

Frion

Transparant!

~ Onderzoek naar methodiekgebruik binnen de
afdeling ambulant volwassenen ~

Margriet Groenewold
Anke Tijs

Christelijke Hogeschool Windesheim,
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening,
Mei 2008

~ ***Frion Transparant*** ~

Margriet Groenewold
Anke Tijs

Christelijke Hogeschool Windesheim
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Mei, 2008

Begeleiding;:

Mevr. M.M. te Roller

Projectinstelling:

Frion, te Zwolle

Voorwoord.

Wij willen graag enkele mensen bedanken die hun medewerking hebben verleend bij het tot stand brengen van dit onderzoek.

In de eerste plaats willen wij stichting Frion ervoor bedanken ons de gelegenheid gegeven te hebben dit onderzoek binnen hun instelling te mogen uitvoeren. In het bijzonder Johan Lainain (ambulant begeleider), die ons, tijdens het onderzoek, vanuit de instelling persoonlijk heeft begeleid. Mede dankzij zijn enthousiaste begeleiding en kritische blik zijn wij gekomen tot dit resultaat.

Hierbij willen wij ook onze dank uitspreken aan de ambulant begeleiders van de afdeling volwassenen voor hun medewerking aan ons onderzoek, middels de enquête.

Daarnaast willen wij Margo te Roller bedanken, die ons tijdens het onderzoek vanuit de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening begeleid heeft. Mede dankzij haar betrokkenheid en vernieuwende inzichten zijn wij gekomen tot dit resultaat.

Wij hopen dat onze adviezen bij kunnen dragen aan de ontwikkeling en implementatie van bestaande en nieuwe methodieken binnen de instelling Frion.

Margriet Groenewold,
Anke Tijs

Christelijke Hogeschool Windesheim
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Mei, 2008

Inhoudsopgave	Blz.
Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 De instelling Frion	7
§ 1.1. Inleiding	8
§ 1.2. Doelgroep Frion	8
§ 1.3. Hulpaanbod Frion, ambulant volwassenen	9
§ 1.3.1. Algemeen	9
§ 1.3.2. Geïndiceerde ondersteuningsvragen	9
§ 1.3.3. Hulpverleningstraject	10
§ 1.4. Organisatie	12
§ 1.5. Missie	13
§ 1.6. Visie	13
Hoofdstuk 2 Plan van aanpak	15
§ 2.1. Inleiding	16
§ 2.2. Wat willen we onderzoeken	16
§ 2.3. Wijze van gegevens verzamelen en verantwoording	16
§ 2.3.1. Veldonderzoek	16
§ 2.3.2. Literatuuronderzoek	18
Hoofdstuk 3 Resultaten van het veldonderzoek	19
§ 3.1. Inleiding	20
§ 3.2. De onderzoeksgroep'	20
§ 3.3. De indicatie van de cliënten	22
§ 3.4. Doelgroepen algemeen	23
§ 3.4.1. Doelgroep: Verstandelijke en lichamelijke beperking	24
§ 3.4.2. Doelgroep: Verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek	24
§ 3.4.3. Doelgroep: Verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek	25
§ 3.4.4. Doelgroep: Verstandelijke beperking en gedragsproblemen	26
§ 3.4.5. Doelgroep: Verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.	27

§ 3.4.6. Doelgroep: Verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere bovenstaande problemen	28
§ 3.5. Begeleiding	28
Hoofdstuk 4 Bruikbare methodieken binnen de ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking.	30
§ 4.1. Inleiding	31
§ 4.2. Algemene toepasbare methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking	31
§ 4.3. Methodieken voor mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking	32
§ 4.4. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek	33
§ 4.5. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek	35
§ 4.6. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen	36
§ 4.7. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.	41
Hoofdstuk 5 Conclusie & aanbevelingen	45
§ 5.1. Inleiding	46
§ 5.2. Algemene conclusies	46
§ 5.3. Welke methodieken worden nu toegepast door de persoonlijk begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion?	46
§ 5.4. Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken?	47
§ 5.5. Aanbevelingen	48
Literatuurlijst	50
Bijlagen	
• Bijlage 1 De enquête	
• Bijlage 2 Verantwoording van de enquêtevragen	

Inleiding

Voor u ligt het onderzoeksverslag van ons afstudeerproject Frion Transparant! voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. De afgelopen maanden hebben wij, in opdracht van de instelling Frion, die zorg en ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking, in Zwolle onderzoek gedaan naar het gebruik van bestaande methodieken in de ambulante begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Tevens hebben wij onderzocht waar de behoeften van de ambulant begeleiders, met betrekking tot het gebruik van methodieken, liggen.

Wij hebben voor dit onderzoek gekozen omdat, wij beiden affiniteit hebben met de doelgroep. Margriet vanuit haar stage bij Vluchtelingenwerk en Anke vanuit haar thuissituatie. Margriet is in het cliëntencontact, tijdens haar stage, in aanraking gekomen met een verstandelijk gehandicapte cliënt voor wie er voorzieningen geregeld moesten worden. Op dit vlak liepen zowel de cliënt als de begeleiders tegen de moeilijkheden van de beperking aan. Hierdoor werd haar interesse in het hulpverleningsaanbod aan mensen met een verstandelijke handicap gewekt.

Anke heeft in haar familie ervaring met een verstandelijk gehandicapte oom. Hierdoor is ook bij haar de interesse in het hulpverleningsaanbod en de mogelijkheden hiervan aan mensen met een verstandelijke handicap gewekt.

Tijdens onze stage hebben wij beiden geleerd dat wij het moeilijk vonden en vinden om aan te geven met welke methodieken je werkt in de hulpverlening die je biedt. Onze ervaring is dat je gewend bent om op een bepaalde manier te werken en hierdoor ben je niet bewust bezig met een bepaalde methodiek. Door achteraf te reflecteren beseften we dat we vaak gebruik maakten van meerdere methodieken, in plaats van één specifieke methodiek.

Binnen Frion zijn begeleiders in dienst met verschillende opleidingsachtergronden. U kunt hierbij onder andere denken aan SPH, MWD, SPW, HBO-Verpleegkunde. Dit betekent dat de instelling in de eerste plaats te maken heeft met verschillende opleidingsniveaus, maar ook verschillende werkstijlen. Elke begeleider werkt op zijn eigen manier en volgens een eigen gekozen methodiek. Hierin speelt ook de opleidingsachtergrond een rol.

Per 1 januari 2007 werkt de instelling vanuit een zorgplansystematiek. De zorgplansystematiek bevat de procedures en werkinstructies die gebruikt worden binnen de instelling. Dit moet er voor zorgen dat er doelgerichter gewerkt gaat worden en dat er ook regelmatig evaluaties plaats gaan vinden om het hulpaanbod beter op elkaar af te stemmen.

Binnen de instelling is er geen sprake van transparantie in de manier van werken van de verschillende begeleiders. Ook is er geen overzicht vanuit welke methodieken de begeleiders werken met cliënten, passend bij de indicatie en de hulpvragen.

Dit is enerzijds een probleem voor de beleidsmakers binnen Frion en anderzijds kan het een probleem zijn voor de begeleiders in hun dagelijkse werk. Daarnaast kan er voor de cliënt ook een zekere willekeur zijn over welke hulp hij aangeboden krijgt.

Het is een probleem voor de beleidsmakers binnen Frion, omdat zij niet duidelijk kunnen aangeven met welke methodieken Frion werkt.

Het is een probleem voor de begeleiders in hun dagelijkse werk, omdat iedere begeleider zijn eigen methodieken heeft ontwikkeld door o.a. diverse opleidingsachtergronden.

Doordat het onduidelijk is op welke wijze de ambulante werkers methodisch werken en inhoud geven aan de hulpverlening is er sprake van onduidelijkheid over de methodieken die worden ingezet en over de effectiviteit daarvan. Kortom: er is geen zicht op gebruikte methodieken voor ambulante hulpverlening aan mensen met een verstandelijke handicap en hierdoor is er geen vaste lijn in de hulpverlening aan cliënten.

Onze probleemstelling luidt:

Het is onduidelijk op welke wijze de ambulant begeleiders methodisch werken en inhoud geven aan de hulpverlening, afgestemd op de hulpvragen en de inhoud van de indicatiestelling.

Het probleem doet zich voor bij meerdere afdelingen binnen de instelling Frion. Wij beperken ons onderzoek tot de afdeling ambulant Volwassenen. Parallel aan dit onderzoek loopt ook een onderzoek bij de afdeling Jeugd.

Het probleem is ontstaan doordat er binnen Frion nooit gezamenlijke beleidskeuzes zijn gemaakt over welke methodieken zij toepassen in hun hulpaanbod. Frion wil professionaliseren en haar medewerkers gericht inzetten. Door onvoldoende afstemming en coördinatie van de aanwezige methodieken ontbreekt de transparantie van het hulpverleningsproces.

De vraagstelling die in ons onderzoek centraal staat is:

Welke methodieken worden nu toegepast door de ambulant begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion? Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken? Welke methodieken zijn eventueel geschikt voor deze ambulante begeleiders?

Naast deze vraag willen wij een aantal deelvragen beantwoorden om aanbevelingen te kunnen doen aan stichting Frion:

1. Welke methodieken worden op dit moment toegepast binnen de ambulante hulpverlening aan volwassen met een verstandelijke beperking?
2. Sluiten deze methodieken aan bij de behoeftes van de begeleiders van ambulant volwassenen met een verstandelijke handicap? Waar hebben deze begeleiders eventueel nog meer behoefte aan?
3. Welke andere methodieken zouden begeleiders van ambulant volwassenen kunnen toepassen?

De doelstellingen van ons onderzoek zijn:

- Er is een overzicht van de gehanteerde methodieken binnen Frion ambulant volwassenen,
- Het is duidelijk wat de behoefte van de begeleiders van ambulant volwassenen aan overige/andere methodieken is,
- Wij hebben eventueel een overzicht van nieuwe methodieken die de begeleiders van ambulant volwassenen kunnen gebruiken.

In de volgende hoofdstukken geven wij antwoord op de deelvragen.

In hoofdstuk één beschrijven wij hoe de instelling Frion in elkaar zit. Hierbij geven wij een beschrijving van de doelgroep, het hulpaanbod aan volwassenen, de missie en de visie van Frion.

In hoofdstuk twee is ons plan van aanpak weergegeven. Hierbij geven wij aan wat wij willen gaan onderzoeken en waarom, op welke wijze wij de gegevens gaan verzamelen en waarom wij voor die methoden kiezen.

In hoofdstuk drie geven wij u een overzicht van de resultaten van het veldonderzoek.

In hoofdstuk vier beschrijven wij bruikbare methodieken binnen de ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking. Dit bestaat uit de resultaten van het literatuuronderzoek.

In het laatste hoofdstuk staat de conclusie centraal. In dit hoofdstuk staan, tevens de uitkomsten van onze enquête centraal. In dit hoofdstuk beantwoorden wij de vraag waar persoonlijk begeleiders van volwassenen met een verstandelijke handicap/beperking nog behoefte aan hebben.

Hoofdstuk 1 De instelling Frion

§ 1.1. Inleiding	8
§ 1.2. Doelgroep Frion	8
§ 1.3. Hulpaanbod Frion, ambulant volwassenen	9
§ 1.3.1. Algemeen	9
§ 1.3.2. Geïndiceerde ondersteuningsvragen	9
§ 1.3.3. Hulpverleningstraject	10
§ 1.4. Organisatie	12
§ 1.5. Missie	13
§ 1.6. Visie	13

Hoofdstuk 1 De instelling Frion.

§ 1.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de instelling Frion. We beschrijven kort wat voor instelling Frion is, wat Frion doet, welke hulp er vanuit deze instelling wordt geboden aan mensen met een verstandelijke handicap, de doelgroep, missie, visie en kernwaarden van de instelling.

Frion is een professionele instelling, in Zwolle en omgeving en in Steenwijk en omgeving, die zorg en ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Op basis van de indicatie en de behoeften en vragen van deze mensen wordt gezocht naar hulp bij problemen rondom bijvoorbeeld wonen en werken.¹

Bij Frion wordt de zorg en ondersteuning geboden vanuit vier begeleidingsteams. In Zwolle en omgeving werken drie teams: deze zijn onderverdeeld in ambulante noord, ambulante zuid en het gezinsteam. In Steenwijk en omgeving is één team werkzaam.

De teams ondersteunen cliënten die vallen onder verschillende cliëntgroepen en combinaties van cliëntgroepen.

Voor ons onderzoek beperken wij ons tot de afdeling ambulante hulpverlening aan volwassenen met een verstandelijke beperking.²

De informatie die u in dit hoofdstuk kunt vinden, is gebaseerd op informatie van januari 2008. Ten tijde van dit onderzoek is de instelling Frion aan verandering onderhevig. Dat kan betekenen dat sommige informatie niet volledig actueel is.

§ 1.2. Doelgroep Frion

De doelgroep van Frion is mensen met een verstandelijke handicap. Deze doelgroep is opgesplitst in de volgende cliëntgroepen:

Mensen met een ondersteuningsvraag als gevolg van een

- verstandelijke en lichamelijke beperking
- verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek
- verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek
- verstandelijke beperking en gedragsproblemen
- verstandelijke beperking binnen gezinssystemen
- verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere van bovenstaande beschreven problemen

Deze cliëntgroepen bevatten de volgende leeftijdscategorieën: kinderen, jong volwassenen, volwassenen en ouderen.

Om hoeveel cliënten het gaat kan sterk wisselen, maar het gaat ongeveer om 130 volwassen cliënten.

De verhouding tussen de cliëntgroepen is redelijk evenredig; bij ambulante gaat het bij één derde om een verstandelijke beperking in combinatie met problemen binnen het gezinssysteem, bij één derde om een verstandelijke beperking en bij één derde om een verstandelijke beperking in combinatie met verslavings-, psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

De cliëntgroepen worden onderverdeeld in teams. Voor ons onderzoek richten wij ons op de afdeling volwassenen.

¹ www.fiionzorg.nl

² Frion, totaalplan ambulante ondersteuning volwassenen, concept augustus 2006, versie 3

§ 1.3. Hulpaanbod Frion, ambulant volwassenen

In deze paragraaf gaan we dieper in op het hulpaanbod van Frion en de hierbij behorende indicaties en het hulpverleningstraject.

§ 1.3.1. Algemeen.

Frion is een instelling die zorg en hulpverlening biedt aan mensen met een verstandelijke handicap. De instelling Frion heeft een breed aanbod aan hulpverlening en mogelijkheden. Zo kunnen cliënten op veel verschillende manieren wonen bij Frion. Van zelfstandig begeleid wonen tot wonen in een woongroep waar altijd professionele begeleiding aanwezig is.

Daarnaast biedt Frion cliënten ook de volgende mogelijkheden:

Werken, logeren, opvang en thuiszorg.

Ambulante woonbegeleiding is, binnen de afdeling ambulant volwassenen, een belangrijke vorm van hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening sluit aan bij de extramuralisering van de zorg. Dit houdt in dat de zorg gegeven wordt buiten de muren van de instelling, bij de cliënten thuis.

Bij ambulante woonbegeleiding gaat het om het geven van zorg en ondersteuning in de eigen woon-/leefomgeving van de cliënt. De zorg en ondersteuning richten zich op de vraag van cliënten binnen de (volgende) leefgebieden; wonen, vrije tijd, sociaal netwerk en werk. Tevens is het aanbrengen van structuur in het dagelijks leven van cliënten een veel gehoorde hulpvraag.

De zorg en ondersteuning wordt vanuit Frion ambulant volwassenen geleverd door 34 medewerkers. Hierbij kun je denken aan ambulant persoonlijk begeleiders en ambulant ondersteuners, maar bijvoorbeeld ook incidenteel aan orthopedagogen en gedragsdeskundigen die op afroep beschikbaar zijn. Voor ons onderzoek richten wij ons op de persoonlijk begeleiders. Het gaat hierbij om 22 persoonlijk begeleiders. We zullen daarom vanaf nu ook spreken van persoonlijk begeleiders in plaats van ambulant begeleiders.

Een persoonlijk begeleider is, samen met de andere teamleden, verantwoordelijk voor de begeleiding van de cliënten en signaleert en beantwoordt de individuele zorgvragen. Hij onderhoudt contacten met ouders en/of verwanten van de cliënten, collega's en andere disciplines. Een persoonlijk begeleider geeft op methodische wijze vorm aan het persoonlijk begeleiderschap van een aantal cliënten. Dit betekent dat hij samen met de cliënt en zijn betrokkenen zorgvragen vaststelt, deze vastlegt in een Individueel Plan en vertaalt in de ondersteuning die de cliënt geboden wordt. De begeleidingsvraag van de cliënt is hiervoor het uitgangspunt. Hij ondersteunt de cliënt bij het wonen met alle daarbij komende aspecten.³

§ 1.3.2. Geïndiceerde ondersteuningsvragen

De zorg en ondersteuning wordt gegeven op basis van de afgegeven indicatie door het zorgkantoor. Binnen Frion kent men de volgende geïndiceerde ondersteuningsvragen:

- Ondersteunende begeleiding (voornamelijk praktische ondersteuning),
- Activerende begeleiding (voornamelijk psychosociale ondersteuning),
- Persoonlijke verzorging,
- Verpleging.

