

SOZIO



**PROBLEEM  
= GEDRAG**

**SOZIO-SPECIAL**

ISBN 978-90-8560-233-0



9 789085 602330 >



# Sociaal Digitaal is hét naslagwerk voor het sociaal domein.

Wil jij je nog meer verdiepen in het onderwerp *probleemgedrag*?  
Bekijk dan deze artikelen.

	<p><b>Bewegen bij probleemgedrag</b></p> <p>In het boek zijn de kansen en bedreigingen in beeld gebracht in de vorm van zich herhalende patronen ('dynamieken') die zich voordoen in de samenwerking rond de cliënt. Aan professionals bieden we handvatten om die patronen waar nodig te doorbreken. Toch speelt er meer dan de kwaliteit van de samenwerking. Verwachtingen van publiek en beleidsmakers spelen een rol, net als de bijzondere situatie waarbinnen de zorg in instellingen zich afspeelt.</p>		
	<p><b>Verward gedrag: een 'wicked problem' of een 'veelkoppig monster'</b></p> <p>Ze noemen het wel een 'wicked problem' of een 'veelkoppig monster'. Zes jaar geleden startte Nederland met een aanpak voor de problematiek van 'verwarde personen'. Later ging dat 'personen met verward gedrag' heten en nu spreekt men van 'personen met onbegrepen gedrag'. Maar welke naam je het ook geeft; het is en blijft een complex probleem.</p>		
	<p><b>Trauma, emoties en gedrag</b></p> <p>Onze ervaringen uit het verleden kunnen iedere beslissing die we nemen en elke keuze die we maken sterk beïnvloeden. Deze ervaringen kunnen bovendien invloed hebben op hoe we ons gedragen en zo ook belemmerend werken. Als professional met mensenkennis denk je vaak een goede inschatting te kunnen maken over wie de mens achter je cliënt is en wat voor jouw cliënt helpend kan zijn om zijn of haar gedrag te 'managen'. Maar klopt dat wel altijd?</p>		
	<p><b>Gedragsexpertise is de sleutel tot effectief leefstijlbeleid</b></p> <p>De noodzaak van preventie van ziekte door het bevorderen van een gezonde leefstijl is in de coronapandemie pijnlijk duidelijk geworden. Duurzaam gezond leven geeft het immuunsysteem een boost, vermindert het risico op een ernstig beloop van een COVID-19-infectie en kan chronische ziekten als hart- en vaatziekten, type 2 diabetes en chronische nierschade voorkomen of de ziektebelasting ervan verminderen.</p>		
	<p><b>Kinderen met gedragsproblemen en een IQ tussen de 65 en 85</b></p> <p>Naar schatting zijn er zo'n 439.000 kinderen of jongeren in Nederland die kampen met een licht verstandelijke beperking. Van een licht verstandelijke beperking wordt in Nederland gesproken bij een IQ van 50-70, of een IQ van 70-85 in combinatie met een beperkt adaptief vermogen. Kinderen met een LVB lopen een groot risico op blijvende ontwikkelingsproblemen.</p>		

<b>06</b>	<b>Bewegen bij vastgelopen situaties in de GGZ.</b>	<b>55</b>	<b>De ervaringsdeskundige in de GGZ: van grote waarde naast de professional.</b>
<b>15</b>	<b>Goed luisteren, risico's verdragen en verhalen vertellen</b>	<b>58</b>	<b>Zelfverwonding, jong geleerd, oud gedaan.</b>
<b>19</b>	<b>Iemand is zijn levensverhaal.</b>	<b>61</b>	<b>Column: Iets met Taal.</b>
<b>22</b>	<b>Cultureel ingewikkeld.</b>	<b>62</b>	<b>Consultaties vanuit het Systeemtheoretisch perspectief: de som der delen.</b>
<b>26</b>	<b>Mevrouw blijft maar bellen.</b>	<b>66</b>	<b>De invloed van de fysieke leefomgeving op gedrag</b>
<b>31</b>	<b>Minor onbegrepen gedrag op de Hogeschool.</b>	<b>70</b>	<b>Voorkomen dat je vastloopt doe je met elkaar.</b>
<b>36</b>	<b>Bewegingsmechanismen in complexe zorgsituaties</b>	<b>72</b>	<b>Misschien wel beter dan ooit.</b>
<b>40</b>	<b>Via piepende poortjes naar je werk.</b>	<b>76</b>	<b>Seksueel gedrag bekeken door een roze bril.</b>
<b>43</b>	<b>Van thuis op de bank naar een passende plek op school.</b>	<b>82</b>	<b>Ethiek op de werkvloer.</b>
<b>48</b>	<b>Trauma bij mensen met een verstandelijke beperking.</b>	<b>86</b>	<b>Hechting(probleem)</b>
<b>52</b>	<b>Boeken en filmtips.</b>	<b>91</b>	<b>Van probleem naar oplossing.</b>

Als professional in de (jeugd)ggz ken je misschien situaties waarbij de cliënt niet of onvoldoende profiteert van behandeling of van ingezette begeleiding. Herstel blijft uit en de moedeloosheid bij cliënt, diens naasten en bij jou als professional neemt toe. Binnen teams kan dan de roep ontstaan om meer gespecialiseerde behandeling. Of om een andere plek waar de cliënt 'beter' af zou zijn. Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) ([www.cce.nl](http://www.cce.nl)) wordt vaak om consult gevraagd in dit soort vastgelopen situaties, om samen op zoek te gaan naar nieuw perspectief.

*Barbara Stringer en Marcia Lever*

# Perspectief bij vastgelopen situaties in de ggz

## OVER DE AUTEURS

**Barbara Stringer** is sinds 2017 werkzaam als coördinator bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Zij heeft een achtergrond als verpleegkundige in de ggz en is verpleegwetenschapper. Naast haar werk als coördinator doet ze bij CCE onderzoek en zoekt ze naar bruikbare manieren om de bevindingen uit onderzoek te delen met het veld.

**Marcia Lever** heeft jarenlang als adviseur in de jeugdzorg gewerkt, en heeft bij CCE deel uitgemaakt van het team Expertisemanagement. Ze zet zich in om wetenschappelijke kennis en praktijkkennis te verbinden en te vertalen in bruikbare kennisproducten (zoals methodieken, tools en artikelen).



In dit artikel presenteren we kort de resultaten van een onderzoek van CCE naar vastgelopen situaties (Stringer et al., 2021) en maken we vervolgens de vertaalslag naar de praktijk: hoe kun je als team op een andere manier kijken naar dit soort situaties, en hoe kun je impasses doorbreken?



## Het onderzoek

CCE wordt jaarlijks ongeveer 1500 keer geconsulteerd, waarvan ongeveer driehonderd keer door de ggz. Afgezet tegen alle behandelingen in de ggz is dit een marginaal aantal. De consultaties geven echter wel een uniek beeld van handelingsverlegenheid in de ggz. We hebben de driehonderd aangemelde consul-

taties aan een grondige analyse onderworpen. Daarbij stonden de volgende vragen centraal:

- Voor welk soort vragen en problemen wordt consultatie aangevraagd?
- Om welke casuïstiek gaat het?
- Welke oplossingsrichtingen zijn behulpzaam gebleken?

» Voor het onderzoek hebben we 535 consultaties geanalyseerd, waarbij data is gebruikt uit de dossiers die CCE in het kader van de consultaties bijhoudt. Er bleken vier groepen met vergelijkbare problemen te zijn: zelfbeschadiging, agressie, zelfverwaarlozing, en sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag. De meeste van de onderzochte consultaties (83%) kon tot een van deze 'exemplarische situaties' gerekend worden. We komen later op deze exemplarische situaties terug.  
De belangrijkste conclusie die we hebben kunnen

Dit nieuwe perspectief heeft vaak de vorm van een 'ontschuldigen verhaal' over de beleving en de betekenis van de situatie vanuit ieders standpunt. Naast aandacht voor de feiten is er ook oog voor de waarden die onder druk staan. Vanuit erkenning voor ieders beleving ontstaat een ingang om andere keuzes te maken, weg van de patronen waarin team en cliënt met elkaar verstrikt zijn geraakt (Spanjersberg et al., 2016). Een tweede bevinding uit het onderzoek is dat we vaak denken dat (chronische) symptomen die passen bij een stoornis moeten worden 'behandeld'. Vaak is

Het is zeer begrijpelijk dat (angst voor) bepaald

probleemgedrag afstand oproept,

terwijl de oplossing juist lijkt te liggen in nabijheid.

trekken, is dat er bij vastgelopen situaties een interactiepatroon is ontstaan dat de situatie ongewild in stand houdt of verergert. Het patroon waarin teams en cliënten met elkaar verstrikt zijn geraakt, zorgt voor stress bij de cliënt. De voor de cliënt meest bekende manier om met die stress om te gaan, uit zich in 'probleemgedrag'. En dat is juist het gedrag waarmee professionals moeite hebben. Om uit dit patroon te komen wordt van begeleiders eigenlijk contra-intuïtief handelen gevraagd. Een voorbeeld: het is zeer begrijpelijk dat (angst voor) bepaald probleemgedrag afstand oproept, terwijl de oplossing juist lijkt te liggen in nabijheid.

Het vraagt vaak een 'buitenstaandersblik' om als team het eigen aandeel in dit patroon onder ogen te zien. Door de heftigheid van situaties en de grote emoties die daarbij komen kijken, raken teams, de cliënt en naasten ingezogen in de situatie, wat het reflectievermogen beperkt (De Haas, 2006; Wolters, 2009). Lucht en ruimte kunnen leiden tot nieuw perspectief.

echter al gebleken dat meer behandeling niet werkt; eigenlijk overvragen we de cliënt daarmee. Om vanuit langdurige overvraging te herstellen heeft de cliënt vooral een stabiele omgeving nodig en afstemming van de behandeling en begeleiding op zijn of haar (blijvende) beperkingen (Baart, 2013).

#### Implicaties voor de praktijk

Als professional binnen de sociaal (ped)agogische hulpverlening kom je vermoedelijk regelmatig in aanraking met situaties zoals die in het onderzoek beschreven worden. Hoe kun je daar met je team beter mee uit de voeten? Hoe kun je meer inzicht krijgen in vastgelopen situaties?

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen hebben we als vervolg op het onderzoek een set werkvormen ontwikkeld die teams kunnen ondersteunen bij het beter omgaan met vastgelopen situaties en zo mogelijk weer perspectief te vinden met elkaar.



Foto Bigstock

## Werkvormen

De werkvormen helpen jou en je team om een verandering van de kijkrichting te realiseren. Dat doe je door de focus op het gedrag en de problematiek van de cliënt te verleggen naar het functioneren van het team zélf. Centrale vraag is: wat kunnen wij zelf anders of beter doen om het uiterst ingewikkelde gedrag van deze cliënt beter te begrijpen en te veranderen? De kans is namelijk groot dat de cliënt pas ander gedrag kan laten zien als wij als professionals anders omgaan met het bestaande gedrag en de cliënt uitnodigen hierin mee te bewegen.

### Wanneer inzetten?

De werkvormen zet je in wanneer het team rondom een cliënt met ernstig probleemgedrag het dreigt op te geven. Dit herken je aan uitspraken als 'deze cliënt hoort hier eigenlijk niet thuis', 'dit kunnen we niet lang meer verantwoorden', 'dreigt onveilig te worden', 'het is alleen maar gedrag', enzovoort... Hoe sneller je aan de slag gaat met deze signalen, hoe groter de kans dat je escalatie van problemen, overplaatsing van cliënten en uitval van collega's kunt voorkomen.

### Vier exemplarische situaties - tien werkvormen

De werkvormen zijn geordend rondom vier exemplarische situaties. Deze sluiten aan bij de meest voorkomende probleemverklaringen en in stand houdende interactiepatronen en zijn erop gericht om daarin beweging te creëren. Sommige werkvormen passen bij meerdere exemplarische situaties, maar wel steeds met net een ander doel. Hieronder introduceren we de exemplarische situaties kort met de bijbehorende werkvormen.

### Zelfbeschadiging

*Kern van het probleem: de cliënt beschadigt zichzelf en als team verlies je positiviteit ten opzichte van de cliënt. Het gaat vooral om jonge, normaal begaafde vrouwen. Ze vertonen extreem en langdurend (zelf)destructief gedrag, waaronder zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag en/of ernstig ondergewicht. Het risico op overlijden wordt als hoog ingeschat. Ingezette therapieën hebben geen of onvoldoende resultaat. Als team voel je je onmachtig en raak je uitgeput. Ook familie voelt zich vaak machteloos. Vanuit die onmacht lukt het vaak niet meer om de cliënt neutraal of positief te benaderen. Dit versterkt de problemen.*

Een eerste werkvorm die hiervoor ontwikkeld is, is het onderzoeken van de huidige veerkracht binnen het team, omdat dit soort situaties een zware wissel trekt op iedereen. Pas als je zicht hebt hoe elk teamlid tegen de situatie aankijkt, kun je een inschatting maken hoeveel ruimte iedereen heeft om op een ander contact aan te sturen met de cliënt. Te snel willen veranderen, zonder dat er ruimte is voor de emoties en uitputting binnen teams, heeft weinig kans van slagen. Pas wanneer iedereen in het team zich gehoord voelt in zijn zorgen, frustraties en emoties, ontstaat er mogelijk ruimte voor een andere kijk op de situatie. Een tweede werkvorm die hiervoor ontwikkeld is, gaat in op het verkennen van de ruimte om weer meer in te zetten op normale ritmes en activiteiten die vaak verloren zijn geraakt in alle aandacht voor het zelfbeschadigende gedrag. Aan de hand van positieve aspecten van de cliënt wordt gezocht naar concrete aanknopingspunten om het leven van de cliënt weer te verrijken. Dit kan bestaan uit het samen doen van een activiteit, het proberen te herstellen van contacten met belangrijke anderen en het aanspreken van sociale vaardigheden. Door binnen je team te kijken wie welke concrete actie op zich wil en kan nemen, bouw je langzaam weer aan een meer betekenisvol leven voor de cliënt en aan een andere invulling van de relatie. Deze werkvorm is, met iets andere accenten, ook in te zetten bij agressie en zelfverwaarlozing.

### Agressie

*Kern van het probleem: de cliënt beschadigt de ander en als team neem je controle vanaf afstand. Het gaat meestal om mannen tussen de 25-50 jaar met een lange geschiedenis van (gedwongen) opnames in de ggz, met soms overplaatsingen naar het forensische circuit. Door veelvuldige en ernstige agressie-incidenten worden ze vaak langdurig buiten de groep om begeleid. Daardoor is er bijna alleen nog functioneel contact. De cliënt wordt steeds meer overgeleverd aan zijn eigen (ingewikkelde en/of overweldigende) binnenwereld. Dit zorgt voor stress. Die stress leidt vervolgens vaak tot agressie, wat maakt dat je als team nog meer afstand inbouwt in het contact.*

Een eerste werkvorm die voor deze situatie is ontwikkeld, onderzoekt de mate van afstand die gegroeid is in het contact met de cliënt. In het team voer je een ge-



➤ sprek over situaties waarin je fysiek of sociaal afstand hebt genomen van de cliënt. Vervolgens reflecteer je op de voorbeelden en onderzoek je met elkaar waar opnieuw nabijheid gezocht kan worden in het contact met de cliënt en hoe dit de cliënt zou kunnen helpen. In een tweede werkvorm ga je aan de slag met 'ondertitelen' van sociale situaties. Deze cliënten kunnen hun gedrag en emoties niet goed reguleren en hebben onze 'ondertiteling' nodig om hun wereld voorspelbaar te maken. Aan de hand van concrete situaties analyseer je binnen je team waar mogelijke alarmbellen over het hoofd worden gezien bij agressie-incidenten en hoe je die alarmbellen voor kunt zijn door ze van ondertiteling te voorzien. Hoe meer je aan de voorkant investeert in duidelijkheid en voorspelbaarheid, hoe veiliger het voor zowel de cliënt als voor jullie als team wordt.

### Zelfverwaarlozing

*Kern van het probleem: de cliënt verwaarloost zichzelf en als team stap je uit het contact. Hier gaat het om enig-*

*zins excentrieke mannen die nauwelijks zorg toelaten. Vaak zijn ze ontwijkend en afwerend in contact, waarbij het voor jou verleidelijk is de persoon met rust te laten, waarna (ernstige) verwaarlozing ontstaat. Er is weinig wederkerigheid in de relatie. Het risico bestaat dat het team afbaakt, waardoor de cliënt nog verder verwaarloost en 'vastloopt'.*

Een mogelijke werkvorm richt zich op het versterken van het contact. Cliënten die zichzelf verwaarlozen, zijn vaak gebaat bij een voorspelbaar dagritme. Dit helpt hen namelijk om gedrag en emoties te reguleren, waardoor zij meer sociale interacties aan durven gaan. Hiervoor is echter wel contact met de cliënt nodig, wat nu juist zo ingewikkeld is voor deze mensen. Met de eerste werkvorm die bij deze situatie is ontwikkeld wordt onderzocht hoe we meer kunnen inzetten op die relatie. Onvoorwaardelijk investeren in positieve gebaren en momenten kan een opening bieden tot het toelaten van contact.

Een andere werkvorm richt zich op de vraag hoe we het voor de cliënt makkelijker kunnen maken. Handelingen die voor velen van ons vanzelfsprekend zijn,

zijn dat voor mensen die zichzelf verwaarlozen niet. Vaak hebben we verwachtingen van zelfstandigheid die niet passen bij de specifieke kenmerken van mensen die zichzelf verwaarlozen. Dit betekent dat we een werkvorm hebben ontwikkeld waarin we dagelijkse handelingen analyseren en bedenken hoe we

*op bij jou en bij hun naasten, maar behandeling en begeleiding zijn moeilijk. Je voelt je als team verantwoordelijk om te voorkomen dat het mis gaat, maar kunt die verantwoordelijkheid slecht waarmaken. Dit maakt dat jullie soms overwegen de behandeling af te sluiten. Maar dat vergroot het risico op incidenten.*

Door binnen je team te kijken wie welke concrete actie

op zich wil en kan nemen, bouw je langzaam weer aan

een meer betekenisvol leven voor de cliënt en

aan een andere invulling van de relatie.

### CASUS HENK:

Henk is een 45-jarige man. Hij ziet er onverzorgd uit, ruikt niet fris, loopt gehaast, is altijd op zijn hoede en mengt zich nooit echt in het leven. Hij is een verzamelaar van papier, knipt bladzijden uit boeken en bewaart alles. Er speelt verwaarlozing, vervuiling en vernieling van materiaal. Sommige begeleiders zijn bang voor hem. Het begeleidingsteam vindt dat Henk zich niet aan de afspraken houdt en zich onttrekt aan begeleiding. Het team vraagt zich af of Henk te handhaven is in deze context. Wat kunnen ze eventueel nog doen om hem beter te begeleiden, zodat zijn kwaliteit van leven toeneemt en hij zich beter kan handhaven tussen de medecliënten?

Het team gaat na bespreking van de situatie aan de slag met de werkvorm 'Maak het makkelijk', in een ingelast teamoverleg. Het team realiseert zich dat wat voor ons vanzelfsprekend is, voor Henk minder vanzelfsprekend kan

zijn. Er wordt gebrainstormd over hoe Henk ondersteund kan worden om zijn ADL te verbeteren. Het doel is om te kijken of Henk kan leren om zijn kleding in de was te doen, schone was op te ruimen en regelmatig schone kleren aan te trekken. Het team komt met het idee om een fotocollage te maken: een lege wasmand, kleding die op de grond ligt, een volle wasmand, een mand met schone was en een opgeruimde kast met kleding. De wasmand zelf wordt aangeschaft voor op zijn eigen kamer. Ook wordt twee keer per week de avond van tevoren met Henk schone kleding klaargelegd. De ochtendienst herinnert Henk hem tijdig aan zijn schone kleding die klaarligt en na drie maanden consequent volhouden lukt het hem dit nieuwe ritme te volgen. Begeleiders ervaren minder strijd rond de ADL en mede-clieënten ontwijken Henk minder omdat hij nu weer frisser ruikt.

deze handeling kunnen opknippen in meer haalbare en concrete instructies. Door handelingen concreter te maken en soms ook visueel te ondersteunen, kunnen cliënten meer regie ervaren bij het uitvoeren van alledaagse handelingen.

### Grensoverschrijdend gedrag

*Kern van het probleem: de cliënt raakt in conflict met de maatschappij en als team krijg je geen grip op de acties van de cliënt. Hier draait het om impulsieve mensen met een sterke overlevingsdrang, die weinig rekening lijken te houden met sociaal-maatschappelijke kaders. Ze lopen het risico op zowel slachtoffer- als daderschap, afhankelijk van wie ze op hun pad treffen. Het lijkt hen allemaal te overkomen en ze geven weinig blijk van inzicht in hun functioneren of problemen, vaak mede ingegeven door zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. Ze hebben vaak, al vanaf hun vroege jeugd, een weinig gezond sociaal steunsysteem. Ze roepen veel zorg*

Als professional is het lastig je te verhouden tot mensen op wie je weinig grip hebt en die dingen doen die niet handig lijken. In de werkvorm die we hierbij ontwikkeld hebben, onderzoek je vanuit welk referentiekader je redeneert als cliënten grensoverschrijdend gedrag vertonen. De bagage die wij als professionals hebben om problemen te overwinnen kan flink verschillen van die waarmee cliënten het moeten doen. Het inzicht daarin kan maken dat je langer geduld hebt met je cliënt en meer begrip krijgt voor zijn overlevingsstrategie.

Soms lijken cliënten hun eigen uitstoting te organiseren. Hoe 'onmogelijker' hun gedrag, hoe meer jij je gedwongen kunt voelen om de relatie te stoppen. Wat voor de cliënt bevestigt: 'niemand is te vertrouwen'. Onvoorwaardelijkheid in de relatie kan helpen dit patroon te stoppen. De werkvorm die we hiervoor ontwikkeld hebben, begint met het verkennen van jouw eigen waarden die mogelijk botsen met hoe de cliënt zich gedraagt. Hierop reflecteer je en je onder-



# Goed luisteren, risico's verdragen en verhalen vertellen

## CASUS JORIS:

Tijdens een teambespreking lopen de emoties hoog op als het gaat over Joris (21 jaar). Collega's hebben sterke meningen over zijn gedrag en zijn 'helemaal klaar met hem'. Hij komt bijna nooit opdagen en als hij er is, scheldt hij je uit. De teamleider is recent gebeld door de politie die aangaf dat Joris weer gepakt was voor handelen in drugs. De moeder van Joris hing aan de lijn bij de begeleiding, omdat hij al een paar nachten niet thuis had geslapen en zij zich ernstig zorgen maakte. De behandelaar luistert naar het gesprek en stelt voor om een aparte bijeenkomst te beleggen om te onderzoeken hoe de reacties op Joris' gedrag beter begrepen kunnen worden.

In die bijeenkomst gaat het team aan de slag met de werkvorm 'Bagagecheck'. Het wordt een mooie intense bijeenkomst, waarin persoonlijke tegenslagen van collega's gedeeld kunnen worden. Tegelijkertijd beseft het team dat het Joris aan veel hulpbronnen ontbreekt. Dat komt hard binnen. De achterstand op levensvaardigheden en steunbronnen, die voor teamleden soms vanzelfsprekend zijn, maken de overlevingsstrategie van Joris beter te begrijpen. Een aantal collega's geeft aan ook wel goede momenten te kennen met Joris en er worden manieren bedacht om die momenten vaker op te zoeken en uit te vergroten. Afgesproken wordt ook om actiever het contact met moeder op te zoeken en haar te steunen om vol te houden. Hoewel de situatie rond Joris hiermee niet meteen opgelost is, gaat het team wel weer met hernieuwd vertrouwen en energie verder.

zoekt hoe je anders tegen het gedrag van de cliënt kan aankijken. Dat geeft een ingang om vanuit positieve gebaren en kleine momenten van contact te bouwen aan het vertrouwen. En van daaruit aan de relatie, zonder hierin je eigen grenzen geweld aan te doen.

## Slotwoord

Vastgelopen situaties vragen om tijd en ruimte om te analyseren hoe je met elkaar kunt begrijpen waarom het gaat zoals het gaat. Van daaruit kun je zoeken naar een uitweg uit de ontstane situatie. Snelle en makkelijke oplossingen zijn meestal niet voorhanden. Vaker zitten de verklaring en oplossing erin hoe iedereen zich tot de situatie verhoudt, en niet in een verklaring die enkel de cliënt betreft.

De bevindingen uit het onderzoek en de werkvormen zijn hier kort toegelicht. Op de website van CCE zijn de uitgebreide versie en werkinstructies te vinden.

Collega's van CCE zijn altijd bereid om je op weg te helpen om hiermee aan de slag te gaan. Wij hopen vooral dat dit artikel je uitnodigt tot reflectie op vastgelopen situaties. En het beseft dat hernieuwd vertrouwen kan ontstaan in een ander perspectief voor cliënten, waarbij de kwaliteit van hun bestaan weer groter wordt. ✨



## Literatuurverwijzingen

- Baart, A. (2013). Kwetsbaarheid gerehabiliteerd. *Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel* 4, 30-7.
- Spanjersberg, M., Van den Hoek, A., Veldhuijzen van Zanten, E., & Van Wingerden, R. (2016). *Systeemdenken in de praktijk. De kunst van het verbinden*. Utrecht: Stili Novi.
- Stringer, B., Mocking, R. J. T., Rammers, D., & Koekkoek, B. (2021). Consultaties bij vastgelopen behandelsituaties: een beschrijvende studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 63 (5), 343-350.
- Willems, A. P. A. M., & Embregts, P. J. C. M. (2011). Uitdaginge relaties: Werken met de omgangsstijl van begeleiders m.b.v. de SIG-B. *Onderzoek & Praktijk* 9(2), 46-53.

Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) doet consultaties in complexe situaties waarin de zorg vastloopt, waarin 'probleemgedrag' is ontstaan en professionals rondom een cliënt handelingsverlegen raken. Een deel van die consultaties vindt plaats in de JeugdzorgPlus, een sector die in beweging is. Gesloten jeugdzorg wordt steeds meer afgebouwd. Er worden kleinschalige voorzieningen opgezet waarbij teams voor de uitdaging staan om vorm te geven aan goede zorg en een omgeving waarin jongeren veilig kunnen opgroeien. *Sara van der Weerd, Yvette de Beer, Carola Koehoorn*



In dit artikel reflecteren CCE-coördinatoren Yvette de Beer en Carola Koehoorn en projectleider expertisemanagement Sara van der Weerd op wat CCE ziet in consultaties in de JeugdzorgPlus. Zij geven aan wat er nodig is om te komen tot een perspectief dat van de jongeren zelf is.

## OVER DE AUTEURS

**Sara van der Weerd** is als projectleider expertisemanagement bij CCE werkzaam op de portefeuille Onderzoek. Opgeleid als antropoloog heeft zij zich altijd beziggehouden met kennisontwikkeling, beleids- en advieswerk binnen verschillende maatschappelijke sectoren, als laatste vóór CCE bij het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

**Yvette de Beer** is coördinator bij CCE, GZ-psycholoog, projectleider project JeugdzorgPlus vanuit het CCE-programma Jeugd.

**Carola Koehoorn** is coördinator bij het CCE, verpleegkundige en voormalig manager binnen de vg, ggz en gesloten jeugdzorg, actief in het CCE-programma Ggz.

Het is belangrijk om de jongeren voor wie deze consultaties zijn centraal te stellen. Om echt contact te maken met hen en met de mensen die voor hen belangrijk zijn. Om goed te luisteren naar wat zij zelf aandragen en samen proberen te begrijpen welk signaal een jongere afgeeft met zijn gedrag. Het verdragen van risico's is daarbij nodig, maar ingewikkeld. Daarom gaat dit artikel over goed luisteren en risico's verdragen. We sluiten af met de oproep om verhalen te delen. Over wat werkt, om van elkaar te leren en elkaar te inspireren.

## Eerst luisteren

Wanneer je als CCE-coördinator een consultatie start, ga je bij voorkeur eerst in gesprek met de ouders, om fotoboeken te bekijken, hun verhaal te horen én het verhaal van de jongere zelf, voordat je het dossier inkijkt. Zo'n dossier bestaat soms door de jaren heen deels uit knip- en plakwerk, met als gevolg dat het verhaal niet meer overeenkomt met hoe de jongere



► re en zijn ouders dit zien en hebben ervaren.

Als een jongere met ingewikkeld te begrijpen gedrag aangeeft dat het niet goed gaat, kun je als hulpverlener de neiging hebben om te gaan zorgen en dingen over te nemen. Luister in eerste instantie vooral naar wat deze jongere zelf aandraagt. Wat zijn zijn verhalen, ideeën en wensen? Waarmee denkt hij geholpen te zijn om zich prettiger te voelen? Daar ligt de start voor je handelen als professional.

In onze consultaties bieden we daar ruimte voor. We gaan in gesprek met de jongere zelf, en zo mogelijk ook met zijn ouders en andere belangrijke mensen uit zijn netwerk, en met betrokken professionals. We zoeken gezamenlijk uit waar de vraag echt zit. En we brengen mensen in met een frisse blik en verschillende soorten expertise om mee te zoeken naar wat kan helpen om een vastgelopen situatie weer in beweging te krijgen.

In consultaties in de JeugdzorgPlus proberen wij de vraag 'wat wil jij?' aan een jongere als uitgangspunt te nemen. Soms kan ook iemand uit het netwerk van de jongere een nieuw perspectief aandragen. Vervolgens is belangrijk: denk in mogelijkheden wanneer je naar de ideeën en wensen luistert.

Maar al zouden we het beter weten, het gaat niet werken als de jongere er anders over denkt.

### Een moeder blijft altijd moeder

Breng het netwerk van de jongere in kaart. Vraag wie er belangrijk is. Dat kan ook een tante, een broer, een oud-begeleider of vriendin zijn. Luister naar wat het netwerk van een jongere inbrengt! Het klinkt eenvoudig, maar we zien in vastgelopen situaties rondom jongeren in de JeugdzorgPlus dat het persoonlijke netwerk vaak onvoldoende onderzocht wordt. Dat heeft niets met onwil te maken. Als een jongere in instellingen verblijft, dreigt zijn persoonlijke netwerk voor de betrokken professionals soms uit beeld te raken. De waan van de dag vraagt veel van hulpverleners. Er wordt keihard gewerkt, met hart en ziel. De onderbezetting in de zorg verhoogt de werkdruk, het verloop van medewerkers is groot, enzovoort... Het is voor veel mensen die in deze setting werken moeilijk om ruimte te vinden voor de nodige reflectie en verdieping.

Er zijn ook situaties waarin ouders en andere betrokkenen van jongeren worden gezien, maar waar het moeilijk is om ze op een goede manier te betrekken. Moeder belt bijvoorbeeld tien keer per dag, of ze zegt dat het thuis prima gaat terwijl je als professional daar ernstig aan twijfelt. Als je dan werkt in een hectische en complexe situatie kan het lastig zijn om het persoonlijke netwerk van de jongere als gesprekspartner te betrekken.

Voorop staat dat een moeder altijd moeder blijft en een vader altijd vader. Ouders en andere naasten verdienen onze compassie voor hun zorgen over het welzijn van hun kind. En hun kind en de professionals hebben hen hard nodig. De mensen die om een jongere heen staan, kunnen zoveel krachtiger zijn dan de hulpverleners. Dat inzicht is belangrijk.

Oplossingen zijn vaak te vinden in het eigen netwerk, dichtbij de jongere zelf. Kinderen willen meestal gewoon terug naar huis, naar degenen bij wie ze horen. Daar is hulp en ondersteuning bij nodig; het loont om daarover na te denken. De jeugdige en zijn netwerk zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

### Onze eigen waarden en normen opzij zetten

Echt luisteren naar de wensen van een jongere en zijn netwerk betekent ook je inzetten om daarnaar te handelen. Het kan moeilijk zijn als een situatie niet loopt zoals je het zelf als hulpverlener of andere be-

trokkene voor ogen hebt. Of als je een jongere ziet worstelen met het leven en daarin niet de keuzes ziet maken die je hem gunt. We willen het beste voor jongeren; we denken het als hulpverlener soms beter te weten en we denken dat het beter kan of beter moet. Maar al zouden we het beter weten, het gaat niet werken als de jongere er anders over denkt. We kunnen ons als hulpverlener vaker afvragen: moet

Er werken goede mensen in de zorg,

het zijn vooral de systemen waarin zij werken

waardoor zij soms vastlopen.

het (voor ons) perfect zijn of mogen we tevreden zijn als de jongere en zijn naasten tevreden zijn? Laten we ons bewust zijn van onze eigen waarden en normen. Hoe vinden we dat iemand (zijn leven) moet zijn? Welk gedrag keuren we af en waarom? We proberen hier in consultaties aandacht voor te vragen. En ook hier is het belangrijk om met de jongere in gesprek te gaan over wat zijn perspectief is. Wat wil hij zelf graag? Wij moedigen hulpverleners aan een serieuze poging te doen om de eigen waarden en normen in dat gesprek even niet voorop te stellen, om samen de mogelijkheden te verkennen die de jongere aandraagt.

### Risico's verdragen

Het verkennen van die mogelijkheden betekent niet dat je risico's moet negeren. Het is belangrijk om een wens van een jongere niet direct af te wijzen vanwege die risico's. Onderzoek wensen en risico's serieus, samen met de betrokkenen. Bespreek wat ervoor nodig is om deze risico's te aanvaarden. Als professionals en andere betrokkenen bij een jon-

gere moeten we soms leren verdragen dat er risico's kunnen zitten aan het loslaten of normaliseren van situaties. We zien in consultaties dat dwang en drang ingezet worden, in een poging om daarmee risico's te vermijden. Denk aan het risico dat een jongere wegloopt of zichzelf of een ander schade toebrengt. Echter, het inzetten van dwang en drang en het verblijven binnen strikte kaders kunnen een risico op zichzelf vormen voor jongeren. Denk aan de emotio-

nele schade die een jongere kan oplopen als hem zijn vrijheid wordt ontnomen of als hij niet in staat wordt geacht verantwoordelijkheid te nemen.

### Vanuit onze CCE praktijk zien wij hoe ingewikkeld dat is

Het verdragen van risico's is een ingewikkelde opgave voor hulpverleners. We zien in onze consultaties hoe moeilijk het is om ook echt vanuit het perspectief van de jongere en zijn persoonlijke netwerk te handelen. Hoe moeilijk het te verdragen is als de oplossing die een jongere zelf aandraagt veel risico's in zich heeft. Angst kan daarbij een belangrijke rol spelen, in twee opzichten. Enerzijds is er angst voor het welzijn van de jongere, dat het verder uit de hand loopt en er iets vreselijks gebeurt zoals een suïcidepoging. Anderzijds is er angst voor de verantwoordelijkheid die je hebt als professional. Angst om afgerekend te worden op dat je te veel risico hebt genomen. Wat daarbij niet altijd wordt meegewogen is welk risico een verblijf in een ongezond pedagogisch klimaat met zich meebrengt. Wat is de mogelijke schade wanneer je een

➔ jongere laat weten dat hij niets zelf kan beslissen en hem alles uit handen neemt tot hij achttien is? Wat is het risico van verblijf in een context met allemaal jongeren met problemen? Deze belangrijke overwegingen krijgen niet altijd voldoende aandacht.

### Verdragen dat we het niet kunnen fiksen

We vinden het als professional soms moeilijk om te accepteren dat we niet alles kunnen fiksen. Als een jongere veel nare dingen heeft meegemaakt in zijn jeugd, kunnen wij de gevolgen daarvan niet of niet helemaal repareren. We kunnen niet voorkomen dat een jongere nog meer nare dingen meemaakt, ook niet met het afnemen van vrijheden, hoe graag we dat ook willen.

Wat je kunt en moet doen, ook als het misloopt, is in contact met hem blijven en in dat contact betrouwbaar en berekenbaar zijn. Er voor hem zijn, goed luisteren, serieus meedenken met zijn plannen en met hem zoeken hoe het een volgende keer beter kan als het misgaat. Hem niet afrekenen op zijn fouten, maar meedenken met hem hoe het verder moet.

### Steun in de rug

Hulpverlenersteams hebben begeleiding nodig om risico's te kunnen verdragen in deze complexe situaties. Ze zijn niet voor niets hulpverlener geworden, ze willen helpen en het goede doen en moeten zich gesteund voelen.

