

The background of the cover is a solid dark red. Scattered across this background are several stylized human figures. Some are green, and others are yellow. They are of various sizes and are positioned in a way that suggests a network or a group of people. The figures are simple, with no facial features, just basic outlines.

Maria Scheffers

A green stylized human figure, similar to the ones in the background, is positioned to the left of the title.

STERK

met een vitaal netwerk

Empowerment en de sociaal
netwerkmethodiek

Sterk met een vitaal netwerk

Sterk met een vitaal netwerk

Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek

Maria Scheffers

Derde, herziene druk

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2022

www.coutinho.nl/vitaalnetwerk3

Je kunt aan de slag met het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit aanvullend studiemateriaal, cliëntprofielen en schema's, diagrammen en formulieren.

© 2010/2020 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2010

Derde, herziene druk 2020, tweede oplage 2022

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: Dien Bos, Amsterdam

Binnenwerk figuur 3.1: Dien Bos, Amsterdam

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN: 978 90 469 0680 4

NUR: 752

Voorwoord

Mijn loopbaan begon als bezigheidstherapeute in een ziekenhuis. Daar ontdekte ik dat niet de beschikbare tijd relevant is voor het contact met een 'patiënt', maar mijn eigen opstelling. Zitten bij een patiënt kost evenveel tijd als staan – maar met zitten kwam er rust, gelijkwaardigheid en vertrouwen.

In het Kinderdorp Neerbosch hebben de kinderen mij behoorlijk een spiegel voorgehouden. Mijn nieuwe inzichten als groepsleider gingen niet over de methodiek, maar over hoe ik vanuit mezelf reageerde, over mijn patronen en valkuilen. De kinderen leerden mij inzien hoe ik met hen omging vanuit mijn eigen referentiekader, waarden en normen.

Als maatschappelijk werker heb ik veel geleerd van de vrouwen- c.q. sekspecifieke hulpverlening. Zicht op mijn eigen situatie, rollen en patronen bracht mij empathie voor, betrokkenheid bij en nieuwsgierigheid naar de cliënten. Wat hebben ze nodig om het heft in eigen hand te nemen? Waar zitten hun verborgen krachten? Hoe kunnen zij de omslag maken van 'slachtoffer' naar 'leider' van hun eigen leven?

Zo heb ik mezelf vele vragen gesteld – en ik stel ze nog steeds, maar nu aan andere professionals. Mijn ervaring is dat mensen de antwoorden in zichzelf meedragen en dat het de kunst is om de gelegenheid te creëren waarin zij die antwoorden zelf naar voren kunnen halen. Het gaat over het ontdekken van eigen mogelijkheden en oplossingen en zich deze toe-eigenen. En sociaal werkers, zorgverleners en professionals in de gezondheidszorg dienen er alert op te zijn dat zij geen taken van de cliënt en zijn naasten overnemen, maar hen slechts ondersteunen bij het uitvoeren.

Ik geloof in de eigen kracht (vaardigheden, ervaringskennis, kwaliteiten, mogelijkheden, innerlijk weten) van mensen, en gun hun het leven dat zij voor ogen hebben, waarin ze zich prettig voelen, gezien en uitgedaagd worden. Waarin zij net als jij en ik ingebed zijn in een vitaal netwerk. Ik geloof dat ieder mens gelukkig wil zijn en bereid is om daarvoor moeite te doen, als de juiste omstandigheden aanwezig zijn. Voor die omstandigheden kun jij als professional zorgen door de juiste voorwaarden te creëren en begeleiding te bieden. Je kunt cliënten stimuleren zich een eigen beeld te vormen van hun leven in de toekomst en over de weg waarlangs zij dat willen bereiken, al dan niet in relatie met hun sociaal netwerk. Want ook dat maken zij zelf uit.

Het idee voor dit boek is ontstaan bij het schrijven van een handboek, waarin ik de intake omschreef volgens de Haagse Sociale Netwerk Methode (HSNM). Deze intake volgens de HSNM is op zijn beurt geïnspireerd op de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA). Het bleek dat er nog weinig informatie over dit onderwerp beschikbaar was, wat mij inspireerde om wat ik weet op papier te zetten.

Dit boek is bedoeld als studieboek voor studenten van sociaal-agogische en aanverwante hbo-opleidingen, maar ook voor de vele opleidingen in de (gezondheids)zorg. Met dit boek wil ik een bijdrage leveren aan de professionalisering van alle mensen die (gaan) werken op het brede terrein van sociaal werk, jeugdhulpverlening, de ggz, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang of in de (gezondheids)zorg (thuiszorg, verpleeghuiszorg, verslavingszorg, de zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis, verstandelijke en/of fysieke beperking, wijkverpleegkunde, ergo- en fysiotherapie).

Ik hoop dat het boek je meer bewust zal maken van jezelf als instrument, en van de invloed daarvan op de begeleiding van mensen. Tevens reik ik je kennis en vaardigheden aan waarmee je de juiste voorwaarden kunt creëren waarin mensen, ongeacht hun afkomst of omstandigheden, zelfstandig en met hun sociaal netwerk op hun eigen wijze een prettig en zinvol leven kunnen leiden.

Natuurlijk is de praktijk altijd weerbarstiger; daarom wens ik je veel inspiratie, creativiteit en samenwerking toe, zodat je de vele cliënten – met steeds weer andere vragen en problemen – succesvol kunt ondersteunen op hun weg naar meer zelfregie en een betere kwaliteit van leven.