³ <http://www.frionzorg.nl/>

De twee hoofdindicaties, ondersteunende en activerende begeleiding, zullen we hieronder kort toelichten.

Ondersteunende begeleiding:

Hierbij gaat het om handhaving van de zelfredzaamheid. Het gaat om mensen die zelf niet in staat zijn hun dagelijks leven te overzien, die geholpen moeten worden bij het plannen van hun dagelijkse / wekelijkse bezigheden, of om mensen die door een visuele of auditieve handicap niet in staat zijn een aantal zaken praktisch te organiseren.

Ook kunt u denken aan ondersteuning in de integratie in de samenleving. Hier gaat het om mensen die op grond van ziekte en/of gebrek niet in staat zijn deel te nemen aan sociale activiteiten en die hierdoor verder achteruit gaan in hun gezondheid of die hierdoor vereenzamen.

Ook kan er ondersteuning worden gegeven aan de omgeving van de zieke (en/of gehandicapte). In een aantal gevallen is het zo dat de gezinsleden en mantelzorgers van een zieke hulp nodig hebben bij de omgang met deze zieke, of de gelegenheid moeten hebben om af en toe even tijd voor zichzelf te nemen, zodat zij daarna weer (beter) in staat zijn om de zieke bij te staan. Ook dit past binnen de ondersteunende begeleiding.⁴

Activerende begeleiding:

Hierbij gaat het om activerende activiteiten die door de ambulant begeleider worden verleend gericht op: herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek, of het omgaan met de gevolgen van een somatische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Bij Activerende Begeleiding moet je denken aan leren'. Er wordt geleerd met de aandoening, beperking of handicap om te gaan.

Het gaat hier bijvoorbeeld om gedragscorrectie, het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, instructie, voorlichting, advies en onderzoek naar de problematiek.

Het verschil tussen Activerende Begeleiding en Ondersteunende Begeleiding is dat Activerende Begeleiding de aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar er juist op ingrijpt.⁵

§ 1.3.3. Hulpverleningstraject.

Wanneer cliënten zich bij Frión ambulant volwassenen aanmelden gebeurt dit op basis van een, al aanwezige, indicatie. Deze kan zijn afgegeven door de instelling die de cliënt doorverwijst naar Frión, maar de cliënt kan ook zelf zijn indicatie hebben aangevraagd. Binnen Frión ambulant komen over het algemeen cliënten binnen die een indicatie hebben voor ondersteunende of activerende begeleiding. Bij de intake wordt er gekeken welke hulpverlening de cliënt nodig heeft. Wanneer de cliënt baat heeft bij ambulante hulpverlening wordt een match gemaakt met een werker binnen Frión ambulant volwassenen, die de cliënt vervolgens gaat begeleiden.

Op basis van de indicatie van de cliënt wordt er gekozen voor een werkwijze/methodiek.

⁴ http://iu.wikipedia.org/wiki/Ondersteunende_begeleiding

⁵ <http://mens~en~gezondheid.infonu.n^>

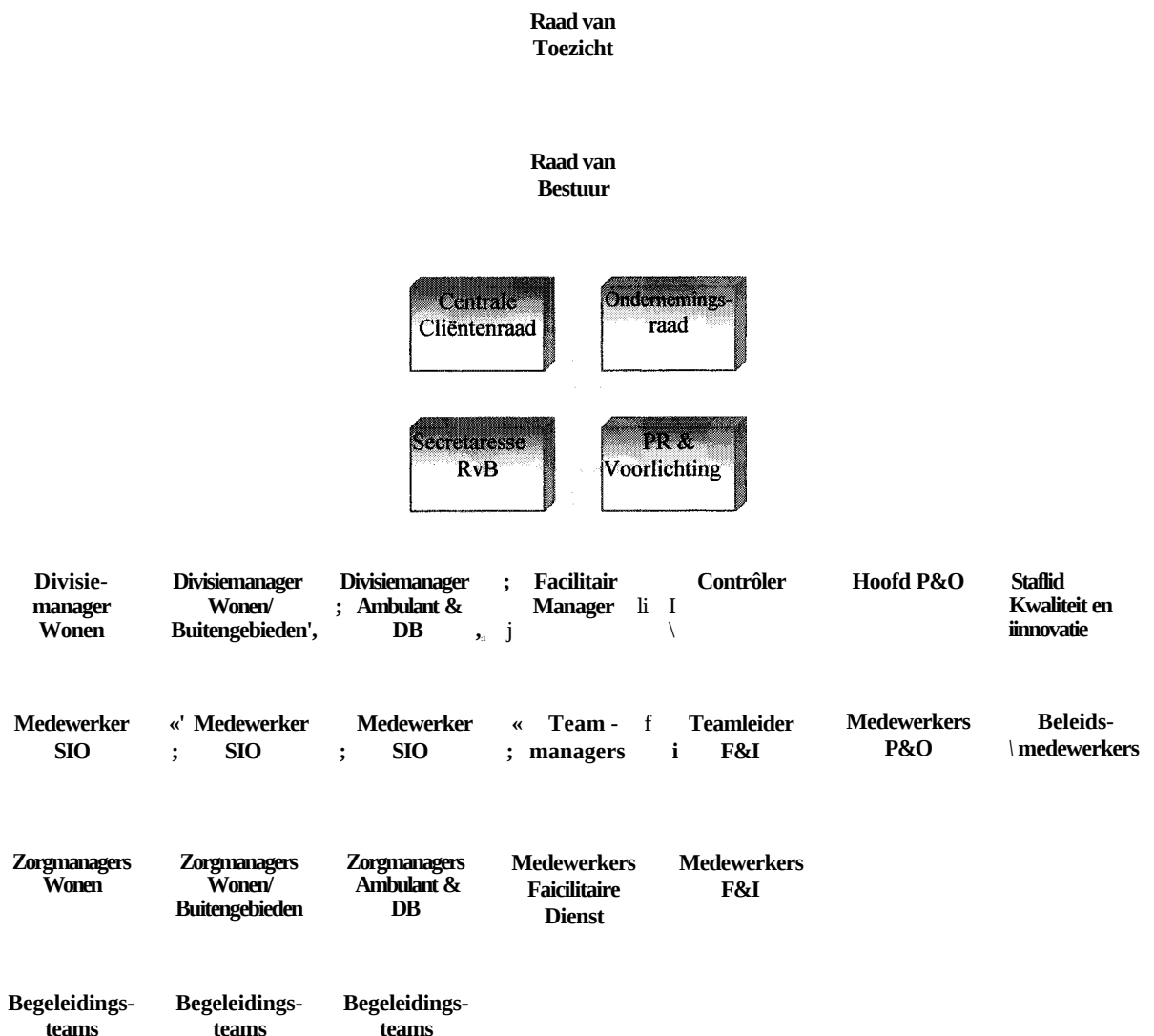
De werker die de cliënt gaat begeleiden stelt op basis van de indicatie en de eerste gesprekken niet de cliënt een voorlopig zorgplan op. Na drie maanden wordt het voorlopige zorgplan geëvalueerd met de cliënt. Na zes maanden vanaf de start van de zorg wordt het definitieve zorgplan opgesteld. Deze moet door de cliënt en de zorgmanager worden ondertekend. In het individuele zorgplan wordt de persoonlijke situatie van de cliënt beschreven en worden, op basis van de hulpvraag, de werkdoelen en bijbehorende acties opgesteld en besproken met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Er vinden regelmatig besprekingen plaats van het individuele plan en er wordt in ieder geval één keer per twee jaar geëvalueerd. Indien nodig, wordt het individuele zorgplan na bespreking of evaluatie aangepast.

In het contact tussen cliënt en werker is het de taak van de werker om, wanneer hij signaleert dat er zich andere problemen voordoen, dit binnen zijn team en met de cliënt bespreekbaar te maken.

Vervolgens wordt er, indien nodig, een andere, nieuwe indicatie aangevraagd of wordt het zorgplan van de cliënt aangepast.

§ 1.4. Organisatie

Hieronder staat een organogram van de organisatie Frion.⁶



Toelichting organogram

In het bovenste deel (de Raad van Bestuur, Centrale Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Secretaresse Raad van Bestuur en PR & Voorlichting) vindt de besluitvorming plaats. De besluiten komen uiteindelijk terecht bij de divisiemanager.

Het is de taak van de divisiemanager om de besluiten over te brengen naar de zorgmanagers.

Vervolgens is het de taak van de zorgmanagers om de medewerkers op de hoogte te brengen van de besluiten en ervoor te zorgen dat zij achter de besluiten van bovenafkomen te staan. Wij richten ons op de afdeling ambulant volwassenen.

Frion heeft locaties en voorzieningen in verschillende plaatsen in Overijssel. Het Hoofdkantoor staat in Zwolle.

⁶ Frion, totaalplan ambulante ondersteuning volwassenen, concept augustus 2006, versie 3

Samenwerking met andere organisaties

Er zijn contacten met onderstaande organisaties:

Zwolse Poort, RIBW, MEE, CAD, Nieuwe Zorg Thuis, gemeente Zwolle, Bureau Jeugdzorg, Willem Schikker stichting, van Boeyenoord, Driezorg, Havezathe, de Reeve, Veldzicht, buurtnetwerk, kerken, gemeenten.

De contacten en samenwerking vanuit de zorgmanagers is gericht op profilering van eigen expertise en product. Ontwikkelingen binnen deze organisaties worden van nabij gesignaleerd en gevolgd. Dit biedt mogelijkheden om hierop te kunnen inspelen, afstemmen of om samen te werken.

§ 1.5. Missie

Bij de professionele ondersteuning van Frion staat de cliënt centraal. Het doel van deze professionele hulpverlening is verbetering van de leefsituatie van de cliënt. Het gaat hierbij om vraaggestuurde (cliënt- en systeemgerichte) hulpverlening die zich richt op het in stand houden, uitbreiden of ondersteunen van het sociale netwerk van de cliënt. Frion vindt het belangrijk dat de cliënten zoveel mogelijk zelf invulling geven aan hun leven. Dit doen ze door de cliënt centraal te stellen binnen de hulpverlening en goed te luisteren naar wat de cliënt zegt en wil en daarnaast ook door te blijven kijken naar wie de cliënt als persoon is. Daarnaast worden ook inbrengen van ouders, familie en vrienden van de cliënten serieus genomen en betrokken bij het hulpverleningsproces. In de houding naar cliënten wil Frion zich kenmerken door respectvolle bejegening, open communicatie, betrouwbaarheid en cliëntgericht denken en werken.

In de missie van Frion komen de kernwaarden die zij nastreven duidelijk naar voren. Deze zijn namelijk:

- Cliëntgericht,
- Zorgvuldig,
- Verantwoordelijk,
- Waardig,
- Ondersteunend,
- Ontwikkelingsgericht.

§1.6. Visie

Naast een missie heeft Frion ook een visie. Deze visie houdt in dat ieder mens uniek is en dat ieder mens kwaliteit van leven nastreeft. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen dat niet altijd op eigen kracht en dus wil Frion hen hier professioneel en met respect voor elkaar bij ondersteunen.

Volgens de Frionvisie wordt elk persoon met een verstandelijke beperking gezien als een burger met rechten en plichten die een volwaardige plaats in de samenleving heeft en hoort te hebben. Binnen zijn mogelijkheden draagt de cliënt verantwoordelijkheid voor en over zijn persoonlijke levensinvulling. Eigen wensen en keuzevrijheid staan hierbij centraal.

In overleg met de cliënt en eventueel zijn omgeving, wordt de soort van ondersteuning bepaald en uitgevoerd. Deze ondersteuning is bedoeld als aanvulling en daarnaast ook gericht op de ontwikkeling van de mogelijkheden die de cliënt heeft. Aansluiten bij het sociale netwerk van de cliënt en de reguliere voorzieningen vormen hierbij het uitgangspunt.

De Fri onVisie is kort: samen te vatten en gebaseerd op de volgende begrippen:

- De cliënt centraal
- Kwaliteit van bestaan
- Professionele ondersteuning
- Respectvolle bejegening
- In dialoog
- Kwaliteitszorg.

Hoofdstuk 2 Plan van aanpak

§ 2.1. Inleiding	16
§ 2.2. Wat willen we onderzoeken	16
§ 2.3. Wijze van gegevens verzamelen en verantwoording	16
§ 2.3.1. Veldonderzoek	16
§ 2.3.2. Literatuuronderzoek	18

Hoofdstuk 2 Plan van aanpak

§ 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk besteden wij aandacht aan de opzet en uitvoering van ons onderzoek. We lichten toe wat wij willen onderzoeken. Hierna beschrijven we de wijze waarop wij onze gegevens gaan verzamelen en waarom we deze wijze van verzamelen hebben gekozen.

§ 2.2. Wat willen we onderzoeken.

Onze onderzoeksvraag is:

Welke methodieken worden nu toegepast door de persoonlijk begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion? Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken? Welke methodieken zijn eventueel geschikt voor deze persoonlijk begeleiders?

Bij Frion werken mensen met verschillende opleidingsachtergronden en werkstijlen. Hierdoor is er weinig overzicht op welke methodieken er worden toegepast in de begeleiding aan de cliënten en hoe de begeleiders te werk gaan. Binnen de instelling zou er meer één lijn kunnen komen in de manier van werken van de verschillende begeleiders. Het overzicht van de methodieken waarmee de begeleiders werken met cliënten, passend bij de indicatie en de hulpvragen, moet nog verder in kaart worden gebracht. In het onderzoek naar de methodieken willen we ook in kaart brengen welke methodieken bij welke cliëntgroep worden ingezet. Daarnaast willen we, door middel van literatuuronderzoek, zelf onderzoeken welke bestaande methodieken toegepast kunnen worden bij een bepaalde cliëntgroep.

Wij willen komen tot een beschrijving van de methodieken waar de begeleiders mee werken, welke behoeftes en mogelijkheden hierin aanwezig zijn en daarnaast willen we weten hoe dit aansluit bij de ingevoerde zorgplansystematiek.

Ons onderzoek is een kwalitatief beschrijvend onderzoek, omdat we informatie willen krijgen over hoe de ambulant begeleiders werken en welke behoeften zij hebben wat betreft de methodieken die ze gebruiken.

We geven dus achterliggende wensen en behoeften van onze doelgroep en brengen deze in kaart.⁷

§ 2.3. Wijze van gegevens verzamelen en verantwoording.

Voor ons onderzoek maken we gebruik van twee soorten onderzoeksmethoden, namelijk veldonderzoek en literatuuronderzoek. Hieronder zullen we beide onderzoeksmethoden toelichten.

§ 2.3.1. Veldonderzoek

Via veldonderzoek willen wij erachter komen welke methodieken de persoonlijk begeleiders gebruiken in de hulpverlening aan hun cliënten. Daarnaast willen we onderzoeken welke behoeften zij nog hebben met betrekking tot methodieken. We willen onderzoeken of de medewerkers behoefte hebben aan nieuwe methodieken. We hebben ervoor gekozen om de verschillende cliëntgroepen binnen Frion apart op te nemen in de enquête. Per cliëntgroep stellen we de persoonlijk begeleiders dezelfde vragen met betrekking tot het gebruik van methodieken en hun behoeften hierin.

⁷ Baarda, D.W., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005) *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* Tweede druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Ook willen we onderzoeken op welke manier de persoonlijk begeleiders gebruik maken van de mogelijkheden tot begeleiding binnen de instelling en wat hun behoeften zijn wat betreft begeleiding en intervisie. Onze ervaring is dat het zinvol is om collegiale ondersteuning te kunnen krijgen in het contact met cliënten. Dit kan het opdoen van nieuwe inzichten, met betrekking tot de eigen werkwijze in het contact met cliënten, mogelijk maken. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om wagen over de verschillende vormen van begeleiding binnen de instelling, op welke manier de ambulant begeleiders hier gebruik van maken en op welke gebieden zij behoeften hebben aan begeleiding op te nemen in onze enquête.

De vragen die wij opgenomen hebben in onze enquête zijn terug te vinden in bijlage 1. Daarnaast geven wij een verantwoording voor de gekozen vragen in bijlage 2.

