



*De namen van hulpverleners en cliënten zijn om privacyredenen gefingeerd. Alle overeenkomsten tussen bestaande personen en personages in dit boek berusten op louter toeval.*

***Perspectief op beter***

*Hulp aan verwarde en sociaal kwetsbare mensen*

Simone van de Lindt & Harry Gras

ISBN 978 90 8850 821 9

NUR 875/740

© 2019 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost).

# Inhoud

---

<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1. Samenwerken in een team	9
2. Verwarde mensen en een verwarrende samenleving	15
3. In contact komen met iemand	21
4. Thuis bij iemand op bezoek	25
5. Familie, buren en andere naasten	33
6. Gekke situaties: wat doe je ermee?	40
7. Aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt	46
8. Grenzen aangeven en contact houden	55
9. Belevissen van een ervaringswerker	62
10. Scharrelruimte is noodzakelijk	69
11. Partijen en hun verschil in perspectief	77
12. Wat is eigenlijk behandelen?	85
13. Het gewone dat zo bijzonder is...	97
14. Bindende zorg	103
15. Persoonlijkheidsstoornis of onconventioneel gedrag?	111
16. Het herkennen van het systeem	118
17. De cliënt klaagt je aan...	127
18. Maatschappij en hulpverlening	132
<b>Over de auteurs</b>	<b>140</b>

# Inleiding

---

Dit is een boek voor professionals die betrokken zijn bij de signalering, hulp en opvang van verwarde en sociaal kwetsbare mensen. Misschien bent u hulpverlener in een van de vele ambulante teams, in een woonvorm of maatschappelijke opvang, of werkt u als wijkagent, als medewerker bij de gemeente of bij een woningbouwcorporatie. Dan bent u zeker in aanraking gekomen met mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, vaak in combinatie met alcohol- of drugsmisbruik. Soms hebben zij ook een lichte verstandelijke beperking. Ze hebben problemen op meerdere leefgebieden: wonen, sociale contacten, zelfzorg en op het gebied van financiën en administratie. Sommigen zijn met de politie in aanraking gekomen, omdat ze de wet- en regelgeving overtreden hebben. Het gaat om kwetsbare verwarde mensen, die zich met moeite staande kunnen houden in de maatschappij. Ze leven teruggetrokken, veroorzaken soms overlast, zwerven op straat of komen terecht in de maatschappelijke opvang.

Alle professionals hebben belang bij goede hulp, samenwerking en communicatie.

Maar het lijkt erop dat politieke keuzes, wet- en regelgeving, zorgfinanciering en voortdurende schotten in de zorg op een onnavolgbare wijze negatief uitpakken voor sociaal kwetsbare mensen. De hulp en voorzieningen komen niet tegemoet aan wat mensen met complexe problemen nodig hebben. Is het niet een kunst en een uitdaging om een compleet hulpaanbod te realiseren, zodat ook kwetsbare burgers een goede plek hebben in de samenleving?

Het is onze overtuiging dat dit hulpaanbod begint met contact en vertrouwen, de basis van bemoeizorg. De hoofdstukken in dit boek nemen de lezer mee naar de praktijk van de teams die bemoeizorg bieden aan mensen met verward gedrag.

Allerlei aspecten van het dagelijkse werk komen aan de orde: de soms bizarre situaties die een hulpverlener tegenkomt, de vaak ongelooflijke problematiek, een dilemma of keuze waarvoor de hulpverlener staat, de mooie en ontroerende momenten tijdens de begeleiding of de grenzen van wat maakbaar is. Korte praktijk-schetsen geven deze weerbarstige werkelijkheid weer, om te laten zien dat hulp geven mensenwerk is, met elke keer weer verrassingen, moeilijke keuzes en creatieve oplossingen. Het is een voortdurende zoektocht van hulpverlener samen met de cliënt en familie, naar het perspectief op een betere toekomst.

In Nederland kennen we teams die volgens het model Assertive Community Treatment (ACT) werken. Deze teams zien we vanaf 2002 in Nederland verschijnen en in de jaren die volgen zijn er steeds meer bijgekomen. Er zijn ook FACT-teams, zogeheten Flexibele ACT-teams, die niet alleen de assertieve en intensieve zorg bieden, maar ook een lichtere vorm van hulp indien iemand weer beter voor zichzelf kan zorgen. Echter, inmiddels is er een gevarieerd palet aan teams die bemoeizorg bieden.

De criteria van het ACT-model, onderzoek op dit terrein en de kennis en ervaring die is opgebouwd hebben bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg. We weten wat goede hulp aan verwarde en sociaal kwetsbare mensen is. Er is een zogeheten 'body of knowledge' om verwarde mensen te helpen en een plek te geven in onze samenleving.