Woord van dank

Deze publicatie is een bewerking van de tweede druk van *Sterk met een vitaal netwerk* uit 2015. In de afgelopen vijf jaar hebben in het werkveld veel veranderingen en ontwikkelingen plaatsgevonden. De Wmo 2015 is nu vijf jaar in praktijk en brengt nog steeds veranderingen en ontwikkelingen met zich mee. Deze derde, herziene druk is daarop aangepast. Tevens zijn in dit boek de inzichten verwerkt uit mijn trainingen 'Empowerment' en 'Vitale netwerken' aan professionals in het brede veld van (gezondheids)zorg en welzijn. Aan deze professionals ben ik dank verschuldigd. Door hun vragen, inbreng van praktijksituaties en deelname aan de vele oefeningen hebben ze mij ieder op hun eigen wijze kennis laten maken met hun doelgroep. Ook de dag- en avonddiensten die ik als *training on the job* heb meegedraaid in RIBW De Brecht (Stichting De Volksbond) in Amsterdam, hebben mijn inzichten vergroot en aangescherpt.

Mijn dank voor de eerste druk gaat nog steeds uit naar de betrokken maatschappelijk werkers van Zebra in Den Haag, naar mijn oud-collega's van STIOM en de volgende docenten: Marianne Lenkhoff en Petra Verhagen (HAN University of Applied Sciences), Trudy Wajon (Avans Den Bosch), Ton van Angeren en Loes Kaspers (Hogeschool van Amsterdam) en Diana Landhuis (De Haagse Hogeschool).

Voor de tweede, herziene druk gaat mijn dank uit naar de docenten Annelies Kosijungan en Diana Landhuis (De Haagse Hogeschool), Marinda Mark en Marian Dries (HAN University of Applied Sciences), Sietske Horneman (Zuyd Hogeschool), Ton van Angeren en Akbar Barani (Hogeschool van Amsterdam), Bienke Janssen (Fontys Hogescholen), Lesley van Scheppingen (Hogeschool Leiden) en Sophie Ephraïm (werkontwikkelaar zorg en welzijn).

En mijn man Piet, het belangrijkste netwerklied.

Voor de derde, herziene druk gaat mijn dank uit naar de docenten Marinda Mark (Hogeschool Windesheim), Fabienne van den Berg (Zuyd Hogeschool), Jan de Leeuw (docent hoger onderwijs en auteur van vele educatieve boeken over onder andere ethiek) en Ans Scheffers (casemanager dementie/wijkverpleegkundige). En niet in de laatste plaats gaat mijn dank uit naar Casper Beekman, de uitgever, voor zijn zorgvuldigheid en betrokkenheid.

Maria Scheffers
Gouda, mei 2020

Inhoud

Inleiding	13
1 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	21
1.1 Wat houden de Wmo 2007 en de Wmo 2015 in?	21
1.1.1 De drie transities	22
1.1.2 Achtergronden	26
1.1.3 Doelen en uitgangspunten	28
1.1.4 Extra taken van de gemeenten	31
1.1.5 Doelgroepen	36
1.2 Betekenis voor welzijnsorganisaties, professionals en burgers	37
1.2.1 Wat vraagt de Wmo van welzijnsorganisaties?	37
1.2.2 Wat vraagt de Wmo van jou als professional?	42
1.2.3 Gevolgen Wmo voor professionals en burgers	44
2 Empowerment	53
2.1 Theorie: het empowermentparadigma	55
2.1.1 Meerlagige interafhankelijkheid	56
2.1.2 De capabilitybenadering	58
2.1.3 Positieve gezondheidszorg	66
2.1.4 De betekenis van de capabilitybenadering voor het sociaal werk en de gezondheidszorg	74
2.2 Microniveau: persoonlijke empowerment	77
2.2.1 Wat is persoonlijke empowerment?	77
2.2.2 Houdingsaspecten van de begeleider	80
2.2.3 Mensen met een beperking	103
2.2.4 ICT binnen zorg en welzijn	106
2.3 Mesoniveau: communityempowerment	114
2.3.1 Civil society en inclusief beleid	114
2.3.2 Wat is een gemeenschap?	116
2.3.3 Versterken van communityempowerment	118
2.3.4 Rol van de professional	119
2.3.5 Samenhang tussen communityempowerment en persoonlijke empowerment	121
2.4 Mesoniveau: organisatie-empowerment	125
2.4.1 Empowering en empowered organisaties	125
2.4.2 Lerende organisatie	127

3 Empowerment en superdiversiteit	131
3.1 Theorie: superdiversiteit	131
3.2 Theorie: de begrippen cultuur, identiteit en beeldvorming	133
3.2.1 Cultuur	133
3.2.2 Identiteit	138
3.2.3 Beeldvorming	141
3.3 Theorie: leef- en belevingswereld van mensen met een migratieachtergrond	142
3.3.1 Invloed van religie	143
3.3.2 Invloed van de gemeenschap	144
3.3.3 De zoektocht naar een eigen weg	145
3.3.4 De zoektocht naar zichzelf	146
3.3.5 De kracht van mensen met een migratieachtergrond	148
3.3.6 Verlieservaringen	149
3.3.7 Generatie- en cultuurverschillen tussen mensen met een migratieachtergrond	150
3.4 Microniveau: de attitude van de professional	155
3.4.1 Ieder mens is uniek	156
3.4.2 Oog voor verschillende referentiekaders	157
3.4.3 Houdingsaspecten en vaardigheden	161
3.4.4 Narratieve vaardigheden	163
3.4.5 Flexibel omgaan met de taalbarrière	165
3.4.6 Aandacht voor loyaliteiten in de familie	167
3.4.7 Aandacht voor inburgering	168
3.4.8 Aandacht voor ambities	169
3.4.9 Zich bewust worden van onbewuste processen	169
3.5 Mesoniveau: communityempowerment en (etnisch-)culturele diversiteit	172
3.6 Mesoniveau: organisatie-empowerment en (etnisch-)culturele diversiteit	176
4 De sociaalnetwerkmethodiek	181
4.1 Theorie: achtergronden	182
4.1.1 Het overheidsstreven naar meer zelfstandigheid	182
4.1.2 Groter beroep op vrijwilligers	182
4.1.3 Sociale verbanden	185
4.2 Theoretische achtergronden van de sociaal netwerkmethodiek	187
4.2.1 Sociaal kapitaal	188
4.2.2 Zorgkracht van sociale netwerken	189
4.2.3 Preventieve en curatieve functie van de sociaal netwerkmethodiek	192

