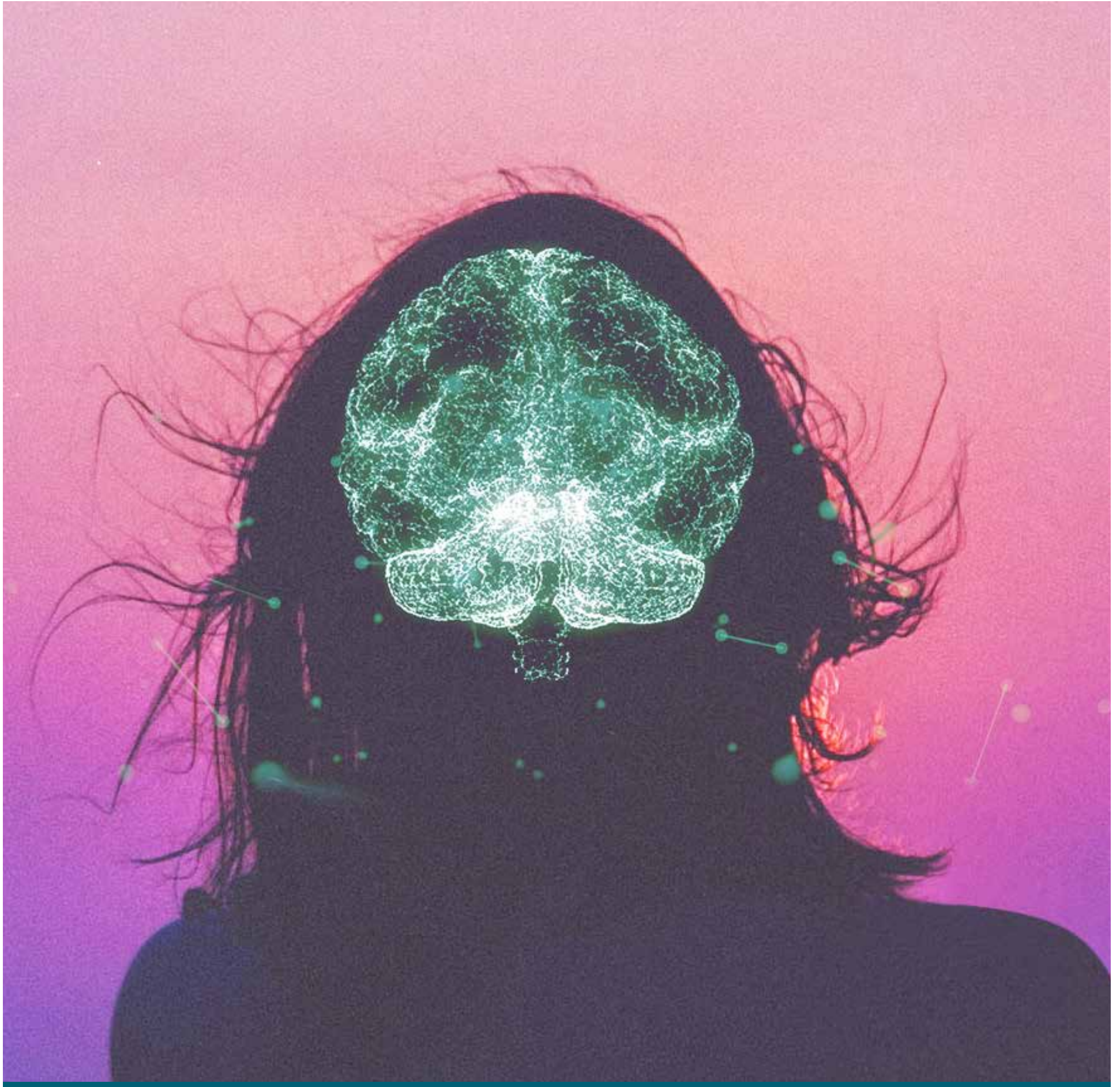




Het brein



De zorgvraag stijgt met de toename van het aantal ouderen

Pagina 3

Betere interventies door inzicht denkproces

Pagina 7



Ruim **1 miljoen** oudere Nederlanders voelt zich eenzaam

Pagina 9

Hersenletsel: 'Uit pure frustratie over alles had ik een heel kort lontje'

Pagina 17

Visuele problemen vaak hersengerelateerd

Pagina 18



COLUMN

Auteur: Margriet Sitskoorn
 Hoogleraar Klinische Neuropsychologie
 Tilburg University

De dynamiek van hersenen

Afgelopen maand kwamen verontrustende cijfers aan het licht: een op de vier Nederlanders blijkt een hersenaandoening te hebben en bij een op de vijf sterfgevallen is een aandoening van de hersenen de doodsoorzaak. Dan hebben we het niet alleen over hersenbloedingen, hersentumoren en schade door klappen op het hoofd, maar ook over psychische aandoeningen zoals angststoornissen en depressie, ziekten die gepaard kunnen gaan met het ouder worden zoals dementia, en ontwikkelingsstoornissen zoals dyslexie en ADHD.

De Hersenstichting vermoedt dat de getallen nog hoger liggen. Veel mensen zoeken namelijk geen hulp, worden niet geregistreerd en zijn dus niet in het onderzoek meegenomen. Het is duidelijk dat hersenaandoeningen veel voorkomen en hoge sociale, emotionele en financiële kosten meebrengen. Meer aandacht voor behandeling en preventie is dan ook nodig.

Hierbij is begrip van neuroplasticiteit ontzettend belangrijk. Neuroplasticiteit is het vermogen van de hersenen om te veranderen in structuur en functie. Onze hersenen zijn niet statisch maar dynamisch. Hoe de hersenen zich vormen wordt beïnvloed door datgene waaraan ze blootgesteld worden. Wat iemand denkt, voelt, doet en meemaakt verandert de hersenen en beïnvloedt het kunnen, het zijn en de ontwikkeling. Kennis omtrent neuroplasticiteit helpt ons om de gevolgen van een hersenaandoening te behandelen, maar ook om hersenaandoeningen te voorkomen of te vertragen. Zo weten we dat cognitieve en sociale uitdagingen, voldoende slaap en beweging positieve effecten hebben op de hersenen, waardoor dementie en stress-gerelateerde stoornissen vertraagd kunnen worden of in het geval van stress, uitblijven. Neuroplasticiteit kan effectieve behandeling mogelijk maken. Door meer kennis te vergaren, in te zetten op behandeling op maat en een goede samenwerking tussen partijen kunnen we optimaal gebruikmaken van neuroplasticiteit. Of dat nu is om de hersenen in ontwikkeling te ondersteunen, de gevolgen van een hersenaandoening te verminderen of om deze te voorkomen.



INHOUDSOPGAVE

Samenwerken in de zorg



- 3 Routines aan de kant voor betere zorg
- 3 Wederkerigheid essentieel bij samenwerking

Het kwetsbare brein in ontwikkeling



- 5 Wat passend onderwijs voor leraren betekent
- 5 Passend onderwijs vraagt om onderzoekende docent
- 6 De ontwikkeling van het brein staat niet vast
- 7 Nut en noodzaak van functioneel herstel
- 7 Betere interventies door inzicht denkproces
- 8 MS en werk: blijf communiceren
- 8 Therapieën voor MS in ontwikkeling

Regie en actief burgerschap



- 9 Eenzaamheid, participatie en zelfredzaamheid
- 9 Praktisch handvat brengt hulpvraag in beeld
- 11 Flexibiliteit en faciliteren in de zorg
- 11 Arbeidsparticipatie maakt gelukkig
- 12 'Bied perspectief aan restgroep in de zorg'

Niet-aangeboren hersenletsel



- 13 Hersenletsel betekent vaak meer dan zichtbare schade
- 14 Herkennen en erkennen van traumatisch hersenletsel
- 15 Psychische problemen bij mensen met NAH
- 17 Leven met hersenletsel
- 19 Mentale gezondheid ondergesneeuwd door fysiek herstel

Colofon

Deze onafhankelijke publicatie van Pulse Media Group verschijnt op 18 december bij de Volkskrant. De bijlage valt niet onder de verantwoordelijkheid van de Volkskrant.

Sales: Florieke Leenders, Annemijn van der Veer en Maarten le Fevre (commercieel directeur).

Redactie: Marianne Rijke (hoofdredacteur), Ruby Sanders, Yara Hooglugt, Nina Visser, Laura Visser, Henk Dilling, Jaime Donata, Cor Dol, Cees van Dijk, Hans Niewenhuis, Annemarie van Dijk, Peter van den Boom.

Vormgeving: Nick van den Berg, foto's: bigstockphoto.com en unsplash.com.

Directeur-uitgever: Paul van Vuuren, drukker: Janssen/Pers Rotatiedruk, Gennep

De inhoud van de commerciële bijdragen zoals profielen, expertinterviews, expertbijdragen en advertorials beschrijven de meningen en standpunten van de geïnterviewden.

De redactie van PMG tracht alle fouten te voorkomen, maar de redactie kan niet instaan voor eventuele fouten of onvolkomenheden in deze bijdragen. PMG aanvaardt hierdoor geen aansprakelijkheid.

Pulse Media Group B.V. www.pulsemedia-group.com info@pulsemedia-group.com

Routines aan de kant voor betere zorg

 **Van onze redactie**
Auteur: Henk Dilling

Nederland heeft te maken met een dubbele vergrijzing. Ten eerste wordt de groep ouderen groter, met momenteel 3,1 miljoen Nederlanders van 65 jaar of ouder. Ten tweede komt de gemiddelde leeftijd steeds hoger te liggen. In de groep 65-plussers is bijna een kwart ouder dan 80 jaar. Met de toename van het aantal ouderen stijgt ook de zorgvraag.

De verwachting van het Centraal Bureau voor de Statistiek is dat 38 procent van de mensen ouder dan 75 jaar in 2030 meer dan drie aandoeningen heeft. Verder leert onderzoek van het RIVM dat één op de vier Nederlanders een hersenaandoening heeft. Het meest voorkomende type hersenaandoening is een psychische stoornis, waar bijna twee miljoen mensen aan lijden. De aandoeningen brengen hoge zorgkosten met zich mee, maar ook de sociale gevolgen zijn vaak groot. “Het is van belang om zo vlug mogelijk een adequate diagnose te stellen zodat mensen snel de juiste zorg kunnen krijgen”, zegt John Goedee, bijzonder hoogleraar complexe samenwerkingsprocessen. “Het op elkaar afstemmen van signalen van verschillende instanties is dan van elementair belang.”

Eigen identiteit

Volgens Goedee is het noodzakelijk dat zorg- en welzijnsinstellingen, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen die te maken hebben met zorg-, hulp- en dienstverlening individuele doelen en routines laten varen. “Die moeten ze inruilen voor betekenisverlening en samenwerken aan gezamenlijke doelen.” Hij is van mening dat veel zorgorganisaties, maar ook gemeenten, politie en justitie, vaak langs elkaar heen werken en niet of onvoldoende gebruikmaken van elkaars expertise. In plaats van een gezamenlijk doel heeft iedere ketenpartner doorgaans zijn eigen agenda en vaart zijn eigen koers.

Om cliënten de juiste zorg te kunnen blijven bieden is het essentieel dat de zorgsector niet alleen aanbodgericht maar ook vraaggericht gaat werken.



Dat betekent in veel gevallen dat professionals op een andere manier naar zichzelf moeten kijken. Routine doorbreken, de complexiteit van het werk erkennen en een hand opsteken als er situaties zijn waarin de eigen kennis tekortschiet. Dat hoeft helemaal niet moeilijk te zijn, stelt Goedee. “We zijn echter door alle regels en protocollen vergeten waar het in de kern om gaat, namelijk de zorgbehoefte van de cliënt helder interpreteren. Hiervoor hoef je maar drie vragen te stellen: wie bent u, wat is er aan de hand en wat kan ik voor u doen?” Zo weet iedere ketenpartner hoe hij het beste kan samenwerken om de cliënt te helpen.

Goede verstandhouding

Innovatie kan een (zorg)organisatie naar een hoger niveau tillen, maar niet elke organisatie beschikt over voldoende kennis en kunde om innovaties tot stand te brengen, zegt bijzonder hoogleraar Innovatieve Samenwerking Ferry Koster. “Innovaties vereisen dat kennis wordt uitgewisseld tussen organisaties. De ene organisatie heeft bijvoorbeeld technische

kennis in huis, terwijl andere organisaties meer weten van (zorg)processen.” Door krachten te bundelen is kennisuitwisseling mogelijk en kunnen organisaties van elkaar leren. Beide processen zijn van belang voor het tot stand brengen van innovaties.

Daarnaast levert samenwerken met partijen buiten de eigen kring vaak nieuwe inzichten op. Zo kunnen organisaties op ideeën komen waar ze zelf nooit aan hadden gedacht. Alle deelnemende partijen moeten baat hebben bij de samenwerking, zo vervolgt hij. “Er moet een gezamenlijk belang zijn, anders is het gedoemd te mislukken.” Naast gezamenlijkheid moet er ook verschil zijn, want partijen moeten iets van elkaar kunnen leren. Van belang is dat die verschillen onderkend – en dus niet ontkent – worden en helder zijn. Alleen een contract tekenen is niet voldoende, benadrukt Koster. “Het gaat om het creëren van een goede verstandhouding, die is gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen.”

■ EXPERTBIJDRAGE van Jelly Zuidersma

Wederkerigheid essentieel bij samenwerking

Een constructief samenwerkingsverband tussen zorg-, onderwijs- en welzijnsinstellingen is gestoeld op wederkerigheid en wederzijdse afhankelijkheid. Dat stelt Jelly Zuidersma, gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Waar meerdere partijen samenkomen is sprake van verschillende belangen, doelen en denkwijzen. Het is de kunst om hieruit een algemeen maatschappelijk belang te destilleren om zorg of onderwijs te verbeteren. Dat kan alleen worden bereikt door intensieve samenwerking, zegt Zuidersma.

Vier condities

Een dergelijk samenwerkingsverband kan alleen tot successen leiden bij aanwezigheid van vier condities, vervolgt ze. Ten eerste is dat meerlagigheid. Dat wil zeggen: binnen een samenwerking moeten functionarissen met verschillende beslissingsbevoegdheden aanwezig zijn, die elkaar niet alleen binnen het betreffende verband tegenkomen, maar ook in andere overleggen. “Naarmate iemand meer van rol wisselt, wordt een hoger urgentiebesef ontwikkeld om ook daadwerkelijk te doen wat je zegt te zullen doen.” Immers: wanneer iemand in het ene overleg een toezegging doet en bij een andere bespreking een getuige van deze toezegging treft, komt het niet overtuigend over als afspraken niet zijn nagekomen.

“Het is daarom heel belangrijk dat afzonderlijke organisaties zich niet laten verleiden alleen vanuit het eigenbelang te denken”

Ten tweede is onderlinge afhankelijkheid essentieel. Hiermee bedoelt Zuidersma dat hetgeen wordt afgesproken, zoals het realiseren van voldoende stageplaatsen voor studenten of het verbeteren van passend onderwijs voor kinderen met een beperking, alleen kan worden bereikt door samen te werken. De derde conditie is toekomstperspectief: partijen moeten doordrongen zijn van het besef dat ze elkaar in de toekomst nog steeds nodig zullen hebben. Het verbeteren van het passend onderwijs is een voorbeeld van een doel dat continu zal blijven verbinden. “Het is daarom heel belangrijk dat afzonderlijke organisaties zich niet laten verleiden alleen vanuit het eigenbelang te denken. Formuleer een duidelijk doel op netwerkniveau en streef dit gezamenlijk na vanuit verschillende perspectieven.” Dit zorgt er volgens Zuidersma ook voor dat er een cultuur ontstaat waarin samenwerkingspartners elkaar kunnen aanspreken en waar nodig corrigeren. Tot slot noemt ze het belang van de bereikbaarheid van alle samenwerkingspartners. Alle partijen moeten dezelfde taal spreken. Dat

betekent dat verschillende disciplines een fractie zullen moeten inleveren van hun eigen vaktaal. “Neem bijvoorbeeld de zorg voor kwetsbare ouderen. Daar komen huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut en diëtiste samen. Een goede samenwerking kan alleen ontstaan als er naar elkaar toe bewogen wordt.”



Jelly Zuidersma

Wederkerigheid tot gevolg

Wanneer bovengenoemde voorwaarden kunnen worden afgevinkt, ontstaat wederkerigheidsgedrag, constateert Zuidersma. De onderzoeker noemt dit de tegenpool van statusgedrag, waarbij het principe ‘eigen belang eerst’ voornamelijk geldt. Wederkerigheid is gedrag waarmee de ene professional zich verdiept in de taal of belangen van de andere professional, inclusief de organisatie waarvoor hij of zij werkt, om hem of haar beter te leren begrijpen en gezamenlijk tot een benadering of

aanpak voor een cliënt, student of burger te komen. Dat is iets anders dan win-win, waarbij een professional direct ziet wat hij of zij terugkrijgt van de ander. Wederkerigheid is niet direct zichtbaar, maar een investering die op basis van dit principe wordt gedaan omdat partijen samen toewerken naar en geloven in een hoger doel.

Op papier is wederkerigheid voor veel partijen klare taal, maar in praktijk blijkt het vaak nog een hele uitdaging om voorbij de eigen belangen naar het grotere doel te kijken. Het is soms lastig te bepalen welke taken gemeenschappelijk kunnen worden uitgevoerd zonder dat individuele organisaties daar de dupe van worden. “Soms moet een organisatie tijdelijk even concessies doen om later te kunnen floreren.” Dat vraagt van bestuurders dat zij sturen op de vier essentiële condities, besluit Zuidersma. “Alleen dan kan een organisatie ook binnen een groot samenwerkingsverband uitstekend uit de verf komen.”

Meer samenwerking leidt tot betere zorg

Nederlandse onderwijs- en zorginstellingen zijn op elkaar aangewezen voor het bereiken van het beste resultaat. Om de juiste hoeveelheid en kwaliteit zorg te kunnen bieden, moeten opleidingen aansluiten bij de arbeidsmarkt, en andersom. Goede samenwerking is hierbij onmisbaar, stellen Wim van de Pol (voorzitter Stuurgroepen NetwerkZON2020: the H(ealth) factor en NetwerkZON Doelmatigheid, college van bestuur ROC Noorderpoort), Bart Meems (lid Stuurgroep NetwerkZON2020: the H(ealth) factor, HR Manager Zorggroep Meander) en Annemarie Hannink (lid Stuurgroep NetwerkZON2020: the H(ealth) factor en lid ALV NetwerkZON, dean Academie voor Verpleegkunde en Social Work). Alle drie zijn zij aangesloten bij NetwerkZON, een in 1997 tot stand gekomen samenwerkingsverband voor zorg- en welzijnsopleidingen van vijf samenwerkende onderwijsinstellingen.

Voor welke uitdagingen staan instellingen werkzaam in de zorgsector in Nederland?

Van de Pol: "Voor onderwijsinstellingen die opleidingen aanbieden in de zorg en welzijn is de uitdaging om zich te blijven aanpassen aan een continu veranderende vraag. Zowel de kwaliteitseisen van de afgestudeerden als het aantal studenten dat nodig is, verandert constant. Aan onderwijsinstellingen is het de taak om het opleidingsaanbod zo actueel mogelijk te houden, zodat de aansluiting met de arbeidsmarkt intact blijft. Studenten moeten zo afgeleverd worden, dat ze direct aan het werk kunnen."



Bart Meems

Meems: "Ook zorg- en welzijnsinstellingen zijn constant in beweging. De snelheid waarmee de samenleving verandert, heeft impact op de eisen die de maatschappij stelt aan zorgaanbieders, en daarmee het (toekomstige) personeel. Digitalisering en innovatie zijn hier een voorbeeld van. Dankzij allerlei innovaties kunnen mensen langer thuis blijven wonen. In de praktijk betekent dit dat wanneer mensen wel naar een zorginstelling verhuizen, hun zorgvraag complexer is dan voorheen. Personeel moet daarmee kunnen omgaan."

Hoe kunnen opleiders hier het beste mee omgaan?