Daarom is het zo jammer dat beleid, bezuinigingen en wetgeving de voorwaarden voor bemoeizorg hebben aangetast. Door schotten in de zorg, bureaucratische procedures en te weinig tijd wordt de kracht van bemoeizorg uitgehold.

We hopen met dit boek het belang, de grilligheid en de complexiteit van bemoeizorg te laten zien en inspiratie te geven aan iedereen die betrokken is bij de hulp aan verwarde en kwetsbare mensen.

*De auteurs*

EN WIE DOET WAT VANDAAG ?



# 1. Samenwerken in een team

---

Een van de belangrijkste kenmerken van een bemoeizorgteam is de personele samenstelling van het team, alsook de wijze waarop in het team met elkaar samengewerkt wordt.

In de optimale situatie, zoals in een ACT-team, zijn er (sociaal-) psychiatrisch verpleegkundigen, een psychiater, een ervaringsdeskundige, een verslavingsdeskundige, een arbeidsdeskundige, een psycholoog en een maatschappelijk werker. Al naar gelang de aard van de problemen is een orthopedagoog, geriater of een andere discipline nodig. De omvang van het team moet voldoende zijn om consistent de noodzakelijke diversiteit en dekking in de personeelsbezetting te kunnen bieden. De leden van het team worden geacht voor lange tijd te werken in het team om de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen.

Het is goed om een meewerkend teamleider te hebben, dat wil zeggen dat hij zelf ook cliënten behandelt. Daardoor is ook de teamleider direct betrokken bij de hulp aan verschillende cliënten en zijn diens kennis en vaardigheden ook beschikbaar.

Een bemoeizorgteam heeft een beperkt aantal cliënten, zodat er tijd en ruimte in de agenda is om optimaal hulp te kunnen verlenen. Het is belangrijk om snel te kunnen inspelen op de problemen van de cliënt en bijvoorbeeld meerdere keren per week op huisbezoek te gaan. In ACT- en FACT-teams gelden normen over het aantal cliënten per hulpverlener. Deze zijn terug te vinden in modelbeschrijvingen.

De normering van de caseload staat bij veel teams onder druk door bezuinigingen, het instellingsbeleid en de eisen van de zorgverzekeraar.

In de bemoeizorg is het van belang dat de hulpverleners niet individueel te werk gaan, maar gezamenlijk. De problemen van de cliënt vormen het vertrekpunt voor de keuze wie er op welk moment hulp of ondersteuning gaat bieden. Vanaf het begin zullen meerdere hulpverleners kennismaken met de cliënt. Er wordt verteld dat de teambenadering betekent dat er meer leden van het team langs zullen komen. Natuurlijk is deze keuze niet willekeurig maar gebaseerd op de zorgbehoefte van de cliënt.

Als iemand een psychiatrische aandoening heeft en daardoor problemen zijn ontstaan met financiën en administratie, kan het zijn dat niet alleen de psychiatrisch verpleegkundige met de psychiater hulp gaan bieden, maar dat ook de maatschappelijk werker van het team de cliënt gaat helpen.

Het is zeker niet de bedoeling dat de kennismaking met meerdere teamleden de cliënt onrust geeft. Kennismaken met teamleden gebeurt als de tijd daarvoor rijp is. Omdat niet iedereen de cliënt kan en gaat bezoeken, zijn er gezamenlijke cliëntbesprekingen. Enerzijds zijn er regelmatig behandelplanbesprekingen, anderzijds zijn er dagelijkse 'briefings', waarin heel kort besproken wordt wat er die dag moet gebeuren en wie dat gaat doen. Door gezamenlijk de acties te bespreken die op een dag gaan plaatsvinden, praat het hele team mee over de problemen en de oplossingsrichting voor cliënten.

“Zoals het op papier staat is het mooi bedacht”, zegt Erik met een ernstig gezicht. “In werkelijkheid is het een lang proces om met elkaar te leren samenwerken. Vooral het delen van een caseload is lastig. De meeste hulpverleners zijn gewend om één op één een relatie aan te gaan met een cliënt. We proberen contact op te bouwen met mensen die de zorg mijden en eigenlijk geen contact willen met hulpverleners. Om nu dan een aantal collega’s te introduceren is niet eenvoudig. En dan kom jij aan met drie anderen uit je team!”



“**Jan** benadrukt: ‘Werken in een team voor mensen met complexe problemen vraagt voortdurend aandacht voor de samenwerking in het team. Eerst moet je elkaar leren kennen en vertrouwen wat de ander kan en ook wat hij misschien niet durft. Als je met z’n tweeën naar een cliënt gaat moet je op elkaar zijn ingespeeld. Daarom zijn intervisiebijeenkomsten noodzakelijk.’”