We willen dit gaan onderzoeken door een enquête te houden onder alle persoonlijk begeleiders van de afdeling ambulant volwassenen. In totaal werken er 22 persoonlijk begeleiders op de afdeling ambulant volwassenen. We hebben er voor gekozen om deze begeleiders allemaal bij het onderzoek te betrekken, omdat we op deze manier een duidelijk beeld krijgen van de gebruikte methodieken en de behoeften van deze begeleiders. Gezien de grootte van de groep, vonden we een enquête het geschiktste middel om alle begeleiders te ondervragen en te betrekken bij ons onderzoek. Daarnaast krijgen we op deze manier ook de meningen en behoeftes van de persoonlijk begeleiders zelf. Hierdoor bekijken we de onderzoekssituatie vooral vanuit het perspectief van de betrokken persoonlijk begeleiders.

Tevens ziet Baarda als voordeel van de enquête, dat de begeleiders deze in hun eigen tijd en op hun eigen manier in kunnen vullen. Ook geeft onze manier van enquêteren de begeleiders, volgens Baarda, meer tijd tot nadenken over hun antwoorden op de enquêtevragen. Baarda denkt dat hierdoor de kans op goed doordachte antwoorden groter is.⁸

Bij het opstellen van de enquête maken wij gebruik van open vragen. Het is ons doel om de meningen en behoeften van de persoonlijk begeleiders helder te krijgen. Hiervoor vinden wij het zinvol om gebruik te maken van open vragen, omdat zij op deze manier de gelegenheid krijgen om hun mening duidelijk te verwoorden zonder dat wij, door het benoemen van opties, teveel voor hen gaan invullen.

In onze enquête maken we gebruik van twee soorten vragen, namelijk feitelijke vragen en opinievragen. Feitelijke vragen gebruiken we voor feitelijke zaken, zoals de persoonsgegevens, het aantal cliënten per begeleider, de werkwijze etc. Daarnaast gebruiken we opinievragen om te onderzoeken of de begeleiders nog behoefte hebben aan andere methodieken of begeleiding en waar deze behoeften liggen. Hiermee vragen we de begeleiders dus om hun mening.⁹

Om de persoonlijk begeleiders te benaderen, hebben we er voor gekozen om ze een mail te sturen waarin we uitleggen wie we zijn en wat we doen en waarin we uitleggen dat we een enquête willen houden, waarom we die willen houden en waarin we ze om hun medewerking vragen en aangeven wanneer ze de enquête kunnen verwachten. Daarna sturen we de persoonlijk begeleiders de enquête via de mail. Tevens leggen we de enquête in hun postvakjes, om het invullen zo eenvoudig mogelijk voor ze te maken. Op deze manier hopen we iedereen te bereiken. De begeleiders kunnen deze enquête weer terugsturen via onze postvakjes binnen de instelling.

Baarda, D.W., Goede, M.P.M. de & Tennissen, J. (2005) *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* Tweede druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.

⁹ Barteids, J.F., Jansen, E.P.W.A & Joostens, Th. H. (1989) *"Enquêteren" het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters- Noordhoff

§ 2.3.2. Literatuuronderzoek

Gezien onze onderzoeksvraag is het ook nodig om in kaart te brengen welke methodieken er op dit moment zijn voor ambulante begeleiding aan mensen met een verstandelijke handicap. Hiervoor hebben wij gekozen voor literatuuronderzoek. Voor het literatuuronderzoek maken wij gebruik van zowel boeken als van bronnen van internet. Wij gaan op zoek naar boeken en internetbronnen waarin methodieken staan beschreven die gebruikt worden in de ambulante hulpverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. Hierin gaan wij ook op zoek naar literatuur over de verschillende combinaties van doelgroepen waar Frion mee te maken krijgt. Het literatuuronderzoek heeft tot doel om een overzicht te geven van de bestaande en gebruikte methodieken in de hulpverlening aan verstandelijk beperkte cliënten. Uit het overzicht van de bestaande methodieken maken wij een selectie. We doen vervolgens aanbevelingen; welke methodiek kan bij een specifieke doelgroep worden ingezet?

Hoofdstuk 3 Resultaten van het veldonderzoek

§3.1- Inleiding	20
§ 3.2. De onderzoeksgroep	20
§3.3. De indicatie van de cliënten	22
§ 3.4. Doelgroepen algemeen	23
§ 3.4.1. Doelgroep: Verstandelijke en lichamelijke beperking	24
§ 3.4.2. Doelgroep: Verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek	24
§ 3.4.3. Doelgroep: Verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek	25
§ 3.4.4. Doelgroep: Verstandelijke beperking en gedragsproblemen	26
§ 3.4.5. Doelgroep: Verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.	27
§ 3.4.6. Doelgroep: Verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere bovenstaande problemen	28
§3.5. Begeleiding	28

Hoofdstek 3 Resultaten van het veldonderzoek.

§3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het veldonderzoek.

Zoals u in hoofdstuk 2 heeft kunnen lezen hebben wij gekozen om het veldonderzoek met behulp van een enquête te doen. In de eerste plaats hebben wij ons zelf en het onderzoek geïntroduceerd met behulp van een e-mail. In deze e-mail hebben wij uitgelegd dat we het onderzoek willen uitvoeren met behulp van een enquête.

Vervolgens hebben wij alle persoonlijk begeleiders om hun medewerking gevraagd. Na enkele dagen hebben wij de enquête, zowel via de mail als in hun postvakje, verspreid. Het gaat om een totaal van 22 enquêtes. De begeleiders hebben twee weken de tijd gekregen om de enquête in te vullen en te retourneren. Ook heeft een persoonlijk begeleider het belang van het onderzoek, en de daarbij behorende enquête, nader toegelicht in de teamvergadering.

De respons op onze enquête was echter miniem; we kregen in totaal vijf van de 22 enquêtes terug. Op basis hiervan hebben we ervoor gekozen om, samen met een persoonlijk begeleider, een brief op te stellen waarin wij de begeleiders wederom om hun medewerking hebben gevraagd. Deze brief hebben wij zowel via de e-mail als in hun postvakje verspreid. Ze kregen hiervoor nog één week de tijd. Uiteindelijk kwamen we op een totaal van negen respondenten. Op basis van deze negen werken we ons onderzoek uit. We beseffen dat dit niet volledig representatief is, maar op deze manier geven we wel een indruk van wat er onder de persoonlijk begeleiders leeft.

In de enquête hebben wij als kanttekening gezet dat de persoonlijk begeleiders ook hun werkwijze inogen omschrijven wanneer ze geen concrete methodieken kunnen noemen. De genoemde werkwijze hebben wij wel in dit verslag opgenomen.

§ 3.2. De onderzoeksgroep

Voor ons onderzoek hebben wij een enquête gehouden onder alle medewerkers (persoonlijk begeleiders) van de afdeling ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking binnen Frion. In totaal hebben wij 22 enquêtes verspreid.

Zoals wij in de inleiding hebben vermeld hebben wij een respons van negen enquêtes gekregen. Dit komt neer op een percentage van 40,9 %.

Alle respondenten hebben de functie van persoonlijk begeleider.

In de volgende tabellen worden de frequentieverdelingen gepresenteerd van de categorieën: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, jaren in dienst, aanstellingsomvang en de caseload.

Tabel 1. Geslacht

Geslacht	Aantal respondenten	Percentage (%)
Man	3	33,3
Vrouw	6	66,7
Totaal	9	100

Het grootste percentage van de persoonlijk begeleiders is vrouw. Dit bedraagt 66,7 % van het totale aantal respondenten.

Tabel 2. Leeftijd

Leeftijdscategorie	Aantal respondenten	Percentage (%)
25 tot 30 jaar	2	22,2
30 tot 35 jaar	1	11,1
35 tot 40 jaar	1	11,1
40 tot 45 jaar	4	44,4
Onbekend	1	11,1
Totaal	9	100

Van de negen persoonlijk begeleiders heeft één persoon zijn/haar leeftijd niet ingevuld. In de tabel is dit weergegeven als categorie onbekend.

De meeste persoonlijk begeleiders vallen in de leeftijdscategorie van 40 tot 45 jaar. Dit bedraagt 44,4 % van het totale aantal respondenten.

Tabel 3. Opleiding

Opleiding	Aantal respondenten	Percentage (%)
MBO	2	22,2
Eerst MBO, daarna HBO	4	44,4
HBO	3	33,4
Totaal	9	100

In totaal hebben zeven van de negen persoonlijk begeleiders een Hbo-opleiding gevolgd. Dit komt neer op een totaalpercentage van 77,8%.

De meeste persoonlijk begeleiders hebben dus een opleiding op Elbo-niveau gevolgd.

Tabel 4. Jaren in dienst

Aantal jaren in dienst	Aantal respondenten	Percentage (%)
0 t/m 5 jaar	3	33,4
6 t/m 10 jaar	2	22,2
> 10 jaar	3	33,4
Onbekend	1	11
Totaal	9	100

Eén van de negen persoonlijk begeleiders heeft het aantal dienstjaren niet ingevuld. In de tabel is dit weergegeven als categorie onbekend.

In de bovenstaande tabel is een evenwichtige verdeling te zien tussen de twee van de vier categorieën. Drie van de negen persoonlijk begeleiders (33,4%) werkt tussen de nul en de vijfjaar bij de instelling. Ditzelfde percentage geldt voor het aantal persoonlijk begeleiders dat langer dan tien jaar bij de instelling werkzaam is.

Tabel 5. Aanstellingsomvang

Aanstellingsomvang per week	Aantal respondenten	Percentage (%)
10 tot 20 uur	1	11,1
20 tot 30 uur	5	55,6
30 tot 40 uur	3	33,3
Totaal	9	100

Het grootste percentage van de persoonlijk begeleiders heeft een aanstellingsomvang van 20 tot 30 uur per week. Dit bedraagt 55,6% van het totale aantal respondenten.

Tabel 6. Caseload.

Omvang caseload (aantal cliënten)	Aantal respondenten	Percentage (%)
4t/m5	3	33,3
6t/m7	3	33,3
8t/m9	3	33,3
Totaal	9	99,9

De negen persoonlijk begeleiders hebben gezamenlijk een cliëntenomvang van 59 cliënten. Hierboven hebben wij zichtbaar gemaakt hoeveel cliënten de verschillende persoonlijk begeleiders begeleiden.

In de bovenstaande tabel is af te lezen dat er geen categorie kan worden aangewezen die boven een andere categorie uitkomt. Er is sprake van een evenwichtige verdeling; éénderde werkt met vier of vijf cliënten, éénderde werkt met zes of zeven cliënten en éénderde werkt met acht of negen cliënten.

§ 3.3. De indicatie van de cliënten.

Binnen Ambulant volwassenen bestaan er vier vormen waarop de cliënt een indicatie kan krijgen:

Indicatie 1: Ondersteunende begeleiding (hoofdindicatie)

Indicatie 2: Activerende begeleiding (hoofdindicatie)

Indicatie 3: Verzorging

Indicatie 4: Behandeling.

Tabel 7. Indicaties.

Soort indicatie (s)	Aantal cliënten	Percentage (%)
Indicatie 1	51	86,4
Indicatie 1 + 2	5	8,5
Indicatie 1 + 3	2	3,4
Indicatie 1 + 2 + 4	1	1,7
Totaal	59	100

In de bovenstaande tabel hebben we alleen de indicaties en combinaties van de indicaties die door de persoonlijk begeleiders zijn genoemd weergegeven.

Er wordt door de negen persoonlijk begeleiders overwegend gewerkt vanuit ondersteunende begeleiding (= indicatie 1). In totaal zijn er 51 cliënten die alleen

ondersteunende begeleiding krijgen op basis van indicatie 1. Dit bedraagt een percentage van 86,4%.

Wat opvalt, is dat de activerende begeleiding (=indicatie 2) alleen in combinatie met ondersteunende begeleiding of in combinatie met ondersteunende begeleiding en behandeling wordt genoemd.

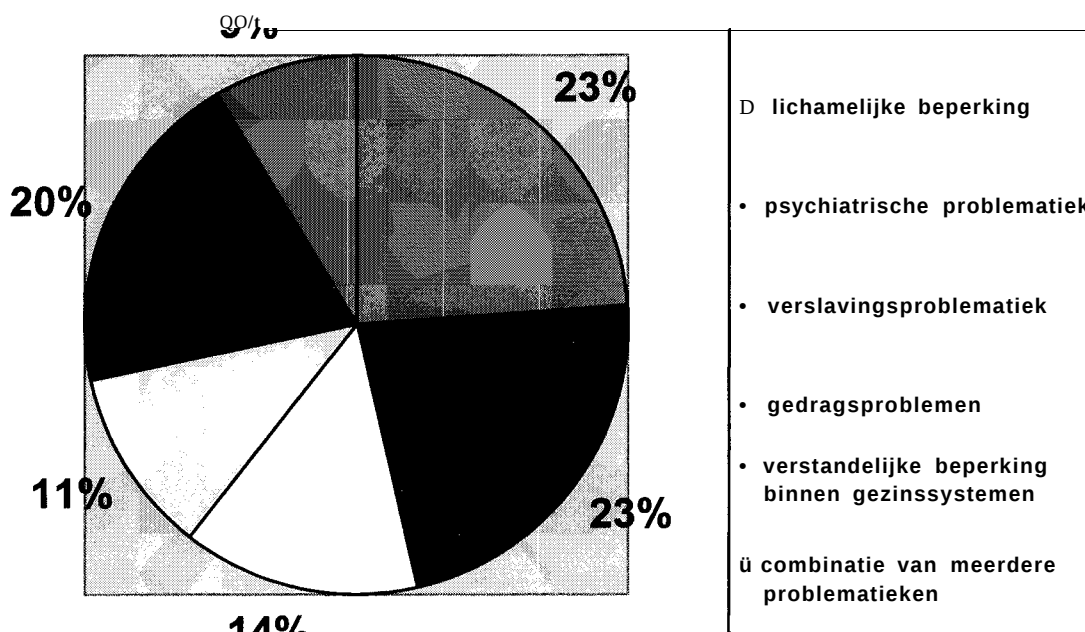
§ 3.4. Doelgroepen algemeen

De doelgroep van Frion is mensen met een verstandelijke handicap. Deze doelgroep is opgesplitst in de volgende cliëntgroepen:

Mensen met een ondersteuningsvraag als gevolg van een verstandelijke beperking in combinatie met:

- een lichamelijke beperking
- psychiatrische problematiek
- verslavingsproblematiek
- gedragsproblemen
- verstandelijke beperking binnen gezinssystemen
- meerdere van bovenstaande beschreven problemen

Verdeling cliënten in doelgroepen



De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 59 cliënten. In de enquête hebben sommige respondenten hun cliënten in meerdere doelgroepen ingedeeld, bijvoorbeeld bij zowel verslavings- als bij gedragsproblemen. Terwijl het onze bedoeling was dat ze deze cliënten in de categorie verstandelijke beperking en combinatie van meerdere problematieken zouden indelen. Hierdoor komen we op een totaal van 71 cliënten. Voor het maken van dit cirkeldiagram en indeling zijn we om deze reden uitgegaan van 71 cliënten.

De doelgroepen waaronder de meeste cliënten vallen, zijn: een verstandelijke beperking in combinatie met een lichamelijke beperking en in combinatie met psychiatrische problematiek. Samen bedragen deze twee categorieën ruim 46 % van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep.

§ 3.4.1. Doelgroep: Verstandelijke en lichamelijke beperking

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep 17 cliënten zijn met zowel een verstandelijke als een lichamelijke beperking. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 23% van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep' zowel een verstandelijke als een lichamelijke beperking heeft.

Van de vier persoonlijk begeleiders die deze cliënten begeleiden noemt één van hen geen methodieken.

De overige drie noemen de volgende methodieken en/of werkwijzen:

- Zorgplansystematiek (2x)
- Transactionele analyse (1x)
- Goldstein training (1x)
- Systeemtheorie (1x)
- Vraaggestuurde zorg (1x)
- Reddersdriehoek (1x)
- Structuur (1x)
- Vertrouwen (1x)
- Cliënt centraal (1x)

Twee persoonlijk begeleiders maken hun behoeften met betrekking tot methodieken kenbaar in de enquête.

- Behoefte aan medische kennis (1x)
- Een beeld krijgen van bestaande methodieken (1 x)

Bij overige behoeften geeft één persoonlijk begeleider aan behoefte te hebben aan tijd voor *en* ondersteuning in het implementeren van de methodiek.

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat er weinig echte methodieken worden genoemd. De persoonlijk begeleiders noemen voornamelijk, veel verschillende, technieken. Hierin is geen eenduidigheid onder de persoonlijk begeleiders te herkennen. Dit bevestigt het beeld van individuele keuzevrijheid wat betreft werkwijze in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking.

§ 3.4.2. Doelgroep: Verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep 16 cliënten zijn met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 23 % van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek heeft.

Alle zeven de persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken benoemen de methodieken die ze toepassen in de begeleiding.