Van de Pol: "Een van de meest belangrijke boodschappen die onderwijsinstellingen studenten zouden moeten meegeven, is dat ze permanent zullen moeten blijven leren. Naast kennis is het van belang dat

studenten leren hoe ze het beste kunnen meebewegen met innovaties op de werkvloer."



Annemarie Hannink

Hannink: "De focus moet liggen bij levenslang leren. Wat hierbij kan helpen, is het verbeteren van de aansluiting en doorstroom tussen mbo- en hbo-zorg- en welzijnsopleidingen. Daarnaast moet leren ook buiten het klaslokaal en op latere momenten in de carrière gestimuleerd worden."

Welke rol kan samenwerking tussen onderwijs- en zorginstellingen hierin spelen?

Meems: "Zorginstellingen zijn voor de kwaliteit van zorg die ze kunnen leveren onder meer afhankelijk van de studenten die onderwijsinstellingen afleveren. In een sector die constant in beweging is, kan samenwerking beide partijen helpen beter in te spelen op de toekomst door vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen."



Wim van de Pol

Van de Pol: "Ook samenwerking tussen onderwijsinstellingen onderling kan mooie resultaten opleveren. Door elkaar te zien als collega's in plaats van concurrenten wordt ruimte gecreëerd om elkaar te helpen, van elkaar te leren, om zo uiteindelijk iedere student een betere opleiding te bieden."

Hoe pakt NetwerkZON dit aan?

Meems: "Het samenwerkingsverband NetwerkZON is oorspronkelijk voortgekomen uit de wens van een aantal zorgaanbieders en -opleiders in Noord-Nederland om elkaar te ondersteunen bij het vinden en opvullen van stageplaatsen. Ondertussen is dit uitgegroeid tot een samenwerking op grotere schaal met als doel de continue ontwikkeling en verbetering van de zorggemeenschap te stimuleren."

Van de Pol: "Het netwerk opereert nadrukkelijk als samenwerkingsverband, niet als organisatie. Op de algemene ledenvergadering na is er geen vaste hiërarchie. Bij het organiseren van projecten wisselen deelnemers van rol en zijn alle partijen gelijkwaardig. De bijdrage van een directeur is dus van dezelfde waarde als die van een verpleegkundige. Bij alle netwerkactiviteiten is het actieve streven om het hele systeem samen te brengen."

Hannink: "Een decaan zou natuurlijk ook individueel in gesprek kunnen gaan met bijvoorbeeld de bestuurder van een zorginstelling over de inhoud en inrichting van de HBO Verpleegkunde. De meerwaarde van het netwerk is echter dat er mensen van alle niveaus rondlopen - van studenten tot ervaren verpleegkundigen en beleidsmedewerkers. Dat maakt het mogelijk een vraagstuk over de volle breedte te bekijken."

Hoe uit deze samenwerking zich in de praktijk?

Hannink: "Een van de huidige projecten is een ketenstage. Normaal gesproken lopen studenten HBO Verpleegkunde twintig weken lang stage op één zorglocatie, maar bij dit project volgen ze de patiënt en lopen in twintig weken op drie verschillende locaties mee."

Meems: "Tevens bieden we sinds 2014 het zogenaamde Gildeleren, aan. Deze methode combineert klassieke kennisoverdracht met het opdoen van praktijkervaring. In plaats van in een klaslokaal op school, krijgen studenten les van een docent in een instelling. Deze komt bijvoorbeeld 's ochtends op locatie les geven, waarna de studenten in de middag volledig meedraaien op een afdeling, een heel schooljaar lang. Het resultaat is een duurzame relatie: instellingen hebben meer tijd voor de cliënt, en studenten kunnen in de praktijk kennismaken met het beroep waar ze voor studeren. We streven er met dit soort projecten en aantrekkelijke stages ook naar het imago van met name de ouderenzorg te verbeteren onder HBO Verpleegkunde-studenten."

"Naast projecten die innovatieve vormen van lesgeven stimuleren, werkt het netwerk ook samen aan het oplossen van problemen die zich in de sector voordoen"

Van de Pol: "Naast projecten die innovatieve vormen van lesgeven stimuleren, werkt het netwerk ook samen aan

het oplossen van problemen die zich in de sector voordoen. Zo kon een deel van de studenten aan zorgopleidingen in Noord-Nederland twee jaar geleden geen stageplek vinden, omdat het aantal plaatsen onverwachts was afgenomen in verband met bezuinigingen in de zorg. We zijn toen als netwerk gezamenlijk op zoek gegaan naar instellingen in Duitsland waar onze studenten terecht konden. Dat was een uitdaging, maar dankzij gezamenlijke connecties en open communicatie naar de studenten toe ging iedereen uiteindelijk akkoord."

Een van de doelstellingen van NetwerkZON is het opzetten van vijftig leernetwerken. Wat houdt dit in?

Van de Pol: "Leernetwerken zijn in feite een reeks bijeenkomsten rondom een specifiek thema. De leernetwerken zijn meerlagig georganiseerd, wat inhoudt dat zowel burgers, studenten, docenten, professionals, management en bestuur hierbij aanwezig kunnen zijn. Door zo'n leernetwerk wordt een aantal praktijkcasussen ingebracht, waarmee je samen een vorm van onderwijs creëert. Vervolgens wordt vanuit alle lagen besproken hoe deze specifieke gevallen in de praktijk zijn uitgewerkt, en hoe het in de toekomst beter zou kunnen."

"De financiële en politieke invloed in bijvoorbeeld de ouderenzorg of kinderopvang zijn enorm. De sector moet heel flexibel zijn vanwege de onvoorspelbaarheid van onder andere het rijksbeleid"

Waar zit nog ruimte voor verbetering?

Hannink: "De financiële en politieke invloed in bijvoorbeeld de ouderenzorg of kinderopvang zijn enorm. De sector moet heel flexibel zijn vanwege de onvoorspelbaarheid van onder andere het rijksbeleid. Waar die flexibiliteit van ons verwacht wordt, maakt wet- en regelgeving dit niet altijd even makkelijk. Het uitproberen van innovatieve ideeën, zoals bijvoorbeeld een ketenstage, past vaak niet exact in het kader van de bestaande wetgeving. Meer flexibiliteit op het gebied van financiering zou meer ruimte bieden voor innovatie, wat uiteindelijk resulteert in betere zorg."

Meer informatie

NetwerkZON is al 20 jaar een samenwerkingsverband voor zorg- en welzijnsopleidingen van vijf samenwerkende onderwijsinstellingen (de ROC's Noorderpoort, Alfa-college, ROC Menso Alting, Drenthe College en de Academie voor Verpleegkunde en Social Work van de Hanzehogeschool Groningen) in Groningen, Drenthe en Noord-Overijssel. Door middel van platformen zijn alle stageverlenende instellingen - Zorg en Welzijn, SBB en ZorgpleinNoord - aan de netwerkorganisatie verbonden.
www.netwerkzon.nl
info@netwerkzon.nl

Wat passend onderwijs voor leraren betekent

Van onze redactie
Auteur: Jaime Donata

De nieuwe regelgeving rondom passend onderwijs vraagt om een herinrichting van de zorginfrastructuur, zowel binnen het speciaal onderwijs als in het reguliere onderwijs.

Guuske Ledoux is projectleider Evaluatie Passend Onderwijs en wetenschappelijk directeur van het Kohnstamm Instituut, een van de zeven onderzoeksbureaus die de ontwikkelingen in het passend onderwijs evalueert. "Wij zien dat er – ook drie jaar na dato – nog veel moet gebeuren om de rol en vooral verwachtingen van leraren goed te laten aansluiten op de nieuwe doelstellingen." Grote verschuivingen in aantallen zorgleerlingen ziet Ledoux niet. Uit onderzoek blijkt dat leraren, zowel vóór als na de invoering van de Wet Passend Onderwijs, ongeveer 20 procent van de leerlingen aanmerken als 'zorgleerling'. Ook is er geen sprake van een overdreven grote overstek van zorgleerlingen van speciaal onderwijs naar het reguliere onderwijs. Wel ziet Ledoux dat er in de perceptie van de leraar een en ander is veranderd: "Je hoort dat leraren zich door de nieuwe invulling van passend onderwijs zwaarder belast voelen dan voorheen." Dat komt volgens haar misschien doordat de samenwerkingsverbanden van scholen nu echt zelf verantwoordelijk zijn geworden voor de hele organisatie en invulling van het passend onderwijs. De bureaucratie lijkt hierdoor eerder toegenomen dan afgenomen. Ledoux: "Bovendien wekt de term 'passend onderwijs' hoge verwachtingen, zowel bij leraren als ouders."

Geldverdeling

Albert Boelen, beleidsadviseur en expert bij het Landelijk Expertisecentrum Speciaal Onderwijs (LECSO) en de PO-Raad, herkent dit beeld en constateert dat de pedagogische zorgstructuur van scholen nog is achtergebleven. Het gevolg is dat op reguliere scholen, maar ook binnen het speciaal onderwijs, het gevoel leeft dat men nu iets moet doen waartoe men niet in staat is. Volgens Boelen besteedt de klassieke lerarenopleiding nog steeds te weinig aandacht aan voorbereiding op het begeleiden van kinderen die extra steun nodig hebben. "Wat we zien is dat het aantal kinderen in speciaal onderwijs juist weer aan het toenemen is. Dat was niet de gedachte en het zegt iets over de onzekerheid bij reguliere scholen over hun zorgtaak." Ook voor het speciaal onderwijs is het een lastige tijd, want de bekostiging is wel aangepast aan het idee dat er meer zorg verschuift naar het reguliere onderwijs. Boelen: "Er ontstaat binnen sommige samenwerkingsverbanden nu spanning over geldverdeling tussen speciale en reguliere scholen – en dat is juist niet waar het om moet gaan."

Brandjes blussen

Volgens Boelen ligt de oplossing voor de zorgdruk binnen het passend onderwijs in de vroege schoolcarrière van een kind: "We kijken nu vooral naar 'de achterkant' (de oudere kinderen) omdat de

problemen daar vaak acuut en ernstig zijn, maar als dit ten koste gaat – en dat gaat het nu – van preventie 'aan de voorkant' (de jonge kinderen), dan blijven we de komende jaren brandjes blussen." Ledoux ziet ook veel goed gaan: "De resultaten wisselen nogal per regio en per school. Lokale spelers hebben veel vrijheid en je ziet dat terug in de normen die men hanteert voor wie als 'zorgleerling' wordt aangemerkt. Uiteindelijk is het aan de samenwerkingsverbanden en de schoolbesturen hoe men de rol van de leraar invult – en hoe men hem faciliteert."

UITGELICHT

Daling aantal leerlingen met speciale onderwijsbehoeften

Een jaar na de invoering van passend onderwijs is het aantal leerlingen met speciale onderwijsbehoeften of zorgleerlingen gedaald. In 2015 is het aantal met 4700 afgenomen tot 236 duizend leerlingen. Uitgedrukt in procenten is de krimp 2,0%.

De krimp is aanmerkelijk sterker dan die van de totale schoolpopulatie (-0,3%).

Het percentage leerlingen met speciale onderwijsbehoeften is 9,3% van alle leerlingen in het primair onderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs tezamen. In het schooljaar 2014/'15 was dit 9,4% en in 2003/'04 8,6%.

Het aantal leerlingen met speciale onderwijsbehoeften is nog altijd 6,6% hoger dan in 2003, terwijl de totale leerlingenpopulatie tussen 2003 en 2015 met 1,4% is gekrompen.

Bron: NCOJ



INTERVIEW met Yvonne Richards-Vlam en Linda van den Bergh

Passend onderwijs vraagt om onderzoekende docent



Yvonne Richards-Vlam en Linda van den Bergh

De wet Passend Onderwijs leidt tot toenemende verschillen tussen leerlingen in de klas en een uitdaging voor docenten. Om dit in goede banen te leiden is voor zowel scholen als opleidingen een rol weggelegd, zeggen Yvonne Richards-Vlam (adjunct-directeur) en Linda van den Bergh (lector Waarden van diversiteit) van Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg (OSO).

Wat is er veranderd op het gebied van onderwijs de afgelopen jaren?

Van den Bergh: "Sinds 2014 zijn scholen verantwoordelijk om goed onderwijs te bieden aan alle leerlingen, ook waar extra ondersteuning nodig is. De bedoeling is dat leerlingen zoveel mogelijk naar een reguliere school gaan, en alleen als het écht nodig is naar het speciaal onderwijs."

Richards-Vlam: "In feite stimuleert dit stelsel ons om op zoek te gaan naar de

kwalitatief beste onderwijsplek voor ieder kind. De vraag is daarbij wel wat kwalitatief onderwijs inhoudt. Het principe om leerlingen zoveel mogelijk in het reguliere onderwijs te laten deelnemen is mooi, maar scholen moeten wel de juiste ondersteuning kunnen bieden."

Hoe kunnen scholen deze uitdaging het hoofd bieden?

Richards-Vlam: "Een van de factoren die de situatie bemoeilijkt is het jaar-klassensysteem, omdat dit leerlingen indeelt op leeftijd, niet op vaardigheid of vermogen. Wat je nu steeds meer ziet, zijn scholen die daar vanaf durven te stappen. Ze gaan bijvoorbeeld over op een onderwijsconcept waarbij de leerling centraal staat, in de vorm van gepersonaliseerd leren of een concept met onderzoekend en ontdekkend leren aan de basis."

Wat betekent passend onderwijs in de praktijk voor docenten?

Richards-Vlam: "Een docent is al een duizendpoot. Door de wet Passend Onderwijs komen er steeds meer poten bij, omdat ze het lesgeven verder moeten afstemmen op verschillen in de klas."

Van den Bergh: "Het dilemma voor leerkrachten is kiezen aan welke leerling je tijd besteedt. Geef je iedereen dezelfde hoeveelheid aandacht, of neem je meer tijd voor een leerling die kampt met problematiek? Dan zijn er ook nog kinderen met veel talent – hoeveel aandacht krijgen zij? Het lastige is dat je het eigenlijk nooit goed kunt doen: iedere keuze heeft verschillende consequenties voor verschillende kinderen."

“Om ieder kind daadwerkelijk passend onderwijs te kunnen bieden, is het steeds vaker nodig buiten het eigen klaslokaal te zoeken naar oplossingen”

Hoe ondersteunen jullie docenten hierbij?

Van den Bergh: "Fontys OSO focust naast kennisoverdracht ook op het ontwikkelen van bredere vaardigheden. Een open, reflectief onderzoekende houding ligt aan de basis van onze masteropleiding

Educational Needs. Het gaat hierbij om je inleven, begrip opbrengen of iets bekijken vanuit een ander perspectief. Voor het omgaan met een steeds gevarieerdere groep leerlingen is deze houding onmisbaar. Daarnaast leggen we de nadruk op een leven lang leren, en stimuleren leerkrachten om continu te blijven professionaliseren."

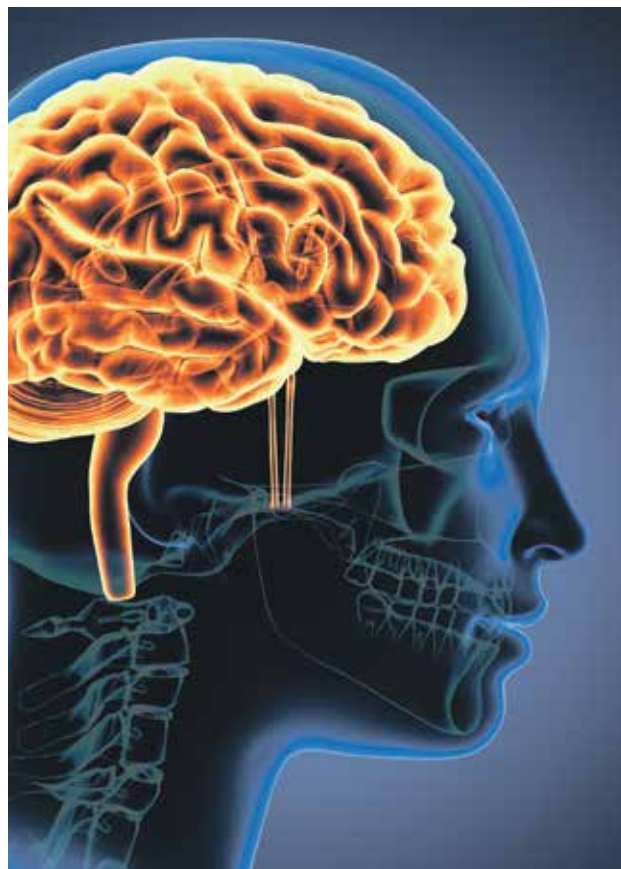
Richards-Vlam: "Met zestig verschillende modulen werken we actief aan het verbreden van de blik van de docent. Om ieder kind daadwerkelijk passend onderwijs te kunnen bieden, is het steeds vaker nodig buiten het eigen klaslokaal te zoeken naar oplossingen. Bijvoorbeeld door samenwerking met zorginstellingen of specialisten binnen de school. Reflecteren is hierbij een ander sleutelbegrip dat we benadrukken. Wanneer iets niet lukt met een leerling, is het belangrijk dat een leraar kritisch naar zichzelf durft te kijken om te zien waar het misgaat, hoe het beter kan, en welke hulp daarbij nodig is."

Meer informatie

www.fontysoso.nl
oso@fontys.nl
08850 77133

De ontwikkeling van het brein staat niet vast

 **Van onze redactie**
Auteur: Ruby Sanders



Bij kinderen met leer- of ontwikkelingsproblemen wordt vaak gedacht dat het brein vastligt en niet meer zal veranderen. Terwijl in een optimale omgeving en binnen goede samenwerking rondom het kind veel groei mogelijk is.

Van afwijkend gedrag wordt vaak gedacht dat het in de hersenen zit, biologisch bepaald is en dus vastligt, legt Lydia Krabbendam uit. Zij doet aan de VU onderzoek naar neuropsychologische ontwikkeling. De veranderlijkheid van het brein wordt hiermee onderschat en dat heeft grote gevolgen voor kinderen. Zij worden bijvoorbeeld anders bejegend omdat men denkt dat ze bepaalde dingen niet kunnen. “Zonde, want kinderen gaan daar zelf in geloven en zich bijvoorbeeld minder inzetten.”

Combinatie van factoren

De ontwikkeling van de hersenen wordt bepaald door aanleg (erfelijke factoren) en omgeving, stelt Jan Buitelaar, hoogleraar psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie verbonden aan het Radboud UMC. “Het is net koken: voor een goede omelet heb je goede ingrediënten, ofwel aanleg, nodig, maar je moet ook met de juiste temperatuur bakken en goed roeren – de omgevingsfactoren.” De omelet is niet alleen lekker door goede eieren of goed

roeren; de combinatie bepaalt het resultaat. Een groot deel van de hersenontwikkeling ligt vast, maar er is wel degelijk verandering mogelijk, aldus Buitelaar. Dat wordt ‘plasticiteit’ genoemd. “Onze kennis hiervan is nog beperkt, we gaan ervan uit dat hersenen op jonge leeftijd plastischer zijn dan later, maar ook in de adolescentie lijkt verandering mogelijk te zijn.”

Vele studies laten de invloed van de omgeving op ontwikkeling van kinderen zien, vult Krabbendam aan. Blijven proberen en feedback van ouders en leerkrachten heeft invloed. Bovendien maakt het uit of kinderen zélf geloven dat ze kunnen groeien: hun mindset. Neuropsychologisch onderzoek geeft inzicht in de sterke en zwakke kanten van iemands cognitief functioneren. De cognitieve functies en het omgaan met de eigen vaardigheden zichtbaar maken, is volgens haar de eerste stap. Dat voorkomt overvraging en laat zien waar kinderen goed in zijn. De een is bijvoorbeeld minder goed in abstracte verbanden leggen, maar heeft wel een groot doorzettingsvermogen; de ander leert vooral door naar voorbeelden te kijken, of juist door verbale uitleg. Daarbovenop bepaalt intelligentie het leervermogen. Neuropsychologisch onderzoek is nodig om de optimale leerstrategie vast te stellen, stelt Buitelaar.

