psychologie* Bussum, Coutinho blz. 234 ev

⁶⁷ Denk hierbij aan gevolgen van medicijngebruik waardoor iemand zwaarder kan worden.

team duidelijk te kennen gegeven niet te willen discrimineren in de aanpak van het overgewicht. Niemand zal meer moeten bewegen of anders of minder moeten eten dan de ander. Hier wil ik dus ook niet aan tornen. In het hoofdstuk over de presentatie en/of implementatie van het plan ga ik meer expliciet in op mijn beweegredenen hiervoor.

De sociale omgeving

De eerste en meest belangrijke factor die ik in mijn plan wil meenemen is het aanpassen van de sociale omgeving. Hoe wil ik dit gaan doen?. De sociale omgeving bestaat uit andere personen dan de cliënt zelf. Ik wil dat daar de eerste stap wordt gezet. Eerder heb ik gezegd dat de cliënten en de begeleiders vanuit bepaalde ego-posities met elkaar communiceren.⁶⁸ Er volgde een kleine aanbeveling die er op neerkwam dat de ego-posities van waaruit gecommuniceerd wordt, veranderd moeten worden. Door de omvang van de sociale omgeving van de cliënten wordt het mijns inziens heel moeilijk om hier op directe wijze verandering in te brengen. De meningen over de cliënten als mensen die 'verder niets hebben' is zo wijdverbreid, dat het erg lastig wordt om hier verandering in aan te brengen.

De cliënten van Gvt Pijnacker hebben een uitgebreid sociaal netwerk. Ze gaan naar de dagbesteding, ze volgen cursussen, doen mee aan hobbyclubs en bouwen zodoende een behoorlijk groot netwerk van vrienden en kennissen op. De collega's uit het team van Gvt Pijnacker zeggen dat het onmogelijk is om alle vrienden, vrijwilligers en familieleden te stimuleren mee te werken aan een verandering van het eetpatroon van de cliënten. Een zus van een cliënte, die tevens haar vertegenwoordigster is, zegt dat zij deze cliënte tijdens een feestje geen gebakje gaat weigeren, temeer daar deze cliënte er zoveel plezier aan lijkt te beleven. Hetzelfde geldt voor vrijwilligers die wel eens een dagje uitgaan met de cliënten. Daar wil ik geen bindende maatregelen stellen, aangezien dit het informele vrije karakter van de contacten kan aantasten en dat is onwenselijk. Ik kom hier aan het eind van 'de sociale omgeving' op terug.

Wat me meer belangrijk lijkt is dat ik begin met een ander onderdeel van de omgeving van de cliënten: het zorg en begeleidingsplan. Dit is het uitgangspunt voor de zorg. In het zorg en begeleidingsplan staan afspraken die met de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger gemaakt zijn. Een afspraak is in deze dus een gevolg van sociaal contact tussen de cliënt, de begeleider en de cliëntvertegenwoordiger.

Wanneer in de zorgplannen van de cliënten het doel wordt opgesteld dat het overgewicht van de betreffende cliënten bestreden dan wel ingeperkt moet worden, blijft het onderwerp op de kaart staan. Er gaat als het ware een 'dwingende' werking van uit. Veel collega's van het team van Gvt Pijnacker hebben de neiging gemaakte afspraken vaak over het hoofd te zien en daarom niet na te komen. Door per cliënt de bestrijding of beperking van overgewicht als doel in het zorgplan te zetten, worden de begeleiders op een meer formele manier gedwongen actie te ondernemen. Hierdoor is het gemakkelijker om de voor het doel gemaakte afspraken na te komen. Tevens wordt dan duidelijk hoe acceptabel het doel is voor de ouders/vertegenwoordigers. Dat is een belangrijke voorwaarde om het plan dat ik voor ga stellen juridisch gezien te kunnen verantwoorden. Het doel zal op SMART-wijze⁶⁹ moeten worden opgesteld. Fontaine beschrijft het SMART systeem als volgt:

⁶⁸ Zie blz. 11 ev.

⁶⁹ Fontaine, Britt (2005) *De plancyclus in het sociaal agogisch werk* Houten, Bohn Stafleu van Loghum blz 107 ev.

- S = Specifiek. Het doel dat gesteld wordt, is helder, concreet en duidelijk geformuleerd.
- M = Meetbaar. Het doel is zo opgesteld, dat duidelijk gecontroleerd kan worden of het bereikt is of niet
- A = Actief. Hierover bestaan verschillende opmerkingen. Fontaine heeft het over de A van Actief. Hiermee wordt bedoeld dat het doel niet in negatieve bewoordingen gesteld mag worden.⁷⁰ In het geval van mijn plan: 'De cliënten zijn niet meer te zwaar' Dit zou niet goed geformuleerd zijn. 'De cliënten zitten dichter bij hun streefgewicht'. Dit is een meer positief opgesteld doel. Ipse echter, hanteert bij de A een ander begrip, namelijk: Acceptabel. Dat houdt in dat iedereen: cliënt, vertegenwoordiger en zorgverlener het eens zijn over de juistheid van het doel. Omdat ik voor stichting Ipse werk, en mijn collega's met de doelen aan de slag moeten kies ik voor de invulling die Ipse geeft aan de A, namelijk: het doel moet acceptabel zijn. Daarbij verwijst ik, ten overvloede misschien naar het belangrijke aandeel dat de ouders/vertegenwoordigers hierin (dienen te) hebben.
- R = Realistisch. Op dit gebied is er overeenstemming. Het doel moet als haalbaar worden ingeschat
- T = Tijdsgebonden. Aan het doel moet een termijn gebonden kunnen worden.