Je gesteund voelen is essentieel. De wetenschap dat je onvoorwaardelijke steun ontvangt, moet door de hele organisatie duidelijk en te voelen zijn. Het gaat om veiligheid en vertrouwen. Op wie kan ik bouwen? Word ik als hulpverlener beschermd als het misgaat met een jongere?

Als CCE brengen wij die boodschap ook breder in organisaties dan het team waarbij we betrokken zijn. Regelmatig gaan we hierover in gesprek met managers en bestuurders. Begeleiders hebben onvoorwaardelijke steun nodig, net zoals de steun die jongeren van hen vragen.

### Risicobeheersing

Bij de oproep om risico's te verdragen hoort erkenning van de verantwoordingscultuur in het zorg-

systeem waar hulpverleners mee te maken kunnen hebben. We komen in consultaties situaties tegen waarin de nadruk ligt op risicobeheersing uit angst voor de mogelijkheid aansprakelijk gesteld te worden. Gezamenlijke besluitvorming met veel belanghebbers rondom jongeren is soms ingewikkeld. In die ingewikkelde situaties wordt vanuit de zorgorganisaties soms veel belang gehecht aan risicobeheersing. Individuele hulpverleners kunnen daarin vastlopen. De mogelijkheid dat de media een incident uitvergroot, zorgt ook voor angst, zowel bij hulpverleners als bij bestuurders. Gebrek aan tijd en personeel en het grote verloop van medewerkers spelen ook mee. Vacatures, wachtlijsten, uitzendkrachten – al deze factoren helpen niet bij het gezamenlijk zorgvuldige afwegingen maken. Het is belangrijk om oog te hebben voor de ingewikkelde situaties waar hulpverleners mee te maken hebben.

### Verhalen delen

Vaak heb je als CCE-coördinator in een consultatie een mooi gesprek met hulpverleners of met ouders. Dan gaan mensen ineens anders kijken en enthousiast aan de slag met nieuwe inzichten. Die mooie momenten ontstaan door ruimte te bieden, te vertragen, goed te luisteren en vragen te stellen, aanvullende kennis in te brengen, samen te verkennen wat er buiten de geijkte oplossingen mogelijk is. Het is belangrijk om die mooie momenten onder de aandacht te brengen door ze breder te delen. Vanuit CCE roepen wij iedereen die betrokken is bij jongeren in de JeugdzorgPlus op om de mooie verhalen te delen. Wees je bewust dat mensen echt het beste willen. Er werken goede mensen in de zorg, het zijn vooral de systemen waarin zij werken waardoor zij soms vastlopen. Het systeem van de gesloten jeugdzorg is in beweging. De wil is er om die gesloten setting af te bouwen. Dat geeft hoop en perspectief. Laten we met elkaar in gesprek blijven en verhalen vertellen over wat werkt. Laten we daarbij vooral ook de jongeren zelf en hun ouders aan het woord laten, over wat er geholpen heeft. Daar kunnen we veel van leren. ❖

Hoe belangrijk is iemands levensverhaal in de zorgverlening? Kan het levensverhaal bepaald gedrag, zeg 'probleemgedrag', verklaren? Voor CCE-consulent Els Teune is het levensverhaal de echo die altijd meedoet: 'Iemand is zijn levensverhaal. Oh, mevrouw is al dertig keer verhuisd? Ja, dan snap ik wel dat ze zich niet wil binden.' *Ronella Bleijenburg*

'Kijken naar het levensverhaal geeft altijd winst, ook als er geen probleemgedrag is'



Tijdens een van haar consultaties in de ouderenzorg werd Els Teune, CCE-consulent en mede-eigenaar van Teamsaanzet, door een passerende bewoner in de gang tot stilstand gedwongen. Dreigend en boos had de man herhaaldelijk geroepen dat ze niet mocht bewegen, stil moest blijven staan en moest uitkijken. Het duurde in totaal zo'n drie minuten. Minuten waarin het voor Els duidelijk werd dat de man niet in het hier en nu was. 'Ik luisterde en volgde zijn bevelen op, maar voor veel zorgmedewerkers is drie minuten stilstaan geen optie. Zij zijn daar veel te druk voor. Tegen de zorgmedewerkers die niet luisterden, werd door hem nog wel eens fysieke agressie gebruikt en daarom werd Cen-

trum voor Expertise en Consultatie (CCE) ingeschakeld.' Toen Els het voorval met het team van zorgverleners besprak, kreeg ze als reactie dat hij 'dat altijd doet' en hij is 'nu eenmaal agressief'. Zelf gelooft ze daar niet in, vertelt ze, dat iemand 'nu eenmaal agressief is' en zonder reden probleemgedrag vertoont.

### Het kwartje viel

Dus ging Els, samen met het team, op zoek naar antwoorden. Wat weten we eigenlijk van deze meneer? Wie is hij? Wat zijn belangrijke gebeurtenissen in zijn leven geweest die bepalend kunnen zijn voor dit gedrag? 'Het team wist het niet. Tot we met de broer van de man spraken, meer te weten kwamen over de levensgeschiedenis en te horen kregen dat het wel eens om een oorlogstrauma zou kunnen gaan. De man zat vroeger in het leger en moest mijnen opsporen. Toen viel bij ons allemaal het kwartje. In zijn beleving was de man ons aan het beschermen op zulke momenten. Wat logisch, dachten we.'

### OVER DE AUTEUR

Ronella Bleijenburg is freelance journalist  
[www.ronella.nl](http://www.ronella.nl)

## ► Compassie en erkenning

‘Dat is precies wat je met het levensverhaal bereikt’, vervolgt Els. ‘Meer begrip, meer compassie, maar ook meer erkenning voor hoe iemand is omdat je kijkt naar life-events die iemand vanuit zijn of haar socialisatieproces kenmerken. Wat maakt dat iemand altijd aan het zorgen is, kritisch is of commandeert? Weten wij voldoende van het leven van een cliënt om bepaald gedrag, bijvoorbeeld probleemgedrag, te verklaren? Wat weten we eigenlijk echt van de mensen aan wie we zorg verlenen? Oh, mevrouw is al dertig keer verhuisd? Ja, dan snap ik wel dat ze zich niet wil binden.’

### Vragen stellen is niet brutaal

Uit ervaring weet Els dat het vaak voorkomt dat zorgverleners niet genoeg weten over hun cliënt, althans niet over levensbepalende gebeurtenissen of hoe iemand gesocialiseerd is. Stel maar vragen, is haar

worden. ‘De informatie over de levensgeschiedenis in het dossier is vaak summier of oppervlakkig. Dat mevrouw broers, zussen en kinderen heeft, zegt mij niet zoveel. Maar weet je hoe de band met de familie is en de band tussen de familieleden onderling? Wat doet het systeem hierin en welk gedrag zien we hieruit voorkomen en wat vertelt dat gedrag ons? Als je op die manier kijkt, dan heeft het levensverhaal altijd meerwaarde. Dan is het niet langer een formaliteit.’

### Iedereen heeft een levensverhaal

In de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg ligt de focus op begeleiding en behandeling, waardoor het ophalen van de levensgeschiedenis toch wat sneller vergeten wordt, ervaart Els. ‘Maar ook hele jonge kinderen hebben al een levensverhaal.’ Ze vertelt over een jongetje van drie jaar oud met het syndroom van Down. Een jongetje dat veel agressie

trum was het op schoot zitten fijn, maar moest hij iets doen omdat hij van niemand een negatieve reactie kreeg. Toen zijn we gaan onderzoeken of hij pijn en fijn met elkaar geassocieerd had. Elke keer mocht hij heel even op schoot en net voor hij zou gaan krabben, bijvoorbeeld, ging hij van schoot af. De periodes dat hij op schoot kon zitten, werden na verloop van tijd steeds langer en hij liet steeds prettiger gedrag zien. Zo leerde hij fijn en pijn te scheiden. Binnen een paar maanden nam dat negatieve gedrag extreem af. Fantastisch!’

### Juiste aansluiting

Het levensverhaal van iemand kan niet alleen helpend zijn als er al probleemgedrag is geconstateerd. Het kan ook probleemgedrag voorkomen. Els geeft een ander voorbeeld. ‘Sommige mensen houden er niet van om gezamenlijk te eten, maar moeten dat wel als ze in groepsverband wonen. Waarom? Omdat het gezellig is? Misschien voor degene die heeft bedacht om samen te eten, maar niet voor deze persoon. Als je dit weet en je laat iemand apart eten, dan voorkom je ellende. Apart eten is niet zelig. Deze persoon hoeft niet apart te zitten, hij of zij wil apart zitten. Dat is nogal een verschil. Dwing je iemand wel om gezamenlijk te eten, dan weet ik zeker dat deze persoon gaat ageren. En naarmate je vaker dwingt, wordt het gedrag negatiever. Dit weet je dus alleen als je verdiept in de persoon. Wat zijn situaties of gewoontes die van belang zijn voor de zorg en ondersteuning? Wat moeten we weten om een goede aansluiting te vinden en de juiste begeleiding te creëren?’

### Echo

In al haar consultaties is het levensverhaal als het ware een echo die continu meedoet, vertelt Els. ‘Iemand is zijn levensverhaal.’ En dus moet dat een plekje krijgen in het dossier, maar wel op zo’n manier dat een verzorgende zo snel mogelijk de kern van het levensverhaal te pakken krijgt. Hoe de vastlegging plaatsvindt, is afhankelijk van de manier waarop een zorgorganisatie de rapportage en een zorgdossier heeft opgebouwd, en van de werkwijze binnen een team. Net zoals het per team of per cliënt kan verschillen hoe je een levensverhaal ophaalt: bijvoorbeeld door het stellen van vragen, door het opstellen van

een tijdslijn of door een reconstructie van het socialisatieproces.

### Bepalende highlights

Belangrijke voorwaarden zijn dat het levensverhaal compact is en bestaat uit *highlights* uit iemands leven die van invloed kunnen zijn op het gedrag - ‘zeker geen drie kantjes tekst, omdat geen zorgmedewerker tijd heeft om dat te lezen’. Bovendien is het van belang wat een cliënt wel en niet wil laten opnemen in zijn dossier. ‘Soms willen mensen wel iets aan mij vertellen, maar willen het niet in het dossier’, vertelt Els. ‘Ik vraag dan of ik een opmerking in het dossier mag zetten dat iemands levensverhaal belangrijk is voor de begeleiding en dat begeleiders daar naar mogen vragen.’ Als er verwanten zijn en ze willen meewerken aan een levensverhaal, dan is dat mooi. Dit kan weer andere en nieuwe inzichten geven. Maar soms ook niet, waarschuwt Els. ‘In de jeugdzorg bijvoorbeeld hebben kinderen soms veel problemen met de verwanten. Dan is het niet verstandig om hen samen in een kamer zetten.’

### Werken vanuit relatie

Els adviseert om niet alleen bij nieuwe cliënten het levensverhaal op te halen, maar sowieso bij alle cliënten meerdere keren per jaar. En juist ook bij de mensen die al langer binnen een organisatie wonen. ‘Dan is het niet alleen kijken naar het persoonlijke levensverhaal, maar ook naar het levensverhaal van die persoon binnen de organisatie. Geheid dat dan kwartjes gaan vallen waarom bepaald gedrag wordt vertoond.’ Het is niet een kwestie van harder werken, maar anders werken, nuanceert zij: werken vanuit de relatie in plaats van uit de instrumenten. ‘En dat is uiteindelijk wat zorgmedewerkers willen. Daar draait het om in de zorg. Kijken naar het levensverhaal geeft altijd winst, ook als er geen probleemgedrag is. Meer informatie levert meer begrip en meer compassie op. Je gaat anders kijken en doet een ander daar veel meer recht mee. Dat is zo essentieel. Voor iedereen, maar helemaal voor mensen in afhankelijke relaties. Nee, het levensverhaal is niet de oplossing voor probleemgedrag, maar kan zeker een bijdrage leveren aan het verminderen ervan.’ ❖



Kijken naar het levensverhaal geeft altijd winst,

ook als er geen probleemgedrag is want meer informatie

levert meer begrip en meer compassie op.

advies. Wees maar nieuwsgierig en vraag door. Vragen stellen is niet brutaal. ‘Hoewel het wel netjes is om het even voor te leggen; vindt u het goed dat ik wat aanvullende vragen stel? Vaker geeft dat eerder erkenning en een fijn gevoel dan dat het als vervelend ervaren wordt. Iemand wordt gezien en gehoord.’

### Formaliteit

In de ouderenzorg zijn zorgprofessionals gewend om de levensgeschiedenis van iemand op te halen, omdat iemand binnen de ouderenzorg vaak van een afhankelijke in een afhankelijke situatie komt. Medewerkers in deze sector worden hierin geschoold, geeft Els aan. Toch merkt ze dat het een formaliteit is ge-

vertoonde bij lijfelijk contact: bijten, krabben, slaan, spugen. Het orthopedagogisch dagcentrum en ouders schakelden ten einde raad CCE in. Els voerde de gesprekken. Het jongetje bleek te vroeg geboren, maandenlang in een couveuse te hebben gelegen en in de eerste week van zijn bestaan al meerdere operaties te hebben gehad. ‘Elke keer als de ouders en de grootouders op bezoek kwamen in het ziekenhuis, hadden ze lijfelijk contact met het jochie dat in de couveuse lag. Dan lieten ze hem tegen hun hand liggen. Eenmaal thuis bleek hij steeds agressiever te worden als hij op schoot zat. Uiteindelijk ontdekte ik dat hij pijn en fijn bij elkaar bracht. In het ziekenhuis was het fijn om tegen de hand aan te liggen, maar de behandelingen deden pijn. Thuis en op het orthopedagogisch dagcen-

Victor Kouratovsky is klinisch psycholoog en kinder- en jeugdpsycholoog en werkt binnen het veld van de culturele psychiatrie. Al meer dan dertig jaar zet hij zich in voor mensen van alle leeftijden, van elke culturele achtergrond. De invloed van die culturele achtergrond op hulpverleningsrelaties is groot. Hulpverleners voelen zich regelmatig onthand als ze te maken krijgen met cliënten met een andere culturele achtergrond: de hulpverlening verloopt moeizaam, en niet alleen vanwege de taal. Daar gaat dit artikel over: hoe helpen we die 'vreemde ander'? *Andrea Zwaanswijk*

## 'ALS IK WERKELIJK MET JOU IN GESPREK GA, DAN OPENT ZICH HET UNIVERSUM'

**Z**

elf is Victor geboren en getogen in Rotterdam. Hij heeft nooit ergens anders gewoond. De stad kent hij als zijn broekzak. Vanuit zijn huis kijkt hij uit over het water dat zijn stad met de wereld verbindt. Een stad met een diverse bevolking, waar ooit zijn vader arriveerde als immigrant uit het oosten van Europa. Ook uit eigen ervaring kent Victor dus de invloed van een geschie-

denis zoals van zijn vader. Het zette hem op het spoor van 'inwikkeling' als concept, om te begrijpen wat nodig is om je als mens vertrouwd te voelen in de omgeving om je heen.

### Proces van inwikkeling

Wat is inwikkeling? Victor beschrijft het proces van inwikkeling als het opgroeien binnen een cultuur, in specifieke gewoonten, rituelen en patronen. Hij vergelijkt het met het inbakken van een kind: zoals een kind wordt ingebakerd in doeken en zich daarin veilig voelt, zo zijn wij allemaal 'ingewikkeld in onze cultuur', en daar voelen we ons veilig in. Inwikkeling beschermt ons tegen stress; we voelen ons opgenomen

binnen de gemeenschap, weten 'hoe het gaat' en met steun vanuit die gemeenschap kunnen we ook de noodzakelijke stappen zetten in onze ontwikkeling. Dat is niet wat je kunt zeggen over de cliënten die Victor ziet, in zijn praktijk en in consultaties voor CCE. Die mensen zijn vaak, soms meermalen, ontworteld. Weggetrokken uit hun thuisland, om vele verschillende redenen. In hun thuisland, onderweg, maar vaak ook hier in Nederland hebben ze zich moeten verdedigen, verschuilen en met veel moeite proberen aan te passen. De nieuwe wereld is hun vreemd. Ze missen de steun van een gemeenschap waarbinnen ze worden begrepen en geholpen. Een overheid is voor hen niet per definitie betrouwbaar en zorgt eerder voor angst. Dit alles zorgt nogal eens

voor hoge stress. En deze stress zorgt voor een uiteenlopende waaier van problemen, waaronder psychische ziekten.

### Verminderen van stress

Wat kunnen wij doen om deze stress te verminderen? Het begint met het (h)erkennen van deze stress, als oorzaak van onder andere psychische problemen. Om hier vervolgens wat aan te kunnen doen, moeten we zorgen dat zij 'ingewikkeld worden'. Moeten we gewoon beginnen met helpen. Zoals Victor zich binnen en buiten Rotterdam soepel met het openbaar vervoer beweegt van de ene plek naar de andere, zo nam hij een jongen uit Sudan eerst maar eens aan de hand om



▶ door de straten in de buurt te lopen. Om te laten zien waar hij is, zich te kunnen oriënteren. En om hem te laten weten: 'Ik ben er om jou te helpen', met zijn stress in die vreemde omgeving. Daarbij is het belangrijk om op zoek te gaan naar het verhaal van deze specifieke persoon met zijn specifieke culturele achtergrond en geschiedenis. Waar iemand vandaan komt, werkt door in meerdere generaties. Victor benadrukt: voor het begrijpen van een psychisch probleem, of probleemgedrag, kijk je niet naar de cliënt (alleen), maar naar de relatie van die cliënt met zijn omgeving. In die wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving ontstaat de stress. En daarin ligt ook de kans om die stress weer te laten afnemen: als wij beter op hen aan kunnen sluiten door verbinding te maken met hun verhaal en hun hulpvraag. Dit klinkt simpel, maar is het voor hulpverleners niet altijd. Vaak 'komen we niet aan huis', omdat het niet binnen onze taakomschrijving en dus financiering past. We vragen hun om formulieren in te vullen, terwijl zij niet weten waarom je dat allemaal wilt weten en wat er met die informatie gebeurt. We bewaken onze rol als professional, zoals we dat hier hebben geleerd. Wat antwoord jij als een moeder jou vraagt of je ook kinderen hebt, getrouwd bent, waar je woont? In Nederland vinden we dat ongemakkelijk. Het past niet in ons idee van professioneel hulpverlenen, dat gescheiden moet blijven van ons privéleven. Misschien krijg je zelfs kritiek op je werk als je deze grens overschrijdt. En wat doe jij als je toch aan huis komt en het eerste wat je voor je neus krijgt, is een blauwe brief: of je kunt helpen om die te beantwoorden? 'Daar kom ik niet voor' of 'Dat is een andere instantie' is waarschijnlijk jouw reactie, hen achterlatend met misschien wel hun belangrijkste hulpvraag (en stress)

van dat moment. Allemaal factoren die de aansluiting bemoeilijken.

### Naast je cliënt staan

Hoe kom je dan wel naast iemand te staan, aansluitend op hun hulpvragen? Het helpt als je iemand zoekt die iets meer weet over een cultuur, geschiedenis en hoe daarbij aan te sluiten. Een persoon die mee kan zoeken en steunen om het verhaal verteld te krijgen. Dat kan bijvoorbeeld met behulp van een genogram. Victor benadrukt dat het er hier niet om gaat onze eigen nieuwsgierigheid te bevredigen! In die valkuil stappen we met al onze vragen maar al te snel. Het gaat er niet om wat ik als hulpverlener wil weten, maar dat de stukjes voor die persoon in elkaar gaan passen.

Bovenal vraagt het helpen van de ander dat we ons bewust worden van onze eigen dominante hulpverlenersblik en verwachtingen. En dat we, aldus Victor, protocollen en procedures overboord durven gooien om open contact met de cliënt te maken, te zien wat er nodig is en zo de stress omlaag kunnen brengen. Victor maakt zich in dat opzicht zorgen om de in zijn ogen toenemende 'romzin': de vele regels en formulieren waarmee men in de huidige samenleving probeert risico's te vermijden en hulpverlening beheersbaar (lees: betaalbaar) te maken. Hoeveel steun en veiligheid ervaar jij op de werkvloer om te handelen zoals jouw ethisch kompas je ingeeft, in het aangaan van het contact met de cliënt? Daar ligt een belangrijke opdracht voor leidinggevend, aldus Victor: zorgen dat een team steun bij elkaar vindt, verbinding met elkaar heeft. Van daaruit moet je de verbinding met de cliënt kunnen maken, zonder de angst afgerekend te worden op het buiten je hokje treden. Zonder je gemeenschappelijk niet verantwoordelijk te voelen. Pas dan, als je gewoon mag helpen als jij die jij bent, is er werkelijk ruimte voor het bouwen van een brug. Contact maken is immers niet eenzijdig. Je moet ook iets van jezelf laten zien: als de ander zich daarmee kan identificeren, brengt dat de stress omlaag en kan misschien een steentje in die brug gemetseld worden. De openheid en kwetsbaarheid kan wat Victor betreft dan ook niet anders dan wederkerig zijn. We bestaan



foto Aarón Blanco Tejedor | Unsplash

uit en zijn allemaal opgenomen in patronen, afhankelijk van hulp en steun wanneer die patronen tekortschieten. We zijn allemaal 'ingewikkeld'.

### Inzetje

Victor vertelt het verhaal van een meisje, laten we haar Leyla noemen. Leyla wordt bij CCE aangemeld door de orthopedagoog van het kinderdagcentrum (KDC) waar zij overdag komt. Leyla heeft een ernstige verstandelijke beperking. In het KDC komt het bijna dagelijks voor dat zij zichzelf hard op het hoofd slaat. De begeleiders maken zich zorgen om haar en weten niet hoe ze dit gedrag kunnen stoppen. Leyla komt uit een gezin met een Turkse achtergrond. Victor wordt gevraagd om mee te denken in de analyse van het probleemgedrag. Als eerste stap legt Victor contact met de ouders van Leyla. Hij mag haar thuis komen opzoeken. Daar ziet hij een ontspannen Leyla, die bij alles meegenomen wordt in de dagelijkse gang

van zaken. Geen enkel moment slaat ze zichzelf. Haar ouders herkennen het gedrag thuis niet, iets wat in dit KDC (waar thuisbezoeken geen gewoonte zijn) met moeite wordt geloofd. Als Victor daarna in het KDC komt, merkt hij op hoe anders deze wereld voor haar is: andere geuren, een andere taal, een andere contactname. Geen wonder dat Leyla volgens Victor veel stress ervaart: ze kan deze omgeving niet herkennen of begrijpen en voelt zich er daarom niet veilig. Er is geen verbinding tussen de wereld van thuis en die van het KDC. Daar moet een brug tussen gebouwd worden, vindt Victor. Door intensiever contact met de familie van Leyla, in het begin ondersteund door Victor, kan men in het KDC de wereld voor Leyla vertrouwd inrichten. De begeleiders stemmen geuren, eten, activiteiten en omgang met behulp van tips van de ouders beter af op wat Leyla thuis gewend is. Leyla wordt zo in het KDC 'ingewikkeld' in een veilige context. Het zelfverwondend gedrag neemt vervolgens significant af. ✦

We zijn allemaal 'ingewikkeld'.

# MEVROUW BLIJFT MAAR BELLEN

Mevrouw Jansen (88) belt zo vaak met 112, de huisartsenpost en de thuiszorg, dat de snelle toegang tot zorg voor andere mensen in gevaar komt. Klinische ggz-behandelingen heeft ze afgebroken of afgewezen en haar medicatie neemt ze waarschijnlijk niet of onregelmatig in. Omdat betrokken zorgprofessionals niet meer weten wat ze met de situatie aan moeten en het zorgsysteem vastloopt, vragen ze een consultatie aan bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

*Henriëtte Ettema, Anne van der Veen*



Mevrouw Jansen (88) leidt een teruggetrokken bestaan in haar huurhuis, nadat haar man tien jaar geleden is overleden. Ook het contact met haar zoon is vertroebeld. Alleen haar schoondochter komt nog langs. Zij brengt drie keer per week een warme maaltijd en doet de boodschappen voor haar. De verzorgende van de thuiszorg helpt mevrouw Jansen dagelijks met wassen, aan- en uitkleden. Twee keer in de week is er huishoudelijke hulp. Mevrouw Jansen woont en slaapt nu alweer drie jaar in de woonkamer, want ze is slecht ter been. Traplopen kan zij niet meer en de traplift gebruikt ze niet. De woonkamer is niet groot en staat vol met meubilair, opgestapelde kleding, boeken en allerlei verzamel-

spullen. De huisarts komt wekelijks bij haar langs. Hij kent mevrouw Jansen, zoals hij veel bewoners van het dorp al zeker dertig jaar kent. Voor hem wordt steeds duidelijker dat het een onhoudbare situatie is geworden.

## Naar CCE

In de consultatie-aanvraag voor CCE schrijft de huisarts: de laatste twee jaren neemt de problematiek toe. Mevrouw Jansen belt dagelijks met de spoedlijn van de huisarts, soms wel vijftig keer achter elkaar. Zij houdt daarmee de lijn bezet voor andere patiënten. Daarnaast belt zij veelvuldig naar 112 en laat zij soms de ambulance komen. Soms gaat ze buiten op straat zitten en roept naar mensen dat ze de huisarts moeten bellen. 's Nachts belt ze met de noodtelefoon van de thuiszorg. Ook deze lijn houdt zij bezet voor andere patiënten. Onlangs heeft zij een zwangere huishoudelijke hulp fysiek bedreigd. Uit gesprekken met deze professional is gebleken dat mevrouw Jansen haar al langer psychisch onder druk zet.

Mevrouw Jansen is meerdere keren opgenomen geweest bij de ggz, maar weigert zich klinisch te laten behandelen. De aanvragen voor een zorgmachtiging of een crisismaatregel zijn niet bekrachtigd. Vanwege somatische klachten is zij bij allerlei specialisten geweest. Behandelingen voor pijn in haar buik, onderlichaam en schouders heeft zij zelf afgebroken. De voorgeschreven pijnstillers neemt ze waarschijnlijk onregelmatig in.

Al enkele jaren komt een casemanager van de ggz elk maand bij haar thuis voor ondersteunende contacten en mevrouw heeft periodiek contact met een verpleegkundig specialist ggz.

Er is al van alles geprobeerd. Zo zijn er meerdere meldingen en aangiften bij de politie gedaan. Maar zij kunnen niet meer doen dan een indringend gesprek voeren met mevrouw. Tijdens een korte opname in het verpleeghuis veroorzaakte zij veel overlast voor andere patiënten en is zij uiteindelijk weer terug naar huis gegaan. Ze wil niet meer opgenomen worden. Ook is er medicatie voorgeschreven, maar die gebruikt zij niet. Het ongewenste (bel)gedrag is in de afgelopen twee jaar sterk toegenomen. Zorgconferenties met de thuiszorg, politie, ggz en de huisarts hebben wel geleid tot afspraken, maar niet tot resultaat.

## Vragen aan CCE

De huisarts legt zijn dilemma bij CCE neer. In de aanvraag stelt hij de volgende vragen:

- Het zorgsysteem loopt vast. Hoe kan het belgedrag stoppen?
- Is het een optie om mevrouw bij een andere huisarts aan te melden, zodat er mogelijk met andere ogen naar haar kan worden gekeken?
- Wat zijn aanknopingspunten in deze ernstige gedragsproblematiek?
- Hoe krijgen we alle neuzen dezelfde kant op?

In het oriënterend gesprek in de situatie van mevrouw Jansen bespreekt de coördinator van CCE de consultatie-aanvraag met de huisarts, de verpleegkundig specialist ggz en de verpleegkundig leidinggeven-

In een kennismakingsgesprek met mevrouw Jansen ervaart de CCE-consulent hoe radeloos zij is en begrijpt hij uit haar verhaal ook hoe de handelingsverlegenheid bij de professionals is ontstaan.

de thuiszorg. Het wordt duidelijk dat door de betrokkenheid van veel professionals uit verschillende organisaties ieder vanuit zijn of haar perspectief handelt, zeker wanneer het appel van mevrouw Jansen op hulp groot en in haar optiek urgent is. Er wordt afgesproken een CCE-consulent in te zetten die als bruggebouwer het interdisciplinair samenwerken gaat ondersteunen.

In het daaropvolgende startgesprek maken de zorgprofessionals afspraken met de coördinator en de consulent van CCE over de doelstelling van het consultatietraject, de werkwijze en de inzet van de consulent. De verpleegkundig specialist ggz is, als regiebehandelaar, de centrale aanspreekpersoon in het consultatietraject. Met haar worden alle gegevens uitgewisseld en de activiteiten van de consulent gepland.

## Aan de slag

De consulent brengt eerst in kaart welke professionals en niet-professionals een rol hebben in deze casus, ➤



meer doorpakken'. Dit legt veel druk op de onderlinge samenwerking. Op zorgconferenties worden wel afspraken gemaakt, maar daarna gaat ieder toch zijn eigen weg. Resultaten blijven dan ook uit. Er is geen adequate multidisciplinaire hulpverlening.

### Anders samenwerken

Om het gezamenlijk optrekken in deze complexe zaak te ondersteunen organiseren de consulent en de verpleegkundig specialist ggz een bijeenkomst met een kernteam. Dit zijn de poh-ggz, de verpleegkundige ggz, de verpleegkundig leidinggevende thuiszorg, de consulent gebiedsteam van de gemeente en de wijkagent. In deze bijeenkomst wordt de situatie in kaart gebracht. Ze bekijken en bespreken de samenhang van ieders activiteiten en het ontbreken van het methodisch samenwerken.

### MEER GRIP OP DE SITUATIE

Langzaam ontstaat er weer grip op de situatie rond mevrouw Jansen. Het aantal ongewenste telefoontjes neemt af, net als de straatincidenten waarvoor de politie wordt gebeld. Mevrouw Jansen geeft vaker aan zich gehoord te voelen en de duidelijkheid van de afgesproken zorgmomenten levert voor haar minder stress op.

De betrokken professionals hebben het gevoel dat zij beter aansluiten bij mevrouw haar behoefte aan duidelijkheid en nabijheid, waardoor er meer ruimte is om met haar zinvolle activiteiten te ondernemen.

In de eindevaluatie blijkt dat het leven voor mevrouw Jansen beter is geworden. Contact met professionals is op vaste momenten ingepland. Zo weet mevrouw Jansen wanneer ze bij welke hulpverlener terecht kan, over welk onderwerp. Een directe en empathische manier van aanspreken blijkt het best te werken. Dit biedt de duidelijkheid die ze nodig heeft. Hierdoor ontstaat ruimte om activiteiten met haar te ondernemen waar zij van geniet. Haar psychische problematiek is niet opgelost. De behoefte aan nabijheid en contact in angstige momenten blijft aanwezig, maar de professionals zijn samen in staat hier mee om te gaan.

Voor alle professionals is dit traject een unieke ervaring. Ze hebben niet dagelijks te maken met regievoering over de muren van een organisatie heen. Iedere professional is actief op zijn eigen terrein en heeft contacten met de naastgelegen professional in de cirkel, maar voelt zich vooral verantwoordelijk voor het eigen vakgebied. In normale omstandigheden kan een dergelijke werkwijze ook voldoen, maar in een complexe casus als deze is overstijgende regie nodig, evenals commitment om samen planmatig te werken aan resultaten.

► hoe ze worden ingezet voor mevrouw Jansen en wat hun inzet is. Ook gaat hij met hen in gesprek over hoe ze naar mevrouw en de zorgcontext om haar heen kijken. Er blijken meer professionals betrokken te zijn bij mevrouw Jansen dan in eerste instantie werd gedacht: de huisarts, de poh-ggz, doktersassistenten, thuiszorgmedewerkers, leidinggevende van de thuiszorgmedewerkers, ouderenpsychiater, verpleegkundig specialist ggz, casemanager ggz, fysiotherapeut, consulent gebiedsteam van de gemeente, persoonlijk begeleider vanuit de Wmo en wijkagent. In een kennismakingsgesprek met mevrouw Jansen ervaart de CCE-consulent hoe radeloos zij is en begrijpt hij uit haar verhaal ook hoe de handelingsverlegenheid bij de professionals is ontstaan. In het

gesprek komen ook de zoon en schoondochter ter sprake. Mevrouw Jansen geeft geen toestemming om hen bij dit proces te betrekken. Dit wordt gerespecteerd. Het informeren van de zoon en schoondochter wordt overgelaten aan mevrouw Jansen zelf. Mevrouw Jansen is een angstige vrouw die de grip op het leven is kwijtgeraakt. Chronische pijn, traumatische gebeurtenissen in het verleden en persoonlijkheidsproblematiek hebben grote invloed op haar leven. Er is sprake van cognitieve achteruitgang passend bij de leeftijd, maar uit neuropsychologisch onderzoek is er geen sprake van dementie in engere zin. Mevrouw Jansen stelt hoge en soms irreële eisen aan haar kinderen en aan hulpverleners, waardoor relaties verstoord raken. Medewerkers van de thuiszorg raken

overspannen en willen haar niet meer ondersteunen. De doktersassistenten en de medewerkers van de meldkamer van 112 zijn overbelast en staan voor een dilemma: wel of geen hulp te verlenen?

Geen hulpverlening bieden is geen optie, volgens de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo). Iedere betrokkene probeert er dus zelf uit te komen. Zo heeft de huisarts op een dag haar telefoon meegenomen, heeft de politie gedreigd haar te arresteren en heeft de thuiszorg afgesproken een dag geen hulp te bieden als zij een medewerker uitscheldt. De professionals wijten de situatie ook aan elkaar: 'Ze moet opgenomen worden', 'Gewoon de telefoon afpakken' of 'Nee, de telefoon afpakken mag niet, de andere moet

► Er blijkt in dit overleg geen reden om de diagnose van mevrouw opnieuw onder de loep te nemen. Er is sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS), hechtingsproblematiek en een angststoornis. Iedere professional blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn of haar eigen interventies. Een betere onderlinge afstemming, te bereiken door interdisciplinair samen te werken, is wel noodzakelijk. Want bij complexe zorgvragen en multi-problematiek is het van belang om gezamenlijk een analyse van cliënt en diens context te maken en met elkaar vanuit gedeelde informatie en een gezamenlijk cliëntbeeld te werken. Voor de betrokken zorgprofessionals is kennis over mevrouw op somatisch, psychiatrisch/psychologisch en sociaal niveau van belang. Ook het kennismaken van haar levensverhaal is belangrijk. Hierdoor kan het gedrag van mevrouw Jansen beter worden begrepen.

Het kernteam heeft op basis van de interdisciplinaire analyse een plan van aanpak opgesteld. In de interdisciplinaire analyse werd het ontbreken van een gezamenlijk cliëntbeeld en daarop afgestemde interventies helder. Daardoor werd het ervaren probleemgedrag in stand gehouden. Het kernteam overlegt maandelijks over de planning van de interventies, de onderlinge afstemming en de bereikte resultaten. Desgewenst worden andere professionals uitgenodigd om deel te nemen.

#### Handelen op basis van een gezamenlijk plan

- In een bijeenkomst met alle betrokken professionals wordt een integraal beeld van mevrouw besproken, waarin zowel de uitlokkende en in standhoudende factoren op het ervaren probleemgedrag bij mevrouw als de sociale, fysieke en organisatieomgeving in kaart worden gebracht. Hiermee wordt gezamenlijk een verklaring voor het gedrag gegeven.
- De verpleegkundig specialist vergroot in een klinische les het inzicht van de thuiszorgmedewerkers en de Wmo-begeleider in de psychische problematiek van mevrouw Jansen.
- De thuiszorgmedewerkers werken met een gezamenlijk opgesteld benaderingsplan, waarin een directief empathische bejegening centraal staat.

Hierin is, naast erkenning voor haar emoties, duidelijk omschreven welk gedrag van mevrouw acceptabel is, wat niet en wat de consequenties zijn voor de zorgverlening op dat moment.