Sterke en zwakke punten

Testresultaten gebruiken om een aandoening vast te stellen en het daarbij te laten, moeten hulpverleners en leerkrachten vooral niet doen, zegt Krabbendam. “De uitslag van neuropsychologisch onderzoek is geen eindstation maar beginpunt.” Ook als die past bij een specifieke diagnose, moet gekeken worden naar de mogelijkheden en behoeften van het individu. Krabbendam stelt dat elk kind bejegend moet worden met de wetenschap dat dingen nog kunnen veranderen: dit is nú zo, maar dat betekent niet dat het voor altijd zo blijft. Aan die mindset moeten mensen soms wennen. “Het is nu eenmaal verleidelijk om te categoriseren, maar daarmee ontnemen je kinderen hun groei.” Uiteraard moet men wel realistisch blijven en onderkennen dat niet ieder kind de nieuwe Einstein zal worden. Of, aldus Buitendijk: “Bijna iedereen kan met goede training een gemiddelde atleet worden, maar zeer weinigen winnen een Olympische medaille.”

De andere kant op doorslaan is een risico. Maakbaarheid te groot maken, kan de verantwoordelijkheid voor het falen bij de kinderen leggen, en dat is niet wenselijk. Daarin moeten hulpverleners, onderwijzers en ouders genuanceerd te werk gaan. Zij moeten kijken welke elementen vaststaan en welke variabel zijn, en hoe een goede omgeving kan bijdragen.

Betere vertaalslag

Een goede koppeling naar de praktijk is essentieel voor

goed gebruik van bestaande wetenschappelijke kennis en neuropsychologisch onderzoek. De vertaalslag vanuit de wetenschap naar de praktijk moet beter, vindt Buitelaar. Bij fundamenteel onderzoek naar cognitieve processen wordt daar nu onvoldoende over nagedacht. Dit kan volgens hem bevorderd worden door systematische behandelaren toe te voegen aan onderzoeksteams en meer te brainstormen over toepassingsmogelijkheden. Krabbendam ziet een groeiend aantal projecten waarin wetenschappers zich met de praktijk bezighouden. Bijvoorbeeld door kinderen en scholen in wetenschappelijk onderzoek te betrekken. Tegelijkertijd is de bruikbaarheid van bepaald hersenonderzoek in de praktijk nog lastig. Dit is in de landelijke wetenschapsagenda dan ook een speerpunt. “Belangrijkste is dat zowel de wetenschap als de praktijk zich bewust zijn van de potentie.” Tegelijkertijd zal hier een spanningsveld blijven bestaan: de wetenschap is nu eenmaal gebaseerd op gedegen en getoetst onderzoek, terwijl de praktijk – zeker die van kinderen – grilliger is, verandert en soms simpelweg snel móet handelen.

Er zijn organisaties die de koppeling naar de praktijk goed aanpakken, ziet Krabbendam. “Die zijn laagdrempelig en daar kunnen kinderen zonder een stigma te krijgen terecht voor onderzoek en behandeling.” Het is van belang vakjargon te vertalen naar begrijpelijke taal voor docenten, ouders en kinderen zelf. Hier ligt nog een uitdaging. Ook moet voldoende aandacht naar het werkelijk focussen op de omgang van de gebreken en niet de gebreken zelf.

NATIONALE WETENSCHAPSAGENDA

In de route *Jeugd in ontwikkeling, opvoeding en onderwijs* van de Nationale Wetenschapsagenda wordt expliciet opgeroepen om ‘de complexe wisselwerking tussen de diverse sociale contexten waarbinnen kinderen en jongeren opgroeien’ te bestuderen, omdat dit ‘kan leiden tot nieuwe inzichten over de ontwikkeling van de huidige generatie jeugdigen.’

Om de vragen binnen deze route te kunnen beantwoorden is volgens de Agenda ‘een combinatie nodig van fundamenteel onderzoek, praktijkgericht onderzoek en beleidsonderzoek. Deze verschillende typen onderzoek worden verbonden door de expliciete aandacht voor de toepasbaarheid van wetenschappelijke inzichten in de concrete praktijk van opvoeding, onderwijs, jeugdzorg en de gezondheidszorg.’

Bron: Nationale wetenschapsagenda

ADVERTORIAL

Neuropsychologie voor kinderen met leerproblemen





Dorine Slaats-Willemsse

Neuropsychologisch onderzoek is de basis voor verdere ontwikkeling van kinderen met extra begeleidingsbehoefte, vertelt Dorine Slaats-Willemsse, directeur behandeldzaken van Denkkracht. Zorg, onderwijs en wetenschap moeten zoveel mogelijk samenwerken.

Waarin onderscheidt Denkkracht zich?

“Wij brengen middels neuropsychologisch onderzoek nauwkeurig de sterke en zwakke punten in kaart; hoe een kind leert, denkt en informatie verwerkt. Leer-

en cognitieve problemen kunnen een voorbode zijn van psychiatrische- en andere ontwikkelingsstoornissen. Neuropsychologisch onderzoek kan dit vroeg opsporen en leiden tot een gerichtere aanpak. Bij een psychiatrisch beeld dat gerichte behandeling vereist, verwijzen we door naar de ggz. Door onze nauwe banden met de ggz - Denkkracht is voortgekomen uit kinderen - jeugdpsychiatrie-instelling Karakter - kunnen we snel op- of afschalen. Anders gaan we over op onze op maat gemaakte behandeling. We stellen concrete doelen en hebben veel contact met scholen om te monitoren. Onderzoek en behandeling zijn kortdurend. Kinderen zijn flexibel, je kunt op korte termijn veel bereiken.” Korte wachtlijsten en klantgerichtheid zijn speerpunten van Denkkracht.

Hoe kunnen onderzoek en advies aansluiten bij het kind?

“Wij zoeken en maken behandelmodulen die we per keer aanpassen aan het kind, om zorg op maat te bieden. Kinderen hebben bijvoorbeeld problemen met overzicht krijgen over de leerstof, of met hun geheugen of concentratie. Anderen hebben een hoog of laag of ongelijkmatig verdeeld IQ. Het ene kind is rustiger, het andere erg druk. Geen kind is hetzelfde. Daarom moet je steeds kijken naar wat op dit moment, voor dit kind, in deze (leer)omgeving werkt.”

Bieden jullie alleen diagnostiek en behandeling?

“Denkkracht is een expertisecentrum dat (kinder)neuropsychologie in Nederland op een hoger plan wil trekken door praktijk en wetenschappelijk onderzoek te verbinden en vernieuwing voorop te stellen. Verschillende typen onderzoek moeten naast elkaar bestaan: grootschalig onderzoek en metingen van de effectiviteit van interventies bij elk

kind afzonderlijk. Die combinatie helpt het kind én de wetenschap vooruit.”

Hoe kan samenwerking tussen wetenschap, zorg en onderwijs beter?

“Wetenschappelijk onderzoek is duur, en ook behandelmethoden per kind ontwikkelen kost geld. Er zijn grote investeringen nodig en overheid en gemeenten moeten het geld goed verdelen. Diagnostiek wordt bovendien pas vergoed bij vermoedens van een psychiatrische stoornis, terwijl juist op preventiegebied veel bereikt kan worden. Het systeem moet anders zodat kinderen vroegtijdig behandeld kunnen worden.”

Meer informatie

Denkkracht is een expertisecentrum en onderzoekt en adviseert kinderen en jongeren met leer-, concentratie- en informatie-verwerkingsproblemen. www.denkkracht.com

Nut en noodzaak van functioneel herstel

Van onze redactie
Auteur: Jaime Donata

Na genezing van een mentale aandoening is het niet vanzelfsprekend dat ook uitvoerende, 'executieve' lichaamsfuncties automatisch herstellen. Binnen de ggz pleiten daarom verschillende experts voor meer aandacht voor functioneel herstel.

“

Bij ergotherapie kijk je samen met mensen wat zij nodig hebben om het leven van alledag te verbeteren: wonen, leven, werken. Je zoekt samen uit wat iemand wil

”

Jaap van der Stel, betrokken bij het lectoraat Geestelijke Gezondheidszorg van de Hogeschool Leiden ziet dat functioneel herstel van ggz-patiënten onderbelicht blijft, met name door de wetenschappelijke traditie waarin herstel en preventie van mentale aandoeningen eigenlijk niet mogelijk zijn. “Krijg je een hersenbloeding of beroerte, dan word je meestal al voorgelicht over functioneel herstel nog voordat de behandeling begint – daar heet het gewoon revalidatie.” Nazorg voor mentale aandoeningen als schizofrenie, ADHD, depressies of psychose heeft volgens Van der Stel meestal te maken met hele specifieke, praktische zaken als wonen en werken, maar minder met het herstel van de onderliggende mentale functies. Bij mensen die in de ggz belanden komen deze executieve functies tijdelijk in het geding, maar vaak zijn die functies ook na de werkzame behandeling van de symptomen nog niet helemaal hersteld.

Herstelacademies

Executieve functies hebben te maken met de manier waarop mensen zichzelf mentaal aansturen, gevoelsmatig, qua gedrag – dat stemmetje dat bepaalt of iemand doet wat nodig is; zijn of haar emoties onder controle kan houden. Cognitieve gedragstherapie kan helpen om bepaalde aspecten van dit functioneren te herstellen, maar vaak wordt gefocust op specifieke symptoombestrijding en minder op algemene training van de onderliggende functies die ex-patiënten nodig hebben bij onverwachte situaties die komen kijken bij werk, opleiding, relaties, et cetera, legt Van der Stel uit. Hij zou graag zien dat beschermde woonvormen meer een leeromgeving worden, waarin de aandacht vooral uitgaat naar de executieve functies die nodig zijn voor de praktische noden van alledag. “In Engeland noemen ze dat tegenwoordig 'herstelacademies', daar gaan we ook in Nederland mee experimenteren.” Inmiddels zijn er ook apps voor functioneel herstel van ex-ggz-patiënten, die bijvoorbeeld helpen om greep te krijgen op hun stemming en motivatie.

Echt maatwerk

Marion Ammeraal, ergotherapeut bij een grote ggz-instelling: “Bij ergotherapie kijk je samen met mensen wat zij nodig hebben om het leven van alledag te verbeteren: wonen, leven, werken. Je zoekt samen uit wat iemand wil. Wat kan de persoon? Wat kan de omgeving? Wat zit in de weg? En hoe kunnen we het oplossen?” De kunst is hierbij om niet te overschatten wat mogelijk is – en niet te onderschatten wat mensen wel kunnen doen, legt zij uit. “De waarheid is ook dat niet alles te trainen is. Soms moet je er dan iets omheen verzinnen.” Sommige mensen krijgen niet bedacht wat ze willen koken, kunnen niet overzien hoe je iets kunt leren, of kunnen zich geen enkele voorstelling maken van zaken die ze nooit eerder hebben gezien. Functioneel herstel binnen de ggz voor mensen met psychische problemen is daarom maatwerk. Therapeuten weten vaak wel wat de diagnose is, maar

het gaat echt om het doen en kijken in de praktijk. Ammeraal: “Ik heb geleerd dat het heel belangrijk om eerst uit te zoeken wat voor de mensen zelf het belangrijkste is. We hebben, ook binnen de ggz soms de neiging om dingen te snel voor mensen in te vullen. Ook als het gaat om functioneel herstel.”



INTERVIEW met Jet van der Brugh en Tessel Peek

Betere interventies door inzicht denkproces

Breinonderzoek leert dat er processen in de hersengebieden en hersencircuits plaatsvinden, die iemands doen en laten sturen en controleren, en invloed hebben op gedrag. Dit zijn de executieve functies, ook wel de uitvoerende regelfuncties genoemd. Het in kaart brengen van deze functies leidt tot beter passende interventies en kan bijdragen aan het vergroten van het zelfregulerend vermogen en functioneel herstel, stellen sociaal psychiatrisch ondersteuner Jet van der Brugh en cliënt Tessel Peek van de Stichting Anton Constandse.

Hoe vormen executieve functies het zelfregulerend vermogen?

Van der Brugh: “Het zijn denkprocessen die belangrijk zijn voor het vertonen van gedrag. Denk aan aandacht richten, vasthouden en verdelen, emoties reguleren, doelen stellen en taken starten en voltooien. Die processen vormen het zelfregulerend vermogen op alle levensgebieden, zoals werk, studie en sociaal leven. Bij de meeste mensen verlopen deze denkprocessen vrijwel automatisch op de juiste manier. Bij sommige mensen is dat niet het geval, zoals bij Tessel. Zij heeft een autismespectrumstoornis.”

Peek: “Bij mij gaan hele basale zaken, zoals koken of een telefoontje plegen, veel lastiger. Dat komt omdat het daaraan voorafgaande denkproces, dat bij anderen veel vanzelfsprekender en onbewuster plaatsvindt, minder automatisch gaat. Als ik tot bepaald gedrag wil komen, zoals koken, dan komen er allerlei vragen op die uitgewerkt en beantwoord moeten worden. En omdat bepaalde executieve functies bij mij minder ontwikkeld zijn, kan ik hierin niet altijd een weg vinden en kan het gebeuren dat ik een bepaalde basale taak niet kan volbrengen.”

In hoeverre draagt begrip van en inzicht in executieve functies bij aan verbetering?

Van der Brugh: “Door al die hobbels in het denkproces te benoemen breng je de

executieve functies in kaart. Daar kun je vervolgens de passende interventies aan koppelen. Als je bijvoorbeeld bang bent om vragen te stellen, zou gedragstherapie kunnen helpen. Hoe passender de interventie, hoe groter de kans op vooruitgang. Het accent wordt nu nog te veel gelegd op zichtbaar gedrag, maar je kunt gedrag niet interpreteren zonder dat je weet waarom iemand doet wat hij doet. De executieve functies focussen op de oorzaak van het zichtbare gedrag.”

Peek: “Toen ik nog beschermd woonde en moeite had om naar school te gaan, probeerden mijn begeleiders en ik het probleem op te lossen, terwijl we niet wisten waar het vandaan kwam. We stelden niet de goede vragen. Zichtbaar gedrag interpreteren doen we allemaal. Maar de grote vraag is: interpreteren we het juist? De enige manier om daarachter te komen is met iemand in gesprek gaan over welk denkproces aan het gedrag ten grondslag ligt. Als je weet waar het gedrag vandaan komt, welk denkproces eraan vooraf ging, kun je er op een passende manier op reageren.”

Wat doen jullie met deze kennis?

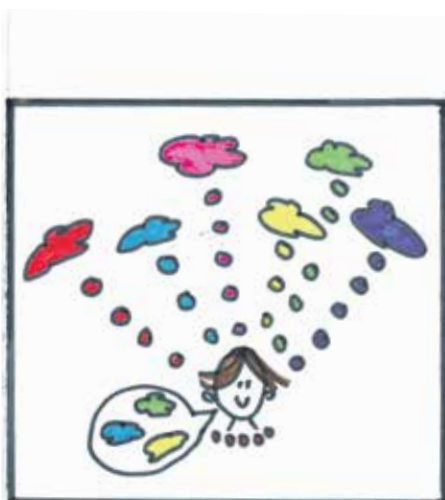
Van der Brugh: “Tessel en ik geven op dit moment een training aan hulpverleners. We willen executieve functies en zelfregulatie onder de aandacht brengen en het gedachtegoed verder verspreiden. De insteek is nu nog mensen bewust maken dat er allerlei processen

plaatsvinden die aan gedrag ten grondslag liggen. Die processen zijn automatisch en onbewust. Deze training gaat vooraf aan de introductie van de methodiek (in ontwikkeling) waarmee je het executief functioneren en daarmee het zelfregulerend vermogen van mensen in kaart kunt brengen. Dit kan voor mensen met een minder zelfregulerend vermogen, waaronder mensen met een psychische aandoening, van groot belang zijn omdat interventies beter ingezet kunnen worden. De huidige participatiemaatschappij vraagt veel op het gebied van zelfregulatie en zelfredzaamheid. Executieve functies en zelfregulatie verdienen daarom aandacht in de psychische hulpverlening.”

Meer informatie

De Stichting Anton Constandse biedt ondersteuning aan mensen met een psychische aandoening zodat zij met succes en naar tevredenheid hun leven kunnen inrichten naar eigen inzicht in een omgeving die daarbij past. De stichting biedt een passende woonplek, individuele ondersteuning en activering.
www.stichtingantonconstandse.nl

De Werf 15 (derde etage)
2544 EH Den Haag
Tel. (070) 321 02 14
E-mail: info@stichtingantonconstandse.nl



Illustratie executieve denkprocessen Tessel (cliënt)

MS en werk: blij communiceren

De combinatie Multiple Sclerose (MS) en werk is niet heel gemakkelijk. Want hoe vertel je je werkgever en collega's over je ziekte? En hoe kunnen alle betrokkenen rekening houden met elkaar? We spraken met Chris Schouten en Maria van Nies, respectievelijk directeur en MS-coach van MS Vereniging Nederland.

Niet voor niets was het thema van MS Vereniging Nederland (MSVN) in 2017 'grilligheid'. De ziekte kan zich op veel verschillende manieren uiten en kent per patiënt grote variatie in progressie. Dat maakt het soms lastig om begrip te kweken bij mensen rondom MS-patiënten: er is niet altijd even goed duidelijk dat er iets aan de hand is en wát dat is. "Soms ga je tien stappen achteruit en daarna weer acht vooruit", omschrijft Maria van Nies het. Zij heeft de *relapsing/remitting*-vorm van MS, wat kort gezegd inhoudt dat zij perioden van relatieve rust afwisselt met schubs, perioden van verergering. Momenteel heeft Maria veel last van vermoeidheid en krachtverlies in armen en benen.



Het gaat ook om sociale contacten, structuur in het dagelijks leven en het gevoel iets te kunnen betekenen



Tijd

Wie de diagnose MS krijgt, heeft tijd nodig om dit te verwerken. Schouten merkt dat het daarom ook even duurt voordat mensen met MS met hun ziekte naar buiten treden en bijvoorbeeld lid worden van een

patiëntenvereniging. Die tijd is begrijpelijk, maar werkt vaak wel tegen bij het kweken van begrip van en voor de ziekte, bijvoorbeeld op de werkvloer.

Van Nies houdt als coach dagelijks een spreekuur om mensen met MS te helpen om hun ziekte bespreekbaar te maken. "Het gaat erom hoe je het duidelijk kunt maken. En wat een werkgever kan doen qua aanpassingen", vertelt ze. Dan gaat het bijvoorbeeld om zaken als een uurtje later beginnen of werken in een rustige omgeving. "Denken in mogelijkheden", vat ze het samen.

MS en werk

Communicatie is cruciaal. Schouten constateert dat dat vaak te laat gebeurt. Reden te meer om het thema 'MS en werk' extra onder de aandacht te brengen. Vaak leeft bij patiënten de angst voor ontslag, en die angst is reëel, stelt ze. Toch is het voor mensen met MS belangrijk om aan het werk te blijven – het gaat namelijk om meer dan alleen werk en inkomen. "Het gaat ook om sociale contacten, structuur in het dagelijks leven en het gevoel iets te kunnen betekenen." Openheid helpt, maar is lastig. Schouten constateert dat MS-patiënten snel in de verdediging schieten en het gevoel hebben zich te moeten verontschuldigen tegenover collega's. "Dus: openheid en je grenzen aangeven", aldus Van Nies. "Geef aan wat je wel kunt en wat niet."

Blijven communiceren

Van Nies adviseert en stimuleert mensen met MS die vragen hebben over MS en werk. Als ervaringsdeskundige kan ze gericht advies geven. Zelf is ze niet meer in loondienst. "Dat ging niet meer, maar het werk als zelfstandig coach is prettig, want ik kan zelf tijd en mogelijkheden inschatten. Veel mensen bellen met vragen over hoe ze aan het werk kunnen blijven en over re-integratie. Belangrijk is om over en weer begrip te kweken en te blijven communiceren. Dat biedt toch de beste resultaten."



UITGELICHT

De meeste mensen krijgen de diagnose MS als ze tussen de 20 en 40 jaar oud zijn. Ongeveer 17.000 mensen in Nederland hebben multiple sclerose.