Mijns inziens zijn de mogelijkheden om bestrijding van het overgewicht SMART te kunnen maken, groot. Specifiek. Overgewicht kwijtraken is mijns inziens specifiek. Het is niet moeilijk om aan te wijzen wat het probleem is. Meetbaar: aan de hand van de BMI is het mogelijk om te bepalen of de cliënten hun overgewicht hebben gereduceerd of niet. Daarnaast is er ook nog de weegschaal om te bepalen of zij überhaupt gewicht kwijt zijn geraakt. Het doel moet acceptabel zijn. Dat houdt in dat de ouders/vertegenwoordigers er achter moeten kunnen staan. Hoe kan dit voor elkaar worden gekregen? Er kleven nu eenmaal grote medische risico's aan overgewicht. Door deze voor te leggen aan ouders, en voor sommige ouders is dit niet nodig, wordt de urgentie van overgewichtsbestrijding duidelijk. Op dat moment blijft de keuze aan de ouders/vertegenwoordigers om het doel te accepteren. Het aandeel van het team, de argumentatie, is geleverd. Nu de ouders/verzorgers nog. Of het doel realistisch is, zal per cliënt bepaald moeten worden. Hier ligt de taak van de persoonlijk begeleider van de cliënt die immers verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg voor de cliënt die hij/zij begeleidt. De begeleider zal moeten kijken of het doel voor de cliënt haalbaar is. Gezien de mogelijkheden die ik zie t.a.v. voeding, lijkt het me realistisch hier iets te kunnen bereiken. Tijdsgebonden. Het is mogelijk om voor het werken aan het doel een tijdsspanne van een half jaar te verbinden. Hiermee is het doel dus ook tijdsgebonden.

De eerste voorwaarde in mijn plan is dus dat het bestrijden van het overgewicht bij de cliënten als doel in hun zorgplan wordt gezet. Wie gaat dit doen? Hier ligt de taak van de persoonlijk begeleiders. Die zullen via de officiële weg het doel in het plan moeten zetten:

- De cliënt vragen of hij/zij overleg met de begeleider wil voeren.
- Ouders/vertegenwoordigers bellen indien de cliënt niet wilsbekwaam wordt geacht en een afspraak maken voor overleg

⁷⁰ Idem.

- Overleg voeren. Tijdens het overleg wordt aan de aanwezigen voorgesteld om het bestrijden van overgewicht als doel in het plan van de cliënt te zetten
- Indien de cliënt en/of de ouders/vertegenwoordigers toestemming geven, oftewel akkoord gaan, het doel in het plan zetten op de daarvoor vereiste (SMART) wijze
- Zorgplan af laten tekenen door ouders
- Uitvoeren van afspraken hiertoe

Zodra het doel is ingezet, is er een eerste proces van bewustwording aangebracht. De concrete vorm van het doel zal ik tonen in het product, het plan.

Nu het doel ingezet is, met behulp van ouders/verzorgers, staat het 'op de kaart'. Nu kan een ander deel van de sociale omgeving in worden gezet: de vrijwilligers. Mijn collega's hebben eerder aangegeven dat het moeilijk is om de vrijwilligers te dwingen om de cliënten meer bewust met hun voeding en/of lichaamsbeweging om te gaan. Omdat ik geen strijd met de vrijwilligers aan wil gaan en de informele verhoudingen tussen hen en de cliënten niet wil verstoren, wil ik volstaan met het eveneens op informele wijze informeren van hen over het doel dat voor de cliënt met wie zij activiteiten uitvoeren, gesteld is. De vrijwilligers die op het Gvt komen wordt dan verteld dat de cliënten bezig zijn met hun overgewicht te reduceren. Bij die mededeling wordt gevraagd hier rekening mee te houden door te letten op het snoepgoed dat zij geven. Daarbij wil ik nadrukkelijk adviseren aan mijn collega's om de vrijwilligers, zij het in niet al te harde bewoordingen, uit te leggen dat door het steeds geven van snoep en andere lekkere dingen, omdat de cliënten niets anders zouden hebben, de cliënten blijven verwachten dat ze iets krijgen, terwijl hiertoe geen noodzaak is. Door dit aan te geven wordt er hopelijk een bewustwordingsproces in gang gezet waarmee het communicatiepatroon tussen de 'verzorgende ouder' en het 'aangepaste kind' doorbroken kan worden.

De dagverblijven worden niet ingeschakeld. Omdat op de dagverblijven ook cliënten komen die niet op hun overgewicht letten en daartoe geen bijzondere dingen hoeven te doen tav. eetpatronen en lichaamsbeweging, wordt het risico op discriminatie te groot en zoals eerder gezegd: dat moet vermeden worden.

Het eetpatroon

Mijns inziens ligt een heel groot deel van de oorzaak van het overgewicht in het eetpatroon. Eerder gaf ik al aan dat de menulijst op het Gvt erg veel voeding bevat die calorierijk is. Daarnaast benoemde ik de hapjes die tussendoor worden aangeboden door vrijwilligers, huishoudelijk personeel en door begeleiders die denken dat zij de enigen zijn die de cliënten iets lekkers toestoppen. Het eetpatroon moet dus op de schop.

Een voordeel van het eetpatroon bestaat uit de mogelijkheden die de begeleiders van het Gvt hebben om hier in te grijpen. De cliënten (uitgezonderd de ambulante cliënten) nemen drie maaltijden per dag af uit het Gvt. Ze ontbijten op het Gvt, ze maken er hun luchtpakket klaar en het avondeten geschiedt, de tweewekelijkse bezoeken in het weekend aan ouders daargelaten, normaal gesproken op het Gvt. Wanneer hier goede aanpassingen in kunnen worden gedaan, zal de winst op het gebied van het eten groot kunnen worden.

Momenteel zijn er tal van diëten die worden aanbevolen als het nieuwste middel om gewicht kwijt te raken, snel of langzaam. Sterker nog, er is een speciale dieet startpagina opgezet waarin deze dieeten een plaats krijgen.⁷¹ Het Atkins-dieet,

⁷¹ www.dieet.startpagina.nl

Sonja Bakker, Montignac, Chocolate dieeten, afvallen met appels, etc. Het wordt allemaal benoemd op de startpagina. Een bekende Nederlander zei onlangs in een interview: 'Slank zijn is zó 2007'.⁷² Kortom: afvallen is een rage.

De leidraad die ik aanvankelijk had tijdens het onderzoeken van de dieeten was: welke dieet is het meest effectief? Nu blijkt uit onderzoek dat geen enkele behandeling voor overgewicht 'evidence based' is.⁷³ Dat betekent dus dat ik kan zoeken wat ik wil naar een dieet, maar garanties dat het werkt, heb ik niet.