4.3	Theorie: wat verstaan we onder een sociaal netwerk?	194
4.3.1	Definities en varianten	194
4.3.2	Samenstelling	196
4.3.3	Kenmerken	198
4.3.4	Structuur	203
4.4	Microniveau: systematische aanpak van de sociaal netwerkmethodiek	205
4.5	Fase 1 Inventariseren van het sociaal netwerk	206
4.5.1	Werken met het ecogram	208
4.6	Fase 2 Analyseren van de mogelijkheden van het sociaal netwerk	223
4.7	Fase 3 Opzetten van een werkplan	226
4.8	Fase 4 Uitvoeren van het werkplan	230
4.8.1	Jouw rol als begeleider	230
4.8.2	De interactie tussen de cliënt en zijn netwerk	231
4.8.3	Versterking van het netwerk	239
4.8.4	Een beroep doen op het netwerk	252
4.8.5	Het organiseren van een familiegesprek	255
4.8.6	Het organiseren van een netwerkberaad	261
4.9	Fase 5 Evalueren en consolideren van de bereikte resultaten	269
4.9.1	Tussentijdse evaluaties	269
4.9.2	Eindevaluatie	269
4.9.3	Consolideren	270
4.10	Attitude van de hulpverlener	271
4.10.1	Zie de cliënt in de context van zijn omgeving	271
4.10.2	Meerzijdige partijdigheid	272
4.10.3	Wees terughoudend met daadwerkelijke hulp	273
4.10.4	Inzicht in je verschillende rollen	273
4.10.5	Interprofessioneel samenwerken	274
4.11	Mesoniveau: de sociaal netwerkmethodiek en communityempowerment	280
4.11.1	Aangepaste sociaal netwerkmethodiek	281
4.11.2	Het wijkecogram	282
4.11.3	De verschillende rollen bij communityempowerment	286
4.11.4	Het sociaal kapitaal van buurten	286
4.11.5	Van digitale naar maatschappelijke participatie	287

5 De sociaal netwerkmethodiek en etnisch-culturele diversiteit	291
5.1 Microniveau: aandachtspunten bij de eerste fasen van de sociaal netwerkmethodiek	292
5.1.1 Fase 1 Inventariseren van het sociaal netwerk	292
5.1.2 Fase 2 Analyseren van de mogelijkheden van het sociaal netwerk	294
5.1.3 Fase 3 Opzetten van een werkplan	295
5.1.4 Fase 4 Uitvoeren van het werkplan	296
5.2 Mesoniveau: de sociaal netwerkmethodiek en communityempowerment	299
5.2.1 Sociale cohesie versterken	299
5.2.2 Effectieve voorlichting	302
5.2.3 Doorwerking naar persoonlijke empowerment	304
 6 Ethiek en ethisch handelen	 307
6.1 Wat is ethiek?	308
6.2 Moraal, waarden en normen	309
6.3 Ethische theorieën	310
6.3.1 Gevolgenethiek	310
6.3.2 Plichtethiek	311
6.3.3 Deugdenethiek	312
6.4 Beroepsethiek	313
6.5 Beroepscodes	314
6.5.1 Beroepsethiek en ethisch handelen voor professionals in (gezondheids)zorg en welzijn	315
6.6 Moreel beraad	316
6.6.1 Morele dilemma's	317
6.6.2 Stappenplan voor ethische analyse en beoordeling	318
6.7 Organisatie en ethiek	319
 Literatuur	 323
Register	333
Over de auteur	343

Inleiding

De (gezondheids)zorg en hulpverlening, zowel ambulant als intramuraal, zijn volop in beweging. Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 en 2015 heeft er een verschuiving plaatsgevonden van verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. De taakverdeling tussen overheid, gemeenten, maatschappelijke instellingen en burgers is veranderd (zie hoofdstuk 1). Er wordt een groter beroep gedaan op de eigen kracht van burgers, de zorgkracht van netwerken en de *civil society*.

In welzijn, (gezondheids)zorg en maatschappelijke dienstverlening werken professionals steeds meer samen met de persoonlijke sociale netwerken, mantelzorgers en vrijwilligers. Zij stemmen met elkaar af en werken aanvullend op elkaar. De vrijwilligers nemen praktische taken voor hun rekening, terwijl de professionals informatie en advies, procesmatige begeleiding, coaching en ondersteuning bieden en veelal de kwetsbaarste mensen in de samenleving activeren en motiveren. Het kan dan gaan om kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen (dementie) van allerlei niveaus en met uiteenlopende (etnisch-)culturele achtergronden. De problemen die deze mensen ondervinden, staan zelden op zichzelf. Vaak hebben cliënten meerdere problemen die elkaar beïnvloeden en in stand houden.

Voorbeelden van professionals zijn de wijkverpleegkundigen, die bij hun medische/verpleegkundige zorg deze problematieken tegenkomen. Casemanagers dementie ondersteunen niet alleen de cliënt, maar ook de mantelzorger en waar nodig het hele gezin (familiezorg). Voor de transferverpleegkundige is het belangrijk dat hij de thuissituatie kent – zijn er mogelijkheden om de patiënt te ondersteunen als hij naar huis gaat? In revalidatieafdelingen en -centra werken onder anderen fysio- en ergotherapeuten steeds meer samen met familie en sociaal netwerk om het revalidatieproces tijdens en na de overgang naar huis voort te zetten.

Zomaar een paar voorbeelden die duidelijk maken dat ook in de gezondheidszorg professionals steeds meer samenwerken met het sociaal netwerk van de patiënt/cliënt. Daarnaast blijven mensen steeds langer zelfstandig wonen. Ook deze verandering brengt een steeds nauwere samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijn met zich mee.