Bron: msweb.nl

INTERVIEW met Gerald Hengstman

Therapieën voor MS in ontwikkeling

Multiple Sclerose (MS) is niet te genezen, maar de laatste tien jaar zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van de behandeling van deze ziekte. Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen en hoe merkt de patiënt dat in de praktijk? We vroegen het aan neuroloog Gerald Hengstman van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

"De afgelopen tien jaar is veel bereikt in de behandeling van de meest voor-komende vorm van MS: relapsing MS"

Wat kunt u vertellen over de medicamenteuze behandeling van MS?

"De afgelopen tien jaar is veel bereikt in de behandeling van de meest voorkomende vorm van MS: *relapsing* MS. Hierbij treden op willekeurige momenten ontstekingen op in het zenuwstelsel, waardoor mensen op en af diverse klachten hebben. Op de lange termijn leidt dit meestal tot een geleidelijk ontwikkelde handicap. Momenteel zijn zo'n tien middelen beschikbaar die de ziekte sterk kunnen afremmen of zelfs bijna stilzetten. Het lastige is dat we niet weten welk middel voor welke patiënt het beste werkt."

Hoe maak je daar een keuze in?

"Over het algemeen zijn de medicijnen die de ziekte het minst krachtig remmen

het meest veilig, terwijl de medicijnen die de ziekte het meest remmen een bepaald risico kennen. Voor iemand met een ernstige vorm van MS kies je in de regel voor de tweede groep medicijnen. Andersom geldt dat je voor een patiënt met een relatief mild beeld meestal de eerste groep middelen kiest. Het probleem is dat je bij het vaststellen van de ziekte niet altijd weet hoe ernstig deze zal verlopen. Op het moment dat je met een minder krachtig middel start, loop je het risico dat er ontstekingen ontstaan met mogelijk blijvende invaliditeit tot gevolg. Deze *stepped-up* care is in Nederland de meest gekozen benadering, die niet altijd snel na de diagnose gestart wordt. Steeds meer onderzoek laat echter zien dat als de behandeling vroeg start en er sneller gekozen wordt voor krachtigere medicatie, het op lange termijn beter gaat met patiënten. Wellicht zijn wij in Nederland nog te conservatief in onze benadering met angst voor bijwerkingen."

Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen?

"Met de huidige medicatie kan het beloop van MS sterk vertraagd of zelfs bijna stilgezet worden. We kunnen de mogelijke risico's van deze behandelingen steeds beter hanteren, waardoor we krachtige medicatie beter kunnen inzetten. De voornaamste ontwikkelingen richten zich op de progressieve vorm van MS die tot voor kort niet behandeld kon worden, maar ook voor deze patiëntengroep komt

nu medicatie beschikbaar. Dat is een zeer hoopvolle ontwikkeling."



Gerald Hengstman

Wat zijn factoren die spelen in het arbeidzame leven van mensen met MS?

"Het thema komt meestal op de agenda op het moment dat er helaas al een

probleem is. Dan ben je eigenlijk te laat. We weten dat in het vroege stadium van de ziekte bij één op de drie patiënten sprake is van cognitieve klachten; zij hebben moeite om nieuwe informatie tot zich te nemen en hebben een verminderde selectieve aandacht. Dat heeft impact op de werkvloer. Als je in deze vroege fase al aandacht hebt voor deze zaken, kun je kijken naar eenvoudige aanpassingen. Het gaat in de regel om jong volwassenen in de opbouwfase van hun carrière én van hun relatie. Door daar goed op te anticiperen, kun je langer doorgaan in het normale proces. Het belang van benoemen is evident, daarna is het ook belangrijk om dingen te doen."

'NL/NONNI/1117/0056 Approval date 12/2017'

Meer informatie

Catharina Ziekenhuis
040 - 239 91 11
www.catharinaziekenhuis.nl

Eenzaamheid, participatie en zelfredzaamheid

Van onze redactie
Auteur: Cees van Dijk

Ruim een miljoen oudere Nederlanders mist verbondenheid en dreigt vergeten te worden. Dit heeft negatieve gevolgen op het fysiek en geestelijk welbevinden. Hoe kan de overheid participatie en zelfredzaamheid bevorderen? En wat kunnen mensen zelf doen om het tij te keren?

Eenzaamheid leidt, wanneer het lang aanhoudt, tot gezondheidsrisico's, minder betrokkenheid in de samenleving en het gevoel dat welzijn of geluk tekortschiet. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid zelfs de kans op voortijdig overlijden verhoogt. Bovendien kan een vicieuze cirkel ontstaan die de gevolgen van de eenzaamheid versterkt.

"Eenzaamheid leidt tot stress", zegt Erik Scherder, professor klinische neuropsychologie en hoofd van de afdeling klinische neuropsychologie van de VU in Amsterdam. "En dat heeft weer effect op de fysieke gesteldheid. Het gevoel alleen te zijn beïnvloedt de bloeddruk en kan leiden tot hart- en vaatziekten." Eenzaamheid heeft ook een negatieve werking op het immuunsysteem van de mens, waardoor vatbaarheid voor infecties toeneemt. Daarnaast een solitair bestaan leiden tot de ziekte van Alzheimer en depressie. In verschillende onderzoeken zijn verbanden gevonden tussen eenzaamheid en zelfmoordgedachten.

Ongezond gedrag

Naast deze fysieke problemen kan eenzaamheid leiden tot ongezond gedrag, want het veroorzaakt het inactiviteit, voegt Scherder toe. Dat betekent weinig beweging, een afnemende eetlust, ongezond eten en toenemend gebruik van verslavende middelen. Dit zorgt weer voor een hoger risico op overgewicht waardoor andere gezondheidsproblemen kunnen ontstaan. Onderzoek van professor Cacioppo van de Universiteit van Chicago toont aan dat dit vooral voor ouderen gevaarlijk is. Eenzame senioren blijken 14 procent meer kans te hebben op een vroege dood. Daarmee is de kans op vroeg overlijden bij eenzaamheid twee keer zo groot als bij overgewicht.

Met het ouder worden neemt het risico op extreme eenzaamheid toe. Van de mensen tussen de 65 en 75 jaar oud voelt ruim 7 procent zich in ernstige mate eenzaam. Onder 85-plussers is dat bijna 14 procent, blijkt uit gegevens van het RIVM. Uit dezelfde gegevens wordt

duidelijk dat 75-plussers zich sneller eenzaam voelen na een opeenvolging van ingrijpende gebeurtenissen, zoals het overlijden van een partner en leeftijdsgenoten en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid.

het gevaar dat iemand minder goed voor zichzelf gaat zorgen." Daarom is het zo belangrijk dat mensen af en toe te horen krijgen: 'ik geef om je'. In verzorgingstehuizen ontbreekt steeds vaker de tijd voor de noodzakelijke persoonlijke aandacht, meent Scherder. Tegelijk worden mensen gestimuleerd om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. "Dat lijkt een mooi uitgangspunt, maar het is vooral ingegeven door financiële besparingen."

Thuis wachten tot het niet meer gaat. "Triest", noemt Scherder het. Zolang mensen samen zijn, lukt het nog wel, maar zodra een van de twee partners wegvalt, slaat vaak de eenzaamheid toe. Er gebeurt niets, er worden geen gesprekken meer gevoerd en er is gebrek aan prikkels. In een dergelijke omgeving neemt het risico op dementie toe. "Mensen blijven noodgedwongen maar doormodderen in een sociaal verarmde omgeving tot ze uiteindelijk in een verzorgingstehuis terecht komen en verder vereenzamen."

Kwetsbare ouderen

Uit het onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat eenzaamheid en de mate van sociale contacten samenhangen. Eenzame mensen hebben minder vaak dagelijks contact met familie, vrienden of burens. Ook participeren ze nauwelijks in de samenleving, verrichten ze bijvoorbeeld nauwelijks vrijwilligerswerk en doen ze minder vaak mee aan activiteiten van verenigingen. Vooral eenzame kwetsbare ouderen, mensen van 65 jaar en ouder, lopen door vereenzaming extra kans op gezondheidsproblemen of opname in een tehuis. Het Centraal Planbureau (CPB) stelde vast dat deze groep de komende jaren toeneemt van 750 duizend tot een miljoen in 2025. Daarnaast is de kans dat zij binnen drie jaar overlijden twee tot drie keer zo groot als bij leeftijdsgenoten met een intensiever sociaal netwerk. Van degenen die al in een zorginstelling verblijven krijgen bijna tienduizend ouderen nooit bezoek, wijst onderzoek van het Leger des Heils uit. Hoewel dit onderzoek dateert uit 2012 blijkt het aantal niet af te nemen.

Emotionele band missen

Nu voelt iedereen zich weleens eenzaam, maar wanneer wordt deze gemoedstoestand zorgelijk? Eenzaamheid is niet hetzelfde als alleen zijn, hoewel het wel kan samenvallen, stelt Scherder, want ook in een groep kun je

► Lees verder op pagina 10



EENZAAMHEID ONDER SENIOREN

Nederland telt ruim 4,1 miljoen 55-plussers. Hiervan voelt meer dan een miljoen zich eenzaam. Van hen zijn 200.000 extreem eenzaam. Zij hebben slechts één keer in de maand een sociaal contact.

(Bron: TNS/NIPO)

Gevoel van leegte

Als sociale wezens hebben mensen elkaar praktisch en emotioneel nodig. Ontbreekt die verbondenheid dan ligt eenzaamheid op de loer. Dat maakt ongelukkig en bedreigt de kwaliteit van leven, tonen verschillende onderzoeken aan. Scherder: "Mensen kunnen niet zonder elkaar. Om steun te bieden als het even wat minder gaat, om gevoelens te delen, om inhoudelijke gesprekken te voeren. Eenzaamheid geeft een gevoel van leegte en algemene ontevredenheid over het leven. Dan bestaat

INTERVIEW met Erik-Jan Vlietman

Praktisch handvat brengt hulpvraag in beeld

Waar sta ik nu, waar wil ik heen en hoe kom ik daar? Vragen die professionals vaak samen met inwoners onderzoeken om de hulpvraag duidelijk te krijgen, stelt Erik-Jan Vlietman van Levenskracht. Volgens hem is een uniforme werkwijze die de inwoner de regie geeft onontbeerlijk.



Erik-Jan Vlietman

Waarom is het belangrijk de regie bij de inwoner te leggen?

"Duurzame oplossingen zijn alleen mogelijk als inwoners intrinsiek gemotiveerd zijn voor verandering. Met een gestructureerde werkwijze kan de inwoner op elk leefgebied expliciet aangeven wat de mate van tevredenheid of behoefte aan verbetering is. Hierdoor worden eigenaarschap en enthousiasme van de inwoner vergroot om met doelen en acties aan de slag te gaan."

Wat levert dit op voor de inwoner?

"Professionals en inwoners gaan samen in gesprek om tot concrete doelen te komen die aansluiten op de wensen en behoeften van de inwoners. Structuur en uniformiteit helpen bij het organiseren van ondersteuning die nodig is voor het verhogen van levenskwaliteit en draagkracht. Wanneer professionals samen met

inwoners een gezamenlijke inventarisatie maken, komen ze tot oorzaak en gevolg van eventuele onbalans en kan constructief worden gezocht naar mogelijke oplossingen en eventuele prioriteiten."

Wat is het voordeel van een gestructureerde werkwijze?

"Professionals voeren een motiverend gesprek met de inwoner. Willekeur en tunnelvisie worden voorkomen. Mantelzorgers, sociaal netwerk en vrijwilligers raken nauwer betrokken in het proces. Daarnaast helpt het de professional door een vermindering van administratieve werklast."

Wat maakt jullie methode tot dat praktische handvat?

"Via internet kunnen inwoners zelf inloggen in de online versie van Levenskracht en met de professionals hun

doelen en acties volgen en bewerken. De inwoner en zijn omgeving geven aan wat zij vinden, willen en kunnen. Wensen en behoeften worden met Levenskracht inzichtelijk gemaakt. Op het zogeheten spiegelblad staat bij elke module een samenvatting van de resultaten. Er ontstaat een ondersteuningsplan met acties en afspraken die leiden tot meetbare resultaten. Alle resultaten staan in een cloudomgeving, zodat ze via een computer, laptop of tablet altijd en overal beschikbaar zijn."

Meer informatie

www.levenskracht.nl

Vervolg van pagina 9

eenzaam zijn. Deskundigen betitelen eenzaamheid als 'je niet verbonden voelen en een hechte, emotionele band met anderen missen'. Ook als er sprake is van minder contact met anderen kan een gevoel van leegte, verdriet, angst en zinloosheid ontstaan. Met lichamelijke of psychische klachten tot gevolg. Sociale relaties met familieleden, vrienden en kennissen zijn belangrijke 'hulpbronnen' in het dagelijks leven. Ze vormen de sociale basis van elk mens en dragen bij aan het gevoel van een zinvol leven.

Eenzaamheid is een persoonlijke ervaring en het is vooral een probleem voor mensen die deze gemoedstoestand sterk of langdurig voelen. In dat geval kan een negatieve spiraal ontstaan. Professor De Jong Gierveld van de Amsterdam VU, vaak aangeduid als de pionier van het eenzaamheidsonderzoek in Nederland, definieert het als volgt: "Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan kwaliteit van bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen."

Krimpende verzorgingsstaat

Gemeenten zien de problemen rond eenzaamheid, sociaal isolement en de negatieve effecten daarvan op de gezondheid. Ook daarom zetten zij fors in op wat wordt aangeduid als participatie, verbinding en zelfredzaamheid. Op die manier kan het gevaar worden verminderd dat iemand wordt vergeten, niet meer meedoet en vereenzaamt.

Saskia Keuzenkamp stelt vast dat met het krimpen van de verzorgingsstaat meer nadruk is komen te liggen op de eigen verantwoordelijkheid en inzet van burgers. Zij is directeur Kennis en Innovatie bij Movisie, het

landelijk kennisinstituut en adviesbureau voor het sociaal domein. Sinds vorig jaar is zij bijzonder hoogleraar Participatie en Effectiviteit aan de VU in Amsterdam en houdt ze zich vooral bezig met het beantwoorden van de vraag voor welke mensen participatie reëel is, hoe dat kan worden aangepakt en welke hindernissen moeten worden genomen.

Mensen moeten meer voor elkaar gaan zorgen en kunnen minder een beroep doen op collectieve voorzieningen

Stimuleren van de participatie wordt voortdurend belangrijker, mensen moeten meer voor elkaar gaan zorgen en kunnen minder een beroep doen op collectieve voorzieningen. Dat past in het beeld van een terugtrekkende overheid, vindt Keuzenkamp. Wel heeft deze ontwikkeling volgens haar gevolgen voor bijvoorbeeld de rol van de gemeenten bij het bevorderen van verbinding en zelfredzaamheid. Nu het transitietraject, waarbij tal van zorgtaken van de rijksoverheid zijn overgeheveld naar het gemeentelijk niveau, vrijwel is afgerond, is ook de rol van de plaatselijke overheid gewijzigd van een uitvoerende naar een meer faciliterende en initiërende.

Faciliteren en stimuleren

Verbindingen in de wijk zijn belangrijk, benadrukt Keuzenkamp. "Daarbij gaat het eigenlijk om drie aspecten: willen, kunnen en gevraagd worden. Dat eerste is duidelijk. Bij het tweede gaat het vooral om de motivatie en de vraag wat het voor de betrokkene oplevert. Het derde element heeft betrekking op de prikkeling die nodig is om mensen in beweging te krijgen." Gemeenten zullen daarbij vooral burgerinitiatieven moeten ondersteunen en bevorderen, vindt zij.

Als voorbeeld noemt zij een project in Amsterdam waarbij rond afvalcontainers voortdurend ernstige vervuiling optrad. De gemeente vroeg toen aan bewoners hoe zij dat probleem kon oplossen. Spontaan ontstond het idee om een container te adopteren en zo te zorgen dat de boel schoon en opgeruimd bleef. "Dat is een mooie manier waarop buurtbewoners worden betrokken bij de oplossing van een probleem." Niet alleen blijft nu de straat schoon, het project laat ook de kracht van participatie zien. Inwoners die er samen de schouders onder zetten voelen zich verbonden. In dit verband wijst Keuzenkamp ook op de zogeheten postzegelparkjes, de Amsterdamse miniparkjes die een aantrekkelijke ontmoetingsplek bieden en door buurtbewoners zelf worden onderhouden.

Hoewel gemeenten zich inzetten om de participatie en zelfredzaamheid van de inwoners te bevorderen en daarmee ook ten strijde trekken tegen eenzaamheid, zijn volgens Keuzenkamp veel gemeentelijke apparaten hier nog niet op ingericht. De intentie is er zonder meer, maar juist het 'loslaten' is volgens haar voor veel medewerkers bij een gemeente nog niet vanzelfsprekend. Daartoe moet iets worden gedaan aan de verkokering in de organisatie. Dat is nodig om participatie en zelfredzaamheid te bevorderen en eenzaamheid te bestrijden.



ADVERTORIAL

DOCK verbindt zorg, welzijn en buurt

Mensen ondersteunen bij het verbeteren van hun eigen leven en het leven van anderen. Dat is de drive van DOCK. De organisatie ondersteunt bij hulpvragen in wijken en legt de verbinding tussen zorg en welzijn en bewoners die extra hulp nodig hebben. Met ruim 600 medewerkers en meer dan 3000 vrijwilligers en stagiaires, is DOCK actief in Rotterdam, Amsterdam, Haarlem, Aalsmeer, Zaanstad, Schiedam en Hellevoetsluis.



De Boodschappenbus, één van de diensten van DOCK en SIG samen

Talenten en mogelijkheden samenbrengen

"Ieder mens heeft talenten die hij voor zijn eigen ontwikkeling en voor anderen kan inzetten", zegt directeur-bestuurder Jan Hoefsloot. "Wij brengen talenten en mogelijkheden samen en ondersteunen daar waar nodig." Dat gebeurt in samenwerking met bewoners, organisaties en bedrijven. "Door samen buurtprojecten te starten, dragen we bij aan het verminderen van eenzaamheid en krijgen mensen het gevoel dat ze van betekenis zijn." Uit een klanttevredenheidsonderzoek (2016) blijkt dat acht van de tien deelnemers positiever in het leven staan en meer vrienden en kennissen hebben door mee te doen aan diensten van DOCK. Voorbeelden van projecten en activiteiten zijn schuldienstverlening, leren van de Nederlandse taal, werken aan een gezonde leefstijl, klussendiensten, iets voor de buurt

organiseren of een onderneming starten. "Waar het om gaat, is een dynamische samenleving waarbinnen talenten en kansen van mensen worden benut, waar iedereen perspectieven heeft en bewoners elkaar ondersteunen."

Ieder mens telt

Een mooi praktijkvoorbeeld is het project DOCK werkers, waarin eenzame mensen, ouderen en mensen met een psychiatrische achtergrond samen voor de buurt diensten leveren, zoals kinderkleding verzamelen voor tiener-moeders. "De sociaal werkers van DOCK staan midden in de samenleving", benadrukt Jan. "Zij kennen de wijk als geen ander. Ze zijn daar waar bewoners zich bevinden: op straat, in de wijkcentra en op scholen, waar ze samenwerken met bewoners, vrijwilligers, professionals en met opdrachtgevers." DOCK kiest voor blended dienstverlening.

De kracht van wij samen **DOCK** dock.nl

Dit is een mix van vrijwillige inzet, het sociale netwerk, collectieve en professionele dienstverlening. Wat de deelnemer zelf kan staat centraal. Het is een benadering die in de praktijk is gegroeid en die het mogelijk maakt om met relatief weinig geld zoveel mogelijk mensen te bereiken. "Samen met organisaties uit de ouderenzorg, de GGZ, de gehandicaptenzorg en woningcorporaties zetten wij projecten op die de integratie in de buurt van deze groepen versterkt. DOCK verzorgt daarbij de dagbesteding. De verbinding tussen zorg, welzijn en het leven in de buurt wordt steeds belangrijker."