- De doktersassistenten stellen na een periode van nauwkeurige rapportage samen een plan op hoe om te gaan met het morele dilemma van het wel of niet opnemen van de telefoontjes van mevrouw Jansen. Ze worden hierin gecoacht door de poh-ggz. Het reguleren van het contact staat daarbij voorop.
- De werkzaamheden van de huishoudelijke medewerker en de thuiszorgmedewerkers met betrekking tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) worden op elkaar afgestemd. Om het proces goed te kunnen begeleiden en vervolgen vindt er dagelijks een verpleegkundige rapportage plaats en hebben zij wekelijks een evaluatie.
- De verpleegkundige van de thuiszorg bespreekt het benaderingsplan met mevrouw en vraagt haar instemming als voorwaarde voor verdere dienstverlening.
- De consulent gebiedsteam gaat de persoonlijk begeleider ondersteunen die wekelijks activiteiten met mevrouw Jansen onderneemt vanuit de Wmo.
- De fysiotherapeut wordt betrokken bij het kernteam. Hij kent mevrouw Jansen al vele jaren en heeft vanuit een functionele relatie een positieve invloed op haar en kan de andere professionals coachen in een effectieve benadering.
- De wijkagent stelt een handelingsprotocol op in overleg met de meldkamer, bedoeld voor de agenten die met meldingen van mevrouw Jansen te maken krijgen, maar haar niet of onvoldoende kennen. Als zij belt, krijgt de meldkamer een pop-up op het beeldscherm te zien met achtergrondinformatie en de stappen die ze kunnen volgen.
- De huisarts draagt het dossier over aan een collega-arts binnen de praktijk, zodat deze met een frisse blik en nieuwe afspraken mevrouw Jansen verder kan begeleiden. ❀

*Deze bijdrage is een bewerking door de auteurs van de eerdere publicatie in Nurse Academy O&T (Ouderen en Thuiszorg), nummer 3, 2022, <https://www.nurseacademyot.nl/>*

Studenten die de minor 'Onbegrepen gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking en niet aangeboren hersenletsel' volgen, worden uitgedaagd om heel methodisch aan één specifieke casus te werken. 'Liever zoek je niet direct naar de oplossing, maar ga je ontdekkend kijken, analyseren en grondig nadenken', aldus een van de studenten. *Ronella Bleijenburg*

# Ontdekkend kijken en logisch nadenken om onbegrepen gedrag te begrijpen



ive me more

'Het kwartje viel tijdens een van mijn lessen', vertelt Daisy Krenning, persoonlijk begeleider in de gehandicaptenzorg bij Stichting Philadelphia Zorg en sinds eind augustus deeltijdstudent aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle. Ze volgt daar de minor Onbegrepen gedrag, een samenwerking tussen Windesheim en Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). 'Mega interessant. Ik zit als een klein kind reikhalzend uit te kijken naar meer informatie en meer kennis. *Give me more*, denk ik bij elke les.'

Dat kwartje waar ze over vertelt, heeft betrekking op een van de cliënten op de woongroep waar ze inmid-

dels vier jaar werkt. Drie jaar geleden werd de locatie uitgebreid met een nieuwe vleugel en twaalf extra bewoners, waaronder een dame van 69 jaar met een verstandelijke beperking die continu het contact en de nabijheid van de begeleiding zoekt. 'De aandacht die ze van ons team krijgt, is in haar ogen nooit genoeg', zegt Daisy. 'Ze wil altijd meer en als ze dat niet krijgt, kan er door olopende spanning verbale en fysieke agressie ontstaan, waardoor wij als begeleiders afstand van haar nemen. We zijn met haar in een vicieuze cirkel beland.' Met de minor hoopt Daisy kennis op te doen en vaardigheden aan te leren om die vicieuze cirkel te doorbreken.

#### Impact van de omgeving

Ze is al een eind op weg, want tijdens een van de lessen die ze op Windesheim volgt, werd gesproken over de impact van de omgeving op mensen met onbegrepen gedrag. Daisy: 'Toen ik dat hoorde, werd het me gelijk duidelijk. Als begeleider ben ik gefocust op de cliënt en vergeet ik nog wel eens naar de context te



## Probleemgedrag hoort niet bij iemand; het komt ergens vandaan.

► kijken en te onderzoeken wat de impact daarvan is. Ik zie dat ook bij collega's. Maar als wij als team nou eens meer naar de omgeving van deze mevrouw durven te kijken én naar onszelf? Ik denk dat we dan wellicht een grote slag slaan. Want met welke vibes zijn wij eigenlijk aan het werk? En wat voor een effect heeft ons gedrag en onze emotie op onze bewoners, en specifiek deze mevrouw?

### Methodisch onderzoeken

Dat wil de minor bereiken: het doorbreken van 'probleemgedrag' door dat gedrag in de context te plaatsen en methodisch te onderzoeken en te analyseren. De minor richt zich op studenten die een opleiding volgen binnen het domein Gezondheid en Welzijn, zoals social work, verpleegkunde en logopedie, maar is vrij toegankelijk, ook voor studenten buiten Windesheim. In de minor staat de methodiek *Leren van Casussen* van CCE centraal. Studenten werken daarmee heel methodisch aan één specifieke casus waarin onbegrepen gedrag centraal staat. Ze doorlopen vijf fases: probleemstelling, beeldvorming, interventies, resultaten en geleerde lessen. Voor deeltijdstudenten ligt de focus op het onbegrepen gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking; bij voltijdstudenten ook op het gedrag bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

### Casus

'Studenten onderzoeken de probleemsituatie van de cliënt, vormen samen met betrokkenen een beeld van de situatie, bedenken interventies en omschrijven de behaalde resultaten en geleerde lessen.' Aldus vatten drie docenten van de minor het samen. Mieke Steenhuis en Gerrieta Muis van het voltijdonderwijs en Carljine de Baas van het deeltijdonderwijs hebben samen de minor ontwikkeld en CCE erbij betrokken. De minor duurt vijf maanden. Voltijd studenten werken samen in groepjes aan een vraagstuk dat vaak vanuit een zorgorganisatie wordt ingebracht. Deeltijdstudenten brengen zelf een casus in en werken deze individueel uit op de werklocatie waar zij werkzaam zijn of stage lopen.

### Achterover leunen

'Als hulpverlener heb je al gauw de neiging om heel rap naar de oplossing te gaan. Zeker wanneer de werkdruk hoog is', zegt Ingur Zijlstra van CCE.

Hij haakt in op een casus die docent Gerrieta Muis even daarvoor heeft geschetst: een jongeman deed een dansopleiding, kreeg een auto-ongeluk, liep hersenletsel op en woonde sindsdien begeleid. De begeleiding besloot dat hij zijn dansopleiding niet kon afmaken, met als gevolg dat de jongen hele dagen zat te gamen. 'Liever zoek je niet direct naar een oplossing', vervolgt Ingur. 'Liever ga je als begeleiding vertragen, misschien zelfs wel even achterover leunen

om goed te kunnen onderzoeken en analyseren: wie is deze man, waar komt hij vandaan, wat is er aan de hand en waarom wil hij doorgaan met de opleiding? Met de gevonden antwoorden ontdek je vaak mogelijkheden die je van tevoren niet had bedacht, maar die wel aansluiten bij de cliënt.'

De studenten worden bovendien uitgedaagd om specifiek naar hun eigen rol in de zorg en onder-

steuning te kijken; naar de rol van het team en naar de omgeving van de cliënt. Docent Mieke Steenhuis: 'In de gehandicaptenzorg wonen cliënten vaak al langer bij een organisatie. Dan is de kans op interpretatie van het gedrag heel groot: "Ach, dat is Henk, die is nou eenmaal zo." Maar probleemgedrag hoort niet bij iemand; het komt ergens vandaan. En dat wil je ontdekken om het te kunnen doorbreken.'



Beeld Bigstock

## Waar komt het gedrag vandaan? De mens is namelijk meer dan zijn verslaving alleen.'

### ➔ Waar komt gedrag vandaan?

Dat is precies wat ook student Daisy ervaart met haar cliënt. 'Dan hoor ik mezelf of collega's iets zeggen in de trant van "daar komt ze weer, nou ze moet maar even wachten, de wereld draait niet alleen om haar". De minor heeft me het inzicht gegeven om verder te kijken. Waar komt het gedrag vandaan? Als je bedenkt dat mevrouw de emotionele leeftijd van een kind van twee heeft, dan klopt het dat in haar hoofd de wereld om haar draait. En als ze veiligheid zoekt omdat informatie niet duidelijk is, dan betekent dit niet dat ze alles naar haar hand wil zetten; dan wil ze iets afgesloten hebben in haar hoofd.'

### Hoe kunnen wij aanpassen?

Daisy: 'Beseffen we goed genoeg op welk niveau deze mevrouw zit en sluiten we daar goed op aan? Mevrouw heeft een laag iq, maar ze kan goed praten en heeft goede vaardigheden aangeleerd. Daardoor wordt ze al snel overvraagd, wat zorgt voor overprikkeling met alle gevolgen van dien: oplopende spanning, escalaties, spanningen binnen het team, begeleiders die afstand van haar nemen. Gezien de leeftijd van mevrouw en een te snelle overvraging denk ik niet dat zij kan veranderen. Dat ligt bij ons als team. Hoe kunnen wij ons nog verder aanpassen op haar en hoe kan dat haar gedrag beïnvloeden?'

### Grondig nadenken

Daisy is eind augustus begonnen met de minor en heeft nu al mooie inzichten opgedaan. Docent Carlijne de Baas: 'Vanuit de minor krijgen studenten de methodiek en kennis aangereikt, maar zij moeten zelf grondig nadenken, onderzoeken en analyseren. We merken dat het echt heel goed werkt om uitgebreid bij één casus stil te staan en de verdieping op te zoeken. Het geeft de (toekomstige) professional meer handvatten en vertrouwen, en ze leren hoe ze met casuïstiek rond onbegrepen gedrag moeten omgaan. Bovendien gaat het verder dan die ene casus, want in elke casus zit wel iets wat voor meer casussen geldt. Soms zijn dat ogenschijnlijk simpele lessen, bijvoorbeeld: wat kun je verwachten van de ontwikkeling van een cliënt als hij heel afhankelijk is en het team vaak niet compleet is?'

### Welke factoren beïnvloeden elkaar?

Die ervaringen heeft Kim Postma ook. Zij werkt inmiddels dertien jaar in de verslavingszorg en is nu, na diverse andere functies ambulante verpleegkundig casemanager bij Tactus Verslavingszorg. In 2021 rondde ze de minor Onbegrepen gedrag af als onderdeel van de HBO-V. Ze koos voor de minor omdat ze werkt met mensen met triple problematiek: een verslaving, psychiatrische problemen en een verstandelijke beperking. 'De minor was heel waardevol, omdat je de beeldvorming van de cliënt en het probleemgedrag in kaart brengt: wat heeft met elkaar te maken, welke factoren beïnvloeden elkaar, waar loopt de cliënt tegenaan en waar loopt het team in vast? Die kennis gebruik ik dagelijks in mijn werk. Ik probeer de cliënt en zijn problematiek altijd in de context te zien. Waar komt het gedrag vandaan? De mens is namelijk meer dan zijn verslaving alleen.'

### Nieuwe energie

In de casus waar Kim tijdens de minor aan werkte, bereikte ze een doorbraak. In de kliniek waar ze op dat moment werkte, verbleef een jongeman van dertig jaar met autisme en een psychotische stoornis. Een passende vervolgplek werd niet voor hem gevonden, omdat hij vaak wegliep en drugs bleef gebruiken. De jongen wilde op den duur nergens meer aan mee-

werken, voelde zich niet gezien en gehoord en trok zich terug op zijn slaapkamer, ook tijdens het eten. 'Het zorgde ervoor dat wij als team handelingsverlegen werden. Eigenlijk lag de behandeling stil. Dan moet je nieuwe prikkels en nieuwe energie zien te vinden om weer verder te kunnen. Want uiteindelijk wil iedereen een cliënt verder helpen.'

De interventies waren tot dan toe vooral gericht op het niet meer weglopen, omdat dat een voorwaarde was voor het vinden van een nieuwe locatie. Dankzij de minor kwam Kim tot het inzicht om een andere insteek te nemen: het opbouwen van een vertrouwensrelatie. 'De jongen had totaal geen vertrouwen meer in de hulpverlening omdat hij geen stap verder kwam en elke keer weer met nieuwe zorgmedewerkers te maken kreeg.' Er werd een nieuwe start gemaakt. 'We nodigden hem weer uit voor de gezamenlijk maaltijden en staken veel energie in het opnieuw leren kennen van deze jongen. Welke interesses uit het verleden kunnen we in het heden inzetten om iets te doorbreken? Dat heeft gewerkt. Door te onderzoeken en te analyseren krijg je meer en andere inzichten.'

### Probleemgedrag in onderwijs

Hoe belangrijk het is om in het onderwijs - voor voltijdstudenten vaak het voorstuk van hun carrière - al aandacht aan probleemgedrag te besteden, geeft docent Gerrieta Muis aan. 'Opleidingen zijn vrij generalistisch, maar het werkveld vraagt steeds meer om specialistische kennis van zorgmedewerkers vanwege de toename van complexe zorg. We zien steeds meer mensen met een verstandelijke beperking met bijkomende problematiek, waardoor gedrag vaak onbegrepen wordt. Specialistische kennis is dan nodig, over communiceren met elkaar, over diagnostiek en beeldvorming, over sociaal-emotionele ontwikkelingen en hoe zich dat tot elkaar verhoudt. Daarmee is de minor ook een mooie verdiepingsslag voor professionals die al in de zorg werken.'

### Restauratiewerk

Martine Jansen van CCE vat het belang van het aandacht geven aan probleemgedrag binnen het onder-

wijs als volgt samen: 'Het voorkomt restauratiewerk. Studenten gaan niet alleen met het probleemgedrag van een cliënt aan de slag; het gaat ook om de struggles die je tegenkomt: je krijgt de orthopedagoog niet te spreken, er komt geen toestemming om met iemand te praten, ergens gebeurt er iets in het proces waardoor de boel vertraagt. Het dealen met die omstandigheden is bijna net zo interessant als de inhoud zelf, want wij kunnen als hulpverleners wel vertellen dat je in de praktijk tegen hobbels aanloopt, maar het zelf ervaren heeft veel meerwaarde. En hoe ga je daarmee om? Wij willen dat zij handvatten krijgen om ook hiermee aan de slag te gaan.'

De casusuitwerking is dus niet zomaar een opdracht voor school waarmee je punten behaalt, geven de docenten aan. 'In het werkveld overheerst de waan van de dag. Hoe mooi is het dan dat je leert om in complexe situaties niet direct een stap harder te zetten en niet direct oplossingen te zoeken, maar achterover te leunen. Met name het vertragen is de winst: de cliënt en zijn context analyseren, ontdekkend kijken en grondig nadenken. Wat maakt nou dat die ander doet wat hij doet? En hoe mooi is het wanneer je goed kunt verwoorden wat je hebt ontdekt, zodat ook het team waarin je werkt het onbegrepen gedrag beter gaat begrijpen? Dan ben je van meerwaarde voor cliënten, verwanten en het team. Iemand gaat weer meetellen, en krijgt weer perspectief. Daar doe je het voor.' ❖

De visie van CCE, het anders kunnen kijken naar complex probleemgedrag, staat centraal in onze consultaties en leertrajecten. Ook delen we onze kennis in toenemende mate met opleidingen. CCE geeft regelmatig gastlessen en workshops aan mbo- en hbo-opleidingen en universiteiten. Zodat ook (aanstaande) professionals in hun opleiding en werkpraktijk kennis en kunde aangereikt krijgen over de dilemma's en vraagstukken rondom complex probleemgedrag en het interdisciplinair samenwerken. *Drs. Inge Anthonijsz Projectleider Expertisemanagement/Leren en Opleiden*

Het werken in complexe zorgsituaties kan behoorlijk uitdagend zijn. Wanneer er sprake is van probleemgedrag zet dit druk op de onderlinge contacten tussen de betrokkenen rondom een cliënt. Een incident waarin een cliënt met het meubilair heeft gegooid, kan leiden tot een verhoogde alertheid bij begeleiders, extra handelingsplannen vanuit gedragsdeskundigen of een klacht van een verwant

van een huisgenoot. Hoe voorkom je dat je in een negatieve spiraal belandt? Hoe zorg je ervoor dat je perspectief houdt in een complexe zorgsituatie? Hoe blijf je met elkaar in beweging zodat de samenwerking niet stagneert? Bewust aan de slag gaan met bewegingsmechanismen in de organisatiedynamieken biedt de kans om vastlopen te voorkomen. *Dr. Vanessa Olivier-Pijpers*

# Bewegingsmechanismen in complexe zorgsituaties



## Organisatiedynamieken in beweging krijgen

In complexe zorgsituaties spelen zeven verschillende organisatiedynamieken (zie kader) een rol in de samenwerking binnen een begeleiders- of multidisciplinair team. Elk van deze organisatiedynamieken kan helaas vastlopen, waardoor een negatieve spiraal ontstaat. Steeds meer incidenten en steeds minder grip of perspectief op de situatie kunnen het gevolg zijn. (Figuur 1)

Om hier uit te komen kun je als betrokkenen rondom een cliënt op elk moment aan de hand van bewegingsmechanismen weer perspectief creëren. Deze bewegingsmechanismen zorgen voor een verbeterde samenwerking. Er zijn vele bewegingsmechanismen; in het onderstaande lichten we per organisatiedynamiek één bewegingsmechanisme toe, aan de hand van anekdotes of tips.

Organisatiedynamiek	Bewegingsmechanisme
Attributiedynamiek	<i>Frisse blikken</i>
Waarheidsdynamiek	<i>Ruimte scheppen voor niet-weten</i>
Schulddynamiek	<i>Verlossen van de koppeling tussen effect en inspanning</i>
Invloeddynamiek	<i>Onderhouden van de balans</i>
Erkenningsdynamiek	<i>De ander oprechte aandacht bieden</i>
Vormingsdynamiek	<i>Stabiele, professionele driehoek (steun organiseren)</i>
Afhankelijkheidsdynamiek	<i>Oprekken van de cirkel van invloed</i>

### *Van wie is het probleemgedrag?*

In de attributiedynamiek is het gevaar om het probleemgedrag dat een cliënt toont te zien als cliëntkenmerk, terwijl het vaak een reactie is op zijn omgeving. De cliënt begrijpt bijvoorbeeld niet wat zijn begeleider van hem verwacht. Soms is het lastig om dat als begeleider in de situatie zelf nog te zien. Dan helpt het om 'frisse blikken' te vragen. Vraag een collega van een andere woning om een half uurtje met je mee te lopen. En ga met elkaar in gesprek over wat deze collega als eerste is opgevallen in het contact met de cliënt.

OPGEROEPEN ORGANISATIEDYNAMIEKEN (ESSENTIE)	
<b>Attributie</b> Van wie is het probleemgedrag?	- Individualiseren: probleemgedrag is een cliëntkenmerk geworden. + Contextualiseren: probleemgedrag is dan een problematische interactie tussen cliënt en omgeving.
<b>Waarheid</b> Wie heeft gelijk over wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren?	- Vinden: men legt elkaar de eigen waarheid op. + Zoeken: men vormt met elkaar een gedeelde waarheid.
<b>Schuld</b> Aan wie ligt het?	- Toebedelen: men twijfelt aan de intenties en inspanningen van anderen. + Ontdoen: betrokkenen worden ontschuldigd en er ontstaat ruimte voor relatievorming.
<b>Invloed</b> Wie bepaalt wat?	- Neutraliseren: professionals houden verwanten op afstand. + Positioneren: een ieder neemt een eigen positie in van waaruit gelijkwaardig wordt samengewerkt.
<b>Erkenning</b> Wie ziet mij?	- Veronachtzamen: geen erkenning voor gevoelens. + Aansluiten: ingaan op emotionele behoeften.
<b>Vorming</b> Zijn we een collectief?	- Destabiliseren: zoveel wisselingen in betrokkenen dat het werksysteem zich niet kan ontwikkelen. + Stabiliseren: voldoende continuïteit om het werksysteem te ontwikkelen.
<b>Afhankelijkheid</b> Wie organiseert de randvoorwaarden?	- Vergroten: men wacht op anderen in de organisatie voor het creëren van randvoorwaarden. + Verkleinen: eigen beïnvloedingsmogelijkheden worden gezocht m.b.t. randvoorwaarden.

Figuur 1: Kijk voor meer informatie op de online wegwijzer Bewegen bij probleemgedrag: <https://cce.nl/online-wegwijzer-bewegen-bij-probleemgedrag>

### *Wie heeft er gelijk?*

In de waarheidsdynamiek is het helpend om niet op zoek te gaan naar de belangrijkste oorzaak voor het probleemgedrag bij de cliënt. Het is gewoonweg on-

mogelijk om alles te begrijpen. Door 'ruimte te scheppen voor het niet-weten' wordt het mogelijk om in het begeleidersteam te praten over het feit dat elk teamlid niet alles weet. Er is zoveel wat niet te weten of te be-

grijpen is. De ruimte daarvoor maken, helpt vaak om de druk af te halen van het gevoel dat je alles onder controle moet hebben.

Verschillende begeleiders zitten om tafel met hun zorgmanager en gedragskundige. Ook de arts en fysiotherapeut sluiten een half uur aan. De arts legt haar standpunt uit: er kan geen medicatie bij, want dat is onverantwoord. Daarna legt de fysiotherapeut uit dat de conditie van de cliënt zo zorgwekkend is dat begeleiders daar eerst mee aan de slag moeten. Beiden gaan uit het overleg om naar een volgend overleg te gaan. Op het moment dat de deur dicht gaat, ontstaat er onrust bij een aantal begeleiders. De gedragskundige ziet dit en reageert: 'Tuurlijk, dit zijn delen van wat er moet gebeuren. Maar er is nog veel meer wat we op de groep zien, wat ook belangrijk is om mee te nemen. En we moeten niet vergeten dat er altijd delen zijn die we niet zullen begrijpen.' Een begeleider beaamt dit en vult aan: 'Elke dag stelt ze ons weer voor nieuwe vragen. Dat maakt het werk ook uitdagend. En soms moet ik er ook gewoon om lachen!'

#### *Aan wie ligt het?*

In de schuldynamiek is het soms lastig om niet een ander de schuld te geven van de steeds complexer wordende situatie. Dat zorgt namelijk voor steeds meer afstand tussen collega's. Het 'verlossen van koppeling tussen effect en inspanning' is een bewegingsmechanisme. Door naar elkaar in het team te benoemen dat je ziet hoe hard iemand zijn best doet, ontstaat er weer meer onderling contact in het team. Dat je van elkaar door hebt dat ondanks alle inzet je niet alle incidenten kunt voorkomen, is helpend om te horen van collega's. Benoem dit dan ook expliciet in teamoverleggen. Het is belangrijker om met elkaar te blijven proberen de uitgezette begeleidingslijn te volgen.

#### Wie bepaalt wat?

In de invloeddynamiek staan de spanningen tussen verwanten en medewerkers centraal. Vaak lukt het om samen uit een mindere periode met een cliënt te komen door samen te werken. Er wordt alleen vaak vergeten om juist in goede periodes met elkaar om tafel te gaan. En in die gesprekken te spreken over verwachtingen naar elkaar vanuit ieders eigen behoefte. Stel elkaar de vraag wat je graag wil in goede en minder

goede tijden: wil je altijd gebeld worden of juist alleen maandelijks om tafel zitten? Het gaat dan om het 'onderhouden van de balans'.

Na een lange, slechte periode van hun dochter zitten ouders met twee begeleiders om tafel. Het is gelukt om weer rust te vinden en hun dochter weer aan het werk te krijgen. Met z'n vieren kijken ze terug. Ieder geeft aan wat lastig was. Vader vertelt dat hij het lastig vond dat er veel verschillende gezichten op de groep waren. Een begeleider vertelt dat zij het heel moeilijk vond om weer te vertellen dat hun dochter zich gesneden had. Ze geeft aan hoe fijn ze het vond dat moeder altijd naar haar kant van het verhaal luisterde. Moeder reageert daarop dat wanneer het ook maar een beetje minder gaat met haar dochter, dat ze wil dat de begeleidster dat ook aan haar vertelt. Dat ze altijd mag bellen en niet pas als het misgaat. Maar dat het ook goed is om successen met elkaar te delen in goede en minder goede tijden. Moeder waardeert het namelijk enorm wanneer er via de app een foto komt met haar dochter op het werk of lekker dansend in de woonkamer. Dat helpt.

#### *Wie ziet mij?*

De erkenningsdynamiek is vaak minder zichtbaar. In complexe zorgsituaties willen emoties nog wel eens onder tafel blijven of pas na overleggen omhoog komen. Het werken in complexe zorgsituaties vraagt veel van een ieder, en dan is het helpend om juist tijd te maken om 'de ander oprechte aandacht te bieden'. Volledig in het moment samen gaan zitten, luisteren naar het verhaal van een ander en dat doen zonder meteen in oplossingen te gaan denken. Wanneer iemand het moeilijk heeft in zijn werk, is het voelen van die volledige aandacht van een collega stress verlagend.

#### *Zijn we een collectief?*

Complexe zorgsituaties bestaan uit vele overleggen met vele verschillende disciplines. Steeds vaker zijn er met regelmaat wisselingen in wie er betrokken is bij één cliënt. Toch is een complexe zorgsituatie niet van de een op de andere dag verdwenen. Om het met elkaar te kunnen doen is het nodig een 'stabiele, professionele driehoek van begeleider, gedragskundige en manager' te organiseren. Vanuit deze driehoek is het mogelijk om begeleiders, verwanten en verschillende



disciplines te helpen bij het vasthouden aan perspectief in de situatie. Probeer in de driehoek te spreken over wat je van elkaar verwacht, wat je persoonlijke voorkeuren zijn in een goede samenwerking én wie je als persoon bent.

#### *Wie organiseert de randvoorwaarden?*

In de afhankelijkheidsdynamiek is het 'oprekken van de cirkel van invloed' helpend. Door te kijken wat jij zelf als medewerker wél kunt om de situatie te veranderen, kunnen kleine succesmomenten ontstaan. Door toch de woonkamer op te knappen door een muur te verven of via het eigen sociaal netwerk nieuwe collega's te werven ontstaat er een groter gevoel van grip op de complexe zorgsituatie.

#### **Bewegen in de organisatiedynamieken**

In elke complexe situatie van probleemgedrag spelen de zeven organisatiedynamieken een rol. Het is onvermijdelijk dat er mindere periodes zijn met de cliënt en/of het team. Wanneer je daarin terechtkomt, is het goed om met elkaar om de tafel te gaan zitten, de tijd

te nemen en te kijken welke van de bewegingsmechanismen kan helpen om weer perspectief te creëren voor de cliënt.

In bovenstaande is maar een heel beperkt aantal bewegingsmechanismen besproken. Er zijn er nog veel meer. Ga met elkaar kijken welke bewegingsmechanismen helpend kunnen zijn in jouw situatie. Een van de belangrijkste dingen in de complexe zorg is dat je samen wil én samen kunt werken aan goede ondersteuning van cliënten. Daarvoor zijn de organisatiedynamieken en bewegingsmechanismen de basis. ✦

#### **Literatuur**

- Olivier-Pijpers, V., & Landman, W. (2020). *Bewegen bij probleemgedrag. Een (actie)onderzoek naar organisatiecontext bij het vastlopen en in beweging krijgen van situaties van probleemgedrag*. Utrecht: Centrum voor Consultatie en Expertise.



Schoenen uit, horloge af, riem af en mijn tas in een grijze bak op de rollenbank. Ik loop door het poortje en ja hoor, hij piept! De beveiliging kijkt streng, onverbiddelijk moet ik terug; ergens is nog iets van ijzer. Na wat zenuwachtig zoeken blijkt een clip van een balpen, diep verborgen in de voering van mijn colbert, de boosdoener. Eindelijk kan ik

## Via piepende poortjes naar je werk

M

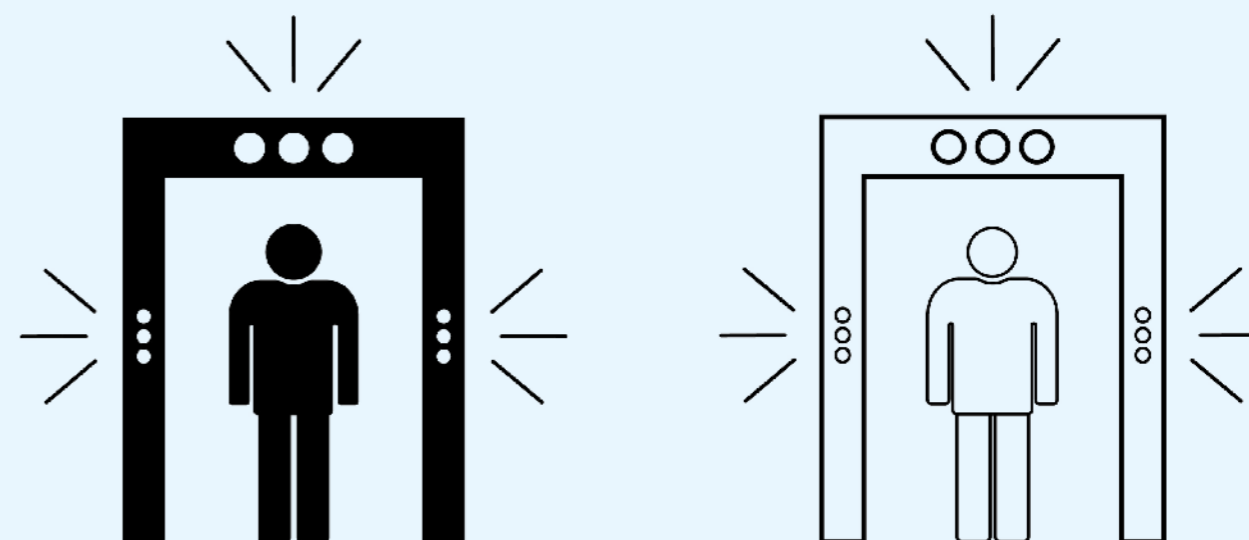
et een beklemmend gevoel volg ik de gz-psycholoog, tevens aanvrager van de consultatie. Drie keer passeren we een afgesloten deur, steeds verder de krochten van de kliniek in. Als dit voor mij al beklemmend is, hoe is dat dan voor de cliënten die hier met diverse maatregelen opgenomen worden? Altijd afhankelijk zijn van je begeleider. Autonomie is immers het grootste goed voor de mens. Controle hebben over je eigen leven. Ook al heb je iets op je kerfstok, waardoor een rechter bepaalt dat je een gedwongen behandeling moet ondergaan. Dat streven naar autonomie verandert niet, maar wordt wel een stuk lastiger. Ik heb respect voor de mensen die werken in de forensische psychiatrie. Naast het verlenen van hulp en zorg vraagt dit beroep ook realisme met betrekking tot

perspectief voor degene die in zo'n gesloten setting verblijven. Ook vergt dit continu het taxeren van risico. Immers, justitie, inspectie, de pers en maatschappij kijken mee. Als er een aanmelding voor CCE komt vanuit de forensische psychiatrie, let ik altijd nog meer dan anders op omgevingsfactoren die gedrag kunnen beïnvloeden. Problemen die hier ontstaan in de zorg, zijn vaak anders dan in de reguliere ggz, juist vanwege die bijzondere fysieke omgeving.

### Meer vrijheid als advies

Ooit was ik bij een traject betrokken waarbij de consulent CCE open en eerlijk aangaf dat meer vrijheid een oplossing zou kunnen zijn. Voor mij, pas gestart als coördinator, was dit een ongemakkelijk advies; immers, de fysieke omgeving en de context zijn nu eenmaal zo. Daar hebben de hulpverleners op de groepen geen enkele invloed op. Dus als je zegt: 'Meer vrijheid', dan zeg je eigenlijk ook: 'Dit is wat het is, geen verbetering mogelijk'. Toch klopt dat niet. Meer vrijheid wil niet altijd zeggen dat je zelf bepaalt wanneer de deur open gaat. Ook in dat genoemde traject zat vrijheid meer in het afstemmen van de leefruimte. Samen uitpuzzelen in welke situaties iemand zijn autonomie nog wel recht aan gedaan zou kunnen worden. Maar hoe doe je dat, in een setting

door, de forensische kliniek in. Me tegen beter weten in toch wat zorgen makend of ik er wel weer uit mag. Als coördinator CCE ken je het belang van de fysieke omgeving als factor voor ontstaan of instandhouding van probleemgedrag. Hoe is dat eigenlijk in zo'n beveiligde instelling? *Tjerk van der Pol*



waarin de ander niet voor de instelling en daarmee voor jou gekozen heeft en lak heeft aan je therapeutische interventies? Een setting waarin manipulatie meer regel dan uitzondering is? De meeste hulpverleners die ik tref binnen de forensische zorg verstaan die kunst uitstekend. Wel constateer ik vaak een verschil in beleving en karakter van de hulpverleners. Ik bedoel daarmee dat sommige hulpverleners meer gericht zijn op risico-vermijding. Andere hulpverleners blijven creatief ondanks de setting zoeken naar mogelijkheden om iemands leven zo optimaal mogelijk te laten verlopen. De aloude beheersing versus het bieden van ruimte. En begrijp me goed, beide zijn hier nodig. Als hulpverlener moet je als een kameleon van kleur kunnen veranderen, in een split second. Al constateer ik soms dat de mix van begeleiders die óf het een óf het ander wat meer bezitten, niet altijd helemaal optimaal is. Een belangrijke factor om als management goed zicht op te houden. Ook dat aspect neem ik mee in zo'n consultatie.

### Vrijheid als minder helpende interventie

Ik vraag me binnen de muren van zo'n instelling weleens af hoe ik mezelf zou gedragen als ik ergens gedwongen moet verblijven. Los van of ik enig reflectief vermogen zou bezitten op datgene wat me hier gebracht had. Welke factoren in die omgeving zouden helpend kunnen zijn? Ik denk dan bijvoorbeeld aan zaken als groen en mogelijkheden tot buiten zijn - met en zonder anderen.

Een centraal thema binnen een consultatie bleek ook dat het aankunnen van vrijheid net zo belangrijk is als het streven naar autonomie. Dit voorbeeld deed zich voor in een forensisch psychiatrische setting, waarin de aangemelde man op gezette tijden zelf naar buiten kon. Ook maakte hij, ogenschijnlijk naar tevredenheid, gebruik van dagbesteding in de groentekas. In korte tijd ging het twee keer mis tijdens een onbegeleide wandeling. De ene keer dreigde hij de snelweg op te lopen en een andere keer belandde hij in een sloot, naast een redelijk drukke doorgaande weg. In beide gevallen bleek de man erg angstig. Als verklaring gaf hij aan dat stemmen in zijn hoofd hem

➔ noopten om een auto aan te houden, en als dat niet lukte er dan maar voor te springen. Binnen het multidisciplinaire team kon men zijn gedrag niet helemaal verklaren, maar iedereen was het erover eens dat zijn vrijheid eigenlijk zo belangrijk was dat het zonde zou zijn als hij dit helemaal weer kwijt zou raken. Na aanmelding hebben we onderzoek gedaan. Ook hier bleek dat diverse factoren meespelen in gedrag. Een belangrijke vraag is altijd: wie is iemand? Oftewel beeldvorming. Welke zaken springen eruit als je naar zijn levensgeschiedenis kijkt? Welke lichamelijke en psychische factoren spelen mee? Hoe ziet zijn omgeving eruit, thuis, maar ook in het hier en nu? En

rustgevende werking uit te gaan van nabijheid. Sterker nog, men ontdekte dat hij veel meer behoefte had aan overzicht en duidelijkheid. Het aanpassen van de werksetting in de kas bleek uiteindelijk de gouden greep. Voorheen werkte hij vrijwel altijd alleen in een ruimte. Als voor zijn idee de volgorde van handelen niet klopte, steeg de spanning. Die kwam er dan bij terugkeer op de groep uit, met de eerder beschreven afzondering als interventie tot gevolg. Hij kon best veel zelfstandigheid aan, maar niet in alle situaties. Als interventie werd gekozen om hem meer in het zicht van de werkbegeleiders te laten functioneren. Tevens werd hem, bij oplopende spanning op de

Ik vraag me binnen de muren van zo'n instelling weleens af

hoe ik mezelf zou gedragen

als ik ergens gedwongen moet verblijven.

hoe is dan vervolgens de hulpverlening om hem heen georganiseerd? Op basis van psychiatrische diagnostiek werden de stemmen als psychotische ontregeling omschreven, waarschijnlijk binnen een schizofrene ontwikkeling. Op basis daarvan bevatte het begeleidingsplan interventies om de man bij oplopende spanning een rustige omgeving aan te bieden, om prikkels beter te kunnen reguleren, passend bij de diagnostiek. Doordat de man vrijheden had, kon hij dus ook die prikkelarme omgeving buiten ervaren. Achteraf bleek hier een minder handige keuze gemaakt te zijn. Nader onderzoek wees uit dat de stemmen veel meer als psychotisch vanuit angst gelabeld konden worden, in plaats van uit een schizofrene ontwikkeling. Nader onderzoek door de psycholoog en observatie door groepsleiders, hierin ondersteund door de consultant CCE, wees uit dat angst juist toenam als hij alleen was. Daarmee werden de stemmen heftiger en de spanning weer groter. Het lopen naar de snelweg als gevolg van de stemmen kwam daarmee in een heel ander licht te staan. Immers, door angst sneller te herkennen kon spanning misschien eerder gereduceerd worden. Er bleek bij oplopende spanning een

groep, meer nabijheid geboden. Men merkte dat de spanning daarmee sneller verdween, waar dit eerder tot excessen leidde.

