



Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen

Inleiding

1 Van aandoening naar participatievermogen

- 1.1 Pluis of niet pluis
- 1.2 Voor- en nadelen van de diagnose kennen
- 1.3 ICF: een holistische kijk op functioneren
- 1.4 ICF en participatievermogen

Intermezzo: het verhaal van Kees

2 Begeleiding op maat

- 2.1 Algemene aandachtspunten
- 2.2 Gebruik de basishouding gespreksvoering
- 2.3 Waak voor stigmatisering
- 2.4 Werk samen met werkgevers

Intermezzo: tips van Willem van Spaendonck

3 Interventies

- 3.1 Interventies
- 3.2 Werkzame elementen in interventies

Intermezzo: het verhaal van Klaas

4 Samenwerken met zorgprofessionals

- 4.1 Professionals binnen de GGZ
- 4.2 Professionals buiten de GGZ
- 4.3 Online begeleiding
- 4.4 Gegevensuitwisseling en privacy

Intermezzo: het verhaal van Sylvie

5 Lichte verstandelijke beperkingen

- 5.1 Kenmerken
- 5.2 Een lichte verstandelijke beperking herkennen
- 5.3 Hoe vaak komt het voor?
- 5.4 Aanwijzingen voor de omgang
- 5.5 Begeleiding naar werk
- 5.6 Aanvullende informatie

Intermezzo: de verhalen van Gerard en Eva

6 **Belangrijkste psychische aandoeningen**

6.1 Depressie

6.2 Bipolaire stemmingsstoornis

6.3 Angststoornissen

6.4 Obsessief-compulsieve stoornissen (OCS)

6.5 Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

6.6 Persoonlijkheidsstoornissen

6.7 Psychotische stoornissen

6.8 Eetstoornissen

6.9 Verslaving

6.10 Autisme

6.11 ADHD en ADD

Intermezzo: het verhaal van Sjaak

Bijlage 1 **ICF-gesprekskaart**


Bijlage 2 **Samenstelling expertpanel en klankbordgroep**

Bijlage 3 **Evaluatieblad klantgesprek**

Colofon

Inleiding

Meer kennis van psychische aandoeningen of lichte verstandelijke beperkingen geeft meer inzicht in klanten en hun gedrag. Maar de aandoening alleen bepaalt niet iemands vermogen om te participeren en te werken. Ook persoonlijke factoren en externe factoren zoals stigmatisering spelen daarbij een rol. Deze werkwijzer helpt klantmanagers zich een compleet beeld te vormen van het volledige functioneren van klanten in hun context. Dat leidt tot betere beslissingen en ondersteuning.

Deze werkwijzer geeft klantmanagers die gesprekken voeren met klanten met psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen 

Over het algemeen spreken we van psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen wanneer iemand aanzienlijke problemen heeft in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld bij opleiding, werk, relaties met anderen of het voorzien in de dagelijkse behoeften). Dergelijke problemen in het dagelijks functioneren zijn dan ook vaak een reden om te laten vaststellen of er sprake is van een psychische aandoening of verstandelijke beperking. Lichte verstandelijke beperkingen vallen strikt genomen onder de psychische aandoeningen of stoornissen, zie hoofdstuk 6.

handvatten om hen effectief te begeleiden naar werk. De informatie is gebaseerd op literatuur en op kennis en ervaringen van professionals en (ervarings)deskundigen bij sociale diensten en daarbuiten. Zie [Bijlage 2 \(#samenstelling-expertpanel-en-klankbordgroep\)](#) voor een overzicht van de leden van de klankbordgroep en het expertpanel die betrokken waren bij de totstandkoming van deze werkwijzer.

De werkwijzer helpt je klanten positief en realistisch te benaderen

Om klanten effectief te begeleiden naar werk moet je kennis hebben van hun beperkingen en daar rekening mee houden. Dat betekent: naar werk zoeken vanuit hun mogelijkheden. En je moet samen met klanten en werkgevers zoeken naar creatieve oplossingen voor belemmeringen. Je moet daarvoor begrip hebben voor de situatie van een klant, terwijl je inleven niet altijd makkelijk is. Dat lukt alleen met een respectvolle basishouding waardoor het contact altijd warm, menselijk, eerlijk en open is.

De werkwijzer is een aanvulling op de eerdere werkwijzer

De eerder verschenen [Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen](#) (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-re-integratie-van-klanten-met-psychische-aandoeningen>) had vooral de samenwerking rond klanten met psychische aandoeningen tot onderwerp. Deze Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen vormt daarop een aanvulling. De werkwijzer gaat ook in op klanten met lichte verstandelijke beperkingen en geeft informatie over het ICF-raamwerk en de belangrijkste aandoeningen. Daarnaast ligt het accent ook meer op de praktische toepassing: wat betekenen de verschillende aandoeningen voor werk, welke aandachtspunten zijn er.

De werkwijzer is geen vervanging voor de kennis van experts

Psychiaters, psychologen en orthopedagogen zijn uitgebreid opgeleid om diagnoses te stellen en mensen met psychische aandoeningen te behandelen en te begeleiden. Deze werkwijzer is daarom ook zeker niet bedoeld als vervanging van hun expertise, maar geeft alleen globale informatie. In veel gevallen zul je als klantmanager samen moeten werken en overleggen met experts. De werkwijzer zorgt dan voor een gedeeld begrippenkader.

De werkwijzer versterkt vakmanschap en methodisch werken

De Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen maakt deel uit van het Programma Effectiviteit en Vakmanschap van Divosa en de Beroepsvereniging voor Klantmanagers (BvK), een programma om methodisch werken binnen de sociale zekerheid te stimuleren. Correcties en aanvullingen vanuit de uitvoeringspraktijk zijn van harte welkom. Stuur je feedback naar info@divosa.nl (<mailto:info@divosa.nl>).

Leeswijzer

[Hoofdstuk 1 \(#van-aandoening-naar-participatievermogen\)](#) geeft een overzicht van observaties die kunnen wijzen op een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening. Ook beschrijft het een raamwerk voor een holistische benadering van klanten, waardoor je meer ziet dan aandoening en symptomen. [Hoofdstuk 2 \(#begeleiding-op-maat\)](#) geeft de algemene uitgangspunten en voorwaarden om mensen met een psychische aandoening of lichte verstandelijke beperking zo goed mogelijk naar de arbeidsmarkt te begeleiden. Daarbij gaat het om de juiste houding aannemen, stigma's verminderen en samenwerken met werkgevers. We raden je aan om zeker de eerste twee hoofdstukken te lezen voordat je je verdiept in de symptomen en aanwijzingen voor de omgang in

hoofdstuk 5 (#lichte-verstandelijke-beperkingen) en hoofdstuk 6 (#belangrijkste-psychische-aandoeningen). Hoofdstuk 3 (#interventies) en hoofdstuk 4 (#samenwerken-met-zorgprofessionals) gaan nader in op interventies naar werk en de samenwerking met zorgprofessionals. Aan het eind van elk hoofdstuk laten we een ervaringsdeskundige aan het woord.

Aanvullende informatie en hulpmiddelen

Bij de werkwijzer hoort een digitale Kenniswijzer (<https://participatiecampus.nl/kenniswijzers>). Daarin kun je relevante informatie vinden, zoals goede voorbeelden, onderzoeken en achtergrondinformatie. Deze kenniswijzer is te vinden op de ParticipatieCampus van Divosa en SBCM. Daar vind je ook twee e-learnings over het begeleiden van klanten met psychische aandoeningen naar werk. Zie www.participatiecampus.nl (<https://participatiecampus.nl/kenniswijzers>). (Kosteloos) registreren voor de ParticipatieCampus is noodzakelijk.

Een hulpmiddel om je gesprek met de klant te evalueren is het [Evaluatieblad klantgesprek](http://www.divosa.nl/publicaties/evaluatieblad-klantgesprek) (<http://www.divosa.nl/publicaties/evaluatieblad-klantgesprek>). Dit is speciaal ontwikkeld om te gebruiken bij het evalueren van een klantgesprek met iemand met een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking. Een verwijzing naar het Evaluatieblad klantgesprek is opgenomen in [Bijlage 3 \(#evaluatieblad-klantgesprek\)](#) van deze werkwijzer.

Hoofdstuk 1

Van aandoening naar participatievermogen

Welke observaties vormen een eerste aanwijzing dat er sprake kan zijn van een aandoening of beperking? Wat is er nodig om te bepalen wat iemands participatiemogelijkheden zijn? Wat is de invloed van iemands persoonlijke eigenschappen, omgeving en van stigma's? Dit hoofdstuk geeft een raamwerk om te kijken naar iemands volledige functioneren in zijn context.

Klantmanagers willen vaak weten welke aandoening iemand heeft. Het gevaar daarvan is wel dat ze dan alleen nog maar kijken naar de ziekte of beperking en de symptomen. Kennis van een ziektebeeld is echter niet voldoende om te bepalen wat iemands participatievermogen is. Daarvoor moet je ook kijken naar iemands persoonlijkheid, achtergrond en externe factoren.

Hoofdstuk 1.1

Pluis of niet pluis

Je hebt een gesprek gehad en krijgt het gevoel dat er iets niet klopt. Een klant keek je nauwelijks aan, gaf onbegrijpelijke antwoorden en op het cv staan veel korte banen. Of een klant reageerde heel anders dan je gewend bent. In zo'n geval kun je je afvragen of iemand een psychische aandoening of lichte verstandelijke beperking heeft. En of dat verklaart waarom hij iets niet wil of niet kan. Met de observaties en vragen kun je je vermoeden onderbouwen. ①

Algemene indruk

Handvat bij een vermoeden van een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking:

Soort observatie

- Hygiëne, kleding, fysieke conditie
- Mate van alertheid
- Gemoedstoestand (opgetogen of depressief), houding, gezichtsuitdrukking, spraak
- Angst: is iemand opvallend nerveus of zeer angstig?

Voorbeelden van observaties tijdens een gesprek

- Kijkt iemand je helder en geïnteresseerd aan (maakt hij oogcontact)? Of is iemand afwezig en lusteloos en is zijn aandacht moeilijk te trekken?
- Is iemands kleding schoon?
- Is iemand gespannen (verkrampte handen, bezweet of constant aan het plukken)?

Vragen om een completer beeld te krijgen

- Heeft u veel aan uw hoofd?
- Heeft u veel spanning/verdriet?
- Kunt u nog ergens van genieten?
- Waar beleeft u plezier aan?

Gedrag

Handvat bij een vermoeden van een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking:

Soort observatie

- Motoriek: hyperactief, sloom, abrupt, constant?
- Samenhang: incoherent of doelgericht?
- Doelbewust: bizar, stereotiep, gevaarlijk of impulsief?
- Spraak: snel, doelgericht, coherent?

Voorbeelden van observaties tijdens een gesprek

- Antwoordt iemand in algemeenheden?
- Springt iemand van de hak op de tak, zit iemand niet stil?
- Is iemand dreigend of intimiderend (fysiek of verbaal)?
- Kan iemand moeilijk nuances aanbrengen?
- Heeft iemand speciaal onderwijs genoten, voortijdig school verlaten, of juist na zijn zesde meer dan twaalf jaar op school gezeten en toch geen diploma op niveau 1 behaald?
- Heeft iemand korte banen/veranderingen van vrienden en woonplekken (zonder duidelijke aanleiding)?
- Heeft iemand weinig sociale contacten/geen netwerk?
- Heeft iemand een verstoord dag- en nachtritme?
- Praat iemand snel en is hij niet te stoppen? Is het gesprek eenrichtingsverkeer?

Vragen om een completer beeld te krijgen

- Ervaren anderen u wel eens als druk, moeilijk te begrijpen of agressief?

Cognitie

Handvat bij een vermoeden van een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking:

Soort observatie

- Oriëntatie: persoon, plaats, tijd en omstandigheid
- Denkvermogen: geheugen en eenvoudige taken
- Redeneren: inzicht, beoordelingsvermogen, probleemoplossing
- Coherentie: onsamenhangende ideeën, wanen, of hallucinaties?

Vragen om een completer beeld te krijgen

- Kunt u me vertellen welke datum het is vandaag/waar we zijn/wie ik ben?
- Is het vaak druk in uw hoofd?
- Hoort of ziet u wel eens dingen die mensen om u heen niet zien of horen? Kunt u me daarover vertellen?
- Wat is u vooral bijgebleven uit dit gesprek? (Als check op het geheugen.)
- Wat houdt u bezig?
- Waarover kunnen we het vandaag hebben?

- ① Vrij bewerkt naar 'Wegwijzer naar ondersteuning Wmo voor mensen met psychische problemen/aandoeningen' (<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/publicaties/wegwijzer-wmo-ondersteuning-bij-psychische-problemenaandoeningen>), VNG, 2015.

Hoofdstuk 1.2


Voor- en nadelen van de diagnose kennen

Moet je met het gevoel dat er iets niet klopt altijd op zoek naar een diagnose? Je hoeft niet te weten wat voor aandoening iemand heeft om te weten welke mogelijkheden of beperkingen er zijn. Bovendien kan die kennis je blik vernauwen. Je gaat op zoek naar wat het beeld bevestigt en verliest je open blik (zie ook [hoofdstuk 2.3 over stigma's \(#begeleiding-op-maat-waak-voor-stigmatisering\)](#)).

Pas op voor stereotypen en blikvernaauwing

Uit een experiment van [Samen Sterk zonder Stigma](http://www.samensterkzonderstigma.nl/) (<http://www.samensterkzonderstigma.nl/>) bleek dat bedrijfsartsen die de diagnose niet wisten meer mogelijkheden zagen en minder gehinderd werden door de kennis van de diagnose en de daaraan gerelateerde arbeidsbeperkingen. Daardoor waren ze creatiever in het bedenken van oplossingen. Dit is een bekend verschijnsel: stereotypering. Je blik op de ander is minder open omdat je op basis van een stereotype al veel inkleurt. Zo kan een diagnose je blik op de ander al snel vernauwen. Wees je daar bewust van.

Kennis over een aandoening helpt je wel om rekening te houden met iemands beperkingen en er begrip voor te hebben. Met die insteek kun je hoofdstuk 5 en 6 raadplegen om je vermoeden dat er sprake is van een aandoening te bevestigen en hulp in te (laten) roepen van een expert. Die kan in overleg met jou en de klant bepalen wat realistisch is om te verwachten van de klant.


In plaats van de gangbare methode om uitsluitend symptomen als leidraad te nemen kun je je beter richten op iemands hele functioneren en de factoren die dat beïnvloeden ([holistische benadering](#) 

Wanneer je iemand holistisch bekijkt, kijk je naar iemands volledige functioneren in zijn context.

). Naast een ziekte of aandoening zijn ook andere dingen van belang voor iemands functioneren, zoals opleiding, ervaring, achtergrond en omgeving. Iemand met een depressie in een steunende omgeving die de depressie redelijk onder controle weet te houden, heeft minder problemen met zijn functioneren dan iemand in een vijandige omgeving die geen idee heeft hoe hij met een depressie moet omgaan. Om effectief te begeleiden naar werk is het dus belangrijk je niet blind te staren op de aandoening, maar te kijken naar iemands volledige functioneren in zijn context.

Hoofdstuk 1.3

ICF: een holistische kijk op functioneren

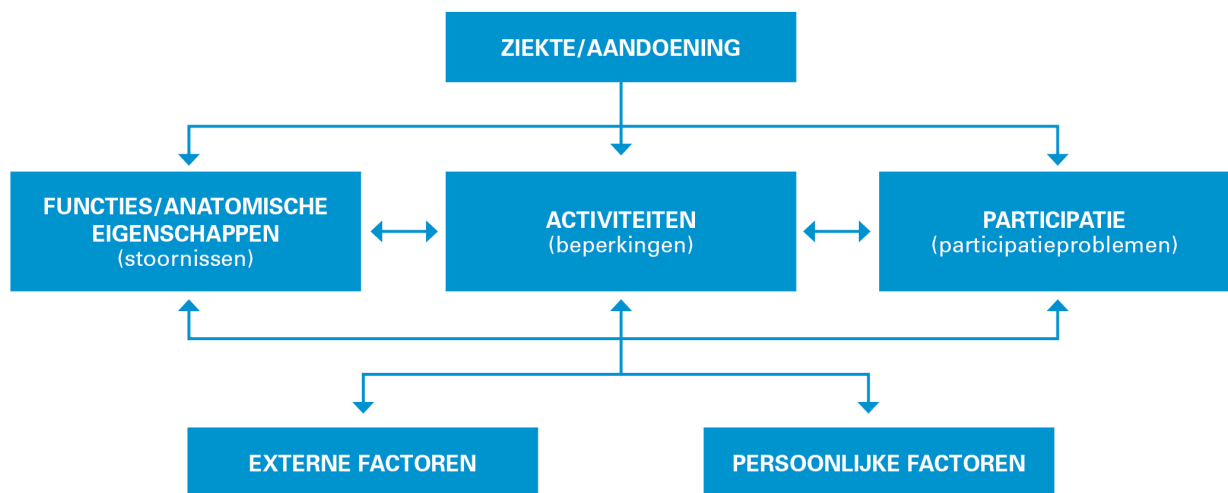
De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een raamwerk ontwikkeld om het algeheel functioneren van mensen beter te beschrijven: de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Het is een holistisch, biopsychosociaal 

Het biopsychosociaal model is een uitbreiding van een medisch model over het menselijk functioneren. Daarin is niet alleen aandacht voor biomedische factoren, maar ook voor psychologische en sociale factoren die medebepalend zijn voor ziekte en genezingsproces. Bron: Wikipedia: Biopsychosociaal model

raamwerk waarin naast de aandoening factoren als omgeving, persoonlijkheid en achtergrond worden meegewogen. De ICF biedt hiervoor een gemeenschappelijke taal, maar vooral een andere manier van kijken. Het is ook goed bruikbaar om iemands participatie te bevorderen. Het brengt in kaart welke factoren daarop van invloed zijn.

Het ICF-raamwerk wordt gebruikt in de gezondheidszorg en door onderzoekers en beleidsmakers. Zo gebruikt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) het ICF-raamwerk om iemands zorgbehoefte te bepalen. Het is ook een goed hulpmiddel bij het begeleiden naar werk.

Figuur 1 toont het ICF-schema. 



Figuur 1: ICF-schema

Functioneren en participeren

In het ICF-raamwerk kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie perspectieven:

1. De mens als organisme

Hier gaat het om functies en anatomische eigenschappen. Zien is een functie, waarvoor mijn ogen (anatomische eigenschap) nodig zijn. Concentreren is een functie waarvoor ik mijn hersenen (anatomische eigenschap) nodig heb. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Stoornissen van het oog zijn bijvoorbeeld: niet kunnen zien of een beschadigd netvlies; stoornissen van de hersenen: vermindering van geheugen of een bloeding in de hersenen.

2. Het menselijk handelen

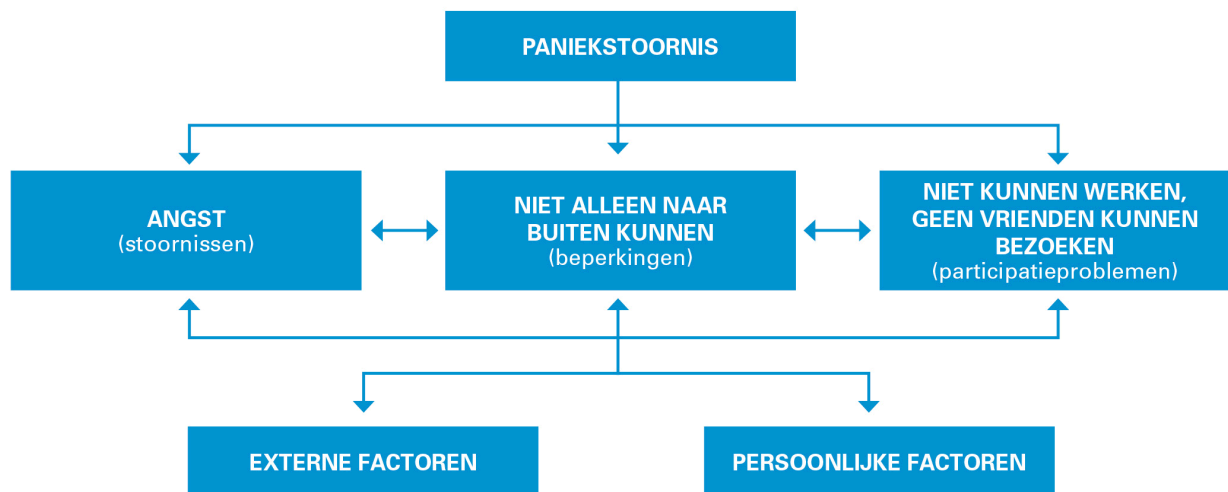
Hier gaat het om activiteiten: wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten iemand uitvoert of zou kunnen uitvoeren. Als er problemen zijn met het uitvoeren van een activiteit is er sprake van een beperking.

3. Participatie

Bij participatie gaat het erom of iemand deelneemt aan het maatschappelijk leven; of iemand een volwaardig lid van de maatschappij is of kan zijn. Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Voorbeelden zijn: niet van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken vanwege een paniekstoornis, of niet erin slagen een (betaalde) baan te houden, bijvoorbeeld door een stigma.

Het schema laat zien dat de verschillende aspecten van het functioneren elkaar beïnvloeden. Een voorbeeld (zie figuur 2): als iemand angstig is (stoornis), beïnvloedt dat zijn activiteiten en participatiemogelijkheden. Maar het gebrek aan

participatiemogelijkheden vermindert ook iemands activiteiten, waardoor de angst sterker wordt.



Figuur 2: ICF-schema, uitgewerkt voor een paniekstoornis

Verder wordt het functioneren ook door drie andere factoren beïnvloed:

- 1 **medische factoren:** ziekten of aandoeningen
- 2 **persoonlijke factoren:** leeftijd, geslacht, opleiding, copingstijl, sociale achtergrond, werkervaring, persoonlijkheid en bewegings- en voedingsgewoonten
- 3 **externe factoren:** iemands fysieke omgeving (gebouwen en beschikbare voorzieningen) en sociale omgeving (relaties met anderen)

De aandoening staat in dit model dus niet meer centraal.