Meer informatie

Servicebureau
Crooswijkse singel 50b
3034 CJ Rotterdam
Tel: 010 - 401 22 22
E: info@dock.nl
www.dock.nl

Flexibiliteit en faciliteren in de zorg

Van onze redactie
Auteur: Laura Franssen

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is een constante zoektocht naar balans. Enerzijds heeft iedereen in deze groep een uniek, individueel verhaal, met daarbij een specifieke zorgbehoefte. Dit vraagt om een persoonlijke aanpak met voldoende aandacht voor de wensen van het individu. Anderzijds moet zorg gefinancierd, gereguleerd en georganiseerd worden, en aan veiligheids- en kwaliteitseisen voldoen, iets wat alleen mogelijk is door duidelijke wet- en regelgeving en professionele standaarden.



Hoewel de twee verschillende uitgangspunten hetzelfde doel voor ogen hebben – zo goed mogelijk zorg voor mensen met een verstandelijke beperking – botsen ze in de praktijk vaak met elkaar. Zo worden er vanuit wetgeving bijvoorbeeld eisen gesteld aan de voedselveiligheid in zorginstellingen, ter bescherming van de bewoners. In de praktijk betekent die echter dat die bewoners geen vis meer mogen eten tijdens een uitstapje naar de markt, vertelt Margreet Boersma, lector duurzaam financieel management aan de Hanzehogeschool Groningen. “Veel van de regels waar zorginstellingen aan moeten voldoen, zijn opgesteld met de beste bedoelingen, maar passen in de praktijk niet bij de situaties die zich voordoen.”

Toch is het voor instellingen noodzakelijk om aan alle wetgeving en normen te voldoen, omdat deze gekoppeld zijn aan de financiering. Op het moment dat instellingen zich niet volledig aan de regels houden, lopen ze het risico dat de financiering omlaag gaat. Dit laat weinig ruimte over voor flexibiliteit en een persoonlijke aanpak. Dat terwijl die flexibiliteit juist van groot belang is bij de zorgvraag van mensen met een verstandelijke beperking, stelt Tineke Abma, hoogleraar participatie en diversiteit aan het VU universitair medisch centrum. Volgens Abma is er in het huidige systeem nog onvoldoende plaats voor eigen inbreng vanuit de persoon met een beperking. Vaak wordt impliciet verondersteld dat mensen met een cognitieve beperking niet zelf kunnen beslissen, geen goede afweging kunnen maken over wat belangrijk is in hun leven of welke waarden ertoe doen.

Medisch model

Die gedachtegang is deels afkomstig uit het medische model, dat focust op tekortkomingen van mensen met een beperking, stelt Abma. Hieruit ontstaat een beschermende houding die kan doorslaan in een paternalistische opstelling van professionals ten opzichte van de persoon met een beperking: de

professional beslist voor en over die persoon met betrekking tot de zorg die hij of zij nodig heeft. Die wij-zij scheidslijn wordt nog verder versterkt door het gebruik van labels zoals autisme, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) of het syndroom van Down. Deze labels worden vaak als stigmatiserend ervaren, wat eraan bijdraagt dat de groep met een beperking zich aan de kant gezet voelt en het idee krijgt niet welkom te zijn in de reguliere maatschappij.

“*Veel van de regels waar zorginstellingen aan moeten voldoen, zijn opgesteld met de beste bedoelingen, maar passen in de praktijk niet bij de situaties die zich voordoen*”

Een alternatief hiervoor is een model gebaseerd op participatie, volgens Abma momenteel een van de belangrijkste thema's in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In de basis gaat een participatiemodel onder andere uit van een samenleving waarin iedereen betrokken wordt en op zijn of haar eigen manier deelneemt. Voor mensen met een beperking betekent dit bijvoorbeeld medezeggenschap over de hoeveelheid en vorm van begeleiding die ze ontvangen, en hoe ze in de maatschappij willen meedoen. Hoewel mensen met een beperking participatie al in de jaren '60 op de agenda hebben gezet, zijn er in de praktijk een aantal uitdagingen die de overgang naar dit model

► Lees verder op pagina 12

INTERVIEW met Hetty de With en Jeannette Muijs

Arbeidsparticipatie maakt gelukkig

Arbeidsparticipatie in de vorm van dagbesteding en werk is belangrijk, ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Meedoen in de samenleving vergroot het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en het levensgeluk. Dat vinden bestuurder Hetty de With en werkbemiddelaar Jeannette Muijs van zorgorganisatie De Zijlen in het Groningse Tolbert.

Wat betekent arbeidsparticipatie voor mensen met een verstandelijke beperking?

De With: “Werk is één van de belangrijkste dingen in het leven. In de maatschappij aan de slag zijn verschaft je zelfstandigheid en inkomen, maar geeft je ook de mogelijkheid om een andere rol te vervullen. Het is niet motiverend om in je leven maar één rol te spelen, bijvoorbeeld die van zoon of dochter met een verstandelijke beperking. Andere rollen spelen – collega, werknemer – en gewaardeerd worden om wat je doet en wie je bent, vergroot je zelfvertrouwen en daarmee je mogelijkheden.”

Er wordt veel gesproken over inclusie. Waarom is dat belangrijk?

“Inclusie gaat over een bijdrage leveren, erbij horen en over niemand buitensluiten. Iedereen heeft recht op deelname aan het sociale en maatschappelijke leven. Het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat de samenleving toegankelijk is voor iedereen. We zijn in Nederland op



Renske Huisma aan het werk bij SKSG Grootegast

de goede weg, maar we zijn er nog lang niet. De organisatie en inrichting van de maatschappij wordt nog steeds afgestemd op de ‘normale mens’. Vervolgens kijken we welke aanpassingen er nodig zijn om dingen voor anderen toegankelijk te maken. Dat is de omgekeerde wereld, die bovendien handenvol geld kost.”

Hoe kan iemand met een verstandelijke beperking een bijdrage leveren aan de samenleving?

Muijs: “Dat kan op veel manieren. In een winkel of restaurant, op het gemeentehuis, een boerderij of verzorgingshuis, op een school, in het tuinonderhoud, door het schoonhouden van straten. Het belangrijkste is de ‘match’. De klik tussen de werkbegeleider in het bedrijf en de werknemer met een beperking. Beide partijen moeten enthousiast zijn over de samenwerking en precies weten wat er van ze wordt verwacht. Dat betekent dat

je als ondersteuner vooraf goed in kaart moet brengen wat een werkgever wil en wat deze toekomstige medewerker wil, maar ook wat hij of zij kan en aankan.”

Hoe pak je dat aan als ondersteuner?

“Begin met een stage, waarin bedrijf en toekomstige medewerker elkaar beter leren kennen. In deze fase moet voor beide partijen ruimte zijn om uit te spreken wat als lastig wordt ervaren of wat tegenvalt. De evaluatie van de stageperiode bepaalt of partijen met elkaar verder gaan. Is dat het geval, dan is het zinvol om de medewerker met een verstandelijke beperking ook na de stage te blijven ondersteunen in de vorm van bijvoorbeeld training en coaching.”

Hoe vertaalt deze visie zich naar jullie organisatie?

De With: “Wij vinden dat alle mensen, met of zonder beperking, van betekenis

zijn. Ieder mens beschikt over bijzondere eigenschappen en talenten. Daarmee zijn mensen dus niet gelijk, maar wel gelijkwaardig. We zijn er bovendien van overtuigd dat mensen meer mens worden in contact met andere mensen. We geloven in een samenleving waarin iedereen er mag zijn. Mensen met een verstandelijke beperking halen betekenis uit hun werk en leveren een bijdrage aan de maatschappij. Wij ondersteunen hen daarbij. Daarom stellen wij betekenis boven beperking. Dat zie je terug in ons werkgebied: bij ons werken relatief veel mensen met een verstandelijke beperking op allerlei plekken in de samenleving.”

Meer informatie

De Zijlen ondersteunt mensen met een verstandelijke beperking in de provincie Groningen bij (zelfstandig) wonen, naar school gaan, werk, dagbesteding en vrije tijdsbesteding. Ouders en gezinnen kunnen ondersteuning krijgen bij vragen op het gebied van opvoeding en met elkaar samenleven.

Oldebertweg 65
Postbus 25
9356 ZG Tolbert
Telefoon: (0594) 850 100
E-mail: info@dezijlen.nl
website: www.dezijlen.nl

Vervolg van pagina 11



bemoelijken. “Zorgkantoren moeten garant staan voor goede zorg”, legt Boersma uit. De budgetten die de zorgkantoren toekennen aan instellingen worden gefinancierd door belastinggeld. Dit betekent dat er verantwoording afgelegd moet worden, met als resultaat is dat er aan experimenteren met een individuele behandeling financiële risico's verbonden zijn.

Een andere uitdaging ligt bij de zorgprofessionals. Om mensen met een beperking daadwerkelijk te laten participeren, is het ten eerste nodig dat professionals hen zien als gelijkwaardige partner. “Dat is een hele opgave die ook allerlei morele dilemma's met zich meebrengt, zeker als de opvattingen van een professional en die van de persoon met een beperking niet met elkaar stroken”, zegt Abma. Professionals moeten hun eigen inzichten en mening combineren met de behoefte en wensen van de persoon met een beperking, die van de familie, maar ook de veiligheid van alle betrokkenen. Wat deze stap nog verder bemoelijkt, is dat dit indruist tegen de evidence-based medicine trend waarbij de nadruk ligt op meetbare uitkomsten van bewezen standaardinterventies. Beslissingen worden volgens deze werkwijze genomen aan de hand van het best beschikbare bewijs, wat eraan bijdraagt dat professionele kennis meer wordt vertrouwd dan de ervaring en mening van de patiënt zelf.

Praktijk

Mede door de focus van onze huidige maatschappij op het zelf verantwoordelijk zijn voor je eigen succes is de participatie van mensen met een verstandelijke beperking in de praktijk versmald tot zelfredzaamheid. Meedoen is een verplichting geworden. Deze verplichting wordt door de samenleving opgelegd aan 'anderen': mensen met een fysieke of verstandelijke beperking, of die psychisch kwetsbaar zijn. Hoewel het goed bedoeld is, wordt aan deze mensen een bepaalde norm van zelfredzaamheid opgelegd die vaak niet haalbaar is voor deze groep. “Met als resultaat dat het streven naar participatie wordt ervaren als 'zoek het zelf maar uit'”, vertelt Abma. Daarnaast is opgelegde participatie paradoxaal: echte participatie veronderstelt gelijkheid. Zodra er door de ene groep iets aan de andere groep wordt opgelegd, creëer je automatisch asymmetrie in de vorm van een machtsrelatie.

Volgens Abma is dit een tekortkoming in hoe wij in de samenleving omgaan met mensen met een beperking. Kwetsbare groepen hebben juist een verwelkomende, gastvrije omgeving en ondersteuning nodig om participatie mogelijk te maken. Instellingen kunnen hieraan bijdragen door alle eisen omtrent financiering zo min mogelijk te delen met medewerkers, denkt Boersma.

Door medewerkers het vertrouwen te geven dat ze vanuit hun vakmanschap en gezond verstand de juiste zorgbeslissingen zullen nemen, neemt de kans toe dat ze durven luisteren naar de persoon met een beperking.

Ook voor de overheid is volgens Boersma een rol weggelegd, in de vorm van inspecties die beter aansluiten bij een flexibeler zorgmodel. Zo zouden auditors met een zorgachtergrond een aantal dagen met medewerkers kunnen meelopen om zo de kwaliteit van de zorg te ervaren, in plaats van een checklijst af te lopen. “Het streven zou moeten zijn faciliterend te werk te gaan, niet dwingend.”

UITGELICHT

Hoeveel mensen in Nederland een verstandelijke beperking hebben is niet bekend. Volgens een schatting van het Sociaal Cultureel Planbureau ging het in 2013 om ongeveer 142.000 personen. Daarvan hadden 68.000 een IQ van minder dan 50.

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau

INTERVIEW met Bart de Bruin en Gijs van Gemert

'Bied perspectief aan restgroep in de zorg'

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland staat voor een aantal uitdagingen. De klassieke behandelmethodes leidt ertoe dat een bepaalde restgroep van mensen met een verstandelijke beperking buiten de boot valt. Deze groep heeft baat bij een andere benadering, zeggen Bart de Bruin (raad van bestuur) en Gijs van Gemert (lid raad van toezicht) van Physis.

Welke vraagstukken spelen in de geestelijke gezondheidszorg?

De Bruin: “We hebben in Nederland te maken met een aantal *wicked problems*, complexe problemen zonder duidelijke oplossing. Kort samengevat houden het financieringssysteem, een ongelijkwaardige relatie tussen professional en cliënt, en onvoldoende preventief werken problematiek in stand, in plaats van deze te verminderen.”

Van Gemert: “De samenleving sluit mensen met een beperking en gedragsproblemen in feite uit. De standaardbenadering - beheersing en strakke aanpak - is te simpel gedacht. Je zou willen dat mensen met problematiek onder eigen regie een eindje op weg geholpen worden. Samen op weg gaan in plaats van trainen en behandelen.”

Wat is hiervan het gevolg?

De Bruin: “Er ontstaat een restgroep, met een uitzichtloos bestaan. Ze hebben vaak het gevoel geen nut te hebben voor de



Bart de Bruin

samenleving, wat zich kan manifesteren in meer gedragsproblemen, zoals bijvoorbeeld blowen of seksueel overschrijdend gedrag. De financiële regels vragen van hulpverleners preventie en beheersing daarvan. Als dat niet lukt, voelen instellingen zich uiteindelijk genoodzaakt iemand weg te sturen, als ze niet zelf al weglopen. Zo leven er in Nederland naar schatting 20.000 jongeren met een beperking op straat.”

Van Gemert: “Het gebruikelijke, repressieve systeem vol regels, protocollen en korte-termijn-doelen, zowel voor de instellingen als voor de cliënten, werkt bij deze mensen averechts. Bij hen maakt repressie meer kapot dan dat het goed doet.”



Gijs van Gemert

Is er voor deze restgroep een werkbaar alternatief?

De Bruin: “Een mogelijk alternatief is een meer inclusieve samenleving waarin we toegeven dat ook mensen met een beperking hier gewoon onderdeel van zijn en in het dagelijks leven meedraaien. Je ziet dat die beweging na het nieuws over Jolanda Venema in 1988 wel op gang is gekomen. Het beeld van een verstandelijk beperkte vrouw die naakt was vastgebonden aan de muur van een zorginstelling die zich geen raad meer wist, heeft de samenleving wakker geschud.”

Van Gemert: “Je moet je per persoon afvragen hoe je iemand op weg kunt helpen, in de richting van zijn of haar

persoonlijke perspectief. Het gaat om mensen die vaak jarenlang in de reguliere zorg of een moeilijke thuissituatie hebben laten zien dat de klassieke aanpak voor hen niet werkt en ze daarin vastlopen. En al gaat het om schijnbaar simpele, alledaagse dingen, dat moeten ze allemaal leren. Je moet mensen daar stap voor stap bij steunen.”

Hoe pakken jullie dit aan?

Van Gemert: “Physis heeft zichzelf als opdracht gesteld deze groep opnieuw perspectief te bieden en ervoor te zorgen dat ze toch verder komen in het leven. We werken volgens de 'In Dialoog'-methodiek. Bij deze aanpak staat een constante dialoog en relatie met de cliënt centraal. De medewerkers zijn daarbij vaak net zo intensief op zoek als de cliënt. Hierdoor staan ze op gelijkere voet met de cliënt.”

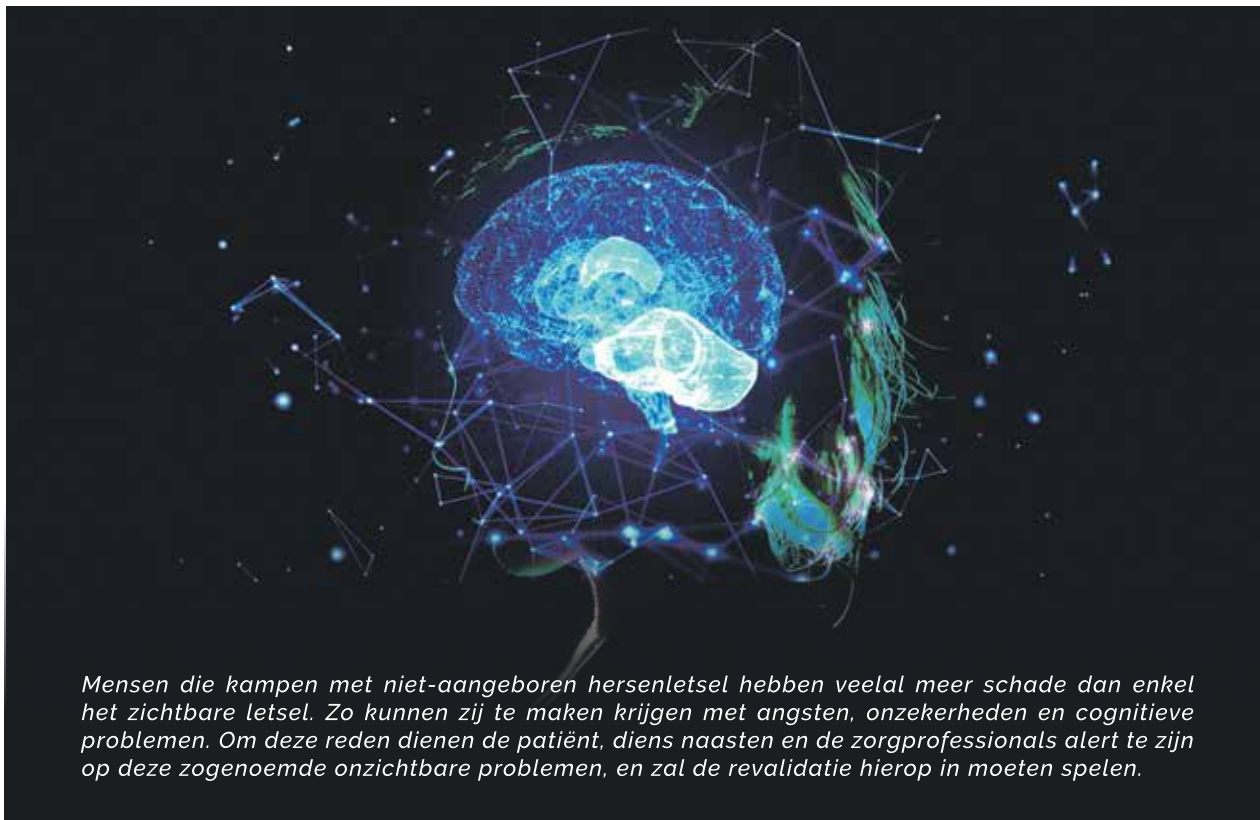
De Bruin: “Het gaat om de balans tussen beheersen en vrij laten. Beide zijn soms nodig, maar het uitgangspunt is de uitnodiging tot dialoog - het serieus nemen van de ander, want het gaat over zijn of haar leven - daar kom je altijd weer terug.”

Meer informatie

www.stichtingphysis.nl
info@stichtingphysis.nl

Hersenletsel betekent vaak meer dan zichtbare schade

Van onze redactie
Auteur: Marianne Rijke



Mensen die kampen met niet-aangeboren hersenletsel hebben veelal meer schade dan enkel het zichtbare letsel. Zo kunnen zij te maken krijgen met angsten, onzekerheden en cognitieve problemen. Om deze reden dienen de patiënt, diens naasten en de zorgprofessionals alert te zijn op deze zogenaamde onzichtbare problemen, en zal de revalidatie hierop in moeten spelen.

Hersenletsel dat ontstaat na de geboorte wordt niet-aangeboren hersenletsel (NAH) genoemd. De Hersenstichting legt uit dat er twee type oorzaken voor NAH te onderscheiden zijn. NAH kan ontstaan door trauma. De oorzaak bevindt zich dan buiten het lichaam, zoals letsel door een val, ongeluk of harde klap op het hoofd. Er kan ook sprake zijn van niet-traumatisch hersenletsel. Wanneer dit het geval is, ontstaat het letsel door een proces in het lichaam. Voorbeelden hiervan zijn beroertes, infecties en tumoren.