#### Betekenis van gedrag

Ik hoor u denken: hoe verhoudt dit zich nu ten opzichte van dat wat zich gemiddeld genomen binnen de forensische psychiatrie afspeelt? Misschien in eerste instantie niet volledig; hij had immers vrijheden. Het laat echter wel zien hoe je naar gedrag kunt kijken. Welke betekenis geef je er aan met elkaar? Zijn alle meespelende factoren bekend? Komt bepaald gedrag voort uit overprikkeling of juist uit angst; angst die veroorzaakt kan worden door het ontbreken van perspectief of door het inperken van autonomie? Dat is interessant om uit te zoeken. In het aangehaalde voorbeeld is hard gewerkt met elkaar en het resultaat van de consultatie kan als positief de boeken in. Anders kijken op basis van alle factoren. Goed gezind liep ik na het laatste gesprek zo de kliniek uit. Inderdaad: zonder piepend poortje, vrolijk gegroet door de beveiliging van dienst. ✦



# PROBLEEM = GEDRAG

## Door stil te staan kom je verder

*Een andere kijk op 'probleemgedrag'*

Geert Bettinger | [www.swpbook.com/2410](http://www.swpbook.com/2410)

Gedrag van zorgafhankelijke cliënten wordt gemakkelijk als 'probleemgedrag' gezien. Dit doet onvoldoende recht aan hun situatie. Wat is de achtergrond van dit gedrag? Deze cliënten vinden soms niet de juiste woorden of durven zich niet uit te spreken als ze problemen hebben. Om toch de aandacht te krijgen die ze nodig hebben, uiten zij zich op een eigen, specifieke manier die dikwijls niet herkend wordt. Geert Bettinger, trainer en coach, geeft aan de hand van casussen inzicht in de processen die ten grondslag liggen aan het 'probleemgedrag'. Hij noemt dit consequent signaalgedrag.



## Herstel van eetproblemen (anorexia)

*Op weg naar verantwoorde ambulante zorg: 'zoveel thuis als mogelijk'*

Peer van der Helm | [www.swpbook.com/2439](http://www.swpbook.com/2439)

Eetproblemen (anorexia) zijn een potentieel dodelijke ontregeling met beperkte herstelkansen. Het brengt gezinnen enorm veel verdriet, wanhoop en moedeloosheid. Dat kan beter, door anders te kijken naar oorzaak en behandelmethoden.

Volgens veel recent onderzoek zijn de huidige behandelmethoden niet effectief genoeg.

In dit boek pleit de auteur voor een radicaal andere aanpak, waarbij motiverende basisbehoeften van de zgn. Zelfdeterminatietheorie voorop staan.



## Leefklimaat!

*Voor jeugd en volwassenen*

Peer van der Helm | [www.swpbook.com/2362](http://www.swpbook.com/2362)

Nederland is een welvarend land en onze kinderen behoren zelfs tot de meest gelukkigste ter wereld. Toch geldt dat niet voor iedereen. Sommige kinderen en volwassenen hebben een biologische, psychologische en sociale kwetsbaarheid en een mindere weerbaarheid. *Leefklimaat!* geeft concreet werkende handvatten voor het verbeteren van de zorg aan deze groep. Het zijn geen magische toverstokjes, maar we weten inmiddels wel wat echt werkt.



## Achter de liftekens

*Hulpverleners bij zelfbeschadiging*

Meike Grol & Nienke Kool | [www.swpbook.com/2033](http://www.swpbook.com/2033)

De auteurs beschrijven wat zelfbeschadiging is, hoe cliënten ertoe komen om dit te doen en hoe u als hulpverlener deze cliënten kunt ondersteunen. Zij vullen theorie en resultaten uit wetenschappelijk onderzoek aan met praktijkervaringen van hulpverleners en cliënten. Aan bod komen thema's als verslaving, het onderscheid tussen zelfbeschadiging en suicidaliteit, zelfbeschadiging als een manier van aandacht vragen en zelfbeschadiging binnen de huidige maatschappij. Aan de hand van theoretische beschouwingen en casussen komen de mogelijke behandelingen aan de orde.



## Woelig gevoelig

*Werken met reflexen bij onbegrepen gedrag*

Carla van Wensen | [www.swpbook.com/2314](http://www.swpbook.com/2314)

Kinderen en jongeren die buiten de lijntjes kleuren. Het zijn de dromers, de 'snelle Jelles', de clowntjes, de uitvinders, de helpers of de dwarslopers. Velen van hen belanden in het hulpverlenerscircuit omdat hun gedrag niet wordt begrepen of als lastig wordt gezien. Soms krijgen zij een diagnose als ADD, ADHD of autisme. Vaker worden ze gelabeld aan de hand van hun gedrag zoals brutaal, depressief of angstig. Maar is dat ook terecht?



## Kwetsbaar & afhankelijk

*Gedragproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking*

*Van beeldvorming naar behandeling*

Liesbeth Mevissen | [www.sociaaldigitaal.nl/p/kwetsbaar-afhankelijk/7068](http://www.sociaaldigitaal.nl/p/kwetsbaar-afhankelijk/7068)

Ouders, begeleiders of leerkrachten van mensen met een verstandelijke beperking worden regelmatig geconfronteerd met moeilijk hanteerbaar gedrag. Ze voelen zich machteloos. Ze willen weten wat er aan de hand is, of er iets aan te doen is en hoe het aangepakt kan worden. Hoe komen zij tot handlungsstrategieën die een positief effect hebben op het welbevinden van de persoon met een verstandelijke beperking? Een efficiënte, transparante en methodische samenwerking is onontbeerlijk voor succes op langere termijn.



## Onze kinderen zijn anders

*Liefde en chaos in een bijzonder gezin*

Christel Kooyman-Van Loo | [www.swpbook.com/2472](http://www.swpbook.com/2472)

Een persoonlijk verhaal van een vrouw, moeder en echtgenote. De jongste drie van haar vier kinderen zijn verstandelijk beperkt en autistisch. Hierdoor ontstaat een chaotische en onzekere situatie. Het boek biedt herkenning voor ouders die een 'handicap' overkomt. Voor specialisten, zorgverleners (in opleiding), instellingen en instanties biedt dit boek inzicht in het proces dat verwanten van hun cliënten doorstaan. Leerkrachten in het speciaal onderwijs krijgen een kijkje achter de schermen over de thuissituatie van hun leerlingen.



## Zorg voor afstemming

*Werken aan een optimaal netwerk voor mentale gezondheid*

Pim Peeters & Koen Westen | [www.swpbook.com/2414](http://www.swpbook.com/2414)

Goede zorg voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen vraagt om een nabij en passend netwerk van formele en informele steunbronnen. Zowel naastbetrokkenen, vrijwilligers, als professionals zijn betrokken bij de ondersteuning van het herstelproces van een cliënt. Maar hoe bereik je als professional dat al deze vormen van zorg goed op elkaar aansluiten? *Zorg voor afstemming* geeft concrete handvatten voor de samenwerking in het netwerk rondom de cliënt en voor de samenwerking tussen teams.



## Relationele lenigheid

*Jeugdzorg 3.0 vakmanschap*

Maarten Spaander, e.a. | [www.swpbook.com/1905](http://www.swpbook.com/1905)

Het lijkt er steeds meer op dat jeugdhulpverleners, leerkrachten en ouders stoornissen zien in plaats van kinderen. En dat vooral het door de hulpvrager naar voren geschoven probleem moet worden opgelost. Protocollen liggen klaar met praktisch advies. Maar lost dit wel het probleem op of creëert het ook onbedoelde 'ziekmakende' etiketteringen? *Relationele lenigheid* laat zien dat een betekenisvolle 'werk'-relatie tussen hulpverlener en hulpvrager van essentieel belang is.



## De trein van Boos naar Middel

*Een nieuw transportmiddel in oplossingsgerichte gesprekken*

Frank van den Berg & Ernst Bouweriks | [www.swpbook.com/1495](http://www.swpbook.com/1495)

*De trein van Boos naar Middel* is gefundeerd op de methode 'oplossingsgericht werken'. Die methode is creatief, praktisch en optimistisch. Zo ook dit boek. Het is een avontuurlijke tocht langs plekken waar de schrijvers hun ervaring hebben opgedaan: een opvang voor zwerfjongeren, een school, een psychiatrische kliniek, een gezin met een moeilijke puber, de coaching van een jonge wedstrijdzwemster. Ondertussen wordt het oplossingsgerichte gedachtegoed binnenstebuiten gekeerd.



## Werken in de halfde lijn

Sociaal werk in de wijk. Hoe doe je dat?

Lineke Verkooijen & Quinta Ansem | www.swpbook.com/2015

'Werken in de halfde lijn' is sociaal werk in de wijk, dorp, buurt of straat; kortweg werken in de wijk. Dit werken in de halfde lijn is niet alleen flink in ontwikkeling, maar ook lastig vorm te geven. Immers: hoe doe je dat? Met dit boek worden hulpverleners geïnspireerd om met de geboden hulpmiddelen en handvatten aan de slag te gaan en/of hier eigen variaties op te ontwikkelen, al dan niet samen met collega's.

Het boek richt zich op de sociaal werkers in de wijk, maar biedt ook belangrijke inzichten voor hen die wijkwerkers opleiden of faciliteren zoals docenten, beleidsmakers en managers.



## Vitaal door kunst

Sociaal-kunstzinnige dagbehandeling in zorg en welzijn

Thea Giesen & Marijke de Mare | www.swpbook.com/2311

Dit boek biedt sociaal-kunstzinnige dagbehandeling voor volwassenen en ouderen met een verstandelijke beperking, met dementie en met psychosociale problemen. De beschreven methodiek bevordert de kwaliteit van leven door mensen in hun eigen kracht te zetten. Het werkt als levenselixir, geeft plezier in het moment, versterkt de vitaliteit, verbetert de stemming en verhoogt de sfeer in een groep.



## Werk samen!

De professionele aanpak in het publieke domein

Jos van der Horst | www.swpbook.com/2504

Professionals in het publieke domein kunnen in een diep betrokken en gelijkwaardig samenspel de krachten bundelen. Dit samenspel is binnen handbereik. De handreikingen in dit boek laten zien hoe.



## Digitale kennisbanken



## Vakbladen



### Participatie en Herstel

Van mensen met psychische aandoeningen en psychosociale beperkingen. Het tijdschrift richt zich op maatschappelijk herstel, sociale inclusie en het tegengaan van maatschappelijk uitsluiting van kwetsbare mensen. [www.participatieenherstel.nl](http://www.participatieenherstel.nl)

### Sozio, Vakblad voor professionals in het sociaal domein

Hét vakblad voor de sociale professional in onder meer de werkvelden: jeugdhulpverlening, ggz, gehandicaptenzorg, gezondheidszorg, sociaal cultureel werk, maatschappelijk werk. [www.sozio.nl](http://www.sozio.nl)

Sinds januari van dit jaar werkt het Discovery College in Barendrecht samen met onder andere de gemeente Rotterdam om (dreigende) thuiszittende leerlingen passend onderwijs te bieden. Het doel: het verschil maken voor iedere leerling, want 'je gunt iedereen ontwikkeling'

Ronella Bleijenburg

# VAN THUIS OP DE BANK NAAR EEN PASSENDE PLEK OP SCHOOL



rots vertelt Wesley Ligthart (17) dat hij een nieuwe baan heeft.

Over twee weken begint hij als monteur bij een autobedrijf. 'Dat wil ik al worden sinds ik klein was', zegt Wesley. 'Mijn pa is ook automonteur, dus ik ben opgegroeid met het sleutelen aan auto's.' Zijn moeder Eveline Ligthart voegt eraan toe: 'Dit is echt zo tof voor hem. We dachten dat Wesley een opleiding nodig zou hebben, maar hij wordt intern bij het bedrijf opgeleid. Dat is echt zo'n opluchting.'

### Boos boos

Want, onderwijs en Wesley is geen *match made in heaven*. Hoewel, eerlijk is eerlijk, op de basisschool ging het redelijk goed. Wesley had weliswaar geen concentratie, maar zijn boze buien uitte hij thuis, niet op school. 'Nu gaat het wat beter, maar vroeger kreeg ik veel woedeaanvallen. Dan was ik heel boos', vertelt Wesley. 'Niet een beetje boos, maar echt boos boos.'

Ik ging geen dingen slopen, maar ik ging wel slaan en schoppen.' Dat gebeurde vooral als hij 'nee' te horen kreeg, vertelt zijn moeder. 'Wesley had eigenlijk altijd een eigen plan in zijn hoofd, maar vaak was dat plan niet haalbaar. Daar ging het mis.'

### Speciaal onderwijs

Wesley heeft pdd-nos en adhd. 'Nog net een beetje erger dan mijn zusje', glimlacht hij. Vanaf zijn tiende woonde hij de helft van de week op een zorgboerderij, nadat hij ook al twee keer op een klinische behandelgroep had gezeten. 'Hij was zo agressief naar ons. Wesley kon gewoon niet thuis zijn. Hoogstwaarschijnlijk was hij dan uit huis geplaatst', zegt Eveline. 'De keuze om hem op de zorgboerderij te laten wonen was voor niemand leuk, maar het was de beste oplossing van het slechtste scenario. Het moest.' Toen Wesley de leeftijd kreeg om naar de middelbare school te gaan (het is dan 2019), was de schoolkeuze gauw gemaakt: het Discovery College in Barendrecht, een school voor voortgezet speciaal onderwijs. Daar kreeg hij namelijk al therapie en behandeling van Yulius Zorg en Onderwijs, waar het Discovery College onderdeel van is.

### OVER DE AUTEUR

Ronella Bleijenburg is freelance journalist [www.ronella.nl](http://www.ronella.nl)





### ► 'Ik had alleen maar ruzie'

Wesley start in een reguliere speciaal onderwijs klas, maar al na twee weken gaat het mis, vertelt Eveline. Hij kreeg 'een erg felle ruzie' met een klasgenoot. Vanaf dat moment ging het vaker mis. 'Dan kreeg hij kortsluiting in zijn hoofd en moest hij weer naar een andere klas of moest ik hem rustig maken door naar school te komen of met hem te bellen', zegt Eveline. 'Ik kon niet meer in een normale klas zitten', zegt Wesley. 'Dat lukte gewoon niet. Ik weet niet waarom niet, maar dat was echt een error. Ik had alleen maar ruzie.' Dus het was een grote zorg: wat nu? 'De kans om op school uit te vallen was groot, maar thuis zitten was geen optie. Daar was hij alleen maar boos', zegt zijn moeder. Gelukkig kwam school met een plan waarop Wesley in zijn tweede jaar op het Discovery College kon inhaken.

### Dreigende thuiszitters

Het Discovery College is een school voor gespecialiseerd onderwijs en biedt leerroutes, praktijkonderwijs en vmbo basis aan maximaal 200 leerlingen met (het vermoeden van) psychische problematiek. In het schooljaar 2020-2021 is een onderwijs-zorgpilot gestart voor leerlingen voor wie geen passende onderwijsplek gevonden kon worden. Het gaat om een VSO plus-traject met een VSO plusklas (oftewel een zorgklas) voor maximaal acht leerlingen die thuiszitter dreigen te worden (leerlingen die niet kunnen deelnemen aan een van de twee leerroutes én leerlingen die zijn uitgevallen in een reguliere VSO-klas) of al thuiszitter zijn (jongeren die leerplichtig zijn maar thuiszitten).

'Het zijn leerlingen die naast onderwijs extra zorg nodig hebben om weer tot ontwikkeling te kunnen

komen, want dat gun je iedereen', vertelt Toon de Keijzer, zorgcoördinator en samen met zijn collega Tess Meijer schrijver van het visiestuk waarop de pilot geïnitieerd is. Daarom heeft de VSO plusklas een docent en twee onderwijszorg-coaches en ligt de focus vooral op het welzijn van de kinderen, minder op het didactische. Doel van de VSO plusklas is dat de leerling uiteindelijk doorstroomt naar een reguliere klas van het Discovery College of naar een andere onderwijslocatie of dagbesteding.

### Samenwerking zorg en onderwijs

Met name de problematiek rond bestaande thuiszitters is groot en complex, geven Toon en Tess aan. 'Deze jongeren zitten letterlijk de hele dag thuis, hangen op de bank of zitten op hun slaapkamer met de gordijnen dicht. Ze zijn angstig, sociaal-emotioneel jong, hebben vaak (onderwijs)trauma's en een pestverleden. Ze willen wel naar school en ze willen gewoon zijn, maar weten niet hoe', zegt Tess.

Daarom werd in de pilot samengewerkt met ketenpartners in zowel onderwijs als zorg: Koers VO (een samenwerkingsverband gericht op passend onderwijs), Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), Distinto (aanbieder van jeugdhulp) en/of expertise binnen Yulius-zorg. 'We hebben elkaar als sectoren nodig om tot een succes te komen.' Ook leerplicht is betrokken bij het project, want alle leerlingen zijn minderjarig.

**Ze willen wel naar school en ze willen gewoon zijn, maar weten niet hoe.**

## ► Gemeente Rotterdam

Wegens succes is de intentie uitgesproken om de pilot om te zetten in een duurzame samenwerking met de gemeente Rotterdam, geeft Toon aan, want beide partijen zijn zeer positief. 'Gemeenten zitten heel erg met de problematiek van thuiszitters in de maag. Zij zien daarom het belang in van het preventief inzetten op jeugdhulp op scholen. Wij draaiden het om. We kwamen zelf met een visie en de gemeente Rotterdam zag de meerwaarde ervan in. Dat is zo mooi, want deze manier van werken kan niet zonder ondersteuning van de gemeente. Vanuit onderwijsgeld mogen wij namelijk geen zorg betalen, dus worden de onderwijszorg-coaches die zo nodig zijn voor begeleiding van onze leerlingen, gefinancierd vanuit de samenwerking.'

### Vier uur naar school

De onderwijszorg-coaches zoeken de thuiszitters thuis op en proberen hen daar al in beweging te

Langzaamaan kreeg Cees de jongen weer in beweging. 'Eerst zijn we maar eens buiten een rondje gaan lopen. Dat werd in stappen uitgebreid tot een uur. Daarna zijn we een keer naar school gegaan en onder het mom dat ik nog wat uit de klas moest pakken, is hij twee minuten in de klas geweest. Daarna bracht ik hem weer thuis. Zo bouwen we het heel langzaam op, passend bij het tempo wat de leerling aan kan.'

### Onderwijs op maat

Daar zit nog een succesfactor van het project: maatwerk. 'We zijn flexibel. We stellen geen eisen aan hoe lang iemand in de klas moet zijn', zegt docent Nancy van Lieshout. 'Als de leerling er vijf minuten kan zijn, is het ook goed. Maar natuurlijk hopen we dat een leerling volledig kan terugkeren binnen een reguliere klas van het speciaal onderwijs.' Tess geeft het voorbeeld van een leerling die nooit in de klas heeft gezeten, maar wel is weggegaan met alle technische certificaten die de school aanbiedt, sterker nog; zelfs

boerderij van de school, stallen leegmaken en kroelen met de honden. 'Dat was goud.'

### Vijf fases

Toon en Tess vertellen dat er binnen het VSO plus-traject gewerkt wordt met vijf fases. Fase nul staat in het teken van onderzoek naar de ondersteuningsbehoeften van de leerling en het systeem om de leerling heen. In fase één komt de onderwijs-zorgcoach bij de thuiszitter thuis om bepaalde vaardigheden te activeren en wordt een start gemaakt met het wennen aan een dagprogramma. In de tweede fase wordt een stap gemaakt van de dagstructuur thuis naar (een vorm van) dagbesteding en wordt gestart met onderwijs onder begeleiding van de onderwijs-zorgcoach. Fase drie is de eerste stap richting de schoollocatie: maximaal een dag per week één uur na schooltijd, met een vaste docent. De andere uren van de dag is de leerling op de dagbestedingsplek. In fase vier zet de leerling verdere stappen richting de school en komt in de VSO plusklas. Het behouden van de dagbestedingsplek kan onderdeel zijn van het programma. Tot slot is de leerling in fase vijf klaar voor de stap naar een reguliere klas binnen het Discovery College, en kan stage onderdeel zijn van het onderwijsprogramma. 'De fases bieden ons als professionals structuur, maar geven ook duidelijkheid aan ouders en de leerlingen, want alle fases zijn uitgewerkt op een bord en hangen in de klas. Elke leerling krijgt een magneet die hij zelf mag versieren en als de leerling een fase verder is, mag hij de magneet verplaatsen', vertelt onderwijszorg-coach Melanie.

### Leerlingen en ouders

De focus van de visie van het Discovery College ligt niet alleen op de leerling. Ook de ouders worden stap voor stap meegenomen, en als de leerling eenmaal op school zit, wordt er elke zes weken geëvalueerd. 'We weten uit ervaring dat we eerst met de ouders moeten praten. Alles draait om transparantie en duidelijkheid. Dat is de start van de vertrouwensband', vertelt Tess. 'Als de ouders het traject zien zitten, is de kans groot dat ook de leerling het ziet zitten.' Docent Nancy vertelt dat er onlangs een nieuwe leerling in de zorgklas is begonnen. 'Na twee uurtjes stuurde ik zijn moeder een appje dat het gezellig met hem was in de klas. Ze reageerde direct: "Wat fijn dat

je zegt dat het gezellig was." Dat is het eerste begin. Daar gaat het om: leerling en ouders moeten heel laagdrempelig weer het vertrouwen krijgen dat school geen enge plek is.'

### Warme overdracht

En als een leerling niet naar een volgende fase kan? 'We zijn geen opgevers', zegt Tess. 'Maar er is een aantal leerlingen waarmee we nu drie jaar bezig zijn om patronen te doorbreken en niet weten of dat wat wij bieden het juiste is. Ook hebben we een leerling gehad met wie we alles hebben geprobeerd, maar waarbij het onderwijs niet passend was. Dan kijken we met leerplicht of er vrijstelling van onderwijs kan komen en of er een passende dagbesteding voor de leerling is. Of we zoeken een plek binnen een cluster 3-school of een andere vorm van onderwijs. We zorgen altijd voor een warme overdracht, want we willen onze ervaringen meegeven om te voorkomen dat het weer een faalervaring wordt.'

### Rijbewijs

Gelukkig was dat scenario op Wesley niet van toepassing. Hij begon op het Discovery College in een reguliere klas, kwam in de VSO plusklas en ging weer terug naar een reguliere klas. Hij verliet de school na vier jaren met twee certificaten, VCA en heftruck, en een werkplek bij bouwmarkt Karwei omdat hij daar na zijn stage kon blijven. Binnenkort wordt hij dus automonteur. Eveline: 'Wesley heeft de laatste jaren grote stappen gemaakt. Daar zijn we zo dankbaar voor. Het mooiste van deze VSO plusklas was dat alle leerkrachten door Wesley's gedrag heen konden kijken. Zij zagen echt de goedgezakte achter het boze jongetje met de kortsluiting. In zijn boze buien is Wesley heel lelijk en respectloos naar de leerkrachten geweest, eerlijk is eerlijk.' Wesley geeft dat toe. 'Maar ze bleven er voor me zijn. Dat is echt zo tof.' Begin volgend jaar hoopt Wesley zijn rijbewijs te halen. En als die binnen is, dan gaat een van zijn eerste ritjes naar zijn oude school. 'Gewoon even kijken hoe het daar is.' ❖

Daar gaat het om: leerling en ouders moeten

heel laagdrempelig weer het vertrouwen krijgen

dat school geen enge plek is.

krijgen. 'Dat maakt de overstap van thuis naar school kleiner', vertellen Melanie Mulder en Cees Alberts, beide onderwijszorg-coaches. Naast die rol zijn zij in de VSO plusklas aanwezig om de leerlingen extra te begeleiden. Melanie begeleidt de meisjes; Cees de jongens. Cees vertelt over een van zijn leerlingen die juist vandaag voor het eerst vier uur in de zorgklas heeft meegedraaid. Een prachtig resultaat als je bedenkt waar de jongen vandaan komt. 'Hij is heel depressief geweest en is daardoor - mede ook door corona - twee jaar lang niet naar school geweest. Door zijn depressie voelde hij zich overal onveilig', zegt Cees. 'Even naar de winkel om een pak melk te kopen was onmogelijk, laat staan naar school gaan.'

een certificaat dat de school normaal gesproken niet aanbiedt, namelijk Logistiek 2. 'Dat kon door veel individuele lessen en dagbesteding. Alles op een manier zoals hij dat nodig had.'

### Kinderboerderij

Ook voor Wesley was die benadering een uitkomst. 'Mag ik eerlijk zijn? Ik vond het saai in de klas. Waarom weet ik niet meer, maar ik heb de concentratie van een goudvis. Tot elf uur of zo kon ik me concentreren, daarna ging ik me vervelen.' Dus mocht hij van docent Nancy ook andere dingen doen, zoals koffie rondbrengen, dieren verzorgen op de kinder-

# PROBLEEMGEDRAG EN TRAUMA BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Steeds vaker wordt de aandacht gevestigd op de link tussen probleemgedrag en traumatische ervaringen, ook bij mensen met een verstandelijke beperking. Oog hebben voor belangrijke levensgebeurtenissen in het verleden kan een ander licht werpen op probleemgedrag in het heden. Weten wat iemand heeft meegemaakt, kan helpen gedrag beter te begrijpen en begeleiden. *Leonie Stokkentre*



trauma' of een 'post-traumatische stress stoornis' (PTSS): wie in de zorg werkt, kent waarschijnlijk deze termen. Maar wat verstaan we nu eigenlijk onder trauma?

## Betekenis van trauma

Over trauma spreken we wanneer iemand na een ingrijpende gebeurtenis last blijft houden van psychische problemen die samenhangen met deze gebeurtenis. Wanneer iemand voldoet aan de criteria van de DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*), spreken we van een post-traumatische stress stoornis (PTSS). De meeste mensen maken in hun leven een of meer ingrijpende levensgebeurtenissen mee. Denk bijvoor-

beeld aan het verlies van belangrijke personen, ernstige ziekte of ingrijpende ziekenhuisopnames, (huiselijk) geweld of pesten. Mensen met een verstandelijke beperking zijn door hun beperking meer kwetsbaar, zoals door Scharloo, Van Kregten en Giuditta Soro wordt beschreven in *Getraumatiseerde kinderen met een verstandelijke beperking*. Zij hebben twee keer zoveel kans op emotionele verwaarlozing en lichamelijke mishandeling, twee keer zoveel kans om gepest te worden, drie keer zoveel kans onderdeel te zijn van een gezin waar huiselijk geweld plaatsvindt, drie keer zoveel kans om seksueel misbruikt te worden en vier keer zoveel kans om slachtoffer van een misdrijf te worden. Zij worden vaker blootgesteld aan traumatische incidenten, zoals afgezonderd of gefixeerd worden, raken vaker ernstig gewond in vergelijking tot mensen zonder een verstandelijke beperking en hebben een hoger risico op psychische klachten als gevolg van medische behandelingen.

## Doorwerking in dagelijks leven

Wie een traumatische ervaring meemaakt, reageert hierop met fysieke reacties, zoals een verhoogde hart-

slag of spierspanning, en emotionele reacties, zoals angst en paniek. Deze reacties kunnen nog lang na de ervaring doorwerken en invloed hebben op het dagelijks leven. De traumatische stress zorgt voor problemen op verschillende gebieden, zoals slaapproblemen, eetproblemen en concentratieproblemen, verlies van vaardigheden, onverklaarbare lichamelijke klachten en probleemgedrag (Scharloo, Kregten & Soro, 2021).

Niet iedereen die een traumatische ervaring meemaakt, ontwikkelt traumatische stressklachten. Dit hangt onder andere samen met eerdere ervaringen, de gevolgen van de ervaring, de reactie van de omgeving en de opvang na de ervaring. Ook kunnen beschermende factoren, zoals veerkracht, stabiele, betrokken begeleiders en een positief gezinsklimaat ervoor zorgen dat traumatische stress achterwege blijft. Welke levensgebeurtenissen ingrijpend en traumatisch zijn geweest, is niet altijd duidelijk. Niet zelden is de voorgeschiedenis van mensen met een verstandelijke beperking niet volledig beschreven of mist belangrijke informatie door bijvoorbeeld meerdere verhuizingen en wisselende betrokkenen. Ook kunnen incidenten door de omgeving als niet ingrijpend

worden ervaren, terwijl die ervaring voor de persoon die het meemaakt zeer ingrijpend is. Hierbij speelt de tijdsgeest ook een belangrijke rol. Zo'n dertig jaar geleden werd bijvoorbeeld nog heel anders gedacht over afzondering en fixatie dan nu. Ook wordt gedrag na een ingrijpende gebeurtenis niet altijd gelinkt aan deze gebeurtenis. Mensen met een verstandelijke beperking laten vaker gedrag zien dat lijkt op traumatische stress. Bij hen spelen vaak meerdere factoren die kunnen bijdragen aan probleemgedrag, bijvoorbeeld een verstoorde prikkelverwerking, communicatieproblemen, bijkomende stoornissen of syndromen. Hierdoor is diagnostiek bij probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking een complexe puzzel.

## Idiografische theorie

Wanneer gevraagd wordt om mee te denken bij probleemgedrag, maak ik vaak met alle betrokken disciplines een 'idiografische theorie'. Dit is een theorie (of vermoeden) over hoe het probleemgedrag is ontstaan en/of in stand wordt gehouden. Naast onderzoeksinformatie op verschillende gebie-



den, is het levensverhaal een zeer belangrijk onderdeel van de idiografische theorie. Wie is deze persoon, in welke omgeving is hij of zij opgegroeid en welke ervaringen hebben deze persoon gevormd tot wie hij of zij nu is? Gezamenlijk wordt geprobeerd je in te leven in hoe iemand iets moet hebben ervaren, hoe naar iets moet zijn geweest of juist hoe iemand gegroeid kan zijn van een ervaring. Hoewel niet altijd met zekerheid gezegd kan worden dat iets zo is geweest, wordt met de idiografische theorie geprobeerd om draagvlak te creëren voor de inhoud van de theorie bij de betrokken zorgprofessionals. Wanneer het gaat om mensen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt, wordt met de idiografische theorie geprobeerd om traumasensitiviteit op gang te brengen. Kort gezegd betekent dat dat men werkt

had. In haar jeugd kreeg zij nooit iets, eten ging naar haar stiefbroers, evenals kleding en speelgoed. Als ze geluk had, bleef er iets over dat zij mocht hebben. Op jonge leeftijd werd zij uit huis geplaatst en ging zij van het ene pleeggezin naar het andere. Nergens bleef ze lang. In de puberteit kreeg ze een relatie met een gewelddadige man van wie zij zwanger raakte. Direct na de bevalling werd haar kind bij haar weggehaald en in een pleeggezin geplaatst. Dit herhaalde zich nog vier keer, met vier verschillende partners. Met haar kinderen mocht zij geen contact hebben. Pas op veertigjarige leeftijd werd een verstandelijke beperking vastgesteld, nadat zij door extreme problemen in beeld kwam bij hulpverleningsinstanties. Margriet kreeg een curator en werd met een rechterlijke machtiging opgenomen in een 24-uurs voorziening. Waar

controle en ze probeerde daarmee de leegte in haar leven letterlijk te vullen. De porseleinen poppen leken symbool te staan voor haar kinderen. Ook kon begrepen worden waarom de ontruimingen voor zoveel agressie zorgden. Steeds opnieuw werd haar de controle ontnomen en werd haar alles afgenomen. Letterlijk kreeg zij het gevoel dat haar kinderen opnieuw werden weggehaald, dat spullen weer niet voor haar waren maar voor haar stiefbroers en dat weer iemand anders alles bepaalde. Hoewel er steeds heel zorgvuldig en in overleg met haar werd gekeken naar wat weg kon, raakte Margriet op het moment van de ontruiming volledig in paniek en werd ze ernstig agressief. Door de idiografische theorie kwam de nadruk in de begeleiding van Margriet niet meer te liggen op het beperken van de verzameldrang, maar meer op haar traumatische voorgeschiedenis en het effect daarvan op haar ontwikkeling.

### Afstemming met omgeving

In bovenstaand voorbeeld is in de behandeling van de traumatische stress vooral ingezet op de omgeving. Door begeleiders te leren anders om te gaan met de traumatische stress, traumasensitief te werken en hechtingsbevorderende technieken toe te passen, werd gezien dat het probleemgedrag afnam. Met name bij mensen die langdurige zorg nodig hebben, is het van belang om de omgeving goed afgestemd te krijgen op wie de persoon is, wat hij of zij heeft meegemaakt en hoe dit doorwerkt in gedrag. Door begrip kan gewerkt worden aan de relatie en de verbondenheid met elkaar. Hierbij hoort ook dat je als zorgprofessional zelf weet waar jij stress van krijgt, waar dat vandaan komt en hoe je hiermee om kunt gaan. Wat helpt jou om rustig te worden, zodat je in je begeleiding die rust kunt inzetten? Goed voor jezelf zorgen is een van de belangrijkste factoren om traumasensitief te kunnen werken.

## Door begrip kan gewerkt worden aan de relatie

## en de verbondenheid met elkaar.

vanuit de visie dat traumatische ervaringen een grote invloed hebben op de ontwikkeling en het functioneren van mensen en dat erkenning daarvan noodzakelijk is.

### Een voorbeeld

Ter illustratie een voorbeeld van Margriet, een vrouw van 50 jaar met een extreme verzameldrang. Zij woont in een voorziening voor mensen met een verstandelijke beperking en zorgt in deze voorziening, door haar verzamelwoede, voor aanzienlijke risico's. De betrokken professionals maken zich onder andere zorgen om de hygiëne en brandgevaar binnen de locatie. Omdat de woning van Margriet niet meer begaanbaar was, werd deze meerdere malen leeggeruimd. Margriet reageerde hierop met hevige verbale en fysieke agressie en dit werkte lang na de ontruimingen door. Ondertussen verzamelde zij stevig door, waardoor de ontruimingen steeds vaker plaats moesten vinden en men met elkaar in een neerwaartse spiraal terecht kwam. In gesprek met Margriet en met alle betrokkenen werd duidelijk dat zij geen makkelijk leven had ge-

zij veertig jaar, met vallen en opstaan voor zichzelf had gezorgd en zelf had bepaald wat zij wilde, werd nu voor haar bepaald wat goed was. Margriet begon met verzamelen; in eerste instantie verzamelde zij vooral porseleinen poppen, maar al snel bracht ze ook andere spullen mee en doorzocht ze het vuilnis van anderen. Er volgden gesprekken om het verzamelen in te perken, waarna Margriet stiekem spullen ging meenemen.

### Toepassing idiografische theorie

In de idiografische theorie werd een verband gelegd met Margriets gemis aan basisbehoeften en veiligheid op jonge leeftijd, het verlies van haar kinderen en het verlies van controle op meerdere momenten in haar leven ten opzichte van de verzameldrang. Door te begrijpen wat Margriet in haar leven heeft verloren, hoe ingrijpend, traumatisch en beladen dit voor haar moet zijn geweest en op welke manier zij de controle en de regie op haar leven is verloren, kon ook begrepen worden waarom zij zoveel waarde hecht aan spullen. Het verzamelen van spullen gaf regie en

### Stressreductie

Met het team werd gekeken naar vormen van stressreductie. De meeste stress ontstond in de strijd om de spullen en het waardeoordeel dat werd gevoeld door Margriet over wat wel of niet belangrijk genoeg was om te blijven. Afgesproken werd dat Margriet mocht bepalen wat ze in haar appartement bewaarde, als het maar paste binnen afgesproken kaders. Er moest bijvoorbeeld een looppad blijven en bepaalde plekken moesten vrij blijven voor gebruik. Hiermee kreeg Margriet een groot deel van de controle terug. Zij mocht weer zelf bepalen, waardoor haar stress verminderde. Daarnaast werd meer afgestemd op haar traumatische verleden en de daaruit voortkomende problemen in de gehechtheid. Begeleiders kregen uitleg over trauma en traumasensitief werken en uitlokkende factoren bij Margriet. Zij kregen handvatten voor de begeleidingsstijl die gericht waren op het vergroten van veiligheid, vertrouwen, stressreductie en zelfbepaling binnen de duidelijke kaders van de organisatie. Er werd een signaleringsplan opgesteld waarin beschreven werd wat men kon zien aan Margriet in verschillende fasen van stress en welke begeleidingsstijl het best past in de verschillende fasen. Doordat men anders ging werken, veranderde het gedrag van Margriet. Er ontstond meer stabiliteit.

