

## Beschrijving werkwijze ambulante ondersteuning van zorgmijders

### De doelgroep:

Deze werkwijze richt zich op cliënten met een verstandelijke beperking, die niet of niet meer in zorg zijn en/of bekend zijn bij hulpverlenende instanties. Het feit dat deze mensen geen passende hulpverlening hebben, terwijl dit wel nodig is, kan verschillende redenen hebben. Men kent de weg niet, heeft eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening of onderkent de eigen problematiek niet.

Hieronder volgt een opsomming van gemeenschappelijke kenmerken van de gehele groep cliënten:

- Cliënten hebben niet het inzicht om te zien hoe groot hun problemen zijn. Ze zijn gewend geraakt aan hun situatie en bagatelliseren hun problemen;
- Cliënten hebben vaak een klein netwerk, het netwerk dat zij hebben is niet (meer) in staat hen hulp te bieden;
- De woningen van de cliënten zijn vaak vervuild;
- De persoonlijke hygiëne van de cliënten is slecht;
- De meeste cliënten hebben grote schulden;
- Veel cliënten hebben contacten met justitie (gehad);
- De meeste cliënten worden overschat in hun mogelijkheden. Daarnaast overschatten ze zichzelf ook in de eigen mogelijkheden waardoor zij veel teleurstellingen en problemen hebben ervaren;
- Veel cliënten ontdekken in dit traject pas dat zij een verstandelijke beperking hebben.

### De aanmelding:

Op verschillende wijzen kan de cliënt aangemeld worden voor ambulante ondersteuning. Afhankelijk van de gemeente waar de cliënt woont, zijn er afspraken gemaakt over het leveren van ondersteuning aan zorgmijdende cliënten. Deze afspraken worden op organisatieniveau gemaakt. De zorgmijdende cliënt wordt vaak gesignaleerd bij wijkteams, de GGD, of andere signaleringsoverleggen. De GGD-functionaris of andere ketenpartner heeft het vermoeden en/of er zijn aanwijzingen dat het gaat om een volwassene met een verstandelijke beperking. Psychiatrische problemen kunnen ook een rol spelen maar de verstandelijke beperking speelt een prominente rol in de benodigde ondersteuning/ in de problematiek van de cliënt?. Er kunnen allerlei problemen spelen. bijvoorbeeld op financieel gebied, in de opvoeding van kinderen, huisvesting, verslaving, vervuiling.

### Algehele doelstelling van het traject:

Er wordt gefaseerd gewerkt in de individuele trajecten. In het algemeen wordt er gewerkt aan de samenwerkingsrelatie en de bereidheid tot hulpverlening. In het verdere verloop wordt er vooral gewerkt aan passende ondersteuning op de verschillende leefgebieden en het komen tot een netwerk van hulpverlening. De cliënt heeft vaak meervoudige complexe problematiek. Hierdoor is inzet van nodig in de directe leefwereld van de cliënt maar vaak is dit niet voldoende gelet op de complexiteit van alle problemen. Hierdoor is samenwerking met externe partners een speerpunt in het traject. Wat de inzet van Middin betreft, wordt er van uit gegaan dat de cliënt mede door zijn verstandelijke beperking, langdurige ondersteuning nodig zal hebben. De begeleiding is er op gericht om erger te voorkomen en de cliënt weer zo goed mogelijk in de samenleving te laten functioneren. Er wordt een netwerk rond de cliënt gebouwd wat er voor moet zorgen dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk in de samenleving kan wonen en werken. Het streven daarbij is de professionele inbreng vanuit Middin zo snel mogelijk zo veel mogelijk af te bouwen. Gaandeweg het traject wordt helder welke aanpak het beste past bij de cliënt en zo ook wat betreft de intensiteit van de begeleidingsinzet en het tempo van de acties. Centraal in het gehele traject staat het "aansluiten" bij de cliënt. Aanvankelijk is het "bemoeienis" op verzoek van anderen en niet op verzoek van de cliënt.

Al snel wordt gezocht naar intrinsieke motivatie zodat het geen bemoeizorg meer is. Vervolgens wordt er zoveel als mogelijk aansluiting gezocht bij reguliere ondersteuning en hulpverlening. Om de doelen te bereiken is er niet één vaste weg en een vast te doorlopen methode. Juist dit gegeven kenmerkt het methodische kader. Creativiteit en vastberadenheid zijn belangrijke elementen. Ieder traject ziet er in de praktijk anders uit.

### Fasen

Het traject is een variant van de bemoeizorg zoals het veelal in de psychiatrie geboden wordt. Er zijn veel overeenkomsten en er zijn een paar belangrijke verschillen.