De volgende methodieken *en/of* werkwijzen worden genoemd:

- Zorgplansystematiek (4x)
- TA (1x)
- Goldstein training (1 x)
- Vraaggestuurde zorg (1x)
- Systeemtheorie (1x)
- Reddersdriehoek, (1x)

- Competentiemodel (1x)
- Stoplichtmethode (1x)
- Client centraal (1x)
- Structuur (1x)
- Vertrouwen (1x)
- Spiegelen (1x)
- Psychomotorische therapie (1 x)
- Behandeling door psychiater (1x)
- Gesprekken voeren (1 x)
- Behandeling problematiek (1 x)

Twee persoonlijk begeleiders maken hun behoeften met betrekking tot methodieken kenbaar in de enquête.

- Kennis aan psychiatrische ziektebeelden (1x)
- Systeemtheoretische benadering in gezinnen met kinderen (1x)

Twee persoonlijk begeleiders geven hun overige behoeften aan:

- Behoeftte aan zicht op bestaande methodieken
- Behoeftte aan duidelijkheid over welke modellen bij iedereen gebruikt wordt en welke wel en niet gebruikt mogen worden.

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat er weinig echte methodieken worden genoemd. De persoonlijk begeleiders noemen voornamelijk, veel verschillende, technieken. Hierin is geen eenduidigheid onder de persoonlijk begeleiders te herkennen. Dit bevestigt het beeld van individuele keuzevrijheid wat betreft werkwijze in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking. Opvallend vinden wij hierin dat één persoonlijk begeleider aangeeft duidelijkheid te willen hebben over welke modellen in welke situaties wel en niet gebruikt mogen worden. Daarnaast valt het ons op dat één persoonlijk begeleider de ondersteuning van een psychiater benoemt. Hieruit blijkt dat er wel gebruik wordt gemaakt van de expertise van deskundigen/andere instellingen.

§ 3.4.3. Doelgroep: Verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep tien cliënten zijn met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 14 % van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep een verstandelijke beperking; en verslavingsproblematiek heeft.

Alle vier de persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken benoemen de methodieken die ze toepassen in de begeleiding.

De volgende methodieken en/of werkwijzen worden genoemd:

- Zorgplansystematiek (1x)
- Heykoop (1x) (beloningssystemen en schema's)
- Opening zoeken om te verwijzen (1x)
- Praten (1x)
- Ondersteuning door CAD en alternatieven geven voor drank in geval van problemen (1x)

Op de vraag of er behoefte is aan andere methodieken in de begeleiding van cliënten uit deze doelgroep, geven geen van de persoonlijk begeleiders een antwoord.

Bij overige behoeften geeft één persoonlijk begeleider aan behoefte te hebben aan tijd voor cm ondersteuning in het implementeren van de methodiek.

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat er over het algemeen weinig echte methodieken en technieken worden genoemd. Hierin is geen eenduidigheid onder de persoonlijk begeleiders te herkennen. Dit bevestigt het beeld van individuele keuzevrijheid wat betreft werkwijze in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking.

Daarnaast valt het ons op dat één persoonlijk begeleider de ondersteuning van het CAD benoemt. Hieruit blijkt dat er wel gebruik wordt gemaakt van de expertise van deslamdigen/andere instellingen.

§ 3.4.4. Doelgroep: Verstandelijke beperking en gedragsproblemen

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep acht cliënten zijn met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 11% van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep een verstandelijke beperking en gedragsproblemen heeft.

Alle drie de persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken benoemen de methodieken die ze toepassen in de begeleiding.

De volgende methodieken en/of werkwijzen worden genoemd:

- Overzicht voor leren omgaan met financiën (1x) (afhankelijk van hulpvraag en cliënt: overzicht voor hele maand of per week)
- Rationele Emotieve Therapie (1x)
- Psycho Motorische Therapie vanuit activerende begeleiding (emoties leren herkennen, spanningen reduceren) (1x)
- Zorgplansystematiek (1x)

Op de vraag of er behoefte is aan andere methodieken in de begeleiding van cliënten uit deze doelgroep benoemd één van de drie persoonlijk begeleiders zijn behoefte;

- Methodiek om te leren omgaan met financiën (1x)
- Moderne sociale vaardigheidstraining (1x)
- Agressiebeheersing (1x)

Twee van de drie persoonlijk begeleiders gaven aan andere behoeften te hebben, namelijk:

- Een vraagbaak: iets of iemand die aan ieder specifiek gedragsprobleem/stoornis de juiste methode koppelt, (1x)
- Behoeftte aan tijd voor *m* ondersteuning in het implementeren van de methodiek.(1x)

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat de persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken een aantal methodieken, waar zij mee werken, kunnen noemen. Hierbij gaat het om 2 van de 4 antwoorden. Wij herkennen geen eenduidigheid in de werkwijze van de persoonlijk begeleiders. Dit bevestigt het beeld van individuele keuzevrijheid wat betreft werkwijze in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking.

Het valt ons op dat ze alle drie behoefte hebben aan een andere methodiek.

§ 3.4.5. Doelgroep: Verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep 14 cliënten zijn met een verstandelijke beperking binnen een gezinssysteem. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 20 % van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep een verstandelijke beperking binnen een gezinssysteem heeft.

Vijf van de zes persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken benoemen de methodieken die ze toepassen in de begeleiding.

De volgende methodieken en/of werkwijzen worden genoemd:

- Zorgplansystematiek (1x)
- Competentiemodel (2x)
- Eigeninitiatiefmodel (1x) / Family gathering (1x)
- Praktische Pedagogische Gezinshulpverlening (1x)
- Videohometraining (1 x)
- Stoplichtmethode (1 x)
- Gezin betrekken (1x)
- Straffen & belonen (1 x)
- Cliënt centraal (1x)
- Bewustwording positie binnen het gezin (1x)
- Inzicht krijgen (1x)

Drie van de zes persoonlijk begeleiders benoemen hun behoefte aan andere methodieken in de begeleiding van deze doelgroep, namelijk:

- Methodieken met betrekking tot gezinssystemen (1x) / Systeemtheoretische benadering (1x)
- Handvaten voor het aanpakken van praktische zaken (1x)
- Videohometraining (1 x)

Twee van de zes persoonlijk begeleiders geeft aan andere behoeften te hebben, namelijk:

- Vaker overleg met leidinggevende om te kijken of de begeleider nog 'goed' bezig is. (1x)
- Behoeftte aan duidelijkheid over welke modellen bij iedereen gebruikt worden en welke wel en niet gebruikt mogen worden, (1x)

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat de persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken een aantal methodieken, waar zij mee werken, kunnen noemen. Het gaat hierbij om 50% van de antwoorden. Wel benoemen de persoonlijk begeleiders veel verschillende methodieken. Tevens benoemen een aantal persoonlijk begeleiders enkele technieken.

Wij herkennen geen eenduidigheid in de werkwijze van de persoonlijk begeleiders. Dit bevestigt het beeld van individuele keuzevrijheid wat betreft werkwijze in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking.

Het valt ons op dat vijf van de zes persoonlijk begeleiders aangeven behoefte te hebben aan inhoudelijke verdieping.

§ 3.4.6. Doelgroep: Verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere bovenstaande problemen

Uit onze enquête kwam naar voren dat er in onze onderzoeksgroep 6 cliënten zijn met een verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere bovenstaande problemen. De totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep bestaat uit 71 cliënten. Dit houdt in dat 9% van de totale cliëntenomvang van onze onderzoeksgroep een verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere bovenstaande problemen heeft.

Beide persoonlijk begeleiders die met deze doelgroep werken benoemen de methodiek die ze toepassen in de begeleiding. Hierbij gaat het voor beide begeleiders om 'Zorgplansystematiek'.

Op de vraag of er behoefte is aan andere methodieken in de begeleiding van cliënten uit deze doelgroep, geeft geen van de persoonlijk begeleiders een antwoord.

Bij overige behoeften geeft één persoonlijk begeleider aan behoefte te hebben aan tijd voor *m* ondersteuning in het implementeren van de methodiek.

§ 3.5. Begeleiding

Op welke manier maakt u nu gebruik van bepaalde expertise van anderen?

Op deze vraag gaven de persoonlijk begeleiders de volgende antwoorden:

- Collegiale ondersteuning/intervisie (8x)
- Overleg met instellingen rond cliënt (5x)
- Informeel (in wandelgangen) / ken je collega's (1x)
- Orthopedagoog (1x)
- Zorgcoach (Helena) (1x)
- Multidisciplinair team (1x)

Op welke manier krijgt u begeleiding met betrekking tot het werken met methodieken?

Op deze vraag gaven de persoonlijk begeleiders de volgende antwoorden:

- Coördinator (3x)
- Zorgcoach (Helena) (2x)
- Collega's (1x)
- Kwaliteits-, beleidsmedewerkers (1x)
- Zelfonderzoek/advies zorgmanager (1x)
- Vroeger: trainingsdagen in het toepassen van methodieken (1x)
- Werkoverleg met betrekking tot zorgplansystematiek (1 x)
- Orthopedagoog (1x)

Hebt u behoefte aan begeleiding en/ of expertise met betrekking tot het gebruik van methodieken?

Op deze vraag gaven de persoonlijk begeleiders de volgende antwoorden:

- Training/cursus/opleiding (5x)
- Nieuwe methodieken/handleiding methodieken (5x)
- Orthopedagoog (1x)
- Supervisie (1x)
- Intervisie (1x)
- Evaluatiegesprek (1x)

In bovenstaande uitkomsten is te zien dat alle persoonlijk begeleiders behoefte hebben aan begeleiding en/of expertise met betrekking tot het gebruik van methodieken,. Hiervan benoemen vijf van de negen persoonlijk begeleiders hun behoefte aan training/cursus/opleiding. Ook noemen vijf van de negen persoonlijk begeleiders hun behoefte aan nieuwe methodieken.

Overige opmerkingen:

- Eén methodiek wordt lastig omdat de doelgroep **te** divers is.
- Enquête is niet volledig anoniem. Uit de persoonsgegevens kan worden afgeleid wie hem heeft ingevuld.
- Fríón heeft methodiek onlangs veranderd. De ambulante begeleiders worden geacht zich dit eigen te maken. Ze geven aan het gevoel te hebben dat er geen onbeperkte keuzes zijn om het anders aan te pakken.
- Eén persoonlijk begeleider geeft aan een makkelijkere ingang te willen naar de orthopedagoog.

Hoofdstuk 4 Bruikbare methodieken binnen de ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking*

§ 4.1. Inleiding	31
§ 4.2 Algemene toepasbare methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking	31
§ 4.3. Methodieken voor mensen met een verstandelijke <u>en</u> lichamelijke beperking	32
§ 4.4. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek	33
§ 4.5. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek	35
§ 4.6. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen	36
§ 4.7. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.	41

Hoofdstuk 4 Bruikbare methodieken binnen de ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking.

§ 4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan de uitkomsten van ons literatuuronderzoek centraal. We doen aanbevelingen met betrekking tot bruikbare methodieken binnen de ambulante begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking.

We geven in eerste instantie een kort overzicht van 'algemene' methodieken die door persoonlijk begeleiders kunnen worden toegepast in de hulpverlening aan volwassenen met een verstandelijke beperking.

Hierna benoemen wij per cliëntgroep mogelijke methodieken die kunnen worden toegepast. Met uitzondering van de laatste cliëntgroep, omdat deze verwerkt zijn in de verschillende cliëntgroepen.

§ 4.2. Algemene toepasbare methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking.

- **Sociale vaardigheidstraining (SoVa)¹⁰**

Deze training is bedoeld voor mensen die problemen of spanning ervaren in de omgang met anderen. Het doel is dan ook om de omgang met andere mensen gemakkelijker te laten verlopen.

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen op dit gebied communicatieproblemen ervaren.

Het is van belang dat er bij deze trainingen specifiek aandacht is voor het generaliseren, van het geleerde, in het dagelijks leven van de cliënt.

Een SoVa-training kan worden gebruikt voor het trainen van diverse aspecten van het sociale functioneren. Je kunt bijvoorbeeld denken aan: het leggen van contact met een onbekende, het doen van boodschappen, het organiseren van je eigen verjaardag, vertellen wat je van iets vindt, kunnen aangeven wat je wel en niet wil, het leren herkennen van emoties bij jezelf en/of anderen.

Het versterken van iemands weerbaarheid is de specifieke doelstelling van de training.

NB. Er moet rekening worden gehouden met het niveau van de verstandelijk beperkte cliënt en met zijn meer specifieke problemen.

Binnen een SoVa training wordt er, naast de praktijkoefeningen, ook gewerkt met rollenspellen, oefeningen in een werkboek, huiswerkopdrachten enzovoorts.

- **Stoplichtmethode¹¹**

De stoplichtmethode is een methode om de zelfcontrole van de cliënt te vergroten. De lichten groen, oranje en rood worden gebruikt om aan te geven in wat voor stemming je bent.

- Groen = het gaat goed, ik kan zelf een keuze maken. Ik weet wat ik moet doen.

- Oranje = wat kan je? De betrokkene voelt zich onzeker, gespannen, geïrriteerd, bozig, angstig enzovoort.

¹⁰[http://www.methodieken.nymethodieken.nl/g%20\(SoVa\)](http://www.methodieken.nymethodieken.nl/g%20(SoVa))

¹¹<http://www.psycliatrie.umcg.nl/ucp/patienteii/Beh>

http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp7methode li ^

- Rood = ik ben in nood. De betrokkene heeft het gevoel dat hij elke controle verloren is.

Deze methode kan worden gebruikt bij bijvoorbeeld een agressiepiramide, maar ook als observatiemiddel om bepaald gedrag in kaart te brengen.

- **TA: Transactionele Analyse**¹²

Mensen presenteren zich op de drie manieren; de ouder (O), de volwassene (V) en het kind (K). Je bevindt je zelf steeds in één van deze posities. Een dergelijke positie wordt een egopositie genoemd. Het is geen rol die je speelt, maar het zijn manieren waarop jij jezelf laat zien naar anderen toe.

O is de positie zoals de cliënt die zich van zijn ouders eigen heeft; gemaakt. Het lokt de cliënt uit tot handelen en denken zoals zijn ouders dat doen.

V is de positie waarin de cliënt zich op een gelijkwaardige, volwassen manier opstelt tegenover de ander.

K is de positie waarin de cliënt zich afhankelijk opstelt ten opzichte van de ander. Hij voelt zich minder dan de ander.

Mensen ontwikkelen deze verschillende posities, ieder op hun eigen manier, in hun leven.

De transactionele analyse hangt samen met de communicatie tussen mensen. De analyse heeft betrekking op het onderzoeken van de betekenis van deze communicatie.

Het doel van de transactionele analyse is het versterken van de autonomie van de cliënt.

§ 4.3» **Methodieken voor mensen met een verstandelijke en Lichamelijke beperking.**

- **Competentiebenadering**¹³

Bij deze methodiek staat de balans tussen draagkracht en draaglast centraal.

Competentiegericht werken richt zich vooral op de vaardigheden die we in het dagelijks leven nodig zijn, betreffende zelfredzaamheid en sociaal functioneren.

Allereerst wordt er een sterkte-zwakke analyse gemaakt, waarbij er wordt gekeken naar waar, op welke gebieden, iemands sterke en zwakke punten liggen. De sterke punten (krachten) worden positief benadrukt en de zwakke punten (uitdagingen) zijn uitgangspunten voor werkdoelen.

Dit model wordt in eerste instantie gebruikt bij groepen. Er wordt gewerkt aan de hand van fasen en een scoringssysteem. De fasen worden opgebouwd uit alledaagse levensstructuren; ritme in de dag, zelfverzorging, houden aan afspraken, omgaan met kritiek. Elke daaropvolgende fase wordt aangevuld met een moeilijkere vaardigheid/competentie. Tevens wordt er gewerkt met beloningen, die kunnen worden afgenomen wanneer de cliënt een terugval heeft.

- **EIM: Eigen Initiatief Model**¹⁴

Dit model richt zich op het versterken van de vaardigheden van mensen met een verstandelijke beperking, met als doel om op alle levensgebieden meer eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen.

¹²

<http://www.memodieke.nl>

<http://www.memodieken.nl/>

¹⁴

<http://www.mcthodieken.nl/methodieken/methoden.asp?mcthodc=link=EIM:%20Eigen%20InitiatiefP/o20Model>

Er wordt een beroep gedaan op de zelfoplossingsvaardigheden van de cliënt. Deze vaardigheden worden door middel van werkdoelen gestimuleerd. Het gaat niet om het uitvoeren van een taak, maar om het leren bedenken wat daarvoor nodig is. Het model maakt ook gebruik van een verkeerslicht (zie stoplichtmethode). Het gaat om het proces van nadenken (wat ga ik doen, wat wil ik, wat is nodig en hoe ga ik het doen?). Er moet sprake zijn van generalisatie; in andere situaties moet hetzelfde denkproces en handelen ontstaan. Kortom: er moet sprake zijn van integratie van de vaardigheden in het dagelijks leven van de cliënt. Hierbij is coaching belangrijk.