② Op de [website van Kentalis \(http://www.kentalis.nl/\)](http://www.kentalis.nl/) staat bij ICF in het kort meer uitleg over de gebruikte termen

Hoofdstuk 1.4

ICF en participatievermogen

De ICF laat zien dat kennis van een ziektebeeld niet voldoende is om te bepalen wat iemands participatiemogelijkheden zijn. Ook de omgeving (externe factoren) en de persoonlijke factoren (zoals opleiding, werkervaring, copingstijl) zijn van invloed. Een voorbeeld van twee jongeren van 22 jaar met een vergelijkbare lichte verstandelijke beperking:

- **Jongere A** heeft bezorgde ouders die vinden dat hij absoluut niet kan werken (externe factor). Hijzelf gaat conflicten liever uit de weg (persoonlijke factor) waardoor trajecten naar werk op niets uitlopen.
- **Jongere B** heeft ouders die hem stimuleren en motiveren (externe factor). Hijzelf houdt van aanpakken en wil graag een betaalde baan (persoonlijke factor). Met hulp van een jobcoach weet hij een baan te vinden in een bakkerij.

Dit voorbeeld laat zien hoe groot de invloed is van persoonlijkheid en een externe factor als stimulerende of juist betuttelende omgeving. Ook stigma's en vooroordelen zijn een externe factor die iemands functioneren ernstig kunnen belemmeren. **Over stigma's en de effecten hiervan meer in hoofdstuk 2.3 (#begeleiding-op-maat-waak-voor-stigmatisering).**

De ICF in een gesprek

Het ICF-raamwerk kan je helpen om tijdens of na een gesprek de situatie van je klant goed in beeld te krijgen. Gebruik daarvoor de ICF-gesprekskaart (zie Bijlage 1 (#icf-gesprekskaart)). Daarin staan vragen die je kunt gebruiken over elk van de factoren uit het ICF-raamwerk die het functioneren beïnvloeden. Soms kan een klant ook de eigen situatie aan de hand van de kaart weergeven.

Een vrouw met een depressie vertelt haar eigen verhaal met behulp van de ICF

Sinds mijn twintigste ben ik tien jaar in een kliniek geweest. Nu kan ik het op de een of andere manier beheersen en heb ik een fulltime baan. Mijn aandoening is de depressie en overgewicht door de bijwerkingen van mijn medicatie. Mijn (lichaams)functie is een depressief gevoel. Erg lastig en zwaar, en het heeft grote invloed op mijn dagelijks leven. Mijn activiteiten lijken prima. Ik doe mijn werk op een acceptabel niveau. Ik ben geen last voor mijn collega's, tenminste dat hoop ik. Mijn participatie is het vasthouden van mijn werk. Ik zou wat in mijn vrije tijd willen doen met mijn collega's en vrienden, en wat vrijwilligerswerk, maar dat kan niet omdat ik dan moet uitrusten. Mijn externe factoren (omgeving) zijn faciliterend – mijn leidinggevende, collega's en vrienden begrijpen en steunen me. Ik kan op deze werkplek blijven en een zwaardere werkplek vermijden. Ik zou graag genieten van het leven, maar dat kan ik niet. Ik zou graag genezen van mijn depressie. Ik weet dat mijn gezondheidstoestand (aandoening) niet makkelijk veranderd kan worden. Maar mijn externe factoren kunnen veranderd worden met hulp van anderen. Ik hoop dat mijn huidige positieve omgeving (externe factoren: de steun van mensen om me heen en de GGZ) blijft bestaan.

Afstemming van de regels van de Participatiewet

Sociale diensten hebben de afgelopen jaren een sterk vraaggerichte aanpak ontwikkeld. Van klanten wordt verwacht dat zij eigen verantwoordelijkheid nemen en doelgericht handelen. De opstelling tegenover klanten is tamelijk dwingend en sancties worden sneller toegepast dan vroeger en zijn zwaarder. Met de Participatiewet zijn de regels rond arbeidsverplichtingen nog strenger geworden. Dat kan bij mensen met psychische aandoeningen tot problemen leiden. ③ Het is voor klantmanagers vaak ingewikkeld om vast te stellen of een aandoening de reden is dat een klant een verplichting niet nakomt of iets doet wat niet toegestaan is. Er is wel beleidsruimte om de regels af te stemmen op een klant om maatwerk te bieden. ④ Bij het toepassen van regels moeten alle factoren worden meegenomen. Het ICF-raamwerk biedt daarvoor een handvat. Regels afstemmen op een klant heeft als uiteindelijke doel het bevorderen van participeren. De centrale vraag die je moet stellen is: helpt dit (bijvoorbeeld afzien van een maatregel) om de participatie te bevorderen? Het antwoord kan per klant verschillen. Bij twijfel kun je het beste een expert of behandelaar raadplegen om tot een objectieve en onderbouwde beslissing te komen. Bijvoorbeeld bij de volgende situaties:

Een klant komt een verplichting niet na

Maak altijd een onderscheid tussen niet willen en niet kunnen. Wanneer iemand iets niet doet, kan dat komen doordat hij er het vermogen niet voor heeft. Een maatregel heeft dan een averechts effect, of de oorzaak nu ligt in aandoening, persoonlijke of externe factoren. Zo kan iemand met een zware depressie geen sollicitatiebrieven schrijven. In dat geval moet je de verplichting niet opleggen.

Een klant doet iets wat niet toegestaan is

Ook wanneer iemand iets doet wat niet toegestaan is, kan dat een gevolg zijn van een aandoening. Grenzen stellen is dan toch noodzakelijk. In alle gevallen is het goed om iemand aan te spreken op zijn gedrag. ⑤ Een eventuele maatregel heeft alleen zin als die de participatie bevordert.

- ③ Kamerleden Ulenbelt en Karabulut uitten in een motie (nr. 156, 2015) de zorgen hierover. Ze zijn bang dat de strengere regels tot problemen leiden bij mensen met psychische problemen in de bijstand.
- ④ 'Het college stemt de bijstand en de daaraan verbonden verplichtingen af op de omstandigheden, mogelijkheden en middelen van de belanghebbende.' (Participatiewet § 2.1. artikel 18, eerste lid)
- ⑤ Zie ook de [Werkwijzer Gespreksvoering](http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering) (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering>) voor het aanspreken op gedrag en de regels van feedback.

Intermezzo: het verhaal van Kees

Wie ben je? Welke aandoening heb je?

Mijn naam is Kees Dijkman. Ik ben 56 jaar en woon met mijn vrouw en dochter van acht in een tussenwoning in Utrecht Lunetten. Vanmiddag ga ik met mijn dochter een kerstboom kopen en optuigen. Sinterklaas is het land weer uit, dus wordt het tijd voor het volgende feest. Mijn dochter gelooft nog in Sinterklaas, zegt ze zelf. Maar niet meer in het Sinterklaasjournaal. Heerlijke logica. Kan ik erg van genieten.

We hebben trouwens een heerlijk huis. Ik zit nu op zolder. Dat is een beetje mijn domein. Hier heb ik mijn schilderspullen, mijn gereedschap en mijn kantoor. Vier grote dakramen waar veel licht doorheen komt. 's Nachts dat van de sterren.

En ik heb een angststoornis. Best een heftige. U merkt daar overigens niets van. Ikzelf op dit moment ook niet, gelukkig. Ik heb kennelijk een vorm die in perioden komt. Ik ga u niet vermoeien met verhalen over hoe ik me dan voel, maar geloof me, het is een ramp. Niet alleen voor mij, maar ook voor mijn omgeving. Ik ben niet voor niets al een paar keer opgenomen.

De laatste keer dat de angst toesloeg heb ik gemerkt dat SSRI's (die in de volksmond ten onrechte antidepressiva heten) heel goed helpen. Dat, plus leefregels waar ik strak aan vasthoud (en die helemaal geen straf zijn), maakt dat ik goede hoop heb dat de vorige periode ook de laatste was.

Hoe participeer je?

Ik ben zelfstandig ondernemer. Ik werk als tekstschrijver en communicatieadviseur. Vooral in de sectoren gezondheidszorg en jeugdzorg. Mijn onderneming draait goed, al heeft de crisis de spoeling wel dunner gemaakt en de tarieven behoorlijk onder druk gezet. Tot twee jaar geleden was ik daarnaast ook nog parttime in dienst bij de Rijksoverheid als senior communicatieadviseur. Maar het Rijk moest inkrimpen en ik heb toen de sprong gewaagd naar volledig ondernemerschap.

Het bevalt me prima. Omdat het me de mogelijkheid geeft om zelf de regie te houden over mijn werk. Omdat het verband tussen resultaat en beloning heel direct is – dat voelt goed. Maar vooral omdat de onafhankelijke positie me bevalt. Geen bazen waar je strategisch mee om moet gaan, alleen opdrachtgevers waar ik volkomen eerlijk tegen kan zijn, heerlijk.

Wat heeft je het meest geholpen om te participeren?

Eigenwijsheid. Geloof in mijn eigen kunnen. De drang om te laten zien wie ik ben en wat ik kan bijdragen. Liefde voor mijn vak ook. Ik kan nog altijd niet bedenken wat ik liever zou doen.

Wat is je advies aan klantmanagers?

Vergeet de regeltjes. Kijk naar de mens tegenover je. Wat kun je voor die mens betekenen? Hoe kun jij eraan bijdragen dat die mens de draad van zijn leven weer te pakken krijgt, weer de energie weet op te brengen om verder te gaan? Vertrouw mensen. Laat ze zo veel mogelijk zelf de regie voeren. Geef ruimte. Want echt, niemand zit graag aan de kant met het gevoel dat-ie niets voorstelt, niets kan, er niet bij hoort. Het ergste wat je iemand kunt aandoen is 'm een uitkering toekennen en daarna aan zijn lot overlaten.

Wat adviseer je mensen met een vergelijkbare aandoening?

Ga als het even kan niet bij de pakken neerzitten. Natuurlijk, alsof je aandoening niet al vervelend genoeg is krijg je ook nog eens te maken met een soms verbijsterende bureaucratie rond de zorg die je nodig hebt en je inkomen. Plus een lading vooroordelen uit je omgeving. Laat je daar niet door afschrikken. Begin met kleine stappen. En beloon jezelf voor elke stap die je zet. Het gaat om jouw leven, maak er wat van!

Hoofdstuk 2

Begeleiding op maat

Hoe bied je mensen met een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening begeleiding op maat? Welke uitgangspunten hanteer je daarbij en hoe voorkom je dat stigmatisering en vooroordelen je open blik beperken? Dit hoofdstuk zet op een rij wat er nodig is voor een effectieve begeleiding naar werk.

Succesvolle begeleiding naar werk van mensen met een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening stelt eisen aan je eigen houding en aan de manier waarop je samenwerkt met werkgevers. De basishouding bij gespreksvoering, van belang in alle gesprekken die je met klanten voert, is in dit geval nog belangrijker.

Hoofdstuk 2.1

Algemene aandachtspunten

Bij de begeleiding van alle mensen met een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening gelden de volgende algemene aandachtspunten. Aandachtspunten per aandoening/beperking vind je in [hoofdstuk 5 \(#lichte-verstandelijke-beperkingen\)](#) (voor lichte verstandelijke beperkingen) en [hoofdstuk 6 \(#belangrijkste-psychische-aandoeningen\)](#) (voor de belangrijkste psychische aandoeningen).

Hanteer de juiste uitgangspunten

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening is het nog belangrijker om de begeleiding af te stemmen. Hanteer daarom de volgende uitgangspunten:

De wensen en doelen van de klant zijn leidend

Werken is voor mensen met een psychische aandoening of lichte verstandelijke beperking extra belastend. Om toch de motivatie te kunnen opbrengen om te gaan en blijven werken is het extra belangrijk dat het werk zo goed mogelijk aansluit bij hun kwaliteiten, wensen en doelen.

Werk vanuit een integrale benadering

Wanneer iemand behandeling nodig heeft, is het belangrijk dat die goed afgestemd is op het traject naar werk. Dit geldt ook voor (blijvende) ondersteuning die iemand nodig heeft. Zorg dus voor goede afstemming van behandeling, ondersteuning en begeleiding.

Denk in mogelijkheden

Iedereen heeft talenten; dat is het aangrijpingspunt voor begeleiding naar werk. Wees creatief in het bedenken van oplossingen voor belemmeringen. Gebruik je discretionaire ruimte.

Zorg voor voldoende uitdaging

Iedereen kan zich ontwikkelen bij voldoende uitdaging. Het verschilt sterk per persoon wat iemand daarvoor nodig heeft. Maar voor iedereen geldt: als iets te moeilijk of te makkelijk is, ontwikkel je jezelf niet. Bied daarom maatwerk.

Het kan en mag misgaan

Bij uitdagingen hoort dat het mis kan gaan. Maar het alternatief, niets doen of alleen maar veilige keuzes maken, is niet beter. Tegenslagen en faalervaringen zijn onderdeel van een leerproces.

Meer aanwijzingen voor een integrale benadering zijn te vinden in [hoofdstuk 3 over interventies \(#interventies\)](#) en [hoofdstuk 4 over samenwerken met zorgprofessionals \(#samenwerken-met-zorgprofessionals\)](#).

Tips voor je omgang met de klant

De leden van het expertpanel en de klankbordgroep die betrokken waren bij de totstandkoming van deze werkwijzer geven de volgende tips voor je omgang met de klant:

- Stel talent en empowerment centraal. Kijk naar kwaliteiten en mogelijkheden van je klant. Concludeer niet te snel dat iemand iets niet kan.
- Besef dat veel klanten zich schamen, bijvoorbeeld voor hun verstandelijke beperking.
- Het beeld van je klant scherp krijgen is een permanent proces. Blijf kijken wat iemand nodig heeft; ook iemand met lichte problemen kan daar veel last van krijgen.
- Luister naar klanten en gebruik hun input.
- Stem in een eerste gesprek verwachtingen goed af.
- Wapen mensen tegen tegenslag. Mislukkingen zijn ervaringen.
- Wanneer een klant zichzelf overschat: zoek de achterliggende motivatie.
- Neem de thuissituatie mee (bijvoorbeeld belemmeringen privé).
- Kijk verder als iemand ongemotiveerd is. Iedereen wil participeren, dus onderzoek wat er aan de hand is.
- Schakel onafhankelijke cliëntondersteuning in.

Om aan de genoemde uitgangspunten te voldoen en een succesvolle plaatsing te bereiken is het essentieel je klant goed te kennen.

Ken je klant

De tijd die je als klantmanager steekt in het echt leren kennen van iemand, met zijn mogelijkheden en beperkingen, betaalt zich dan ook dubbel en dwars terug.

- Ga uit van mogelijkheden en talenten.
- Zoek daar samen met de klant naar.
- Ga niet voorbij aan mogelijke beperkingen die met een aandoening samenhangen. Ga na welke beperkingen de aandoening voor deze specifieke klant oplevert. Hanteer daarbij de ICF-gesprekskaart.
- Probeer op die manier op creatieve wijze de beperkingen om te zetten in mogelijkheden die bij deze klant passen. Doe dat dan ook zo veel mogelijk samen met de klant.

Gebruik bij het in beeld krijgen van een klant de ICF-gesprekskaart (zie bijlage 1 (#icf-gesprekskaart)).

Staar je niet blind op de aandoening. Kijk steeds naar de mogelijkheden en arbeidswensen van elk individu. Denk in mogelijkheden!

Beperking of kwaliteit?

Sw-organisatie Noorderkwartier heeft met TNO bij eigen medewerkers onderzocht in hoeverre autisme in de camerabeveiliging een kwaliteit is in plaats van een beperking. Doel van het onderzoek is om voor mensen met autisme een passende functie te creëren. Is cameratoezicht geschikt voor deze werknemers? Meer 'ja' dan 'nee', zo blijkt uit het rapport. Er zijn veel onderlinge verschillen, dus maatwerk is noodzakelijk. Net als instructies, ondersteuning bij de taken en werkplekaanpassing.

Benut de inbreng van ervaringsdeskundigen

Bouw relaties op met ervaringsdeskundigen. Dat zijn mensen met een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking (LVB) die zijn opgeleid om lotgenoten te helpen bij hun weg naar herstel (functioneren in de maatschappij). Voorlichting of coaching door ervaringsdeskundigen maakt klantmanagers en sociale diensten effectiever. Ervaringsdeskundigen zijn te vinden via regionale cliëntenorganisaties (RCO's). RCO's organiseren projecten die gemeenten kunnen helpen bij de activering van cliënten met psychische problemen. Zie voor een overzicht: [Landelijk Platform GGZ - Cliëntgestuurde initiatieven](http://www.platformggz.nl/lpggz/) (<http://www.platformggz.nl/lpggz/>).

Tips van MMM

In het project MensenMetMogelijkheden (MMM) delen professionals uit twintig beroepsgroepen ervaringen en informatie met elkaar. ⑥ MMM besteedt veel aandacht aan het gesprek met de klant.

- 1 Luister goed naar het verhaal van de klant en diep dat uit. Benoem de kwaliteiten van de klant.
- 2 Achterhaal wat voor werk een klant het liefst zou willen doen.
- 3 Begin met het einde in zicht en werk terug met de klant naar mijlpalen en acties die erbij horen om de doelstelling te bereiken.
- 4 Verkrijg het commitment van de klant in stappen en faciliteer het proces. Bekijk welke andere professionals een rol kunnen hebben in het proces.

Werk stap voor stap

Het is goed samen met je klant te achterhalen welke stap op welk moment haalbaar is. Zie hiervoor ook [3.1 over interventies \(#interventies--interventies\)](#). Het is niet per definitie zo dat de weg naar werk lang en ingewikkeld is, maar dat kan wel zo zijn. Maak de route dan overzichtelijk door tussenstappen en tussendoelen. Accepteer dat het niet altijd in één keer goed gaat en bouw dat in het traject in. Formuleer daarom met de klant liever leerdoelen dan prestatiedoelen. ⑦ Bij een leerdoel geldt elke stap die je zet op weg naar het eindresultaat als een succes, want ook van een mislukte plaatsing valt iets te leren. Doorvragen, vertrouwen opbouwen en niet opgeven is het devies. Een compliment voor iemands aanpak of inspanning kan goed werken als aanmoediging, bijvoorbeeld 'Wat goed dat je op zoek bent gegaan naar informatie!'.

- ⑥ Zie ook de website [mmm-mensenmetmogelijkheden.nl](http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl) (<http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl>). Daar vind je onder meer een inspiratieboek en een online training.
- ⑦ Zie het proefschrift 'Motivating and Counseling the Unemployed' (<http://docplayer.net/3595068-Motivating-and-counseling-the-unemployed-gera-noordzij.html>) van Gera Noordzij uit 2013.

Hoofdstuk 2.2

Gebruik de basishouding gespreksvoering

Je klant vertelt uitgebreid over een extreme angst om met het openbaar vervoer te reizen en jij kunt je daar niets bij voorstellen. Of je klant vertelt dat er een draadje in zijn ID-kaart zit waarmee de overheid hem in de gaten houdt. Je weet niet hoe je daarop moet reageren. Of je klant is somber en zegt bijna niets. Al je vragen worden niet of heel kort beantwoord. Hoe kun je dan het beste het gesprek voeren? Het antwoord is om de basishouding te gebruiken, waardoor het contact altijd warm (gericht op begrip), eerlijk en open (onbevooroordeeld) is. In deze paragraaf lichten we de basishouding kort toe. 8

De basishouding voldoet aan de drie kenmerken van een relatie die volgens de psycholoog en psychotherapeut Carl Rogers (psychologische) groei bevordert, iemands functioneren verbetert. Die kenmerken zijn empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en echtheid. Onderzoek wijst uit dat ook bij behandeling door therapeuten de relatie de belangrijkste voorspeller van succes is, zelfs belangrijker dan het soort therapie. Een goede relatie vermindert niet alleen (zelf)stigmatisering, maar bevordert ook herstel.

Bij de begeleiding naar werk van mensen met psychische aandoeningen is de basishouding extra belangrijk:

- 1 Je kunt alleen een goed beeld krijgen van beperkingen en mogelijkheden van klanten als ze openheid willen geven. Dat doen ze alleen als ze begrip tegenkomen en weten dat je geen (waarde)oordeel over ze velt.
- 2 Begrip, openheid en eerlijkheid zorgen voor beter contact en dat vermindert stigmatisering. Ook voorkomt de basishouding dat je te snel gaat, wat bedreigend kan overkomen.

De basishouding gaat uit van een positief mensbeeld en bevestigt de ander in zijn mogelijkheden.

Vaak zijn professionals te veel gericht op problemen en onmogelijkheden, waardoor ze stigma's juist kunnen versterken.

Empathie

Om beter in te zien in wat een psychische aandoening inhoudt is inlevingsvermogen (empathie) cruciaal; je verplaatst je zo goed mogelijk in de ander. Dat is vaak lastig. Als je bijvoorbeeld zelf niet angstig bent is het moeilijk voor te stellen dat iemands leven beheerst wordt door paniekaanvallen. Je kunt het begrip voor de ander vergroten door je te verdiepen in psychische aandoeningen en de achtergronden daarvan. Maar vooral door je te verdiepen in de ander en open vragen te stellen over persoonlijke en externe factoren. (Open vragen zijn overigens geen doel op zich. Bij bijvoorbeeld een lichte verstandelijke beperking of autisme leveren gesloten of halfopen vragen meer op.) Vervolgens komt het aan op reflectief luisteren. Daarmee laat je merken dat je de ander begrijpt of probeert te begrijpen ('U voelt zich bang als u over uw toekomst nadenkt?'). Bij reflectief luisteren stel je geen vraag, maar doe je een bewering. Wanneer je iemand beter begrijpt heb je meer zicht op iemands kwaliteiten en beperkingen.

Je inleven in iemand met een (ingrijpende) psychische aandoening hoeft niet te betekenen dat je emotionele betrokkenheid te groot wordt. Waak daarvoor, want dan kun je de ander niet meer goed helpen.

Onvoorwaardelijke acceptatie

Met een psychische aandoening is het vaak extra moeilijk om jezelf te accepteren (vanwege zelfstigma). Wanneer je als klantmanager geen (waarde)oordeel hebt over de ander, voelt die zich meer geaccepteerd. Daardoor kan iemand zichzelf ook beter accepteren en gaan waarderen.

Door een klant te nemen zoals hij is met al zijn positieve en negatieve eigenschappen ontstaat er meer ruimte voor een diepgaand gesprek. Iemand voelt zich vrijer om te vertellen wat hem bezighoudt ('Misschien vindt u het wel raar, maar...').