Anne Visser-Meily, hoogleraar Revalidatiegeneeskunde aan het UMC Utrecht Hersencentrum, vertelt dat NAH eigenlijk een nietszeggende term is omdat het slechts aangeeft dat er sprake is van hersenletsel, schade in het brein. "Bij NAH is het belangrijk om te weten wat de medische diagnose is, want dit bepaalt mede het herstel en de prognose van het uiteindelijk functioneren."

De gevolgen van NAH

De mate van ernst van de ervaren problemen door het hersenletsel kan sterk variëren, aldus Caroline

van Heugten, hoogleraar Klinische Neuropsychologie Maastricht University. Lang niet iedereen komt in het ziekenhuis terecht. Bij traumatisch letsel zullen mensen met een hersenschudding bijvoorbeeld niet altijd gezien worden door een arts, omdat deze schade beperkt is en weer verdwijnt. Een hersenkneuzing daarentegen kan wel restschade opleveren.

Sommige mensen ervaren geheugenproblemen, die al opvallen in het ziekenhuis. De patiënten bij wie de gevolgen van het hersenletsel direct al duidelijk zijn, worden allemaal in het ziekenhuis geholpen en doorverwezen voor vervolgbehandeling zoals revalidatie. Er zijn echter ook patiënten met 'lichte' of 'matige' cognitieve problemen, bij wie er geen sprake is van een stoornis in het functioneren, maar die wel kampen met tekorten. Problemen die als licht of matig geclassificeerd zijn, kunnen er toch voor zorgen dat iemand veel problemen ervaart in het dagelijks leven. "Wanneer iemand met hersenletsel voor de klas staat, kan een drukke klas ervoor zorgen dat deze persoon snel overprikkeld raakt." Het is daarom erg belangrijk om naast goed neurologisch onderzoek en een medische diagnose, de klachten die iemand ervaart te relateren aan het individu en de eisen die aan deze persoon worden gesteld, door hem of haar zelf of door diens omgeving. Ieder mens reageert anders op letsel en de veranderingen die dit met zich meebrengt, en dit kan even duren voordat dit duidelijk wordt. Van Heugten: "Voor de persoon in kwestie heeft hersenletsel invloed op alle domeinen van het menselijk functioneren. Daarom moet dit meegenomen worden bij de behandeling."

Onzichtbare problemen

Veel van deze gevolgen zijn aan de buitenkant niet zichtbaar en worden daarom de onzichtbare gevolgen van hersenletsel genoemd. Voorbeelden hiervan zijn hoofdpijn, geheugen- en concentratieverlies, vermoeidheid en depressiviteit. Van Heugten vertelt dat in het ziekenhuis

➤ Lees verder op pagina 15

ADVERTORIAL

Arbeidsparticipatie belangrijk voor NAH-patiënt



Luciano Fasotti en Nicole Voet

Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), vaak het gevolg van een ongeluk of een beroerte, gaan na een ziekenhuisopname steeds eerder naar huis. Voor veel patiënten lijkt het herstel goed te gaan totdat ze na enige tijd weer beginnen met werken. Dan lopen ze vast omdat er onzichtbare problemen opduiken, zoals gedrags-, geheugen- en aandachtstoornissen. Nicole Voet (revalidatiearts) en Luciano Fasotti (neuropsycholoog) bij Klimmendaal Revalidatiespecialisten, pleiten voor frequentere controles van NAH-patiënten en snellere revalidatie, die zich erop toelegt de patiënt zo vroeg mogelijk aan het arbeidsproces te laten wennen.

Hoe kan het dat de problemen zich pas aandienen als de patiënt weer aan het werk gaat?

Voet: "Als de patiënt het ziekenhuis

verlaat, zal hij het aanvankelijk rustig aan doen. Dan lijkt er weinig aan de hand. Maar een werksituatie vraagt natuurlijk het uiterste, vooral als men van de een op de andere dag weer fulltime actief moet zijn. Dan blijkt men last te krijgen van aandachtsproblemen, trage informatieverwerking en problemen met planning en uitvoering van taken. Ook ernstige vermoeidheid komt vaak voor. Het hersenletsel blijkt permanente schade te hebben aangericht. Soms zijn er ook gedragsproblemen en stoornissen in de sociale cognitie: men kan sociaal niet adequaat meer reageren of schoffeert anderen ongewild. Dat is funest in een arbeidssituatie en kan zelfs tot ontslag leiden. Onterecht, want men is ziek en heeft recht op een behandeling via de ziektewet. Gelukkig herkent de bedrijfsarts dit ziektebeeld tegenwoordig vaker en verwijst dan door naar de revalidatie."

Heeft de patiënt zelf niet in de gaten wat er aan de hand is?

Fasotti: "Een lastig kenmerk van NAH is het gebrek aan 'ziektebegrip'. Men merkt wel dat men niet goed functioneert, maar snapt niet goed waar dat vandaan komt. Ook de omgeving begrijpt vaak niet goed wat er aan de hand is. De patiënt lijkt de oude, maar reageert toch anders dan zijn of haar naasten gewend waren. In een revalidatietraject is het belangrijk om de patiënt en diens omgeving duidelijk te maken waar de problemen vandaan komen."

"De beperkingen van NAH kunnen blijvend zijn, maar er zijn manieren om ermee om te gaan of ze te compenseren"

Hoe kan snelle arbeidsparticipatie ertoe bijdragen deze problemen te voorkomen?

Voet: "Het is een vorm van preventie. Vroeg toewerken naar een werksituatie, om de patiënt uiteindelijk niet vast te laten lopen. Stapje voor stapje integreren in het arbeidsproces en steeds kijken of het gaat. De beperkingen van NAH kunnen blijvend zijn, maar er zijn manieren om ermee om te gaan of ze te compenseren, waardoor het functioneren wel kan verbeteren. Iemand met geheugenproblemen kan

dingen onthouden door ze op te schrijven, bijvoorbeeld."

Hoe werken jullie daar aan?

Fasotti: "Klimmendaal besteedt bovengemiddeld veel aandacht aan werk. We zien arbeid als speerpunt. We bieden onze patiënten tijdens de revalidatie een intensief arbeidsdiagnostisch traject op de speciale afdeling 'Zintens', waarin werk wordt nagebootst. Ze voeren taken uit en doen ingewikkelde opdrachten, soms in een met opzet afleidende omgeving. We maken een uitgebreid rapport van de resultaten. Aan de hand daarvan kunnen we patiënt, werkgever en bedrijfsarts adviseren over hoe iemand ondanks zijn of haar beperkingen toch zo goed mogelijk kan blijven functioneren. Werk geeft inkomsten, kwaliteit van leven, contacten met collega's en waardering. We zien een geslaagde arbeidsparticipatie daarom als einddoel voor veel behandelingen."



Meer informatie

Klimmendaal
(026) 352 61 00
www.klimmendaal.nl

■ EXPERTINTERVIEW met Anne Marie ter Steeg

Herkennen en erkennen van traumatisch hersenletsel

Traumatisch hersenletsel kan een enorme impact hebben op het leven van mensen. Zowel in de zorgsector als bij het grote publiek is voor deze aandoening te weinig aandacht, vindt Anne Marie ter Steeg, revalidatiearts en voorzitter van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (WTH). “Er moet meer herkenning en erkenning komen voor traumatisch hersenletsel en de onzichtbare gevolgen ervan.”

“Er bestaat een onderscheid tussen licht, matig en ernstig hersenletsel. Ruim 80 procent van de gevallen valt onder de lichte vorm”

Wat wordt er verstaan onder traumatisch hersenletsel?

“Er bestaat een onderscheid tussen licht, matig en ernstig hersenletsel. Ruim 80 procent van de gevallen valt onder de lichte vorm. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer iemand een hockeybal tegen zijn of haar hoofd krijgt of van de trap valt. In het dagelijks leven komt licht hersenletsel vaak voor, maar wordt het niet als zodanig herkend en erkend, omdat mensen na zo'n gebeurtenis doorgaans gewoon hun hockeystick weer oppakken en verder spelen. Licht hersenletsel kan echter serieuze gevolgen hebben. Vaak wordt gedacht dat de

consequenties hiervan minder erg zijn, maar de impact op het dagelijks leven kan net zo groot zijn als bij matig en ernstig hersenletsel. Bij die laatste twee vormen zijn mensen even buiten bewustzijn of in coma, of zijn ze verward. Dan is het heel duidelijk dat er iets aan de hand is. Bij mensen die bij het ziekenhuis worden binnengebracht na een ernstig ongeluk wordt echter lang niet altijd nagegaan of er sprake is van hersenletsel. Het herstel kan hierbij ook vlug gaan, bijvoorbeeld omdat de verwardheid snel verdwijnt. In het ziekenhuis lijkt alles na verloop van tijd dan weer in orde, maar veelal worden de gevolgen pas duidelijk als mensen hun dagelijks leven weer oppakken.”

Wat kunnen de gevolgen zijn?

“Iedereen heeft, zeker in de eerste herstelfase, een vertraagde informatieverwerking. Mensen hebben moeite hun aandacht erbij te houden. Ze hebben daarnaast problemen met dubbeltaken; het uitvoeren van twee taken tegelijk. Ook worden ze snel moe, maar gaan ze wel door met hun leven op hetzelfde tempo als ervoor. Zo lopen ze als het ware een marathon met hun brein, terwijl dat echt tijd nodig heeft om te herstellen. Hierdoor wordt soms ten onrechte de definitie burn-out gesteld. Als mensen vermoeider zijn, kunnen ze last krijgen van hoofdpijn en hebben ze een korter lontje. Iedereen heeft hier weleens last van, maar bij mensen met hersenletsel komt het vaker voor. Dit

zijn allemaal heel subtiele signalen, die doorgaans niet worden opgepikt. Andere mogelijke gevolgen zijn impulsiviteit en een gebrekkig inschattings- en planningsvermogen. Sommige mensen kunnen ook ontremd en agressief zijn. Anderen tonen juist totaal geen initiatief. Het scala van gevolgen loopt dus uiteen

van heel ernstig tot subtiel. De zwaardere gevolgen treden meestal op bij ernstig hersenletsel en minder bij de lichte vorm, maar ook daar kunnen de consequenties immens zijn. Als het hersenletsel niet herkend en erkend wordt, lopen mensen sneller vast omdat ze niet weten wat er aan de hand is.”

Hoe kan bewustwording gestimuleerd worden?

“Tegenwoordig is er meer aandacht voor het erkennen en herkennen van hersenletsel en het creëren van bewustwording van de gevolgen voor een persoon en diens omgeving. Bovendien wordt vaker gewerkt met signaleringslijsten. Er is dus meer kennis dan twintig jaar geleden, bijvoorbeeld in de eerste lijn bij huisartsen, maar bewustwording creëren en scholing aanbieden blijft nodig. De beeldvorming bij het grote publiek is ook belangrijk. In televisieseries kan iemand uit een coma ontwaken en binnen een paar weken weer aan het werk gaan. Dat geeft een erg onrealistisch beeld.”



Anne Marie ter Steeg

■ ADVERTORIAL

‘We maken voor iedereen een programma op maat’

Tijdens het revalidatieproces van mensen met hersenletsel ten gevolge van bijvoorbeeld een ongeluk of een beroerte, dient niet alleen aandacht uit te gaan naar zichtbare, maar ook naar onzichtbare gevolgen. Het Amsterdamse Reade biedt hiervoor een breed scala aan programma's. “We maken voor iedereen een programma op maat en verzorgen zowel individuele als groepsprogramma's”, vertelt Judith Vloothuis, revalidatiearts bij Reade.

Om vast te stellen van welke onzichtbare gevolgen van hersenletsel sprake is, vindt eerst diagnostiek plaats. “we gaan eerst na wat precies de problemen, maar ook juist de mogelijkheden zijn. Hiervoor nemen we allerlei testen af. Dit varieert van neuropsychologisch onderzoek tot het testen van praktische vaardigheden als koken”, zegt Vloothuis. Na de diagnostiek wordt samen met patiënten bekeken hoe ze het beste met de onzichtbare gevolgen om kunnen gaan, zodat ze zo goed mogelijk kunnen blijven functioneren in de thuissituatie en op het werk. Bij dit proces worden ook de familie en het werk van patiënten betrokken.

Lagere belastbaarheid

Naast het verschaffen van inzicht en uitleg, moeten mensen leren omgaan met het feit dat ze door het hersenletsel minder belastbaar zijn dan vroeger. Dit betekent dat ze niet meer dezelfde hoeveelheid prikkels aankunnen. “Als

ze te veel prikkels – bijvoorbeeld licht, geluid of informatie – binnenkrijgen, worden mensen snel moe. Ook kunnen ze last krijgen van hoofdpijn, misselijkheid of duizeligheid”, geeft Vloothuis aan. Ze moeten dus leren zich aan te passen aan de nieuwe situatie, zodat ze niet overbelast raken. Een ander deel van de revalidatie richt zich op fysieke aspecten, omdat gebleken is dat beweging een gunstig effect heeft op de hersenen en het geheugen. Samen met een fysiotherapeut werken patiënten dus aan hun conditie en het opbouwen van hun belastbaarheid.



Judith Vloothuis

Ervaringsdeskundigen

Tijdens hun revalidatieproces kunnen patiënten in contact komen met de ervaringsdeskundigen van Reade, die zelf hersenletsel hebben gehad. “Zij zijn de enigen die echt weten hoe het is om hersenletsel te hebben. Het helpt revalidanten om te zien waar ze uiteindelijk kunnen uitkomen”, licht Vloothuis toe. Naast het inzetten van ervaringsdeskundigen hecht Reade ook veel waarde aan de samenwerking tussen patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Zo worden er niet alleen patiënten behandeld, maar wordt er ook onderzoek verricht naar de beste behandelmethode. “We bestuderen bijvoorbeeld het effect op herstel van een oefenprogramma, waarbij mensen met hersenletsel samen oefenen met een naaste ondersteund door e-health”, zegt Vloothuis.

Daarnaast wordt onderwijs gegeven via de Reade Academy. Met de methode visual thinking strategies leren mensen bijvoorbeeld om in een groep op een bepaalde manier naar kunst te kijken. De methode wordt toegepast bij mensen met hersenletsel, maar ook geïnteresseerden van buitenaf kunnen er een cursus in volgen. “Het idee erachter is dat je, doordat je in een groep op een vaste manier naar kunst kijkt, ondertussen cognitieve en taalgerelateerde vaardigheden traint. Denk aan beknopt formuleren, kritisch en analytisch denken, maar ook ontremming leren beheersen”, legt Vloothuis uit.

Hersenletsel kan er namelijk toe leiden dat mensen impulsiever worden en te snel allerlei dingen zeggen of doen. De vaste structuur van deze lesmethode kan mensen helpen hiermee om te gaan.

“We bestuderen bijvoorbeeld het effect op herstel van een oefenprogramma, waarbij mensen met hersenletsel samen oefenen met een naaste ondersteund door e-health”

Reade streeft ernaar de zorg steeds te blijven verbeteren. Om de groep patiënten te helpen bij wie de onzichtbare gevolgen van hersenletsel leiden tot ernstige gedragsverandering, is bijvoorbeeld recentelijk een samenwerking opgezet met de neuropsychiatrie met Altrecht Vesalius. “Ten gevolge van hersenletsel kunnen ook psychiatrische stoornissen ontstaan. Het is heel goed dat we dit nu samen kunnen oppakken.”

Meer informatie

Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie
(020) - 242 11 00
www.reade.nl

Vervolg van pagina 13

wel duidelijk wordt of iemand nog kan lopen of praten, maar of iemand zijn of haar geheugen nog werkt - of hij of zij nog kan onthouden of plannen - dat wordt niet gezien door de behandelaars, maar ook niet door de patiënt zelf. Visser-Meily beaamt dit en stelt dat deze problemen veelal pas later aan het licht komen omdat er in de thuis situatie veel meer van mensen gevraagd wordt dan in het ziekenhuis. "Deze mensen falen niet bij de verschillende testen in het ziekenhuis. Zij merken het verschil pas wanneer zij hun oude leven proberen op te pakken. Mensen vallen pas uit als er weer eisen worden gesteld." Het is dan ook belangrijk dat NAH-patiënten proberen om zo snel mogelijk hun dagelijkse bezigheden weer op te pakken.

Bij een (neurologische) follow up is het daarom voornamelijk dat expliciet gevraagd wordt naar het dagelijks leven van de patiënt en dat cognitief functioneren zoals het geheugen

getest wordt. "Als iemand bijvoorbeeld na zes tot acht weken diens leven nog niet heeft kunnen oppakken en nog niet aan het werk is gegaan na een licht hersenletsel, is dat een rode vlag. Want dat zou wel te verwachten zijn", benadrukt Van Heugten. Het probleem met het diagnosticeren van de onzichtbare gevolgen is dat het vaak lastig is om direct de link te leggen tussen het letsel en de gevolgen ervan voor het dagelijks leven. Dit is zeker het geval als de problemen zich pas maanden na het letsel voordoen, en de patiënt in kwestie zelf ook niet aan het letsel denkt als oorzaak.

Omgaan met nieuwe situatie

Pas wanneer er thuis goed herstel is, en iemand gaat weer werken, kan geconstateerd worden of er echt herstel is. Het is daarom belangrijk dat NAH-patiënten na het verlaten van het ziekenhuis niet uit het oog verloren worden. De eerste paar weken en zelfs maanden na het hersenletsel moeten alle problemen dan ook onderzocht worden in

het kader van dat letsel. Soms lijken het nieuwe klachten, maar dat zijn ze niet, licht Van Heugten toe. Ze vertelt dat niet alleen artsen, maar ook patiënten zelf alert moeten zijn op de onzichtbare gevolgen van hersenletsel. Goede informatie is nodig die verder gaat dan enkel een folder. "Met de patiënt moet diens situatie doorgesproken worden, waarbij uitgelegd wordt welke consequenties het letsel in de hersenen voor de patiënt heeft." Het gaat volgens haar echt om informatie op maat, informatie die inzicht geeft in waarom de patiënt deze klachten heeft. Deze uitleg helpt bij het begrijpen van de klachten en helpt zo ook bij accepteren van het veranderde leven. Dit ziet ook Visser-Meily. Een dergelijk gesprek kan daarnaast ook erg verhelderend werken voor naasten, die toch vaak niet helemaal begrijpen waarom hun partner ineens 'een kort lontje' heeft gekregen.

Aandacht voor de onzichtbare gevolgen van NAH, en een focus op niet alleen de medische diagnose maar ook op



UITGELICHT

Voor het eerst zijn hersenaandoeningen in de volgende vijf clusters ingedeeld:

- Psychische stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, angst- en paniekstoornis of depressie: 1.907.700 mensen
- Chronische hersenaandoeningen die geleidelijk zijn ontstaan, zoals dementie, de ziekte van Parkinson of epilepsie: 1.337.800 mensen
- Niet Aangeboren hersenletsel (NAH), zoals een beroerte en traumatisch hersenletsel: 645.900 mensen
- Slaapstoornissen, zoals insomnie of slaapapneu: 506.200 mensen
- Hersenaandoeningen die in het eerste levensjaar tot uiting komen, zoals een verstandelijke handicap of afwijkingen aan centraal zenuwstelsel: 100.300 mensen

Bron: Hersenstichting

▶ Lees verder op pagina 16

INTERVIEW met Frank Jonker

Psychische problemen bij mensen met NAH

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) waarbij er door het letsel sprake is van gedragsveranderingen en/of psychische stoornissen worden de neuropsychiatrische gevolgen van NAH genoemd. De meest voorkomende neuropsychiatrische gevolgen zijn agressie, agitatie, depressie, apathie en ontremming. Doordat de link tussen een psychische stoornis en (eerder) hersenletsel niet altijd wordt gemaakt, kan het zijn dat patiënten niet de juiste zorg krijgen. Frank Jonker, klinisch neuropsycholoog en inhoudelijk verantwoordelijke bij Altrecht Neuropsychiatrie Vesalius, vertelt.

NAH kan leiden tot neuropsychiatrische gevolgen, kunt u dat toelichten?