Wat mij opvalt in de vele trainingen die ik gegeven heb aan professionals, is dat de waan van de dag, de vele cliënten die om hulp, ondersteuning en zorg vragen, een grote druk op hen legt. Vaak blijkt het aantal cliënten dat om hulp vraagt, zowel in de eerste als tweede lijn en/of in de benodigde intensiteit van de ondersteuning, groter dan zij aankunnen. Dat geldt zowel voor de professi-

onals die ambulant werken (de afgesproken caseload moet worden gehaald, of de organisatie heeft gekozen voor kortdurende begeleiding) en de wijkverpleegkundigen als voor degenen die intramuraal werken (waar veelal de persoonlijke begeleidingsgesprekken in het gedrang komen). Daarnaast voelen zij de druk vanuit de gemeenten/zorgverzekeraar om resultaten te behalen. Daarbij heeft het wijkteam er door de Participatiewet taken bij gekregen. Voor verandering en het integreren van een nieuwe werkwijze hebben professionals echter tijd en ruimte nodig om hiermee te oefenen.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De maatschappelijke context waarin je als professional werkt, is voortdurend in beweging – zowel door maatschappelijke ontwikkelingen als door de Wmo 2007 en 2015. Daar stem je je handelen op af. Kern van beide wetten is het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en de onderlinge solidariteit van de burgers. Met andere woorden: voordat professionele hulp wordt ingezet, wordt tijdens het ‘keukentafelgesprek’ onderzocht of mantelzorgers of vrijwilligers de zorg kunnen bieden die de cliënt nodig heeft. De medewerking van buurtbewoners is nodig om voor mensen met een beperking een steunstructuur op te zetten.

Een tweede belangrijke wijziging is dat de verantwoordelijkheid voor taken van de rijksoverheid is verplaatst naar de gemeenten. Zij voeren de Wmo uit door aanbestedingen uit te zetten naar zorg- en welzijnsorganisaties.

Van jou als professional wordt verwacht dat je cliënten begeleidt naar meer eigen verantwoordelijkheid, en burgers naar meer onderlinge solidariteit. Met andere woorden: je werkt vanuit empowerment en bevordert dat cliënten hun netwerk gaan betrekken bij hun vragen en problemen.

Kortom: de Wmo heeft een grote impact op (gezondheids)zorg en welzijn en doet een specifiek beroep op jou. Daarom staat de betekenis van deze wet in dit boek centraal en sluiten de beschreven werkwijzen aan bij wat de Wmo van burgers en professionals vraagt.

Empowerend werken

Empowerment is niet iets wat je op de cliënt kunt overbrengen, want een gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen ontwikkelen is een persoonlijk, ‘open-ended’ ontdekkings- en groeiproses. Werken vanuit empowerment is meer dan een werkwijze. Het is ook een keuze, een visie en een wijze waarop je in je werk staat – waarbij vooral jouw geloof in de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt belangrijk is. Het uitgangspunt van empowerend werken is dat mensen – ongeacht hun sociale en etnisch-culturele afkomst en ongeacht hun beperkingen – de kracht en de mogelijkheden in zich hebben om hun leven vorm te geven.

Hiervoor is een omslag in denken en handelen nodig: niet jouw ervaring met en kennis van de hulpverlening staan centraal, maar de deskundigheid van de cliënt over zijn leven en de betekenis die hij hieraan geeft.

Dan kun je voor de vraag komen te staan hoe de eigen deskundigheid, het leerproces en de regierol van de cliënt zich verhouden tot jouw agenda (jouw ervaring en kennis) als begeleider. Hoe ga je daarmee om? Vanuit empowerment is het antwoord dat de professional met een open houding optimale aansluiting zoekt bij de leefwereld, krachten en mogelijkheden van de cliënt, zonder echter zijn kwetsbaarheid uit het oog te verliezen. In hoofdstuk 2 komen het begrip empowerment en houdingsaspecten die daaruit voortvloeien uitgebreid aan bod.

De sociaal netwerkmethodiek

Werken vanuit empowerment is een voorwaarde voor netwerkgericht werken. Het netwerk versterken en/of betrekken bij het oplossen van hun problemen vergt veel van de eigenheid van cliënten: het gaat om hun zelfvertrouwen, eigenwaarde, sociale vaardigheden, inzicht en mogelijkheden om hun zelfregie te versterken, zodat ze niet (opnieuw) terechtkomen in afhankelijkheid, maar nu van hun netwerk. Daarnaast kunnen vraagverlegenheid, schaamte en schuldgevoelens een rol spelen bij het wel of juist niet erbij betrekken van hun netwerk.

De in dit boek beschreven werkwijze is een methodiek. Dat wil zeggen dat er een visie (theorieën, kennis, ethische keuzes) aan ten grondslag ligt (Snellen, 2007) en dat de begeleider via de methodiek zijn eigen handelen kan verantwoorden.

De sociaal netwerkmethodiek stelt begeleiders in staat om op een doelgerichte, planmatige, procesmatige en systematische wijze samen met de cliënt zijn netwerk zichtbaar te maken, in kaart te brengen en te analyseren, om daar vervolgens – wederom samen met de cliënt – een traject op uit te zetten. Op individueel niveau ondersteun je de cliënt bij het versterken en/of betrekken van zijn netwerk bij zijn leven. Op wijkniveau vergroot je de sociale cohesie door onderlinge verbanden zichtbaar te maken en te versterken.