Tips voor je opstelling als klantmanager

De leden van het expertpanel en de klankbordgroep die betrokken waren bij de totstandkoming van deze werkwijzergeven de volgende tips voor je opstelling als klantmanager:

- Wees je bewust van je eigen vooroordelen en wat voor effect die hebben. Psychische aandoeningen zijn gewoon aandoeningen.
- Denk in mogelijkheden en niet in beperkingen. De grootste beperkingen zitten misschien tussen jouw oren.
- Echtheid (presentie) is belangrijk. Zeg wat je doet, doe wat je zegt.
- Wees menselijk, erken je grenzen en stel grenzen.
- Onderdruk je reparatiereflectie. Ga niet pampieren.

- Geen gebeunhaas; blijf bij je eigen expertise en schakel andere experts op tijd in. Organiseer je diagnostiek.
- Benut nieuwe mogelijkheden (zoals sociale wijkteams en FACT).
- Vraag om tijd voor deskundigheidsbevordering.
- Betrek werkgevers bij het vertalen van mogelijkheden naar werk.
- Verandering is uit je comfortzone stappen.

Echtheid

Zorg dat wat je zegt en doet betrouwbaar is. Geef je eigen gevoelens en gedachten de ruimte. Daardoor krijgt je klant ook de ruimte voor zijn eigen gedachten en gevoelens. Mensen met een psychische aandoening hebben vaak ervaren dat anderen niet oprecht zijn ('Ze doen aardig, maar ik merk dat ze het niet menen'). Om weer vertrouwen te krijgen in de relatie met een ander is echtheid een voorwaarde. Echtheid betekent ook dat je je eigen minder positieve gevoelens accepteert, bijvoorbeeld als je bang bent voor iemand of een afkeer van iemand hebt. Als ze de relatie in de weg zitten kun je dergelijke gevoelens beter uiten. Het heeft ook geen zin ze te onderdrukken, want je lichaamstaal verraad meestal hoe je er echt over denkt.

Echtheid is misschien wel de belangrijkste voorwaarde; empathie en onvoorwaardelijke acceptatie die de ander als onecht ervaart missen hun positieve werking.

8 Zie voor meer informatie de [Werkwijzer Gespreksvoering](http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering) (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering>)


Hoofdstuk 2.3

Waak voor stigmatisering


Uit onderzoek blijkt dat 43,5% van de Nederlandse bevolking ooit een psychische aandoening had of nog heeft; 18% van de geïnterviewden zelfs in het afgelopen jaar. Psychische klachten komen dus veel voor; ruim vier op de tien Nederlanders voldoet ooit aan de criteria voor een psychiatrische diagnose. ⁹

Toch heerst er een taboe op psychische aandoeningen; er is een stigma. Door het stigma 

Een stigma wordt gebruikt om bepaalde personen op een negatieve manier te onderscheiden (bijvoorbeeld: mensen met een psychische aandoening – andere, zogenaamd normale mensen). Aan het stigma worden negatieve eigenschappen toegeschreven, bijvoorbeeld 'Mensen met borderline zijn agressief'.

word je door anderen afgewezen (bijvoorbeeld bij een sollicitatie), genegeerd of geweerd. Bij stigmatisering 

Iemand een stigma opleggen is niet nieuw; waarschijnlijk is het verschijnsel zo oud als de mensheid. Er zijn altijd mensen geweest die anders zijn dan wij. En die anderen houden we liever op een afstand.

horen stereotypes 

Een vaststaand beeld van iemand of een groep mensen.

zoals 'Iemand met schizofrenie kan nooit betaald werken'.

Wat zijn de gevolgen van een stigma?

Negen van de tien mensen met een psychische aandoening zeggen last te hebben van de gevolgen van een stigma. Uit onderzoek in Nederland blijkt dat 32% van deze mensen zich achtergesteld of gediscrimineerd voelen vanwege hun psychische problemen. Een kwart voelt zich oneerlijk behandeld op het werk of bij het zoeken naar werk. Een vijfde ziet er vanwege het (zelf)stigma zelfs van af om naar werk te zoeken. 22% wil of durft niet aan een cursus of opleiding te beginnen. En een vijfde van de mensen met een langdurige psychische aandoening ziet af van solliciteren uit angst voor negatieve reacties op hun aandoening. Voor veel mensen is het stigma erger dan de aandoening zelf omdat het veel negatieve gevolgen heeft als een sociaal isolement, minder zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld.

Zelfstigma

Het stigma dat de buitenwereld oplegt wordt vaak ook overgenomen ('Met mijn aandoening kan ik niet...'). Het stigma wordt geïnternaliseerd; een zelfstigma. In termen van het ICF-raamwerk wordt een externe factor een persoonlijke factor. Een stigma kan iemand nog motiveren om het tegendeel te bewijzen ('Ik zal eens laten zien dat vrouwen wel technisch kunnen zijn'). Bij een zelfstigma verzet iemand zich niet meer tegen het stigma. Dat heeft veel negatieve gevolgen; mensen met een zelfstigma hebben minder hoop, eigenwaarde, vertrouwen in eigen kunnen, kwaliteit van leven en emancipatiedrang. ¹⁰

Wat kun je tegen (zelf)stigma's doen?

Contact leggen

Angst en onbekendheid spelen een grote rol bij het in stand houden van stigmatisering. Daarom helpt *contact leggen* met mensen met een psychische aandoening het beste om de stigma's te verminderen. De manier waarop je als klantmanager contact maakt, bepaalt of je stigma's versterkt of juist vermindert ('Ja maar, met borderline kun je toch niet met kinderen werken?'). Alleen begripvol, eerlijk en gelijkwaardig contact vermindert stigma's. En het creëert een open en veilige sfeer, waarin door vragen stellen meer begrip ontstaat.

Voorlichting en informatie over psychische aandoeningen

Er zijn veel verkeerde denkbepelden en mythes ('autisten hebben geen gevoel'). Door je te verdiepen in de verschillende psychische aandoeningen krijg je een realistischer beeld. Ook klanten zelf baseren zich vaak op onjuiste denkbepelden en leggen zichzelf daarmee onnodige beperkingen op.

Zie psychische aandoeningen als deel van een continuüm

Wanneer je mensen met een psychische aandoening zwart-wit tegenover gezonde mensen zet, lijken ze ver van je af te staan. Maar iedereen heeft wel psychische kwetsbaarheden als spreekangst of een aanleg voor somberheid. Wanneer je psychische klachten en kwetsbaarheden ziet als symptomen op een spectrum waar je hoger en lager kunt scoren is dat minder stigmatiserend.

Denk na over openheid over een aandoening

Door stigmatisering is het beangstigend om open te zijn over je aandoening. Iemand met een psychische aandoening die wil gaan werken heeft een dilemma: wat vertel ik mijn (toekomstige) werkgever? Hoe open wil of kan ik zijn over mijn aandoening? Wat ben ik verplicht te melden? Een klant kan jou hierover om advies vragen. Zeg dan dat de klant alleen verplicht is beperkingen te melden die het vervullen van zijn functie belemmeren. Dat schrijft de *Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte* voor. Iemand mag bijvoorbeeld niet in een sollicitatiegesprek zeggen volledig beschikbaar te zijn als hij door een aandoening geen nachtdiensten kan draaien. Dan kan het recht op loondoorbetaling bij ziekte vervallen. Belemmeringen die het functioneren op het werk niet in de weg staan hoeft iemand niet te melden en de werkgever mag er in een sollicitatiegesprek niet naar vragen. De vraag hoe open je daarbij moet zijn is niet eenvoudig te beantwoorden. Het is belangrijk dat iedereen hierin een eigen, onderbouwde keuze maakt. Maar het is niet alles of niets. Een tussenweg is bijvoorbeeld om alleen een vertrouwenspersoon (zoals een bedrijfsarts of een collega) te vertellen over de aandoening. Het verzwijgen van een psychische aandoening kan een grote belasting vormen. Iemand loopt dan met een geheim rond. De *Stichting Samen Sterk zonder Stigma* (<http://www.samensterkzonderstigma.nl/>) bepleit daarom meer openheid over psychische aandoeningen.

Aanvullende informatiebronnen

- De brochure 'Verzwijgen of vertellen: Een hulp bij de keuze om werkgevers over een psychische aandoening te informeren' (http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2015/06/CORAL-NL_def.pdf) (pdf, 259 kB) van Kenniscentrum Phrenos. Hierin staan praktische adviezen om een klant te helpen bij het maken van een betere keuze: verzwijgen of vertellen?
- De e-learningmodule 'Mensen met psychische aandoeningen' van SBCM. Hiermee leer je meer over verschillende ziektebeelden en hoe er het beste mee om te gaan. ¹¹

⁹ 'De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten, De Graaf, R., M. Ten Have & S. van Dorsselaer, Trimbos-Instituut, Utrecht 2010 (<https://www.nemesis-2.nl/publicaties>)

¹⁰ Livingston JD, Boyd J (2010)

¹¹ De e-learningmodule is te vinden op de *ParticipatieCampus* (<http://www.participatiecampus.nl>)

Hoofdstuk 2.4

Werk samen met werkgevers

Je klant aan het werk krijgen lukt niet zonder baan, zonder werkgever. Er zijn werkgevers die mensen met beperkingen een kans willen geven. Dat betekent niet dat de deuren wijd openstaan en alle stigma's en praktische problemen in één keer zijn overwonnen. Maar het biedt wel een basis om op verder te bouwen. Netwerkontwikkeling met werkgevers is van groot belang.

Speel in op de wensen van werkgevers, maar handel vanuit de mogelijkheden van de klant. Ontzorg en geef een duidelijk en reëel beeld van wat een werkgever kan verwachten. Zorg voor adequate begeleiding (jobcoaching), voor de kandidaat maar zo nodig ook voor zijn werkomgeving. Maak gebruik van de mogelijkheden die ervaringsdeskundigen hierin kunnen bieden.

Banenaafspraak

De afspraken in het Sociaal Akkoord over 125.000 extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking (100.000 banen in de private sector en 25.000 in de publieke sector) bieden kansen. ¹² Werkgeversorganisaties bieden ondersteuning aan hun leden om deze doelstellingen te realiseren. Het is ook te verwachten dat werkgevers en werknemers daarover meer afspraken gaan maken op dit vlak, bijvoorbeeld in cao's. Veel re-integratiebedrijven en uitzendbureaus hebben een groot netwerk van werkgevers die ervaring hebben met mensen met een beperking en daar meer voor openstaan dan andere werkgevers.

Ontzorg de werkgever

Werkgevers zijn soms huiverig om mensen met psychische aandoeningen of een lichte verstandelijke beperking in dienst te nemen. Zij vrezen extra belasting, gedoe en een grotere kans op uitval. De ervaring leert dat dit vaak onterecht is (dat blijkt bijvoorbeeld uit veel IPS-projecten, zie 3.1 (<http://www.divosa.nl/werkwijzer-psychische-aandoeningen-en-lichte-verstandelijke-beperkingen#interventies--interventies>)). Benut de mogelijkheden van begeleiding van werkgevers en collega's op de werkvloer door ervaringsdeskundigen zoals werkambassadeurs.

Ontzorg de werkgever zo veel mogelijk. Neem bezwaren serieus, maar probeer ze te ontzenuwen of beheersbaar te maken, bijvoorbeeld door een jobcoach. Als het lukt om een klant met een psychisch probleem succesvol te plaatsen, opent dat de weg voor anderen, zo is de ervaring van IPS-begeleiders. Een goed hulpmiddel om werkgevers over de streep te trekken is de no-riskpolis. De Participatiewet kent ook de mogelijkheid van loonkostensubsidie. Denk wel goed na over het effect dat het toepassen van subsidies aan de werkgever kan hebben op de klant. Die kan zich niet serieus genomen voelen.

Probeer samen met de werkgever werk passend te maken. Maar ga er niet op voorhand van uit dat kandidaten met een psychische aandoening aangewezen zijn op simpele klusjes. Veel mensen willen juist werk dat hen uitdaagt. Schakel waar nodig een jobcoach in die weet welk takenpakket past bij de specifieke klant en de beperking.

Het is een misvatting dat kandidaten met een psychische aandoening alleen simpel werk kunnen doen. Of zelfs helemaal niet kunnen werken en in een rusttraject thuishoren. Vaak verergert niet-werken of een baan (ver) onder iemands niveau de problemen in plaats van ze te helpen oplossen. Iedereen wil volwaardig functioneren.

Profiteer van ondersteuning

Er zijn veel initiatieven en organisaties die helpen bij het benaderen en ondersteunen van werkgevers. We noemen er hier een paar; zie ook de Kenniswijzer Psychische aandoeningen (te vinden op www.participatiecampus.nl (<http://www.participatiecampus.nl>))

Samen Sterk zonder Stigma

Samen Sterk zonder Stigma (<http://www.samensterkzonderstigma.nl/>) (zie ook hoofdstuk 3 (<http://www.divosa.nl/werkwijzer-psychische-aandoeningen-en-lichte-verstandelijke-beperkingen#interventies>)) werkt aan een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen, door mensen bewust te maken van (de impact van) vooroordelen. Het project Stigma & Werk stimuleert openheid over psychische aandoeningen op het werk in samenwerkingsrelaties met de werkgever en collega's. Als psychische aandoeningen op het werk bespreekbaar zijn, zoeken werknemers eerder hulp en is er minder ziekteverzuim of presentieisme (doorwerken ondanks klachten). Het komt psychische gezondheid en welzijn van werknemers ten goede, wat de werkgever veel voordelen oplevert, zoals een hogere productiviteit.

Werkambassadeurs

Samen Sterk zonder Stigma leidt ook werknemers met een psychische aandoening op tot werkambassadeurs. Zij maken zich binnen hun bedrijf hard voor openheid over aandoeningen en een veilige cultuur en steunen daarmee collega's met eenzelfde aandoening.

Locus

Locus (<http://www.locusnetwerk.nl/>) is een publiek-privaat netwerk van bedrijven, gemeenten en sw-bedrijven dat helpt mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt op een duurzame manier in te zetten. Er zijn 22 partnerschappen die samen voor bijna duizend mensen een baan hebben gecreëerd.

De Normaalste Zaak

De Normaalste Zaak (<http://www.denormalstezaak.nl/>) is een netwerk van mkb en grotere werkgevers dat streeft naar inclusief ondernemen. Op de website zijn onder meer overzichten te vinden van regelingen voor werkgevers die werknemers met een arbeidsbeperking in dienst nemen.

Aanvullende informatiebronnen

- Het **Expertisecentrum Inclusieve Arbeidsorganisatie** (<http://www.inclusievearbeidsorganisatie.org/expertisecentrum>) richt zich op het geschikt maken van arbeidsorganisaties voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Organisaties (management of personeelsadviseurs) en professionals als jobcoaches, arbeidsanalisten, arbeidsdeskundigen, bedrijfsadviseurs, consultants en klantmanagers kunnen bij het expertisecentrum terecht voor kennis en inzicht, een opleidings- en trainingsaanbod, tools en instrumenten.
- **SBCM** (<https://www.sbcm.nl/producten/diagnose-opleiden-en-begeleiden/producten/instrumenten-psychische-aandoeningen.html?L=o>) heeft begeleidingskaarten gemaakt die werkgevers en begeleiders van sw-bedrijven of Werkbedrijf inzicht geven in de gedragskenmerken van medewerkers met een psychische beperking en de manier om daar het best mee om te gaan. Ook biedt SBCM hulpmiddelen om de ongeschreven regels in een bedrijf inzichtelijk te maken. Medewerkers met een afstand tot de arbeidsmarkt voelen die regels soms minder goed aan.
- De website **Onbeperkt Ondernemen** (<http://www.onbeperktondernemen.com/home.html>) bevat voorbeelden, tips en handreikingen voor werkgevers die arbeidsgehandicapten in dienst willen nemen. Ook de begeleiding daarvan komt nadrukkelijk aan bod. De site is ontwikkeld door SBCM.

⑫ Zie ook het portal **Op naar de 100.000 banen!** (<http://opnaarde100000.nl>)

Intermezzo: tips van Willem van Spaendonck

Willem van Spaendonck is senior beleidsadviseur bij U-Stal in Utrecht en onbezoldigd kwartiermaker Autisme en Werk en organiseert symposia over dat onderwerp. Hij heeft op latere leeftijd te horen gekregen dat hij autisme heeft. Als professional en ervaringsdeskundige weet hij dat mensen met een psychische aandoening prima kunnen werken. Werkzoekenden zelf weten daarvoor vaak de beste oplossingen. Het is aan de klantmanager om te zorgen voor maatwerk in de begeleiding naar de arbeidsmarkt. Hij geeft hiervoor de volgende tips:

1

Tien gouden tips voor klantmanagers

- 1 Wees nieuwsgierig en werk samen met de werkzoekende naar een oplossing.
- 2 Ken je werkzoekende. Nodig een werkzoekende (bij voorkeur samen met een goede bekende) in het begin een paar keer uit. Vooral hobby's geven vaak aanknopingspunten voor zoekrichtingen naar werk.
- 3 Stel samen met de klant een gebruiksaanwijzing voor hem op.
- 4 Bouw eerst aan wederzijds vertrouwen. Realiseer je dat veel van deze werkzoekenden al veel teleurstellingen hebben gehad. Investeer eerst (veel) tijd in de relatie.
- 5 Leg de verantwoordelijkheid waar die moet liggen: bij de werkzoekende of zijn begeleider.
- 6 Schakel de werkzoekende zelf in: laat hem doen wat hij kan, bijvoorbeeld een gespreksverslag maken.
- 7 Leg contact met de doelgroep en welwillende werkgevers. Streef ernaar eenmaal per maand een bijeenkomst bij te wonen en een bedrijfsbezoek af te leggen.
- 8 Schep ruimte in je agenda voor maatwerk: plan elke week tijd om knelpunten te tackelen.
- 9 Faciliteren werkt beter dan leiden. Erken dat de werkzoekende het best weet wat haalbaar is. Natuurlijk onderschat of overschat een werkzoekende zich wel eens en moet je hem dan stimuleren of afremmen. Maar realiseer je wel dat onder druk zetten vaak niet leidt tot meewerken, maar tot dichtklappen of uitval.
- 10 Durf gebruik te maken van je discretionaire ruimte.

Je werkt met een doelgroep die maatwerk nodig heeft. Weet waar je betrouwbare informatie kunt vinden (denk aan de afdeling SMZ van het UWV, Mensen met Mogelijkheden, Samen Sterk zonder Stigma en Vanuit Autisme Bekeken). Durf hulp te vragen; ga in gesprek met ervaringsdeskundigen of medici en organiseer intervisie met collega's. Ook de meeste werkgevers die ervaring hebben met werknemers met een bepaalde beperking willen hun kennis en ervaring delen.

Hoofdstuk 3

Interventies

Welke methodieken kun je inzetten bij mensen met een psychische aandoening of lichte verstandelijke beperking? Hoe geef je klanten een gevoel van controle over de eigen situatie? Dit hoofdstuk gaat in op interventies die helpen bij toeleiding naar werk.

Behalve de belangrijkste interventies geeft dit hoofdstuk ook een overzicht van de werkzame elementen en onderliggende principes die de interventies gemeen hebben. Klantmanagers kunnen ook zelf die elementen en principes gebruiken bij hun begeleiding.

Hoofdstuk 3.1

Interventies

Er zijn veel interventies ontwikkeld die hebben bewezen te helpen bij toeleiding naar werk van mensen met een psychische aandoening of lichte verstandelijke beperking. Een gemeente kan die interventies zelf uitvoeren, inkopen of samen met andere organisaties organiseren. Deze werkwijzer zet een paar belangrijke interventies op een rij. Zie voor de uitgebreidere beschrijvingen hoofdstuk 3 van de [Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen](http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-re-integratie-van-klanten-met-psychische-aandoeningen) (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-re-integratie-van-klanten-met-psychische-aandoeningen>).

- Supported employment
- IPS
- Jobcoaching
- Inclusief Herontwerp van Werk/jobcarving
- Individuele rehabilitatiebenadering
- Fit4Work

Supported employment

Supported employment of begeleid werken is een stapsgewijze ondersteunings- en begeleidingsmethodiek. De methode is ontwikkeld voor mensen met een beperking die anders geen betaalde baan krijgen of houden. Uitgaande van het profiel van de kandidaat wordt naar geschikte banen gezocht en een match gemaakt. De werknemer krijgt begeleiding en training op de werkplek. Supported employment wordt toegepast door gespecialiseerde re-integratiebedrijven, jobcoachorganisaties, sw-bedrijven en multidisciplinaire teams van de GGZ. De methodiek ligt ook aan de basis van jobcoaching en IPS.

IPS

IPS (Individuele Plaatsing en Steun) is een evidence-based methode met de volgende kenmerken:

- IPS is bedoeld voor mensen met zwaardere psychische aandoeningen.
- Iedere cliënt die een reguliere baan wil, kan meedoen (zero exclusion).
- Er wordt snel gezocht naar een echte baan; werkvaardigheden worden on the job getraind (place then train).
- Lukt het niet in de eerste baan, dan is dat geen mislukking, maar een ervaring.
- De arbeidswensen van de cliënt staan centraal.
- Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de cliënt als aan de werkomgeving.
- IPS is geïntegreerd met behandeling: de trajectbegeleider maakt deel uit van een ambulante GGZ-team.

IPS blijkt twee keer zo effectief te zijn als normale re-integratie; 70% stroomt uit naar werk. De basis van IPS is het idee dat iedere cliënt die dat wil begeleid kan werken in een reguliere arbeidsplaats. De trajectbegeleider maakt altijd deel uit van een ambulante GGZ-team (een ACT-, FACT- of VIP-team). Integratie van arbeidstoeleiding met zorg en behandeling vormt een essentieel onderdeel van de IPS-methodiek. Dat betekent dat de GGZ het voortouw heeft. Je kunt als klantmanager dus niet IPS inzetten zonder de GGZ erbij te betrekken. ¹³

Jobcoaching

Jobcoaching zet je in om mensen te helpen hun werk te houden. Een jobcoach biedt systeemgerichte begeleiding aan mensen die niet zonder ondersteuning een betaalde baan kunnen vinden of houden. De jobcoach gaat uit van werk dat past bij de talenten en de ontwikkelingsmogelijkheden van de werknemer en zoekt een werkomgeving die daarbij past. De jobcoach heeft kennis van de beperking en kan werknemer, werkgever en collega's begeleiden bij het inwerken en eventuele problemen die daarbij naar boven komen.