§ 4.4. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

- **Toegepaste gedragsanalyse (ABA)**¹⁵

Bij deze methodiek wordt beoogd om door middel van een nauwkeurige gedragsanalyse tot een verandering in gedrag, bij de cliënt, te komen. De basis is een functionele analyse van het gedrag in relatie tot de omgeving van de cliënt.

Nadat er een functionele analyse van het gedrag is gemaakt, worden vaardigheden in kleine stapjes aangeleerd. Elke stap bestaat uit: instructie, hulp bieden (bijvoorbeeld door het voor te doen), de handeling zelf laten uitvoeren door de cliënt en als laatste een evaluatie. Deze evaluatie bestaat uit feedback op de handeling.

Uitgangspunt is de positieve insteek; goed gedrag wordt beloond en ongewenst gedrag wordt genegeerd.

NB. Bij het begin van het aanleren van een vaardigheid kun je het best werken in de, voor een cliënt, prikkelarme omgeving.

Nadat een vaardigheid is aangeleerd kan deze ook worden uitgeoefend in andere situaties.

- **Rationeel-Emotieve Therapie (RIET)**¹⁶

Een psychotherapie waarbij verstand en gevoel een rol spelen. Het uitgangspunt ligt, volgens Ellis (grondlegger) niet in de problemen, maar in de manier waarop mensen tegen problemen aankijken.

Bij de RET wordt er gewerkt met het ABC. De A staat voor aanleiding/oorzaak. De B staat voor de gedachten. De C staat voor de consequentie/het gevolg. Kortom: het zijn niet de gebeurtenissen (A) die bepalen hoe je, je voelt (C), maar de manier waarop je tegen deze gebeurtenissen aankijkt. Door middel van oefeningen kunnen de gedachten die iemand heeft (B) worden veranderd, in meer op de gebeurtenis (A) aansluitende gedachten (van irrationeel naar rationeel). Hierdoor zal het gevoel dat iemand heeft bij de situatie, door zijn gedachten hierover, rationeler en positiever zijn. Passende emoties worden aangemoedigd en er wordt getracht om niet helpende emoties om te zetten in passende emoties.

- **Gedragstherapie**¹⁷

Bij deze psychotherapie staat het gedrag van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving(sfactoren) centraal. Deze therapie richt zich op het verminderen van de klachten of problemen. Bijvoorbeeld: angstklachten, fobieën, depressies, verslavingsproblemen en dwanghandelingen. Uitgangspunt van de gedragstherapie is de

¹⁵ [http://www.methodieken.nl/methodieken/methoden.asp?methodelink=Toegepaste%20gedragsanalyse%20\(ABA\)](http://www.methodieken.nl/methodieken/methoden.asp?methodelink=Toegepaste%20gedragsanalyse%20(ABA))

¹⁶ http://nl.wikipedia.org/wiki/Rationeel-Emotieve_Therapie

¹⁷ <http://www.ccg.nl/pagina3u.htm>

leertheoretische benadering. Dit houdt in dat ongewenst gedrag is aangeleerd en door dezelfde leerprocessen ontstaat en in stand wordt gehouden als gewenst gedrag. Er wordt daarom ook gekeken naar factoren die het ongewenste gedrag in stand houden. Methoden binnen de gedragstherapie zijn operante en klassieke procedures (of een combinatie van deze twee). Operante procedures zijn vooral gericht op gedragsverandering. Klassieke procedures op het veranderen van betekenissen. De gedragstherapie richt zich niet alleen op het waarneembare gedrag. Gedragstherapie wordt toegepast bij verschillende psychische stoornissen zoals bij angststoornissen, alcohol- en drugsproblemen en seksuele stoornissen. NB. Een belangrijk onderdeel van een gedragstherapeutische benadering is de functieanalyse. Hierbij brengt de therapeut in kaart wat er aan het probleemgedrag voorafgaat en welke gevolgen het gedrag heeft.

- **Systematische desensitisatie¹⁸**

De cliënt krijgt de opdracht om zich voor te stellen dat hij zich in de, voor hem gevreesde, situatie bevindt (imaginaire confrontatie). Dit heeft als doel het langzaam uitdoven van de angstreactie. Hiervoor wordt de angstopwekkende stimulus gekoppeld aan een, voor de cliënt, prettige stimulus. Denk bijvoorbeeld aan fantasieën die op de cliënt een rustgevend effect hebben. Vooraf wordt er door cliënten een angstenhiërarchie gemaakt waarin zij hun angstverwekkende situaties ordenen in volgorde van angstverwekkendheid. Hierna moet de cliënt, in ontspannen toestand, zich de minst angstverwekkende situatie voorstellen. De ontspanning zorgt er uiteindelijk voor dat deze situatie nu weinig of geen angst oproept. Vervolgens worden de situaties uit de angstenhiërarchie één voor één aangepakt, waarbij de meest gevreesde situatie als laatste wordt aangepakt. Deze methode is vooral geschikt voor cliënten met een duidelijke omschreven angst voor objecten of situaties, maar ook voor cliënten met andere klachten waarin angst een rol speelt. In de loop van de jaren zijn andere procedures voor blootstelling aan gevreesde situaties ontwikkeld. Een bekend voorbeeld is flooding. Hierbij wordt de cliënt niet langzaam met de gevreesde stimuli geconfronteerd, maar direct langdurig aan de meest angstverwekkende stimulus bloot gesteld, totdat de cliënt geen angst meer vertoont.

- **Exposure in vivo¹⁹**

Bij deze behandelvorm wordt de cliënt veelvuldig blootgesteld aan situaties en/of prikkels die angst oproepen. Dit wordt gedaan totdat zijn angst is verdwenen. Deze behandelvorm moet minstens twee tot drie maanden duren waarbij er per dag één uur moet worden geoefend.

- **Exposure in vivo met responspreventie**

Bij deze therapie gaat het om een blootstelling (exposure) in de dagelijkse praktijk (in vivo). Responspreventie houdt in: het niet meer uitvoeren van de dwanghandelingen. Het doel van deze therapie is het patroon van de dwanghandelingen te doorbreken door een geleidelijke blootstelling aan situaties en/of prikkels waarin de cliënt dwanghandelingen uitvoert. Er wordt begonnen met eenvoudige situaties, waarna langzaam moeilijkere situaties worden opgezocht. De behandelaar stelt samen met de cliënt een oefenprogramma op. Het beste is om elke dag te oefenen.

<http://wivwxcgt.nl/pagiii3u.htm>

<http://www.trimbos.nl/defaultd8739.html7back-l>

<http://www.nedkad.nl/default.gtsp?contentID= 156>

- **Interpersoonlijke Therapie (ook wel: Interpersoonlijke Psychotherapie)**

Deze therapie gaat ervan uit dat het ontstaan van een depressie te maken heeft met veranderingen in de relaties met belangrijke anderen in het leven van cliënten. Deze therapie gaat ervan uit dat klachten zullen verminderen wanneer er gericht gewerkt wordt aan het verwerken van verlies en het vinden van een nieuwe levensinvulling.

Belangrijke factoren binnen deze therapie;

- geven van hoop,
- geven van een duidelijke behandelrationale,
- stellen van tijdsgrenzen,
- structureren en inperken van de problematiek.

- **Psychodynamische Therapie**²²

Het uitgangspunt is dat het denken en doen wordt beïnvloed door zowel bewuste als onbewuste beweegredenen.

Een bewuste beweegreden is een reden die je motiveert, terwijl je, je dat volledig beseft. Een voorbeeld hiervan is het willen krijgen van veel geld. Een onbewuste beweegreden is een beweegreden waar je geen weet van hebt. Een voorbeeld van een onbewuste beweegreden is dat je probeert niemand tegen je in het harnas te jagen. Dit gebeurt vaak zonder dat je het door hebt.

Tijdens de therapie wordt geprobeerd om contact te maken met die onbewuste processen. De therapeut begeleidt de cliënt in zijn oplossingsvermogen.

- **Cliëntgerichte Therapie**²³

Cliëntgerichte Therapie of Rogeriaanse Therapie is een vorm van psychotherapie waarbij het inzicht van de patiënt in zichzelf centraal staat. Hiermee wordt bedoeld: het begrijpen van je eigen gevoelens, gedachten en gedrag. De therapeut spiegelt de gevoelens van de cliënt. Kortom hij kaatst het gedrag, de gevoelens en gedachten van de cliënt terug. Hierdoor kan de cliënt nieuwe inzichten opdoen aangaande zijn gevoelens, gedachten en gedrag. Een belangrijk aspect van deze therapie is empathie: zich in kunnen leven in de gedachten en gevoelens van een ander. Hiervoor is het van belang dat de therapeut zijn cliënt accepteert.

NB. Er is enig wetenschappelijk bewijs dat Cliëntgerichte Therapie werkzaam is, maar deze behandelvorm is veel minder goed onderzocht dan de Cognitieve Gedragstherapie en de Interpersoonlijke Therapie.

§ 4.5. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek.

- **Functie-Analyse**²⁴

Bij deze methode wordt er een analyse gemaakt van specifiek gedrag in de specifieke context, inclusief wat er aan dit gedrag vooraf gaat en wat er op dit gedrag volgt. Hierdoor ontstaat er een logisch verband tussen het gedrag en de context waarin het gedrag voorkomt.

²¹

<http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID= 131>
Ozinga, W. (2006). *Reader Psychosociale Hulpverlening 2*

+

Emitnelkamp, P.M.G. e.a. (1995). *Angst, fobieën en dwang*. Houten: Bon Stafleu Van Loghum.

²² <http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID= 132>

²³ <http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID= 134>

²⁴ <http://www.memodieken.nl/metta>

Er wordt bijvoorbeeld gewerkt met het ABC-schema;

A = voorafgaande gebeurtenissen,

B = het gedrag,

C = de daaropvolgende gebeurtenissen (de gevolgen).

Het is van belang dat er wordt geanalyseerd op tijd en plaats: de topografische en de functie analyse. De topografische analyse is gericht op het analyseren van hoe het gedrag zich, verspreid over een aantal situaties, voordoet en een specifieke omschrijving van het gedrag.

De functie-analyse is gericht op mogelijke oorzaken of verbanden tussen het gedrag en de omgeving.

Bij de functie-analyse gaat het er om te ontdekken welk verband er tussen het gedrag en de omgeving bestaat en welke factoren het gedrag in stand houden en/of uitlokken.

- **Heykoop-methode²⁵**

In deze methodiek staat het 'anders kijken' centraal. Hiermee wordt bedoeld datje kijkt vanuit het perspectief van de verstandelijk beperkte cliënt, met als doel het zelfvertrouwen van de cliënt te versterken en de begeleiding onderling beter afgestemd te laten handelen.

Er wordt met behulp van video-opnamen gekeken naar de probleemsituatie en het probleemgedrag bij de cliënt. Dit gebeurt in teamverband van betrokken disciplines en verantwoordelijken. Hierop volgt een functie-analyse die het probleemgedrag in kaart brengt (Deze methode richt zich dan ook niet op de diagnose, maar op het scherper in beeld krijgen van probleemgedrag in het dagelijks leven van de cliënt).

Vervolgens wordt dit gedrag, stap voor stap, beoordeeld op mogelijke betekenissen. Dit wordt vervolgens uitgewerkt in drie verschillende onderdelen;

1. Een beeld krijgen van de spanningsniveaus,
2. Het probleemgedrag
3. De vier kernpunten van de cliënt: vertrouwen, invloed op de omgeving, leren omgaan met probleemgedrag en emotioneel evenwicht. Deze vier kernpunten vormen het uitgangspunt voor het behandelplan.

§ 4.6. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen.

- **Gedragsmodificatie²⁶,**

Bij gedragsmodificatie (ook wel gedragstherapie genoemd, zie ook **gedragstherapie**) wordt er gewerkt met het systeem van straffen en belonen. Gewenst gedrag wordt beloond en ongewenst gedrag wordt bestraft.

Binnen de methodiek van gedragsmodificatie wordt gewerkt op basis van inzichten vanuit de leertheorie. Deze theorie gaat ervan uit dat gedrag tot stand komt onder invloed van allerlei omgevingsfactoren.

Wat houdt een gedragstherapeutische behandeling in?

Bij een gedragstherapeutische behandeling wordt er een gedragsanalyse gemaakt. Hierin wordt gekeken in welke mate de vijf basisprocessen (toenaderen, ontsnappen, actief vermijden, uitdoven en passieve vermijding) aanwezig zijn bij de cliënt. Ook wordt er gekeken in hoeverre er sprake is van een zekere balans.

²⁵ <http://www.memodieken.nl/mem/>

²⁶ Graaff, F. de (1999). *Mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke handicap*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bij mensen met een verstandelijke handicap is er vaak sprake van te weinig doen (teveel uitdoving) en teveel laten (te veel passieve vermijding).

Sterke kanten van de gedragstherapie:

Door het nauwkeurig beschrijven van gedrag en omgevingsinvloeden krijgen we meer zicht op gedrag, ook ongewenst gedrag, waardoor gedrag beter begrepen en eventueel gewijzigd kan worden.

Zwakke kanten van de gedragstherapie:

Het veranderen van gedrag zonder te kijken naar de betekenis en de achterliggende oorzaken ervan.

Gedragsmodificatie wordt nog steeds veel gebruikt bij problematisch gedrag, bijvoorbeeld bij ernstige vormen van dwanghandelingen en bij zelfverwondend gedrag. We besluiten pas tot gedragstherapie als we alle andere maatregelen hebben geprobeerd zonder resultaat.

- **Videoanalyse²⁷,**

Bij videoanalyse wordt de cliënt opgenomen op videoband. Vervolgens wordt er een analyse van het probleemgedrag gemaakt. Op basis van deze analyse kan worden vastgesteld welke vorm van ondersteuning ingezet moet worden. Nadat ondersteuning is ingezet, worden de effecten van de ondersteuning ook door middel van videoanalyse gemeten.

- **Werken met een signalenplan ,**

Bij deze methodiek wordt het gedrag van de cliënt omschreven in een signaleringsplan, maar vooral het gedrag dat zichtbaar is als de cliënt gespannen is. Vervolgens wordt in dit plan ook aandacht geschonken aan de wijze van ondersteunen die aansluit bij het omschreven gedrag.

Daarnaast wordt er bij deze methodiek ook gewerkt met een spanningsboog. Deze spanningsboog wordt opgenomen in het signalenplan. De spanningsboog verloopt in zes fasen, van ontspannen tot aan escalatie. Per fase wordt de wijze van ondersteuning aan de cliënt afgesproken.

- **Active support²⁸,**

Bij deze methode staat het actief ondersteunen in het ontwikkelen van en versterken van mogelijkheden van mensen met een (ernstige) verstandelijke beperking, om zoveel mogelijk zelfstandig te doen, centraal. Deze methode probeert de cliënt te stimuleren tot meer eigen handelen op alle gebieden van zijn leven. Hierdoor worden de positieve gedragingen en handelingen van de cliënt versterkt en wordt er structuur aangebracht in het dagelijks leven van de cliënt.

Active support bestaat uit drie deelgebieden:

1. het invullen van de activiteiten/ het activiteitenplan,
2. een ondersteuningsplan,
3. een trainingsplan voor het bieden van de gevraagde ondersteuning.

Nijgh, L. & Bogerd, A. (2007). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke handicap*. Eerste druk. Soest: Nelissen.

²⁸ Nijgh, L. & Bogerd, A. (2007).. *Basisboek ondersteuning áán mensen met een verstandelijke handicap*. Eerste druk. Soest: Nelissen.

²⁹

<http://www.methodieken.nl/methodieken/methoden.asp?methode=link=Active%20Support>

• **Cognitieve gedragstherapie (CGT)**
(zie ook R.E.T)

Cognitieve therapieën richten zich primair op het veranderen van cognitieve processen en denkinhouden. Deze processen verwijzen naar de manier waarop mensen informatie verwerken en gebeurtenissen interpreteren. Een verandering van deze processen en inhouden heeft een verandering van fysiologische reacties en gedrag tot gevolg. Gedragstherapieën richten zich voornamelijk op het veranderen van gedrag, waarbij een verandering van cognitieve processen kan optreden. Men spreekt van cognitieve gedragstherapie als beide therapievormen tegelijkertijd worden gebruikt.

Verskillende vormen van cognitieve gedragstherapie:

Probleemoplossende vaardigheden:

Een training probleemoplossende vaardigheden heeft tot doel iemands capaciteit om een probleem op te lossen, te verbeteren.