De sociaal netwerkmethodiek is dus een interactioneel gebeuren tussen begeleider en cliënt(en) met als doel problemen op te lossen vanuit specifieke opvattingen en uitgangspunten (visie). Ze verloopt min of meer in fasen. De interactie tussen de begeleider en de cliënt heeft de volgende kenmerken:

- » De cliënt heeft in het hulpverleningsproces de leidende rol (of groeit daarnaartoe), waardoor de hulpverlening een coproductie wordt: de cliënt bepaalt de inhoud, de begeleider creëert de juiste voorwaarden en begeleidt het proces.
- » De begeleider sluit aan op de leef- en beleavingswereld van de cliënt.
- » De begeleider zet zijn eigen sterke kanten, kwaliteiten en vaardigheden in bij het werken met deze methodiek.

De sociaal netwerkmethodiek steunt op praktijktheoretische inzichten en zorgt voor een verbinding tussen theorie en praktijk. De sociaal netwerkmethodiek is echter niet statisch en standaard, maar open en dynamisch. Dat betekent dat het heel belangrijk is dat professionals zich eerst de hier beschreven onderliggende systematiek van de methodiek eigen maken, zodat zij nadien deze aansluitend op de leef- en belevingswereld van de cliënt kunnen inzetten. Die kan bij elke cliënt anders zijn. Dit boek zal daar uitgebreid aandacht aan besteden.

Mensvisie

Ieder mens heeft de behoefte zich te ontwikkelen, de behoefte aan erkenning en bevestiging, en de behoefte gelukkig te worden. Volgens Aristoteles is geluk het hoogste doel van het menselijk bestaan (De Brabander, 2019). Hoe vaak zeggen cliënten niet als je vraagt naar hun doel: 'Ik wil gelukkig worden'? Ieder mens beschikt over eigen krachten, kwaliteiten, vaardigheden en mogelijkheden die hij kan inzetten en vergroten om de kwaliteit van zijn leven te verbeteren. En dat is precies waar werken vanuit empowerment op aansluit.

Mensen zijn sociale wezens met een gevoelsmatige behoefte aan veiligheid en verbondenheid met anderen bij wie ze steun vinden: ze willen erbij horen. Koeter-Kemmerling (2005) verwoordt het belang van de omgeving voor het eigen welbevinden als volgt.

'De mens manifesteert zich of tracht zich te manifesteren in een voortdurende wisselwerking met zijn sociale en fysieke omgeving. Daarbij ontmoet hij problemen of problemen overkomen hem, die hij chronisch of tijdelijk niet aankan. Daarvoor heeft hij enige of heel veel ondersteuning om te kunnen spreken van enige vorm van welbevinden.'

De Brabander (2019, p. 55) wijst erop dat Aristoteles al benadrukte dat het niet enkel om het eigen welbevinden gaat.

'Volgens Aristoteles kunnen we niet gelukkig zijn wanneer anderen dat niet zijn. Het geluk waarnaar we streven, is het geluk van allen. We leven niet op onszelf, maar zijn van nature een gemeenschapswezen. Wie alleen zijn eigen geluk nastreeft, zal daarom nooit volmaakt gelukkig worden. Het geluk van de gemeenschap is belangrijker dan mijn eigen geluk. Mijn geluk is het geluk van de gemeenschap. Geluk stelt ons in staat een goed burger te zijn.'

De sociaal netwerkmethodiek sluit hierop aan door de sociale omgeving van de cliënt te betrekken in de begeleiding.

Interculturele hulpverlening

Nederland is door zijn hoogontwikkelde economie altijd een immigratieland geweest. We treffen diverse groeperingen met een migratieachtergrond aan in Nederland, zoals inwoners van vroegere koloniën, arbeidsmigranten, asielzoekers, vluchtelingen en nieuwkomers.

Al deze mensen met verschillende etnische achtergronden brengen hun eigen cultuur mee. We groeien als land toe naar een superdiverse samenleving, waarin diversiteit bestaat zowel binnen groepen als tussen groepen. Vooropstaat dat veel migranten het prima redden in de Nederlandse samenleving: zij zijn goed in staat (geweest) om hier zowel economisch als sociaal een mooie toekomst op te bouwen. In dit boek gaat het over de mensen die daar om een of andere reden moeite mee hebben.

Mocht je een afstand ervaren in de begeleiding van mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond dan jijzelf, dan biedt dit boek je inzichten en gereedschappen om deze verschillen te overbruggen. Het uitgangspunt is dat álle mensen verschillend zijn, nog afgezien van hun etnisch-culturele achtergronden. Diversiteit is in die optiek geen belemmering, maar een basiskenmerk van elke organisatie, buurt of samenleving. Met andere woorden: verschillen maken deel uit van het leven en worden als zodanig aanvaard.

Wil jij als professional intercultureel kunnen werken, dan is het belangrijk dat je je bewust bent van je eigen referentiekader, zodat je iedere cliënt als een uniek mens kunt zien en onbevooroordeeld tegemoet kunt treden. Je zet met andere woorden je eigen 'culturele bril' af, verdiept je in verschillende culturen, onderzoekt je (voor)oordelen en hebt oog voor overeenkomsten en verschillen. Zo ontwikkel je *cultuursensitiviteit* – een ingebouwde aandacht voor verscheidenheid in leefwijzen, mogelijkheden, beperkingen en startposities – en ontstaat er tweerichtingsverkeer tussen gelijkwaardige partners.

Omdat dit nog geen gemeengoed is en wij allemaal zo onze blinde vlek hebben, wordt in hoofdstuk 3 het werken vanuit de principes van empowerment beschreven in relatie tot etnisch-culturele diversiteit. In hoofdstuk 5 wordt het inzetten van de sociaal netwerkmethodiek in relatie tot etnisch-culturele diversiteit behandeld.