### Conclusie

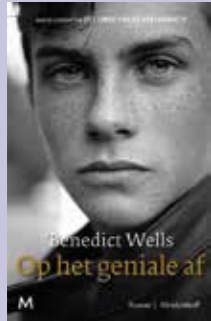
Traumatische ervaringen kunnen sterk doorwerken in het dagelijks leven, ook bij mensen met een verstandelijke beperking. Probleemgedrag hangt regelmatig samen met negatieve ervaringen uit het verleden. Het is in de begeleiding en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking van belang om de voorgeschiedenis te kennen en het systeem te betrekken door middel van mediatieve behandeltechnieken. De behandeling van trauma bij mensen met een verstandelijke beperking is niet alleen gericht op het individu. Hoewel altijd onderzocht moet worden of er mogelijkheden bestaan om individuele traumabehandeling in te zetten, om te komen tot verwerking, kan in een aantal gevallen de conclusie ook zijn dat aanpassingen in en door de omgeving de best passende behandeling is om de traumatische stress te verlagen. ❖

### Literatuur

- CCE. *Idiografische theorie*. Verkregen op <https://cce.nl/idiografische-theorie>
- Scharloo, A., Kregten Van C., & Soro, G. (2021). *Getraumatiseerde kinderen met een verstandelijke beperking: Helpen bij Herstel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

## BOEKEN

## OP HET GENIALE AF | BENEDICT WELLS (2020)



De intelligente Francis Dean woont met zijn moeder in een vervallen trailerpark in New Jersey. De hoop op een betere toekomst heeft hij opgegeven – tot hij de waarheid achter zijn verwekking ontdekt. Zijn bestaan komt blijkbaar voort uit een absurd experiment waaraan zijn moeder achttien jaar geleden deelnam. Zijn vader is geen loser die zijn gezin in de steek liet, maar een genie, cum laude afgestudeerd aan Harvard. Hem ontmoeten zou Francis' leven kunnen veranderen.

Samen met zijn beste vriend Grover, een excentrieke whizzkid, en het meisje van zijn dromen, de delicate en onvoorspelbare Anne-May, begint hij aan een tocht dwars door Amerika om zijn vader te vinden. Hij wil ontdekken wie hij werkelijk is en hij heeft niets te verliezen – denkt hij.

*Op het geniale af* is het verhaal van een spannende ontdekkingsreis met meedogenloze wendingen en een adembenemende afrekening.

## L.O.V.E. | MARK JOSEPH

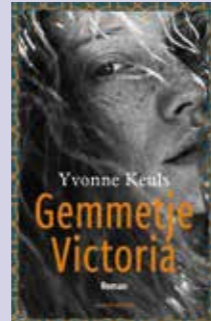
**Het schokkende verhaal van een jongen die snakt naar liefde, maar als elfjarige al verslaafd raakt aan drank en drugs.**



De vader van Mark Johnson had love op zijn linkerhand getatoeëerd, dezelfde hand waarmee hij zijn zoon mishandelde. Mark kwam op school met gebroken vingers en gebroken tanden, maar niemand kwam op het idee de thuissituatie te onderzoeken. Als zeventjarige pleegde hij zijn eerste diefstal, op z'n achtste raakte hij aan de lijm en alcohol, en op z'n elfde ontdekte hij de roes van heroïne.

Eerst bleef hij roken, maar uiteindelijk koos ook Mark voor de naald. Het scoren van heroïne werd allesbepalend en langzaam maar zeker verloor Mark al zijn menselijkheid. Hij sloeg volkomen vreemden voor niks in elkaar en verloor zelfs het bewustzijn, met de naald nog in zijn arm, terwijl hij op zijn tweejarige zoontje paste. Hij raakte dakloos, sliep op straat, uit vuilnisbakken, en wachtte op de dood. Totdat iemand hem letterlijk van straat oprapte en hij die laatste kans benutte.

## GEMMETJE VICTORIA | YVONNE KEULS (2021)



Er moest nog een belangrijk verhaal verteld worden: het hartverscheurende verhaal van Gemmetje Victoria. Yvonne Keuls leerde Gemmetje kennen in het opvanghuis waar ze vrijwilligerswerk verrichtte en Gemmetje schreeuwend binnenkwam. 'Vergezeld door een stapel rapporten die haar leven met een paar woorden afdeden. Zo krijg je ook een kind. Vaak ook schreeuwend, zonder rapporten erbij, zonder commentaar, maar met hoop op een toekomst.' Yvonne Keuls ontfermde zich over haar, zorgde voor haar, was er voor Gemmetje tot aan haar dood toe.

Met veel humor beschrijft Keuls hoe Gemmetje werd omringd door mensen die haar liefhadden om wie ze was en om wie ze had kunnen worden.

## TUSSEN LEVEN EN DOOD



24 juni 2022 ligt er iets in de winkel waarvan Nona nooit had gedacht dat het zou gebeuren: haar eigen boek. Haar verhaal, waar ze zich jaren voor heeft geschaamd, is nu te lezen voor iedereen. Dat is niet zonder reden: "Ik schreef het boek voor mezelf, voor lotgenoten, maar vooral ook voor hulpverlening. Verkeerde hulpverlening is namelijk de oorzaak geweest van mijn eetstoornis..."

*Triggerwarning: Dit verhaal gaat over een eetstoornis en poging tot suicide.*

Nona's lange ziekteverloopt begint met iets onschuldigs: een dipje. "Ik had geen energie, nergens zin in, steeds meer ruzie met mijn ouders en als ik 's avonds in bed lag moest ik heel hard huilen. Op een gegeven moment nam dat nutteloze en verdrietige gevoel mijn hele dag in beslag en trok mijn moeder aan de bel. Ik had hulp nodig. De huisarts vertelde me dat ik een depressie had en ik werd op een wachtlijst gezet voor behandeling."

*Nona (19) heeft een depressie, angst- en eetstoornis - EO BEAM*

## FILMS/DOCUMENTAIRES

## STILL ALICE

Alice krijgt een enorme schok te verduren als de ziekte van Alzheimer bij haar wordt vastgesteld. Langzaam begint ze de regie over haar leven te verliezen, terwijl de onderlinge banden met de familie steeds meer onder druk komen te staan.

## JASON

Filmmaker Maasja Ooms volgt Jason van heel nabij terwijl hij worstelt met de psychische effecten van een traumatische jeugd, die alleen maar groter werden nadat hij op zestienjarige leeftijd door jeugdzorg werd opgesloten. Tijdens de hevige therapiesessies wordt duidelijk hoe gekwetst hij is en hoe ingrijpend de gevolgen zijn van verkeerde afslagen binnen de opvang.

De liefde- en respectvolle camera van Ooms brengt Jason niet alleen als slachtoffer in beeld, maar laat ook zien hoe hij zijn ervaringen gebruikt om te zorgen dat anderen niet hoeven te ondergaan wat hij heeft meegemaakt. Die missie geeft hem de onwrikbare wil om beter te worden en de kracht om zich, hoe moeilijk dat soms ook is, van zijn kwetsbaarste kant te laten zien.

## THE FATHER

*The Father* is een fascinerend portret van een man die zijn grip op de realiteit aan het verliezen is. De briljante vertolking van Anthony Hopkins (*The Silence of the Lambs*, *The Two Popes*) laat je geen moment los. Hij won er niet voor niks de Oscar voor Beste Acteur mee!

Olivia Colman (*The Crown*, *The Favourite*) als zijn dochter Anne, maakt zowel haar onmacht als haar liefde tastbaar. Anne zoekt opnieuw een verzorgster voor haar dementerende vader Anthony, die steeds weer alle hulp afwijst. Ze wil zeker zijn dat er goed voor hem gezorgd wordt wanneer zij er niet is. Voor Anthony is niet meer duidelijk wat echt is en wat zich in zijn hoofd afspeelt.

We beleven het verhaal door zijn ogen en voelen zijn verwarring. Zijn vertrouwde omgeving blijkt niet meer zo vertrouwd. *The Father* won de publieksprijs op het Filmfestival van San Sebastián. Hopkins wordt alom geprezen voor zijn verbluffende prestatie en de film is genomineerd voor maar liefst 6 Oscars! Florian Zeller verfilmde zelf zijn gelauwerde toneelstuk dat, onder andere, op het West End en Broadway te zien was.

## WE ZIJN GOD NIET: PLEIDOOI VOOR EEN NIEUWE PSYCHIATRIE VAN SAMENWERKING

JIM VAN OS, MYRTHE VAN SPRONSEN



Veel mensen die in de psychiatrie werken, komen tot de conclusie dat het anders kan. De DSM-diagnoses voelen beperkend, ze vertellen ons niets over de kern van het psychisch lijden. Maar wat dan wel? We zijn God niet gaat over een nieuwe kijk op psychisch lijden, diagnose en behandeling. Het uitgangspunt is dat niet de hulpverlener de waarheid in pacht heeft maar dat die in gezamenlijke

samenwerking met de hulpvrager gevonden wordt. Autonomie van de patiënt, bewustzijn en cocreatie zijn hierbij belangrijke onderwerpen. Vanuit professionele - en ervaringskennis nemen de auteurs de huidige psychiatrie onder de loep. Hun voornaamste doel is het streven naar een gelijkwaardige relatie tussen behandelaar en cliënt.

## TUSSENTAAL | MARIJKE SPANJESBERG

Onze taal wordt meer en meer binnenkant-taal. We praten over wat er zich in onszelf en in de ander afspeelt en kunnen daarbij putten uit een rijke woordenschat. Deze naar binnen gedraaide taal is vanzelfsprekend geworden en heeft bovendien een grote aantrekkingskracht. Dit roept de vraag op of wij naast deze in-mensen-taal ook tussen-mensen-taal kunnen spreken. Welk taalregister kunnen we gebruiken om uitdrukking te geven aan wat er zich tussen ons afspeelt? Hoe laten we relaties praten? En waarom zouden we daar eigenlijk speciale taal voor moeten hebben?

*Tussentaal* is een kritische reflectie op het gebruik van internaliserende en psychologiserende taal als uitdrukking van het dominante paradigma dat de oplossing voor het probleem in het individu zelf ligt. En het geeft zowel gedegen als speelse antwoorden op de vraag welke vormen van taal we tot onze beschikking hebben als we afstand willen nemen van het al te individuele discours. *Tussentaal* is een pleidooi om onze taal te verrijken met tussentaals vocabulaire, opdat we het zicht niet verliezen op wat er zich tussen ons afspeelt. Een dwars boek dat te denken geeft.





## BOB

Vanuit haar kamer in een bejaardentehuis in Antwerpen vertelt Elisa dat Bob haar buurjongen was in 1947. Ze spraken soms af in het voortuintje van een leegstaand huis. Om te praten, geheimen te delen en kusjes te geven... Maar dan raakt Elisa zwanger

en wordt ze door haar vader naar een klooster gestuurd om haar uit het zicht van de burens en de handen van Bob te houden. Met een kindje in haar buik ging ze naar binnen en kwam met lege handen weer naar buiten. Elisa twijfelt niet aan haar eigen verhaal. Maar haar drie dochters, die tot voor kort de naam Bob nog nooit uit haar mond hadden horen komen, weten niet wat ze moeten geloven. Rakelt hun moeder een groot familiegeheim op, of kan ze feit en fictie niet meer uit elkaar houden?

In zes afleveringen gaan Nele Eeckhout, Siona Houthuys en Mirke Kist op zoek naar de waarheid. Maar hoe vind je iemand die misschien niet bestaat?

## HOE DE GGZ VERANDERT – DE JONGE PSYCHIATER



Deze podcast gaat over de verandering in de psychiatrie. De verandering in de psychiatrie is niet meer de taal van de toekomst maar de taal van het nu. Ik ben op zoek gegaan naar de thema's van verandering en bij elk thema mensen en of projecten

gezocht die dit thema doorleven. Ik interview vooraanstaande hoogleraren, ervaringsdeskundigen, lotgenoten, bevlogen onderzoekers, ouders, projecten en instellingen. Kortom, het is een divers geheel geworden van vele verschillende stemmen, precies zoals dat in de verandering van de GGZ past. Met deze podcast hoop ik gedurende 35-40 minuten alle mensen die werken in de brede GGZ te inspireren en motiveren het anders te gaan doen. De podcast kan door elkaar

geluisterd worden al geeft Veranderen van Visie wel een kleine introductie op de podcast. Mijn motivatie: Ondanks een academische achtergrond (promotie-onderzoek naar psycho-farmaca) en mijn opleiding in het AMC heb ik in de loop der jaren steeds meer de overtuiging gekregen dat het anders moet in de psychiatrie. Het psychisch lijden is bijvoorbeeld te complex om terug te voeren op het medische lineaire denken. De context voor de omgeving en het omringende systeem is te ver uit het oog geraakt. Zo ben ik inmiddels ook systeemtherapeut geworden, overtuigd door de kracht van het systeem en de noodzaak hen te betrekken. Mijn passie voor kinderen en jongeren heeft mij als vanzelfsprekend voor het specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie doen kiezen. Juist in deze leeftijdsgroep is het belang van het systeem rondom het kind of de jongeren van immens belang. Vanaf 1 april 2020 heb ik een half jaar gekregen om mij full time te verdiepen in de veranderingen in de GGZ. Zoals past bij de tijd van nu wilde ik hier een podcast over maken om alles wat ik over de veranderingen leer, laagdrempelig en toegankelijk te kunnen delen met mijn collega's in de psychiatrie. Het is een groot feest dat Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie GGZ van het UMC Utrecht, inspirator van het omdenk-proces waar ik in zit, mij in dit traject heeft begeleidt.

*Hoe de GGZ verandert is gemaakt door Carlijn Welten, kinder- en jeugdpsychiater, zij heeft de podcast gemaakt in het kader van haar laatste stage van haar opleiding. Ze hoopt hiermee anderen te inspireren en te motiveren.*

**Aut of the podcast:**  
AutofthePodcast

**Alles over Korsakov - Podcast aflevering 1:**  
Wat is Korsakov? ([korsakovkenniscentrum.nl](http://korsakovkenniscentrum.nl))

**Verstrikt – omroep Gelderland (maarten daddinga):**  
Verstrikt - Omroep Gelderland ([gld.nl](http://gld.nl))

# VAN GROTE WAARDE NAAST DE PROFESSIONAL

Nine van den Berg (25) kent de ggz van binnen en buiten. Op haar vijftiende werd zij opgenomen in een eetkliniek en leerde in de jaren erna verschillende kanten van de ggz kennen. Kanten van de ggz die haar, naar eigen zeggen, zieker maakten. Maar ook zag ze de mooie kanten van de ggz, die haar nu motiveren om zich in te zetten voor deze sector als ervaringsdeskundige. Nine pleit voor samenwerking tussen professionals en ervaringsdeskundigen, want zij kunnen ieder vanuit hun eigen benadering elkaar versterken. Welke voorwaarden gelden er voor een geslaagde samenwerking? En welke valkuilen liggen er op de loer? *Iris Kampers*

Op de foto:  
Nine van den  
Berg met  
hulphond  
Sas



## OVER DE AUTEUR

**Iris Kampers** heeft Social Work en Sociologie gestudeerd en werkt bij het Team Expertisemanagement van Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).



**V**erschil in benadering van professionals en ervaringsdeskundigen

Toen Nine werd opgenomen, ervoer zij dat professionals zich vooral richtten op problemen. Problemen die werden gekoppeld aan diagnoses en problemen als symptomen die opgelost moesten worden met behandelingen. Dat gevoel van Nine herkent Charlotte van der Veen, coördinator met ervaringskennis bij TEAM ED1: 'Hulpverleners denken veelal in problemen; ervaringsdeskundigen redeneren daarentegen vanuit kracht en kunnen dat vergroten.' Ervaringsdeskundigheid kan dus een tegenwicht bieden voor de professionele benadering, die al snel gericht is op het beter maken van cliënten.

- Professionals hebben met een kwetsbare doelgroep te maken en houden vast aan kaders om risico's zoveel mogelijk te beperken. Dat merkte ook Nine: er lag een sterke focus op haar fysieke veiligheid en hier werd een straf- en beloonstelsel aan gekoppeld. Logisch, want zorgprofessionals dragen vanuit hun professie een grote verantwoordelijkheid voor de veiligheid van cliënten. Ervaringsdeskundigen hebben meer speelruimte in hun benadering én kunnen ze zich vanuit hun eigen herstel op een natuurlijke wijze richten op de mogelijkheden die er liggen voor een ander. Bij die ruimte kan een cliënt baat hebben.

### Ervaringskennis is kennis

Ervaringskennis had lange tijd weinig status, omdat het niet als 'ware kennis' gezien werd. Bij ervaringskennis gaat het om de individuele en persoonlijke beleving, wat vanuit een wetenschappelijk oogpunt een ongeloofwaardige onderzoeksgroep is. De afgelopen jaren heeft ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis echter terrein gewonnen binnen de zorg, met de ggz als koploper. Naast wetenschappelijke kennis en praktijkkennis wordt ervaringskennis steeds meer als een gelijkwaardige en belangrijke kennisbron beschouwd. De praktijk heeft uitgewezen dat de kracht van ervaringsdeskundigheid zit in de natuurlijke aansluiting bij de cliënt.

#### VOORBEELDEN VAN INITIATIEVEN

- Het Enik Recovery College, een initiatief van Lister, is een herstelacademie, 'een ontmoetingsplek en leeromgeving voor herstel van psychische ontwrichting'. Dit initiatief is uniek in Nederland en wordt volledig gerund door ervaringsdeskundigen.
- De Verhalenbank Psychiatrie, opgericht door de afdeling Psychiatrie UMC Utrecht Hersencentrum. Ook zij zagen dat de afgelopen vijftig jaar de persoonlijke ervaringen en het subjectieve verhaal van de patiënt naar de achtergrond verdween. Zij zagen een verschuiving naar het besturen van patiënten op groeps- en stoornisniveau. Hierdoor is de zorg steeds meer geprotocolleerd en op de 'gemiddelde' patiënt afgestemd. Het UMC Utrecht wil daar met de Verhalenbank Psychiatrie verandering in brengen en aan de hand van narratief onderzoek diepere inzichten krijgen in de leefwereld van mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten.

Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid worden op verschillende manieren ingezet. Ervaringsdeskundigen worden betrokken bij onderzoek (zoals bij de Verhalenbank Psychiatrie, initiatief van het UMC Utrecht), beleid en in de praktijk. Nine merkt dat er steeds meer een beroep op haar gedaan wordt als ervaringsdeskundige. Dat vindt ze fijn, want ze vindt het belangrijk om haar eigen ervaringen op een positieve manier in te zetten. Zo heeft ze vanuit een ggz-instelling weleens contact gehad met cliënten die het moeilijk vonden om de stap naar de hulpverlening te maken. Een andere keer ging zij langs bij (meestal) meiden die opgenomen waren in een eetkliniek, puur om even een knuffel te geven en emotionele steun te bieden. Nine kan naar eigen zeggen, door haar eigen ervaringen te delen, soms meer toegang krijgen dan een professional. Ze vertelt cliënten vaak dat zij zelf ook nog voor veel uitdagingen staat en het niet 'allemaal weet'. Dat 'herstel een breed begrip is en dat ze iedere dag leert', zoals ieder mens. Die pure en eerlijke benadering is dan ook de natuurlijke kracht van een ervaringsdeskundige, volgens Nine. Door de eigen ervaring te delen en eerlijk te zijn over de uitdagingen tijdens herstel, ontstaat er gelijkwaardigheid.

### Schoenmaker, blijf bij je leest

Hoe kunnen professionele kennis en ervaringskennis elkaar versterken? En welke valkuilen zijn er? Sociaal wetenschappers Ed van Hoorn en Saskia Keuzenkamp halen hiervoor de Amerikaanse socioloog Thomasina Borkman aan, die sinds 1976 onderzoek deed naar ervaringskennis ('experiential knowledge') en professionele kennis. De vraag of professionele en ervaringskennis elkaar versterken of uitsluiten, hangt volgens haar van een aantal factoren af. Ervaringskennis en professionele kennis kunnen elkaar volgens Borkman versterken, zolang zij uitspraken doen over verschillende onderwerpen en levensterreinen. Professionele kennis en ervaringskennis zijn principieel andere kennisbronnen, zo onderbouwt zij. Ervaringskennis is pragmatische kennis; in de beleving van het individu 'werkt het'. De kennis is subjectief. Professionele kennis is gericht op resultaten en wordt binnen een wetenschappelijk kader en theoretisch raamwerk door de beroepsgroep geaccepteerd. Hiermee is deze kennis objectief. Zolang zij deze kennisbron benutten en bewust inzetten, kunnen zij elkaar ver-

Illustraties Nine van den Berg



sterken. Het vult elkaar aan en cliënten kunnen aan beide perspectieven iets hebben. Maar zodra de professional zich overheersend als ervaringsdeskundige opstelt en/of de ervaringsdeskundige als professional, wordt het diffuus en zitten ze elkaar in de weg. Nine sluit zich bij dat principe aan. Wanneer zij mensen ontmoet binnen de psychiatrie, vertelt zij wat voor háár heeft gewerkt en dat dit mogelijk voor hen ook kan werken. Haar doel is echter vooral om mensen emotionele steun te bieden en aan te geven dat zij mogelijk iets uit haar verhaal kunnen halen wat voor hen helpend is.

Nine is geen professional en wil dat ook niet worden: 'Ik wil iemand helpen omdat het kan', luidt haar drijfveer en wanneer zij een opleiding in deze richting zou volgen, zou haar rol diffuus kunnen worden. Volgens haar zit de kracht in de samenwerking en juist de authentieke benadering van een ervaringsdeskundige zonder hierbij zorgjargon te gebruiken of op andere manieren nauw betrokken te zijn bij de directe zorg.

Een mogelijke valkuil ondervond Nine zelf toen zij een kamer binnenstapte waar een meisje vastgebonden in bed lag. Ze werd hier van tevoren op de hoogte gesteld, maar toen zij met dit beeld geconfronteerd werd, was haar fysieke reactie dat ze zich direct omdraaide. Het kwam te hard binnen en bracht haar terug naar haar eigen ervaringen als vijftienjarig meisje in de ggz. Moedig stapte ze even later toch de kamer in en liet aan het meisje weten dat het niet haar lag dat ze zich omdraaide, maar aan het feit dat het even te dichtbij kwam. Het illustreert hoe belangrijk en

lastig het is om als ervaringsdeskundige bij jezelf na te gaan in hoeverre je in staat bent een ander te helpen zonder dat je eigen ervaringen in de weg zitten. Het is constant jezelf de vraag stellen: 'Ben ik voldoende hersteld om mijn eigen ervaringen op een functionele manier in te zetten?'

Tot slot geeft Borkman aan dat de kans op samenwerking groter wordt wanneer zowel professionals als ervaringsdeskundigen zich bewust zijn van hun beperkte perspectief. Waar professionals de ervaringen van cliënten niet zelf hebben beleefd, kunnen zij gevoelsmatig hier niet op aansluiten. 'Waarover men niks kan zeggen, kan men beter zwijgen', betoogt zij. Dat geldt precies andersom voor ervaringsdeskundigen; alleen waar het gaat over een persoonlijke ervaring kunnen zij aansluiting vinden; dit kan niet worden generaliseerd.

Is de toepassing van ervaringsdeskundigheid in de zorg een gemakkelijke oplossing? 'Nee, het is ontzettend ingewikkeld, maar ik denk dat het wel een hele belangrijke toevoeging is in de complexe zorg aan cliënten in bijvoorbeeld de ggz', aldus Nine. 'Het vraagt veel van de ervaringsdeskundige zelf en zijn of haar herstellniveau, maar ook van de zorginstelling. Het is ontzettend belangrijk om goed met elkaar in gesprek te blijven en de benadering van de cliënt af te stemmen.' Maar de uitdagingen zouden een roep om meer ervaringsdeskundigheid in de zorg niet in de weg moeten staan: 'Uiteindelijk gaat het erom dat we mensen met complexe problematiek zo goed mogelijk willen helpen. Dat mag soms best ingewikkeld zijn.' ✨

#### Bronnen:

- Spiegels in het welzijnswerk: ervaringsdeskundigheid als gelijkwaardige kennisbron | Movisie
- Verhalenbank PsychiatrieOver de Verhalenbank Psychiatrie (psychiatrieverhalenbank.nl)
- Collectieve Ervaringskennis - ZonMw Digitale Publicaties
- Enik Recovery College
- De heilige graal van de ervaringskennis – Sociale Vraagstukken

# ZELFVERWONDING; JONG GELEERD, OUD GEDAAN

Peter Koedoot

**N**

atuurlijk leidt zelfstimulerend gedrag bij jonge kinderen lang niet altijd tot ernstige en aanhoudende zelfverwonding. Soms blijft het beperkt in intensiteit of frequentie. En soms verdwijnt het. Ogenscheinlijk zomaar. Maar andersom geldt ook: volwassenen met een verstandelijke beperking die zichzelf verwonden, doen dat vaak wel vanaf jonge leeftijd. Lichte zelfverwonding of zelfstimulerend gedrag, is dus wel degelijk een reden om opletten te zijn en te zoeken naar redenen waarom die zelfstimulering ontstaat en blijft bestaan.

## Het topje van de ijsberg

Om hoeveel mensen gaat het? Als CCE zien we regelmatig cliënten als Benjamin en Thijs. Per jaar krijgen wij ongeveer twintig meldingen, maar we vermoeden dat er meer zijn. Soms worden mensen met zelfverwendend gedrag gefixeerd, zodat de zelfverwonding 'verdwenen' is. En ook horen we regelmatig dat 'de zelfverwonding bij de cliënt hoort'. Dan wordt de zelfverwonding als het ware geaccepteerd en doet men er niets aan. Henderikse (2017) maakte een onderbouwde schatting, gebaseerd op het aantal mensen met een matige of (zeer) ernstige verstandelijke beperking en weten-

schappelijke literatuur over het voorkomen van zelfverwendend gedrag. Hij schatte dat er in Nederland dertien duizend à zestien duizend mensen met zelfverwendend gedrag zijn. Veel meer dus dan we bij CCE zien... Hoe kan dat?

## We kunnen het niet aanzien

Wij denken aan een aantal redenen. Ten eerste is zelfverwonding moeilijk om aan te zien. Als iemand zichzelf verwondt, voelt dat zeer onaangenaam. Dan kan een gevoel van onmacht ontstaan. Je doet er van alles aan, zonder dat de zelfverwonding vermindert. En omdat een ouder en zorgverlener zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van hun kind of cliënt, ontstaat gemakkelijk een schuldgevoel: wat heb ik fout gedaan? Met zulke complexe gevoelens – afschuw, onmacht en schuld – is het moeilijk om niet weg te kijken en wordt het ingewikkeld om deze groep goed in beeld te krijgen.

Cliënten waarbij nog geen sprake is van zelfverwonding, zoals Dominic, zijn nog moeilijker 'op te sporen'. We weten dan ook niet goed hoe vaak dat voorkomt. Zelfstimulering is (nog) geen zelfverwonding. Bij zelfverwonding is sprake van (ernstige) verwondingen, met als criterium 'weefselschade'; bij zelfstimulering niet. Men denkt of hoopt dat de zelfstimulering wel over gaat, en vaak is dat ook zo. Die situaties komen daarom niet zo snel in beeld van de hulpverlening of van CCE. Dan is het zaak dat iedereen die met kwetsbare mensen (kinderen) te maken heeft, weet dat aanhoudende zelfstimulatie kan overgaan in zelfverwendend gedrag.



Foto Bigstock

## DRIE CCE CASUSSEN

### Dominic (7)

Bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) worden mensen aangemeld vanuit allerlei delen van de samenleving. Meestal vanuit de langdurige zorg, maar niet altijd. Dominic, een zevenjarig jongetje, wordt aangemeld door zijn ouders. Zij maken zich zorgen. Dominic was altijd al wat traag. De arts had al geconstateerd dat hij vergeleken met leeftijdgenoten achter liep. Hij begon ook laat met praten en doet dat nog steeds niet veel. Sinds een jaar bijt hij zacht in zijn hand. Niet heel erg; je ziet er eigenlijk niets van. Hij doet het bovendien niet altijd, maar voornamelijk 's ochtends als hij naar school gaat. Dat is een spannend moment voor hem. Inmiddels – een jaar later – zien we dit gedrag ook op andere momenten als het spannend voor Dominic is.

### Thijs en Benjamin

Toen Thijs vijf jaar was, liet hij vergelijkbaar gedrag zien. Eerst wreef hij met zijn vlakke hand over zijn hoofd. Dat deed hij steeds harder. Zijn vlakke hand werd een vuist. Daarmee sloeg hij hard op zijn hoofd. Het geluid ervan was duidelijk hoorbaar en had een grote impact op de mensen in zijn omgeving. Nadat Thijs in een instelling ging wonen, probeerden de zorgprofessionals grip te krijgen op zijn steeds erger wordende zelfverwonding. Aanvankelijk dacht men dat hij te weinig prikkels kreeg (Thijs had het CHARGE syndroom waardoor hij niet kon horen, niet kon ruiken en slecht kon zien) en dat hij daarom overging tot zelfstimulering om

zo toch maar prikkels te ervaren. Maar wat er ook geprobeerd werd, het lukte niet om zijn zelfverwonding te verminderen. Ook andere hypothesen – te weinig structuur en voorspelbaarheid, pijn, angst voor het onverwachte – hebben niet tot verbetering geleid. Thijs is op 32-jarige leeftijd overleden.

Ook Benjamin liet al op jonge leeftijd zelfstimulerend en later zelfverwendend gedrag zien. Bij hem kwamen zijn zorgverleners er achter dat de wereld te snel ging voor hem. Hij kreeg er geen grip op en uit frustratie of angst liet hij ernstige en levensbedreigende zelfverwonding zien. Het lukte dit patroon te doorbreken. Met kleine stapjes van intensieve begeleiding en training kon hij de wereld steeds beter aan. Met Benjamin gaat het nu goed. Hij zwemt zelfs iedere week; een langgekoesterde droom.

*Dominic is een gefingeerde casus, maar wel gebaseerd op echte CCE-casusstiek*

*Thijs en Benjamin zijn geen gefingeerde casussen. Over hen heeft CCE twee videoportretten gemaakt, waarin de professionals reflecteren op de situatie rond de zelfverwonding en de wijze waarop zijn daar mee omgingen. Beide portretten zijn te leen voor educatieve doeleinden in de zorg: Zoektocht naar verklaringen voor zelfverwonding | CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise)*

## OVER DE AUTEUR

Peter Koedoot is projectleider Expertisemanagement bij Centrum voor Consultatie en Expertise. Daar leidt hij kennisprojecten, waaronder 'Leren van Casussen', 'CCE Podium' en het Implementatieproject naar de 'Good Practice Zelfverwonding'



## » Aanpakken bij zelfverwonding

Bij CCE hebben we een aanpak ontwikkeld om samen ernstig en aanhoudend zelfverwondend gedrag te begrijpen (waarom doet iemand dit?), om het vervolgens te kunnen verminderen. Het gaat hierbij om een arbeidsintensieve aanpak. Vaak is hier namelijk 'alles al geprobeerd', zonder resultaat. De kern in de aanpak is dat er interdisciplinair gewerkt wordt. De oorzaken van de zelfverwonding kunnen immers zeer divers zijn, waardoor het noodzakelijk is dat experts vanuit verschillende disciplines betrokken zijn. Ook is het belangrijk dat methodisch gewerkt wordt. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om eerst goed te begrijpen (en expliciet te maken) waar de zelfverwonding vandaan komt, voordat er interventies worden gedaan. Op de website van CCE wordt daar uitgebreid op ingegaan: [Handelen bij zelfverwonding](#).

Bij zelfstimulering is zo'n grote investering gelukkig nog niet nodig. Maar het is wel belangrijk dat er actie wordt ondernomen. De vraag is dan: wat kun je er aan doen?

### De eerste stap: begrijpen

Wanneer er sprake is van zelfverwonding, is een belangrijke vraag: waarom? Waarom verwondt deze persoon zichzelf? Diezelfde vraag geldt voor zelfstimulerend gedrag. Over het ontstaan of het in stand houden of verergeren van zelfverwondend gedrag (en dus ook van zelfstimulering) bestaan veel verschillende theorieën. We noemen hier enkele verklaringen, maar dat zijn niet de enige. Op de website van CCE staan er meer: [Beter begrijpen van zelfverwonding](#).

### Zelfstimulering

Bij kwetsbare mensen (bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking) kan sprake zijn van een verstoorde prikkelverwerking. Soms komen prikkels bij de verschillende zintuigen niet goed binnen, te hard of te zacht. Bij te weinig prikkels is sprake van onderstimulering en kan iemand zichzelf gaan stimuleren. Soms door zich te bijten of hard te wrijven (tast), soms door op ogen of oren te slaan (visuele en auditieve stimulering). Wanneer het niet wordt aangepakt, kan dit gedrag gemakkelijk erger worden.

### Overstemmen van prikkels of gevoelens

Soms werkt de zelfverwonding/zelfstimulering juist te-gengesteld en heeft het de functie om te veel prikkels, pijn of angstige gevoelens te overstemmen. Zo hebben we bij CCE eens meegemaakt dat een cliënt een knikker in zijn oor had gedaan. Zeer pijnlijk. Door zijn verstandelijke beperking kon hij niet uitleggen wat er aan de hand was. Hij kon alleen op zijn oor slaan. Het duurde een tijd voordat men er achter kwam wat er mis was...

### Leerproces

Een heel begrijpelijke reactie bij zelfverwondend of zelfstimulerend gedrag is om iemand aandacht te geven. Je wilt immers dat het gedrag stopt en vaak lukt dat dan ook wel. Aandacht geven kan aan de andere kant echter ook heel versterkend werken voor wat daaraan voorafging. Als je een jengelende peuter zijn zin geeft, is de kans groot dat hij de volgende keer weer gaat jengelen als hij iets wil. Zo werkt het ook met zelfverwonding: als je het aandacht geeft, kun je het erger maken. Vrijwel altijd is ernstige zelfverwonding een gevolg van bovenstaande én andere factoren.

### De tweede stap: handelen

Als het zo ingewikkeld is, kunnen we er dan wel iets aan doen? Het antwoord is 'ja', maar makkelijk is het niet. Vooropgesteld: zelfverwonding is gedrag, geen ziekte. Er is dus geen medicijn. Het gaat er vooral om dat je de juiste oorzakelijke factoren op het spoor komt. Dat vraagt erom dat je breed kijkt: naar lichamelijke en psychologische factoren bij de persoon, maar ook naar zijn of haar sociale omgeving (interacties met anderen) en de fysieke omgeving (bijvoorbeeld prikkels door een te drukke omgeving). Afhankelijk van wat je daar vindt, kun je interventies bedenken. Als iemand pijn heeft, moet je proberen de oorzaak daarvan aan te pakken. Als iemand te weinig prikkels ervaart, moet je misschien zijn dagbesteding veranderen. Als iemand angstig is omdat hij zich vaak alleen voelt, moet je op zoek gaan naar meer netwerk voor hem. En als je misschien – ongewild – de zelfverwonding erger maakt door op de verkeerde momenten aandacht te geven, dan moet je daarin verandering aanbrengen.