Volgens het voedingscentrum moet er simpel gezegd 'gezond en niet te veel' worden gegeten.⁷⁴ Nu zijn er opnieuw tal van dieeten die een dergelijke belofte doen. Sonja Bakker, die thans veel bekendheid geniet vanwege haar boeken,⁷⁵ beweert in één van haar boeken dat iedereen alles mag eten, zij het in matige hoeveelheden.⁷⁶ Mogelijk ligt hier een belangrijke richtlijn. Mijn collega's zeggen over het algemeen dat de cliënten best van het een of het andere lekkers een hap minder mogen krijgen en dat er op gelet moet worden dat we hier als team consequent in blijven.

Kortom: matigen met de hoeveelheid voeding lijkt voor de hand te liggen. Aan de andere kant echter heb ik eerder geconstateerd dat cliënten die te weinig eten krijgen aan de haal gaan met de inhoud van de koekjestrommel. Dat moet dus voorkomen worden. Het voorstel om de keukenkasten 's nachts te vergrendelen werd resoluut afgewezen door iedereen, dus er moet een preventieve maatregel worden genomen om het honger of trekgevoel van de cliënten niet op te laten komen.

Over het eten merk ik dat er binnen het team conflicterende meningen zijn. Sommige collega's zeggen dat er gematigd moet worden in de hoeveelheid eten terwijl anderen, onder wie ik, zeggen dat de maaltijdlust anders ingedeeld mag worden, minder vet.

Ik vind het van groot belang dat mijn collega's de voor te stellen ingrepen in de menulijst van de cliënten goedkeuren. Zij zijn immers degenen die zelf de eventuele richtlijnen en regels uit moeten voeren. Daarom heb ik met al mijn collega's gesproken. Uit die gesprekken kwam dat enkele collega's vinden dat de menulijst, zoals die in de bespreking van de oorzaken van het overgewicht is weergegeven, gezond is en derhalve niet aangepast moet worden, terwijl andere collega's van mening zijn dat deze menulijst te vet is en dat deze juist wel aanpassing behoeft.

Ik ben zelf geen specialist op het gebied van dieeten. Daarom vind ik het ook niet verantwoord wanneer ik hier zelf een oordeel over geef. Binnen de instelling waar ik werk, is ook een dietiste actief. Dit zal de persoon zijn die ik ga inschakelen voor het vellen van een oordeel over de menulijst.

Verder: al mijn collega's waren van mening dat als veranderingen in het voedingspatroon van de cliënten aan gebracht worden, dat deze veranderingen 'leefbaar' zijn. Een collega zei tegen me dat er rekening mee gehouden moet worden dat de cliënten van lekker eten houden. Een andere collega merkte op dat de cliënten niet het gevoel moeten hebben dat hen van alles ontnomen wordt. Verder werd gezegd dat het beste resultaat, met betrekking tot het volhouden van het dieet, bereikt wordt wanneer de cliënten niet in de gaten hebben dat ze een dieet volgen. Als praktische tips kreeg ik mee dat er meer lichtproducten gekocht mogen worden

⁷² Lukassen, Rinke (2007), *Future Food, Lekker belangrijk* Nr 2 Najaar 2007, 6-7

⁷³ www.Overgewicht.org Op deze site wordt deze bewering gedaan vanwege het gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

⁷⁴ www.voedingscentrum.nl

⁷⁵ Bakker, Sonja (2006) *Bereik je ideale gewicht* Spierdijk, De Zonnestraal. Met dit boek heeft Sonja Bakker gedurende lange tijd de verkoopranglijsten in Nederland aangevoerd.

⁷⁶ Idem. blz. 7

en dat er op de toastjes niet altijd salade gesmeerd hoeft te worden, maar dat een plakje kaas op de toast ook goed is. Het zou ook geen kwaad kunnen om in de middag eens geen koek bij de limonade te nemen, maar in plaats daarvan stukjes komkommer en tomaatjes op tafel te zetten. Anders gezegd: een lekkere maar gezonde vervanger voor koek en chips kan geen kwaad. Dezelfde 'trucs' zouden ook voor het avondeten toegepast kunnen worden.

Een andere tip die ik meekreeg van een collega, en deze is van groot belang, is dat het eten en de lekkere dingen die klaargemaakt en geserveerd worden, geen tijdrovende activiteiten vereisen. De laatste tijd is het werk dat wij doen steeds meer een administratieve aangelegenheid aan het worden. Er moet steeds meer geregistreerd en aan de hand van protocollen gewerkt worden.⁷⁷ Dat kost tijd, terwijl er ook steeds meer bezuinigd wordt.⁷⁸ De bezuinigingen hebben er binnen Gvt Pijnacker toe geleid dat de personele bezetting terug wordt gebracht. Er is dus minder personeel om dezelfde hoeveelheid werk te verrichten want het aantal te begeleiden cliënten is niet teruggebracht. Dat houdt dus in dat wanneer in een plan ter preventie en bestrijding van overgewicht ook het eten wordt meegenomen, dat er rekening mee wordt gehouden dat het eten gemakkelijk en snel klaargemaakt kan worden. Een collega zei hierover: 'anders kun je het vergeten; dan houdt niemand het vol'.

Verder was er nog een aantal afspraken in het team waar niet aan getornd kan worden. Als cliënten jarig zijn mogen zij voor die dag uitkiezen wat er gegeten wordt. Deze maaltijd wordt voor het hele Gvt klaargemaakt. Een andere afspraak is dat het eten voor het weekend door de cliënten mag worden uitgekozen. Ik vind zelf ook dat het te ver gaat om aan deze rechten van de cliënten te tornen omdat de hierboven genoemde gelegenheden niet dagelijks voorkomen.

Ten slotte noemden enkele collega's het belang van gelijke behandeling van alle cliënten. Zij vinden het niet eerlijk wanneer de ene cliënt ander voedsel krijgt dan anderen, zolang dit niet met ziekte en allergie te maken heeft.