Mensen met een beperking

In het voorwoord staat dat ik veel van cursisten heb geleerd. Dan heb ik het onder meer over het begeleiden van mensen met een beperking, bijvoorbeeld een (niet-)aangeboren hersenletsel, fysieke beperkingen, psychiatrische stoornissen, een verslaving en mensen met dementie en hun mantelzorger(s). Om in de begeleiding aan te sluiten bij de leef- en beleavingswereld van deze mensen zijn aanvullende vaardigheden en kwaliteiten nodig. Je ontmoet immers een uniek persoon, niet een gehandicapte, verslaafde, schizofreen of psychoot. Men-

sen *hebben* een handicap of ziekte, maar *zijn* het niet. In het kader van inclusief denken en werken heb ik op relevante plaatsen deze nieuwe inzichten en extra aandachtspunten en vaardigheden verwerkt.

Opzet en insteek van dit boek

Termen en benamingen

In dit boek gebruik ik de term cliënten voor de verschillende doelgroepen die zowel ambulante als intramuraal om begeleiding vragen in (gezondheids)zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening.

Onder de term begeleiders versta ik – tenzij anders vermeld – alle professionals die op de een of andere manier cliënten en in de gezondheidszorg patiënten ondersteunen, begeleiden, verzorgen, medische zorg geven, revalideren en coachen om ze weer grip te geven op hun dagelijks leven en hun omgeving: woonbegeleiders, activeerders, buurtwerkers, hulpverleners, zorgverleners, (wijk)verpleegkundigen, transfervernpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten.

Hoewel in de agogische sector veel meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn, heb ik na beraad toch de mannelijke vorm gekozen, omdat deze nu eenmaal in studieboeken de meest gebruikte vorm is. Dit geldt ook voor de term cliënten. Iedereen wordt uitgenodigd om in de plaats waar ‘hij’ staat ‘zij’ te lezen.

In de vele voorbeelden tutoyeren de begeleider en de cliënt elkaar. Uiteraard is het helemaal afhankelijk van de situatie waarvoor gekozen wordt: er kunnen zowel voor tutoyeren als vovoyeren goede redenen zijn. De voorbeelden en casussen komen van professionals uit het project Profilerings AMW, van professionals uit de gezondheidszorg, van cursisten en van de auteur.

Voor wie is dit boek?

Dit boek is bedoeld voor professionals werkzaam in (gezondheids)zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, ambulante eerste en tweede lijn en intramuraal. Het is geschreven voor professionals die geloven in de zelfstandigheid en de eigen kracht van mensen, die gelijkwaardig naast cliënten willen staan en die geloven dat mensen zonder een vitaal netwerk zeer kwetsbaar zijn. In dit boek vinden zij de kennis en vaardigheden om in de dagelijkse praktijk vorm te geven aan empowerment en netwerkgericht werken.

Dit boek is bovendien bedoeld als studieboek voor studenten van sociaal-agogische en aanverwante hbo-opleidingen, maar ook voor opleidingen in de gezondheidszorg, fysiotherapie, ergotherapie, casemanagement dementie en hbo-v. Het is geschikt voor studenten vanaf het tweede studiejaar. Voor voltijdstudenten die nog niet in het werkveld werkzaam zijn, zijn er veel voorbeelden toegevoegd. Voor de deeltijdstudenten, die veelal wel kunnen putten uit eigen praktijkvoorbeelden, bieden de voorbeelden geschikt vergelijkingsmateriaal.

Opbouw

Het eerste hoofdstuk beschrijft hoe uit de inhoud van de Wmo 2007 en 2015 taken voortvloeien voor de gemeenten en organisaties. Vervolgens wordt uitgelegd dat de vanzelfsprekendheid in de relatie tussen subsidiegever en ontvanger aan verandering onderhevig is, omdat gemeenten immers kunnen aanbesteden. Zowel de Wmo als deze veranderende verhoudingen vragen van professionals niet alleen zorg en hulp verlenen (op microniveau), maar ook inzet op meso- en macroniveau. Om de doelen vanuit de Wmo te kunnen realiseren is namelijk een professional nodig die integraal kan werken, die over de grenzen van de eigen professie heen kijkt, die goed kan samenwerken en die naast het verlenen van (gezondheids)zorg, hulp en diensten het participeren van mensen in de samenleving bevordert.

In hoofdstuk 2 wordt uitgelegd wat we verstaan onder het empowermentparadigma, positieve gezondheidszorg, de capabilitybenadering en dat werken vanuit empowerment is gerelateerd aan het eerste uitgangspunt van de Wmo: iedere burger is voor zichzelf verantwoordelijk. Daarbij is er enerzijds aandacht voor de houdingsaspecten en interventies van de begeleider en anderzijds voor het leer- en ontwikkelingstraject van de cliënt. Het hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens persoonlijke empowerment, communityempowerment en organisatie-empowerment.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de relatie tussen empowerment en etnisch-culturele diversiteit in de zorg en hulpverlening. Er worden verschillende aandachtspunten uitgewerkt en er zijn interventies beschreven om de eigen cultuursensitiviteit van de professional te vergroten.

Hoofdstuk 4 behandelt de sociaal netwerkmethodiek. Eerst wordt de theorie daarachter toegelicht. Vervolgens worden de vijf fasen van deze methodiek uitgewerkt in relatie tot de cliënt en zijn netwerk. Ook wordt uitgelegd hoe de methodiek ingezet kan worden voor communityempowerment. De vijf fasen van de sociaal netwerkmethodiek sluiten aan bij het tweede uitgangspunt van de Wmo: de zorg van de burgers voor elkaar, het actieve burgerschap en de zorg voor de sociale cohesie. In dit vierde hoofdstuk wordt het uitgangspunt van de sociaal netwerkmethodiek concreet: het maakt duidelijk waarom iedereen – ook de cliënt – een vitaal netwerk nodig heeft om de onvermijdelijke problemen in het leven het hoofd te bieden en zijn diverse rollen in de samenleving te vervullen.

Hoofdstuk 5 relateert de sociaal netwerkmethodiek aan etnisch-culturele diversiteit en vult zo de hoofdstukken 3 en 4 aan.