### Conclusie

Als de zelfverwonding ernstig is, is een methodische aanpak met meerdere zorgprofessionals nodig. Maar als de zelfverwonding minder heftig is, kan het vaak ook eenvoudiger. De verklaringen en interventies die op de website van CCE staan kunnen ook dan behulpzaam zijn. Maar bedenk dat het in veel gevallen ook gewoon een kwestie van gezond verstand is. Kijk breed – breder dan alleen naar het gedrag – wat oorzaken kunnen zijn voor de zelfstimulering of zelfverwonding. Want als je weet wat er achter het gedrag schuilgaat, vind je vast manieren om die oorzaken aan te pakken. ❀



# Iets met taal

Er waren ooit tijden dat mensen met een verstandelijke beperking het label 'idiot', 'imbeciel' of 'debiel' kregen. Gênant hè? Ik kan me daar niets bij voorstellen. De taal die we spreken heeft een grote invloed op ons denken over anderen, dus ik ben blij dat we in een tijd leven waarin deze woorden niet meer gangbaar zijn. *Lot de Swart*



Waar mijn orthopedagogische hart ook vreugdesprongetjes van maakt, is dat er in de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking steeds meer aandacht is voor de rol van de omgeving op hoe goed het met iemand gaat. Logisch natuurlijk, zou je zeggen. Hoe anderen je benaderen, welke kansen je krijgt, welke bijdrage je mag leveren, hoe je bent gehuisvest, of je geliefd wordt... het heeft allemaal invloed op hoe goed je je voelt. Die contextuele voorwaarden hebben wezenlijk invloed op hoe gelukkig jij bent met jezelf en de mensen en spullen om je heen. Dat klinkt als een inkoppertje, een universele wetmatigheid, maar opmerkelijk genoeg een universele wetmatigheid die tot vrij recent niet echt gold voor mensen met een verstandelijke beperking.

Bij deze mensen werden andere wetmatigheden toegepast. Wanneer zij niet gelukkig waren, niet lekker in hun vel zaten en dit uitten, dan werd er vooral gekeken naar wat er aan henzelf scheelde en in veel mindere mate naar hun context. Dat ook bij hen nu naar hun context wordt gekeken is weer een stap voorwaarts in de emancipatie van mensen met een verstandelijke beperking.

Maar zoals we dat al lang hebben gedaan bij de termen 'idiot' en 'imbeciel', is het wel zaak om met deze veranderende kijk op mensen met een beperking, onze dagelijkse (vak)taal hier ook nu weer op aan te passen.

Neem het woord 'probleemgedrag'. Een term die het 'probleem' en het 'gedrag' van de persoon in kwestie met elkaar verenigt in één woord. Zonder spatie of streepje... welnee! Fijn symbiotisch mogen ze samen één woord zijn; een woord waarin de context volledig buiten beschouwing wordt gelaten, alsof hij geen aandeel heeft in het 'probleem'. De context loopt gewoon flierefluitend, Joost mag weten waar, rond te hangen. Hij is de grote roze olifant in de kamer die nergens te bekennen is in het hele woord.

Nou, Meneer de Context, ik heb nieuws voor je. Bij deze doe ik een oproep aan alle professionals om een ander woord te bedenken voor de term 'probleemgedrag'. Want nu we inzien dat niet de persoon, maar de context met name de grootste aandeelhouder is, is het eigenlijk toch te 'idiot' voor woorden dat - anno 2022 - de term 'probleemgedrag' nog overal opduikt. En als we dan toch aan het nadenken zijn over een beter alternatief voor deze term, laten we al ons andere zorgjargon ook eens kritisch onder de loep nemen. Want hoe gelijkwaardig zijn al die andere termen die we gebruiken? Ik ben benieuwd wat dit aan inzichten oplevert... ❀

*Lot de Swart*  
Juni 2022

Op een koude ochtend in september heb ik een warm gesprek met Heleen van der Pijl en Didier Rammers, beide coördinatoren binnen CCE, over de meerwaarde van het systeemtheoretisch denken voor hun consultaties. *Didier Rammers, Esmaralda van 't Net en Heleen van der Pijl*

## Consultaties vanuit het Systeemtheoretisch perspectief: **de som der delen**

**W**

anneer een client aangemeld wordt bij CCE, is er al vaak heel veel geprobeerd. De situatie is zorgelijk, vastgelopen en de betrokkenen weten niet meer wat zij moeten doen. Deze combinatie van 'probleemgedrag' en handelingsverlegenheid maakt dat CCE om advies gevraagd wordt. Hieronder lees je het interview.

Vanuit het systeemtheoretisch perspectief wordt de klacht van een cliënt niet als losstaand probleem bekeken, maar in de complexe samenhang van zijn of haar systeem (bijvoorbeeld het gezin en/of hulpverlening).

*Jullie zijn beiden opgeleid in het systeemtheoretisch denken. Hoe start je een consultatie vanuit dit raamwerk?*

Didier: 'Zoals elke consultatie starten we met een inschatting van de situatie. Vanuit het systeemtheoretisch perspectief doen we dat volgens drie principes: de eerste is die van de relaties, de tweede die van het gezamenlijke verhaal (het narratief) en de laatste die van het positioneren. We beginnen doorgaans met het in beeld krijgen van de onderlinge verhoudingen, de relaties. Wie zijn er betrokken, wie zijn er niet en wel belangrijk en hoe zijn de onderlinge verhoudingen? Het in beeld brengen van de omgeving van de cliënt past bij een van de principes van het systeemtheoretisch perspectief, namelijk dat we als individu niet geïsoleerd zijn van onze omgeving, maar juist onderdeel zijn van een groter geheel waarin continue interacties plaatsvinden. Dat wat er tussen mensen gebeurt, is vaak ons aangrijpingspunt.'

*Het probleem van de client wordt zo een interpersoonlijk probleem. Een probleem tussen personen. Begrijp ik dat goed?*

Heleen: 'Inderdaad. Deze verschuiving in perspectief van de client naar het grotere geheel vraagt vaak veel van de betrokkenen. De hulpvraag klinkt immers als: help ons met deze client en zijn/haar gedrag. Het verbreden van het blikveld naar alle betrokkenen en

### OVER DE AUTEURS

**Didier Rammers** is coördinator met als aandachtsgebied de ggz en mensen met niet-aangeboren hersenletsel, programmaleider ggz en systeemtherapeut.

**Esmaralda van 't Net** is psycholoog en systeemtherapeut. Zij is werkzaam bij CCE, waar zij de opgedane kennis vanuit de consultaties vertaalt naar kennisproducten voor zorgprofessionals in het werkveld. Daarnaast doet zij onderzoek naar het beslisproces in de jeugdzorg vanuit een systemisch perspectief.

**Heleen van der Pijl** is psycholoog in opleiding tot systeemtherapeut. Naast haar werk als coördinator bij CCE doet zij onderzoek naar de toepassing van het systemisch gedachtengoed binnen de consultatieve praktijk van CCE.



Beeld Bigstock

hun positie daarin is een interventie op zichzelf. Wanneer er een consultatie van het CCE gevraagd wordt, is de urgentie namelijk vaak hoog: alles is im-

**Problemen kunnen niet worden opgelost op hetzelfde denkniveau als waarop ze veroorzaakt zijn. (Einstein)**

mers al gedaan en het gaat nog steeds niet goed. Het met elkaar verdragen dat een oplossing niet direct beschikbaar is en dat we er allemaal onderdeel van zijn (er allemaal een rol in spelen), vraagt vertrouwen en tijd met elkaar.'

*Is dit theoretisch perspectief altijd de juiste insteek?*

Didier: 'Niet per definitie, maar vaak wel. Soms volstaat het om in een consultatie externe expertise in te schakelen. Dikwijls is dat niet voldoende en dan is deze insteek passend. Als iets ernstig vastloopt, geeft wat je met elkaar denkt of doet blijkbaar niet het gewenste resultaat. Dat vraagt om met elkaar anders te gaan denken. Als coördinator maak je in het begin samen met de betrokken de inschatting of hier ruim-

- te voor is. Als de urgentie te hoog is, vraagt dat soms eerst dat we daar iets aan doen, om vervolgens met elkaar de ruimte te krijgen om meer perspectieven toe te laten. Dat oprekken van het denken, het uit de box stappen van waar we in zitten, is een ander belangrijk aspect van het systemisch denkkader.’

*Hoe ervaren teams deze aanpak?*

Heleen: ‘Vaak als erg verfrissend. Maar om dit gesprek met elkaar te mogen voeren is wel een mate van veiligheid nodig. Je vraagt immers alle betrokkenen iets te delen over hoe ze de situatie ervaren, welke zorgen ze hebben en hoe ze denken dat het anders moet. Dat roept vaak emoties op. Als coördinator heb je oog voor deze gevoeligheden. Het opnieuw mogen kijken naar de vraag, daar samen omheen lopen en willen begrijpen waarom het gaat zoals het gaat, kan ruimte geven aan verschillende standpunten. Deze meervoudige partijdigheid - het kunnen verplaatsen in verschillende mensen en daar een stem aan geven - is een andere competentie die een coördinator meeneemt in zijn/haar consultaties. Weet hebben en kunnen verdragen van verschillende visies kan zeker de samenwerking in een team vergroten.’

**Meervoudige partijdigheid: het je kunnen verplaatsen in verschillende mensen en hun standpunten.**

*Kun je iets meer vertellen over het tweede principe, dat van het gezamenlijke verhaal?*

Didier: ‘Aansluitend op wat Heleen zojuist zei: die verschillende perspectieven zijn allemaal deel van het verhaal dat met elkaar gemaakt is. Wanneer dit verhaal niet helpend is (mevrouw claimt aandacht), is het nodig om naar een nieuw verhaal met elkaar te zoeken. Een ieder die betrokken is, heeft een bepaalde visie op het probleem. Het uitvragen van al deze perspectieven maakt vaak duidelijk dat iedereen een ander deel van het geheel ziet. Soms is het verbinden van die verhalen voldoende, maar vaak voegen we

middels onze consultants nog een ander, ontbrekend perspectief toe. We leggen samen de puzzel totdat iedereen hetzelfde (complete) plaatje voor zich heeft. Het kunnen waarderen en samenbrengen van deze verschillende visies in een nieuw gezamenlijk verhaal waarin iedereen zich kan vinden, maakt dat er een beweging kan komen. Je geeft als het ware een nieuwe betekenis aan het gedrag.’

*Betekent dat ook een nieuwe betekenis aan het ‘probleemgedrag’?*

Didier: ‘Dat kan inderdaad ook gaan over hoe we naar het ‘probleemgedrag’ zijn gaan kijken. Wat is de betekenis van het ‘probleemgedrag’? Hoe kunnen we het ‘probleemgedrag’ begrijpen? Een voorbeeld hiervan was een jonge man die zijn slaap-waakritme had omgegooid door ‘s nachts te gamen en overdag te slapen. Waar zou dit ‘probleemgedrag’ een oplossing voor zijn? Na gesprekken met verschillende betrokkenen en de client zelf kwamen we erachter dat dit ooit een oplossing was geweest om de spanning en drukte die hij overdag had opgedaan te vermijden. Wat ooit een oplossing was geweest om zichzelf staande te houden in al die prikkels (dan maar ‘s nachts leven) is nu een probleem geworden (isolatie en stagnatie van de sociale ontwikkeling). Het destijds logische antwoord is nu een gedateerde oplossing. Een coping-strategie die je gebruikte toen je twaalf jaar was, is niet meer passend wanneer je volwassen bent geworden. Het bekijken van het probleem als een ‘logisch’ antwoord op een uitdagende situatie is een ander belangrijk principe vanuit het systeemtheoretisch denken.’

Heleen: ‘Ja inderdaad. Dat bedoel ik ook met het opnieuw mogen kijken naar de vraag. Kunnen we er met elkaar nog eens omheen lopen samen te verkennen wat er nu werkelijk aan de hand is? En als ik een stap verder ga en het denken van de lezer mag prikkelen door te vragen: van wie is het probleem?’

Zo moet ik aan een consultatie denken waarin we gevraagd werden om mee te denken bij een man van middelbare leeftijd die in een voorziening voor begeleid wonen leefde. Deze man had een zeer zwaar leven gehad, waar psychoses en verlies zo’n zware wissel op hem hadden getrokken dat hij zijn vlucht in een verslaving had genomen. Deze man werd aangemeld omdat de betrokken hulpverleners hem zoveel meer

gunden dan het leven dat hij nu leefde. Zo hield hij van voetbal, maar kreeg het niet voor elkaar om dat een vervolg te geven. Daarnaast had deze man vreemde gedragingen die het contact met anderen in de weg zat. Kortom, de hulpverleners gunden deze meneer een betere kwaliteit van leven. We startten de consultatie door met enkele consultants zijn gedrag psychisch en neurologisch te verklaren. Daar bleek het antwoord niet te liggen. We kwamen tot een doorbraak toen een consultant invoegde in het team en keek hoe de interactie was. Iedereen bleek deze man zoveel meer te gunnen dat het contraproductief werkte. Door hem een beter leven te gunnen werd er impliciet eigenlijk de hele tijd naar hem uitgestraald dat zijn huidige leven niet goed genoeg was. Dat is een existentieel probleem: je bent niet genoeg zoals je bent. Door het leven van meneer prima te vinden, door hem zijn leven terug te geven, ontstond er ruimte voor hem. Er ontstond een nieuwe dynamiek tussen de hulpverleners en meneer. Aan de ene kant was er meer betrokkenheid door hem te helpen in de keuzes die hij moest maken en tegelijk werd er meer losgelaten waar het over het leven en het oordeel daarover van meneer ging.’

*Is dit een voorbeeld van wat er in het systemisch denken wordt bedoeld met ‘op welk niveau is er een probleem?’*

Didier: ‘Ja. Wanneer CCE wordt ingeschakeld is er al van alles gedaan. De gebruikelijke wegen en oplossingen hebben niet het gewenste effect gehad. Dat maakt dat wij dit niet nog eens over moeten doen. Wanneer mevrouw depressief is en de gebruikelijke behandeling voor deze klachten niet helpt, dan moeten we kijken waar wel een ingang is. Daarin vraag je alle betrokkenen iets anders te doen dan zij tot dan toe gedaan hebben. Een voorbeeld hiervan is een jonge vrouw die altijd voor haar gezin van herkomst heeft gezorgd. Als oudste kind, met een zieke moeder, was zij de spil van het gezin. Op het moment dat haar klachten begonnen, verlieten haar broers en zussen een voor een het gezin. Zij raakte dusdanig depressief, dat haar omgeving zich zorgen ging maken over haar leven. Waar zij altijd voor anderen zorgde, werd er nu intensief voor haar gezorgd. Daardoor daalde haar eigenwaarde en haar vertrouwen het zelf te kunnen. De mensen om haar heen kwamen tot het besef dat door haar te helpen, zij haar niet hielpen. Zij kwamen door alle goede bedoelingen in een negatieve spiraal

van ‘niet kunnen’ terecht. Om dan met z’n allen te doen wat tegen je natuurlijke gevoelens ingaat (er wel zijn, maar niet zorgen) vraagt veel kracht en bewustzijn van iedereen. Het verdragen van haar eigen onrust en het niet zorgen voor haar familie en vrienden maakte wel dat mevrouw weer bij haar eigen kracht kon komen. Wie zij was zonder dat zij voor anderen zorgde? die identiteit moest zij zelf vorm gaan geven. Het probleem bevond zich niet op het niveau van de depressie, maar op het onderliggende verlangen haar eigen leven vorm te geven.’

*Wat is er, naast veiligheid, nodig om zo met elkaar te kunnen werken?*

Heleen: ‘Dat is het derde en laatste principe, namelijk dat iedereen op de juiste stoel zit. Hiermee bedoelen we dat je op de juiste plek zit in het geheel. Zit je als ouders misschien op de plek van de hulpverleners of ben je als dagelijks begeleider langzaam op de plek van de ouders gaan zitten? Het hebben van de juiste positie, inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheid en taken, is een cruciaal punt in vastgelopen situaties. Niet zelden zien we dat er een stoelendans heeft plaatsgevonden en dat het niet meer helder is wie wat doet. Of zoals in de situatie van de meneer hierboven, dat we op de stoel van de client zijn gaan zitten.’

*Lukt het altijd?*

Didier: ‘Niet altijd, maar wel vaak. We blijven enthousiast over het werken vanuit dit perspectief door de situaties waar het effectief was. En we leren van de situaties waar het niet het gewenste of blijvende effect had. Soms zijn zaken zo complex of zijn stellingen zo vast ingenomen, dat het niet lukt om anders te kijken of dingen anders te doen. Dergelijke complexe vraagstukken vragen van de coördinator een bepaald vakmanschap. Meervoudige partijdigheid en lenigheid van denken zijn voorbeelden van dit vakmanschap die voortdurend om training en reflectie vragen. Dat houdt ons werk spannend en boeiend.’ ❖



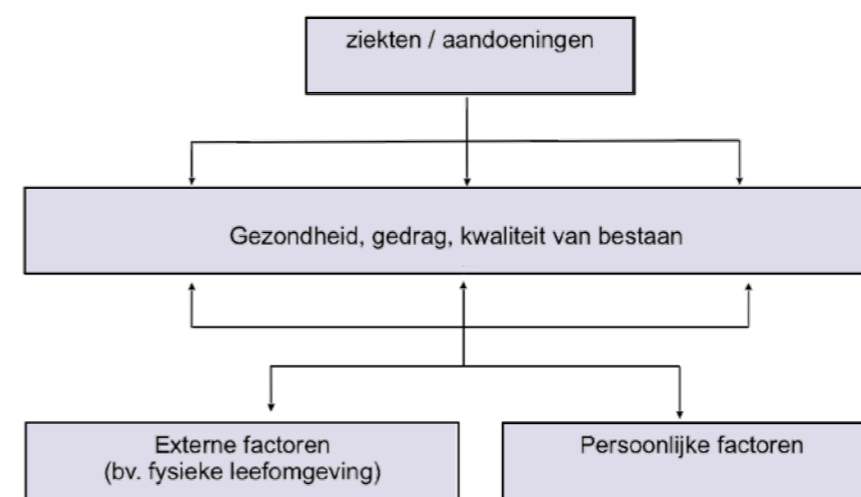
# HET GEDRAG VAN MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING WAT WETEN WE OVER DE INVLOED VAN DE FYSIEKE LEEFOMGEVING?

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de fysieke leefomgeving en wat de fysieke leefomgeving kan bijdragen aan het welbevinden van de mens. *Emelieke Huisman, Evelien Dijk, Sigrid Mueller-Schotte, Jacqueline Roos en Judith Korpershoek*

Ziekenhuizen en zorginstellingen zijn zich steeds meer bewust van hoe het gebouw, het ontwerp en de inrichting een rol kunnen spelen bij het herstel en/of de kwaliteit van leven en in het ondersteunen van zorg. Zo is ook de gedachte ontstaan dat de fysieke leefomgeving een zowel positieve als negatieve bijdrage kan hebben op mensen met een verstandelijke beperking in de intramurale zorg, en dat een menswaardige leefomgeving kan bijdragen aan vermindering van onvrijwillige zorg. Bij mensen met een verstandelijke beperking komt 'probleemgedrag', ook wel onbegrepen of moeilijk verstaanbaar gedrag, regelmatig voor. Het kan dan gaan om agressief, zelf verwondend, teruggetrokken, destructief of angstig gedrag. Dit kan een goede kwa-

liteit van leven in de weg staan. Het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden gezien als resultaat van de wisselwerking tussen de gezondheidstoestand enerzijds en externe (contextuele) en persoonlijke factoren anderzijds (World Health Organization, 2001) (Figuur 1). Om probleemgedrag te kunnen begrijpen, te verminderen of te voorkomen, is het belangrijk om breed te kijken naar de mogelijke oorzaken en oplossingen, daar zij zowel in de persoon, in de omgeving (externe factoren) als in de interactie daartussen vindbaar zijn. (figuur 1)

In dit artikel ligt de focus op de fysieke leefomgeving als externe factor: de ruimtelijke context van woon-, werk- en leefomstandigheden van de cliënt. Drie recente literatuuronderzoeken naar de invloed van de fysieke leefomgeving op gezondheid, gedrag en participatie van mensen met een verstandelijke beperking in de langdurige zorg laten zien dat de beschikbare wetenschappelijke kennis over dit onderwerp bij deze doelgroep schaars en versnipperd beschikbaar is (Mueller-Schotte, Huisman et al., 2022; Roos, Koppen et al., 2022; Roos, Mobach et al., 2022). Naast meer onderzoek, is er in de eerste plaats behoefte aan overzicht en verduidelijking over wat de fysieke leefomgeving is, hoe je die in componenten kunt beschrijven



Figuur 1: Gezondheids-toestand gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) en aangepast voor doelgroep en onderzoeksdoel (WHO, 2001)

en hoe deze van invloed kunnen zijn op mensen met een verstandelijke beperking.

## Fysieke leefomgeving

In een recent ZonMw rapport (Roos, Korpershoek et al., 2022) wordt een eerste aanzet hiertoe gedaan door een basis overzicht te genereren van factoren in de fysieke leefomgeving die invloed (zouden kunnen) hebben op mensen met een verstandelijke beperking en een intensieve zorgvraag in de langdurige zorg (Figuur 2). De eerste term die geïntroduceerd wordt, is 'omgevingscomponenten'. Omgevingscomponenten zijn de (enkelvoudige) concrete factoren waaruit de fysieke omgeving bestaat. De omgevingscomponenten kunnen worden ingedeeld in drie schaalniveaus: stedenbouw (omgeving van een gebouw), gebouw (het gebouw zelf) en interieur (aankleding in een gebouw). Een tweede term die geïntroduceerd wordt, is 'performance'. Hiermee worden de belevingen of effecten bedoeld, die worden veroorzaakt door meerdere omgevingscomponenten gezamenlijk. (figuur 2)

Sta eens stil bij de vraag: Welke ervaringen heb jij met jouw werkomgeving? Het gaat dan om wat je prettig of juist minder prettig vindt aan de omgeving,

het gebouw en het interieur. Bijvoorbeeld of je makkelijk de weg kunt vinden op de locatie of in het gebouw, of op welke plek je het liefst verblijft. Kan je uitleggen waarom je daar zo graag verblijft? Dit soort vragen helpen om na te denken over wat je waardeert in jouw werkomgeving of in de woonomgeving van jouw cliënten. Bovendien kunnen ze inzicht geven in wat je graag zou willen aanpassen of willen veranderen. In de volgende paragrafen worden voorbeelden gegeven waar je aan kan denken als je kijkt naar de omgeving waarin het gebouw staat, het gebouw zelf en het interieur.

## Stedenbouw (omgeving van een gebouw)

De directe omgeving van een gebouw, ook wel de locatie genoemd, is van belang bij het creëren van een thuisgevoel, herkenning en het gevoel onderdeel te kunnen zijn van de maatschappij. Hierbij spelen bereikbaarheid en toegankelijkheid van een locatie een rol. Denk bijvoorbeeld aan parkeermogelijkheden van bezoekers. Hier hangt ook mee samen welke voorzieningen er op het terrein aanwezig zijn, welke in de omgeving beschikbaar zijn en hoe de verbindingen met deze voorzieningen zijn geregeld. Voorzieningen zijn (maatschappelijke) zaken waar je gebruik van kan ►

## OVER DE AUTEURS

**Emelieke Huisman, Evelien Dijk** en **Sigrid Mueller-Schotte** zijn werkzaam bij de Hogeschool Utrecht, Lectoraat Technologie voor Zorginnovaties, kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven

**Jacqueline Roos** is werkzaam bij Ipse de Bruggen

**Judith Korpershoek** is werkzaam bij de Hanze Hogeschool; Academy of Architecture Institute of Future Environments

► maken, zoals onderwijs, openbaar vervoer, gezondheidszorg, bibliotheek of zwembad. Het kan ook betrekking hebben op specifieke ruimten zoals activiteitenruimten, dagbestedingsruimten, therapieruimten, binnen- en buitenrecreatiefaciliteiten etc. De voorziening kan wel of niet bij de instelling horen, kan wel of niet met andere groepen worden gedeeld en de mate van nabijheid ten opzichte van de woonvoorziening kan verschillen.

## Gebouw

Op gebouwniveau gaat het bijvoorbeeld om aspecten als groepsomvang, ruimtelijkheid, het creëren van duidelijkheid, overzicht en hoe dit samenkomt in de plattegrond. Maar ook zaken als licht en verlichting, geluid en akoestiek, ventileren en veiligheidsvoorzieningen horen bij het gebouw.

De positionering van de keuken, een korte en brede gang, vele ramen naar de tuin en een open plattegrond maken het bijvoorbeeld mogelijk om visuele of auditieve verbinding tussen zorgverlener en bewoner(s) te creëren. Hierdoor wordt de nabijheid tussen hen vergroot en kan er tijdig gereageerd worden op de stemming en het stressniveau van bewoners, om incidenten te voorkomen. Aan de andere kant creëert een open plattegrond ook nabijheid van cliënten naar elkaar, hetgeen naast gewenste interacties ook kan leiden tot spanningen tussen cliënten onderling.

Hierbij is het van belang hoe de akoestiek van het gebouw wordt ervaren. Omgevingsgeluiden in de woonomgeving worden aangemerkt als belangrijke factor met invloed op mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag, waarbij de omgevingsgeluiden zowel een ontspannend als een activerend karakter kunnen hebben. Met veiligheidsvoorzieningen wordt onder andere bedoeld op het gebruik van hoogwaardige, robuuste, niet-giftige materialen, die bestand zijn tegen beschadiging en ander gebruik dan waarvoor bedoeld; oppervlakken die eenvoudig schoon te houden zijn;

### Opdrachtgever en financiering

ZonMw; Programma: 'Gewoon Bijzonder, Nationaal Programma Gehandicapten'.

### Met dank aan:

Stuurgroepleden en deelnemers aan de kennissessies



Figuur 2: Overzicht Fysieke leefomgeving  
Het overzicht is gebaseerd op het *Integrated Building Design model* (Rutten, 1996) en is een interpretatie van de auteurs.

het vermijden van scherpe hoeken; het beperken van de toegankelijkheid van bepaalde ruimtes; en de toepassing van veiligheidskranen.

## Interieur

Op interieurniveau kan worden gedacht aan aspecten als het gebruikte materiaal, stoffering, gebruik van kleur en contrast, meubels en persoonlijke spullen. Objecten zoals ramen, gordijnen, prullenbakken of spiegels kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt om stress op af te reageren en niet (geheel) gerepareerde schade kan bewoners 'triggeren' tot verdere destructie. De mate van stevigheid van materiaal is dus van belang. De aanwezigheid van persoonlijke spullen kan van invloed zijn op het thuisgevoel.

## Performance

Met performance worden belevingen (perceptie, sensatie) van of effecten (prestaties) op de gebruikers bedoeld, die meerdere omgevingscomponenten in samenhang veroorzaken. Bij performance gaat het onder andere om de hoeveelheid prikkels, privacy en sociale interactie.

Blootstelling aan meer of juist minder gevarieerde prikkels in de dagelijkse omgeving, die de zintuigen stimuleren (zien, horen, voelen, ruiken), kunnen zorgen voor rust, ontspanning, concentratie, afleiding, prikkeling, stimulatie of activering. Het kan gaan om inrichting, kleur, geluid, materiaal, geur en thermisch comfort die zorgen voor visuele, auditieve, tactiele en/of olfactorische prikkels.

Maar ook privacy is van belang. Privacy, persoonlijke levenssfeer, privésfeer of eigen (persoonlijke) ruimte schermt personen af van bespieding en beïnvloeding. De indeling van de plattegrond, openingen in de gevel en overzicht zijn voorbeelden van omgevingscomponenten die van invloed kunnen zijn op de privacy en het gevoel van huiselijkheid.

Hetzelfde geldt voor de sociale processen en interacties. Deze kunnen door de fysieke leefomgeving worden bevorderd of belemmerd. Zowel de inrichting is hierbij van invloed als de aan- of afwezigheid van sociale ruimten (zoals gemeenschappelijke ruimten/huiskamers).

## Praktische handvatten voor de praktijk

Je zult je inmiddels afvragen hoe we in de praktijk invloed kunnen hebben op de omgevingscomponenten. Hoe en welke invloed heb je als zorgprofessional of familie op de beschreven omgevingscomponenten? Uit de praktijk blijkt dat zorgprofessionals, facilitair beheerders en architecten ieder een eigen taal hebben en elkaar soms moeilijk kunnen begrijpen als het de fysieke leefomgeving betreft. Dit onbegrip maakt dat de mogelijkheden van de fysieke leefomgeving in nieuwbouw of renovatieprojecten niet altijd optimaal benut worden.

Op basis van de drie recente literatuuronderzoeken naar de invloed van de fysieke leefomgeving op gezondheid, gedrag en participatie van mensen met een beperking in de langdurige zorg en aan de hand van het bovenstaande overzicht, is in eerder genoemd ZonMw rapport (1) een eerste overzicht gemaakt wat er nu al bekend is met betrekking tot de invloed van de leefomgeving op het gedrag bij deze doelgroep. Daarnaast (2) zijn voorbeelden uit andere doelgroepen - zoals bijvoorbeeld mensen met dementie - opgenomen waarbij de gedachte is dat deze kennis ook van toepassing zou kunnen zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Als laatste (3) is een begripelijst gemaakt om de communicatie tussen de verschillende stakeholders (professionals, familie, facilitair beheerders, architecten) te bevorderen. Hierbij zijn de volgende adviezen en handvatten van belang:

Het is van belang om na te denken over de invloed van de fysieke leefomgeving op gezondheid, gedrag en kwaliteit van leven van de gebruikers op alle schaalniveaus: stedenbouw, gebouw en interieur. Hierbij is de betrokkenheid van de juiste stakeholders

van belang, waarbij de wensen en behoeften van deze stakeholders goed in kaart worden gebracht. Het gaat dan om bijvoorbeeld cliënten, familie, verwanten en zorgprofessionals. Zij zijn de eindgebruikers van het gebouw. De vastgoedmedewerkers en facilitair beheerders signaleren vanuit de beheerfase van het gebouw wat wenselijk is vanuit het perspectief van huisvesting. Een ontwerper vertaalt de wensen en behoefte vanuit de verschillende stakeholders in een ontwerp.

Tevens is van belang dat de verschillende stakeholders elkaar goed begrijpen. Het spreken van één taal is hierbij van belang. Het gepresenteerde basisoverzicht en definiëring van begrippen kan hiertoe een bijdrage leveren.

Voor het opbouwen van evidentie is het van belang te kijken naar samenhang en programmering van studies en het delen van practice-based evidentie binnen en buiten zorgorganisaties. ❖

## Referenties

- Mueller-Schotte, S., Huisman, E., Huisman, C., & Kort, H. (2022). The Influence of the Indoor Environment on People Displaying Challenging Behaviour: A Scoping Review. *Technology and Disability*, Vol. Pre-press, no. Pre-press, pp. 1-18. <https://doi.org/10.3233/TAD-210352>
- Roos, J., Koppen, G., Vollmer, T.C., Van Schijndel-Speet, M & Dijkxhoorn, Y. (2022). Unlimited Surrounding: A Scoping review on the impact of the Built Environment on Health, Behavior, and Quality of Life of Individuals With Intellectual Disabilities in Long-Term Care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(3), 295-314. <http://doi.org/10.1177/19375867221085040>
- Roos, J.L., Korpershoek, J.E., Mueller-Schotte, S. Dijk, E., & Huisman, E.R.C.M. (2022). Fysieke leefomgeving: een beschrijving van de omgevingsfactoren. Een basis overzicht van factoren in de fysieke leefomgeving die invloed (zouden kunnen) hebben op mensen met een verstandelijke beperking en een intensieve zorgvraag in de langdurige zorg. *Rapportage ZonMw*.
- Roos, B.A., Mobach, M., & Heylighen, A. (2022). How does architecture contribute to reducing behaviours that challenge? A scoping review. *Research in developmental Disabilities* 127, 104229. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104229>
- Rutten, P.G.S. (1996). *Strategisch Bouwen*. Technische Universiteit Eindhoven.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

# VOORKOMEN DAT JE VASTLOOPT DOE JE **MET ELKAAR...**



**V**an begeleider tot bestuurder, van facilitair medewerker tot familielid

Laatst was ik op bezoek bij een grote zorginstelling. Ik stond even te wachten in de hal en onder de enorme kerstboom raakte ik in gesprek met een begeleider. Ze vroeg wie ik was en moest een beetje zuchten toen ik vertelde wat mijn functie bij CCE was. Zij bleek, behalve begeleider, ook een kritisch OR-lid te zijn, en associeerde bestuurders vooral met jaarplannen. Hoewel ze het belang van een heldere koers onderkende en onderschreef, was ze ook kritisch. 'Het zijn vast vaak goede plannen, maar ik kan er niet altijd uit opmaken hoe het ons op de werkvloer gaat helpen. Er is vaak spanning op de groepen, ook tussen het team en verwanten. En als een cliënt met wie het helemaal niet goed gaat, wordt overgeplaatst, ben

**'Wat zou het mooi zijn als we met elkaar, met dit brede team, overplaatsingen uit onmacht vaker zouden kunnen voorkomen.'**

je opgelucht, maar het voelt toch ook als falen. Dát zijn onderwerpen die ik nou eens graag zou bespreken met onze bestuurder.'

## De impact van overplaatsingen is enorm

Ik herkende haar verzuchting. Want deze spanning zien wij in onze consultaties natuurlijk vaak terug. In vastgelopen situaties, na een lange periode waarin het team al heel veel heeft geprobeerd, lijkt overplaatsing in sommige gevallen de enige uitweg. Alle inspanningen ten spijt wordt een verhuizing van de cliënt naar een andere plek gezien als de enige optie. Een droevige constatering. Allereerst natuurlijk voor de cliënt zelf, die soms al voor de zoveelste keer als een kat in een vreemd pakhuis ergens anders opnieuw zijn draai moet zien te vinden. Kan hij daar wel zichzelf zijn zonder in de problemen te komen? Lukt het de familie om vertrouwen te stellen in weer een nieuw team? Kunnen nieuwe begeleiders de aansluiting vinden en begrijpen wat er nodig is? Dat wordt na iedere mislukking voor iedereen weer een beetje moeilijker.

## Roep hulp in als de situatie dreigt vast te lopen

In de afgelopen jaren is er gelukkig steeds meer aandacht gekomen voor de nadelige gevolgen van het alsmaar overplaatsen van cliënten. Één voor het belang van ondersteuning van teams bij het voorkomen ervan. Dat heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat er crisis- en ondersteuningsteams (COT) zijn opgericht. Ook in CCE-consultaties trekken we samen op met het



Foto Bigstock

team. Om een vastlopende situatie weer vlot te trekken en bijvoorbeeld overplaatsing te voorkomen, is het belangrijk om op tijd aan de bel te trekken. Vraag dus collega's, professionals van een andere groep of andere zorgaanbieders om mee te denken als je signaleert dat de cliënt en zijn omgeving in een negatieve spiraal terecht zijn gekomen. Schakel een COT in of vraag CCE voor een consultatie.

## De volle breedte van het team

Want ook wij zijn als dat nodig is graag een tijdelijke, kleine schakel binnen het team. En als ik spreek over het team, dan bedoel ik dat in de breedste zin van het woord: iedereen die betrokken is rond de zorg van de cliënt. Van de collega-begeleiders die heel goed weten hoe hard je elkaar nodig hebt tot de medewerker facilitaire dienstverlening, die noodzakelijke reparaties of schoonmaak in de woning snel doorvoert als begeleiders dat vragen. En van de manager en de orthopedagoog die samen met het team onderzoeken waar het stopt en wat er nodig is, tot de familie die zich uitgenodigd voelt om mee te denken en eigen ervaring in te brengen. Maar ook de bestuurder die met alle lagen in de organisatie in gesprek gaat over wat goede voorbeelden zijn en wat daar in de organisatie van te leren

valt. Zo is iedereen op zijn of haar eigen manier lid van dat brede team. Wat zou het mooi zijn als we met elkaar, met dit brede team, overplaatsingen uit onmacht vaker zouden kunnen voorkomen.