“‘Ja,’ roept **Monique**, ‘en je moet elkaar ook oprecht feedback kunnen geven. Conflicten uitpraten of risicovolle situaties bespreken die een collega geraakt heeft. Dat gebeurt overigens niet alleen tijdens de intervisie, als het belangrijk is moet je er ook voor elkaar zijn op heel andere momenten.’”

## Je bent er voor elkaar

*Op vrijdagmiddag wordt de verpleegkundige van een forensische ACT-team bedreigd door een cliënt. Deze is woedend, omdat zijn uitkering niet op zijn rekening is gestort. Dit voorval geschiedt bij de cliënt thuis. Ze kan gelukkig zonder kleeerscheuren de woning verlaten, maar ze is behoorlijk geschrokken. Ze belt naar kantoor in de hoop dat er nog iemand aanwezig is aan wie ze haar verhaal kwijt kan.*

In dit geval bereikt het telefoontje de receptie van de ggz-instelling. De receptionist heeft de 06-nummers van de andere teamleden. Direct belt hij met de teamleider en deze mobiliseert alle teamleden die nog te bereiken zijn op dit late vrijdagmiddaguur met de vraag om naar kantoor te komen.

Binnen een half uur zit de nog ontdane verpleegkundige met de teamleider, de psycholoog en de verslavingsdeskundige aan tafel op kantoor. De verpleegkundige kan

haar verhaal doen, de teamleden luisteren en denken mee over mogelijke stappen. Zij zorgen ervoor dat de verpleegkundige 'goed' naar huis gaat en in het weekend zijn ze bereikbaar als ze nog even wil bellen. De psycholoog en de verslavingsdeskundige kennen de cliënt en stellen voor om aangifte te doen van de bedreiging. Dat vindt de verpleegkundige niet nodig, want zijn woorden en gedrag waren eigenlijk niet voor haar bedoeld.

In de agenda wordt ruimte gemaakt voor verdere bespreking van het incident op maandagmorgen. De teamleden zullen dan allemaal hun mening of suggesties geven voor de benadering van de cliënt en wie wat gaat doen.

De verpleegkundige kan rekenen op haar collega's en eventueel kan ook de teamleider de cliënt benaderen om de situatie te bespreken.

De volgende maandagmorgen zijn alle teamleden aanwezig. Het is het dagelijkse briefingmoment. Maar de teamleider last een bespreking in van wat er de afgelopen vrijdag heeft plaatsgevonden. Er wordt afgesproken dat de verpleegkundige niet alleen, maar samen met de teamleider op bezoek gaat om het gedrag en de dreiging te bespreken. Er zal een waarschuwing uitgaan naar hem, maar tegelijkertijd wordt hem een handreiking geboden. De maatschappelijk werker gaat uitzoeken waarom de uitkering niet gestort is en zal proberen ondersteuning te bieden om de betaling snel weer op gang te helpen. De teamleider benadrukt het belang van de veiligheid van de hulpverlener en de cliënt komt op het bord met een rood vinkje. Dat wil zeggen dat de cliënt risicovol gedrag laat zien en dat een bezoek steeds met twee teamleden moet geschieden.

Die middag gaan de teamleider en de verpleegkundige onaangekondigd op bezoek bij de cliënt die zich afgelopen vrijdag agressief en dreigend opstelde. Ze hebben samen besproken dat de verpleegkundige het woord zal doen. Zij

zal de situatie van vrijdag bespreken. Toeval wil dat de cliënt thuis is en hij neemt al bij de deur een timide houding aan. Hij begrijpt direct waarom zijn hulpverleners op de stoep staan en begint verontschuldigen te stamelen. De verpleegkundige neemt die in ontvangst, maar zegt direct dat ze geschrokken is van zijn houding en op deze manier niet veel voor hem kan doen. Ze vraagt ook naar de stand van zaken wat betreft de uitkering. Daarop kijkt de cliënt weer boos en roept hij dat hij helemaal aan de grond zit en geen eten kan kopen, helemaal niets.

De teamleider neemt nu het woord en vraagt of hij nog weet dat hij enige tijd geleden ook langs is geweest. De cliënt knikt vaag ja, maar het is onduidelijk of hij het echt nog weet. De teamleider noemt nogmaals zijn naam en functie en zegt dat hij iemand weet die de financiën kan uitzoeken en wellicht kan helpen om de uitkering weer op gang te brengen.

Daarop kijkt de cliënt geïnteresseerd en wil weten hoe dan. Maar, zegt de teamleider, dat kan niet als de hulpverlener niet veilig aan het werk kan thuis. De cliënt begrijpt de boodschap en belooft zich niet meer dreigend of agressief op te stellen.

De maatschappelijk werker wordt geïntroduceerd en voorlopig zal deze samen met de verpleegkundige de cliënt bezoeken.