Inclusief Herontwerp van Werk/jobcarving

De aandacht voor een inclusieve arbeidsmarkt neemt toe; steeds meer organisaties bieden werk aan mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Daarvoor is het vaak nodig om bestaand werk aan te passen en passend werk te creëren. Dat kan bijvoorbeeld door Inclusief Herontwerp van Werk (IHW). Daarbij worden werkprocessen in een organisatie geanalyseerd, waarna er in overleg met de werkgever een nieuwe werkverdeling wordt gemaakt. IHW is een structurele benadering om organisaties geschikt te maken voor werknemers met een beperking. Dat vraagt natuurlijk wel om goede begeleiding van die werknemers. Werk passend maken heet ook wel jobcarving; taken uit verschillende andere functies samenbrengen in een takenpakket dat past bij iemands werknemersprofiel. Als iemand niet alle werkzaamheden van een bestaande functie aankun, kun je het werk met jobcarving geschikt maken. Bij jobcreation worden nieuwe banen gemaakt waar een werknemer behoefte aan heeft. Jobcrafting is een preventief instrument waarbij werknemers zelf hun baan aanpassen aan hun mogelijkheden, waardoor ze langer inzetbaar blijven.

De individuele rehabilitatiebenadering (IRB) is een methode die door de GGZ wordt gebruikt om mensen met psychiatrische

Individuele rehabilitatiebenadering

beperkingen met sociale activering, werk en scholing te helpen bij het realiseren van toekomstwensen. IRB-begeleiders voeren individuele gesprekken met cliënten over wat ze willen veranderen en welke stappen ze daarvoor kunnen zetten. IRB-begeleiding is een aanvulling op de gewone zorg en behandeling, bijvoorbeeld in een ACT- of FACT-team. Cliënten bepalen zelf waarover ze willen praten en waaraan ze willen werken. ¹⁴

Fit4Work

Fit4Work (F4W) is een aanpak die werk vooropstelt en niet de aandoening. Daarom heeft de re-integratieconsulent als casemanager de regie en niet iemand uit de zorg. Na een intake legt de casemanager in een interdisciplinair overleg verbinding tussen zorg, welzijn en werk. Onder het motto 'werk als medicijn' gaat de aanpak in eerste instantie eigenlijk volledig voorbij aan de aandoening door direct in te zetten op een werkervaringsplaats. Juist door ervaring op de werkvloer te ondergaan worden de psychische beperkingen duidelijk.

¹³ Zie voor meer informatie over IPS onder meer de [website van Phrenos \(http://www.kenniscentrumphrenos.nl/\)](http://www.kenniscentrumphrenos.nl/)

¹⁴ Zie Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Lies Korevaar, Jos Droës, Uitgeverij Couthino, 2008

Hoofdstuk 3.2

Werkzame elementen in interventies

De verschillende interventies delen een aantal elementen die klantmanagers aanwijzingen geven voor de meest effectieve manieren om deze klanten naar werk te begeleiden:

- Aandacht voor de mens in relatie tot het werk.
- Veel persoonlijke aandacht: er zijn vaak meer gesprekken nodig dan gemiddeld om iemands onderliggende motivatie naar boven te krijgen, zelfstigma te doorbreken of iemands zelfvertrouwen op peil te krijgen.
- Ruimte om te mislukken: het gaat om leren en verder komen. De weg is daarbij misschien langer dan bij anderen.
- Een positieve benadering; als een eerste en tweede plaatsing niet lukken is er toch iets gewonnen zoals enige werkervaring en een steeds beter beeld van de juiste baan.
- Uitgaan van iemands mogelijkheden. Zoek vanuit die mogelijkheden naar geschikt werk of pas het werk daar op aan. Dat betekent dus een aanbodgerichte benadering.
- Train werknemersvaardigheden niet vooraf, maar op de werkvloer.
- Benefit counseling: benadruk de positieve kanten van werken, zoals meer inkomen en het gevoel je nuttig te maken.
- Goede communicatie met werkgever en werkomgeving, ook als de klant al enige tijd aan het werk is.
- Voer zorg en arbeidstoeleiding niet los naast elkaar uit maar zorg op z'n minst voor afstemming en combineer ze waar nodig. Het driegesprek tussen de zorgprofessional, klantmanager en klant zelf is daar een belangrijk instrument voor. Soms kan daar ook een ervaringsdeskundige coach bij aanschuiven.
- Terughoudendheid met dwang en sancties; dat werkt niet goed bij deze doelgroep en kan participatie juist belemmeren.

Deze gemeenschappelijke effectieve elementen geven inzicht in de gewenste houding en manier van gespreksvoering van klantmanagers. Voor een deel sluiten ze aan bij de adviezen in hoofdstuk 2.

Empowerment

De interventies uit hoofdstuk 3.1 (#interventies--interventies) hebben ook gemeen dat ze bijdragen aan empowerment.

Empowerment betekent krachtiger en daardoor gelijkwaardiger worden, waardoor je niet meer gediscrimineerd kunt worden of je je niet meer gediscrimineerd voelt. Bij psychische aandoeningen is empowerment vooral versterken en vergroten van de eigen regie in maatschappelijke- en arbeidsparticipatie. Het geeft je meer gevoel van controle over de eigen situatie: het gevoel dat je zelf de relevante beslissingen voor je eigen leven kunt nemen en meer vertrouwen krijgt in je eigen capaciteiten om iets te bereiken.

Klantmanagers kunnen bijdragen aan de empowerment van hun klanten, ook als ze niet een van de genoemde interventies inzetten.

Intermezzo: het verhaal van Klaas

Wie ben je? Welke aandoening heb je?

Vanaf mijn twintigste heb ik in justitiële inrichtingen gewerkt. In allerlei functies, van gestichtsbewaarder tot sociotherapeut. In die periode werd ik geconfronteerd met meerdere traumatische gebeurtenissen en ik heb daardoor een PTSS. Zo ben ik door een crimineel met een mes bedreigd en ben ik herhaaldelijk geconfronteerd met geweld. Ik wilde altijd doorwerken en heb klachten als geheugenverlies en angstaanvallen zo veel mogelijk genegeerd. Maar dat ging steeds moeilijker. Binnen de organisaties waar ik werkte was er weinig of geen aandacht voor. Ik heb weinig steun ervaren van mijn werkgever en dat maakte het onnodig zwaarder. Ik zit nu al langere tijd zonder werk en door alle problemen ben ik ook gescheiden. Nog steeds heb ik vaak nachtmerries en daarom ga ik ook niet graag slapen. Ook vermijd ik liever drukke ruimtes waar veel mensen zijn. Als ik rustig aan kan doen, gaat het redelijk met me.

Hoe participeer je?

Sporten doe ik graag, ik ben ook voorzitter van de volleybalvereniging. Ook doe ik vrijwilligerswerk voor Samen Sterk tegen Stigma. Ik vind het belangrijk dat er meer openheid komt over aandoeningen.

Wat heeft je het meest geholpen om te participeren?

De mensen in mijn directe omgeving gaven me de drang om te overleven; vooral mijn twee kinderen. Mijn vader is overleden toen ik nog jong was, ik heb er altijd willen zijn voor mijn kinderen, dat heeft me overeind gehouden. Het zit in mijn karakter om actief te zijn; sporten, koken en klussen. Ik heb ook veel gehad aan het vasthouden aan een structuur, bijvoorbeeld op tijd opstaan, maaltijden koken.

Wat is je advies aan klantmanagers?

Accepteer dat iemand ziek is. Besef dat PTSS een ingrijpende aandoening is en dat het niet vanzelfsprekend is dat iemand dan iets wil ondernemen. Ik heb zelf een goede conditie en sport veel, maar er waren periodes dat alles me zo veel energie kostte dat ik nauwelijks iets voor elkaar kreeg en nergens meer puf voor had. Aan de andere kant werd ik vaak tegengewerkt toen ik opkrabbelde en wat wilde ondernemen. Als iemand iets wil gaan doen, zie dat dan als een goed begin. Moedig het aan en werk het niet tegen.

Wat adviseer je mensen met een vergelijkbare aandoening?

Zoek hulp en laat je omgeving weten dat je PTSS hebt. Zoek een hulpverlener waar je vertrouwen in kunt hebben (er zijn genoeg hulpverleners die zichzelf goed vinden, maar dan tegenvallen).

Hoofdstuk 4

Samenwerken met zorgprofessionals

Om mensen met psychische aandoeningen of een lichte verstandelijke beperking beter toe te leiden naar werk is het in veel gevallen nodig om samen te werken met zorgprofessionals en hun deskundigheid te benutten. Dit hoofdstuk gaat daar kort op in.

Zowel binnen als buiten GGZ-instellingen zijn experts die een diagnose kunnen stellen, een aandoening behandelen of adviseren over iemands participatiemogelijkheden. Daarnaast zijn er laagdrempelige online vormen van begeleiding.

Hoofdstuk 4.1

Professionals binnen de GGZ

Professionals als psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, ergotherapeuten en IPS-trajectbegeleiders zijn in de eerste plaats te vinden in GGZ-instellingen.

Structuur GGZ

In de GGZ spelen veel veranderingen die nog niet volledig zijn uitgekristalliseerd. Het doel van GGZ is passende zorg op de juiste plaats. Cliënten krijgen meer eigen regie en worden dichter bij huis behandeld. De GGZ bestaat uit:

- Huisartsenzorg met praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ)
- Generalistische basis-GGZ (basis-GGZ)
- Specialistische GGZ

De huisarts is de ingang tot de basis-GGZ en de specialistische GGZ. De basis-GGZ is bedoeld voor lichte, matige en stabiele psychiatrische problematiek. Daarbij worden in 10 gespreksessies symptomen behandeld. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige richt zich op het functioneren in het dagelijks leven. Specialistische GGZ is bedoeld voor ernstige, complexe en acute psychiatrische problemen. Het is belangrijk dat een klantmanager doorvraagt welke behandeling een klant heeft en bij wie.

Aanvullende informatiebronnen

- **Landelijke Cliëntenraad** (<http://www.landelijkecliëntenraad.nl/LandelijkeCliëntenraad.aspx?id=585>), voor een factsheet over dienstverlening aan nieuwe doelgroepen onder de Participatiewet (waaronder klanten met een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking).
- **GGZ Nederland** (<http://www.ggz nederland.nl/>)

Toenadering van zorg en participatie

De GGZ is er steeds meer van doordrongen dat werk en participatie nuttige en noodzakelijke onderdelen zijn van herstel en rehabilitatie. Het GGZ-behandelplan en een re-integratieplan van de gemeente mogen dus niet los van elkaar staan. Toch vinden sommige behandelaars in de GGZ werk nog steeds een te grote belasting voor hun patiënten en zien ze het niet als onderdeel van rehabilitatie. Probeer als klantmanager te achterhalen hoe de GGZ-behandelaars waar je mee te maken hebt over dit onderwerp denken.

Steeds meer GGZ-instellingen integreren inmiddels wel werk in hun behandeling. Bijvoorbeeld door arbeidsmatige dagbehandeling aan te bieden of gespecialiseerde trajectbegeleiders en jobcoaches in te zetten. Vaak werken deze professionals in een ambulante behandelteam (ACT-, FACT- of VIP-team). Bij de IPS-methodiek is werk onderdeel van de behandeling; de IPS-begeleider zit in het multidisciplinaire behandelteam.

ACT en FACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een bewezen effectieve ambulante behandeling van mensen die langdurig zorg nodig hebben. Een multidisciplinair team van hulpverleners met een gedeelde caseload biedt samenhangende hulp op alle gebieden: wonen, financiën, werk of school en (samen)leven. Het team zorgt voor een passende woonplek, maar bijvoorbeeld ook voor een zinvolle bezigheid. De achterliggende gedachte is dat de kans groter is dat patiënten hun leefwijze veranderen als ze op meerdere terreinen hulp krijgen. Kenmerkend is dat de herstelgerichte behandeling wordt gegeven waar de cliënt die wil krijgen, zo veel mogelijk in de eigen omgeving.

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT voor alle mensen met langdurige of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis. FACT heeft tot doel continuïteit te bieden bij het begeleiden, behandelen en ondersteunen van herstel. Behandeling (cure) en support (care) gaan hand in hand. Patiënten krijgen thuis op hun situatie toegesneden steun om weer mee te doen in de maatschappij op de manier waar ze zich prettig en veilig bij voelen. De teams zoeken daarbij ook contact met familie en buurt. Patiënten leren hoe ze het beste met hun ziekte kunnen omgaan en voor zichzelf kunnen zorgen. En ze werken aan een leven buiten de GGZ met een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en meer meedoen in de samenleving.

Aanvullende informatiebronnen

- **Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT (CCAF)** (<http://ccaf.nl/>)

Hoofdstuk 4.2

Professionals buiten de GGZ

Bij de GGZ gaat het om behandeling, een redelijk zware interventie in de medische sfeer. Er zijn ook lichtere en meer toegankelijke vormen van begeleiding mogelijk. Zo biedt MEE ondersteuning bij een lichte verstandelijke beperking, autisme en ADHD. Ook instellingen en organisaties als Jeugdzorg, ouderverenigingen, cliëntenverenigingen en organisaties van ervaringsdeskundigen kunnen uitstekende partners zijn bij het begeleiden van de cliënten.

Vooraf bij jonge klanten zijn ook onderwijsprofessionals een belangrijke informatiebron. In het onderwijs worden jongeren immers gevormd door loopbaanoriëntatie, stagebegeleiding en misschien ook al jobcoaching. Dat levert veel informatie op die je als klantmanager goed kunt gebruiken: aanpak, zwakke punten, sterke punten, kwaliteiten, ambities. Leg contact met onderwijsprofessionals zodat ze die informatie aan je kunnen overdragen.

Ook andere afdelingen hebben te maken met mensen met psychische aandoeningen. Bijvoorbeeld de afdeling die de Wmo uitvoert. Maak gebruik van de mogelijkheden van de Wmo, bijvoorbeeld door een begeleidingsindicatie voor dagbesteding te laten bijdragen aan participatie. Samenwerking met zorg- en andere organisaties past goed in de filosofie van het wijkgerichte werken en de integrale aanpak die daarbij hoort (sociale wijkteams of buurtteams). Sluit aan bij keukentafelgesprekken in het kader van de Wmo of bij afspraken binnen de jeugdzorg.

Aanvullende informatiebronnen

MEE (<http://www.mee.nl/>), Jeugdzorg, ouderverenigingen, cliëntenverenigingen en organisaties van ervaringsdeskundigen

Hoofdstuk 4.3

Online begeleiding

Soms is de drempel om naar een therapeut te gaan te hoog. In dat geval kun je ook gebruikmaken van e-mental health: online begeleiding of therapie. Het is zelfs mogelijk om op die manier een diagnose te stellen. Uit onderzoek blijkt dat e-mental health minstens even effectief is als traditionele vormen van begeleiding en behandeling. Bovendien is het laagdrempeliger. Er zijn veel aanbieders van modules voor e-mental health, zowel gespecialiseerde private re-integratiebedrijven en behandelaars als instellingen uit de meer traditionele gezondheidszorg, zoals GGZ-instellingen.

Hoofdstuk 4.4

Gegevensuitwisseling en privacy

Klantmanagers zeggen dat ze moeilijk informatie krijgen van gezondheidszorgprofessionals waardoor ze hun beeld van de participatiemogelijkheden van de klant niet kunnen verifiëren of aanvullen. Dat is zelfs zo als ze de klant toestemming hebben gevraagd om gegevens op te vragen (wat ze niet altijd doen). Volgens het rapport 'Samen de focus op werk' van de Inspectie SZW is onbekendheid met privacywetgeving het belangrijkste obstakel voor samenwerking met zorgprofessionals, zorgaanbieders of zorgverleners, met name voor gemeenten.

Zorgverleners als GGZ-professionals moeten zich houden aan hun beroepsgeheim en de privacyregels (waarbij hun beroepsgeheim voorrang heeft op privacyregels). Ze mogen bijvoorbeeld als ze onduidelijkheid hebben over geheimhouding geen medische gegevens verstrekken aan niet-geheimhoudingsplichtigen zoals klantmanagers. Feitelijke gegevens (dus niet prognoses, meningen of medische gegevens) mogen ze wel verstrekken als aan de volgende voorwaarden voldaan is:

- De klant heeft daarvoor schriftelijk toestemming verleend.
- De gemeente heeft onder waarborging van de geheimhoudingsplicht schriftelijk een gerichte vraag gesteld; de richtlijn van artsenfederatie KNMG bepaalt dat de arts die vraag moet stellen. Een klantmanager mag dat niet doen.
- Het is duidelijk waar de informatie voor bedoeld is.

Het helpt om het gesprek met de klant goed voor te bereiden met deze vragen in het achterhoofd: welke informatie is echt nodig voor de ondersteuning bij de re-integratie en arbeidsinschakeling (het beoogde doel)? Waar is die informatie (de bron)? Mogen de benodigde gegevens onder de privacyregelgeving worden uitgewisseld? Niet alle informatie is nodig of hoeft en mag in het dossier. Met een lijst van de informatie die nodig is kunnen verschillende betrokkenen van tevoren bespreken wat ze willen weten.

Ook als aan alle voorwaarden is voldaan is een zorgverlener nog niet verplicht om de gevraagde gegevens te verstrekken. Zorgverleners zullen dat bijvoorbeeld niet doen als ze denken dat dat ten koste gaat van de hulpverlening aan de patiënt (bijvoorbeeld omdat re-integratie de behandeling bemoeilijkt), als ze niet weten hoe de gemeente de privacy van klanten waarborgt of als ze vermoeden dat het algemene belang van toegang tot zorg erdoor geschaad wordt. Het is dan ook zaak dat goed af te stemmen met de zorgverlener (de GGZ-instelling). Wanneer de informatie een gemeenschappelijk doel dient zullen behandelaars die eerder verstrekken.

Soms vragen gemeenten klanten zelf om afschriften van hun medische dossiers. De klant heeft immers inzage in zijn medische dossiers en kan die gegevens dan aan een klantmanager laten zien. Dat is efficiënt en strikt genomen niet onwettig, maar op zijn zachtst gezegd niet netjes vanwege het misbruik van de afhankelijkheidsrelatie van klanten. Vooral niet wanneer gemeenten niet de normale eisen in acht nemen van subsidiariteit (hoe kies je de minst ingrijpende manier om aan de benodigde gegevens te komen) en proportionaliteit (hoe verhouden de aard en hoeveelheid van de uitgewisselde gegevens zich tot het doel). Gemeenten die deze eisen niet in acht nemen, mogen de verkregen gegevens overigens niet opslaan, verzamelen of verwerken.

Belangrijkste tips over privacy en gegevensuitwisseling

- Houd steeds voor ogen wat het doel is van de gegevensuitwisseling. Ga dus na welke gegevens noodzakelijk zijn voor het doel: kan het ook met minder, gaat de uitvraag niet te ver of is er een andere manier om de gegevens te krijgen (eisen van subsidiariteit en proportionaliteit)? Laat de privacyregelgeving de gegevensuitwisseling toe?
- Medische informatie is meestal niet nodig, alleen informatie over arbeidsmogelijkheden en arbeidsbeperkingen.
- Medische dossiers mogen niet worden uitgewisseld, tenzij de klant ze zelf ter beschikking stelt (en beperkt tot de voor het doel relevante informatie).
- Gemeenten mogen sommige gegevens die wel zijn uitgewisseld niet zomaar opslaan in dossiers. Opslaan of verwerking van medische gegevens is gebonden aan strikte voorwaarden.
- Vraag de klant altijd toestemming voor gegevensuitwisseling en leg die toestemming schriftelijk vast (dat is overigens geen blanco volmacht). Leg de klant daarbij zorgvuldig uit waarom de gegevens nodig zijn en beperk je tot gegevens die echt nodig zijn.
- Soms kunnen casusbesprekingen tussen zorgverlener en klantmanagers anoniem zijn. Bij niet-anonieme casusbesprekingen is schriftelijke toestemming van de klant vereist.
- In driegesprekken komt informatie snel naar boven.
- Verdiep je in de lokale en regionale sociale kaart: weet met welke organisaties en instellingen je te maken krijgt.

Aanvullende informatiebronnen

Landelijke Cliëntenraad (<http://www.landelijkecliëntenraad.nl/LandelijkeCliëntenraad.aspx?id=585>), voor factsheets over bescherming van persoonsgegevens over dienstverlening aan nieuwe doelgroepen onder de Participatiewet (waaronder klanten met een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking).

Intermezzo: het verhaal van Sylvie

Wie ben je? Met welke aandoening heb je?

Ik ben Sylvie, getrouwd, met drie thuiswonende kinderen. Ik ben 47 en heb al mijn hele leven Asperger/autisme, al weet ik dat zelf pas 2 jaar. Daarvoor heb ik verschillende diagnoses gehad en nog meer behandelingen. Niet verwonderlijk, want ik heb geen stereotiepe gedragingen of vreemde obsessies en ik kijk mensen gewoon aan. Wel kon ik maandenlang dagelijks met een of twee vrienden optrekken. Ook vond ik het moeilijk om grenzen te herkennen. En ik wilde wel héél veel weten over mijn passie: paarden. Ik was naïef, altijd een buitenbeentje, en werd als kind vaak gepest.

Hoe participeer je?

Ik heb havo, vwo en daarna de universiteit in een redelijk normaal tempo afgerond. Daarna lukte het me niet om een baan te vinden, maar ik mocht gelukkig ervaring opdoen op de faculteit diergeneeskunde: onderzoek, studentbegeleiding en internationale activiteiten voorbereiden. Daarna kon ik in Ierland komen werken als assistent-onderzoeker, maar daar kon ik niet alles wat van me verwacht werd goed uitvoeren. Ik kon regelen óf taken uitvoeren, maar zodra ik dat tegelijk moest doen ging het mis. Soms ging ik ergens te diep op in en kon ik geen keuzes meer maken. Ook was ik vaak niet tevreden omdat ik alles perfect wilde doen, ook bij details die anderen niet eens zagen. Daardoor lukte het niet om dingen af te ronden. Sinds 15 jaar werk ik parttime als docent op een hbo-instelling. Sindsdien was ik vaak (deels) ziek, op het laatst heel lang. Toen heb ik na zo'n 2 jaar de diagnose gekregen. Het kost me veel moeite, maar ik ben nog steeds aan het werk.

Wat heeft je het meest geholpen om te participeren?

Toen ik 'overwerkt' was, had ik contacten met (steeds verschillende) bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werk en coaches. Waarom ik nu nog steeds aan het werk ben is moeilijk te zeggen. Voor mij was het belangrijk om goed contact te hebben met een coach of hulpverlener. En de ruimte om zelf aan te kunnen geven dat een contact goed is (moeilijk omdat ik altijd bang ben een verkeerde indruk te wekken). Langzaam begin ik meer zicht te krijgen op mijn zwakke en sterke punten. Hiermee hoop ik beter te kunnen functioneren en niet meer lang uit te vallen. Wel zal het zo blijven dat het me soms te veel wordt. Ik moet leren om dat tijdig te zeggen en eventueel hulp te vragen.