Als het aan het team van Gvt Pijnacker ligt, zijn er aldus de volgende voorwaarden te stellen aan de factor voeding of eten in het plan:

- Het eten moet lekker en leefbaar blijven voor de cliënten;
- Voedsel dat klaargemaakt wordt, moet gemakkelijk en snel te bereiden zijn;
- Cliënten kiezen voor de maaltijden wanneer ze jarig zijn en in het weekend
- Iedereen krijgt hetzelfde eten

Net zoals ik met de menulijst van het Gvt naar de diëtiste ga, neem ik ook de hierboven gestelde voorwaarden mee in het opstellen van een alternatief dieet.

Dan is het de vraag hoe het aan de cliënten aangeboden moet worden. Omdat de cliënten van Gvt Pijnacker over het algemeen nooit ontevreden zijn over het eten (eens per twee weken zegt iemand wel eens dat het eten te heet was of dat hij/zij liever iets anders had gegeten), is het op zich geen probleem om de menulijst aan te passen.

Omdat de cliënten van Gvt Pijnacker geen besef hebben van de gevolgen van te veel en te vet eten, kan de begeleiding weliswaar aangeven dat er vanaf nu minder vet gekookt gaat worden, maar dit soort opmerkingen vinden zij niet belangrijk. Het gaat hen er om dat zij het eten lekker vinden. Dergelijke zaken kunnen slechts door de tijd heen blijken. Daarom wil ik een aangepaste menulijst invoeren en per dag de

⁷⁷ De Bree, Jaska (2004) *Conditioes* Amsterdam, SWP blz. 32 ev

⁷⁸ Idem. blz. 28

maaltijd aanbieden en de reacties van de cliënten afwachten. Zolang we de bovengenoemde voorwaarden in acht nemen, kunnen we net zo lang doorgaan met het aanpassen van de menulijst tot het voor de cliënten aanvaardbaar is. Uiteraard wordt daarin wel meegenomen dat het eten een bijdrage moet kunnen leveren aan de reductie van het overgewicht bij de cliënten.

Lichaamsbeweging

Als het eetpatroon niet genoeg oplossingen biedt, en volgens al mijn collega's is dit ook zo, zullen veranderingen aangebracht moeten worden in het bewegingspatroon van de cliënten.

Eerder al is vastgesteld dat een tekort aan lichaamsbeweging ook bij kan dragen aan overgewicht. Wanneer iemand meer beweegt, zal zijn lichaam meer voedingsstoffen gebruiken en zal het gewicht van het lichaam af gaan nemen. Het is dan voor de hand liggend dat de cliënten die overgewicht hebben ook meer moeten gaan bewegen.

Daarvoor is het nodig om te gaan kijken naar de mogelijkheden voor de cliënten om meer te gaan bewegen. Waarin kan lichaamsbeweging zitten? Ik noem enkele vormen van (gestructureerde) lichaamsbeweging:

- Sporten (in teamverband of individueel)
- Wandelen (naar de winkel, de bushalte, vrijwilligers)
- Huishoudelijke taken doen
 - o Koffie zetten
 - o Limonadeglazen pakken
 - o Tafel dekken
 - o Sanitair schoonmaken

Het is duidelijk dat er tal van mogelijkheden zijn om tot lichamelijke activiteit te komen. De vraag is echter weer: Hoe kunnen de cliënten hiertoe aangezet worden? Het is onmogelijk om de cliënten te dwingen meer te bewegen. Wat mijn collega's adviseren is lichaamsbeweging spelenderwijs in te voeren. Zo zijn er cliënten die graag dansen en er zijn cliënten die graag zwemmen. Al deze activiteiten kunnen uitgevoerd worden. Opnieuw geldt hier bij dat de cliënten het leuk vinden om te doen. Vinden zij dat niet, dan houdt alles op.

Omdat het reduceren van het overgewicht een doel zal moeten worden in het zorgplan van de cliënten zal bij dat doel een aantal acties moeten komen te staan die in het kader daarvan worden verricht.

De acties die ik wil laten ondernemen zijn:

- Cliënten meer huishoudelijk werk laten verrichten; de reden hiervoor is dat er meer lichaamsbeweging wordt gegenereerd. Dit kan door de begeleiders ter plekke worden gestimuleerd.
- Voor cliënten rondkijken of zij nog bij een georganiseerde sportclub voor verstandelijk gehandicapten terecht kunnen. Dit kunnen de persoonlijk begeleiders doen voor hun eigen cliënten. Zo houden zij het overzicht over voor wie zij dit moeten regelen. De reden hiervoor is dat ongeorganiseerd sporten in verband met het gebrek aan motivatie (heb ik eerder al besproken) niet plaats gaat vinden en het ook voor de begeleiders moeilijk is om zelf op vaste tijden activiteiten te gaan organiseren en uit te voeren. Er gebeuren veel onverwachte dingen waarvoor plots snel ingrijpen vereist is en dat doorstreept de geplande activiteiten. Zodoende kan er snel de klad in komen. Dat is de mening van het grootste deel van het team.

- Cliënten meer stimuleren om een wandeling te maken naar bijvoorbeeld het dorp of de nabijgelegen supermarkt.

Om te kunnen bepalen in hoeverre de cliënten in bovenstaande activiteiten deel zouden moeten nemen om hun overgewicht kwijt te raken, ga ik zelf opnieuw met de dietiste van Ipse in overleg. Daarbij zal ik bovenstaande actiepunten als vraag meenemen.

Dat houdt in dat ik aan de dietiste het volgende ga vragen:

- Welke soorten van huishoudelijk werk zijn geschikt om overgewicht kwijt te raken?
- Hoeveel maal dient er gesport te worden per week om aan voldoende lichaamsbeweging te komen?
- Hoe lang moet er op zijn minst gewandeld worden om overgewicht te kunnen reduceren?

Ik ben me er bewust van dat deze vragen erg naïef overkomen. Aan de andere kant ben ik van mening dat een naïeve manier van vragen, waarbij ik vaak naar de bekende weg zal vragen, me wel verder helpt omdat bestaande vermoedens dan bevestigd of ontkend kunnen worden. Dit stuurt mijn denkproces. Uiteraard blijven ook hier de voorwaarden die eveneens aan het aanpassen van het dieet kleven van kracht: het moet niet zo zijn dat de cliënten er tegenop gaan zien, het moet uitvoerbaar zijn, ook gezien het tijdsgebrek dat ik eerder genoemd heb.