Algemeen overlappend is het dat cliënten niet zelf om hulp vragen. Er komt een signaal vanuit een andere organisatie, dat er een zorgelijke situatie is ontstaan. In de eerste fase van het traject wordt dit signaal verkend. Informatie wordt opgevraagd, een eventueel dossier wordt doorgenomen. Een belangrijk verschil is dat in de screening allereerst gekeken wordt of de aangemelde persoon mogelijk een verstandelijke beperking heeft en er geen andere problematiek op de voorgrond staat. Omdat het gaat om een cliënt met een verstandelijke beperking is het des te belangrijk om te ontdekken wat de cliënt kan en wat de cliënt aankan. De draaglast en draagkracht is vaak uit balans. Het traject is doorgaans langdurig en niet direct gericht op loskomen van de hulpverlening maar eerder op stabiliseren en bestendigen zodat de intensiteit kan verminderen. Dit is een groot verschil met de andere instanties in de regio die ondersteuning bieden aan zorgmijdende cliënten en cliënten die nog geen passende hulp hebben.

Kenmerkend voor het traject vanuit Middin is dat het zich richt zowel op de kwaliteiten van een cliënt als ook op de problemen. Er wordt gewerkt aan een oplossing voor concrete probleem(gebieden) om zodoende het vertrouwen en de motivatie te prikkelen. Er wordt gewerkt vanuit de gedachte dat de cliënt een verstandelijke beperking heeft, waardoor hij niet alles wat op zijn pad komt kan en aankan. Tegelijkertijd heeft ieder mens kwaliteiten en deze dienen zoveel als mogelijk te worden aangeboord om zich staande te kunnen houden. Elementen vanuit het competentiegerichte werken worden ingezet zoals: positief opbouwende feedback, veel herhalen, gedragsgerichte instructie. Vanuit deze visie zijn wij van mening dat de begeleider zich actief opstelt, soms voor de cliënt uit loopt, naast de cliënt gaat staan waar nodig en de cliënt volgt daar waar het kan. De ambulante begeleider toont een grote mate van flexibiliteit qua inzet.

### Fase 1:

In de eerste fase staat het contact tussen de begeleider en de cliënt centraal.

Vooraf aan het eerste gesprek: de signalen en informatie vanuit de meldende instantie worden doorgenomen. Er wordt contact opgenomen met de meldende instantie en er wordt overwogen om een intake te plannen.

In het eerste gesprek wordt er kennis gemaakt. Tijdens de kennismaking stelt de begeleider zich actief en contactgericht op. De begeleider probeert in dit eerste contact duidelijk te maken wat de aanleiding en het doel is van zijn komst. De begeleider probeert een ingang te creëren voor een vervolgspraak. De begeleider signaleert hoe de cliënt het contact aan gaat en hoe hij zich gedraagt. Zijn er zaken die opvallen? Zijn prioriteiten? Dient de begeleider ergens rekening mee te houden?

Het contact aangaan en behouden staat centraal. Er wordt gewerkt vanuit de presentiebenadering. Een positief contact is belangrijk want dit kan leiden tot een goede werkrelatie en een betere samenwerking tussen begeleider en cliënt. In dit gesprek kan de melder aanwezig zijn (dit heeft de voorkeur).

In de vervolggesprekken wordt ingegaan op de situatie van de cliënt. Tijdens deze gesprekken probeert de begeleider al toe te komen aan screening van de verstandelijke beperking, problematiek en het netwerk. Deze volgorde is niet willekeurig. Het vermoeden van een verstandelijke beperking dient als eerste duidelijk te worden om zo te onderzoeken of er een indicatie kan worden aangevraagd.

De begeleider screent de ernst van de situatie en de mogelijkheid van de verstandelijke beperking. Dit doet men door informatie op te vragen over opleiding en werkervaring om zo een beeld te krijgen van gegevens over het functioneren van de cliënt. Er wordt gevraagd of derden (huisarts, Stichting MEE bijvoorbeeld) informatie mogen verstrekken. Zodoende kan er een dossier worden opgebouwd en een betere inschatting worden gedaan. Screeningslijsten worden ingevuld en uitgewerkt (o.a. SRZ-P lijst, zelfredzaamheidsmatrix, risicotaxatie lijst). De lijst met leefgebieden wordt doorlopen om zo geen probleemgebieden te missen. En daarnaast wordt een netwerk analyse gemaakt. Zodoende wordt een beeld gevormd.

Aan het einde van deze fase zijn de probleemgebieden helder en er is een inschatting mogelijk wat betreft een eventuele verstandelijke beperking. Het netwerk is in kaart gebracht. Deze periode duurt 3 weken. Vervolgens is er een ondersteuningsplan met eerste werkdoelen. De basis van het plan is na 6 weken af.

### **Fase 2:**

In fase twee wordt een concreet doel geformuleerd waarbij oplossingsgericht wordt gewerkt. Dient er schuldhelpverlening te worden ingeschakeld, is het huis te vies waardoor het niet leefbaar is en dient dit eerst aangepakt te worden? Dreigt iemand uit zijn huis gezet te worden en dient er een afspraak gemaakt te worden om dit te voorkomen? Dit doel dient niet alleen verder afglijden maar creëert ook meer vertrouwen.