Wat is je advies aan klantmanagers?

Het is belangrijk om een open mind te hebben en de nodige kennis van autisme. De problemen waar we tegenaan lopen zijn erg divers en vooral individueel. Asperger maakt dat waarnemingen anders binnenkomen en anders verwerkt worden. De meeste mensen met Asperger zullen een redelijk hoge intelligentie hebben. Het is dan erg vervelend als je over het geheel als minder wordt benaderd omdat je sommige dingen minder goed kunt. Behalve overvragen is ook ondervragen een grote bron van stress voor me geweest.

Wat adviseer je mensen met een vergelijkbare aandoening?

Kom in het reine met je situatie. Leer je sterke en zwakkere kanten kennen en wees daarover duidelijk naar je werkgever en collega's (eventueel met de hulp van een gespecialiseerde coach die voor je kan vertalen). Geef het tijdig aan als het te veel wordt. Ik ben van mening dat openheid het beste is, vooral voordat er problemen zijn.

Hoofdstuk 5

Lichte verstandelijke beperkingen


De informatie in dit hoofdstuk helpt je om je vermoeden van een lichte verstandelijke beperking te bevestigen. Bovendien geeft het aanwijzingen voor de omgang met je klant en de begeleiding naar werk. Het gaat om een globale inleiding en is zeker geen vervanging voor de kennis en het inzicht van behandelaars en experts. Alleen zij kunnen een diagnose stellen.

Het doel van de informatie in dit hoofdstuk is om je begrip voor mensen met een lichte verstandelijke beperking te vergroten en vooroordelen weg te nemen. Meer begrip leidt tot betere gesprekken, beslissingen en begeleiding. Klanten met een lichte verstandelijke beperking willen net als iedereen geaccepteerd worden.

Hoofdstuk 5.1

Kenmerken

Een lichte verstandelijke beperking (LVB) is een ontwikkelingsstoornis die op (zeer) jonge leeftijd is ontstaan en zich uit door:

- een lagere intelligentie; een IQ-score tussen 50 en 70 

In de DSM-5 ligt de bovengrens bij een IQ tussen 65 en 75, met een correctie van +/- 5 voor een standaardmeetfout. Maar een IQ tussen 70 en 85 kan ook al ernstige belemmeringen geven.

, wat gelijkstaat aan een mentale leeftijd van 6,5 tot 12 jaar

- minder aanpassingsvermogen

Hierdoor kan iemand niet conceptueel, sociaal en praktisch functioneren zoals van leeftijdgenoten verwacht kan worden op drie gebieden:

- 1 **conceptueel:** lezen, schrijven, rekenen, praktische kennis en begrip van tijd, geld en getallen;
- 2 **sociaal:** communicatieve vaardigheden, vriendschappen aangaan en onderhouden en problemen oplossen;
- 3 **praktisch:** persoonlijke verzorging, structuur aanbrengen in het eigen leven, werken, omgaan met geld, telefoon, computer en openbaar vervoer.

Mensen met een beperking kunnen daarom niet volledig voldoen aan de eisen die het dagelijks leven aan hen stelt.

Een lichte verstandelijke beperking is niet hetzelfde als een laag IQ. Anders dan vroeger is tegenwoordig iemands aanpassingsvermogen medebepalend voor de diagnose. Of een laag intelligentieniveau en verminderd aanpassingsvermogen een beperking vormen hangt ook af van externe factoren. Wanneer er in een bepaalde cultuur of samenleving of door persoonlijke omstandigheden meer van iemand gevraagd wordt krijgt die eerder problemen in het functioneren.

Hoofdstuk 5.2

Een lichte verstandelijke beperking herkennen

Vaak is al bekend dat iemand een LVB heeft, bijvoorbeeld omdat het eerder is vastgesteld. Is dat niet zo, dan moet je dat zelf herkennen. Dat is vaak niet op het eerste gezicht duidelijk. Aan iemands uiterlijk kun je het niet zien. Maar bij doorvragen krijg je aanwijzingen dat iemand moeite heeft om zich aan te passen aan de eisen van de omgeving:

Conceptuele problemen

- vaak praktijkonderwijs of afgebroken opleiding (het leerplafond ligt vaak op het niveau van groep 5 of 6 van de basisschool)
- minder taalbegrip, een beperkte woordenschat en veel moeite met schrijven en lezen, ook van eenvoudige teksten

Sociale problemen

- weinig vrienden
- moeite met (woord)grapjes en metaforen
- gedragsproblemen: minder inzicht in consequenties van het eigen gedrag (te laat bedenken wat gevolgen zijn) en minder zelfbeheersing
- geen inzicht in oorzaak en gevolg
- een verschil tussen taalgebruik en taalbegrip (iemand heeft een normaal taalbegrip en geeft de indruk te begrijpen wat je zegt, maar heeft het toch niet begrepen)

Praktische problemen

- schuldproblematiek (doordat iemand geen overzicht heeft in geldzaken)
- te laat op afspraken komen (doordat iemand niet met tijd kan omgaan of plannen of vanwege problemen met vervoer)
- geen of sterk versnipperd arbeidsverleden
- sterk overschatten of juist onderschatten van eigen capaciteiten

Wees je ervan bewust dat mensen met een lichte verstandelijke beperking soms sociaal gewenste antwoorden geven, waardoor hun belemmeringen worden verhuld ('Ja, ik wil gewoon graag werken').

Dit overzicht is bedoeld als handvat. Als veel van de punten van toepassing zijn op een klant kan er sprake zijn van een LVB. Alleen een expert kan een LVB vaststellen. Dat is bijvoorbeeld een GZ-psycholoog, psychiater of orthopedagoog.

Hoofdstuk 5.3

Hoe vaak komt het voor?

Het is onbekend hoeveel mensen er in Nederland zijn met een verstandelijke beperking. Wel is bekend dat er ongeveer 450.000 jongeren tot 18 jaar zijn met een IQ-score tussen 50 en 85. Het gaat dus om ongeveer 1 op de 6 jongeren. Of deze jongeren zorg of ondersteuning nodig hebben hangt af van hun aanpassingsvermogen en omgeving. Er wordt geschat dat ongeveer de helft van deze groep problemen heeft die zorg of ondersteuning nodig maken.

Meervoudige problematiek

Iemand met een verstandelijke beperking heeft een drie tot vier keer hoger risico op het ontwikkelen van een psychische aandoening. Naar schatting kampen 40.000 jongeren met ernstige meervoudige problematiek waardoor ze gespecialiseerde zorg nodig hebben. Ook daarbij spelen externe factoren een rol: jongeren met een lichte verstandelijke beperking groeien relatief vaak op in sociaal kwetsbare gezinnen waar ze geen veilige basis hebben. Bij deze multiprobleemgezinnen hebben de ouders zelf een verstandelijke beperking, psychische stoornis of pedagogisch onvermogen met soms mishandeling, verwaarlozing of slechte hygiëne tot gevolg. De persoonlijke ontwikkeling van jongeren die in deze omstandigheden opgroeien lijdt daaronder. Ze krijgen vaak een negatief zelfbeeld, negatieve verwachtingen van de buitenwereld en problemen met het aangaan van relaties.

Een lichte verstandelijke beperking gaat ook relatief vaak gepaard met delinquentie. Naar schatting heeft 15 tot 25% van degenen die in aanraking komen met justitie een verstandelijke beperking. Bij problematisch (hard)druggebruik gaat het zelfs om 39%. Ten slotte komen ook fysieke beperkingen vaker voor bij een LVB.

Hoofdstuk 5.4

Aanwijzingen voor de omgang

Omgaan met iemand met een lichte verstandelijke beperking vraagt om veel duidelijkheid.

Communicatie

- Praat in eenvoudige taal (korte zinnen, eenvoudige woorden) en herhaal de boodschap vaak.
- Gebruik geen metaforen of beeldspraak; die worden vaak verkeerd begrepen.
- Gebruik bij ingewikkelde onderwerpen visuele ondersteuning. Teken op een vel of gebruik een kalender of agenda.
- Doe één ding tegelijk (bij vragen stellen of opdrachten geven).
- Maak keuzes overzichtelijk (niet meer dan twee of drie mogelijkheden).
- Luister goed en geef samenvattingen.
- Toon begrip en gevoel. Benoem emoties en doe aan gevoelsreflectie ('Je bent boos dat je nu weer zonder werk zit').

Controleer altijd of iemand de boodschap heeft begrepen: laat de klant in eigen woorden vertellen wat er besproken of afgesproken is. Vaak heb je meer gesprekken nodig om ingewikkelde informatie goed uit te leggen. Ook is het nuttig als er iemand anders bij het gesprek zit om de informatie op een ander moment nog eens door te spreken. Dat kan een ouder of een vriend zijn of iemand van cliëntondersteuning.

Houding

- Gebruik de basishouding en wees respectvol.
- Geef duidelijke grenzen aan als iemand overlast of ergernis veroorzaakt en geef concrete tips hoe iemand zich anders kan gedragen. Maak bij negatieve feedback duidelijk onderscheid tussen gedrag en persoon. Je spreekt iemand aan op zijn gedrag. Blijf vriendelijk en duidelijk.
- Wanneer klanten zichzelf overschatten of juist onderschatten, bespreek dan wat volgens jou realistisch is en moedig klanten aan om in de praktijk te ervaren wat ze wel en (nog) niet kunnen.
- Vermijd cynisme en betuttel of pampier iemand niet. Iemand wil voor vol worden aangezien (zie ook de opmerkingen over onvoorwaardelijke acceptatie in [hoofdstuk 2.2 \(#begeleiding-op-maat--gebruik-de-basishouding-gespreksvoering\)](#)).

Cliëntondersteuning

Vertel klanten dat ze recht hebben op onafhankelijke cliëntondersteuning, ook bij gesprekken met jou als klantmanager. Cliëntondersteuning bestaat uit informatie, advies en kortdurende ondersteuning op alle levensgebieden en valt sinds 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Ga na welke organisatie deze ondersteuning in jouw gemeente verzorgt.

Hoofdstuk 5.5

Begeleiding naar werk

Afhankelijk van de ernst van een lichte verstandelijke beperking en de omgevings- en persoonlijke factoren moet je rekening houden met de volgende beperkingen van het vermogen om te werken:

- weinig inzicht in eigen capaciteiten
- minder communicatieve vaardigheden
- minder vermogen om samen te werken met anderen (sociaal onhandig gedrag)
- moeite met veranderingen (nieuwe taken of routines aanleren kost meer tijd)

In de praktijk zijn mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak aangewezen op praktische, eenvoudige, routinematige werkzaamheden. Bij begeleiding naar regulier werk is inzet van een jobcoach noodzakelijk voor ondersteuning van sociale en werknemersvaardigheden.

Iemand met een LVB moet werken naar vermogen. Maar wees voorzichtig met het stempel niet-willer. Vaak kan of begrijpt een klant iets echt niet.

Integrale aanpak

Houd rekening met de belangrijke ondersteunende rol die de omgeving (ouders, verzorgers, vrienden) vaak speelt. Betrek die omgeving waar mogelijk in het traject. Wanneer iemands gezinssituatie niet stabiel is, is professionele begeleiding van het gezin noodzakelijk voor het slagen van het traject.

Hoofdstuk 5.6

Aanvullende informatie

- Kenniscentrum LVB (<http://www.kenniscentrumlvb.nl/>)
- MEE (<http://www.mee.nl/>): er zijn 22 regionale MEE-organisaties verspreid over Nederland die mensen met beperkingen in alle levensgebieden en in alle leeftijdsfasen ondersteunen. MEE biedt onder meer een training herkennen en omgaan met LVB.
- Jobcoaching: individuele begeleiding naar werk (zie ook 3.1 (#interventies--interventies))
- Beschermd en begeleid wonen: diverse instellingen bieden verschillende begeleidingsvormen voor mensen met LVB wanneer geheel zelfstandig wonen niet mogelijk is.
- Orthopedagogische behandelcentra (<http://www.vobc.nu/>): gespecialiseerde centra voor kinderen en jongeren met verstandelijke beperkingen. Het aanbod bestaat onder andere uit gezinsbehandeling, dagbehandeling, arbeidstraining of behandeling met verblijf.

Intermezzo: de verhalen van Gerard en Eva

Gerard en Eva hebben een lichte verstandelijke beperking en werken allebei in een supermarkt. 15

Het verhaal van Gerard

Wie ben je en wat voor werk doe je?

Mijn naam is Gerard en ik ben vakkenvuller bij Albert Heijn. Ik verzorg de diepvries en het wijnpad. Als ik tijd over heb help ik collega's van een ander pad. Ik heb deze baan gevonden met de hulp van een jobcoach. Die werkt al jaren samen met Albert Heijn en levert altijd goed werk. Toen hij me voorstelde geloofden ze daarom ook in mijn kwaliteiten.

Ik voel me hier begrepen. Ik vind de winkel prettig en er komen aardige mensen. Mijn collega's zijn ook prettig om mee om te gaan. Als ik ergens mee zit, kan ik bij mijn leidinggevende en mijn jobcoach duidelijkheid krijgen, zodat ik lekker kan doorwerken. Ik leer best wel snel, vooral in de praktijk. Toen ik begon, presteerde ik 50% in loonwaarde. Maar ik ben helemaal naar 100% gegroeid. Dat komt omdat ik me verantwoordelijk voel voor mijn werk. Ik vind het belangrijk om mijn eigen geld te verdienen.

Wat heeft je geholpen om hier te werken?

Soms vind ik het lastig om vakken te vullen en tegelijk klanten te helpen. Dan ben ik afgeleid. Mijn jobcoach spreekt daarom vaak met mijn leidinggevende om hem tips over mij te geven. Dat vind ik prettig, want mijn leidinggevende probeert ervoor te zorgen dat wij ons werk goed en met plezier kunnen doen. Als wij plezier hebben en goed werken, kunnen klanten met veel plezier bij ons winkelen. Mijn jobcoach heeft me ook geholpen om via MEE een begeleidwonenproject te vinden. Daar woon ik nu en dat is lekker rustig. Af en toe spreek ik met een consultant van MEE over privé zaken en de toekomst. Ik denk hier nog een jaar te werken en dan vind ik het tijd voor iets anders. Ik heb alleen nog geen idee wat.

Het verhaal van Eva

Wie ben je en wat voor werk doe je?

'Ik ben Eva en ik werk bij de DEEN: 's ochtends groente bijvullen, 's middags schoonmaken en bij de kruidenierswaren helpen. Ik houd van hard werken, maar ook van een praatje en een geintje. Het belangrijkste is altijd goed met de klanten omgaan. Het werk hier voelde de eerste dag al goed. Wat een leuke winkel, leuke collega's. Ik vind het vooral fijn om nieuwe artikelen te leren kennen en dat met de klanten te delen. Werk betekent zoveel voor me. Om te leren. En vooral: ik ga er met plezier heen. Ik had als eerste van mijn klas een echte baan.'

Wat heeft Eva geholpen om hier te werken?

Eva kwam bij DEEN via een stage van de praktijkschool. Ze beviel zo goed dat ze werd gevraagd om zaterdagen te komen werken. Uiteindelijk kreeg ze een vast contact. In het begin kwam haar leraar nog langs om Eva en haar leidinggevende tips te geven. Nu is er alleen nog interne begeleiding nodig. Dat doet de bedrijfsleider: 'Ik heb Eva sinds haar stage gecoacht. Vertrouwen opbouwen en duidelijk maken wat ik verwacht. In het begin was ze stil en kostte het werk haar veel moeite. Maar ze was wel supergemotiveerd en wilde graag leren. Eva komt tot haar recht met afwisselend werk en vaste structuur. Nu past ze helemaal in het team. We hebben zo verschrikkelijk veel lol. Dat straalt ze ook uit naar de klanten.'

- 15 Het verhaal van Gerard is gebaseerd op een case van participatie- en jobcoachingsbedrijf Jobstap. Het verhaal van Eva is gebaseerd op een interview door Anneke Nunn uit 'Honderdduizend banen' (<http://www.10000obanen.nl/>), Aart van der Gaag en Desiree Curfs, Sinds 1883 uitgevers, 2015.


Hoofdstuk 6

Belangrijkste psychische aandoeningen

Met de informatie in dit hoofdstuk krijg je als klantmanager inzicht in de belangrijkste psychische aandoeningen en wat elke aandoening betekent voor je omgang met de klant en de begeleiding naar werk. Het gaat om een globale inleiding en het is zeker geen vervanging voor de kennis van behandelaars en experts. Alleen zij kunnen een diagnose stellen.

Het doel van de informatie is om je begrip voor diverse aandoeningen te vergroten en vooroordelen en stigma's weg te nemen. Meer begrip leidt tot betere gesprekken, beslissingen en begeleiding. Klanten met psychische aandoeningen willen net als iedereen begrepen worden en niet veroordeeld. Gebruik de kennis van dit hoofdstuk om je blik te verruimen en beter te begrijpen wat klanten vertellen over wat ze bezighoudt, zodat ze zich beter begrepen voelen. Bedenk dat een klant zelf vaak de grootste expert is en dat er geen vervanging is voor ervaringsdeskundigheid.

Een klant is expert op het gebied van zijn ervaringen, maar niet op het gebied van de **diagnose**. Als een klant zegt dat hij een psychische aandoening heeft (bijvoorbeeld borderline), vraag dan altijd wanneer de diagnose is gesteld en wie dat heeft gedaan. Zelfdiagnose door een klant (of klantmanager) is ronduit gevaarlijk. Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen.

Met de informatie in deze werkwijzer, gebaseerd op [het psychiatrisch handboek DSM-5](#) 

Voor het in kaart brengen van de symptomen van psychische ziektebeelden geldt de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als een standaardwerk. De vijfde versie uit 2013 heeft veel kritiek gekregen. Veel professionals zijn bezorgd dat er onnodig veel diagnoses bij komen en dat er te veel nadruk ligt op ziekten. In DSM-5 vallen lichte verstandelijke beperkingen onder de psychische aandoeningen en stoornissen.

kun je niet vaststellen welke aandoening iemand heeft. Wel kan dit hoofdstuk je vermoeden van een aandoening versterken om vervolgens je klant hulp in te laten roepen van een expert voor diagnose en behandeling. Ook geeft dit hoofdstuk een begrippenkader dat overleg met behandelaars en experts mogelijk maakt. Samenwerking is vaak een absolute voorwaarde voor effectieve begeleiding van een klant met een psychische aandoening.

Als je denkt dat het goed is dat een klant een diagnose of behandeling krijgt, kun je niet zelf doorverwijzen. Je kunt de klant alleen adviseren om daarvoor naar de huisarts te gaan, maar de beslissing om dat te doen is aan de klant zelf.

Aanvullende informatie en hulpmiddelen

Bij de werkwijzer hoort een digitale [Kenniswijzer](https://participatiecampus.nl/kenniswijzers) (<https://participatiecampus.nl/kenniswijzers>). Daarin kun je relevante informatie vinden, zoals goede voorbeelden, onderzoeken en achtergrondinformatie. Deze kenniswijzer is te vinden op de ParticipatieCampus van Divosa en SBCM. Daar vind je ook twee e-learnings over het begeleiden van klanten met psychische aandoeningen naar werk. Zie [www.participatiecampus.nl](https://participatiecampus.nl/kenniswijzers) (<https://participatiecampus.nl/kenniswijzers>). (Kosteloos) registreren voor de ParticipatieCampus is noodzakelijk.

Een hulpmiddel om je gesprek met de klant te evalueren is het [Evaluatieblad klantgesprek](http://www.divosa.nl/publicaties/evaluatieblad-klantgesprek) (<http://www.divosa.nl/publicaties/evaluatieblad-klantgesprek>). Dit is speciaal ontwikkeld om te gebruiken bij het evalueren van een klantgesprek met iemand met een psychische aandoening of een lichte verstandelijke beperking. Een verwijzing naar het Evaluatieblad klantgesprek is opgenomen in [Bijlage 3 \(#evaluatieblad-klantgesprek\)](#) van deze werkwijzer.

Hoofdstuk 6.1

Depressie

Kenmerken

Bij een depressie heeft iemand last van sombere en neerslachtige stemmingen of lusteloosheid. Het verschil met een sombere bui of een mindere dag is dat de klachten meer dan twee weken duren en gepaard gaan met psychisch lijden en verminderd dagelijks functioneren. 30% van de mensen met een depressie doet een suïcidepoging, waarvan de helft slaagt. Andersom blijkt uit onderzoek dat bij 70% van de geslaagde suïcides sprake was van een depressie.

Hoe vaak komt het voor?

Depressie is de meest voorkomende psychische aandoening. 18,7% van de Nederlanders heeft ooit een depressieve stoornis gehad. Uit onderzoek blijkt dat 7% van de werkenden een vermoedelijke depressie heeft. Depressie komt twee tot drie keer vaker voor bij vrouwen. Hoe een depressie ontstaat is niet helemaal duidelijk. Wel lijkt genetische aanleg de kans te vergroten. Andere risicofactoren zijn armoede, een lage opleiding, werkloosheid, blootstaan aan geweld, echtscheiding, eenzaamheid en chronische ziekten. Na een eerste depressie is de kans op terugval groot; iemand is gevoeliger voor depressies. Bewegen, mindfulness en sociale contacten blijken de kans op een terugval te verkleinen. Het is dus belangrijk dat mensen na een depressie actief zijn en ondersteuning krijgen van hun omgeving.

Herkennen van een depressie

De omgeving kan een depressie makkelijk over het hoofd zien. Sommige symptomen merk je alleen bij goed doorvragen. Ook vinden veel mensen met een depressie het lastig om hulp te vragen of zelfs maar te laten merken dat het niet goed met ze gaat ('Ik wil je niet opzadelen met mijn problemen', 'Ze zullen me wel een zeurpiet vinden'). Daarom zwakken ze hun klachten vaak af (onderrapporteren: 'Het gaat wel'). Slechts 14% van de mensen met een depressie zoekt direct hulp; de rest stelt dat uit waardoor ze onnodig (lang) lijden.