De teambenadering bij bemoeizorg is bedoeld om heel kwetsbare verwarde cliënten een vangnet te geven van hulpverleners en ervaringsdeskundigen, mensen waarop zij, over vele jaren, steeds weer kunnen rekenen. Ook al gedraagt iemand zich agressief of dreigend, trekt iemand zich terug of verdwijnt hij (tijdelijk) uit beeld. Steeds zal het team zoeken naar een manier om in contact te blijven, hoewel agressief gedrag natuurlijk wel besproken

wordt. De benadering biedt ook de mogelijkheid om contact op te bouwen met meerdere hulpverleners die op verschillende manieren de cliënt kunnen ondersteunen, al naar gelang de behoefte van de cliënt en de omstandigheden. Indien de deskundigheid niet aanwezig is in het team, wordt gezocht naar een hulpverlener elders.



## 2. *Verwarde mensen en een verwarrende samenleving*

---

In de twintigste eeuw werden mensen met een ernstige psychiatrische stoornis veelal opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Soms voor korte tijd, maar vaak ook voor lange tijd, zo niet voor het leven. In de kliniek kregen zij een behandeling, maar als het goed ging konden ze langzaam van intensieve zorg naar een paviljoen met minder intensieve behandeling, waar ze in alle rust konden leven. Het psychiatrisch ziekenhuis en alle voorzieningen die op het terrein van het ziekenhuis aanwezig waren vormden een klein apart dorp. Zo waren er naast de klinieken en paviljoens, een tandarts en een huisarts, winkels, werkplaatsen, sportgelegenheden, een kerk, een park en vaak permanente woonplekken voor cliënten. In de jaren zestig en zeventig kwam daarin verandering. De overheid en de professionals in de zorg werkten samen aan extramuralisering, een proces gericht op re-integratie van cliënten in de maatschappij. Dat wil zeggen: zo lang mogelijk thuis blijven wonen met ambulante hulp, niet (te) snel opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis en indien dit toch noodzakelijk is, de opnameduur zoveel als mogelijk beperken en cliënten weer snel naar huis laten gaan.

Tegen het eind van de twintigste eeuw waren bijna alle psychiatrische inrichtingen, maar ook vele instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, omgevormd tot korte-opnameklinieken. Er werden beschermende woonvormen gerealiseerd op het terrein van de inrichting, maar tegelijkertijd verdwenen veel faciliteiten waar cliënten gebruik van konden maken. Zo is het heden ten dage nog. Als het maar even mogelijk is verhuizen cliënten na een opname naar een beschermende woonvorm of een doodnormale huurwoning al dan niet met begeleiding aan huis.

Veel cliënten kunnen zich goed redden in een eigen woning of in een beschermende woonvorm met woonbegeleiding. Zij kunnen het dagelijks leven aan, soms met hulp van familie en vrienden. Ze hebben werk en andere activiteiten. Maar anderen lukt dat niet. Niet alleen vanwege de psychiatrische aandoening, maar ook omdat de samenleving complex is en verwarring oproept. Steeds meer wordt van burgers verwacht dat zij op de computer kunnen werken, met DigiD kunnen inloggen, een OV-kaart hebben. Je moet dus wel de juiste vaardigheden hebben om geldzaken te beheren, op tijd te zijn voor afspraken, belangrijke keuzes te kunnen maken, alledaagse problemen op te lossen en stappen te nemen om iets te bereiken.

Er is een groep mensen die daar veel moeite mee heeft. Deze cliënten hebben meestal

- blijvende cognitieve beperkingen
- gebrek aan oplossingsgerichte vaardigheden
- geen ondersteunend netwerk van familie of vrienden
- geen activiteiten of werk
- ‘verkeerde vrienden’
- een ernstige verslaving

Vaak hebben ze geen vertrouwen in de hulpverlening en vragen daarom geen ondersteuning, die ze hard nodig hebben bij het wonen en leven in de samenleving.

☞☞ **Anton:** ‘Tja, al mijn cliënten zijn verschillend. Ik zou ze niet verward willen noemen, sommigen zijn echt heel slim en daar kun je een goed gesprek mee hebben. Want kijk nou naar Jan, een goeie vijftiger, die al zijn hele leven stemmen hoort, al jaren drugs gebruikt om van die stemmen af te komen. Toch heeft hij het niet gered, door die stemmen kon hij niet meer werken en is hij ook zijn vrouw en kinderen kwijtgeraakt.’ ☞☞

☞☞ **Joop:** ‘Ik begeleid een heel leuke dame, bijna tachtig jaar oud, iemand van stand. Ze woont in een koophuis en verzamelt antieke spullen, maar dan ook echt alles. Ze leeft in een eigen