Het gevolg zal zijn dat ik, met de adviezen van de dietiste op zak, een concrete uitwerking van mijn plan kan maken.

Het meetbaar maken van het overgewicht

Eerder heb ik aangegeven welke bewoners overgewicht hebben. Daarbij heb ik laten zien hoe dit gemeten kan worden. Aan de hand van de BMI.

Omdat al de cliënten volgroeid zijn, is de kans klein dat er iets aan de lengte van hen verandert. De lichaamsgewichten kunnen variëren. Het is dus zaak daar de metingen te verrichten. Daartoe is er op Gvt Pijnacker een weegschaal.

Iedere week worden de cliënten met overgewicht gewogen. Zij laten dit, op één cliënt na, allemaal doen.

Het is belangrijk dat het wegen periodiek plaats vindt. De reden hiervoor is dat ik de cliënten wil blijven confronteren met de 'vorderingen' die zij op dit gebied maken. Gelukkig wordt al op vaste tijden gewogen. Het is dus niet nodig om dit te introduceren.

De weeglijsten die hiervoor gehanteerd worden (zie bijlage) geven een mijns inziens voldoende blik van het gewicht van de cliënten. Er is een soort van datamatrix in gemaakt waarin duidelijk het gewicht van de cliënten op kan worden geschreven. Door de kolommen van links naar rechts te laten verlopen met de gewichten van licht naar zwaar, is het mogelijk een beweging in het lichaamsgewicht te signaleren. Dan is visueel gemaakt in hoeverre een cliënt af is gevallen. Een zelfde datamatrix kan gemaakt worden voor de BMI.

De cliënten krijgen iedere week te horen of ze gewicht erbij of er af hebben gekregen. Over de BMI die veel confronterender is, wil ik de cliënten niet wekelijks informeren, tenzij zij hier om vragen. De reden hiervoor is dat ik de cliënten die overgewicht hebben niet wekelijks wil zeggen dat zij te zwaar zijn. Dat werkt demotiverend. Daar ik eerder Rigter aanhaalde om aan te geven waar motivatie ook mee samen kan hangen, het doel, dan is de kans groot dat de motivatie, wanneer

vaak gehoord wordt dat de betreffende cliënt te zwaar is, zakt. Dat is niet de bedoeling.

VI Het produkt

Nu de vraag naar wat er gedaan moet worden beantwoord is, kan er overgegaan worden op de volgende vraag:

- *Waaruit bestaat het eventuele traject?*

Wat wordt het product? Dat moge duidelijk zijn: een plan om het overgewicht van de cliënten aan te pakken. Dit is ten tijde van het schrijven van het productverslag nog niet gereed.

De stappen die genomen moeten worden, zijn eerder benoemd en worden later uitgewerkt. In essentie komt het er op neer dat het probleem van overgewicht eerst op de kaart wordt gezet, dat gebeurt middels het maken van een SMART-doel waarin gesteld wordt dat cliënt ... zijn overgewicht heeft gereduceerd per... maanden.

Dan volgt de stap van het concrete handelen. De menulijst wordt onder handen genomen. Daartoe ga ik eerst met de dietiste om tafel zitten en kijken of de menulijst verandering behoeft. Zo ja, dan worden de voorgestelde veranderingen met de kok besproken.

Vervolgens wordt gekeken naar het onderdeel lichaamsbeweging. De Persoonlijk begeleiders van de cliënten gaan op zoek naar mogelijkheden om hun cliënt aan meer lichaamsbeweging toe te laten komen. De resultaten van het onderzoek worden omgezet in concrete afspraken.

Vervolgens wordt het weegsysteem zoals het was gehandhaafd, zij het dat nu ook de BMI erbij wordt vermeld. Op papier weliswaar.

Voorstellen aan het team

Hoe wordt het produkt voorgesteld aan het team? Het plan zal de inhoud weergeven. Ik zelf ben degene die het moet brengen en ik vind het van belang dat het team van Gvt Pijnacker gemotiveerd zal zijn om het plan ten uitvoer te brengen.

Passend bij het team

Egoposities en ideeën

In het opstellen van mijn plan houd ik rekening met de geldende groepsnormen in het team.⁷⁹ Het team van Gvt Pijnacker is een team waarin over het algemeen de collega's vanuit symmetrische patronen⁸⁰ met elkaar communiceren. Wanneer ik mezelf op een autoritaire manier, in de roos van Leary omschreven als vanuit een 'boven-tegen' houding⁸¹, opstel, heb ik kans dat mijn collega's op dezelfde wijze gaan reageren. Ik zal dus niet tegen mijn collega's moeten zeggen dat ik wil dat we vanaf nu met het plan gaan werken. Ik wil ze op dezelfde wijze als waarop zij gewend zijn te communiceren, vanuit een symmetrisch patroon. Dat houdt in dat ik het team ga benaderen, zoals dat in de transactionele analyse genoemd wordt, vanuit de ego-positie van volwassene.⁸² Ik wil mijn collega's eerst uitleggen op zo objectief mogelijke wijze waarom het geconstateerde overgewicht van de cliënten van Gvt Pijnacker een probleem is.

⁷⁹ Remmerswaal, Jan (2001) *Begeleiden van groepen* Houten, Bohn Stafleu Van Loghum blz. 150 ev.

⁸⁰ Idem. blz. 149

⁸¹ Idem.

⁸² Zie voor een uitleg van de ego-posities de paragraaf: 'Wat houdt dit patroon in stand? De transactionele analyse'. Hierin wordt aan de hand van de transactionele analyse aangegeven hoe door de omgeving bij wordt gedragen aan het overgewicht van de cliënten. Tevens wordt hierin uitgelegd wat de ego-positie van volwassene inhoudt.

Door met mijn collega's gesproken te hebben over het onderwerp (zie interview collega's Gvt Pijnacker in bijlage) heb ik ze tevens de kans gegeven hun visie te geven. Daarbij zal ik in het plan de ideeën van mijn collega's verwerken. In de beargumentering voor de keuzes die ik gemaakt heb is dit al duidelijk geworden.