Hoofdstuk 6 gaat over reflecteren op je werk vanuit ethisch perspectief. Wat is moreel of ethisch goed om te doen in concrete werksituaties als je voor een dilemma staat? Om daar meer zicht op te krijgen, gaan we eerst nader in op het begrip ethiek, op ethische theorieën en op het begrip het ‘goede’ doen. Wat heeft de ethiek ons te bieden? We besteden aandacht aan beroepsethiek en de rol van

de beroepscode. Zowel ethiek als de beroepscode bieden handvatten om op ons handelen te reflecteren en deze in een breder kader en bredere context te plaatsen, te verantwoorden en te onderbouwen. Het moreel beraad is een werkwijze die professionals helpt om dit reflecteren gestructureerd vorm te geven in de praktijk.

In alle hoofdstukken zijn op relevante plaatsen opdrachten en suggesties voor verder lezen opgenomen.

Online studiemateriaal

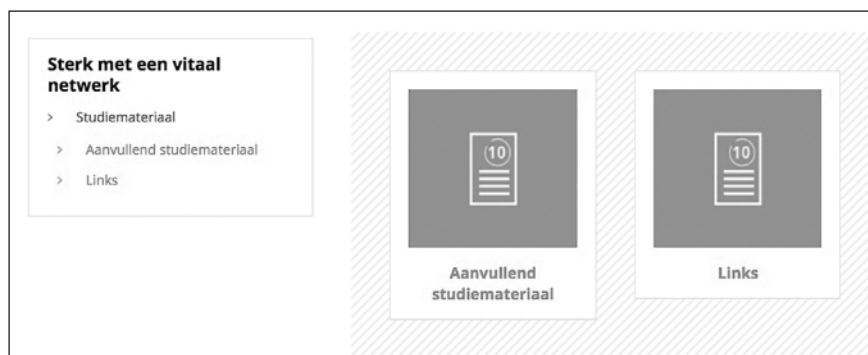
Op www.coutinho.nl/vitaalnetwerk3 vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:

- » aanvullend studiemateriaal
- » cliëntprofielen, aandachtspunten en krachtbronnen
- » casussen met opdrachten
- » schema's, diagrammen en formulieren om in te vullen

De cliëntprofielen bevatten aandachtspunten voor het begeleiden van de cliënten, kenmerken en krachtbronnen. Bij de casussen horen opdrachten waarmee de professional zich de werkwijze van de sociaal netwerkmethodiek en het werken vanuit empowerment al oefenend eigen kan maken. Deeltijdstudenten met een eigen praktijk kunnen met een kleine aanpassing de opdrachten op hun eigen casussen toepassen. Er zit een geheel volgens de sociaal netwerkmethodiek uitgewerkte casus bij. In het boek wordt verwezen naar de invulbare schema's, diagrammen en formulieren op de website.



Als er in het boek wordt verwezen naar de website, is dat aangegeven met dit webicoon.



De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

1

Inleiding

In dit hoofdstuk is uitgewerkt hoe de Wmo expliciet een beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid en gemeenschapszin van burgers en wat daarvan de betekenis en consequenties zijn. Paragraaf 1.1 behandelt wat wel en niet in deze kaderwet is opgenomen, wat de achtergronden, doelen en uitgangspunten zijn van de Wmo 2007 en hoe daar in 2015 op is doorgeborduurd, en voor wie de wet bedoeld is. In paragraaf 1.2 is uitgewerkt wat de gevolgen van de Wmo zijn voor gemeenten, welzijnsorganisaties, professionals en burgers.

1.1 Wat houden de Wmo 2007 en de Wmo 2015 in?

De Wmo is een kaderwet die na jaren voorbereiding op 1 januari 2007 van kracht is geworden. Een kaderwet is een wet die algemene kaders stelt en niet alles in detail beschrijft. De gemeenten geven een eigen invulling aan de uitvoering van de Wmo: dat betekent dat hierin per gemeente verschillen optreden.

In de Wmo 2007 is een groot aantal wetten en regelingen samengevoegd die al eerder van kracht waren. Sindsdien biedt de Wmo één wettelijk kader voor alle maatschappelijke zorgverlening. Het betreft de voormalige:

- » Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg);
- » Welzijnswet;
- » Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), met name van toepassing op mensen met psychische en verslavingsproblemen en gericht op onder meer signalering, contact houden, de begeleiding naar zorg, en nazorg om terugval te voorkomen;
- » huishoudelijke verzorging en een deel van de ondersteunende en activerende begeleiding uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In het kader van verdere decentralisatie van taken naar gemeenten is de Wmo 2015 in werking getreden. Met deze wet hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor het organiseren van passende ondersteuning aan huis voor mensen die niet op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving. Denk aan langdurige begeleiding en verzorging voor chronisch zieken en voor gehandicapten, dagbe-

steding voor gehandicapten en mensen met een psychiatrische stoornis, dagopvang voor thuiswonende ouderen, beschermd wonen en jeugdzorg. Doel van de wet is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en participeren. Tegelijk met de overheveling van deze taken heeft de overheid een bezuiniging doorgevoerd.

1.1.1 De drie transities

Met de nieuwe Wmo hebben ook enkele andere transities plaatsgevonden. Deze worden ook wel de drie decentralisaties (de drie D's) genoemd. Drie wetten zijn anders georganiseerd, gedecentraliseerd en passen nu beter bij de gewenste lokale situatie. Het betreft: de invoering van de Participatiewet, de overheveling van begeleiding en persoonlijke verzorging van AWBZ naar de Wmo en de transities bij jeugdzorg.

De Participatiewet

Het doel van de Participatiewet is dat mensen – ook degenen die (tijdelijk) verminderd zelfredzaam zijn – zo veel mogelijk op gelijke voet staan met anderen, mensen kunnen ontmoeten, contacten kunnen onderhouden en aan maatschappelijke activiteiten kunnen deelnemen. Dit moet leiden tot een inclusievere samenleving. Ook deze wet voorziet in ondersteuning om zo veilig en zelfstandig mogelijk te kunnen blijven wonen. De gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk.