De stemming van mensen met een depressie is altijd negatief: ze beleven nergens meer plezier aan en bekijken alles van de donkere kant. Symptomen van een depressie zijn:

- negatieve gedachten over zichzelf (je waardeloos of schuldig voelen) of bezig zijn met de dood
- lusteloosheid, weinig interesse in activiteiten
- slaapproblemen (niet in slaap kunnen komen, vaak of vroeg wakker worden of juist veel slapen en moeite hebben om wakker te blijven)
- vermoeidheid of minder energie
- duidelijke afname of juist toename van gewicht
- duidelijke afname of juist toename van eetlust
- duidelijk waarneembare psychomotorische gejaagdheid of juist remming
- moeite met denken, zich concentreren, onthouden of besluiten nemen

Houd er rekening mee dat een tijdens een depressie afgenomen intelligentie- of capaciteitentest niet representatief is.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde ggz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Praten met iemand met een depressief is emotioneel belastend. De negatieve stemming kan besmettelijk werken. Je kunt als professional geneigd zijn te proberen iemand op te beuren. Dat is een valkuil, want begrip tonen werkt beter dan een peptalk. Zet daarom liever gesprekstechnieken in als empathie, reflectief luisteren en open vragen stellen (zie 2.2 (#begeleiding-op-maat-waak-voor-stigmatisering)). Mensen met een depressie hebben een negatief zelfbeeld. Als je ze aanmoedigt om het leven van de positieve kant te bekijken en het niet lukt, versterkt dat hun negatieve gevoelens en de neerwaartse spiraal alleen maar. Bovendien weten ze best dat ze positiever zouden moeten zijn, maar ze kunnen het op dat moment niet opbrengen.

Moedig een klant aan om professionele hulp te zoeken, te beginnen bij de huisarts. Die kan, eventueel via de praktijkondersteunend hulpverlener, behandeling door de GGZ of een andere vorm van hulpverlening adviseren. Een depressie is goed te behandelen met medicatie en gesprekstherapie, waardoor ook het risico op suïcide afneemt. Wanneer je merkt dat een klant suïcidale gedachten heeft, is de beste reactie om in contact blijven en een goed gesprek te voeren. Bespreek ook met de klant dat hulpverlening nodig is en regel zo nodig het eerste contact met een hulpverlener.

Je kunt soms al tijdens een behandeling beginnen met re-integratie naar (vrijwilligers)werk. Bedenk wel dat solliciteren extra lastig is

Begeleiding naar werk

voor iemand met depressieve gedachten; jezelf verkopen terwijl je jezelf waardeloos voelt is niet eenvoudig. Ondersteun de klant daarbij en overleg met de behandelaar of die ook kan helpen. Bij klanten met een depressie geldt zeker dat werk dat ze zinvol en prettig vinden de meeste kans van slagen biedt. Vaak kan iemand dat niet meteen volledig doen en zijn er (tijdelijk) aanpassingen nodig. Over het algemeen functioneert iemand met een depressie later op de dag beter. Bij parttime werkhervatting is 's middags werken dan ook beter.

Houd verder rekening met beperkingen die veel voorkomen bij en in mindere mate na een depressie, afhankelijk van de ernst en soort. Mensen met een depressie hebben vaak moeite met:

- zich concentreren
- iets ondernemen of initiatief nemen
- fysiek zwaar werk (door een gebrek aan energie)
- duurbelasting (dat geeft fysiek en mentaal problemen)
- timemanagement en deadlines
- besluiten nemen
- (intensieve) contacten, als klant of patiënt
- conflicten met collega's of klanten

Controleer of iemands medicijnen bepaalde werkzaamheden of beroepen (zoals chauffeur) uitsluiten. Niet alleen fysieke activatie is belangrijk, maar ook sociale activatie, weer onder de mensen komen. Laat iemand dus bijvoorbeeld niet alleen in een kelder archieven sorteren omdat dat zo rustig is.

Aanvullende informatiebronnen

Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (<http://nedkad.nl/>)

Hoofdstuk 6.2

Bipolaire stemmingsstoornis

Kenmerken

Bij een bipolaire stemmingsstoornis, in de volksmond heet dat manisch-depressief, wisselen depressieve en manische fasen zich af. De schommelingen variëren in snelheid en sterkte. In een mildere vorm spreekt men van een dysthyme (mild depressieve) en hypomane (mild manische) fase. We beschrijven nu manische en depressieve episodes. Bij de mildere vorm (hypomaan-dysthym) doen dezelfde verschijnselen en gevolgen zich minder sterk voor.

De depressieve fase wordt vaak versterkt doordat mensen zich dan realiseren welke schade ze hebben aangericht in hun manische periode. Die schade kan verstrekkende gevolgen hebben. In de manische fase lijken ze alles te vergeten; alsof ze niet geleerd hebben van de 'fouten' in het verleden. De manische fase is afgezien van de schadelijke gevolgen (met name in het begin) meestal erg prettig voor de patiënt. Sommigen voelen zich dan ook aangetrokken tot deze periodes. Wanneer de medicatie eenmaal goed is ingesteld kan iemand ernaar terugverlangen. Zelfs zo sterk dat het moeite kost om de medicijnen te blijven gebruiken.

Hoe vaak komt het voor?

1,3% van de mensen krijgt ooit een bipolaire stoornis. In de meeste gevallen openbaart die zich tussen de 15 en 25 jaar.

Herkennen van bipolaire stemmingsstoornis

Iemands stemming wisselt van depressief tot buitengewoon euforisch (manisch). Wanneer je iemand in een depressieve fase ontmoet is die niet te onderscheiden van iemand met een depressie. Wie manisch is, kan in de beginfase energiek, vrolijk en (over)enthousiast overkomen. Om de schommelingen van een bipolaire stemmingsstoornis te herkennen is contact gedurende een langere tijd nodig. De signalen in de depressieve periodes zijn hetzelfde als bij een depressie. Een manische periode kenmerkt zich door een of meer van de volgende kenmerken:

- een verhoogd gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën
- duidelijk minder behoefte aan slaap (bijvoorbeeld je na drie uur slaap al uitgerust voelen)
- spraakzamer zijn of een grote behoefte hebben om te blijven praten
- gedachtevlucht of het gevoel dat de gedachten jagen
- makkelijker af te leiden zijn (onbelangrijke prikkels trekken de aandacht);
- meer dadendrang (bijvoorbeeld bij contacten leggen, op seksueel gebied, op school of op het werk)
- zich overmatig bezighouden met aangename activiteiten die vervelende consequenties kunnen hebben (bijvoorbeeld onverantwoorde aankopen of ongepaste seksuele toenaderingen)

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde ggz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Voor de *depressieve fase* gelden dezelfde aanwijzingen als bij depressie. Is iemand duidelijk ontregeld door een manische fase dring er dan op aan dat de klant contact opneemt met zijn psychiater of een huisarts. Neem eventueel contact op met een familielid of vriend. In veel gevallen zal de klant in deze fase zelf geen probleem (h)erkennen en hulp niet nodig vinden.

Bij iemand in een *manische fase* heeft het geen zin om een beroep te doen op het gezond verstand. De zelfoverschatting is onderdeel van de aandoening. Proberen te overtuigen of afremmen zal alleen maar woede en soms zelfs agressie oproepen. Het is beter om je eigen grenzen te bewaken en daar duidelijk over te zijn. Contact met een direct betrokkene biedt het meeste perspectief, omdat die vaak weet wat het beste werkt.

Wanneer een klant (meestal door medicatie) gestabiliseerd is, moet hij leren om de verschillende fases te voelen aankomen en er goed mee om te gaan. In een depressieve fase moet iemand bijvoorbeeld niet een te druk programma hebben in zijn vrije tijd. Daarbij kun je als klantmanager ondersteunen.

Begeleiding naar werk

De beperkingen van een bipolaire stoornis zijn erg afhankelijk van de mate waarin iemand gestabiliseerd is door medicatie. Wanneer depressieve en manische fases elkaar afwisselen is duurzame arbeid natuurlijk niet goed mogelijk. Ook wanneer de medicatie goed is ingesteld blijven er vaak nog wel schommelingen in het functioneren. Het is het beste om met een klant te overleggen over de

mindere periodes en die te zien als de ondergrens. Of maak andere afspraken om de mindere periodes op te vangen. Sluit wel zo veel mogelijk aan bij het intellectueel niveau van een klant. Structuur in het werken is belangrijk om (afgezwakte) manische periodes te ondervangen. Ook essentieel zijn goede werkafspraken, bijvoorbeeld over de hoeveelheid werk en de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden. De meeste mensen met een bipolaire stoornis worden (enige tijd) begeleid door een professionele hulpverlener. Informeer daarnaar en leg zo nodig contact met de hulpverlener om samen met de klant en de hulpverlener een traject uit te stippelen.

Aanvullende informatiebronnen

Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (<http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/>)

Hoofdstuk 6.3

Angststoornissen

- Paniekstoornis/agorafobie
- Sociale angststoornis (sociale fobie)
- Specifieke fobie
- Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Bij angststoornissen heeft iemand hevige angstgevoelens. Om die te voorkomen vertonen patiënten vaak vermijdingsgedrag met ingrijpende consequenties zoals een totaal sociaal isolement. Angststoornissen hebben vaak een olievlekwerking, iemand vermijdt steeds meer dingen en belandt in een negatieve spiraal.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Hoe vaak komt het voor?

Angststoornissen komen vaak voor; in 2011 bij bijna 1,1 miljoen Nederlanders. Een vijfde van de Nederlanders maakt ooit een angststoornis door. Van de beroepsbevolking heeft 9% een vermoedelijke angststoornis. Wanneer vergelijkbare symptomen worden veroorzaakt door een lichamelijke ziekte of misbruik van middelen is er geen sprake van een angststoornis.

Paniekstoornis/agorafobie

Kenmerken

Een paniekstoornis bestaat uit onvoorspelbare, terugkerende aanvallen van hevige paniek. Wanneer de paniekstoornis gepaard gaat met de angst om alleen te zijn in situaties waarin het moeilijk (of gênant) is om direct te ontsnappen (bijvoorbeeld alleen buiten zijn, met de trein reizen) en iemand die situaties vermijdt, luidt de diagnose agorafobie (straatvrees). De angst bij een paniekstoornis is zo sterk dat iemand bang is om dood te gaan of gek te worden. Dat heeft intens psychisch lijden tot gevolg. Mensen met een paniekstoornis hebben vaker suïcidale gedachten en doen vaker een suïcidepoging. Afhankelijk van de sterkte werkt een paniekstoornis sterk verstorend op het dagelijks functioneren. Wanneer een paniekstoornis de enige aandoening is en iemand daarvoor weinig of geen aandoeningen heeft gehad is de kans op een succesvolle behandeling groot.

Hoe vaak komt het voor?

Paniekstoornissen komen vaker voor bij vrouwen. In 2011 hadden 52.000 mannen (1%) en 79.900 vrouwen (1,5%) een paniekstoornis.

Herkennen van een paniekstoornis

De kans dat je in een gesprek een paniekstoornis meemaakt is niet groot. Meestal kun je de gevolgen ervan wel signaleren als je goed doorvraagt: aanhoudende bezorgdheid over een nieuwe aanval, piekeren over de gevolgen van een aanval of duidelijke gedragsveranderingen.

Een paniekaanval is een relatief korte periode waarin iemand intens angstig is. De symptomen ontstaan plotseling en bereiken binnen tien minuten een maximum. Bij een aanval zijn er minimaal vier van de volgende symptomen aanwezig:

- hartkloppingen of versnelde hartactie
- transpireren
- trillen of beven
- gevoel van ademnood
- naar adem snakken
- pijn of een onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of maagklachten
- duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- een gevoel van onwerkelijkheid (derealisatie) of zelfvervreemding (depersonalisatie)
- angst om de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- angst om dood te gaan
- verdoofd of tintelend gevoel
- opvliegers of koude rillingen

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-

psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Mensen met een paniekstoornis weten dat hun angsten niet reëel zijn, maar toch hebben die hen volledig in hun greep. Begrip en empathie tonen is de beste reactie. Als dat je niet lukt, probeer je dan een beter beeld te vormen van wat het betekent om extreem angstig te zijn. Neem je meest angstige ervaring als uitgangspunt en stel je voor dat die dreiging permanent aanwezig is. Realiseer je ook dat iets kleins in jouw ogen (bijvoorbeeld naar een gesprek komen) voor een klant een grote stap is die veel moed vereist. Geef dan ook complimenten voor de inspanning en moeite. Moedig klanten aan om hun angst niet uit de weg te gaan, maar door geleidelijke stappen te zetten steeds meer te durven. Dwang uitoefenen of druk opleggen werkt averechts, het kan zelfs een paniekaanval uitlokken.

Het behandelen van een paniekstoornis wordt door de GGZ gedaan. Een eerste stap in het gesprek kan daarom ook zijn om iemand aan te moedigen om contact te zoeken met de hulpverlening via de huisarts. Wanneer eerdere behandelingen niet succesvol waren, kan de klant een second opinion vragen bij een gespecialiseerde instelling of therapeut.

Begeleiding naar werk

Meestal is het aan te raden iemand dat iemand zich eerst laat behandelen. Soms kan (vrijwilligers)werk een onderdeel of aanvulling van de behandeling zijn. Overleg daarover met de klant en de behandelaar. Wanneer mensen met een paniekstoornis wel kunnen werken zijn ze vaak overgevoelig voor grote groepen, drukke ruimtes, lawaai, chaos of hectiek en stress. Werken onder hoge druk met weinig regelmogelijkheden is dan ook ongeschikt.

Aanvullende informatiebronnen

- TOPGGZ (<http://www.topggz.nl/>) (gespecialiseerde instellingen)
- Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (<http://nedkad.nl/>)
- Angst, Dwang en Fobiestichting (<http://adfstichting.nl/>); hier is een netwerk van gespecialiseerde therapeuten op te vragen

Sociale angststoornis (sociale fobie)

Kenmerken

Bij een sociale angststoornis roepen sociale situaties veel angst op, vooral die waarbij je kritisch benaderd kan worden zoals contact met onbekenden of optreden in het openbaar. Daarom heet de stoornis ook wel sociale fobie. De angst is zo sterk en permanent dat mensen met de stoornis sociale situaties vermijden of met intense angst (soms in de vorm van een paniekaanval) doorstaan. De patiënt lijdt overduidelijk onder de stoornis en de angst of vermijding belemmeren het werk of het sociale leven. De betrokkene weet zelf dat de angst niet realistisch is en niet in verhouding staat tot de situatie. Soms zijn patiënten ook sociaal heel onvaardig, deels afhankelijk van wanneer de fobie ontstaan is.

Hoe vaak komt het voor

In 2011 had 3,1% van de mannen en 4,3% van de vrouwen een sociale angststoornis. 60% van de bevolking heeft wel enige vorm van sociale angst.

Herkennen van sociale angststoornis

Het aangaan van een gesprek zal (zeker de eerste keer) veel angst oproepen bij de klant. Je merkt dat iemand zeer gespannen is, hevig transpireert of angstig kijkt. Ook kun je de angst en het vermijdingsgedrag wel signaleren als je goed doorvraagt.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Zie de aanwijzingen voor de paniekstoornis. Een rustige benadering is belangrijk. Wanneer de klachten hevig zijn of weer terugkomen is begeleiding door een therapeut aan te bevelen.

Begeleiding naar werk

Werken in groepen of veranderen van sociale omgeving roept veel spanning op. Maar geleidelijke blootstelling daaraan kan (onder goede begeleiding) juist ook een goede oefening zijn die het herstel bevordert. Zie verder de aanwijzingen voor de paniekstoornis.

Aanvullende informatiebronnen

- Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (<http://nedkad.nl/>)
- Angst, Dwang en Fobiestichting (<http://adfstichting.nl/>)

Kenmerken

Specifieke fobie

Bij deze fobie richt de angst zich op een specifiek voorwerp (bijvoorbeeld spinnen) of bepaalde situatie (vliegen, op grote hoogte zijn, een injectie krijgen of bloed zien). De angst geeft duidelijke belemmeringen in het dagelijks leven, op het werk of in het sociale leven of iemand lijdt duidelijk onder de fobie.

Hoe vaak komt het voor

In 2011 had 3,5% van de mannen en 6,5% van de vrouwen een specifieke fobie.

Herkennen van een specifieke fobie

Een specifieke fobie kan goed verborgen blijven. Alleen door confrontatie met de dingen of situaties waarvoor iemand bang is wordt de fobie zichtbaar.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Zie de aanwijzingen voor de paniekstoornis. Een specifieke fobie is meestal goed te behandelen. Behandeling door een geregistreerd therapeut is dan ook zeker aan te bevelen.

Begeleiding naar werk

Alleen wanneer behandeling geen effect heeft gehad, moet je besluiten dat iemand bepaalde voorwerpen of situaties zo veel mogelijk moet vermijden. Zie ook de aanwijzingen voor de paniekstoornis.

Aanvullende informatiebronnen

- [Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie \(http://nedkad.nl/\)](http://nedkad.nl/)
- [Angst, Dwang en Fobiestichting \(http://adfstichting.nl/\)](http://adfstichting.nl/)

Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Kenmerken

Bij een gegeneraliseerde angststoornis heeft de angst zijn acute en hevige kant verloren. Mensen met een GAS worden vaak als nerveuze, tobberige en angstige mensen gezien. Alle angststoornissen voldoen aan de criteria voor een GAS, maar deze diagnose wordt alleen gesteld als andere angststoornissen of andere aandoeningen (zoals anorexia nervosa) zijn uitgesloten.

Hoe vaak komt het voor

In 2011 had 1,4% van de mannen en 2,2% van de vrouwen een gegeneraliseerde angststoornis.

Herkennen van een gegeneraliseerde angststoornis

GAS uit zich in buitensporige angsten of bezorgdheid over allerlei aspecten van het leven (zoals werk, school, gezin). De angsten en zorgen houden minstens zes maanden aan, waarbij de dagen dat de klachten zich voordoen in de meerderheid zijn. Mensen met GAS kunnen de bezorgdheid en angsten moeilijk onder controle houden of zelfs maar tijdelijk parkeren. Daarnaast hebben ze minstens drie van de volgende symptomen:

- rusteloosheid
- concentratieproblemen
- slaapproblemen
- snelle vermoeibaarheid
- prikkelbaarheid
- spierspanningsklachten

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

De omgang met deze klanten lijkt op die met klanten met een paniekstoornis. Houd er rekening mee dat het vaak vermoeiend is om met mensen met GAS om te gaan. Ze vragen namelijk veel bevestiging en geruststelling. Soms is een gestructureerde werksetting een van de weinige plekken die afleiden van de angsten.

Begeleiding naar werk

Vergroot het gevoel van controle bij de klant door duidelijke stappen te zetten en veel uitleg en structuur te bieden. Tegelijkertijd helpt het ook de klant zelf steeds meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor het werk, om de behoefte aan geruststelling te verminderen. De psychische belastbaarheid varieert afhankelijk van de soort en de ernst van de klachten. Hectiek, een hoge werkdruk en weinig regelmogelijkheden laten de klachten verergeren.

Aanvullende informatiebronnen

- [Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie \(http://nedkad.nl/\)](http://nedkad.nl/)
- [Angst, Dwang en Fobiestichting \(http://adfstichting.nl/\)](http://adfstichting.nl/)

Hoofdstuk 6.4

Obsessief-compulsieve stoornissen (OCS)

Kenmerken

Veel mensen hebben dwanggedachten of -handelingen, bijvoorbeeld bij het wegrijden je afvragen of het gas nog aanstaat. Bij een obsessief-compulsieve stoornis (OCS) blijven die gedachten en handelingen terugkomen. Ze leveren veel spanning op en kosten meer dan een uur per dag tijd of geven ernstige problemen in het dagelijks leven. Een voorbeeld van een obsessief-compulsieve stoornis is smetvrees, waarbij iemand vaak zijn handen wast of een deurknop niet met blote handen wil aanraken.

Dwanghandelingen zijn zich steeds herhalend gedrag (bijvoorbeeld handen wassen, opruimen) om een bepaalde gevreesde gebeurtenis (bijvoorbeeld besmetting) te voorkomen of de kans daarop te verminderen. Iemand voelt zich vaak gedwongen om die handelingen te verrichten in reactie op dwanggedachten. Dat zijn steeds terugkerende en aanhoudende gedachten ('Ik word ziek van bacteriën'), impulsen, beelden of ideeën, die als misplaatst of opgedrongen worden ervaren, maar wel als een product van de eigen geest. Dwanggedachten zijn niet te vergelijken met overbezorgdheid over dagelijkse problemen.

Hoe vaak komt het voor

Naar schatting heeft ongeveer 1% van de mensen ooit een obsessief-compulsieve stoornis (OCS) gehad.

Herkennen van een obsessief-compulsieve stoornis

Dwanghandelingen die zich niet in het gesprek voordoen en dwanggedachten zijn moeilijk te ontdekken. Een OCS wordt dan ook vaak over het hoofd gezien of onvoldoende erkend. Het blijkt dat er gemiddeld 14 jaar zit tussen het begin van de symptomen en behandeling. Als klantmanager kun je er een signaal van krijgen, bijvoorbeeld als iemand zegt geen tijd te hebben om naar een sollicitatietraining te komen. Na doorvragen kun je erachter komen dat iemand erg veel tijd kwijt is met de dwanghandelingen.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Het heeft geen zin om de dwanghandelingen of -gedachten weg te redeneren. Ze hebben namelijk de functie om angst en spanning bij iemand te verminderen. OCS kan alleen door therapie behandeld worden.

Begeleiding naar werk

Bij een ernstige dwangstoornis is iemand niet in staat om te werken. Bij een mildere stoornis is het belangrijk dat iemand controle heeft op het volledige werkproces en niet te veel afhankelijk is van anderen. Sommige dwanggedachten kosten alleen veel tijd, maar er zijn ook agressieve en seksuele gedachten die bepaalde beroepskeuzes (tijdelijk) niet wenselijk maken. Inspelen op veranderingen kost mensen met OCS veel moeite (net als mensen met autisme (zie [autisme \(#belangrijkste-psychische-aandoeningen--autisme\)](#))). Zorg dus voor duidelijke en gestructureerde begeleiding, zet duidelijke stappen en tussendoelen uit en leg uit wat je plannen zijn. Bespreek de voortgang ook tussentijds zodat je klant weet wat er verwacht voelt en zich veiliger voelt.