## Solidariteit houdt teams op de been

Terug naar de begeleider in de OR. Ik vroeg haar wat zij nodig had om haar werk goed te kunnen doen. Ze antwoordde: 'De solidariteit die ik voel met cliënten, met collega's, mijn leidinggevende én met familieleden. We staan er allemaal samen in. Er zit niks anders op dan met elkaar het gesprek te voeren en te proberen om van elke dag een betere te maken, voor elkaar en voor de cliënt.' Dat raakte mij zeer. Laten we dat gevoel van solidariteit koesteren, voeden en ondersteunen. Binnen het team van familie, zorgprofessionals, managers en bestuurders. En zelfs nog breder: zorgkantoren, kenniscentra en beleidsmakers. Iedereen vanuit zijn eigen rol, met oprechte aandacht en oog voor wat er goed gaat, voor wat er nodig is en voor wat helpt. Allemaal met de focus op 'veilige grond' voor de cliënt, zijn verwanten en zijn zorgverleners. Op die manier is het team pas echt compleet! ❀

## OVER DE AUTEUR

Rieneke de Wit is bestuurder bij CCE

Kinderen die niet meer thuis kunnen wonen een vaste woonplek bieden zonder overplaatsingen, zelfs als het heel ingewikkeld wordt. Wat vraagt het van een team om de omslag te maken naar zo'n woonvorm waar kinderen blijven, waar alles vanuit de relatie wordt opgelost en waar de deuren open zijn? *Marcia Lever*

# Misschien wel beter dan ooit

**V**ol hoofd

Keihard stampen op de trap. Klieren. Met bekertjes gooien. Rond bedtijd stoort Ryan (12) enorm. Het is tien uur 's avonds in de kleinschalige woonvorm Graaf Jan. De avonddienst van Sammie Pronk, meewerkend teamleider, zit er eigenlijk op, maar haar werk is nog niet klaar zolang er onrust is. De invaller met wie Sammie en vast teamlid Daan die avond samenwerken, zegt: 'Ryan heeft begrenzing nodig. Hij is ons aan het uittesten. Laten we hem op zijn kamer zetten.' 'Nee', zegt Daan, 'zo werken wij hier niet. Hij heeft geen grenzen nodig, heeft óns nodig.' Daan gaat naar Ryan toe en zegt: 'Het lukt nog niet om naar bed te gaan, hè. Zullen we samen een stripverhaaltje lezen?' Dat helpt. Ryan ontspant. Uiteindelijk, zittend op de rand van Ryans bed, vraagt Sammie: 'Wat was er nou?' 'Mijn hoofd zit zo vol', zegt Ryan. Ze hebben een mooi gesprekje. Ryan kan gaan slapen en Sammie kan naar huis. Tevreden dat het rustig is en trots om te zien hoe vanzelfsprekend Daan hun gezamenlijke visie uitdraagt. Het is tegen elf uur.

## OVER DE AUTEUR

**Marcia Lever** heeft jarenlang als adviseur in de jeugdzorg gewerkt, en heeft bij CCE deel uitgemaakt van het team expertisemanagement. Ze zet zich in om wetenschappelijke en praktijkkennis te verbinden en in bruikbare kennisproducten te vertalen (zoals methodieken, tools, artikelen).

## Een gewoon thuis

Parlan, de organisatie voor jeugdzorg waarvan Graaf Jan onderdeel uitmaakt, gooit in 2019 het roer om. Kinderen met complexe problemen die niet langer bij hun eigen ouders kunnen wonen, krijgen een vaste woonplek. Geen lange keten van overplaatsingen meer, zelfs niet als het heel ingewikkeld wordt. Een nieuw thuis, waar kinderen normaal en liefdevol kunnen opgroeien. Graaf Jan in Beverwijk, een doodgewoon rijtjeshuis, is zo'n nieuw thuis voor vier jonge kinderen tussen de tien en twaalf jaar, die eerder overal zijn weggestuurd of uitgeplaatst. Sammie is betrokken vanaf het eerste uur. Samen met Eva Vijge, orthopedagoog generalist, en Ellen van Emmerik, leidinggevende, vertelt ze over de veranderingen die het werken in een kleinschalige woonvorm met zich meebrengt.

## Snelkookpan

Het huis is in alle haast in gereedheid gebracht, maar hoewel er van alles nog niet op orde is, zijn de wittebroodsweken prachtig. Maar al snel wordt duidelijk dat de kleinschaligheid ook een soort snelkookpan is, voor kinderen én voor begeleiders. De eerste incidenten doen zich voor. De kinderen krijgen er een handje van om - als er onrust ontstaat - het dak op te klimmen. Drie hoog, geen hekje. Ze gooien met steentjes en schreeuwen lelijke woorden. Het gebeurt vaker; soms moet zelfs de politie ingeschakeld worden.



Een kind pakt in paniek een mes. Kinderen lopen 's avonds laat weg. Meerdere begeleiders stoppen, zij trekken het niet.

## Anders labelen

Ellen, Eva en Sammie vragen ondersteuning bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en Dick van de Weert wordt als consultant ingeschakeld. Samen met Dick diepen ze casuïstiek uit. 'De essentie is om contact te blijven maken en te blijven nadenken: hoe kan ik aansluiten bij de belevingswereld van

het kind?' legt Eva, de orthopedagoog, uit. 'Om het gedrag niet te labelen als vervelend, maar je af te vragen: wat hebben we gemist? Wat heeft het onduidelijk of onveilig gemaakt waardoor je nu zo doet?' Ze puzzelen erop welke gehechtheids-bevorderende dingen het team kan doen en met welke gehechtheids-belemmerende dingen ze moeten stoppen. Eva: 'Laatst maakte een kind het moederdagcadeautje van een ander kind kapot. Daar waren teamleden boos over, en dat snap ik. We zijn het gaan uitpluizen. Dit kind heeft zelf geen moeder die betrokken is. Hij vindt het super ingewikkeld dat een ander kind dat

➔ wel heeft. Hij denkt: ik heb recht op wat een ander ook heeft. Hij maakt kapot wat hij moeilijk vindt. Zo kijk je op een andere manier naar het gedrag, daar helpt Dick bij.’

### Onderstroom

Begrijpen is één ding, ermee omgaan is wat anders. Eva: ‘Deze kinderen doen het niet expres. Die overtuiging moet je echt hebben om dit werk te kunnen doen. Maar op moeilijke momenten verlies je dat wel eens uit het oog’. Sammie: ‘Het is best moeilijk. Daar mag je kwetsbaar over zijn. En door je kwetsbaarheid kom je ook weer verder.’ Bespreken wat het gedrag

van een kind met jou doet, is een heel belangrijk onderdeel van de teamvergaderingen. Eva: ‘Ik probeer de onderstroom van begeleiders op tafel te krijgen. Of iemand zelf gefrustreerd raakt, of wanhopig is, zich machteloos voelt. Dat kan gebeuren natuurlijk. Maar dan doe je anders dan wanneer je er zelfverzekerd staat.’

### Rituelen

Langzaam maar zeker ontstaan er gewoontes, soms doordacht en soms bijna vanzelf. ‘s Avonds met elkaar op de bank Klokhuis en Jeugdjournaal kijken, een moment van rust en samen zijn. Pannenkoeken eten op woensdagen. ‘Waar ik naar toe wil is: zo doen we het hier’, zegt Ellen. ‘Zoals je dat ook in een gezin hebt. Dit zijn onze gewoontes, gebruiken, normen en waarden als gezin.’ Onrust wordt ook voorkomen door als team heel precies en gedetailleerd af te stemmen, bijvoorbeeld rondom het naar bed gaan, een spannend moment voor de kinderen. Het helpt als ze vastigheid kunnen ontleen aan rituelen, als de wereld voorspelbaar gemaakt wordt. Zodat ze weten: wie er ook is, alles verloopt op dezelfde manier. Het team stelt, samen met Dick, voor elk kind ‘highlights’ op. Dingen die ze allemaal precies hetzelfde doen: licht aan of uit, deur dicht of juist op een kiertje; hele kleine concrete individuele rituelen. Als het onrustig is geweest onderzoeken ze minutieus: voeren we de highlights allemaal nog exact hetzelfde uit? Ellen: ‘Dan praten we in het teamoverleg uren over een bedlampje of zo. Dat anderen denken: waar gaat het over... Je wil niet weten hoeveel we praten. Maar zo willen we de kinderen laten zien: we zijn betrouwbaar’.

### Kinderen blijven

‘De kinderen zijn leidend’, vertelt Ellen. ‘Als het niet klikt met de kinderen, dan ga jij weg en blijven zij.’ Ellen kijkt nu anders naar wat zij *de carrousel van doorplaatsingen* noemt: ‘Als het moeilijk wordt met een kind in een groep, vragen teams in ‘de oude wereld’ erom dat het kind eruit moet. Terwijl we met een systeemblik weten: dan wordt een volgend kind de moeilijkste en komt de vraag om dat kind over te plaatsen. Het is hard werken om die carrousel af te remmen. Nu zijn we andersom begonnen door te zeggen dat de kinderen leidend zijn. Maar hoe gaat het ons lukken om een vast team te krijgen, om mensen vast te houden? Wat vraag je wel niet van mensen?’ Eva zegt: ‘Op momenten dat collega’s er niet lekker inzitten denk ik: ze moeten niet weg gaan. Ik

voel druk als ze wankelen. Zonder hen kunnen we niet.’ Sammie: ‘We moeten een lange adem hebben, maar hoe lang dan? Hoe gaan we dat doen? Wat hebben we nodig om dat te dragen? Daar moeten we aandacht aan geven.’

### Ander perspectief

Als kinderen blijven, ontstaat ruimte om hun tempo te volgen. Eva: ‘Deze kinderen hebben tien jaar ellende meegemaakt, dat gaan we niet in een half jaar oplossen.’ Eerder moesten problemen binnen een half jaar of een jaar *gefixt*. ‘Ik wilde het graag goed doen en het behandeltraject succesvol afsluiten’, zegt Eva. ‘Nu ben ik me meer bewust dat het tijd nodig heeft.

denken: Sammie was heel lief. Dan had ik het goed gedaan. Bij deze kinderen kunnen we meer, kunnen we verder komen. Maar dat maakt het ook zo intens.’ Ellen: ‘Ik heb iets meer de hoop dat we nog wat kunnen repareren. Hoe beter we het doen, hoe groter de kans dat de kinderen toch gaan geloven dat de wereld mooi is, dat ze er mogen zijn, dat ze kind mogen zijn.’ Ze houdt zich vast aan een tekst van De Dijk: *wan- hoop niet, straks is het allemaal weer anders en misschien wel beter dan ooit*.

### Kleine stapjes

Uit alles blijkt de compassie en het enthousiasme van Ellen, Sammie en Eva. ‘Het is eigenlijk bijzonder dat

## DOROTHE VAN KEMPEN, COÖRDINATOR / PROGRAMMALEIDER JEUGD CCE

Parlan heeft een grote drijfveer om anders te gaan werken met kinderen met complexe begeleidingsvragen. Geen vrijheidsbeperkende maatregelen meer inzetten, geen doorplaatsingen, werken vanuit de relatie en werken met het familienetwerk. Deze visie vraagt niet alleen om anders denken en kijken, maar ook om anders doen en organiseren. De Kleinschalige Woonvorm Graaf Jan vroeg CCE om mee te denken hoe een team krachtig op de been kan blijven in alle dynamiek van het dagelijks leven. Ik heb een consultant gezocht met ervaring in de gehandicaptenzorg. Daar ligt het accent in de omgang met cliënten met complexe begeleidingsvragen op onvoorwaardelijke ondersteuning, aansluiten bij de behoefte van de cliënt en werken vanuit de relatie. Dick, de consultant, heb ik gevraagd om de sleutelfiguren (manager, orthopedagoog en de meewerkend teamleider) te coachen vanuit deze visie.

## DICK VAN DE WEERD, CONSULENT CCE

Men wilde het anders maar wist niet hoe. Ik trof een open, leergierig team aan. Er was een duidelijk ‘ontwikkelverlangen’ en er was ‘ontwikkelbereidheid’. Mijn rol was om ze op hun pad te gidsen. Het zijn hoogopgeleide, slimme mensen. Ik heb ze ondersteund om krachtig te worden vanuit hun eigen know how. Kijk, dat heftige gedrag van de kinderen, dat is het topje van de ijsberg. Je moet leren zien wat er onder dat gedrag zit. Deze kinderen kunnen als gevolg van herhaaldelijk probleemgedrag voortdurend uitgestoten worden. Het team kijkt nu heel mooi naar wat er onder het wateroppervlak zit, naar wat maakt dat de kinderen zich zo gedragen. Door anders te reageren doorbreken ze het uitstotingsproces. Ze bouwen een relatie op, verlagen keer op keer hun stress en worden zo een betrouwbare ander. Zo kunnen de kinderen hun leven weer opbouwen. Eenvoudig, maar o zo krachtig!

‘De kinderen zijn leidend.

Als het niet klikt met de kinderen,

dan ga jij weg en blijven zij.’

We overschatten soms wat we in zo’n korte tijd kunnen in de behandeling. Ja, een traumabehandeling, dat kan. Maar er zit zoveel in de factor tijd. Dat kinderen de ervaring opdoen dat begeleiders betrouwbaar zijn. Dat is ook behandelen. In een half jaar kan dat niet.’ Er is nu meer focus op de gewone dingen in het leven: bezoeken van de familie, samen pizza eten op de bank, zwemmen in een parkje. Ook in de contacten met ouders en met familie ontstaat ruimte. Sammie zegt over de ouders van haar mentorkind: ‘We hebben meer contact. Het is niet altijd *moeilijk-moeilijk*, er is ook ruimte voor luchtigheid.’

### Zwaar

‘Dit is de zwaarste job die ik gehad heb’, zegt Sammie. ‘Ik voel me zo verantwoordelijk. Het is heel intens en heel mooi, ik wil niet anders meer.’ Sammie blikt terug op haar vorige leefgroep. ‘Toen was het mijn taak om te zorgen dat de kinderen een fijne dag zouden hebben, dat was het hoogst haalbare. Ik dacht vaak: het gaat ‘m zó niet worden met dit kind, hij belandt in de goot. Ik hoopte maar dat hij later zou

het zo nieuw is’, zegt Ellen, ‘dat we niet eerder hebben geprobeerd om kinderen langer op een plek te laten wonen.’ Ze weten dat sommige op het oog kleine stapjes eigenlijk grote veranderingen zijn. Het wonderd dat Ryan inmiddels twee dagen per week naar school gaat. De verrassing dat een van de kinderen helemaal van slag is als hij hoort dat zijn mentor drie weken met vakantie gaat (‘hechtingsgedrag’, stellen ze opgetogen vast). De winst dat de kinderen nog maar een keer per drie maanden op het dakje staan en niet meer bijna wekelijks. En alle momentjes waarop het simpelweg gezellig is, er gelachen wordt en de kinderen hun vrolijke, lieve, breekbare en krachtige zelf kunnen zijn. Het mooiste signaal dat ze op de goede weg zijn komt misschien wel van Sammie: ‘Een van de kinderen vroeg mij: *“Waarom noemen we dit Graaf Jan en niet gewoon thuis? Want dit is mijn thuis.”* Als een kind dat zegt, dan doen we toch iets goeds met elkaar. Daar doe je het voor.’ ❖



# Kijken door de roze bril leidt tot seksuele gezondheid

Seksueel probleemgedrag wordt nog nauwelijks vanuit de wensen en de behoeften van een cliënt bekeken, maar met name door de ogen van de omgeving. Het risico hiervan is dat de veiligheidsbril opgezet wordt in het kijken en handelen bij seksualiteit. We vragen van professionals om door een roze bril te gaan kijken naar het seksuele gedrag ten einde kansen en mogelijkheden te bieden om te groeien naar seksuele gezondheid en plezier.

*Welmoed Visser-Korevaar*

**D**e afgelopen jaren ben ik veelvuldig richting organisaties gereden, om mee te denken met de betrokkenen naar aanleiding van seksueel probleemgedrag van cliënten. Dat ging om verschillende situaties. Bijvoorbeeld:

- een cliënte in een woonvoorziening die van begeleiding de verzorging eist die passend is voor een baby en daar seksuele opwindning aan ontleent;
- een cliënt in een zorginstelling die begeleiding ongewenst betast bij de borsten en de billen;
- een cliënt in de tbs die seksuele delicten heeft gepleegd met jongens en die op zoek is naar andere vormen van seksualiteit;

- een cliënt die zelfstandig woont en die veelvuldig in het openbaar masturbeert;
- een cliënte die zichzelf op het terrein van de ggz in allerlei risicovolle situaties brengt door zichzelf aan te bieden voor seks en daarmee geld te verdienen.

In de aanmeldingen staat vaak dat de omgeving (de professional of de context) een probleem ervaart, vastloopt of handelingsverlegen is. Te weinig staat mijns inziens vermeld dat de cliënt hierover vragen heeft, hierin vastloopt of zich zorgen maakt over zijn of haar wensen en verlangens op het gebied van seksualiteit. Deze informatie is vaak niet bekend.

## Seksueel probleemgedrag

Wat is eigenlijk seksueel probleemgedrag? Wat is seksualiteit en wat maakt dat we het 'probleem' vaak vanuit de wensen en behoeften van de professional of de context zien en er minder of geen zicht is op de wensen, verlangens en behoeften van de cliënt, terwijl dat juist aanknopingspunten voor ontwikkeling en groei biedt?

Seksueel probleemgedrag is mijns inziens een variant van probleemgedrag. Onder probleemgedrag verstaan we alle soorten gedrag van een cliënt dat deze cliënt of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar ervaart. Probleemgedrag wordt ook wel 'onbegrepen gedrag' of 'moeilijk verstaanbaar gedrag' genoemd. Veel probleemgedrag is afhankelijk van de situatie (context), de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt zelf en de mensen om hem heen.

In de praktijk ligt de focus vaak op de omgeving, de situatie en de mensen om de cliënt heen die het seksuele gedrag als problematisch ervaren. De focus ligt te weinig bij de cliënt en de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt zelf. Dat is zonde, want daarmee missen we kansen om aan te sluiten bij de seksuele ontwikkeling van de cliënt en groeimogelijkheden te bieden. Probleemgedrag van cliënten is mijns inziens een manier om aan te geven dat er sprake is van een onderliggend probleem of vraagstuk bij de cliënt of van problemen in de interactie met de professional of zijn/haar context.

De reflex om ons te focussen op wat nodig is voor de professional of de context, is op zichzelf goed te begrijpen, aangezien seksualiteit een thema is dat ons allemaal raakt. Onze eigen socialisatie, onze eigen kennis en onze eigen persoonlijke positieve en negatieve ervaringen die we hebben opgedaan in de loop van ons leven vormen de basis voor het kijken en omgaan met seksualiteit. Hoe wij ons verhouden tot het seksuele (probleem) gedrag bepaalt ook wat we zien, welke betekenis we eraan hangen en waar we wel/niet naar handelen.

- Als je opgevoed bent met het idee dat seksualiteit hoort binnen een vaste relatie, dan kan het lastig zijn om ruimte te geven aan andere vormen van seksualiteit, buiten relaties om.
- Als je 'vrij' bent opgevoed op het gebied van seksualiteit, kan het lastig zijn om je te verplaatsen in normatieve overtuigingen van je cliënt op het gebied van seksualiteit.

- Als jezelf negatieve ervaringen hebt met seksualiteit, kun je (on)bewust je cliënt remmen in zijn/haar ontdekkingsstocht op het gebied van seksualiteit.

Dit sluit aan bij de seksuele script theorie (Ten Hag, 2020). Deze theorie geeft ons een denk- en handelingskader rondom bovenstaand thema, niet alleen ten aanzien van onszelf, maar ook ten aanzien van de seksuologische vraag van de cliënt. De scripts kennen drie lagen, die elkaar onderling beïnvloeden;

1. De eerste laag zijn de culturele scenario's die het speelveld van seksualiteit omlijnen: Wat is gewenst en ongewenst en waar liggen de grenzen tussen gepast en ongepast gedrag?
2. De tweede laag bestaat uit interpersoonlijke seksuele scripts, waarin de seksuele verhouding met anderen beschreven wordt. Iedere persoon creëert interpersoonlijke scripts door de culturele boodschappen en richtlijnen aan te passen aan zijn sociale ontmoetingen.
3. Op een derde laag opereren intrapsychische scripts. Dit houdt in dat individueel seksueel gedrag gebaseerd is op een complexe geschiedenis van gebeurtenissen vol sociale betekenissen (Simon, 1994).

Seksuele scripts zijn tijd- en cultuurgebonden, maar de individuele invulling wordt bepaald door iemands leergeschiedenis (Ten Hag, 2020). Met andere woorden: als een cliënt in zijn leven voortdurend gehoord heeft dat je ziek wordt van masturberen, dan is de kans kleiner dat iemand aan masturberen plezier beleeft. Deze persoon kan zelfs angsten hebben ontwikkeld bij het masturberen. Als een cliënt is opgegroeid in een omgeving waar de culturele of religieuze norm homoseksualiteit afwees, dan is de kans kleiner dat iemand zich bijvoorbeeld toegerust voelt om zijn/haar eigen seksualiteit verder te exploreren met een partner van hetzelfde geslacht. Of iemand ervaart schuld en schaamte bij de ervaren seksuele gevoelens bij personen van hetzelfde geslacht.

- Aandacht besteden aan de socialisatie en het seksuele script geldt enerzijds voor het duiden van de seksuologische vraag van de cliënt; anderzijds biedt dit ook mogelijkheden voor individuele professionals, teams en organisaties die werken rondom deze vraagstukken. Dit geldt vooral wanneer bepaalde in- of expliciete normen en overtuigingen het bevorderen van de

Ik denk bijvoorbeeld aan een 24-jarige man met een matig verstandelijke beperking en ASS, waarbij sprake was van een te nauwe voorhuid (nog niet eerder geconstateerd). Elke keer als hij een erectie kreeg probeerde hij deze weg te krijgen door te masturberen, want het deed pijn. De oplopende spanningen vanwege de pijn en de reacties van de omgeving bij de man zorgden ervoor dat de erectie langer aanbleef, maar ook dat hij niet met het masturbatiegedrag kon stoppen. Er kwamen in toenemende mate klachten uit de omgeving, want hij masturbeerde ook buiten vanwege alle spanningen. Hij werd in zijn omgeving hierover in toenemende mate gepest. Vanwege zijn emotionele ontwikkelingsniveau lukte het hem niet om deze gedragingen en bijbehorende spanningen zelf te reguleren en te hanteren. Hij voelde zich in toenemende mate verdrietig en eenzaam. Hij werd buitengesloten.

Na gesprekken bleek;

- Zijn wens/behoefte was enerzijds om geen pijn te hebben, maar hij wist niet hoe hij daarvan af kon komen. Hij had er geen woorden/taal voor.
- Hij wilde anderzijds fijne seksuele ervaringen met zichzelf ervaren; nu deed het altijd zeer, maar ook daar had hij geen woorden/taal voor.
- De omgeving ervaarde het als seksueel probleemgedrag, maar de cliënt ervaarde steeds meer lijdenslast. Als gevolg van de houding van de omgeving.

Deze meneer is vervolgens door verschillende betrokken professionals geholpen met de volgende interventies;

- het betrekken van een uroloog voor diagnostiek en behandeling van de te nauwe voorhuid;
- het uitvragen (wat denk je, wat zie je aan je lichaam/wat voel je, wat doe je) van de seksuele opwindingscurve (het proces van zin, opwinding, orgasme en ontspanning);
- het onderscheid maken tussen het herkennen en hanteren van gewone spanning en seksuele spanning gaf handvatten voor de begeleiding en de behandeling. Men ging een spanningsthermometer inzetten;
- het betekenis geven, reguleren en aanleren van technieken rondom het hanteren van seksuele opwinding en orgasme (na de circumcisie waartoe uiteindelijk besloten was);
- het neerzetten van de juiste context en bejegening, aansluitend bij het emotionele ontwikkelingsniveau van deze man, gaf deze man weer mogelijkheden tot groei en succeservaringen en daarmee een perspectief.

seksuele gezondheid van cliënten kunnen belemmeren. Denk bijvoorbeeld aan de forensische settings, waar het nog steeds eerder regel dan uitzondering is om cliënten die zedendelicten hebben gepleegd libidoremmende medicatie te geven, zonder ook aandacht te besteden aan seksuele gezondheid. Als we dat wel

zouden doen dan zetten we de seksualiteitsbeleving van de cliënt centraal.

#### Wat is nu seksualiteit?

*Seksualiteit is, in de definitie van de WHO (2002), een*

*centraal aspect van het mens-zijn gedurende het gehele leven en omvat geslacht, genderidentiteit, en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, houdingen, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel*

- *seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden niet alle dimensies altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische, religieuze en spirituele factoren.*

Bovenstaande betekent onder andere dat niet alleen de biologische aspecten een rol spelen in seksualiteit, maar ook sociale en psychologische aspecten. We verklaren en begeleiden/behandelen seksuele dysfuncties, problemen, vragen en gedragingen vanuit de bio-psychosociale interactie. Er is nooit één oorzakelijke factor; het is een samenspel van diverse

oorzakelijke en in standhoudende factoren die het probleem of de vraag verklaren en waarmee je in de begeleiding/behandeling aan het werk gaat. Vanzelfsprekend speelt het disharmonische ontwikkelingsprofiel altijd een rol bij de cliënten met wie we werken. Dat vraagt van ons dat we nog verder inzoomen op de verschillende ontwikkelingsgebieden ten einde een antwoord te vinden op de seksuologische vragen. Dat betekent ook dat we zicht hebben op de emotionele ontwikkeling van de cliënt. Deze is van grote invloed op de duiding en bejegening rondom de seksuologische vraag.

Deze manier van kijken betekent iets voor de kijk van de omgeving op seksualiteit en op het 'seksuele probleemgedrag'. De omgeving, de maatschappij, geeft betekenis aan seksueel gedrag en heeft daarmee grote invloed op de oorzakelijke en in standhoudende factoren van seksueel 'probleemgedrag'. Met andere woorden: als de omgeving door de veiligheidsbril blijft kijken en de focus blijft leggen op risico, bescherming en voorkomen van rampen, is het risico groot dat seksueel probleemgedrag in stand gehouden wordt. In plaats hiervan is er ruimte nodig om gericht te kijken naar wat de wensen en behoeften van de cliënt zijn en wat er nodig is om seksuele gezondheid te bereiken. Dit noem ik 'kijken door de roze bril'. Als we door de roze bril kijken, sluiten we aan bij seksuele ontwikkeling en de groei mogelijkheden.

Met dergelijke interventies bevorderen we seksueel oefengedrag, een van de randvoorwaarden om seksuele gezondheid te bereiken. Het louter afwijzen van de ongewenste aanrakingen, of enkel regels en afspraken opleggen, leidt tot frustraties en toename van seksueel probleemgedrag.

In mijn ervaring worden seksuele wensen, behoeften of gedragingen te vaak versimpeld tot 'iets met seks', waarvoor men dan een oorzaak of oplossing zoekt. De daadwerkelijke aanpak is echter vaak een combinatie van interventies. Een erotisch hulpmiddel bijvoorbeeld kan een meerwaarde zijn, maar niet als de cliënt ermee ontnomen wordt om zijn eigen lichaam te ontdekken en te experimenteren met zichzelf of als jij als hulpverlener er dan niets meer in hoeft te betekenen. Een stappenplan om te masturberen kan een oplossing zijn, maar niet als onderliggende medische problemen een rol spelen in de instandhouding van bijvoorbeeld erectieproblemen. Genoeg aanknopingspunten om mee aan de gang te gaan.

#### Aandacht voor seksueel plezier

Last but not least vraag ik graag de aandacht voor het seksueel plezier van uw cliënt. Het is een maatschappelijke tendens om daar minder/geen aandacht aan te besteden, maar maakt het werk ook zoveel leuker.

Het recht op plezierige ervaringen is een voetnoot in de beleidsnotitie van Jet Bussemaker in 2009. Door de jaren heen wordt er gelukkig steeds vaker de aandacht op gelegd. In 2021 is 'the declaration on sexual pleasure' ondertekend door de deelnemers van de *World association for sexual health* (WASS). De kern van die verklaring is dat seksueel plezier een fundamenteel onderdeel wordt van de seksuele rechten, van de seksuele gezondheid en van het seksueel welbevinden van mensen ([www.worldsexualhealth.net](http://www.worldsexualhealth.net)). Alle mensen, dus ook mensen met een verstandelijke en of lichamelijke beperking of mensen met psychische of andersoortige problemen, hebben seksuele rechten ([www.grenswijs.be](http://www.grenswijs.be)). In de meest recente beleidsnotitie seksuele gezondheid (september 2022) ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)) wordt expliciet de aandacht gevraagd voor de seksuele gezondheid van de kwetsbare doelgroepen. Als we seksueel plezier hierin actief integreren voor onze cliënten, dan kunnen we hoopvol de toekomst in en kunnen we seksueel gedrag door de roze bril gaan bekijken en benaderen, waardoor er groei en ontwikkeling kan en mag zijn.

Zoals een cliënte binnen de ggz vertelde: 'Vorige week wilde ik seks, zeg maar neuken, met mijn vriendje van het terrein. Toen kregen we het condoom er niet om, lachen joh. Normaal hadden we het zonder gedaan, maar nu wisten we allebei wat we nog meer konden doen. Seks komt de volgende keer wel weer.' Mooi toch! ❀

Als een cliënt in zijn leven voortdurend gehoord heeft

dat je ziek wordt van masturberen, dan is de kans kleiner

dat iemand aan masturberen plezier beleeft.

#### CASUS

Bij de cliënt die veelvuldig de begeleiding betast bij borsten en billen was het nodig om;

- psycho-educatie te geven over het eigen lichaam, lichaamsbeleving en seksuele lichaamsbeleving, zodat hij zijn eigen lichaam leerde kennen en taal kreeg om te benoemen wat zijn wensen zijn;
- lichaams oefeningen te bieden om zijn lichaam verder te verkennen, zowel door met een lange spiegel zichzelf beter te gaan bekijken als zichzelf aanraken en onderscheid leren maken tussen gewone en erogene aanrakingen en daarvan te genieten;
- zoeken of hij behoefte had aan intimiteit en/of seksualiteit met een ander;
- bespreken wat eenwelke aanrakingen oké en niet- oké aanraking waren, bij zichzelf en de ander.

Door de cliënt, vragen, problemen en wensen centraal te zetten kon de omgeving zich ook anders verhouden tot het gedrag en kwamen er openingen tot verandering. Het woorden/taal geven van de cliënt om zijn eigen seksualiteit bespreekbaar te maken is een belangrijk onderdeel van de ondersteuning in de seksuele ontwikkeling.

#### Complexiteit

Seksualiteit en de vragen en problemen die daarbij kunnen ontstaan zijn dus complex. Ze vragen zoals gezegd een bio-psychosociale benadering, rekening houdend met ieders seksuele script.

Tijdens consultaties binnen de zorg zie ik meer en meer de behoefte van zorgverleners om te onderzoeken in hoeverre hun wijze van ondersteunen van de zorgvrager juist is. Is het goed wat ik doe? Hoe kom ik tot een passende afweging voor de zorgvrager? Wat betekent dat voor mij? Wat is mijn idee over wat hoort? Het zoeken naar antwoorden op die vragen kan aanleiding zijn om een ethisch of moreel dilemma te onderzoeken. Het onderzoeken van een ethisch of moreel dilemma betekent dat ik uiteindelijk moet kiezen tussen twee onverenigbare waarden. Welke keus ik ook maak, er is altijd sprake van verlies, van schade. *Gytha Tijhaar en Koen Kestens*

## Ethiek op de werkvloer

**B**ij een moreel dilemma onderzoek je niet of iets goed of fout is, maar hoe je omgaat met tegengestelde waarden en hoe je vervolgens tot een weloverwogen besluit komt. Die waarden verschillen per persoon, volk, cultuur en tijdperk. Waarden zijn ook niet statisch, maar dynamisch. Ze zijn persoonlijk, komen van binnenuit, zijn nastrevenswaardig en richtinggevend. En er zijn algemeen geldende waarden, bijvoorbeeld bevorderen van welzijn/goed doen, anderen geen schade berokkenen, autonomie en rechtvaardigheid. Uit waarden volgen normen. Een norm is een gedragsregel of een handelingsvoorschrift. Deze is contextafhankelijk en verplichtend geformuleerd: 'Ik wil dat je zo laat thuis

komt', 'Dat hoort niet', 'Ik verwacht dat jij je aan onze afspraak houdt', enzovoort. We hebben ook een naam voor het geheel van waarden en normen dat een individu, groep, instelling of cultuur als een belangrijke richtlijn voor het handelen beschouwt. Dat noemen we moraal.

Een cultuur in een gezin, afdeling of organisatie zonder duidelijke waarden en normen kan tegenstrijdige belangen en overtuigingen voortbrengen. Als dat in een instelling voorkomt, kiezen de zorgvrager en zorgverlener naar goeddunken, met als mogelijke consequentie dat de zorgvrager en het team stuurloos zijn en ontregeld raken. Bij een te streng waarden- en normensysteem ervaart de zorgvrager weer geen ruimte om zich te tonen en kan hij zich angstig en onveilig voelen en boos worden. Een andere mogelijkheid is passiviteit: als ik niets doe, overtreed ik ook geen norm. Datzelfde geldt ook voor mij als zorgverlener in die organisatie.

Al voor het begin van onze jaartelling dachten mensen na over wat juist is om te doen. Er is veel gezegd



foto: Elena Mozvilo | Unsplash

en geschreven over goed en kwaad, over dilemma's en op welke wijze de mens kan besluiten wat goed is in een specifieke situatie. Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw nemen het relationele mensbeeld en de moraliteit van de zorg een steeds belangrijker plaats in binnen de zorgethiek. Dat zien we terug in de gedachte dat er sprake is van een appel van de chronisch zieke op de hulpverlener: mens zijn is verbonden zijn. De politicoloog Joan Tronto geeft de zorgethiek een breder kader. Zij beschrijft een morele en politieke theorie waarin niet de morele regels centraal staan, maar de onderlinge betrokkenheid van mensen die proberen de wereld van bewoners, medewerkers, familie en instituut zodanig vorm te geven dat daarin zo goed mogelijk geleefd kan worden. Zij brengen hun kwaliteiten in om ethische problemen te herkennen en te weten hoe daarin te handelen.

Mooi gezegd, maar hoe is dat bij mensen met een verstandelijke beperking, psychische problemen of bij ouderen met dementie? Zij hebben niet de mogelijkheid zicht te houden op hun zorgbehoefte. Zij zijn

niet in staat verbaal goed weer te geven wat zij verlangen en wat hun intenties zijn. Het vraagt van mij als zorgverlener aandacht en present zijn. Vanuit die twee waarden ontstaat een relatie. Binnen die relatie doet de ander een appel op mij.

De zorgethiek benadert de zorgpraktijk als een sociale werkelijkheid, waarin wederzijdse betrokkenheid de grondslag vormt. Mensen hebben elkaar nodig om doelen te verwezenlijken, om betekenisvol te zijn. Het relationele mensbeeld van de zorgethiek onderscheidt zich hier duidelijk van de regelethiek. Zorgethiek gaat uit van het nastreven van zelfgekozen doelen door mensen als rationele en onafhankelijke wezens, met morele uitgangspunten als het principe van weldoen, het principe van niet schaden, het principe van respect voor autonomie en het principe van rechtvaardigheid.

Dit 'kale' principe van recht op autonomie schiet in de chronische zorg tekort. Mensen met een verstandelijke beperking, psychische problemen en dementerenden zijn niet altijd in staat autonoom te beslissen wat hen weldoet of schaadt. De ander zal uitgenodigd

➔ worden vanuit betrokkenheid te beslissen om de autonomie en identiteit van de hulpvrager te waarborgen. De ethische dilemma's die daaruit kunnen voortkomen, nodigen mij uit tot gewetensonderzoek bij mijzelf. Weet hebben van mijn eigen waarden en normen is voorwaardelijk om een ethisch dilemma te onderzoeken door middel van een moreel beraad. Uiteindelijk is de uitkomst dan het juiste doen in tijd en plaats, met aandacht voor de gevolgschade die ontstaat door die keuze.

Om weet te hebben van mijn eigen waarden en normen, moet ik die gaan onderzoeken. Eenmaal onderzocht heb ik zicht op mijn morele oordeel en hoe die tot stand is gekomen. Denk daarbij aan opvoeding, cultuur, besluiten die bepalend zijn geweest, enzovoort. Om mijn moreel oordeel helder te krijgen en van daaruit een keuze te kunnen maken, kan ik gebruik maken van het zevenstappenmodel 'Morele

baarheid als ambulante begeleider. Een daarvan is Pieter, een jongeman die manisch depressief is, een angststoornis heeft en ook niet vrij van wanen is. De ondersteuning van Robert is gericht op het samen met Pieter zoeken naar balans en overzicht. Bijvoorbeeld door te helpen met het plannen van huishoudelijke taken, samen zijn administratie op orde te houden en te helpen met zingevende activiteiten. Echter, het blijft bij elke huisbezoek spannend hoe hij Pieter aantreft.