"Als gevolg van een ongeval of trauma kunnen de hersenen structurele schade oplopen waardoor sommige hersenprocessen niet meer goed verlopen. Door deze cognitieve stoornissen, zoals aandachtsproblemen, executieve problemen of emotionele verwerkingsproblemen raken de hersenen sneller overprikkeld. Deze verstoorde informatieverwerking - bijvoorbeeld het niet goed overzien van de situatie - kan ervoor zorgen dat mensen zich terugtrekken, met als gevolg angst of depressiviteit. Deze psychische problemen kunnen in het ernstige geval ook leiden tot bijvoorbeeld excessief alcohol- en druggebruik. Daarnaast is er een kleinere groep bij wie de locatie van het letsel in het brein direct verband heeft

met het ontwikkelen van een psychische stoornis."

Waarom worden de neuropsychiatrische gevolgen van NAH niet altijd gezien?

"Dit komt doordat de gedragsproblemen vanuit het hersenletsel erg lijken op de 'normale' symptomen van een psychische stoornis, zoals vermoeidheid, prikkelbaarheid, agressie. Dit is lastig te beoordelen en vraagt expertise. De hoofdvraag is eigenlijk altijd of eventueel hersenletsel dit gedrag kan verklaren alvorens de symptomen te classificeren in psychiatrische diagnose. De ervaring leert dat binnen de psychiatrie er weinig tot geen aandacht is voor hersenaafwijkingen in relatie tot gedrag/ psychiatrie. In de revalidatie is er aandacht voor psychische revalidatie, maar voor een deel van de groep is dat onvoldoende; dus is neuropsychiatrische diagnostiek en behandeling nodig. Beide perspectieven kunnen innemen maakt dat patiënten sneller beter worden bij de neuropsychiatrie."

Hoe kan de behandeling voor mensen met NAH en bijkomende psychiatrie op dit gebied beter?

"Het begint allemaal bij goede diagnostiek. Een foto van de hersenen helpt bij het bepalen of en waar de schade zit. Dit samen met goede neuropsychologische psychiatrische diagnostiek maakt dat er een eerste stap gezet kan worden in de behandeling. Op basis van de sterkte-

zwakte analyse zal een behandeling gestart worden. Daarnaast moet goed gelet worden op de psychologische gevolgen van het letsel; het verlies en rouw. De behandeling houdt rekening met zowel de psychologische, als de cognitieve beperkingen samen met de leergeschiedenis van de patiënt. Nu krijgen veel NAH-patiënten met psychische problemen niet de juiste zorg of duurt het soms jaren voor ze die vinden. Dit heeft mogelijk te maken met hoe de gezondheidszorg naar psychiatrische ziekten kijkt: het is de geest of het lijf."



Frank Jonker

Hoe ondersteunen jullie mensen met NAH?

"Als wij op basis van de diagnostiek een goed verklaringsmodel hebben voor de klachten gaan wij weer in gesprek met de patiënt. Hoe gaan wij met de sterke en zwakte punten van de patiënt de hulpvraag beantwoorden. Behandeling wordt breed ingezet vanuit verschillende disciplines en methoden. Rouw en afscheid zijn vaak behandelthema's. Hierbij is het betrekken van de naasten van groot belang. Het doel is vaak om breed de kwaliteit van leven te verbeteren op verschillende levensgebieden. Onze drijfveer is ervoor zorgen dat meer mensen de juiste hulp op tijd krijgen. De samenwerking met Revalidatiecentrum Reade op het gebied van psychiatrie en revalidatie is ons inziens een voorbeeld van *best practice*. Patiënten voor wie er meer nodig blijkt dan de revalidatie kunnen bij ons terecht, maar sturen wij ook patiënten door die nooit revalidatie hebben gehad en hier wel baat bij hebben."

Meer informatie

Neuropsychiatrie Vesalius, onderdeel van Altrecht
www.altrecht.nl/zorgenheid/
neuropsychiatrie-vesalius/
030-230 8555

Vervolg van pagina 15

UITGELICHT

Eén op de vier Nederlanders heeft een hersenaandoening, zo blijkt uit onderzoek van het RIVM in opdracht van de Hersenstichting. In totaal stonden er in 2016 3,8 miljoen mensen bij de huisarts geregistreerd met een hersenaandoening. Omdat veel mensen geen medische hulp zoeken en dus ook niet geregistreerd worden, ligt het daadwerkelijke aantal patiënten hoger. De zorgkosten voor hersenaandoeningen zijn jaarlijks ruim 25 miljard euro, 27% van de totale zorgkosten van Nederland.

Bron: Hersenstichting



de persoon in diens sociale omgeving, sluit goed aan bij de positieve benadering van gezondheid. Hierbij wordt gekeken naar wat belangrijk is in de ogen van de patiënt en de uitdagingen die hij of zij ervaart, zegt Michel van Schaik, jurylid bij de Herman Wijffels-prijs en Raad van Toezicht bij Institute for Positive Health. Bij positieve gezondheid wordt gekeken hoe iemand scoort op de zes dimensies van het leven: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks participeren. "Aan de patiënt wordt vervolgens gevraagd: 'hoe scoor jij jezelf op deze zes dimensies en waar zou je zelf aan willen werken?' Hierdoor wordt de vraag wat betreft herstel gekoppeld aan de behoefte van de patiënt." Dit vergroot volgens Van Schaik de motivatie van de persoon in kwestie.

Revalidatie vormt een belangrijk onderdeel van goede zorg. Visser-Meily licht toe dat dan bijvoorbeeld gewerkt kan worden aan een compensatiestrategie, die helpt om te gaan met de cognitieve tekorten door het hersenletsel. Met revalidatie kan direct gestart worden, maar kan ook nuttig worden wanneer men vastloopt in een later stadium. Belangrijk om te realiseren is dat revalideren nooit te laat is, benadrukt ze. Directe zorg en snelle revalidatie is van belang als er al snel klachten worden ervaren, want daarmee kan voorkomen worden dat iemand vastloopt en kan iemand geholpen worden activiteiten weer op te pakken, zoals het huishouden, sport en werk. Toch kan revalidatie ook nog jaren na hersenletsel gestart worden. Als voorbeeld noemt ze een man die van het dak gevallen was. Toen hij bij haar langskwam met zijn vrouw vond hij zelf niet dat hij hulp nodig had. Het gesprek hielp zijn vrouw op dat moment wel, om hem beter te snappen. Pas toen hij uitviel op het werk, kwam de man zelf terug voor hulp.

Innovatie is nodig

Om NAH-patiënten nog beter van dienst te kunnen zijn, zijn innovatieve oplossingen nodig, stelt Van Schaik. Hij geeft aan dat hij nog te vaak ziet dat ideeën de patiënt niet genoeg bereiken door bijvoorbeeld belemmeringen in bekostigingssystemen. "Het is belangrijk dat initiatieven die relevant zijn voor een patiëntengroep uitgevoerd worden, zodat een experiment verandert in een schaalbare oplossing en uiteindelijk onderdeel wordt van het

reguliere zorgstelsel." Wanneer er belemmeringen zijn om dit te kunnen laten slagen, moeten beleidsmakers, de politiek en zorgverzekeraars ruimte creëren om de innovatieve oplossingen optimaal tot hun recht te laten komen, met als doel betere zorg voor de patiënten. Er zijn volgens hem nog te vaak mooie initiatieven die niet optimaal ontwikkeld worden omdat ze gebaseerd zijn op subsidiegelden en daardoor niet schaalbaar zijn. Ook ontbreekt vaak het ondernemerschap om van een programma een duurzaam bedrijfsmodel te maken, en zijn er soms systeembelemmeringen. Hierdoor lopen niet alleen patiënten mooie innovaties mis, ook loopt men hiermee de kans op kostenbesparing mis. De urgentie om te innoveren ontbreekt soms nog wat in de zorgsector, maar vooral ook mensen die het vermogen hebben om een goed idee om te zetten in een (maatschappelijke) onderneming, aldus Van Schaik.

“*Hersenletsel is niet stabiel. Het kan tijden goed gaan, maar zodra omgevingseisen veranderen, kunnen er weer problemen ontstaan*”

Dichtbij en toegankelijk

Welke zorg NAH-patiënten ook krijgen, de zorg moet aansluiten bij de patiënt en zo dichtbij mogelijk worden geboden, besluit Visser-Meily. Ze ziet daarbij een grote kans om samenwerking met de eerste lijn te verbeteren. Daarnaast moet zorg altijd toegankelijk zijn. Van Heugten: "Hersenletsel is niet stabiel. Het kan tijden goed gaan, maar zodra omgevingseisen veranderen, kunnen er weer problemen ontstaan. Hierdoor kunnen mensen weer hulp nodig hebben." Om deze reden moet niet-aangeboren hersenletsel altijd als een chronische aandoening worden gezien, die niet na een paar maanden voorbij is. En de onzichtbare gevolgen moeten te allen tijde en door iedereen serieus genomen worden.

ADVERTORIAL

'Hersenletselzorg moet goed in het basispakket'

Op zestig plaatsen in Nederland kunnen mensen met hersenletsel de behandeling 'Hersenz' volgen. Dit is een vernieuwende aanpak om te leren omgaan met de gevolgen van hersenletsel. Programmamanager Judith Zadoks vertelt waarom Hersenz straks goed in het basispakket moet komen.

Waarom is Hersenz ontwikkeld?

"Nederland heeft goede revalidatiemogelijkheden voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Ongeveer een op de tien mensen krijgt specialistische revalidatie. Anderen krijgen eerstelijns behandeling van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of psycholoog. Deze revalidatiebehandeling is echter niet altijd voldoende. Sommige mensen lopen vast als zij hun leven weer proberen op te pakken. Vaak wordt na verloop van tijd pas goed duidelijk wat de (onzichtbare) cognitieve, psychische en sociale gevolgen zijn van hersenletsel. Soms heeft iemand meer tijd en hulp nodig om het in revalidatie geleerde thuis toe te passen."

Met welke klachten komen mensen bij Hersenz?

"Dat is heel breed. Veel mensen hebben na een ongeval of beroerte last van vermoeidheid, overprikkeling, somberheid, vergeetachtigheid, aandachtproblemen of afasie. Je hoort vaak dat ze sneller boos worden en dat plannen en organiseren moeilijker gaan. Dat geeft

problemen in het dagelijks leven, met werk, financiën of sociale contacten, in het gezin of de partnerrelatie. Aan deze problemen kan wat gedaan worden, ook als het hersenletsel langer geleden is opgelopen."

Wat is het verschil met revalidatie?

"Bij Hersenz lopen de programma's langer en ligt het tempo lager dan in de revalidatie. Voor sommige mensen met hersenletsel is dat een voorwaarde om te kunnen leren. Een ander verschil is dat we zo vaak als nodig thuis komen om de cliënt het geleerde te laten toepassen en om de naasten te ondersteunen. Daarnaast zetten we psychomotorische therapie in. De cliënt leert daarbij door te doen, vanuit eigen ervaring. Dat werkt voor mensen met hersenletsel."

Door wie wordt de behandeling geboden?

"Bij Hersenz is de hoofdbehandelaar geen revalidatiearts maar een gezondheidszorgpsycholoog of neuropsycholoog. Zij zijn sterk in het behandelen van de psychosociale gevolgen van het hersenletsel. In het team zitten verder een fysiotherapeut, psychomotorisch therapeut, cognitief trainer en afasie-therapeut."

Is de behandeling onderbouwd?

"Onderzoek laat zien dat cliënten na Hersenz beter kunnen omgaan met hun beperkingen en minder zorgvragen hebben. Neuro-psychiatrische problemen

zoals somberheid en prikkelbaarheid nemen af. Bovendien ervaren mantelzorgers minder zorglast en zijn ze tevredener met hun leven."

Wat is het verschil met eerstelijnsbehandeling?

"Onze aanpak is breder. Verschillende disciplines werken samen en stemmen voortdurend met elkaar af zodat iedereen aan hetzelfde werkt: de doelen van de cliënt. Deze integrale, multidisciplinaire behandeling in de chronische fase bestond nog niet."



Hersenz wordt geboden op meer dan zestig locaties door dertien zorgorganisaties.

Hersenz zit nog niet in de basisverzekering, hoe komt dat?

"Hersenz valt nu onder een tijdelijke subsidieregeling. Het is de bedoeling dat Hersenz in 2019 naar de Zorgverzekeringswet gaat, als eerstelijns zorg. Hoe is nog niet duidelijk. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport neemt daar binnenkort een besluit over. Maar de manier waarop we Hersenz nu bieden past niet in de bestaande regels, dat is al duidelijk. De brede en multidisciplinaire aanpak, waarover cliënten en naasten zo enthousiast zijn, kan straks misschien niet meer of vraagt veel administratief regelwerk. Ook moet de cliënt straks misschien een eigen bijdrage betalen. Dat willen we niet. We willen dat Hersenz als 'totaalpakket' beschikbaar is zodat we de behandeling kunnen inzetten die maximaal resultaat geeft. Dat is het beste voor mensen met hersenletsel en hun naasten."

her senz.
verder met hersenletsel

Meer informatie

www.hersenz.nl
info@hersenz.nl

Leven met hersenletsel

Van onze redactie
Auteur: Annemarie van Dijk

Na zijn herseninfarct had Roy de Grootheupner een 'kort lontje', zoals hij zelf zegt. Anderen snapten dat niet, want ze zagen niks aan hem. Tijdens een behandeltraject leerde hij beter met zijn boosheid omgaan.



Hij was helemaal geen man die snel boos of gefrustreerd was. Maar na zijn herseninfarct in augustus 2014 reageerde Roy (62) steeds vaker boos

en agressief. De gevolgen waren ook niet niks: hij had concentratieproblemen, was overgevoelig voor licht en geluid, moest zoeken naar woorden en kon niet meer terugkeren naar zijn oude baan. "Uit pure frustratie over alles had ik een heel kort lontje. Niet alleen thuis, maar ook op straat en in winkels flipte ik soms totaal. Dat werd vaak verkeerd begrepen, want anderen zagen natuurlijk niets aan me."

Het had veel invloed op de relatie met zijn vrouw Bea (60), die ineens mantelzorger werd en moest wennen aan een andere Roy. Vóór zijn herseninfarct werkte haar man fulltime en speelde hij toneel en in een coverband. Ineens was hij steeds thuis, reageerde hij impulsief en vergat hij bijvoorbeeld de deur op slot te draaien als hij vertrok. Roy begreep haar vaak niet, waardoor ze veel geduld met hem moest hebben. Bea: "Als er irritaties waren, ging ik even naar boven. Later bespraken we dan waar het misging in het gesprek."

“

Ik ben mezelf tijdens die sessies echt tegengekomen. Gelukkig zat ik in een hechte groep van lotgenoten en voelde ik me veilig om me te laten gaan

”

Veilige groep

Pas toen Roy bij zijn huisarts om hulp vroeg, bleek dat er behandelingen bestonden. "Gelukkig maar, anders was het op een dag thuis geëscaleerd of had ik mezelf

iets aangedaan." Tijdens de behandeling was er vooral aandacht voor emotieregulatie. Roy gaf zelf aan dat hij wilde leren om beter met zijn boosheid om te gaan. Hij leerde de signalen van opkomende agressie herkennen en werd uitgedaagd om zelf te bedenken wat hij daaraan kon doen. "Ik ben mezelf tijdens die sessies echt tegengekomen. Gelukkig zat ik in een hechte groep van lotgenoten en voelde ik me veilig om me te laten gaan. Ik heb mijn woede, frustratie en verdriet er soms uitgeschreeuwd."

Zelfreflectie

Ook Bea werd betrokken bij de behandeling, zodat ze haar verhaal kwijt kon. Dat deed haar goed. Langzamerhand merkte ze dat Roy zijn boosheid beter onder controle had. "Wat ik erg knap vind van Roy is zijn vermogen tot zelfreflectie. Hij heeft geleerd om naar zijn eigen gedrag te kijken en zijn negatieve gedachten om te buigen naar helpende gedachten." Roy past het aangeleerde nu toe – thuis, op straat, op een verjaardag en op zijn werk, want hij werkt weer twaalf uur in de week. Als hij moeite heeft om bijvoorbeeld in een winkel iets uit te leggen, schiet Bea hem te hulp door een verkoper de situatie uit te leggen. "Zo'n verkoper brengt dan meteen meer geduld op." Na een jaar hard werken aan zichzelf, merkt Roy dat alles beter loopt. "We vonden weer een stuk rust terug." Het gaat de goede kant op, zegt ook Bea. Af en toe maakt ze bewust tijd voor zichzelf. Ze bokst en doet regelmatig iets leuks met een vriendin of haar dochters. "Het is belangrijk dat je als ongevraagd mantelzorger iets voor jezelf hebt."

ADVERTORIAL

Emoties de baas na hersenletsel

Na een beroerte, hersenoperatie of ongeluk ervaren veel mensen de gevolgen van hersenletsel. Zij kampen met veranderde emoties, zoals acceptatieproblemen of een kort lontje. Het programma Hersenz leert hen beter omgaan met emoties.

Thuis begint het pas, zeggen mensen met hersenletsel vaak. Na de acute fase in het ziekenhuis en het revalidatiecentrum blijkt het niet zo makkelijk om het gewone leven weer op te pakken. De gevolgen van het hersenletsel worden dan pas echt duidelijk. Om hier beter mee te leren omgaan biedt InteraktContour de behandeling Hersenz. Een groot deel van dit programma draait om het reguleren van emoties.

“Wie de Hersenz-behandeling volgt, zet vaak nog flinke stappen vooruit”

Geen controle meer

"De emoties van mensen met hersenletsel kunnen alle kanten opgaan", zegt neuropsycholoog Yvet Otten van InteraktContour. "Door frontaal hersenletsel kunnen mensen de controle verliezen over hun emoties, waardoor ze emotioneel vlak of juist ontremd worden. Vaak hebben ze ook meer tijd nodig om informatie te verwerken. Prikkel, zoals

geluid en licht, komen daardoor harder binnen. Als de vermoeidheid toeslaat, wordt het snel te veel en lopen ze keihard tegen grenzen aan.

We zien ook dat veel mensen met hersenletsel moeite hebben om te accepteren wat hen is overkomen. Dat alles kan leiden tot frustratie, verdriet en een kort lontje. Logisch dat dit tot spanningen leidt tussen partners en in het gezin."

Oefenen met je rol

Wie het Hersenz-programma volgt, zet vaak nog flinke stappen vooruit. Hersenz combineert individuele behandeling met groepsmodules en leert je beter om te gaan met je emoties, geheugenproblemen en het verdelen van je energie. Het programma is een mix van theorie en praktijk. "Meestal behandelen we 's ochtends theorie en passen we die 's middags toe door middel van oefeningen," legt Getty Wagenmans uit, psychomotorisch therapeut bij InteraktContour. "Het is goed om wat je hebt geleerd zelf te ervaren. Sommige mensen durven geen initiatieven meer te nemen, bijvoorbeeld omdat hun gezin hen te veel als patiënt ziet en steeds de leiding neemt. Wij oefenen dan met iemand hoe het is als je hierin je eigen rol weer inneemt. Ook leren we mensen om lichaamssignalen te herkennen, waardoor ze een emotionele uitbarsting kunnen voorkomen."

Aandacht voor naasten

Voor mensen in de naaste omgeving biedt Hersenz een partnermodule. Otten: "Hersenletsel krijg je nooit alleen. Ook voor dierbaren verandert er veel. Ze hebben ineens te maken met iemand die door hersenletsel minder kan of in gedrag erg is veranderd. In de partnermodule krijgen zij handvaten hoe ze weer beter met elkaar om kunnen gaan. En hoe ze als mantelzorger ook aan zichzelf kunnen blijven denken."

Meer over hersenletsel

- Traumatisch hersenletsel ontstaat door een auto-ongeluk of een klap op iemands hoofd.
- Niet-traumatisch hersenletsel treedt op als er in de hersenen iets misgaat, bijvoorbeeld door een springende ader of een propje in de bloedbaan.
- Jaarlijks lopen zo'n 140.000 Nederlanders hersenletsel op.
- 40.000 van hen houden hier forse blijvende beperkingen aan over.
- Zo'n 650.000 Nederlanders hebben beperkingen als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel.