Probleemoplossing bestaat uit de volgende stappen:

- Een probleem(situatie) herkennen en interpreteren.
- Alternatieve oplossingen bedenken.
- Bedenken wat de gevolgen van elke van deze alternatieven zijn en een alternatief kiezen.
- De alternatieve oplossing uitvoeren.
- Het resultaat evalueren.

Veel mensen met een licht verstandelijke beperking overzien onvoldoende de gevolgen van hun gedrag en zijn niet goed in staat om verschillende oplossingen te bedenken als zij worden geconfronteerd met een probleemsituatie. In een trainingsprogramma kunnen probleemoplossende vaardigheden worden aangeleerd met behulp van leerprincipes. In de daarop volgende sessies worden de stappen geoefend, waarbij de materialen en oefeningen steeds moeilijker worden.

Sociale-vaardigheidstrainingen:

(zie ook ³¹)

De meeste mensen met een verstandelijke beperking hebben tekortkomingen in sociaalcommunicatieve vaardigheden en sociale competentie. Onderzoek laat een samenhang zien tussen sociale vaardigheden en psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen.

Het gaat hierbij om vaardigheden als: vragen naar het welzijn van anderen, anderen helpen, voor jezelf opkomen, een vriendschap onderhouden en je houden aan beloften. Tekortkomingen in sociale vaardigheden verhogen het risico op gepest of buitengesloten worden door leeftijdgenoten en op problemen als depressie, angst, gedrags- en aanpassingsstoornissen.

Een verbetering in sociale vaardigheden zou een vermindering van gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen tot gevolg hebben.

Het doel van een sociale-vaardigheidstraining is een verbetering van de competentie in de omgang met andere mensen en heeft betrekking op specifieke verbale en non-verbale vaardigheden. Doorgaans wordt een training groepsgewijs gegeven en bestaat ze uit elementen als: educatie, rollenspel en modeling, videofeedback en bekrachtiging.

Didden, R. (2006), *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Pas, Y. van der (2008). Inleiding op cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie* 1, pp. 4 - 5.

"[http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp?memode=link^Sociale%20Vaardigheidstraining%20\(SoVa\)](http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp?memode=link^Sociale%20Vaardigheidstraining%20(SoVa))

Hierbij wordt nadrukkelijk gestreefd naar de generalisatie van vaardigheden naar de dagelijkse situatie.

Assertiviteitstraining:

Assertiviteit kan worden uitgelegd als: voor je rechten opkomen op een sociaal aanvaardbare wijze, zonder dat daarbij de rechten van anderen worden geschaad. Een onderscheid wordt gemaakt tussen agressief en assertief gedrag. Assertiviteitstraining wordt doorgaans gegeven in een groepsgewijze opzet, waarin assertief wordt aangeleerd door middel van een combinatie van verbale instructie, rollenspel en feedback en bekrachtiging.

Met deze training wordt getracht mensen te leren zich assertief te gedragen in bijvoorbeeld spannende en stressverhogende situaties.

In rollenspelen wordt assertief gedrag geoefend, waarbij de andere deelnemers feedback kunnen geven. Overigens blijkt vaak dat mensen met een verstandelijke beperking meer moeite hebben om niet-assertief en assertief gedrag van elkaar te onderscheiden, dan hun niet-beperkte leeftijdgenoten.

Anger-management:

Boosheid is een natuurlijke reactie op gebeurtenissen en is problematisch als het herhaaldelijk voorkomt, te sterk is, te lang duurt en bijvoorbeeld leidt tot externaliserend (naar buiten gericht) of internaliserend (naar binnen gericht) gedrag. Verbaal en non-verbaal agressief gedrag kan worden beschouwd als een sociaal ongepaste/ongeschikte reactie op een toestand van verhoogde spanning, bij afwezigheid van adequate copingvaardigheden. Een training waarmee personen leren (meer) gepast op een dergelijke toestand te reageren, is anger-managementtraining. Deze training is gebaseerd op het model van Novaco, waarin boosheid wordt beschouwd als een emotionele toestand die een fysiologische (spanning), een cognitieve (vijandigheid, selectieve aandacht, informatieverwerking) en een gedragsmatige (agressief gedrag, tekort aan copingvaardigheden) component kent. Deze componenten hebben een wederkerige samenhang.

Een anger-management kent drie fasen.

1. Tijdens de fase van educatie of voorlichting komen aspecten aan bod als het herkennen van fysiologische reacties, het vaststellen van de functie van boosheid en het bedenken van gebeurtenissen en factoren die boosheid oproepen.
2. Tijdens de fase waarin vaardigheden worden geleerd, worden verschillende cognitief gedragstherapeutische technieken gebruikt, zoals probleemoplossende vaardigheden oefenen, ontspanningsoefeningen, assertiviteitstraining en zelfinstructie.
3. Tijdens de laatste fase wordt de kennis die in de voorgaande fasen is opgedaan, gecombineerd en wordt tevens geëvalueerd of de cliënt betere copingvaardigheden laat zien tijdens rollenspelen en oefeningen in de natuurlijke situaties. Deze training is inmiddels effectief gebleken bij verschillende doelgroepen, waaronder psychiatrische patiënten en jeugdige delinquenten en kan worden toegepast in een groepsgewijze of een individuele opzet.

Zelfmanagement:

Zelfmanagement gaat over het beïnvloeden van het eigen gedrag. Een verandering in het eigen gedrag komt tot stand als gevolg van interne dialoog of instructie, bij de cliënt zelf. Gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen kunnen worden beschouwd als de resultante van gebrekkige en/of foutieve zelfsturing.

Zelfmanagement kent verschillende elementen. Elementen die meestal deel uitmaken van een zelfmanagementtraining, zijn: doelen stellen, strategieën selecteren om doelen te bereiken, het eigen gedrag waarnemen, het resultaat evalueren, zichzelf een gevolg toedienen. Motivatie van de cliënt speelt hierbij een belangrijke rol.

Een zelfmanagementtraining begint met externe controle (van buitenaf) of sturing door een trainer.

De inhoud van zelfinstructies kan verschillen en variëren van zichzelf geruststellen, belonen, moed inspreken tot relativeren. Als een persoon erin slaagt zichzelf instructies te geven, zal zijn afhankelijkheid van externe controle verminderen.

Deze training gaat ervan uit dat de cliënt over voldoende verbale vermogens beschikt en dat zijn verstandelijke ontwikkeling het mogelijk maakt dat hij zijn eigen gedrag kan beoordelen. Hierbij wordt soms een ontwikkelingsleeftijd van minstens vijfjaar genoemd.

- **Functie-Analyse³²**

Bij deze methode wordt er een analyse gemaakt van specifiek gedrag in de specifieke context, inclusief wat er aan dit gedrag vooraf gaat en wat er op dit gedrag volgt.

Hierdoor ontstaat er een logisch verband tussen het gedrag en de context waarin het gedrag voorkomt.

Er wordt bijvoorbeeld gewerkt met het ABC-schema;

A = voorafgaande gebeurtenissen,

B = het gedrag,

C = de daaropvolgende gebeurtenissen (de gevolgen).

Het is van belang dat er wordt geanalyseerd op tijd en plaats: de topografische en de functie analyse. De topografische analyse is gericht op het analyseren van hoe het gedrag zich, verspreid over een aantal situaties, voordoet en een specifieke omschrijving van het gedrag.

De functie-analyse is gericht op mogelijke oorzaken of verbanden tussen het gedrag en de omgeving.

Bij de functie-analyse gaat het er om te ontdekken welk verband er tussen het gedrag en de omgeving bestaat en welke factoren het gedrag in stand houden en/of uitlokken.

- **Gedragsgerichte benadering³³**
(zie ook gedragstherapie en R.E.T)

Deze benadering is gericht op het versterken of afzwakken van bepaald gedrag in een bepaalde situatie. Er wordt een relatie gelegd tussen de aanleiding, het gedrag en de consequenties van het gedrag. Het gaat om het veranderen van concreet gedrag, bevorderen van gewenst gedrag en verminderen van ongewenst gedrag.

De rol van de begeleider is belangrijk; zij neemt een aantal rollen op zich, zoals het 'model' staan, belonen, negeren en begrenzen.

- **Heykoop-methode'**

In deze methodiek staat het 'anders kijken' centraal. Hiermee wordt bedoeld dat je kijkt vanuit het perspectief van de verstandelijk beperkte cliënt, met als doel het zelfvertrouwen van de cliënt te versterken en de begeleiding onderling beter afgestemd te laten handelen.

Er wordt met behulp van video-opnamen gekeken naar de probleemsituatie en het probleemgedrag bij de cliënt. Dit gebeurt in teamverband van betrokken disciplines en verantwoordelijken. Hierop volgt een functie-analyse die het probleemgedrag in kaart brengt (Deze methode richt zich dan ook niet op de diagnose, maar op het scherper in beeld krijgen van probleemgedrag in het dagelijks leven van de cliënt).

Vervolgens wordt dit gedrag, stap voor stap, beoordeeld op mogelijke betekenissen. Dit wordt vervolgens uitgewerkt in drie verschillende onderdelen;

1. Een beeld krijgen van de spanningsniveaus,
2. Het probleemgedrag
3. De vier kernpunten van de cliënt: vertrouwen, invloed op de omgeving, leren omgaan met probleemgedrag en emotioneel evenwicht. Deze vier kernpunten vormen het uitgangspunt voor het behandelplan.

- **Toegepaste gedragsanalyse (ABA)³⁵**

Bij deze methodiek wordt beoogd om door middel van een nauwkeurige gedragsanalyse tot een verandering in gedrag, bij de cliënt, te komen. De basis is een functionele analyse van het gedrag in relatie tot de omgeving van de cliënt.

Nadat er een functionele analyse van het gedrag is gemaakt, worden vaardigheden in kleine stapjes aangeleerd. Elke stap bestaat uit: instructie, hulp bieden (bijvoorbeeld door het voor te doen), de handeling zelf laten uitvoeren door de cliënt en als laatste een evaluatie. Deze evaluatie bestaat uit feedback op de handeling.

Uitgangspunt is de positieve insteek; goed gedrag wordt beloond en ongewenst gedrag wordt genegeerd.

NB. Bij het begin van het aanleren van een vaardigheid kun je het best werken in de, voor een cliënt, prikkelarme omgeving.

Nadat een vaardigheid is aangeleerd kan deze ook worden uitgeoefend in andere situaties.

§ 4.7. Methodieken voor mensen met een verstandelijke beperking binnen gezinssystemen.

- **Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)³⁶**

PPG wil zeggen: ouders helpen bij de opvoeding van hun kinderen met een verstandelijke beperking. Hierbij kun je denken *ami* het leren omgaan met moeilijk of druk gedrag van uw kind.

PPG is bedoeld voor kinderen van nul tot achttien jaar. Elke week komt je als vaste begeleider bij de cliënt thuis. Samen met de cliënt werk je aan het creëren van meer rust in het gezin en aan meer gezelligheid in huis.

<http://www.methodieken.nl>

³⁵<http://www.methodieken.nl>

%20(A%20BA)

<http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id^39066#p2>

http://www.meewestbrabant.nl/index.php/tvpe/zoeken/id_landelijke_tekst/f501ae6a-2356-4328-8b8b~7178c428ec95/id_sü^ctuur/2090/link

<http://zorgenwelzijn.wordpress.com/2008/Q3/19/priildisch-pedagogische->

Ook geef je de cliënt en zijn gezin tips hoe zij beter naar elkaar kunt luisteren. Hierbij benadruk je ook de dingen die wel goed gaan.

Voor (jonge) ouders van kinderen met een handicap of ziekte is PPG belangrijk. Met de hulp van jou als vaste begeleider leer je ze omgaan met de handicap of ziekte van hun kind. Je leert de ouders hoe ze met hun kind kunnen spelen en praten en wat er nodig is als het kind (straks) naar school gaat. Soms is het handig situaties te filmen. Jij als begeleider maakt dan video-opnamen die je samen met de cliënt (eventueel het gezin) bekijkt.

PPG wordt ook wel hometraining of gezinsbegeleiding genoemd. Het enige verschil is dat hometraining wordt gegeven aan ouders van alle kinderen. PPG is speciaal bedoeld voor ouders van kinderen met een verstandelijke beperking of een ontwikkelingsachterstand. Ook ouders met een verstandelijke beperking kunnen PPG krijgen.

De belangrijkste uitgangspunten bij de PPG zijn:

- De ouders worden gerespecteerd in hun verantwoordelijkheid als ouders,
- De hulpverlening is gebaseerd op de gemotiveerde opvoedingswag en vanuit de ouders,
- Er wordt samen met ouders gekeken naar hoe de opvoeding van het kind het beste (thuis) vormgegeven kan worden.

• **Gezinscoaching**³⁷

Bij gezinscoaching wordt de hulpverlener ook wel een gezinscoach genoemd. Deze zullen wij in de onderstaande tekst daarom ook zo noemen.

De voornaamste taak van de gezinscoach is om, vanuit het belang van kinderen en hun ouders, samenhang en continuïteit aan te brengen in de vele vormen van hulp die het gezin krijgt. Daarnaast heb je als gezinscoach de volgende taken: je ondersteunt, begeleidt, motiveert en adviseert de kinderen en ouders en treedt op als belangenbehartiger van het gezin bij instanties en professionals die hetzelfde gezin hulp geven. Je brengt ordening aan in de situatie waarin het gezin verkeert en formuleert welke veranderingen de cliënt en zijn gezin daarin zelf willen aanbrengen. Je werkt met de cliënt en zijn gezin aan het beheersbaar maken en verminderen van de problemen in gezinnen. Het is de bedoeling dat je de ouders leert om (weer) zelf de regie te krijgen over zichzelf en hun gezin. Daarbij leg je de nadruk op het stimuleren en versterken van de eigen mogelijkheden van het gezin, zodat er weer perspectief voor de toekomst mogelijk is.

Gezinscoaches beginnen vaak eerst met de praktische zaken en niet meteen bijvoorbeeld met de opvoeding. Vervolgens kijkt de gezinscoach samen met het gezin welke problemen er verder opgelost moeten worden.

• **Competentiebenadering**³⁸

Bij deze methodiek staat de balans tussen draagkracht en draaglast centraal.

Competentiegericht werken richt zich vooral op de vaardigheden die we in het dagelijks leven nodig zijn, betreffende zelfredzaamheid en sociaal functioneren.

Allereerst wordt er een sterkte-zwakke analyse gemaakt, waarbij er wordt gekeken naar waar, op welke gebieden, iemands sterke en zwakke punten liggen. De sterke punten (krachten) worden positief benadrukt en de zwakke punten (uitdagingen) zijn uitgangspunten voor werkdoelen.

³⁷

[http://www.pedagogiek.net/content/artikel.php?contentID=986&subname=J eugdzorg§ieNR== 1 &&rubriekID=5](http://www.pedagogiek.net/content/artikel.php?contentID=986&subname=J%20eugdzorg§ieNR==1&&rubriekID=5)

³⁸

<http://www.methodieken.nl/rn>

Dit model wordt in eerste instantie gebruikt bij groepen. Er wordt gewerkt aan de hand van fasen en een scoringssysteem. De fasen worden opgebouwd uit alledaagse levensstructuren: ritme in de dag, zelfverzorging, houden aan afspraken, omgaan met kritiek. Elke daaropvolgende fase wordt aangevuld met een moeilijkere vaardigheid/competentie. Tevens wordt er gewerkt met beloningen, die kunnen worden afgenomen wanneer de cliënt een terugval heeft.

- **Eigen Kracht Conferentie³⁹**

Bij deze methodiek staat het netwerk van de cliënt centraal. Het netwerk krijgt verantwoordelijkheid voor het samenstellen en uitvoeren van een werkplan als oplossing voor een probleemsituatie.

De opzet van de methode verloopt als volgt:

1. Een coördinator nodigt de betrokkenen uit voor een Eigen Kracht Conferentie,
 2. Een eerste bijeenkomst waarin concrete afspraken worden gemaakt over de vorm van de conferentie. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan de voorwaarden voor veiligheid, vertrouwelijkheid, positieve benadering en grenzen van gedrag.
- Hierna volgt de eigenlijke opzet, bestaande uit drie fasen: informatie-uitwisseling, een besloten overleg (zonder coördinator en hulpverleners) en de instelling van het werkplan.

- **EIM: Eigen Initiatief Model⁴⁰**

Dit model richt zich op het versterken van de vaardigheden van mensen met een verstandelijke beperking, met als doel om op alle levensgebieden meer eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen.

Er wordt een beroep gedaan op de zelfoplossingsvaardigheden van de cliënt. Deze vaardigheden worden door middel van werkdoelen gestimuleerd. Het gaat niet om het uitvoeren van een taak, maar om het leren bedenken wat daarvoor nodig is. Het model maakt ook gebruik van een verkeerslicht (zie stoplichtmethode). Het gaat om het proces van nadenken (wat ga ik doen, wat wil ik, wat is nodig en hoe ga ik het doen?). Er moet sprake zijn van generalisatie: in andere situaties moet hetzelfde denkproces en handelen ontstaan. Kortom: er moet sprake zijn van integratie van de vaardigheden in het dagelijks leven van de cliënt. Hierbij is coaching belangrijk.