Centraal staat mensen – ook mensen met een beperking – stimuleren om meer deel te nemen aan de samenleving. Het gaat dan om meedoen aan culturele en/of sportieve activiteiten (culturele/sociale participatie), vrijwilligerswerk, projecten om de sociale cohesie in de wijk te verbeteren (maatschappelijke participatie) en arbeid (arbeids- oftewel economische participatie). Vooral arbeidsparticipatie heeft veel aandacht gekregen. Het doel is om meer mensen met een arbeidsbeperking aan de slag te krijgen. Deze mensen zaten voorheen in de Wet werk en bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en de Wajong. De gemeente heeft bij deze doelgroep dezelfde taken als bij mensen met een bijstandsuitkering, namelijk het bieden van ondersteuning gericht op arbeidsinschakeling en – waar nodig – inkomensondersteuning (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2013).

Dit is makkelijker gezegd dan gedaan.

Mensen met een arbeidsbeperking komen moeilijk aan de slag. De overheid wil deze mensen meer kansen geven om vaker bij een reguliere werkgever aan de slag te kunnen gaan. Op 11 april 2013 is een sociaal akkoord gesloten tussen bedrijven en de overheid om deze mensen hierin te stimuleren. In dit sociaal akkoord hebben het kabinet en de sociale partners (werkgevers en werknemers) afgesproken dat ze landelijk 125.000 extra banen (ten opzichte van de peildatum 1 januari 2013) gaan

creëren. Het gaat om 100.000 banen in de marktsector die in 2026 gerealiseerd moeten zijn en 25.000 banen bij de overheid die in 2024 gerealiseerd moeten zijn.



Lees hier meer over bij aanvullend studiemateriaal op de website bij dit boek.

De Wet langdurige zorg

De AWBZ is vervangen door de Wet langdurige zorg. Deze wet maakt het mogelijk dat langdurige intramurale ondersteuning, begeleiding en verzorging nog steeds worden aangeboden aan mensen die helemaal afhankelijk zijn van zorg. Dit zijn mensen met zware lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen, mensen met chronische psychiatrische stoornissen of problemen, langdurig zieken, zwaar dementerenden en ouderen. Zij hebben specifieke zorg nodig waarbij 24/7 professionele zorg en toezicht aanwezig zijn.

Cliënten met een lichtere zorgvraag – die voorheen intramurale zorg zouden ontvangen – krijgen die zorg nu in de eigen omgeving. De persoonlijke verzorging is samen met de extramurale verpleging overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Wet Bopz, de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang

Sociaal werkers en wijkverpleegkundigen krijgen door de extramuralisering van de ggz steeds meer te maken met verwarde personen en dus ook met de Bopz (zie hierna). Casemanagers dementie en begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking zien de wilsbekwaamheid van hun cliënten verminderen en komen voor de vraag te staan: hoe nu verder? Daarom staan we kort stil bij de vervanging van deze wet door de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang per 1 januari 2020.

Wet Bopz

De Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelde gedwongen opname en behandeling van mensen die een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving. De wet was bedoeld voor mensen met psychiatrische problemen of een verstandelijke beperking en voor de geriatrie. Deze wet is per 1 januari 2020 vervangen door twee nieuwe wetten: de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang.

De Wet verplichte ggz

Deze wet is meer gericht op het voorkómen van verplichte zorg en op het kiezen voor minder dwang. De wet regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg in de ggz. De wet maakt het mogelijk om verplichte zorg, zoals het toedienen van verplichte medicatie of het uitoefenen van toezicht op

de betrokkene, poliklinisch of bij iemand thuis te geven. In deze wet staat dat cliënten voldoende invloed moeten hebben tijdens de periode van verplichte zorg.



Lees meer over de Wet verplichte ggz bij aanvullend studiemateriaal op de website.

De Wet zorg en dwang

Deze wet regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg krijgen. Hierdoor worden mensen die hun wil niet meer kunnen uiten beter beschermd. De kern van de wet is ‘nee, tenzij’.

Het uitgangspunt is dat dwangmaatregelen niet thuishoren in de zorg voor ouderen en gehandicapten. Gevaarlijke situaties moeten zo veel mogelijk met behulp van een zorgplan en vrijwillige zorg worden opgelost, ook bij ernstig probleemgedrag. Als dit niet lukt, moet de zorgverlener een stappenplan doorlopen, voordat onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Deze wet geldt niet alleen voor instellingen, maar bijvoorbeeld ook in de thuissituatie, bij logeeropvang en in kleinschalige woonvormen.

Deze wet regelt ook opname van mensen met dementie of een verstandelijke beperking in een *zorginstelling* als zij daar zelf niet over kunnen beslissen of als zij weigeren terwijl een opname wel noodzakelijk is.



Op de website bij aanvullend studiemateriaal lees je meer over de Wet zorg en dwang.

De Jeugdwet

De Jeugdwet heeft taken van de overheid en provincies naar gemeenten overgeheveld. Deze wet vervangt behalve de Wet op de jeugdzorg verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die voorheen vielen onder de Zorgverzekeringswet (geestelijke gezondheidszorg voor jongeren) en de AWBZ (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd). Ook de jeugdbescherming, jeugdreclassering, geïndiceerde en gesloten jeugdzorg (Jeugdzorg Plus) maken deel uit van de Wmo 2015. De gemeenten richten zich op:

- » het inschakelen, herstellen en versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en hun sociale omgeving. Het is belangrijk dat zij de regie blijven houden over hun leven en meebeslissen over de zorg die nodig is;
- » het bevorderen van de opvoedingscapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving;
- » preventie en vroegsignalering voor kwetsbare kinderen;