Getty Wagenmans en Yvet Otten

InteraktContour
verder met hersenletsel

her senz.
verder met hersenletsel

Meer informatie

InteraktContour biedt de Hersenz-behandeling in Midden- en Oost Nederland. Kijk voor meer informatie op www.interaktcontour.nl of www.hersenz.nl

Visuele problemen vaak hersengerelateerd



Rick van den Toorn en Henk Stam

In Nederland zijn 600.000 mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), een aantal dat sterk blijft stijgen. Per jaar komen hier ongeveer 135.000 mensen bij. Veel van deze mensen hebben visuele problemen als gevolg van de opgelopen schade aan de hersenen, vertellen Henk Stam (optometrist) en Rick van den Toorn (neuropsycholoog) van Bartiméus, een expertise-organisatie voor mensen met een visuele beperking.

Wat voor mensen hebben NAH?

Van den Toorn: "Dat is heel divers, NAH kan op alle leeftijden voorkomen en verschillende oorzaken hebben. Denk bijvoorbeeld aan een ongeval, een herseninfarct of een hersentumor. Maar ook sluipende ziektes zoals alzheimer, parkinson en multiple sclerose (MS)

kunnen schade aan het brein toebrengen. Deze aandoeningen kunnen er allemaal toe leiden dat visuele informatie niet meer goed in de hersenen wordt verwerkt."

Wat zijn hiervan de gevolgen?

Stam: "Als mensen visusklachten hebben – ze zien bijvoorbeeld wazig – bezoeken ze vaak een opticien, optometrist of oogarts. Wanneer deze experts geen afwijkingen aan de ogen zelf kunnen vinden, staan zij helaas vaak met lege handen. In dat probleem zijn we ons zes jaar geleden gaan verdiepen. Door samen te gaan werken met andere specialisten zoals neuropsychologen, die op een andere manier tegen visuele klachten aankijken, werden we ons ervan bewust dat ook andere oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan die visuele problemen."

Van den Toorn: "De ogen zijn eigenlijk niets meer dan een doorgeefluik en onze hersenen geven vervolgens betekenis aan de informatie die via onze ogen binnenkomt. We kijken met de ogen maar we zien met de hersenen. Een neuropsycholoog houdt zich bezig met de denkfuncties, ook wel de cognitieve functies genoemd. Hieronder vallen bijvoorbeeld het geheugen en de aandacht, maar ook de visuele waarneming."

Stam: "Mensen met niet-aangeboren hersenletsel kunnen de wereld om zich heen soms heel anders waarnemen, in vergelijking met vóór het hersenletsel. Zo horen wij zeer regelmatig dat mensen bijvoorbeeld lezen niet meer als ontspannend ervaren, omdat de scherpte in het zien wisselt of omdat de woorden op de regel steeds verspringen."

Wat is de rol van jullie instelling?

Stam: "Bij veel onderzoeken binnen Bartiméus bij mensen met NAH is nu naast een optometrist, ook standaard een neuropsycholoog betrokken. Dat is uniek in Nederland. Samen proberen we zo goed mogelijk vast te stellen welke problemen vanuit de hersenen, of misschien toch meer vanuit de ogen, verklaard kunnen worden. Daarnaast kunnen wij een rol spelen bij de verdere revalidatie en begeleiding. Sinds een paar jaar bieden we evidence based kijktraining aan waarbij mensen met gezichtsvelduitval (hemianopsie, kwadrantanopsie), onder

begeleiding van een ergotherapeut leren compenseren voor dit defect. Nadien kunnen cliënten veiliger over straat en is soms zelfs herkeuring voor het rijbewijs mogelijk."

"Voor veel andere visuele waarnemingsproblemen, zoals wazig en onrustig zien, is nog geen geschikte behandeling voorhanden"

Van den Toorn: "Voor veel andere visuele waarnemingsproblemen, zoals wazig en onrustig zien, is nog geen geschikte behandeling voorhanden. We hopen hierin de komende jaren stappen te kunnen maken. Landelijke bekendheid en onderzoek zijn daarbij belangrijk. Daarnaast nemen we voor de cliënt en diens familie uitgebreid de tijd zodat zij zich meer gehoord en begrepen voelen. We werken voor hen zo transparant mogelijk."

Meer informatie

Bartiméus
088 88 99 888
www.bartimeus.nl

Revalidatie bij uitstek geschikt voor preventieve zorg



Fenna Eefting

De toenemende vergrijzing en de hedendaagse leefstijl leiden veelal tot een toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen, zoals obesitas, hart- en vaat-aandoeningen, diabetes mellitus, burn-out, astma, nek- en rugklachten. Hierdoor neemt de vraag naar zorg toe, evenals de zorgkosten. Veel chronische aandoeningen komen voort uit stress, verkeerde voeding en te weinig beweging. "In ons centrum zien we dagelijks de gevolgen van hart- en vaatziekten (hersenvloedingen en -infarcten, amputaties). Om dit te reduceren is een verandering in gedrag en leefstijl noodzakelijk en dat vraagt om een integrale aanpak. De gezondheidszorg is teveel gericht op kwaalbestrijding in plaats van echt het beste uit jezelf halen. De farmaceutische industrie en huidige zorg creëren veelal passieve en consumerende cliënten. Zij stimuleren een afhankelijkheid van medicatie in plaats van dat zij sturen op verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en regie bij de



Erben Wennemars

patiënt. Het is de hoogste tijd om ons meer op preventie te richten. In ons revalidatiecentrum hebben wij de kennis en kunde in huis om daarop in te spelen", vindt Fenna Eefting, bestuurder van revalidatiecentrum Vogellanden. "Een belangrijk uitgangspunt is dat het weer om de mens gaat en dat we bijdragen aan de kwaliteit van leven die bij deze groep achteruit holt."

Hoe zou de gezondheidszorg daarop moeten inspelen volgens u?

"Het accent zou meer moeten liggen op een positieve aanpak. Ziektes voorkomen in plaats van genezen, door mensen aan te zetten tot beweging, betere eetpatronen, stressreductie en een vermindering van externe prikkels. Onder leiding van revalidatiearts Kees Emmelot heeft Vogellanden daarom enkele jaren geleden een module opgezet waarin we de prevalidatie (preventieve revalidatie) vanuit deze optiek aanpakken. De module, genaamd Integrale Be-

handeling Overgewicht, is gericht op obesitas, maar is ook toepasbaar op andere chronische aandoeningen. Het is een interdisciplinaire benadering gericht op duurzame resultaten middels een grondige aanpak die zich richt op de aandoening, op zingeving en kwaliteit van leven in de ruimste zin. De deelnemers voelen zich al binnen een paar maanden veel fitter en gelukkiger en kunnen veelal minderen of stoppen met medicatiegebruik, zoals insuline en pijnstillers. Oud topsporter Erben Wennemars is actief betrokken en ambassadeur van onze module. Een mooie uitspraak van hem is: 'we leven in een zeer ongezonde maatschappij, eigenlijk is het een wonder dat er nog mensen gezond zijn.'"

"Een belangrijk uitgangspunt is dat het weer om de mens gaat en dat we bijdragen aan de kwaliteit van leven"

Welke rol speelt revalidatie in zo'n positieve benadering?

"Vanuit de revalidatie zijn we gewend om naar de 'hele' mens te kijken en interdisciplinair te behandelen, in dit geval met een beweeg-, voedings- en omgevingscoach, een systeembiooloog, revalidatiearts en psycholoog. Binnen ons centrum hebben we alle expertises in huis om dit probleem vanuit de kern aan te pakken. Het belangrijkste aspect

in de aanpak is gedragsverandering waardoor mensen zich een gezonde leefstijl eigen maken en daardoor blijvend gezonder zijn. Dit cruciale element zorgt voor een duurzaam resultaat van o.a. gewichtsafname en betere kwaliteit van leven."

Wat is de ervaring met deze aanpak?

"De deelnemer wordt gedurende meerdere jaren gecoacht en ondersteund. Dit doen we een paar jaar om te voorkomen dat de deelnemer terugvalt in zijn/haar oude leefstijl. Ze leren gezond te leven in een omgeving die een gezonde leefstijl ontmoedigt. Dat gaat niet vanzelf, daar is intensieve coaching voor nodig. Ook de groepsactiviteiten vormen een belangrijk onderdeel binnen de aanpak. De deelnemers zijn erg enthousiast en er is inmiddels sprake van een wachtlijst, ondanks dat we er nog geen enkele ruchtbaarheid aan hebben gegeven. Deze aanpak sluit aan bij de mens, zijn omgeving, persoonlijke blokkades en bij hun passie en drijfveren. Geen behandeling is hetzelfde ook al is het uitgangspunt gelijk. Iedereen kan weer de beste versie van zichzelf worden!"

Meer informatie

Vogellanden
038 498 1111
www.vogellanden.nl

Mentale gezondheid ondergesneeuwd door fysiek herstel

Van onze redactie
Auteur: Yara Hooglugt

Fysiek herstel kan een slechte raadgever zijn voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Het zijn juist de onzichtbare gevolgen van hersenschade die alsnog hun weerslag kunnen hebben op het sociale leven en de werk- en thuissituatie van een patiënt. Dat weet ook Jeannette Heijting, die in 2009 in een maand tijd twee herseninfarcten kreeg, en vijf jaar later tot een confronterend inzicht kwam. "Door te ontkennen dat ik door mijn hersenletsel niet meer de oude Jeannette kon worden, ben ik mezelf volledig kwijtgeraakt."

Het begon voor de 56-jarige Jeannette acht jaar geleden, toen ze werd getroffen door een herseninfarct tijdens een vakantie in Tsjechië. Gelijk bij terugkomst in Nederland heeft haar assertiviteit en eigen initiatief haar geholpen intensief te revalideren. Ze boekte flinke vooruitgang in het herstel van haar lichaamsfuncties, maar precies een maand later ging het weer mis. Het zorgde ervoor dat alle moed en zelfvertrouwen die ze had geput uit haar snelle herstel, net zo snel weer verdwenen. Ze verloor het vertrouwen in haar lichaam en angstgevoelens kregen langzaam de overhand.

Oude patronen

Ondanks de mentale drempels was Jeannette vastberaden haar oude leven weer op te pakken. Na een paar maanden stapte ze weer op de fiets, ze nam opnieuw autorijlessen, begon weer met werken en pakte haar sociale contacten op. "Dat was nou net mijn valkuil. Ik dacht: mijn lijf doet het toch weer? Ik zag geen reden waarom ik niet op hetzelfde niveau zou kunnen functioneren als voorheen." Echter, achter die muur van fysiek herstel schuilde nog steeds de mentale problemen die nooit weg waren geweest. Jeannette merkte dat ze thuis steeds vaker overprikkeld raakte, snel geïrriteerd reageerde op haar man en kinderen en last had van zware vermoeidheid. Ondertussen nam ze veel hooi op haar vork door onverminderd door te werken zonder onder ogen te zien dat haar situatie was veranderd door haar hersenletsel. Ook anderen zagen niets aan Jeanette. Ze complimenteerden haar zelfs omdat het vanaf de buitenkant leek alsof ze razendsnel herstelde. "Ik wilde hen maar al te graag bewijzen dat dat ook zo was. Pas veel te laat ben ik tot het inzicht gekomen dat ik de lat vijf jaar lang veel te hoog gelegd heb."

Zelfinzicht

Het verhaal van Jeannette is een voorbeeld van een NAH-patiënt die na een korte opname in het ziekenhuis uit het zicht van de zorginstellingen verdwijnt. De juiste opvolging van deze patiënten zou enorm kunnen helpen bij het monitoren van de ontwikkeling van eventuele problemen, zowel mentaal

als fysiek. Dit stelt Annet Wielemaker, adviseur Patiëntenzorg bij de Hersenstichting. "Het liefst zien we dat alle patiënten elk halfjaar gebeld worden om klachten te bespreken." Dat gebeurt nu nog lang niet altijd, waardoor patiënten hun problemen aan andere oorzaken gaan toedichten en in een eindeloze zoektocht naar zorg terechtkomen, vind ze. "Als ze überhaupt al op zoek gaan, want niet zelden is sprake van een verminderd ziekte-inzicht."

Omdat het ook Jeannette aan inzicht ontbrak, en vooral omdat de symptomen van verminderd welzijn werden overstemd door haar wil om door te zetten en te bewijzen dat ze de 'oude Jeannette' weer was, ging het eigenlijk alleen maar bergafwaarts met haar mentale toestand. "Ik liep met een chronische bal van angst in mijn buik en was continu moe, maar zei almaar tegen mezelf: je moet gewoon flinker zijn'. Thuis had ik een steeds korter lontje. Mijn dochter zei wel eens dat ik een andere moeder was geworden."

Herkenning en acceptatie

Het keerpunt kwam vijf jaar later, toen ze bij een

reorganisatie werd ontslagen en alweer na een halfjaar aan een nieuwe baan begon. "Zie je wel, dacht ik, ik ben er weer. Maar niet dus, want achter de schermen ging het helemaal mis. Ik was vreselijk moe en onzeker en ben mezelf in die periode volledig kwijtgeraakt." Toen Jeannette dan toch instortte, was daar een goede vriendin die haar een spiegel voorhield en haar vroeg: 'wanneer ga je nu eindelijk eens accepteren dat je NAH hebt?'. Het opende haar de ogen. Ze meldde zich aan voor een behandelingstraject en raakte in contact met lotgenoten. Wat daarop volgde is een proces dat Jeanette zelf omschrijft als de transitie van ontkennen naar herkennen van hersenletsel en het uiteindelijk accepteren van haar situatie. Dit leidde ook tot het opzeggen van haar baan. Inmiddels zet ze zich in als ervaringsdeskundige om lotgenoten en hun naasten te ondersteunen bij datzelfde proces. "Ik heb op de bodem van de put gezeten. Nog steeds kent mijn gezondheid pieken en dalen, maar die bodem, daar kom ik nooit meer. Ik heb de grip op mijn leven terug. Voorheen was ik mijn hersenletsel, nu heb ik hersenletsel. Ik heb ermee leren leven."



“Zie je wel, dacht ik, ik ben er weer. Maar niet dus, want achter de schermen ging het helemaal mis. Ik was vreselijk moe en onzeker en ben mezelf in die periode volledig kwijtgeraakt”

ADVERTORIAL

Verandering in seksualiteit bij NAH

De zichtbare en onzichtbare gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kunnen invloed hebben op de intimiteit en seksualiteit. Dit is helaas voor veel patiënten een onderwerp waar nog een taboe op rust en waar niet vaak over wordt gesproken, constateert Iris Versteijnen, orthopedagoog en hoofdbehandelaar Hersenz bij SWZ.



Iris Versteijnen

Wat voor gevolgen kunnen mensen ondervinden op dit gebied?

"De gevolgen zijn heel divers, variërend van problemen met een biologische oorzaak tot cognitieve of sociale aspecten. Zo zijn er mensen die door het hersenletsel halfzijdig verlamd zijn geraakt, waardoor bepaalde houdingen tijdens het vrijen niet meer kunnen of niet meer prettig zijn. Ook kan het zijn dat iemand veel sneller afgeleid raakt tijdens het vrijen, waardoor de spanning

in één keer weg kan vloeien. Bovendien kan de relatie onder druk komen te staan en daarmee ook de seksualiteit. Je bent nu bijvoorbeeld naast partner ook ineens mantelzorger geworden."

Op welke manier kan hiervoor een oplossing worden gezocht?

"Het belangrijkste is om je problemen rondom seksualiteit bespreekbaar te maken, met je partner en zo nodig met een hulpverlener. Samen kun je dan uitpluizen wat de oorzaken zijn, begrip kweken en op zoek naar nieuwe mogelijkheden. Met het opkroppen van frustraties kom je niet verder – seks moet juist voor ontspanning zorgen en acceptatie is daarbij essentieel."

Wat doen jullie voor deze mensen?

"Wij zorgen er zelf tijdens begeleidings- of behandelgesprekken voor dat het onderwerp in elk geval bespreekbaar is. Dat doen we op



een voorzichtige manier: we leggen uit dat het lichaam veranderingen ondervindt door het hersenletsel, en maken duidelijk dat wij weten dat ook op seksueel gebied de nodige problemen kunnen voorkomen. Daarbij vermelden we duidelijk dat dit een intiem onderwerp is dat natuurlijk niet besproken hoeft te worden, maar dat het wel altijd mag. Ik vind het heel belangrijk om dit te benoemen en om mensen zo een hand toe te reiken om samen naar oplossingen te kunnen zoeken."

Meer informatie

SWZ is er voor mensen met een hersenletsel en mensen met een meervoudige beperking in alle fasen van hun leven om op eigen kracht mee te doen met de maatschappij.
www.swzorg.nl
www.hersenz.nl



Software voor een waardevol gesprek

Een goed begin is het halve werk. Zo is bij de toegang tot zorg en ondersteuning een goed gesprek met de hulpvrager van groot belang. Dit staat of valt met een werkwijze die meer dan voorheen uitgaat van de zorgvraag, wensen en behoeften van de inwoner zelf, eigen kracht en de mogelijkheden binnen het (sociale) netwerk van de inwoner. Door te investeren in het gesprek verloopt het uiteindelijke werk doelgericht, sneller en tegen minder kosten. En omdat vraaggericht kan worden ingekocht, sluiten de oplossingen ook nog eens beter aan. Lees verder op pagina 9.



ERVARING VAN PROFESSIONALS:

- "Inwoners gaan echt zelf aan de slag met Levenskracht, dat is mooi om te zien."
- "Je zag het gesprek duidelijk kantelen: de inwoner nam de regie."
- "Je zet inwoners in de actiestand..."
- "De doelen zijn specifiek dan zonder Levenskracht."

ERVARING VAN INWONERS:

- "Prettige manier om op deze wijze alles te bespreken. Duidelijk!"
- "Eerst moeilijk, maar wel leuk. We zijn eerlijk tegen elkaar en dat is fijn."
- "Goed, alles kwam duidelijk aan bod."
- "Door met behulp van het programma in gesprek te gaan voel ik mij gehoord en begrepen."



Arthur Boone is wethouder van Westervoort. Verantwoordelijk voor Zorg en Welzijn, Jeugd(zorg), WMO, Verkeer en Vervoer, coördinatie decentralisaties: "Levenskracht is een uniforme, praktische en doeltreffende methode om een totaalbeeld van iemands leven te krijgen. De professional leidt de inwoner met creatieve gesprekstechnieken door de drie modules van de gebruiksvriendelijke applicatie. Hierdoor wordt duidelijk wat er precies aan de hand is, waar de inwoners zelf graag verbetering in wil bereiken en welke mogelijke oplossingen er zijn. Vervolgens worden concrete afspraken gemaakt wie wat gaat doen. Deze manier van werken zorgt voor veel draagvlak voor de gekozen aanpak om de situatie te verbeteren"



Hans Jansen is Strategisch beleidsmedewerker sociaal domein samenwerkende gemeenten Leudal, Nederweert, Weert bij Gemeente Weert: "De gemeente Weert heeft o.a. onderzocht op welke manier de methode Levenskracht helpt in het gesprek met klanten. De betrokken regisseurs Wmo, Amw en Cjg formuleren de resultaten als volgt:

- Open gesprek onder regie van de klant, gaat uit van eigen kracht;
- De methode zet klant in actiestand en dwingt ook de regisseur om dat te doen;
- Het helpt klant en regisseur bij de zoektocht naar de vraag achter de vraag;
- Door klanten de verschillende levensgebieden te laten waarderen, gaan ze er ook echt iets van vinden;
- Het leidt tot methodisch werken, een gedragen en gezamenlijk plan en voorkomt willekeur."



Marie Louise van Hall, Programmaleider ROL (samenwerking RIBW, Odion, Leger des Heils), Zaanstad: "Wij geloven dat ieder mens ertoe doet en kwaliteiten heeft. Levenskracht sluit hier goed op aan: het geeft bewoners de mogelijkheid ook digitaal en zelfstandig hulpvragen te formuleren. Levenskracht is vernieuwend en methodisch goed onderbouwd en gaat uit van de mogelijkheden van de bewoner."