Dus: door zowel mijn communicatiestijl aan te passen, als door het verwerken van de ideeën van mijn collega's in mijn plan, tracht ik hen zo eerlijk mogelijk te benaderen en hoop ik dus dat mijn plan meer kans van slagen heeft.

Aangepaste presentatie

Ik wilde graag een powerpointpresentatie met een beamer geven om het plan te presenteren.

Op iedere dia die ik laat zien wil ik een stap van het plan weergeven. Zo is helder wat er gaat gebeuren in iedere stap. Daarna laat ik op één dia alle stappen in het plan zien om een totaaloverzicht te geven. De presentatie zelf krijgen ze ook in een mapje dat ik ze geef vlak voor ik ga presenteren.

Waarom kies ik voor een powerpointpresentatie met een beamer? Het idee hierachter is dat een presentatie, gepaard gaande met audiovisuele elementen extra indruk achterlaat bij mijn collega's. Doordat ik ze een mapje geef met daarin de presentatie, kan iedereen terugbladeren wanneer er gedacht wordt dat ik mezelf tegenspreek tijdens het presenteren, of wanneer iemand aan het einde van de presentatie nog vragen heeft.

Tijdens de presentatie zal ik in eerste instantie per stap zelf aan het woord zijn. Iedere stap op zich roept wellicht veel vragen op en omdat ik bang ben dat de stappen uit hun verband getrokken worden, wil ik eerst het hele plan gepresenteerd hebben alvorens ik gelegenheid bied voor het stellen van vragen. Zo kan ik iedere vraag beantwoorden met in gedachten de context van het hele plan.

De presentatie zal niet langer dan tien á vijftien minuten duren. De reden hiervoor is dat mijn collega's erg actief zijn en moeite hebben om een andere persoon lang te laten spreken. Mijn team bestaat grotendeels uit doeners en die wil ik niet te lang 'werkloos' toe laten zien. Hiermee voorkom ik mogelijk verveling, desinteresse en dientengevolge minder betrokkenheid bij het plan dat ik voorsta.

Aangezien mijn product nu nog niet af is, vind ik het onnodig om nu al de inhoud van de presentatie weer te geven. Die is er immers nog niet in zijn geheel. Wel kan ik zeggen dat ik het probleem van het overgewicht eerst aan ga kaarten aan de hand van de analyse in het eerste hoofdstuk van dit productverslag. Ik zal ingaan op de reden voor mijn keuze voor het onderwerp overgewicht, op de noodzaak hier iets aan te doen voordat ik overga op het stappenplan. Vervolgens zet ik de stappen uiteen en geef aan waarin ik het aandeel van mijn collega's heb laten terugkomen. Het laatste onderdeel van mijn presentatie zal bestaan uit het uitspreken van de hoop dat het team in staat zal zijn de cliënten te helpen in het reduceren van hun overgewicht.

Thans moet ik nog een gesprek met de diëtiste voeren. De diëtiste van stichting Ipse is pas een week na het schrijven van dit productverslag beschikbaar voor een gesprek.

Bijlage: De Body Mass Index (BMI)

De Body Mass Index⁸³

De [Body Mass Index](#) (BMI), ook wel Quetelet Index genoemd, is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. Het gaat er bij de BMI dus niet om wat cosmetisch gezien het mooiste is. De BMI vertoont een relatie met de hoeveelheid lichaamsvet, maar de BMI-waarden geven niet het percentage lichaamsvet aan.

Voor wie?

De indeling geldt voor volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Voor kinderen en pubers gelden andere grenswaarden, boven de 70 jaar is de relatie tussen de BMI en de gezondheid minder duidelijk. Voor sommige groepen, zoals Aziaten en hindoestanen, gelden andere grenswaarden. Dat heeft te maken met een andere lichaamsbouw. Over deze grenswaarden is nog discussie. Duidelijk is wel dat bij deze bevolkingsgroepen al bij lagere waarden sprake is van een verhoogd risico.

De indeling van de BMI bij volwassenen van 18-70 jaar

BMI (kg/m ²)	Classificatie	Risico
<18,5	ondergewicht	laag (maar verhoogd risico op andere aandoeningen)
18,5-24,9	normaal gewicht	Gemiddeld
25-29,9	Overgewicht	verhoogd
30 en hoger	Obesitas	duidelijk verhoogd

Beneden een BMI van 18,5 is het verstandig te proberen wat aan te komen. Voor mensen met een BMI tussen 18,5 en 25 geldt: probeer dit gewicht te handhaven. Mensen met een BMI tussen 25 en 30 zonder bijkomende gezondheidsrisico's moeten voorkomen dat ze dikker worden. Medisch gezien is het noodzakelijk af te vallen bij een Body Mass Index (BMI) boven de 30. Zijn er bijkomende gezondheidsrisico's, zoals een hoog cholesterolgehalte en hart- en vaatziekten in de familie, dan is afvallen verstandig bij een BMI tussen 25 en 30.

⁸³ www.voedingscentrum.nl Hier staat een weergave van de BMI. De keuze voor ontlening van de BMI aan deze site is ingelegd door het besef dat de BMI een vaste schaal is, onafhankelijk van de plaats waar zij getoond wordt. Ik kon de BMI van iedere andere site afhalen, maar op deze site werd voor mij op de meest duidelijke wijze aangegeven wat de BMI is en hoe ik deze zelf kon berekenen voor mijn cliënten.

Bijlage: BMI Cliënten

Berekening BMI ADHV gegevens

Let op: De cliënten die hier niet vermeld zijn, zijn niet de cliënten op wie bedoeld wordt wanneer gesproken wordt van overgewicht. Bij die cliënten is er binnen het gehele team sprake van overeenstemming daaromtrent.

Gewichten van bewoners:		Lengte bewoners:		BMI:	
• P	nb	P	nvt	P	-
• E	72,4	E	1,62	E	27,6
• K	56,7	K	1,53	K	24,2
• J	81,2	J	1,46	J	38,1
• F	100,2	F	1,82	F	30,2
• Crz	81,6	Crz	1,68	Crz	28,9
• Cl	81,5	Cl	1,68	Cl	28,8
• Crn	95	Crn	1,68	Crn	33,6
• A	nb	A	nvt	A	-
• M	84,5	M	1,55	M	35,2
• G	67,7	G	1,56	G	27,8

Bijlage: interview met gedragskundige team Gvt Pijnacker

Vragen aan gedragskundige van team Gvt Pijnacker

Waar moet rekening mee gehouden worden als ik met mijn cliënten aan de slag wil gaan om overgewicht kwijt te raken?