Aanvullende informatiebronnen

- [Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie \(http://nedkad.nl/\)](http://nedkad.nl/)
- [Angst, Dwang en Fobiestichting \(http://adfstichting.nl/\)](http://adfstichting.nl/)

Hoofdstuk 6.5

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Kenmerken

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontstaat als reactie op een ingrijpende gebeurtenis waarbij iemand ernstig bedreigd werd en een groot gevoel van angst en machteloosheid heeft ervaren. Voorbeelden zijn een auto-ongeluk, gewapende overval of verkrachting maar ook baanverlies of echtscheiding. Iemand met PTSS wordt geplaagd door beelden of gedachten aan die gebeurtenis en reageert alsof hij acuut bedreigd wordt. De reactie kan tot tientallen jaren na de traumatische gebeurtenis optreden. Onder vluchtelingen komt PTSS vaak voor. De diagnose wordt dan vaak bemoeilijkt door gebrekkige taalbeheersing of de angst om alles te vertellen.

Hoe vaak komt het voor

Vier op de vijf Nederlanders hebben in hun leven buitengewoon schokkende dingen meegemaakt. Na zo'n gebeurtenis ontwikkelt ongeveer 10% een posttraumatische stressstoornis. 900.000 Nederlanders hebben ooit met een PTSS te kampen gehad en een deel van hen heeft er nog steeds last van.

Herkennen van een PTSS

Centraal in PTSS staat het herbeleven van de traumatische gebeurtenis door nachtmerries of steeds terugkomende gedachten erover. Wanneer iemand in een situatie komt die sterk lijkt op de gebeurtenis is er sprake van ernstig psychisch lijden (hevige angst). Daarom vermijden mensen met PTSS situaties, voorwerpen, mensen, gebouwen etc. die verbonden zijn met de traumatische gebeurtenis. Soms kan iemand zich bepaalde periodes niet meer herinneren. Verdere signalen van PTSS zijn symptomen van aanhoudende spanning na de traumatische gebeurtenis:

- slaapproblemen
- prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
- concentratieproblemen
- hevige schrikreacties
- overmatige waakzaamheid

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Respecteer het altijd als iemand zegt dat hij niet wil praten over een traumatische gebeurtenis. Bij iemand bij wie grenzen zo duidelijk zijn overschreden is het extra belangrijk die te respecteren. Als iemand er wel over wil praten toon je begrip, maar maak je duidelijk dat jij niet de aangewezen persoon bent om het over het trauma te hebben. Dat kan het beste onder begeleiding van een behandelaar gebeuren. De gevolgen van de traumatische gebeurtenis en de PTSS kun je wel bespreken: wat betekent het voor het werk dat je wil gaan doen? Heb je een normaal dag- en nachtritme? Wat voor arbeidsmogelijkheden zie je? Vraag ook iemand uit de directe omgeving van de klant naar de gevolgen van de PTSS. Vaak is de PTSS voor de omgeving ook zeer belastend.

Informeer verder naar behandelingen. Is de klant behandeld voor PTSS of overweegt hij zich te laten behandelen? Vaak hebben mensen met PTSS daar weerstand tegen omdat ze dan weer geconfronteerd worden met de traumatische gebeurtenissen. Dat is een begrijpelijke reactie, maar meestal zal behandeling op de langere termijn klachten verlichten. Probeer de klant niet te overtuigen om in behandeling te gaan, maar breng samen de voor- en nadelen (op korte en lange termijn, voor de klant en voor zijn omgeving) van wel en niet behandelen in kaart. Je kunt de klant wel aanmoedigen om bij de huisarts of praktijkondersteuner GGZ te informeren welke behandelmogelijkheden er zijn en wat die inhouden.

Begeleiding naar werk

Voor mensen met PTSS-klachten is de routine van werk vaak heel prettig ter afleiding en om weer in een structuur te komen. Het is wel belangrijk dat de klant niet gaat werken in een omgeving waarbij de kans op herbeleving heel groot is. Herbelevingen helemaal uitsluiten is moeilijk, want ze kunnen getriggerd worden door de meest uiteenlopende onschuldige zaken. Zo kan een dichtslaand autoportier doen denken aan een ontploffing of kan iemands aftershave de geur van de verkrachter oproepen.

Hoewel de verschillen per persoon groot zijn, moet je over het algemeen met de volgende beperkingen rekening houden:

- cognitieve stoornissen, vooral concentratieverlies
- prikkelbaarheid, met meer kans op irritaties en conflicten
- moeite met zelfbeheersing (ontploffen om iets kleins)
- zaken die met het trauma verbonden zijn roepen zoveel spanning (herbeleving) op dat ze iemand tijdelijk belemmeren om te functioneren.

Aanvullende informatiebronnen

- Cogis (<http://www.cogis.nl/>): kennisinstituut voor de sociale en psychische gevolgen van oorlog, vervolging en geweld
- Stichting Centrum '45 (<https://www.centrum45.nl/>), De Evenaar (<https://www.ggzdrenthe.nl/centrum/de-evenaar/>) en Psychotraumacentrum Zuid Nederland (<http://www.reiniervanarkel.nl/ptczn>): regionale centra voor behandeling van en expertise over vluchtelingen en asielzoekers met psychische problemen
- Phoenix (<https://www.propersona.nl/phoenix/>) (Wolfheze), onderdeel van Pro Persona: een landelijk expertise- en behandelcentrum voor vluchtelingen met ernstige psychiatrische problematiek

Hoofdstuk 6.6

Persoonlijkheidsstoornissen

De symptomen van persoonlijkheidsstoornissen ontstaan in de puberteit of vroege volwassenheid. De afwijkende gedragingen en ervaringen zijn continu aanwezig, maar voor de patiënt zelf zijn ze niet afwijkend. In die twee aspecten verschillen persoonlijkheidsstoornissen van andere in deze werkwijzer besproken psychische aandoeningen. Er zijn tien persoonlijkheidsstoornissen in drie clusters:

- Cluster A: paranoïde, schizotypische en schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- Cluster B: antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis
- Cluster C: vermijdende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Vaak heeft iemand meer dan één persoonlijkheidsstoornis, meestal, maar niet altijd uit hetzelfde cluster. Belangrijkste persoonlijkheidsstoornissen zijn de borderline persoonlijkheid en de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Borderline persoonlijkheid

Kenmerken

Het belangrijkste kenmerk van een borderline persoonlijkheid is een patroon van instabiliteit in relaties, zelfbeeld en gevoelens, en duidelijk impulsiviteit op meerdere gebieden; dit alles vanaf de puberteit. Net als bij alle andere aandoeningen zijn er grote onderlinge verschillen, maar de volgende kenmerken komen vaak voor

- separatieangst; krampachtig proberen te voorkomen om (vermeend) in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense relaties, waarbij overmatig idealiseren en geringschatten elkaar afwisselen
- een aanhoudende identiteitsstoornis met twijfel aan bijvoorbeeld zelfbeeld, seksuele voorkeur, langetermijndoelen of beroepskeuze of soort vrienden en waarden
- impulsiviteit met nadelige gevolgen op minstens twee terreinen (veel geld uitgeven, seks, drugsgebruik, vreetbuien of roekeloos autorijden)
- terugkomende suïcidale dreigingen, suïcidaal gedrag of automutilatie (zichzelf verwonden)
- duidelijke overgangen van de basisstemming naar depressie, geïrriteerdheid of angst. Dat duurt meestal enkele uren; soms zelfs enkele dagen
- ongepaste, intense woede of een gebrek aan woedebeheersing (driftbuien, gevechten of aanhoudende woede)
- tijdelijke, aan stress gerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen (gevoel en emoties zijn losgekoppeld van het bewustzijn)

Ook een chronisch gevoel van leegte en depressieve periodes komen vaak voor bij een borderline persoonlijkheid. Behandelingen laten de kenmerken van borderline in veel gevallen minder worden waardoor ze beter te hanteren zijn. Op latere leeftijd neemt de heftigheid van de symptomen ook af.

Herkennen van borderline persoonlijkheidsstoornis

Deze aandoening is niet eenvoudig te herkennen, zeker niet in één gesprek. Klanten met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben vaak afgebroken opleidingen, een versnipperd arbeidsverleden of meerdere problematische (ex-)relaties. Maar andersom hoeven die omstandigheden nog niet te betekenen dat iemand deze stoornis heeft. Zegt iemand zelf dat hij borderline heeft, controleer dan of die diagnose wel is gesteld door een erkend behandelaar.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Hoe vaak komt het voor

1 tot 2 procent van de mensen heeft een borderline persoonlijkheid; het komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen.

Aanwijzingen voor de omgang

Een borderline persoonlijkheid verdeelt mensen in goed en slecht (splitting). Houd er dus rekening mee dat je het helemaal goed óf fout doet en ga noch in het ophemelen noch in het negatieve mee. Ook loop je de kans te worden uitgespeeld tegen een collega of een behandelaar. Check dus altijd goed de andere kant voor je het verhaal van je klant voor waar aanneemt. Blijf altijd met collega's en de behandelaar afstemmen wat je met de klant hebt besproken. De overgevoeligheid voor afwijzing en kritiek maakt een neutrale, niet-afwijzende, niet-verwijtende manier van feedback geven extra noodzakelijk. Ook grenzen stellen kun je doen op een neutrale

manier, alleen gericht op het gedrag en niet op de persoon. (16) Wek op geen enkele manier valse verwachtingen (door iets te beloven, maar het niet of anders te doen). Een borderline persoonlijkheid heeft al weinig vertrouwen in anderen en verbroken beloftes bevestigen het beeld dat niemand te vertrouwen is.

Begeleiding naar werk

Wanneer een klant nog geen behandeling heeft gehad, is daarmee starten een goede eerste stap naar werk. Het vergroot de kans op een succesvol traject aanzienlijk. In overleg met de klant en de behandelaar kun je soms al tijdens de behandeling geleidelijk starten met (vrijwilligers)werk.

Twijfel over een beroepskeuze is een onderdeel van de aandoening. Volledig en blijvend gelukkig zijn met een keuze is meestal niet haalbaar. Onderbouw de beroepskeuze met argumenten die je telkens weer kunt herhalen (bijvoorbeeld dat het beroep past bij iemands capaciteiten en vaardigheden). Wijs erop dat een baan niet 100% leuk hoeft te zijn en dat mindere periodes of dagen erbij horen.

De belangrijkste beperking voor werk ligt in de omgang met anderen. Vooral negatieve feedback of kritiek geeft veel problemen, net als de verminderde motivatie als de klant het werk even minder leuk vindt. Ook kan het patroon van ophemelen en vervolgens in de grond boren relaties met collega's en leidinggevenden ernstig verstoren. Door de emotionele instabiliteit is het vaak niet mogelijk dat iemand op het niveau functioneert dat past bij zijn opleiding of capaciteiten. Werk met vooral kortdurende contacten heeft de meeste kans van slagen. Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan bijvoorbeeld een overtuigende verkoper zijn. De belangrijkste uitdaging in de begeleiding is om de klant de gestelde einddoelen te laten halen. Dat bouwt het zelfvertrouwen van de klant op. Bij een plaatsing is begeleiding door een jobcoach eigenlijk onontbeerlijk. In ieder geval moet de klant kunnen terugvallen op mensen die hem kunnen ondersteunen (familie, vrienden of een therapeut), zodat mindere periodes niet tot uitval leiden.

Aanvullende informatiebronnen

- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (<http://www.kenniscentrumps.nl/>)
- Stichting Borderline (<http://www.stichtingborderline.nl/site/Voorlichting/Ziektebeeld/>)

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Kenmerken

Het belangrijkste kenmerk van een antisociale persoonlijkheidsstoornis is dat iemand vanaf de puberteit geen respect heeft voor anderen en vaak andermans rechten schendt, bijvoorbeeld door agressie of geweld. Mensen met deze stoornis hebben geen gevoel van spijt; egocentrisme voert de boventoon. Bij een overgrote meerderheid (80-85%) komt ook alcohol- of drugsmisbruik voor. Over het algemeen zijn mensen zich er niet van bewust dat ze een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben: ze ervaren geen problemen en zoeken zelden hulp. Door de stoornis te behandelen kunnen sommige symptomen (zoals agressie) verminderen, maar er zijn nog geen aanwijzingen dat de stoornis te genezen is. Het is nog niet bekend welke vorm van psychotherapie het best helpt. Vroeger stond deze stoornis bekend als psychopathische persoonlijkheid. Het stereotype van de psychopaat heeft waarschijnlijk bijgedragen aan het vooroordeel dat iemand met een psychiatrische aandoening agressief en gevaarlijk is.

Hoe vaak komt het voor

De stoornis komt vaker voor bij mannen (3 procent) dan bij vrouwen (1 procent). Van de gedetineerden voldoet tot wel 75% aan de criteria.

Herkennen van de antisociale persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een antisociale persoonlijkheid kunnen zich sociaal wenselijk en innemend presenteren. Ook kunnen ze op een oppervlakkige manier charmant zijn. Het contact is echter ik-gericht en kan onveilig aanvoelen. Het valt op dat ze gebrek aan empathie hebben en hoog van zichzelf opgeven. In veel gevallen zijn ze al in aanraking geweest met politie en justitie. Een reguliere baan vasthouden mislukt vaak: omgaan met autoriteit geeft problemen en er zijn vaak conflicten.

Meerdere van onderstaande kenmerken komen voor:

- niet in staat zijn om zich te conformeren aan maatschappelijke normen, wat resulteert in overtredingen en arrestaties
- oneerlijkheid (naamvervalsing, oplichting)
- impulsiviteit
- prikkelbaarheid en agressiviteit (vechtpartijen en geweldpleging)
- roekeloosheid, onvoorzichtig omgaan met de eigen veiligheid en die van anderen
- permanente onverantwoordelijkheid, wat blijkt doordat iemand (financiële) verplichtingen niet nakomt of geen baan kan vasthouden
- ontbreken van spijtgevoelens

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben vaak een verstoord zelfbeeld. Daarom is het extra belangrijk dat je respectvol met ze omgaat. Stel wel heel duidelijke grenzen en herhaal gedragsregels. Neem het serieus als iemand dreigementen uit, maar maak duidelijk welk gedrag niet geaccepteerd wordt. Wijs iemand op de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gedrag.

Begeleiding naar werk

De belangrijkste beperking van klanten met antisociale persoonlijkheidsstoornis is dat het ze niet lukt duurzaam te werken. Ze kunnen zich niet langdurig aanpassen aan anderen. Daarom houden ze zich vaak niet aan regels en afspraken en ontstaan er problemen in de omgang met anderen. Ze houden het niet lang uit bij een werkgever.

Aanvullende informatiebronnen

Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (<http://www.kenniscentrumps.nl/>)

⑩ Zie ook de [Werkwijzer Gespreksvoering](http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering) (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering>)

Hoofdstuk 6.7

Psychotische stoornissen

Binnen de psychotische stoornissen is schizofrenie de bekendste en opvallendste. De term schizofrenie ligt zwaar onder vuur, omdat er een groot stigma op rust en omdat de inzichten over schizofrenie enorm in beweging zijn. Het werd als een levenslange handicap gezien, terwijl sommige mensen zelfs (soms zonder medicijnen) van hun symptomen af blijken te komen. Er is steeds meer discussie of we niet moeten spreken van een spectrum van psychosegevoeligheid. Voor dit moment hanteren we nog de oude term schizofrenie voor sterke en langdurige psychosegevoeligheid.

Schizofrenie

Kenmerken

Schizofrenie ontstaat vaak bij mensen van begin twintig (bij de overgang naar de volwassenheid) en het heeft ingrijpende gevolgen, ook voor de omgeving. De symptomen zijn minimaal zes maanden aanwezig en zorgen dat iemand duidelijk onder het niveau van voor de aandoening functioneert.

Medicatie kan voor stabiliteit zorgen, maar de bijwerkingen zijn vaak vervelend. Het belangrijkste kenmerk is dat iemand psychoses heeft, die zich uiten in wanen (denkbeelden) of hallucinaties (waarnemingen). Bij een psychose is iemand het contact met de realiteit verloren. In het dagelijks leven zijn structuur en regelmaat van groot belang. Daarom is dagelijkse begeleiding of steun uit de directe omgeving belangrijk.

Schizofrenie is niet hetzelfde als een gespleten persoonlijkheid; daarop is de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis van toepassing (vroeger multiple persoonlijkheidsstoornis genoemd).

Hoe vaak komt het voor

Er zijn geen betrouwbare cijfers voor Nederland, maar naar schatting krijgt ongeveer 1% van de mensen ooit schizofrenie.

Herkennen van schizofrenie

De belangrijkste kenmerken van schizofrenie, wanen en hallucinaties, zijn niet direct waarneembaar. Maar ze zijn wel merkbaar in het contact, als iemand praat over ideeën of waarnemingen die niet lijken overeen te stemmen met de realiteit. Iemand met een psychose kan ook heel chaotisch gedrag vertonen of symptomen als emotionele afstomping of apathie. Die zorgen meestal voor de grootste (functionele) problemen.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreeerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

In het contact is duidelijke communicatie belangrijk. Zeg dus zonder omhaal wat je bedoelt en maak duidelijke afspraken. Geef niet te veel informatie ineens en verzeker je ervan dat de klant je boodschap goed heeft begrepen. Laat de klant bijvoorbeeld zelf de belangrijkste afspraken samenvatten. Het contact kan moeizaam zijn als iemand vreemde denkbeelden of waarnemingen heeft. Hier is de basishouding des te belangrijker. Contact waarin iemand zich geaccepteerd voelt draagt bij aan een effectieve relatie. Als je de wanen of hallucinaties belachelijk maakt of tegensprekt, maakt dat de klant angstig. Dat verergert de symptomen. Onderzoek laat zien dat hulpverlening waarin klanten zich niet geaccepteerd voelden tot verergering van de klachten leidde. Kies dus voor verbindende gespreksvoering. ¹⁷

Bij ernstige vormen van psychosegevoeligheid als schizofrenie maakt het gebrek aan zelfinzicht de begeleiding lastig: iemand overschat zichzelf en onderschat de beperkingen. Tijdens een psychose is dat helemaal zo; verstoorde realiteitstoetsing is er een onderdeel van. Discussie heeft geen zin; het beste kun je samen met de klant en de behandelaar(s) naar een realistisch perspectief zoeken. Ernstige psychosegevoeligheid kan een enorm psychisch lijden met zich meebrengen en een groot suïciderisico. Het is daarom des te belangrijker dat iemand een realistisch toekomstperspectief heeft. Met de juiste begeleiding is iemand vaak in staat om een betekenisvol leven op te bouwen.

Begeleiding naar werk

Afhankelijk van de persoon en de ernst van de psychosegevoeligheid is volledige belasting wel of niet meer mogelijk. Iemand's werktempo kan lager liggen en een voltijd baan is niet altijd haalbaar. Ook heeft iemand vaak minder aanpassingsvermogen. Zaken als een nieuwe werkplek of nieuwe collega's kunnen dan ingrijpend zijn. Meestal moeten prikkels in het werk beperkt blijven: een duidelijke structuur, weinig hectiek, lawaai of mensen. Kort na een psychose moet je rekening houden met cognitieve beperkingen

(zoals verminderd vermogen om zaken te onthouden, te plannen, zich te concentreren of besluiten te nemen).

Aanvullende informatiebronnen

- SchizofrenieBestaatNiet (<https://www.schizofreniebestaatniet.nl/>)

Kortdurende psychotische stoornis (reactieve psychose)

Kenmerken

Een kortdurende psychotische stoornis heeft dezelfde symptomen als schizofrenie, maar dan duren ze niet langer een maand. Bovendien keert iemand in dit geval weer terug naar zijn oude niveau van functioneren. Deze stoornis kan door drugs zijn opgewekt of een reactie zijn op gebeurtenissen die veel stress veroorzaken zoals als het overlijden van een kind of een zware bevalling (een kraambedpsychose).

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Het is vooral belangrijk deze stoornis niet te verwarren met zwaardere vormen van psychosegevoeligheid. Na afloop van de stoornis zijn er geen bijzondere aanwijzingen voor de omgang. Als drugs de oorzaak waren: wees alert op nieuw drugsgebruik.

Begeleiding naar werk

Aangezien iemand na deze aandoening net zo goed kan werken als daarvoor is de belangrijkste belemmering naar werk een eventueel stigma. Kort na een psychose moet je wel rekening houden met cognitieve beperkingen (zoals verminderd vermogen om te onthouden, te plannen, zich te concentreren of besluiten te nemen).

- 17 'In gesprek met psychose' (<https://www.tijdstroom.nl/boek/in-gesprek-met-psychose#.VvFhJnrIsp4>). Jules Tielens, uitgeverij De Tijdstroom, 2014

Hoofdstuk 6.8

Eetstoornissen

De belangrijkste eetstoornissen zijn anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Anorexia nervosa

Kenmerken

Bij anorexia nervosa eet iemand zo weinig dat zij of hij te mager wordt. In ernstige gevallen van anorexia worden daardoor zelfs spierweefsel of organen aangetast. In dit stadium kan iemand niet meer functioneren en is opname noodzakelijk. Er is geen eenduidige oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van een eetstoornis als anorexia. Wel spelen factoren als het ideaalbeeld van slankheid en onzekerheid in de puberteit een rol. Perfectionisme is een vaak voorkomende eigenschap van mensen met een eetstoornis.

Hoe vaak komt het voor

Anorexia komt vooral voor bij meisjes en jonge vrouwen. Naar schatting krijgt jaarlijks 1 op de 25.000 van de vrouwen van 15 tot 29 jaar anorexia.

Herkennen van anorexia nervosa

Het meest zichtbaar is dat iemand broodmager is. Daarnaast is er een obsessie met voedsel: weigeren te eten en bang zijn om in gewicht toe te nemen. Ten slotte is de beleving van lichaamsgewicht of lichaamsvorm gestoord: iemand is extreem mager, maar heeft toch het idee dik te zijn.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreeerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Een positieve en ondersteunende benadering is belangrijk. Behandeling is noodzakelijk, want anders kan anorexia levensbedreigend worden. Bespreek ook de (vaak hoge) eisen die de klant aan zichzelf stelt en aan de omgang met anderen. Er ontstaan vaak conflicten omdat ze aan anderen ook hoge eisen stellen.

Begeleiding naar werk

Vanwege het enorme perfectionisme van mensen met anorexia is het niet verstandig hen een te grote verantwoordelijkheid te laten dragen.

Aanvullende informatiebronnen

- [Weet \(http://weet.info/\)](http://weet.info/); vereniging rondom eetstoornissen

Boulimia nervosa

Kenmerken

Bij boulimia nervosa eet iemand in een korte tijd extreem veel en verliest daarbij ook de controle (iemand kan niet stoppen met eten). Om de vreetbui te compenseren gaat iemand braken, laxerende middelen gebruiken of extreem veel sporten. Voor deze diagnose moeten de vreetbuien en het compensatiegedrag minimaal twee keer per week en langer dan drie maanden voorkomen. Iemand met boulimia nervosa kan dat vaak lang verbergen, want er treedt geen duidelijk gewichtsverlies op. De oorzaken zijn vergelijkbaar met die van anorexia.