Op een avond gaat hij uit eten met een collega en tevens goede vriendin. Die avond vertelt zij dat er uit een vriendschap een relatie is ontstaan tussen haar en Pieter. Robert schrikt hiervan en is verward. Dit had hij nooit verwacht en kan het ook niet begrijpen. Niet vanuit het perspectief van zijn vriendin: dit is niet integer, druist in tegen de gedragscode en de gewenste professionele omgang. Ook niet vanuit het perspectief van de cliënt: kan Robert dit aan, weet hij waar hij

## Een cultuur in een gezin, afdeling of organisatie zonder

## duidelijke waarden en normen kan tegenstrijdige belangen

## en overtuigingen voortbrengen.

Oordeelsvorming'. De keus die ik dan maak, heeft altijd twee kanten. Er is, zoals gezegd in het begin, altijd sprake van verlies en er is dus geen ideale oplossing.

Onderstaande casus wordt beschreven aan de hand van het zevenstappenplan.

### Casus

Bij de start van het college wordt aan veertig studenten gevraagd om een casus in te brengen die besproken zal worden via de stappen van morele oordeelsvorming. Robert steekt als eerste zijn vinger op en met enige twijfel brengt hij zijn casus in: kies ik voor meldplicht omdat een collega verzaakt in haar professionele verantwoordelijkheid of kies ik voor de vriendschap met haar die voor mij van waarde is? Robert begeleidt mensen met een psychische kwets-

aan begint, kan hij zich aanpassen, houdt hij dit vol, wat als de relatie stopt?

Nadat Robert de casus had ingebracht kwamen er direct oordelen vanuit de groep, variërend van: meteen tegen haar zeggen dat het niet kan, tot: je moet dit melden bij jullie leidinggevende. Het dilemma werd van lieverlee nog duidelijker toen Robert vertelde welke betekenis zijn collega en vriendin voor hem heeft. Zij speelt een belangrijke rol in zijn leven. Een leven dat geen groot sociaal netwerk kent en waarin zij van belang is niet alleen als vriendin, maar ook als collega om van gedachten te wisselen. Kortom, als Robert het meldt verliest hij haar en als hij het niet meldt schaadt hij mogelijk de cliënt.

Om Robert te helpen zijn gedachten te ordenen en zo tot een weloverwogen besluit te komen is het zevenstappenplan gebruikt.

### Stap 1

*Voor welke beslissing sta ik / welke beslissing moet ik nemen?*  
De problematiek wordt beschreven vanuit en door Robert, waarin duidelijk wordt welke handelingen worden overwogen. Bedenk overigens: niets doen is ook een handeling. Vervolgens wordt een vraag geformuleerd die alleen met een ja of nee kan worden beantwoord. In dit geval: behoor ik, Robert, de relatie van mijn vriendin met Pieter te melden bij de leidinggevende?

### Stap 2

*Wie zijn de belanghebbenden en betrokkenen bij mijn beslissing?*  
Maak een inventarisatie van alle partijen, individuen en instanties wiens belangen bij de beslissing een rol spelen of wiens welzijn wordt geraakt door de beslissing. In deze casus zijn Robert, Pieter, de vriendin van Robert, de leidinggevende van Robert, de organisatie, collega's van Robert en zijn vriendin en eventueel familie van Pieter.

### Stap 3

*Wie neemt de beslissing?*  
In deze casus Robert.

### Stap 4

*Heb ik meer informatie nodig om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen? Wat zeggen beroepsregels, beroepscode?*  
Wat schrijft de beroepscode voor van Robert? Is er een voorschrift hoe integer te handelen binnen de organisatie naar collega's en cliënten?

### Stap 5

*Wat zijn de argumenten en welke argumenten kunnen worden aangevoerd?*  
Robert zal argumenten moeten hebben om zijn keuze naar zichzelf en de ander te kunnen verantwoorden. Een keuze om iets te doen of te laten die hoe dan ook pijn doet. Het vraagt van Robert om niet alleen aandacht te schenken aan dat wat voor hem voor de hand ligt om de ander te overtuigen maar ook tegenargumenten te onderzoeken op hun waarden en die mee te nemen om uiteindelijk tot een besluit te komen. In de context van dit gastcollege met 39 'collega's' is dit een mooie gelegenheid om niet meteen een eigen oordeel op tafel te leggen maar Robert te bevragen op

zijn gedachten, emoties en veronderstellingen. Dit kan door socratisch te werk te gaan. Dat houdt in: eigen waarden en overtuigingen parkeren en doorvragen over zijn twijfel en aannames. En hem vragen zich in te leven in de situatie van Pieter en zijn vriendin. Op die manier wordt de context onderzocht, inclusief de betekenis die anderen geven aan deze situatie. Interessante vragen kunnen zijn: hoe kijkt zijn vriendin tegen de belastbaarheid van Pieter aan, wat betekent de relatie voor Pieter, hebben zij een afspraak om de relatie geheim te houden, ervaart zijn vriendin morele twijfel over de relatie, hoe gaat zij om met haar collega's ten aanzien van de relatie, heeft zij overwogen naar een andere baan uit te kijken, heeft zij overwogen zelf melding te maken van haar relatie?

Inventariseer de argumenten en maak vervolgens een overzicht van alle pro's en contra's. Let op: controleer of alle betrokkenen aan bod zijn gekomen.

### Stap 6

*Tot welke conclusie kom ik?*  
Na het wegen van alle argumenten zal Robert een conclusie moeten trekken, op basis van een zorgvuldige afweging van alle argumenten. Meld ik de relatie of niet? Interessant is om aan te geven welke argumenten de doorslag hebben gegeven.

### Stap 7

*Voel ik mij goed over de voorgenomen beslissing (of niet) en doe ik het ook?*  
Kan Robert zichzelf in de spiegel blijven aankijken en neemt hij de 'schade' voor lief, zoals mogelijk verlies van een vriendin, onbegrip, verschraling of beëindiging van de zorg van Pieter? Uiteindelijk rest de vraag: gaat Robert het daadwerkelijk doen? Is het in overeenstemming met zijn morele intuïtie?

### Tot slot

In het college waarin Robert zijn casus inbracht, is met behulp van het stappenplan lucht en rust in het hoofd van Robert gekomen. Geen eindeloos rondjes draaien met de vraag wat hij moet doen, maar meer en meer heldere argumenten die richting geven aan een eventueel besluit. Of aanleiding zijn om meer verhelderende vragen te stellen aan zijn vriendin en indien mogelijk in gesprek te gaan met een vertrouwenspersoon binnen de organisatie. ❖

# Wat doet huiselijk geweld met hechting?

Om te begrijpen wat huiselijk geweld met hechting doet, zullen we eerst moeten begrijpen wat hechting is. Daarvoor moeten we naar de basis, de vader van de gehechtheidstheorie: John Bowlby. Inmiddels is het een van de meest onderzochte onderwerpen van de ontwikkelingspsychologie. *Martine F. Delfos*



foto: Jordan Whit | Unsplash

## Hoe ontstaat hechting?

Bowlby baseerde zich op Darwin, en nam dus aan dat aanleg meebepaalt of een kind veilig gehecht raakt. De aanleg geeft de noodzaak van het ontwikkelen van hechting aan (*de mens is in wezen hulpeloos en heeft beschikbaarheid van anderen nodig*), de rijping zorgt voor het ontwikkelen van hechting binnen die specifieke persoon (*de mate en breedte waarin een onderwerp in een mens ontwikkeld kan worden*) en de omgeving beïnvloedt hoe de hechting zich ontwikkelt (*de aard van de omgeving in wisselwerking met de mens maakt de aard van de hechting: veilig of onveilig*).

Wat hechting is, definieert Bowlby duidelijk: *Hechting is het maken van een schema: wat doen mensen als ik in nood ben, als ik een probleem heb. Het gaat om beschikbaarheid, niet zozeer om aanwezigheid.*

*Een krachtig voorbeeld van nood en beschikbaarheid en de relatie daarvan met hechting is wat er gebeurt wanneer iemand gered wordt door een onbekende, in een situatie van levensgevaar. Je hecht onmiddellijk aan deze onbekende, want hij was er toen jij in het opmerste gevaar was.*

Op basis van hun ervaringen maken baby's statistieken, bijvoorbeeld: deze 'geur' is er steeds als ik voedsel krijg en dat breidt zich al snel uit tot 'dit mens'; dit mens warmt me als ik het koud heb, deze geeft voedsel. Het kost ongeveer drie maanden om het systeem te vinden en het schema te maken wie de baby verzorgen, meestal één of twee mensen. De terugkomende ervaringen gedurende die eerste drie maanden zorgen ervoor dat de baby zich een idee vormt van de mensen die in de directe omgeving steeds verzorging bieden en problemen oplossen; die herkent de baby dan als zodanig. Het kind voelt zich vervolgens veilig bij deze verzorgers. Ze glimlachen naar elkaar en de band wordt met de dag sterker. Het volgende half jaar breidt dat herkennen van mensen zich uit en is de baby met 8 à 9 maanden zo ver dat hij of zij verschil kan maken tussen 'bekende' en

'vreemde' mensen. Dat onderscheid is gemaakt op basis van verzorging en het oplossen van problemen. Deze fase begint met de *achtmaandsangst* en heet de *eenkennigheidsperiode*. Dat wil zeggen dat de buurvrouw waar het kind altijd naar glimlachte, maar die niet voor het kind zorgde, in deze periode in de categorie 'vreemd' wordt gezet. Bekend voelt dan veilig, en vreemd voelt dan angstig. Ouders zijn dan druk bezig het kind op hun arm te houden en te troosten als het huilt wanneer er een 'vreemde' nadert waar het kind, soms plotseling, angstig op reageert. Deze hulp en troost van de veilige ouders helpt het kind ontdekken wie te vertrouwen is en wie niet. Het is een belangrijke levensles waarbij het kind het gevoel van veiligheid ontwikkelt vanuit positieve ervaringen. Reageren ouders steeds op de noden van het kind, dan weet het kind dat je in principe op mensen kunt rekenen als je in nood bent en zijn ze veilig gehecht. Dat schema nemen ze mee tot in de volwassenheid. Veilig gehechte kinderen zullen in principe aardig zijn voor anderen, want die kunnen je helpen als je in nood bent. Onveilige hechting ontstaat door weinig of wisselvallig reageren van ouders en verzorgers. Er zijn ouders

die heel weinig reageren, zoals ouders die gepreoccupeerd zijn, problemen hebben op hun werk of thuis, of met hun verslaving. Diagnoses zeggen een kind niets, maar het merkt wel als moeder of vader niet altijd even goed op zijn of haar noden reageert. Van structureel niet reageren op nood van het kind wordt het kind angstig. Het kind leert dan dat het niet op mensen kan rekenen als het in nood is.

### Is hechting statisch?

Een kind kan een *veilige of onveilige* hechting ontwikkelen, afhankelijk van de zorg die het kind krijgt als antwoord op zijn of haar behoefte of probleem. En onveilig betekent *angst*, wat zich ook in boosheid kan uiten. Een kind heeft lang geduld om hechting op te bouwen. Als de mensen in de omgeving steeds wisselen, kan het kind het vormen van een schema zelfs wel tot twee jaar uitstellen eer het tot een kloppend schema komt. Het is schitterend hoe kinderen volwassenen steeds opnieuw een kans geven. Wanneer een kind na verloop van tijd een schema ontwikkeld heeft, dan wordt dit de basis van de hech-

### OVER DE AUTEUR

**Dr. Martine F. Delfos** is biopsycholoog, wetenschappelijk onderzoeker, therapeut, docent, schrijfster. Informatie: [www.mdelfos.nl](http://www.mdelfos.nl); [www.mdelfos-in-contact.nl](http://www.mdelfos-in-contact.nl)

ting. Wanneer er iets zeer ingrijpends gebeurt tijdens de jeugd, wordt dat in het schema verwerkt, zeker wanneer dat met herhaling gepaard gaat. Het kleurt het zelfbeeld van het kind, de mening over volwassenen en de mening over veiligheid in de wereld. In de volwassenheid gaat dit geheel anders. Wanneer er tijdens de volwassenheid iets ingrijpends gebeurt, we noemen dat meestal *trauma*, dan wordt die gebeurtenis een uitzondering op de regel van het reeds ontwikkelde schema. Is het trauma omvattend en tast het ook de andere mensen aan, zoals massaal in een oorlog terechtkomen, dan wordt het wereldbeeld aangepast en zal de oorspronkelijk hechting niet meer de basis zijn, maar vormt dit tezamen met de onveiligheid een nieuw gehechtheidsschema dat uit onderdelen bestaat die in verschillende situaties van toepassing zijn.

### Onvolgroeide hechting

Naast veilige en onveilige hechting bestaat er ook onvolgroeide hechting. Bij de *atypische ontwikkeling* (ASS, autisme genoemd; atypische ontwikkeling) waarbij de volgorde van ontwikkeling andersom is (*eerst focus op denken dan op sociaal*) dan we gewend zijn (*eerst focus op sociaal dan op denken*), is de ontwikkeling van hechting vaak nog onvolgroeid tot in de adolescentie en zelfs in zijn kern tot in de volwassenheid.

Dat de hechting onderontwikkeld en onvolgroeid

der, vastklampen en 'eisen' van haar de hulp die ze zelf bedacht hebben.

### Huiselijk geweld en hechting

Bij huiselijk geweld gaat het om geweld dat uitgeoefend wordt binnen de huiselijke situatie. Het gaat om de macht van de een over de ander of over het gevecht om de macht onderling. Wanneer er kinderen zijn, kan het geweld ook tegen hen gericht worden. Dit kan kindermishandeling zijn, emotioneel of seksueel misbruik. Wanneer kinderen slachtoffer zijn van huiselijk geweld, zijn de volwassenen onderling meestal ook gevangen in een geweldsspiraal. Wanneer de volwassene op de een of andere manier in huiselijk geweld verstrikt zit, is het geweld niet altijd ook tegen de kinderen gericht. Wel is het meemaken van geweld tussen degenen waar je afhankelijk van bent buitengewoon stressvol tot traumatisch.

### Geweld is per definitie een onveilige situatie.

Ouders zijn in principe de gehechtheidsfiguren, tot hun dood; er wordt van ze verwacht dat ze helpen als het kind dat nodig heeft. Ouders die in huiselijk geweld verwickeld zijn geraakt, zijn wisselvallig beschikbaar: soms wel, soms niet. Ook is vaak onvoorspelbaar wanneer wel en wanneer niet.

Vaak is huiselijk geweld gekoppeld aan alcohol of drugs, en het duurt een tijd voordat het kind deze

Al die tijd zal het kind zichzelf als oorzaak zien, zonder dat te begrijpen en wordt het zelfbeeld van het kind door eigen conclusies ernstig beschadigd.

blijft, maakt dat mensen gaan denken dat 'het kind zo is' en het niet de ontwikkeling geven die mogelijk zou zijn. Hierdoor stagneert de ontwikkeling vaak bij een *mentale* leeftijd van 8 à 9 maanden bij de angst-voorvreemden, zonder dat het kind de ondersteunende ontwikkeling krijgt die ouders normaliter geven. Hierdoor ontwikkelen deze kinderen niet het 'hulp vragen' in hun schema, maar blijven ze zich vaak aan de belangrijkste gehechtheidsfiguur, meestal de moe-

oorzaak ontdekt. Al die tijd zal het kind zichzelf als oorzaak zien, zonder dat te begrijpen en wordt het zelfbeeld van het kind door eigen conclusies ernstig beschadigd.

Huiselijk geweld kan beschouwd worden als een traumatische ervaring voor de betrokkenen. Voor kinderen betekent het dat ze met hun beperkte ervaring en beperkte kennis conclusies trekken die hun gedrag vergaand en vaak levenslang beïnvloeden.



*Halima was aanwezig toen haar vader haar moeder doodde. De politie wilde een inschatting van de toerekeningsvatbaarheid van de vader. Het moordwapen was duidelijk en ze vroegen het zesjarige kind hoe vaak haar vader had gestoken. Het kind antwoordde niet. Ten eerste omdat de vraag haar dwong het beeld voor ogen te halen van het gebeurde. Dit kon en wilde ze natuurlijk niet. Haar hersenen probeerden koortsachtig de beelden weg te duwen. De politie kon zich niet voorstellen dat het kind wel degelijk deskundig was over de toestand van haar vader. Ze was erbij en kende haar vader. Maar de vraag van het aantal steken boorde die kennis niet aan. Een kind dat getuige is van de moord door haar vader op haar moeder telt niet de steken die worden toegediend.*

*De therapeut (auteur) respecteert de loyaliteit ten opzichte van de vader en alle betrokkenen (meervoudige partijdigheid) in de formulering: 'Het is stom dat je moeder dood is, dat is erg voor haar. En het is erg voor*

*jou. Weet je, het is niet normaal als een vader een moeder doodmaakt, en ik weet zeker dat je vader dat ook vindt.' Hierdoor kon het kind naar buiten brengen waar het al die tijd mee kampte: 'Toen pappa nog bij ons woonde, is hij een keer bij mij in de slaapkamer geweest en toen zei hij dat iets in zijn hoofd zei dat hij mama dood moest maken als ze wegging.' Het kind reageerde feilloos op het woord 'niet normaal' en kon toen haar vader gerespecteerd werd, haar loden last vertellen. Haar zin maakt ook duidelijk dat ze belangrijke informatie heeft over de toerekeningsvatbaarheid van haar vader.*

*Toen er een pleeggezin werd gevonden, was Halima eerst heel enthousiast, maar later toen ze er een keer ging kijken sloeg de angst toe. Ze wilde er niet naartoe; ze bleek bang te zijn dat de nieuwe papa de nieuwe mama zou doden. Halima had met haar zes jaar een dramatische conclusie getrokken die paste bij haar beperkte kennis en ervaring: papa's maken mama's dood.*

Er wordt vaak te gemakkelijk gesproken over cliënten met 'probleemgedrag'. Tegenwoordig worden ze ook wel 'cliënten met onbegrepen gedrag' genoemd. Dit zegt mijns inziens echter onvoldoende over hun werkelijke situatie. *Geert Bettinger*



# Van probleem naar oplossing



Ik heb het altijd een uitdaging gevonden om meer de achtergrond van dit gelabelde gedrag te begrijpen. Om de een of andere reden hebben cliënten vaak niet eens de woorden en durven of kunnen zij deze niet uitspreken als ze problemen hebben. Zij zullen daarom regelmatig

op hun eigen, specifieke manier juist aandacht 'moeten' vragen voor zaken die er mis zijn. Eigenlijk is een cliënt, vanuit zijn perspectief, altijd helder in wat hij ons duidelijk maakt. Alleen begrijpen 'wij hulpverleners' het vaak niet.

Het is mijns inziens heel belangrijk om stil te staan bij de signalen die de ander ons, al dan niet bewust, met zijn of haar gedrag geeft. Dit besef is mede ontstaan door gebeurtenissen in mijn verleden. Als kind ben ik seksueel misbruikt. Mede door de pijn en de verwarring vroeg ik toen veel 'negatieve' aandacht. Ik kon, mocht en durfde er in die tijd met niemand over (te) spreken. Mede daardoor was ik binnen mijn gezin en op school een moeilijk kind; een probleem kind. Ik gaf regelmatig signalen aan de buitenwereld

## OVER DE AUTEUR

**Geert Bettinger** (1952) is internationaal trainer, coach van teams binnen zorg- en welzijnsinstellingen. Regelmatig gastspreker op (internationale) congressen en symposia. Tevens werkzaam als CCE-consulent. Auteur van het boek: *Door stil te staan kom je verder*. Inmiddels in zes talen verkrijgbaar (Nederlands, Engels, Chinees, Duits, Spaans en Roemeens)

- ➔ Wat de impact van huiselijk geweld op de hechting van kinderen is, hangt van verschillende factoren.
  - Hoe jonger het kind, des te lastiger het is om een veilige hechting te ontwikkelen.
  - Hoe jonger het kind, des te dieper het huiselijk geweld ingebed zit in het schema van hechting. Des te sterker zal het kind een angstig-afwerende hechting ontwikkelen.
  - Degenen die in huiselijk geweld verwickeld zijn, zijn meestal de ouders. Dat zijn de centrale gehechtheidsfiguren die door het geweld wisselvallig beschikbaar zijn en zo ontstaat een wisselvallige patroon: een schema van angstig afwerende hechting.
  - Wanneer gehechtheidsfiguren in het huiselijk geweld betrokken zijn, wordt zelfs het ontwikkelen van een gehechtheidfiguur erg complex: soms helpen ze, soms niet. Geweld door degenen die jou zouden moeten beschermen is extreem onveilig. Juist op het moment van huiselijk geweld heb je bescherming nodig, maar de beschermer is plotseling de aanvaller door beeld (wat het kind ziet) en geluid (wat het kind hoort). Wanneer het tegen het kind gericht is, dan is de bescherming niet mogelijk, want de beschermer is de aanvaller en de tweede gehechtheidsfiguur durft meestal niet in te grijpen en dus zit het kind dubbel zonder bescherming.
  - Wanneer de gehechtheidsfiguren of hun vervangers betrokken zijn bij het geweld is de schade heel groot, omdat de kinderen niet een eenduidige beeld kunnen krijgen: soms helpen ze, dan weer niet, dan moet jij ze zelfs helpen.

- Bij onvolgroeide hechting kan er risico bestaan voor oudermishandeling door het kind: de natuurlijke orde is omver. De jarenlange afhankelijkheid van het kind en zijn besef niet mee te kunnen draaien in de maatschappij, zorgen dat het zelfbeeld dieper en dieper beschadigd wordt. De zelfhaat keert zich naar buiten waarop de volgende zin van toepassing is: *agressie is niets anders dan kritiek op jezelf, waarvan de ander de aanleiding is*. En die aanleiding is meestal de moeder. Degene die tegen alles in het kind blijft beschermen en hoop heeft dat de situatie van het kind zal verbeteren. Dit vormt de spiegel waarin het kind zijn verlies ziet. De gehechtheidsfiguur die blijft volhouden is voor het boze kind degene die hem liefde geeft terwijl hij het naar zijn gevoel niet verdient. Die moeder vormt gemakkelijk de aanleiding waar de boosheid zich tegen keert. De aanval op de gehechtheidsfiguur wordt de ultieme stagnatie van de hechting; de persoon die zou moeten beschermen is degene die door het kind aangevallen wordt.

De kans dat onvolgroeide hechting door kan groeien wordt hierdoor sterk beperkt. Wanneer het een generationeel overgedragen huiselijk geweld is, is het hard werken, ook door de ouders, om een andere koers te kunnen gaan en het atypisch ontwikkelde kind te laten doorgroeien.

*Het enige antwoord op hechtingsproblemen is onvoorwaardelijke beschikbaarheid op basis van echtheid en begrenzing.*

*Ouders zijn de bodem van het bestaan van hun kinderen tot in hun volwassenheid, tot na hun dood. Hechting is de navelstreng die kinderen hun ware zelfstandigheid doet ontplooiën, huiselijk geweld legt een knoop in die navelstreng, waardoor niets meer vanzelf gaat ❀*



## Literatuur

- Delfos, M.F. (2014, 2e druk). *Ik ben aan ze gehecht. Over gehechtheid als en boei in nood*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M.F. (2022, 2e druk). *Autisme als atypische ontwikkeling*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M.F. (2021, 3e druk). *Trauma vanuit ontwikkelingsperspectief*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Het enige antwoord op hechtingsproblemen is onvoorwaardelijke beschikbaarheid op basis van echtheid en begrenzing.



- dat er diep in mij veel verdriet en pijn zat, maar werd niet of nauwelijks begrepen. Dat vond ik misschien wel het minst erg. Veel pijnlijker was dat mijn 'probleemgedrag' over het algemeen werd veroordeeld. Straf was dan mijn deel.

### 'Negatief' aandacht vragen

Veel zorgafhankelijke cliënten vragen ook op een 'negatieve' manier aandacht voor hun persoonlijke situatie. Negatieve aandacht zegt mijns inziens juist heel veel over de ander en minder over de cliënt. Hoe

tieve gedrag van een cliënt is nogal eens zijn enige mogelijkheid om ons, hulpverleners, alert en attent te maken dat dit een signaal is. En bij signaalgedrag hoort de reactie niet te zijn: stop!, maar: ga op onderzoek uit! We zullen heel bewust stil moeten staan bij zorgafhankelijke cliënten, met als doel hun signalen beter te begrijpen en daardoor verder te komen. Ik maak me eerlijk gezegd vaak juist zorgen over die cliënten of kinderen die heel aangepast gedrag vertonen. Ze zitten stil in een hoekje, vallen niet op, schreeuwen niet, gooien niet met spullen, enzovoort...

Eigenlijk is een cliënt, vanuit zijn perspectief,

altijd helder in wat hij ons duidelijk maakt.

Alleen begrijpen 'wij hulpverleners' het vaak niet.

kun je pijn, verwarring, verdriet en angst - kortom gevoelens van 'onveiligheid' - labelen als negatief?

Negatieve aandacht willen wij als buitenstaanders, waaronder zeker ook hulpverleners, zo snel mogelijk omzetten naar een positieve wijze van aandacht vragen. Dit doen we vaak middels 'operante conditionering'. U kent het wel: negatief gedrag afkeuren of negeren en positief gedrag waarderen of belonen. Ik zie deze aanpak nog regelmatig binnen menig zorginstelling en het (speciaal) onderwijs.

Ik krijg nogal eens de vraag: 'Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat het negatieve gedrag, de gedragsproblemen die deze meneer, mevrouw, dit kind veroorzaakt, stopt?' Het is juist deze vraag die mij direct triggert.

We moeten ons vooral de basisvraag stellen: wat probeert hij of zij ons hulpverleners duidelijk te maken met dit gedrag? En dan ook nog de vraag, direct hierna: voor wie is dit zogenoemde 'probleemgedrag' eigenlijk een probleem?

Zoals al gememoreerd: het door ons gelabelde nega-

Zouden zij dan geen problemen hebben? Zij houden ons juist veel minder alert. Van hen hebben medewerkers tenslotte nauwelijks last. Dit gedrag stoort hen niet bij hun dagelijkse werk en taken.

Cliënten met zogenoemd 'probleemgedrag' hebben juist een hele bijzondere en 'slimme' oplossing gevonden om ons hulpverleners alert te maken en te houden voor de, meestal, lastige situatie waarin ze verkeren.

### Wat verstaan we onder hulpverlening?

De een vraagt om hulp en de ander geeft hulp. De een heeft een vraag en de ander het antwoord. Het concept is duidelijk. De een is onmachtig en de ander heeft de macht. Als het goed is misbruikt hij deze niet. Als het goed is... Is dit altijd wel zo?

Laat ik de hulpverlening aan mensen die in de laatste fase van hun leven verkeren (stervensbegeleiding), als een eerste voorbeeld nemen. Wie begeleidt hier wie?

Het antwoord was en is nog maar al te vaak: de hulpverlener begeleidt de stervende.

Hoe komt het dat we bij het begrip stervensbegeleiding denken aan iemand, een professional, die de stervende begeleidt? Een hulpverlener weet meestal veel over stervensprocessen, fases in het sterven, angsten, hoop, wanhoop en ga zo maar door. Er zijn boeken over volgeschreven. Met andere woorden; de hulpverlener heeft veel kennis. Hij heeft ook geleerd zich empathisch op te stellen en te luisteren met zijn hart. Daardoor krijgt hij per 'situatie' meer ervaring. Kortom: hij wordt steeds deskundiger om stervenden te begeleiden. Maar is dit alles wel zo?

Wat we hierin steeds lijken te vergeten is, dat er hier maar één echte deskundige is: de stervende zelf! Hij is de enige binnen deze (hulpverlenings-)relatie die weet en voelt hoe het is om te gaan sterven. Die daadwerkelijk de echte ervaring heeft hoe het is; hoe het voelt om dood te gaan; om zijn leven te verlaten. Door dit te zien vanuit het perspectief van de mens die aan het sterven is als enige deskundige, zullen wij hulpverleners over onze professionele grenzen heen moeten stappen.

Het is de stervende zelf die ons leidt. Laten wij hulpverleners dit toe? Durven we ons als onwetende, ondeskundige zelfs, op te stellen?

Ons rest slechts de nederige mens, de toehoorder, de vrind, de belangstellende te zijn. Dan pas kan de stervende ons toelaten op zijn terrein. Dan zal hij 'zijn poort' openzetten en kan de grens worden geslecht. Het is daarnaast ook niet alleen een (abstracte) mens die gaat sterven. Het is een individu met een naam, achtergrond, levensverhaal, karakter, persoonlijkheid die ons bij de hand mag gaan nemen.

Nu komen wij op onbekend terrein, waar de ander zichzelf mag zijn. We zijn te gast.

We zullen van houding en standpunt moeten gaan veranderen om een goede hulpverlener te zijn.

### Een ander voorbeeld uit eigen ervaring

Ik ben als kind zowel geestelijk als seksueel misbruikt. Er zijn belangrijke mensen uit mijn directe omgeving over mijn grenzen gegaan. In zijn algemeenheid, zonder dat ik dit als zodanig expliciet heb ervaren. Ik

vond het erg; ik vond het pijnlijk, zeker. Nu, jaren later, word ik gezien als een incestslachtoffer. Ik behoor opeens tot een doelgroep... 'slachtoffer van onder andere seksueel geweld'. Het voelt voor mij echter helemaal niet zo. Ik ben Geert. Ik eis mijn identiteit op door in alle toonaarden duidelijk te maken dat ik geen slachtoffer ben, maar Geert met ervaringen: dat is mijn identiteit. Menig hulpverlener, misschien beter gezegd 'buitenstaander', heeft deze houding of opvatting al weten te labelen: 'ontkennen, dissociëren, wegdrukken, vluchtgedrag, overlevingsstrategie', enzovoort.

Ik begrijp deze labeling inmiddels ook veel beter, want met begrippen als dissociatie, ontkenning, wegdrukken, overlevingsstrategie en vluchtgedrag kom je in het vakgebied van de hulpverleners, op het terrein waar de therapeuten deskundig zijn. Ze realiseren zich nauwelijks dat ze enorm over mijn grenzen heen gaan door mij naar voor hun bekend gebied te leiden, te lokken wellicht. Zij hebben hun 'poortje' opengezet en mij daarin welkom geheten, want daar is het tenslotte veilig (voor de hulpverlener). Ikzelf heb deze poort (zoals bij het voorbeeld van de stervende) voor hen echter niet opengezet. Ze gaan, zoals zovele hulpverleners, over mijn grens, waarmee ze dit blijkbaar niet echt kunnen waarderen, laat staan respecteren.

De ander weet wat goed voor mij is. De ander weet waarvoor ik hulp kan gebruiken. De ander levert deze dan ook nog. Maar heb ik om 'hun soort' hulp gevraagd? Zo ja, waarvoor dan? En hoe weet hij dat dan?

Ik wil gezien worden als Geert, die ook misbruikervaringen heeft. Het is vele malen moeilijker om mij als Geert te benaderen dan als cliënt. Het is vele malen gemakkelijker mij als onderdeel van een doelgroep te zien dan een uniek persoon. Hierdoor blijft er altijd sprake van een hulpverleningsrelatie. Het is hiermee de cliënt die eigenlijk de hulpverlener helpt zijn rol te pakken.

### De deskundige

Daarom is het nu tijd dat we naar de echte deskundige, ook wel cliënt genoemd, gaan luisteren. Dat we gaan proberen te begrijpen wat zijn verlangens, wensen en behoeften zijn. Of erger: welke problemen anderen met dit gedrag hebben...

Het volgende themanummer van

**SOZIO** heet



**PRAKTIJK** GERICHT  
**ONDERZOEK**

➔ Zolang je een cliënt niet kunt zien als een uniek individu kun je gemakkelijk, onbewust, ongewild over zijn grens gaan. En een professional mag echter nooit iets onbewust doen; hij moet zich bewust zijn van alle interventies, adviezen en dergelijke. Hij moet zich steeds afvragen: ga ik hiermee over de grens van de ander of 'lok' ik de cliënt over mijn grens?

Ik durf te stellen dat veel mensen met traumatische ervaringen minder behoefte hebben om te praten, te vertellen en zo de ander verder te helpen. Ze hebben vooral behoefte aan liefde. Dit begrip komt nog maar zelden voor in hulpverleningssituaties. We zijn er als hulpverleners mogelijk zelfs een beetje bang voor deze te geven. Liefde is mijns inziens juist het terrein waar geen grenzen bestaan. Liefde is grenzeloos.

### Bewustwording

Ik kom regelmatig in instellingen voor gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Meestal is de vraag: 'Er is hier een cliënt, bewoner, die ernstig probleemgedrag laat zien. Wij weten ons geen raad meer met deze cliënt. Hoe moeten we nu verder?'

Het komt daarbij ook nogal eens voor dat genoemde persoon al de nodige medicatie heeft om hem rustig te houden. Of dat er benaderingsplannen zijn beschreven zodat hij niet nog 'moeilijker' gaat doen. Dat hij soms door drie verzorgenden in bedwang moet worden gehouden opdat hij gewassen kan worden. Mijn advies: laat het probleem even los en focus meer op de persoon. Wie hij is, in plaats van wat hij mankeert.

Het probleemgedrag noem ik, zoals hierboven aangegeven, signaalgedrag. Deze cliënt laat ons, soms onbewust, zien wat juist jij niet prettig vindt; geeft ons de signalen dat er wat mis is in deze - vaak specifieke - situatie. Mijn ervaring is dat iedereen, of het nou gaat om iemand met een verstandelijke beperking of een schoolkind, juist vaak gedrag laat zien waarvan het signaal is dat hij zich onveilig voelt. Dan doen wij, mensen zonder hulpvraag, overigens net zo.

Laten we de cliënt met zijn signaalgedrag proberen te volgen. Laten we proberen zijn wensen, behoeftes of

verlangens (hoe het wel veilig voor hem is) te begrijpen. Kijken of hij ons toelaat achter zijn poortje in plaats van hem medicatie te geven zodat hij rustig wordt; een benaderingsadvies voor te schrijven zodat hij niet agressief gaat worden; of hem met drie medewerkers in bedwang houden zodat hij toch gewassen kan worden.

Anders gezegd: dat hij zich zo gaat gedragen dat wij er geen last meer van hebben.

Dat we hem op ons terrein van deskundigheid willen hebben, door hem over zijn grenzen te trekken. Deze houding van medewerkers vraagt heel veel... het vraagt dat ze proberen juist niet te handelen, niet veel te doen, maar stil te gaan staan bij deze cliënt. Opdat hij de gelegenheid en de tijd krijgt ons te gaan vertrouwen.

**Uiteindelijk speelt zich gedrag meestal af binnen een context.**

Betrek dan juist deze context als je op onderzoek uitgaat. Dit levert vaak nieuwe, verhelderende inzichten op. Daarom zijn observaties een belangrijk onderdeel van een onderzoek. Observaties kosten tijd, vragen geduld. Tijd blijkt juist een van de problemen te zijn. Of beter, gebrek aan tijd om serieus naar een situatie te kijken.

Kijk ook eens wat vaker wanneer zich het signaalgedrag niet afspeelt. Let maar eens op hoe vaak we zeggen: 'Deze client laat nooit altijd dit probleemgedrag zien.' Begrippen als nooit, altijd en de hele dag zijn vooral in de beleving van een medewerker gaan zitten. Ik begrijp dat. Maar blijf alert dat er zeker ook momenten zijn dat het er juist niet is.

Noem 'probleemgedrag' of 'onbegrepen gedrag' van een client 'signaalgedrag'.

Zoals gezegd: bij probleemgedrag willen we dat het stopt. Bij signaalgedrag gaan we op onderzoek uit, gaan we moeite doen, samenwerken, daadwerkelijk luisteren en anders kijken. ✦



# LOGAVAK

opleidingsgroep

Dé opleidingsgroep voor na- en bijscholing  
voor professionals in GGZ, jeugdzorg,  
kinderopvang, management, onderwijs,  
psychologie, zorg en welzijn

*Blijf groeien als professional!*

LOGAVAK.NL



# logacom



Congressen en webinars voor GGZ,  
jeugdzorg, kinderopvang, onderwijs  
en het sociaal domein

*Logacom brengt professionals samen  
en maakt kennis toegankelijk*

LOGACOM.NL