- Er is een verschil in niveaus bij de cliënten. De doelgroep binnen Gvt Pijnacker is wat dat betreft niet homogeen. Ook de bereidheid van de cliënten is niet bij iedereen hetzelfde. Dat houdt in dat je bejegening ook aangepast moet zijn op de persoon.
- bij de een is daadkracht vereist, bij de ander subtiliteit
- verantwoordelijkheid is niet bij iedereen te leggen. Dat houdt in dat je niet voor iedereen dezelfde regels kunt stellen
- Je past de toepassing van de algemene regels toe, aangepast op iedere cliënt. Bijvoorbeeld bij een stippendieet; de een laat je zelf de stippen zetten, de ander niet, je neemt het dan van ze over
- Let er verder op dat je het over een doelgroep hebt die veel belang hecht aan lekker eten. Veel cliënten vertellen wanneer je ze vraagt wat ze op een dag gedaan hebben, wat ze gegeten en/of gedronken hebben. Dat impliceert hoe belangrijk eten voor hen is.

Hoe kan ik hen motiveren om er meer mee aan de slag te gaan? Wat werkt wel en wat werkt niet?

- Bij veel verstandelijk gehandicapten werkt het stippendieet goed. Je kunt de cliënten belonen als ze een bepaald aantal stippen hebben 'gescoord'.
- Met cliënt zelf gaan zitten om te bedenken wat ze leuk vinden om als beloning voor afvallen te krijgen. Kunnen kleine dingen zijn, je kunt de beloning variëren al naar gelang het resultaat
- Belangrijk is dat je de cliënten herinnert aan hun dieet en het afvallen
- Dit kun je doen door de beloning op een velletje, waarop de stippen of de vereiste activiteiten vastlegt, aan te geven
- Op moment van verzwakken van cliënten in handelen, ingrijpen en overnemen door te zeggen
- Motivatieproblemen zijn vaak groot. Dit hangt samen met het beperkte inzicht. Aan de andere kant is ook de begeleiding niet altijd consequent in het volhouden van het dieet.

Hoe kan ik ouders/verzorgers/vrijwilligers mee krijgen in het opzetten van een plan?

- Ouders kun je sowieso niet zeggen hoe zij dingen moeten doen. Wellicht kun je tijdens een ouderavond ouders informeren over wat je gaat doen. Hiermee is het wellicht mogelijk hen enigszins te motiveren om toch ook een bijdrage te leveren. Maar dit is moeilijk. Ouders willen hun kinderen die eens in de twee weken thuiskomen lekker verwennen, bovendien hebben zij meestal geen zin om hun eet- en bewegingsschema om te gooien.
- Aan de hand van een stippendieet kun je laten zien dat lekkere dingen ook voor iets anders vervangen kunnen worden. Dit kun je inzichtelijk maken.

Wat zijn de mogelijkheden om de dagopvang in te schakelen? Voeren zij ook beleid uit om de cliënten af te laten vallen?

- Dagopvang kan stippen mee helpen plakken.

Hoe is het mogelijk om discriminatie per cliënt te Voorkomen? Dit is waar het team op hamerde.

- trucs zoals tweemaal opscheppen.

Hoe kan ik onze kok inschakelen in het maken van aangepaste voeding?

- van tevoren bij de diëtiste langsgaan met menulijst en vragen hoe deze aangepast kan worden/behouden moet worden
Bij nader inzien: Stippendieet is moeilijk te halen omdat de warme maaltijd al zoveel stippen oplevert.

Je benoemde met enige regelmaat het stippendieet. Is dat haalbaar op een locatie waar tijdgebrek heerst en waar het team over het algemeen erg veel belang heeft bij gemakkelijke en goed uitvoerbare oplossingen?

- Het is inderdaad erg moeilijk om in dit team een dergelijk dieet op te zetten. Het moet grote prioriteit zijn binnen het team en als er veel andere zaken zijn die de aandacht opeisen, wordt het al gauw moeilijk om hiermee door te kunnen gaan. De vereiste is dat je hierin consequent bent. Zoals eerder gezegd: consequent zijn in het volhouden van een dieet is van groot belang en daar schort het vaak aan.

Bijlage: interview collega's Team Gvt Pijnacker

Inleiding

Onderstaande interview is een samenvatting, gemaakt uit aantekeningen van interviews met alle collega's.

Interview met collega's:

Algemeen: medisch

- Als jij in het algemeen kijkt naar de bewoners: waardoor denk je dat er sprake is van overgewicht?

Collega's: Te weinig lichaamsbeweging, een verkeerde indeling van voeding. Bijvoorbeeld: onmiddellijk een toetje na het avondeten, dit kan ook op later tijdstip. Verbranding kan zo worden gestimuleerd. Eten dat klaargemaakt wordt is ook vaak heel vet. Niet alleen wat door de week wordt gekookt, maar eveneens wat begeleiding in het weekend klaarmaakt. Aan de ene kant is het eten altijd vers en lekker, aan de andere kant ook weer erg calorierijk. Daarnaast krijgen ze met enige regelmaat van allerlei lekkere dingen toegestopt. Het is moeilijk hier exact zicht op te krijgen omdat het op zoveel momenten gebeurt.

- Kun jij dit per persoon zeggen?

Collega's: Sommigen hebben een traag werkende schildklier, anderen eten te graag te veel (Cm), anderen hebben een trage stofwisseling (J), anderen snoepen 's nachts stiekum en kunnen best afvallen als ze hun best doen (F). Weer anderen zeggen hard te lijnen maar eten vervolgens op verjaardagen wel weer twee á drie stukken gebak. Het is moeilijk om af te vallen voor hen, aangezien ze zoveel om lekker eten geven. Veel cliënten praten vaak over eten.

Psychologisch:

- Willen de cliënten hun overgewicht kwijtraken?