- **Vlaskamp methode⁴¹**

Hier gaat het om opvoedingsprogramma's voor mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Tegenwoordig wordt deze methode in het gehele zorgveld toegepast.

De methode richt zich op het zo goed mogelijk vasthouden van ontwikkelingsmogelijkheden in relaties met anderen, het daarbij passende klimaat en handelen.

Het programma: de beeldvorming met het perspectief, hoofd- en werkdoelen, concrete activiteiten, uitvoering, rapportage inclusief evaluatie en terugkoppeling naar de beeldvorming.

³⁹

<http://www.methodieken.nl/mefo/>

⁴⁰

http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp?methodelink=EIM:%20Eigen%20Initiatief%20Model

⁴¹ http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden/

- **Taak Analyse**

In de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking gaat het bij deze methodiek om het aanleren van een vaardigheid. Deze vaardigheid wordt in stappen aangeleerd.

Voor het inzetten van deze methode moet er een duidelijk beeld zijn van:

1. het niveau van de cliënt,
2. de volgorde van het aanleren van vaardigheden,
3. de situatie; het is van belang dat een vaardigheid wordt aangeleerd in een situatie waarin deze vaardigheid nodig is,
4. uitleg, motiveren en eventueel koppelen aan een beloning,
5. de vaardigheid splitsen in zo klein mogelijke stappen,
6. duidelijke taakverdeling (in taken en tijd),
7. het consequent oefenen van de vaardigheid,
8. herhaling van het oefenen door de cliënt, zonder begeleiding.

- **Token Economy (TE)**⁴³

(zie ook gedragstherapie)

Dit is een gedragstherapeutische methode waarbij met behulp van een concreet systeem van aanbieden of inhouden van beloningen beoogd wordt om een bepaald doel te bereiken. 'Tokens' zijn de tekens van beloning, deze moeten zo snel mogelijk volgen op het gewenste gedrag. De visie van deze methode is namelijk dat gedrag wordt bepaald door de consequenties die dit gedrag heeft. De 'tokens' zijn een secundaire bekrachtiging op een primaire beloning te krijgen. Deze methodiek biedt de cliënt de kans om meer leiding over zijn eigen handelen te krijgen. Ook betekent het niet laten zien van gewenst gedrag, verlies van de 'tokens'.

Tevens ligt het vast wanneer een 'token' wel of niet wordt verkregen.

NB. 'Tokens' moeten concreet, duidelijk, tastbaar, zichtbaar, optelbaar, maar ook aantrekkelijk, prettig of leuk, maar niet te duur zijn.

Het doelgedrag moet zo duidelijk mogelijk omschreven worden, inclusief wat er van de cliënt wordt verwacht om een 'token' te krijgen. Daarnaast moet ook het aantal 'tokens' worden afgesproken die nodig zijn om een reële beloning te krijgen. De beloning moet een positieve betekenis hebben voor de cliënt en moet binnen een, vooraf bepaalde, tijd behaald kunnen worden.

Er moet worden gewerkt met een rapportageschema om de behaalde resultaten bij te houden.

Wanneer een doel is bereikt, kan stapsgewijs met het terugbrengen van het aantal 'tokens' het gedrag meer eigen worden gemaakt. Dit houdt in dat het steeds moeilijker wordt om een (primaire) beloning te krijgen.

Hoofdstuk 5 Conclusie & aanbevelingen

§ 5.1. Inleiding	46
§ 5.2. Algemene conclusies	46
§ 5.3. Welke methodieken worden nu toegepast door de persoonlijk begeleiders binnen de afdeling ambulante volwassenen van Frion?	46
§ 5.4. Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken?	47
§5.5. Aanbevelingen	48

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen.

§5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen wij uit de verkregen informatie, door middel van het veld- en literatuuronderzoek, conclusies trekken. Wij zullen in dit hoofdstuk antwoord geven op onze onderzoeksvraag:

Welke methodieken worden nu toegepast door de ambulant begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion? Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken? Welke methodieken zijn eventueel geschikt voor deze ambulante begeleiders?

We zullen de conclusie op elk van deze vragen in een aparte paragraaf beschrijven zodat we een duidelijke conclusie kunnen geven op deze vragen. Vervolgens zullen wij op basis van deze conclusies aanbevelingen doen aan Frion.

§ 5.2. Algemene conclusies

Het valt ons op dat het grootste deel van de persoonlijk begeleiders vrouwen in de leeftijdscategorie van 40 tot 45 jaar zijn. Daarnaast hebben de meeste van hen een dienstverband van 20 tot 30 uur per week en hebben ze veelal een Hbo-opleiding gevolgd.

Wat ons daarnaast ook opvalt is, dat een groot deel van de persoonlijk begeleiders langer dan 10 jaar in dienst is binnen Frion.

Wij maken hieruit op dat het gaat om een groep persoonlijk begeleiders die naast levenservaring ook veel werkervaring in de persoonlijke begeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking heeft.

Tevens valt het ons op dat het overgrote deel van de cliënten, op basis van indicatie één, alleen ondersteunende begeleiding krijgt. Dit betekent dat de ambulant begeleiders voornamelijk met praktische hulpverlening te maken krijgen en dat ze vooral gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënten. Juist doordat het vooral om praktische hulpverlening gaat, denken wij dat de meeste persoonlijk begeleiders er moeite mee hebben om concrete methodieken te noemen. Ze hebben ze wel geleerd, maar doordat ze het weinig, bewust, toepassen in de praktijk kan de kennis over methodieken zijn weggezaakt. Wij denken dat het veelal praktisch hulpverleners ook van invloed kan zijn op de mindere kennis van nieuwe methodieken, omdat bij deze vorm van hulpverleners de nadruk ligt op regels, afspraken etc. in plaats van de methodiek die men toepast.

§ 5.3. Welke methodieken worden nu toegepast door de ambulant begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion?

Het valt ons op dat weinig persoonlijk begeleiders 'echte' methodieken kunnen benoemen. Wel beschrijven ze manieren waarop ze met de cliënt werken. Zoals vraaggestuurde zorg, cliënt centraal, structuur. De persoonlijk begeleiders zijn kennelijk niet gewend om methodieken te benoemen.

Dit maakt het moeilijk om hun beroep en hun werkwijze te kunnen legitimeren.

De meeste persoonlijk begeleiders vallen in de leeftijdscategorie van 40 tot 45 jaar. Dit zou kunnen betekenen dat ze de Hbo-opleiding lange tijd geleden hebben afgerond. Het zou kunnen, dat er toen minder aandacht werd besteed aan bestaande methodieken of dat de geleerde methodieken zijn weggezaakt en/of niet meer toepasbaar zijn. Wij denken ook dat de ontwikkeling van nieuwe methodieken, waarvan zij nog niet op de hoogte zijn, hierin een rol kunnen meespelen.

De meeste methodieken konden door de persoonlijk begeleiders worden genoemd bij de doelgroep verstandelijke beperking binnen gezinssystemen. Wij denken dat het grote aantal beschikbare methodieken voor deze problematiek hierin een rol kan spelen.

Bij de doelgroep verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek viel het ons op dat de persoonlijk begeleiders één methodiek noemen. Wel noemde een persoonlijk begeleider bijvoorbeeld de 'techniek' van het zoeken naar een opening, door met de cliënt in gesprek te gaan, om de cliënt naar de juiste instelling te kunnen doorverwijzen. Een andere persoonlijk begeleider benoemt het CAD als ondersteunende instelling. Wij kunnen ons indenken dat het van belang is om bij cliënten met verslavingsproblematiek gebruik te maken van de expertise van deskundigen met betrekking tot deze doelgroep. Samenwerking met andere instellingen, zoals CAD of Tactus, blijkt zinvol te zijn wanneer ze cliënten uit deze doelgroep begeleiden. Door ons literatuuronderzoek zijn wij dan ook tot de ontdekking gekomen dat er weinig gepubliceerd is over methodieken voor deze problematiek. Wat wij tijdens ons literatuuronderzoek tegenkwamen was voornamelijk van toepassing op groepstherapie en/of opname in een kliniek. Men maakt in de praktijk meestal gebruik van een instelling als het CAD of Taictus.⁴⁴

Bij de doelgroep verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere van bovenstaande beschreven problemen noemen geen van de persoonlijk begeleiders een bestaande methodiek.

In de enquête hebben sommige persoonlijk begeleiders hun cliënten in meerdere doelgroepen ingedeeld, bijvoorbeeld bij zowel verslavings- als bij gedragsproblemen. Terwijl het onze bedoeling was dat ze deze cliënten in de categorie verstandelijke beperking en combinatie van meerdere problematieken zouden indelen. Wij denken dat het voor de persoonlijk begeleiders niet volledig duidelijk was, welke methodieken ze hier wel en niet moesten noemen, doordat ze deze al in de andere doelgroepen hadden meegenomen.

§ 5.4. Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken?

Wat ons opvalt is, dat er onduidelijkheid bestaat over bestaande methodieken met betrekking tot de diverse doelgroepen, waarmee persoonlijk begeleiders werken. Het blijkt dat de persoonlijk begeleiders moeite hebben met het benoemen van methodieken die ze gebruiken in de begeleiding aan volwassenen met een verstandelijke beperking. Wij zien dat er, onder de persoonlijk begeleiders, behoefte is aan concrete handvaten voor de begeleiding van de diverse doelgroepen. Dit merken we ook doordat veel begeleiders duidelijk maken dat ze niet weten welke methodieken ze in verschillende situaties wel of niet kunnen (en mogen) gebruiken.

Daarnaast valt het ons op dat er veel behoefte is aan begeleiding in de ondersteuning bij het implementeren van de methodiek. Veel persoonlijk begeleiders geven aan behoefte te hebben aan bijscholing/cursussen met betrekking tot het aanleren en eigen maken van (nieuwe) methodieken die zij kunnen toepassen in de begeleiding van de cliënten. Hieruit concluderen wij dat persoonlijk begeleiders wel degelijk bereid zijn zich nieuwe methodieken aan te leren en eigen te maken, maar dat ze het moeilijk vinden om zelf de stap te zetten om zich te oriënteren op bestaande/nieuwe methodieken. Bijscholing en/of

cursussen zien de persoonlijk begeleiders als een goede manier om bestaande/nieuwe methodieken aan te leren en eigen te maken.

Opvallend is dat veel persoonlijk begeleiders aangeven behoefte te hebben aan (meer) intervisie en supervisie. Wij vermoeden dat zij er behoefte aan hebben om hun knelpunten met betrekking tot methodieken en de begeleiding bespreekbaar te maken en feedback op hun handelen te vragen/laijgen, waardoor zij zich verder kunnen ontwikkelen en professionaliseren.

Ook vinden wij het opvallend dat de persoonlijk begeleiders regelmatig aangeven behoefte te hebben aan ondersteuning van de orthopedagoog. Wij zijn van mening dat de ambulante begeleiders behoefte hebben aan expertise van een deskundig persoon op wie zij een beroep kunnen doen wanneer zij met hulpvragen, met betrekking tot de begeleiding van hun cliënten, zitten. Hierdoor kan zorg en expertise gedeeld worden. Tevens denken wij dat de persoonlijk begeleiders af en toe het gevoel hebben onvoldoende kennis te hebben van, niet alleen methodieken, maar ook van bijvoorbeeld praktische zaken, regels en/of ziektebeelden.

§ 5.5. Aanbevelingen

In het licht van de conclusies kunnen wij de volgende aanbevelingen doen:

- **Concrete handvaten van methodieken voor de begeleiding van de diverse doelgroepen.**

Hierbij doelen wij op een overzicht van bestaande en/of nieuwe methodieken die de persoonlijk begeleiders kunnen toepassen. We raden de instelling aan om een selectie te maken uit de aangeboden methodieken. Wanneer zij een selectie heeft gemaakt kan zij haar persoonlijk begeleiders hierin scholen. Hierdoor zal er eenduidigheid ontstaan met betrekking tot het gebruik van methodieken waardoor de persoonlijk begeleiders zich verder kunnen professionaliseren.

- **Bijscholing/cursussen.**

De instelling kan de persoonlijk begeleiders de mogelijkheid bieden om tijdens hun dienstverband cursussen met betrekking tot methodieken te volgen, waardoor zij zich kunnen blijven ontwikkelen en professionaliseren. Op deze manier krijgen persoonlijk begeleiders de kans om nieuwe methodieken aan te leren en te implementeren en weggezakte methodieken op te frissen. Deze methodieken kunnen zij vervolgens toepassen in de begeleiding van hun cliënten.

- **Meer aandacht voor methodieken en hun werkwijze tijdens intervisie, supervisie en werkbegeleiding.**

De persoonlijk begeleiders hebben in de enquête aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning bij de implementatie van methodieken. Intervisie en/of supervisie zou hiervoor een geschikt middel kunnen zijn, omdat de begeleiders onderling tijdens deze bijeenkomsten de mogelijkheid krijgen om met elkaar in gesprek te komen en op deze manier ervaringen uit te wisselen. Ook kunnen de medewerkers elkaar tips en adviezen geven met betrekking tot het gebruik van methodieken en welke methodieken in welke situaties toepasbaar zijn.

Tevens zijn wij van mening dat werkbegeleiding 2rinvol kan zijn, omdat de leidinggevende en persoonlijk begeleiders met elkaar in gesprek gaan over bijvoorbeeld hun werkwijze. Hierdoor krijgt de leidinggevende de mogelijkheid om zijn werknemers

inhoudelijk aan te sturen en te stimuleren om zich verder te ontwikkelen. Ook biedt werkbegeleiding de persoonlijk begeleiders de kans zich verder te professionaliseren.

- **Betere/snellere toegang tot en ondersteuning van de orthopedagoog van de instelling.**

De persoonlijk begeleiders geven in de enquête aan behoefte te hebben aan ondersteuning van de orthopedagoog. We denken dat het voor de begeleiders zinvol is als zij hiervoor een direct aanspreekpunt hebben binnen de instelling.

- **Ambulant begeleiders specialiseren.**

We merken dat veel persoonlijk begeleiders het gevoel hebben dat ze weinig van veel afweten. Ze hebben behoefte aan een vraagbaak: iets of iemand die aan ieder specifiek probleem/stoornis de juiste methode koppelt. Ook is er onder de persoonlijk begeleiders behoefte aan meer medische kennis en kennis over psychiatrische ziektebeelden. Door hun gevoel van gebrek aan kennis vinden ze het lastig om de juiste methodiek of werkwijze te kiezen die op de situatie van toepassing is.

Om deze reden denken wij dat het zinvol is om een selecte groep persoonlijk begeleiders te specialiseren in de verschillende problematieken waarmee persoonlijk begeleiders in de begeleiding van cliënten te maken krijgen. Hierdoor creëer je een aanspreekpunt voor de andere begeleiders, wanneer zij knelpunten ervaren in de begeleiding van hun cliënten.

Dit kan tevens worden gezien als een alternatief⁷aanvulling op het bovenstaande punt over de orthopedagoog.

Literatuurlijst

Literatuur:

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2000). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Enquêteuren en gestructureerd interviewen*. Eerste druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Tennissen, J. (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Bartelds, J.F., Jansen, E.P.W.A. & Joostens, Th. H. (1989) *"ENQUÊTEREN" het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bunthof, A. & Bijlsma, J. (2006) *Brochure WMO*. Interne uitgave afdeling Sociale Studies Hogeschool Windesheim.
- Dijk, P. van & Doorn, E. van (2004). *Ontwikkelingsgericht begeleiden in alledaagse situaties*. Eerste druk. Soest: Nelissen.
- Didden, R. (2006), *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G. e.a. (1995). *Angst, fobieën en dwang*. Houten: Bon Stafleu Van Loghum.
- Frion, *totaalplan ambulante ondersteuning volwassenen*, concept augustus 2006, versie 3.
- Graaff, F. de (1999). *Mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke handicap*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jansen, C., Steehouder, M. & Gijsen, M. (2006). *Professioneel Communiceren*. Tweede druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Lange-Frunt, A. van & Wajon, T. (2007). In een gewoon huis. *Maatwerk 08*, pp.8.
- Linde, I. van der (2007). Acht joints per dag. *Markant: maandblad voor de gehandicaptenzorg* 12, pp. 14 - 17.
- Nijgh, L. & Bogerd, A. (2007). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke handicap*. Eerste druk. Soest: Nelissen.
- NVMW (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*.
- Pas, Y. van der (2008). Inleiding op cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie* 1, pp. 4 - 5.
- Siepkamp, P. van de (2005). *Gentle Teaching*. Eerste druk. Soest: Nelissen.

Steehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M., et al. (1999). *Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie* (vierde herziene druk:). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Ozinga, W. (2006). *Reader Psychosociale Hulpverlening 2*

Internetbronnen:

Bruijn, Drs. J.J.M. de (2006) Informatiebron Methodisch Werken

<http://www.methodieken.nl/>

Geraadpleegd op 17 december 2007

Centraal Bureau voor de Statistiek

www.cbs.nl

Geraadpleegd op 14 januari 2008

Centrum Indicatiestelling Zorg (z.j.)

<http://www.ciz.nl/sf.mcgi73315>

Geraadpleegd op 14 januari 2008

Delta Psychiatrisch Centrum (februari 2002) *SGLVG informatie voor verwijzers*.

http://www.deltapsv.nl/speciaal/brochures/eO/SGLVG_v.pdf

Geraadpleegd op 14 januari 2008

Frion

<http://www.frionzorg.nl/>

Geraadpleegd op 17 december 2007

Google Nederland (2008)

<http://www.google.nl>

Geraadpleegd op 17 december 2007

Kenniscentrum Multiprobleemgezinnen (2001)

<http://www.multiprobleemgezinnen.nl/>

Geraadpleegd op 14 januari

Kennisring Gezondheidshulp (30 augustus 2007) *Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding*

<http://www.keiinisring.nl/smartsite.dws?id=39066#p2>

Geraadpleegd op 8 april 2008

MEE Regio Tilburg (z.j.)

http://www.meeregiontilburg.nl/index.php?id_pagina^6S14

Geraadpleegd op 14 januari 2008

MEE West-Brabant (z.j.) *Inleiding ontwikkelingsachterstand*

http://www.meewestbrabant.nl/index.php?id_pagina/6320/naam/ontwikkelingsachterstand.htm

Geraadpleegd op 14 januari 2008

Mens en Gezondheid (9 november 2007) *De indicatiestelling: activerende begeleiding*
<http://mens-en-gezondheidinfolu.nl/diversen/9799-de-indicatiestelling-activerende-begeleiding.html>

Geraadpleegd op 8 april 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: AWBZ (2008)

<http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/indicatie/>

Geraadpleegd op 14 januari 2008

Movisie: Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling (z.j.)

<http://www.movisie.nl/>

Geraadpleegd op 17 december 2007

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

www.nizw.nl

Geraadpleegd op 17 december 2007

Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (z.j.) *Psychologische behandeling*

<http://www.nedkad.iil/default.asp?contentID=156>

<http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID=131>

<http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID=132>

<http://www.nedkad.nl/default.asp?contentID=134>

Geraadpleegd op 22 maart 2008

Pedagogiek.net (10 juni 2004) *De gezinscoach: nieuwe bemoeizorg*

<http://www.pedagogiek.net/content^ectieNR=1&&rubriekID=5>

Geraadpleegd op 8 april 2008

Tactus Verslavingszorg (z.j.)

<http://www.stichtingcad.nl/>

Geraadpleegd op 2 april 2008

Trimbos Instituut (z.j.) *Psychische Stoornissen*

http://www.trimbos.nl/defaultl_8739.html?back=1

Geraadpleegd op 22 maart 2008

Universitair Centrum Psychiatrie (z.j.) *Sociale Vaardigheidstraining*

http://www.psvchi1rie.umcg.nl/ucp/patienten/Behandelvormen/soc_g-hftiü

Geraadpleegd op 22 maart 2008

Wat is gedragstherapie? (z.j.)

<http://www.ccg1.nl/pagina3u.htm>

Geraadpleegd op 22 maart 2008

Weblog Zorg en Welzijn (z.j.) *Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding*

<http://zorgenwelziin.wordpress.com/2008/03/19/praktisch-pedagog-gezinsbegeleiding/> Geraadpleegd op 8 april 2008

Wikipedia, de vrije encyclopedie (2008)

<http://nl.wikipedia.org/wlld/Verslaving>

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Rationeel-Emotieve Therapie](http://nl.wikipedia.org/wiki/Rationeel-Emotieve_Therapie)

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Ondersteunende begeleiding](http://nl.wikipedia.org/wiki/Ondersteunende_begeleiding)

Geraadpleegd op 22 maart 2008

Bijlage 1. De enquête

Zwolle, 25 februari 2008

Aan: Medewerkers Ambulant Volwassenen
Dokter van Deenweg 2 - 10
8025 BG Zwolle

Van: Margriet Groenewold en Anke Tijs
Windesheim, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

Geachte meneer/mevrouw,

Zoals u wellicht weet zijn wij (Margriet Groenewold en Anke Tijs) bezig met een afstudeeronderzoek binnen de afdeling ambulant volwassenen bij Frion. Frion heeft ons gevraagd een onderzoek te doen met betrekking tot methodieken binnen de afdeling ambulant volwassenen.

De vraagstelling waar wij onderzoek naar doen is:

Welke methodieken worden nu toegepast door de ambulant begeleiders binnen de afdeling ambulant volwassenen van Frion? Wat is de behoefte van deze begeleiders aan (nieuwe) methodieken? Welke methodieken zijn eventueel geschikt voor deze ambulante begeleiders?

We hebben ervoor gekozen de enquête anoniem te houden. Op deze manier hoeft u zich niet behouden te voelen om eerlijk te antwoorden.

Er loopt een zelfde onderzoek bij de afdeling jeugd waar tevens een enquête zal plaatsvinden.

Wij vragen alle medewerkers van ambulant volwassenen om onze enquête in te vullen om een zo helder mogelijk beeld te krijgen. Het invullen van de enquête zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen.

Bijgaand vindt u uitleg van bepaalde begrippen en de enquête. Onderaan de enquête staat beschreven wanneer en hoe de enquête weer ingeleverd moet worden.

Wanneer u vragen heeft betreffende de enquête of het onderzoek kunt u contact met ons opnemen via de mail.

Wij hopen dat u wilt meewerken aan deze enquête!

Met vriendelijke groeten,
Margriet Groenewold en Anke Tijs
Windesheim@fiionzorg.nl

Begrippen»

Om de enquête zo duidelijk en goed mogelijk af te nemen, zullen wij een paar begrippen uitwerken en aangeven wat wij met deze begrippen bedoelen. Dit doen wij zodat iedereen dezelfde opvatting over de begrippen werkwijze en methodiek heeft.

Werkwijze

Een vastgestelde manier van werken binnen een instelling. Bij Frion is dit bijvoorbeeld de zorgplansystematiek. Er staat vast op welke manier de zorgplannen worden beschreven, hoe ze worden uitgevoerd en op welke momenten er geëvalueerd wordt. Naar de werkwijze zal in de enquête niet gewaagd worden, omdat dit vast is gesteld vanuit Frion.

Methodiek.

Een methodiek is een vaste, weldoordachte manier van handelen waardoor een bepaald doel wordt bereikt. Een methodiek is persoonlijker dan de werkwijze. Je kunt per cliënt een andere methodiek toepassen. Daarnaast past niet elke methodiek bij elke ambulant medewerker.

Hier vragen wij in onze enquête in het bijzonder naar.

Methode

Met methode bedoelen wij de manier waarop u de gestelde doelen van de cliënt bereikt en hoe u daaraan heeft gewerkt (uw handelen).

Mocht u niet weten onder welke methodiek uw manier van werken valt dan kunt u ook een beschrijving geven van uw manier van handelen. Probeer hierin zo concreet mogelijk te omschrijven wat u doet.

Op deze manier kunnen wij bekijken welke methodiek daarbij past.

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

Enquête Frión Ambulant volwassenen.

Functie binnen

Frion:.....

Geslacht:.....

Leeftijd:.....

Opleiding:.....

Aantal jaren in dienst:.....

Aanstellingsomvang (aantal uren):

Omvang caseload (aantal
cliënten):.....**Dimensie 1: Indicatie van uw gezinnen.**

Binnen Ambulant volwassenen bestaan er vier vormen waarop de cliënt een indicatie kan krijgen:

Indicatie 1: Ondersteunende begeleiding (hoofdindicatie)

Indicatie 2: Activerende begeleiding (hoofdindicatie)

Indicatie 3: Verzorging

Indicatie 4: Behandeling.

1. Geef in onderstaand schema aan, door middel van een kruisje, welke indicatie(s) de cliënten binnen uw caseload hebben.

	Cliënt									
Indicatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

Dimensie 2: Doelgroep

De doelgroep van Frion is mensen met een verstandelijke handicap. Deze doelgroep is opgesplitst in de volgende cliëntgroepen:

Mensen met een ondersteuningsvraag als gevolg van een

- verstandelijke en lichamelijke beperking
- verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek
- verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek
- verstandelijke beperking en gedragsproblemen
- verstandelijke beperking binnen gezinssystemen
- verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere van bovenstaande beschreven problemen

Verstandelijke en lichamelijke beperking

2. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 6.

3. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

4. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja / Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

5. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek

6. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 10.

7. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

8. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja/Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

9. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek

10. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 14.

11. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

12. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja / Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

13. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Verstandelijke beperking en gedragsproblemen

14. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 17.

15. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

16. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja / Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

17. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Verstandelijke beperking binnen gezinssystemen

18. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 21.

19. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

20. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja / Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

21. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Verstandelijke beperking en daarnaast een combinatie van meerdere van bovenstaande beschreven problemen

22. Werkt u met deze doelgroep?

Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het binnen uw caseload?

Zo nee, ga door naar vraag 25.

23. Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?*

24. Hebt u behoefte aan andere methodieken? Ja/Nee

Zo ja, hebt u voorbeelden van (andere) methodieken waar u meer van zou willen weten?

25. Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

*** Zie toelichting op de begrippenlijst van pagina 2.**

Dimensie 3: Begeleiding

26. Op welke manier maakt u nu gebruik van bepaalde expertise van anderen?

27. Op welke manier krijgt u begeleiding met betrekking tot het werken met methodieken?

28. Hebt u behoefte aan begeleiding en/ of expertise met betrekking tot het gebruik van methodieken?
Zo ja, welke begeleiding?

Zo nee, waarom niet?

29. Zijn er nog aan en/of opmerkingen die u kwijt wilt naar aanleiding van deze enquête?

NB: In de enquête is ruimte vrij gelaten om uw antwoord in te vullen. Mocht deze ruimte onvoldoende zijn, dan mag u op de achterkant schrijven of eventueel een apart papier bijvoegen.

Afstudeerproject Frion Transparant!

Margriet Groenewold en Anke Tijs

Dit formulier ingevuld **uiterlijk inleveren op donderdag 13 maart 2008** in het postvak van Margriet Groenewold en Anke Tijs. Dit postvak is te vinden op de locatie van ambulant volwassenen aan de Dr. Van Deenweg 2-10.

Of sturen via de e-mail naar:

Windesheim@frionzorg.nl

Zijn er vragen en/ of onduidelijkheden over de enquête, dan kunt u ons altijd mailen of vragen als u ons bij ambulant volwassenen ziet.

Hartelijk dank voor u medewerking!

Bijlage 2. Verantwoording van de enquêtevragen

Waarom hebben wij voor de vragen gekozen die we in de enquête hebben opgenomen?

Functie binnen Frion:

We wilden voor ons onderzoek alleen de persoonlijk begeleiders benaderen. Een persoonlijk begeleider is de eerste verantwoordelijke en moet zich methodisch verantwoorden.

Om er zeker van te zijn dat we alleen de persoonlijk begeleiders benaderden hebben we ervoor gekozen om deze vraag op te nemen in onze enquête.

Geslacht:

Het geslacht kan in onze ogen een belangrijke factor zijn in de hulpverlening aan cliënten, omdat mannen over het algemeen handelings- en oplossingsgericht zijn dan vrouwen. Vrouwen daarentegen richten zich meer op de relatie met de cliënt en zijn/haar gevoelens.

Leeftijd:

Dit aspect hebben we opgenomen in onze enquête, omdat dit voor ons iets zegt over levenservaring. Tevens denken wij dat iemands leeftijd van invloed kan zijn op de methodiekkennis.

Opleiding:

Wij waren nieuwsgierig naar het opleidingsniveau van de persoonlijk begeleiders binnen Frion ambulant volwassenen, omdat dit in onze ogen ook van invloed kan zijn op de methodiekkennis en aangeleerde vaardigheden.

Aantal jaren in dienst:

Deze vraag hebben wij opgenomen in onze enquête, omdat dit wat zegt over de werkervaring binnen de instelling en met de doelgroep.

Aanstellingsomvang (aantal uren):

Het aantal uren dat iemand in de week werkt kan ook wat zeggen over werkervaring, methodiekkennis. Tevens denken wij dat iemand, die een fulltime baan heeft, minder tijd heeft om zich te verdiepen in toepasbare methodieken voor elke cliënt.

Omvang caseload (aantal cliënten):

Zie aanstellingsomvang.

Geef in onderstaand schema aan, door middel van een kruisje, welke indicatie(s) de cliënten binnen uw caseload hebben:

Deze vraag hebben wij opgenomen in onze enquête, om een overzicht te krijgen van de geïndiceerde hulpvragen, zodat het voor ons duidelijk wordt waar de methodiek het meest op gericht moet zijn.

Voor ons onderzoek hebben wij ons gericht op de verschillende cliëntgroepen waaraan binnen Frion begeleiding wordt geboden. We hebben de respondenten per cliëntgroep laten aangeven of ze met deze doelgroep werken, welke methodieken ze toepassen in de begeleiding van deze cliënten, of ze behoefte hebben aan andere methodieken en of ze nog andere behoeften hebben met betrekking tot het gebruik van methodieken.

NB. *Wij stellen de respondenten per doelgroep dezelfde vragen.*

Werkt u met deze doelgroep?

We hebben deze vraag opgenomen in onze enquête, zodat we een overzicht krijgen met welke doelgroepen de persoonlijk begeleiders (veel) werken. Hier kunnen we de methodieken en aanbevelingen op afstemmen.

Welke methodiek past u toe in de begeleiding van deze cliënten?

Deze vraag hebben we opgenomen in onze enquête, omdat we in kaart willen brengen welke methodieken er, op dit moment, al door de persoonlijk begeleiders worden toegepast. Tevens leeft binnen Frion de vraag welke methodieken persoonlijk begeleiders toepassen in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking.

Hebt u behoefte aan andere methodieken?

Deze vraag hebben we opgenomen in onze enquête, omdat binnen Frion de vraag heerst waar de persoonlijk begeleiders behoefte aan hebben met betrekking tot methodieken in de begeleiding van volwassenen met een verstandelijke beperking. Met behulp van deze vraag willen wij hun behoeften in kaart brengen. Het in kaart brengen van deze behoeften biedt ons de mogelijkheid om, op basis van deze behoeften, aanbevelingen te doen richting Frion.

Zijn er andere behoeften die u hebt met betrekking tot methodieken?

We hebben deze vraag opgenomen in onze enquête, omdat wij de overige behoeften met betrekking tot methodieken in kaart willen brengen. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan begeleiding, cursus en/of bijscholing. Het in kaart brengen van deze behoeften biedt ons de mogelijkheid om, op basis van deze behoeften, aanbevelingen te doen richting Frion.

Op welke manier maakt u nu gebruik van bepaalde expertise van anderen?

We hebben deze vraag opgenomen in onze enquête, omdat wij in kaart willen brengen op welke manier de persoonlijk begeleiders hulp krijgen/vragen van anderen, bijvoorbeeld van collega's, zorgmanager, orthopedagoog.

Op welke manier krijgt u begeleiding met betrekking tot het werken met methodieken?

Wij hebben deze vraag in onze enquête opgenomen, omdat we in kaart willen brengen welk begeleiding en ondersteuning er op dit moment, vanuit de instelling, al geboden wordt en op welke manier de persoonlijk begeleiders hier gebruik van maken. Dit willen wij in kaart brengen, omdat dit een opening geeft voor uitbreiding van deze begeleiding met betrekking tot de behoeften van de persoonlijk begeleiders.

Hebt ii behoefte aan begeleiding en/ of expertise met betrekking tot het gebruik van methodieken?

Zo ja, wat voor soort van begeleiding?

Wij hebben deze vragen opgenomen in onze enquête, omdat wij in kaart willen brengen of en welke behoeften aan begeleiding en/of expertise de persoonlijk begeleiders hebben. Het in kaart brengen van deze behoeften biedt ons de mogelijkheid om, op basis van deze behoeften, aanbevelingen te doen richting Frion.

Zijn er nog aan en/of opmerkingen die u kwijt wilt naar aanleiding van deze enquête?

Wij hebben deze vraag opgenomen in onze enquête, omdat wij de persoonlijk begeleiders de gelegenheid willen geven om te reageren of een opmerking te maken wanneer zij hier behoefte aan hebben. Dit vinden wij belangrijk, orndat wij hen hierdoor laat merken dat wij hen serieus nemen en dat wij openstaan voor hun mening.