Er wordt actief gewerkt aan het verbreden van het (hulpverleners) netwerk om een vangnet te creëren als dat nodig is maar ook om inzet te doen op de diverse probleemgebieden. Het sociale netwerk wordt betrokken in het kernteam, indien nodig en mogelijk.

Onderwijl wordt al doende duidelijk hoe de cliënt mee werkt in dit traject en wordt het meer zichtbaar wat de mogelijkheden van de cliënt zijn om zijn problemen aan te pakken. Een sterkte-zwakte analyse volgens het competentiemodel wordt gemaakt. Aan het einde van deze fase is deze compleet, duidelijk en verwerkt in een passende begeleidingsstijl.

### **Fase 3:**

In deze fase wordt helder welke doelen en acties slagen en welke aanpak aan slaat. Doelen worden aangepast en bijgesteld. Er blijven aandachtspunten in de begeleiding en mogelijk zijn er dringende vragen, bijvoorbeeld hoe het komt dat een cliënt zich op een bepaalde manier gedraagt. Deze fase kenmerkt zich door de uitdieping op bepaalde gebieden. Multidisciplinaire inzet is mogelijk, voor nader onderzoek en advisering. Kenmerkend voor de doelgroep is dat de hulpvraag niet pasklaar wordt geformuleerd. De begeleider zoekt de vraag achter de vraag oftewel helpt de cliënt met het ontrafelen van de brij aan problematiek en doet praktische maar ook verdergaande handreikingen zoals bijvoorbeeld verwijzen naar een psychiater.

Dit is ook de fase van bestendigen van wat er goed gaat. Soms ook accepteren dat een plafond is bereikt. Vanwege het feit dat het om cliënten met een verstandelijke beperking gaat dient er oog voor te zijn of de cliënt op het juiste niveau wordt aangesproken. Nadere bijstelling is misschien nodig: dient de begeleiding praktischer ingezet te worden? Dient er aandacht te zijn voor psycho-educatie als het gaat om de verstandelijke beperking (voor cliënt en/of omgeving)? Dient er meer samen gedaan te worden, moet men het soms overnemen? We werken vanuit het principe: voordoen en zelf doen-samen doen- overnemen (indien nodig). 'met de juiste ondersteuning behoud de cliënt grip op zijn eigen leven'.

### **De werkzaamheden van de ambulante begeleider:**

De ambulante begeleider is een generalist doch wel gespecialiseerd in het werken met cliënten die lange tijd niet in zorg zijn geweest en zorgmijddend zijn. Kenmerken van de begeleider zijn vasthoudendheid, geduld, om kunnen gaan met afwijzingen, vertrouwen winnen, juist handelen bij

agressie en intimidatie, kunnen doorprikken bij maskerend gedrag, het te allen tijde behouden van de ‘helikopterview’, de houding en bejegening aanpassen aan wat de cliënt nodig heeft en cliënten kunnen motiveren door het gehele traject.

#### **Persoonlijk begeleider**

- gaat eerste contact aan met de cliënt. Er wordt gewerkt aan de motivatie tot accepteren van hulpverlening;
- inschatten van de mogelijkheden en inschatten of de persoon tot de cliëntdoelgroep behoort;
- cliënt toe leiden naar verdere hulpverlening;
- samen met de cliënt doelen bepalen en een actieplan opzetten;
- netwerken , netwerk van de cliënt aanboren om de hulpbronnen te ontdekken en in te zetten;
- casemanagement;
- verslaglegging doen zoals zorgplan en brieven naar externe instanties;
- indicatie aanvraag regelen.

Heeft de volgende kennis en vaardigheden:

- kennis van verstandelijke beperking en psychiatrie om signalen op te vangen en inschattingen te kunnen maken;
- kennis van de sociale kaart;
- goed kunnen samenwerken en goede communicatie.

#### **Mogelijk andere betrokken begeleiders:**

- praktische ondersteuning in de directe leefomgeving van cliënt: start maken met het huis op orde te brengen, boodschappen doen;
- ondersteuning bieden bij huishoudelijk taken;
- ondersteuning bieden bij de persoonlijke verzorging;
- ondersteuning bij huishoudelijke taken;
- ondersteuning bij bezoeken aan externen;
- ondersteuning bieden bij de maaltijd voorziening;
- ondersteunen van de andere begeleiders bij het behouden van ‘het lijntje’ met de cliënt. Vaak zijn er per week meerdere begeleidingsmomenten nodig om de cliënt betrokken te houden bij het traject.

Gebruikte literatuur:

1. Handboek FACT (2009). van Os, J., Utrecht de Tijdstroom
2. Bemoeizorg (2009). Tielens, J. en Verster, M., Utrecht de Tijdstroom
3. Bemoei je ermee, een leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders (2000). Lindt, S. van de , Gorcum bv
4. Onvrijwillige hulpverlening, Moet dat nou? (2010). L. Jagt, Bohn Stafleu van Loghum
5. Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg (2009). Slot en Spanjaard, Thiememeulenhoff bv
6. Een theorie van de presentie (2004). Baart, A. Boom Lemma Uitgevers