Collega's: De vraag is of ze het beseffen. Als ik het met ze bespreek, zeggen ze van wel, maar ik kan niet achterhalen of ze het zeggen om mij een plezier te doen, of dat ze het echt menen. Er zijn er wel sommigen bij die het willen, maar ze vinden het vaak te moeilijk om te doen. Zo kan M. wel iedere week naar de weegclub gaan, maar als ze bij vrijwilliger, mw. G. is, krijgt ze veel lekkere dingen die ze niet afslaat. Hetzelfde geldt voor de cliënten die in de weekenden naar hun ouders gaan. Die laten het lekkere eten en snoep niet staan.

Het gebeurt ook vaak dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden geven. Ze willen niet dat de begeleiding boos wordt of 'zeurt' en daarom zeggen ze dat ze wel af willen vallen.

- Zijn de cliënten gemotiveerd om daar het noodzakelijke voor te doen?

Collega's: Hiervoor het bovenstaande antwoord.

Ethisch

- Wat vind jij ervan dat wij afspraken maken over het eetgedrag van bewoners terwijl er kans is dat zij iets anders willen? (bijv. Crl die graag heel veel en heel snel eet)

Collega's: Een collega zegt: Ik doe dit omdat ik niet wil dat ze in de toekomst risico's lopen t.a.v. hun gezondheid. Dat is mijn voornaamste reden en ik vraag me af of ze in staat zijn hier zelf een verstandig oordeel over te vellen.

Verder wordt gezegd dat de cliënten hierin niet kunnen beslissen en dat wij als begeleiding voor hun gezondheid de beslissingen voor hen moeten nemen.

- Wat zijn voorwaarden waarvan jij vindt dat een dieet en/of aangepast bewegingsprogramma voor de bewoners moet voldoen?

Collega's: Het moet 'leefbaar' zijn. Dat houdt in dat de bewoners niet het idee hebben dat ze aan het diëten zijn. Er moet dus zodanig met voedsel gespeeld worden dat ze altijd genoeg binnen krijgen, zonder dat het onnodig veel calorieën bevat.

Een hongerdieet levert niets op. Dan krijg je dat de cliënten zelf op zoek gaan naar voedsel. We kunnen immers geen kasten afsluiten voor ze. Het is een Gvt, geen intramurale setting waar je veel strenger kunt zijn.

Praktisch:

- Wat is voor de bewoners van belang?

Collega's: Zie bovenstaande. De bewoners moeten geen 'honger' lijden. Er moet voortdurend gegeten kunnen worden zonder dat het te veel is. Dat houdt bijvoorbeeld in: op andere tijden eten, ander voedsel. Onze kok kookt echter vers en niet per definitie ongezond. We moeten de bewoners gewoon minder geven van de vette soorten eten (gebonden sauzen, jus, etc.).

Maar ook, met betrekking tot het klaargemaakte eten: We kunnen het eten dat thans klaargemaakt wordt, door zowel onze kok als door de begeleiding in het weekend, waarschijnlijk wel aanpassen. Het eten is vaak vet en calorierijk. Het moet mogelijk zijn om dat eten te veranderen zonder dat er iets aan smaak ingeleverd hoeft te worden.

Verder moeten we er op letten dat niemand gediscrimineerd wordt. Dus niemand moet opvallend minder krijgen dan de ander, of juist iets onthouden worden dat een ander wel krijgt. Dat is een heel belangrijk uitgangspunt van het hele team.

- (Hoe) denk jij dat ouders/vertegenwoordigers hierin betrokken kunnen worden?

Collega's: Ik denk dat dit moeilijk gaat worden. Ouders willen hun kinderen in het weekend verwennen. Daarnaast zitten we ook nog met de dagverblijven waar bewoners van alles kunnen krijgen. Maar het is vrijwel onmogelijk om iedere dag ieder dagverblijf te bellen en te controleren wat de bewoners daar gegeten hebben en dat weer aanpassen op wat wij gaan geven.

Dat geldt ook voor de ouders. Daarnaast gaan de bewoners maar eens in de twee weken naar ouders toe, dus dat kan op zich geen kwaad.

Bijlage: gebruikte bronnen

Gebruikte Bronnen

Internet:

- www.dieet.startpagina.nl
- www.huisartsenkliniek.nl
- www.huisartsenpost.nl
- www.ipse.nl
- www.meetwente.nl
- www.Overgewicht.org
- www.rivm.nl
- www.sonjabakker.nl
- www.voedingscentrum.nl
- www.voedingsmagazine.nl

Literatuur:

- Bakker, Sonja (2006) *Bereik je ideale gewicht* Spierdijk, De zonnestraal
- De Bree, Jaska (2004) *Conditie* Amsterdam, SWP
- Ebskamp, Jan en Kroon, Henk (2006) *Beroepsethiek voor SPH Baarn*, HB Uitgevers
- Egberts, Chiel (2007) *Ouders op hun plek* Utrecht, Agiel
- Fontaine, Britt (2005) *De plancyclus in het sociaalagogisch werk* Houten, Bohn Stafleu van Loghum
- Frederiks, Brenda (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap* Den Haag, SDU
- Guhrs, Manfred en Nowak, Claus (2006) *Het constructieve gesprek* Amsterdam SWP
- Remmerswaal, Jan (2001) *Begeleiden van groepen* Houten, Bohn Stafleu van Loghum
- Rigter, Jakop (2004) *Psychologie voor de praktijk* Bussum, Coutinho
- Rigter, Jakop (2005) *Het palet van de psychologie* Bussum, Coutinho
- Schuyt en Steketee (1998) *Zorgethiek: ruimte binnen de regels* Utrecht, SWP
- Van Weezel, Lies Gualthérie van en Waaldij, Kees (1995) *Doelgroepen in de residentiële hulpverlening* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Veen-Roelofs, J. en Rasenberg S. (1996) *Eetcontroleprogramma* Den Dungen, Van Gerwen BV.
- Vorstenbosch, Jan (2005) *Zorg, een filosofische analyse* Amsterdam, Nieuwenzijds

Artikelen uit tijdschrift:

- Lukassen, Rinke In: *Future Food Lekker belangrijk* Nr 2. najaar 2007 6-7