Hoe vaak komt het voor

Boulimia komt vooral voor bij meisjes en jonge vrouwen. Naar schatting krijg jaarlijks 1 op 6500 tot 7000 van de vrouwen van 15 tot 29 jaar boulimia.

Herkennen van boulimia nervosa

De vreetbuien en het compensatiegedrag zal je in het contact niet kunnen signaleren. Het enige wat je direct in een gesprek kunt observeren is dat iemands zelfbeeld erg wordt bepaald door lichaamsgewicht of -vorm.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreeerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang, begeleiding naar werk en aanvullende informatiebronnen

Zie bij anorexia nervosa.

Hoofdstuk 6.9

Verslaving

Kenmerken

Het woord verslaving wordt te makkelijk gebruikt. De DSM-5 spreekt daarom bijvoorbeeld niet van alcoholverslaving maar van een stoornis in alcoholgebruik die licht, matig of ernstig kan zijn. In alle gevallen gaat het om langdurig, steeds terugkerend en dwangmatig (iemand heeft het niet meer onder controle) gebruik of gedrag. Alcoholverslaving is de bekendste en meest voorkomende verslaving. Maar andere middelen kunnen ook tot verslavingen leiden, zoals heroïne, cocaïne, amfetamine, koffie en tabak. Hoewel het effect van deze middelen verschilt, hebben alle verslavingen gemeen dat ze het beloningscentrum in de hersenen beïnvloeden. Voor alcohol of drugs geldt dat zo sterk dat andere zaken of activiteiten minder waarde krijgen.

Hoe vaak komt het voor

In totaal zijn er ruim 2 miljoen Nederlanders die in meer of mindere mate verslaafd aan bijvoorbeeld alcohol, cannabis, tabak, internetgamen, gokken of cocaïne. Roken is de grootste boosdoener (810.000), gevolgd door medicijnen (voornamelijk slaap- en kalmeringstabletten) en alcohol (417.000). In 2014 zochten ruim 67.000 mensen hulp bij de verslavingszorg; 46% daarvan voor problemen met alcoholgebruik.

Herkennen van verslaving

De symptomen en problemen kunnen sterk verschillen per verslaving. De meeste verslavingen geven problemen op school of bij het (zoeken van) werk. Twee derde van degenen die hulp zoeken bij de verslavingszorg is werkloos. Het meest voorkomende en makkelijkst te herkennen symptoom is een dranklucht. Verder kan iemand zich anders gedragen dan gebruikelijk; bijvoorbeeld verward (GHB), agressief (cocaïne) of lusteloos (cannabis). Ook problemen ontkennen is een belangrijk kenmerk van een verslaving. Iemand zal vaak overduidelijk gebruik wel toegeven, maar bagatelliseren ('gewoon een paar biertjes gedronken met wat vrienden').

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Het stigma bij verslaving is heel groot, omdat het vaak wordt gezien als iemands eigen schuld. Onderzoeken laten steeds meer zien dat dat onterecht is: verslavingen ontstaan door een complex samenspel van factoren. Onthoud je daarom van oordelen, meningen en adviezen over de verslaving. Het kan lastig om daar niet in te vervallen als je ziet dat de problemen zich bij iemand opstapelen door het gebruik, maar ze werken averechts. Motiverende gespreksvoering heeft aantoonbaar meer effect. ⁽¹⁸⁾ Daarbij staat centraal dat je aandachtig luistert hoe iemand zijn gebruik ervaart. Laat de klant zelf voor- en nadelen van het gebruik onderzoeken en in kaart brengen en probeer iemand zelf de behoefte om te veranderen uit te laten spreken (verandertaal). Motiverende gespreksvoering vraagt uitgebreide training, omdat je makkelijk in de valkuil van adviseren stapt.

Begeleiding naar werk

Werken met een verslaving is in sommige gevallen (beperkt) mogelijk. In de meeste gevallen is een behandeling gecombineerd met begeleiding naar werk kansrijker.

Aanvullende informatiebronnen

Stichting Resultaten Scoren (<http://www.resultatenscoren.nl/>)

⁽¹⁸⁾ Zie ook de Werkwijzer Gespreksvoering (<http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-gespreksvoering>)

Hoofdstuk 6.10

Autisme

Kenmerken

In de DSM-5 worden geen verschillende soorten autisme meer onderscheiden (zoals Asperger of PDD-NOS). Er wordt gesproken van een autismspectrumstoornis (ASS) waarbij de ernst op twee gebieden wordt gespecificeerd: sociale communicatie en beperkt, repetitief gedrag. Mensen met autisme hebben vaak moeite met de term stoornis en spreken liever van autisme. Daarom gebruiken we deze term ook in deze werkwijzer. De stereotypen rondom autisme zijn erg sterk. De Nederlandse Vereniging voor Autisme biedt daar tegenwicht aan met een genuanceerde omschrijving: 19

Alles wat mensen met autisme zien, horen, ruiken etc. wordt op een andere manier verwerkt. En dat brengt een andere mix van sterke en zwakke kanten met zich mee. Zo hebben mensen met autisme vaak een goed oog voor detail, zijn ze eerlijk, recht door zee, analytisch en hardwerkend, maar hebben ze moeite met overzicht houden en sociale contacten en hebben ze een opvallend beperkt aantal interesses of activiteiten.

Autisme zie je niet aan de buitenkant, maar het heeft grote invloed op iemands leven. Hoe groot en op welke manier precies verschilt per persoon, en ook per levensfase.

Autisme kent vele gezichten. Sommige mensen met autisme zoeken weinig contact met anderen. Anderen doen dat juist heel actief, maar vaak op een manier die vreemd overkomt. Er zijn mensen met autisme en een verstandelijke beperking maar ook mensen met een hoge intelligentie. Sommigen kunnen met de juiste begeleiding een behoorlijk zelfstandig leven leiden, anderen hebben hun leven lang veel hulp nodig.

Mensen met autisme kunnen vaak moeilijk aan de eisen van de omgeving voldoen, wat veel stress kan opleveren. Misschien verklaart dat ook dat bij volwassenen met autisme angst en depressie vaker voorkomen. Van de mensen met een diagnose autisme heeft 30% een verstandelijke beperking. De grootste groep heeft een normale tot hoge intelligentie. Hoe goed iemand met autisme functioneert kan in de loop van de tijd variëren. Dat hangt af van de levensfase en situatie. Zo kan op zichzelf gaan wonen en tegelijk aan een nieuwe baan beginnen te veel zijn, terwijl beide zaken na elkaar wel haalbaar zouden zijn. Het kan lang duren voordat er een definitieve diagnose is gesteld, ook al zijn er wel problemen bij werk of opleiding.

Hoe vaak komt het voor?

In een onderzoek van het CBS in 2014 bleek dat volgens de ouders 2,8% van de kinderen autisme had. Van deze kinderen werd 70% behandeld op basis van de diagnose autisme, dus 1,9% van de kinderen. De diagnose wordt steeds vaker gesteld. In 1966 schatten onderzoekers dat 0,04% van de personen autistisch was, terwijl een huidige schatting uitkomt op 1,2% van de bevolking (190.000 mensen), lang niet allemaal met een diagnose. 5% van de bevolking heeft gedragstrekken die aan autisme doen denken, maar daarmee hebben ze nog geen autisme. Bij mannen komt autisme vaker voor dan bij vrouwen.

Herkennen van autisme

Autisme is lastig te herkennen omdat het sterk afhangt van de mate en van iemands intelligentie en leeftijd hoe het zich uit. Hieronder staan enkele kenmerken die op autisme kunnen wijzen:

- moeite met het zich direct met gevoel inleven in anderen
- moeite met non-verbale communicatie
- minder begrip van wat er verwacht wordt in sociale situaties
- moeite met veranderingen en onduidelijkheden, liever vasthouden aan routines
- een sterke focus, beperkte interesses (in onderwerpen of voorwerpen)
- sensorische onder- of juist overgevoeligheid (moeite om binnenkomende informatie te filteren, last van achtergrondgeluiden)

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Contact leggen met iemand met autisme kan anders zijn dan gebruikelijk. Daardoor kun je het gevoel krijgen dat er geen contact is, terwijl de klant wel contact ervaart. Verplaats je in de ander en leg niet de eigen manier om een opening tot goed en waardevol contact te bieden als standaard op. Vraag wat de klant een prettige manier vindt om het gesprek aan te gaan. Dat is niet altijd een praatje over koetjes en kalfjes. Bij sommige mensen met autisme werkt het beter om direct ter zake te komen. Structuur en duidelijkheid in een gesprek kunnen rust geven en angst verminderen. Kijk uit met grapjes en metaforen, want die kunnen onnodige verwarring geven. Ook is de kans groot dat wat je zegt letterlijk of verkeerd wordt opgevat. Zo dacht een klant dat hij een cv-ketel moest meenemen, omdat de consulent om een cv vroeg. Ook bij klanten met autisme is de basishouding belangrijk. Vertrouwen, veiligheid en geaccepteerd worden is vanzelfsprekend ook voor mensen met autisme belangrijk.

Blijf deze aanwijzingen volgen. Het is niet zo dat ze niet meer nodig zijn als het contact langer bestaat. Het helpt om autisme als een andere manier van kijken en denken te zien, en niet als ziekte die weer overgaat.

Begeleiding naar werk

De talenten, beperkingen en kwetsbaarheden waar je rekening mee moet houden verschillen per persoon. Vraag aan de klant met autisme – en als het kan ook iemand uit zijn naaste omgeving – altijd wat hij nodig heeft in de begeleiding naar werk: structuur, talentontwikkeling of juist hulp bij omgaan met veranderingen? Pas de werkplek aan de persoon aan, niet andersom, om talenten vol te benutten en tegelijk kwetsbaarheden te vermijden.

Aanvullende informatiebronnen

- Vanuit Autisme Bekeken (<http://www.vanuitautismebekeken.nl/>)
- Leo Kannerhuis (<http://www.leokannerhuis.nl/>) (onder meer voor de methodiek KIRA: zie Wegwijzer voor het begeleiden van mensen met autisme naar werk)
- Nederlandse Vereniging voor Autisme (<http://www.autisme.nl/>)

①9 Zie ook de visie op autisme door de werkgroep Vanuit autisme bekeken op [vanuitautismebekeken.nl](http://www.vanuitautismebekeken.nl) (<http://www.vanuitautismebekeken.nl>)

Hoofdstuk 6.11

ADHD en ADD

Kenmerken

De belangrijkste kenmerken van ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) zijn aandachtstekort en hyperactiviteit. ADHD wordt meestal in de kindertijd of puberteit vastgesteld. Kinderen geven thuis vaak grote problemen doordat ze altijd onrustig zijn en zich nergens op kunnen concentreren. Bij volwassenen geeft ADHD vaak problemen op het werk. Wanneer iemand alleen aandachtstekort heeft is er sprake van ADD (Attention Deficit Disorder).

Hoe vaak komt het voor?

De schattingen zijn dat 1 tot 3% van de jongvolwassenen ADHD heeft. Het komt 2 tot 3 keer zo vaak voor bij mannen.

Herkennen van ADHD en ADD

Een opvallend kenmerk van ADHD is de rusteloosheid: niet lang stil kunnen zitten, steeds met de benen wiebelen. Ook impulsiviteit is in een gesprek te zien, bijvoorbeeld als iemand antwoorden geeft voordat de vraag helemaal gesteld is, bezigheden van anderen verstoort of zich opdringt (in gesprekken inbreken). Een versnipperd arbeidsverleden kan wijzen op problemen door ADHD op het werk. ADD is minder makkelijk te constateren.

Alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar mag een diagnose stellen, bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde gz-psycholoog of psychiater of een erkend psychotherapeut.

Aanwijzingen voor de omgang

Structuur in de gesprekken is van groot belang. Maak dus duidelijke afspraken over wat je gaat doen, wanneer en hoe. Iemand met ADHD heeft moeite om in langere termijnen te denken. Probeer daarom tussendoelen te formuleren. Wanneer de ADHD of ADD iemands dagelijks leven of het vinden van werk bemoeilijkt, kun je informeren of iemand al begeleiding heeft (gehad). GGZ-instellingen kunnen ook volwassenen met ADHD of ADD behandelen.

Begeleiding naar werk

Hoewel de ernst van de symptomen per persoon kan verschillen gelden over het algemeen de volgende beperkingen voor het werk:

- een behoorlijk beperkte concentratie
- een beperkt vermogen om verantwoordelijkheid te dragen
- geen tolerantie voor hectiek en lawaai; dat zorgt dat iemand met ADHD steeds afgeleid wordt
- een beperkt vermogen om te plannen en te organiseren; iemand met ADHD is aangewezen op een duidelijke dagindeling en structuur in het werk

Aanvullende informatiebronnen

- **Impuls & Woortblind** (<http://www.impulswoortblind.nl/>); belangenvereniging voor mensen met ADHD, ADD, dyslexie en dyscalculie en hun verwanten
- **Hersenstichting** (<https://www.hersenstichting.nl/>)

Intermezzo: het verhaal van Sjaak

Wie ben je? Welke aandoening heb je?

Ik ben Sjaak, 57 jaar, en ik werk nu 19 jaar bij een ICT-bedrijf als applicatiebeheerder. Ik ben alleenstaand en heb geen kinderen. Als kind was ik altijd stil en verlegen. Ik wist niet beter en had het idee dat ik er maar mee moest leren leven. Maar op mijn werk kreeg ik problemen; ik was perfectionistisch en kon het werk niet doen zoals ik het wilde doen. Ik voelde me steeds ongelukkiger en ging te veel drinken. Mijn zus had al vaker gezegd dat ik autistische trekken had, omdat ze dat herkende van haar zoontje. Uiteindelijk is er in 2012 een diagnose gesteld: asperger. Eigenlijk lichte me dat wel op. Ik weet nu dat de problemen op mijn werk en de moeite met sociale contacten horen bij mijn aandoening.

Hoe participeer je?

Mijn werk als applicatiebeheerder doe ik voltijds; daarnaast doe ik mee aan hardloopwedstrijden en ik fitness ook. In mijn sport ben ik ook perfectionistisch en wil ik de beste tijden lopen, maar daar geeft het geen problemen.

Wat heeft je het meest geholpen om te participeren?

Mijn intelligentie heeft me geholpen om beter te begrijpen wat er van me verwacht wordt en welke problemen ik heb. Ik heb scheikunde gestudeerd. Daarnaast hebben therapie en begeleiding door een jobcoach mij geholpen om beter met mijn werk om te gaan.

Wat is je advies aan klantmanagers?

Besef dat het voor mensen met ASS lastiger is om jezelf te verkopen. We hebben de neiging om te eerlijk te zijn tegen anderen en ons eerder minder mooi dan mooier voor te doen. Help daarbij. Als ze het niet eerlijk vinden om zich beter voor te doen, zeg dan dat het ook niet eerlijk is als ze zich te bescheiden opstellen. Bijna iedereen doet zich mooier voor in een sollicitatiegesprek, dus als je dat niet doet ben je niet eerlijk bezig voor jezelf en benadeel je vooral jezelf.

Gun iemand tijd om om te schakelen. Soms is het nodig om het over een andere boeg te gooien, bijvoorbeeld door omscholen zoals ik heb gedaan. Ook dat is lastiger voor iemand met ASS; we denken wat rechtlijniger. Ik vond gewoon dat ik met mijn scheikunde aan de slag moest kunnen, ik had daarvoor gestudeerd en wilde daarin werken. Pas na jaren werkloos te zijn geweest begon ik te beseffen dat ik me misschien beter kon omscholen.

Wat adviseer je mensen met een vergelijkbare aandoening?

Volg therapie. Dat heeft mij enorm geholpen om mezelf beter te leren kennen en te begrijpen. En om minder rechtlijnig te denken. Daarnaast heb ik geleerd om over mezelf te praten en dus niet alles binnen mezelf te houden en hulp te vragen als dat zinvol is.

Leer loslaten. Om mijn werk te kunnen volhouden heb ik mijn perfectionisme moeten loslaten. Het is voor iemand met ASS prettig als het werk gestructureerd en systematisch is. Maar tegenwoordig is dat in mijn werkring steeds minder het geval. Ik heb dat moeten leren accepteren; het gaat lang niet altijd zoals je wilt. Ik heb leren accepteren dat ik voor mijn gevoel slordig werk moet afleveren, omdat de klant snel en goedkoop geholpen wil worden.

Besef dat je aandoening ook kwaliteiten biedt. Bij ASS horen kwaliteiten als systematisch en structureel kunnen werken, vasthoudendheid en eerlijk zijn naar anderen. Hoewel ze soms problemen kunnen opleveren, zijn het ook kwaliteiten die een werkgever kan waarderen. Besef dat je deze kwaliteiten kunt inzetten en zoek werk waar dat het beste tot zijn recht komt.

Bijlage 1

ICF-gesprekskaart

Deze gesprekskaart is gebaseerd op het ICF-raamwerk. De ICF-gesprekskaart kan je helpen om tijdens of na een gesprek de situatie van je klant goed in beeld te krijgen. Soms kan een klant ook de eigen situatie aan de hand van deze kaart weergeven.

1. Gezondheidstoestand/aandoening

Weet een klant of hij of zij een aandoening heeft en zo ja sinds wanneer? Wie heeft dat vastgesteld en wanneer?

2. Functies, anatomische eigenschappen

Zijn er belangrijke stoornissen in functies of anatomische eigenschappen (zoals geheugenverlies)? Waar heeft een klant last van (bijvoorbeeld aandachtstekort)?

3. Activiteiten

Welke activiteiten onderneemt een klant? Kan hij of zij meer (capaciteit) dan hij op dit moment doet (uitvoering)? Wat kan niet meer wat vroeger wel kon? Welke beperkingen in activiteiten ervaart de klant? Welke activiteiten kan hij of zij (weer) gaan ontplooiën?

4. Participatie

Waar aan verbindt een klant zich (buurtvereniging, sport, familie)? Op welke manier is hij of zij actief in de samenleving? Welke mogelijkheden voor werk zijn er?

5. Externe factoren

Hoe ziet de leefomgeving van een klant eruit (huisvesting, buurt)? Heeft hij of zij toegang tot voorzieningen of weet hij ervan af? Heeft de klant sociale ondersteuning (praktisch of sociaal, bijvoorbeeld door familie, vrienden of kennissen)? Welke houding heeft de omgeving tegenover de klant? Wat zijn de normen en waarden in de directe omgeving? Zijn die externe factoren belemmerend of faciliterend voor iemands functioneren?

6. Persoonlijke factoren

Welke opleiding en werkervaring heeft een klant? En welke etniciteit? Hoe gaat een klant met problemen om (een actieve of passieve copingstijl)? Welke gewoontes heeft hij of zij (roken, drinken, sporten)? Wat is de leefstijl van de klant (actief, gezond, passief)? Welke levensgebeurtenissen heeft de klant meegemaakt? Welke andere kenmerken en eigenschappen heeft de klant? En welke sterke punten?

Meer informatie over het ICF-raamwerk: [zie hoofdstuk 1. \(#van-aandoening-naar-participatievermogen\)](#)

Bijlage 2

Samenstelling expertpanel en klankbordgroep

Deze werkwijzer heeft geprofiteerd van feedback, adviezen en (ervarings)deskundigheid van onder meer een expertpanel en een klankbordgroep. Hier volgt een overzicht.

Expertpanel

- Henk Bakker, manager arbeidsmarkt, onderwijs en sociale innovatie Ecorys
- Albert Boelen, PO-Raad/LECSO (landelijk expertisecentrum speciaal onderwijs)
- Coen van Gool, epidemioloog/psycholoog RIVM
- Branko Hagen, Landelijke Cliëntenraad (LCR)
- Joke de Jong, consulent arbeid MEE Friesland
- Debby Kamstra, IPS-coach/coördinator Vip Amsterdam, Mentrum
- Suzanne Lagerveld, docent/trainer/onderzoeker, Hogeschool van Amsterdam/ZINZIZ
- Marja Limburg, consulent projecten/trainer MEE Amstel en Zaan
- Ineke Maarman, beleidsmedewerker MEE Nederland
- Marga Oostindie, programmaleider UWV GGZ Convenant UWV
- Huib ten Napel, Hoofd WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications RIVM
- Marinka Traas, Vanuit autisme bekeken
- Dorien Verhoeven, projectmanager Stigma en Werk Samen Sterk Zonder Stigma
- Margreet de Vries, Vanuit autisme bekeken
- Jaap van Weeghel, directeur wetenschap kenniscentrum Phrenos
- Fred Zijlstra, hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie Maastricht University
- Mirjam van Zoest, klantmanager/arbeidsdeskundige jongerenloket en doelgroepen gemeente Apeldoorn

Klankbordgroep

- Arpad Bremer, ervaringsdeskundig voorlichter Open voor Werk
- Lia Doeve, jobcoach/intern begeleider Sociale Werkvoorziening Alphen aan den Rijn
- Anita Hellemons, trainer/coach/vertrouwenspersoon DSW Rijswijk e.o.
- Margriet Paalvast, senior beleidsmedewerker Landelijk Platform GGZ
- Ellen Slooijer, re-integratieconsulent gemeente Rijssen-Holten
- Ton van Trienen, directeur Jobstap Groep
- Erik Verbart, ambassadeur Fonds Psychische Gezondheid
- Linda Wanders, P&O-adviseur Sociale Werkvoorziening Alphen aan den Rijn
- Jolet Woordes, verengingsmanager OVAL, brancheorganisatie voor vitaliteit, activering en loopbaan

Overigen

- Eefje Kuil, gedragsdeskundige Kuil Coaching & Acting
- Dirk Versteegen, directeur Landelijk Kenniscentrum LVB
- Kees Dijkman, Willem van Spaendonck, Klaas, Sylvie, Gerard, Eva en Sjaak en enkele ervaringsdeskundigen die niet met naam genoemd willen worden

Bijlage 3

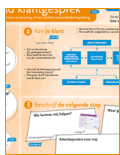
Evaluatieblad klantgesprek

Soms heb je na een klantgesprek met iemand met een psychische aandoening dan wel een lichte verstandelijke beperking (lvb) een wat krampachtig gevoel in je buik. Was mijn klant wel voldoende op z'n gemak? Heb ik de klant niet te veel vanuit zijn ziekte of aandoening benaderd? Of juist te weinig? Was ik voldoende voorbereid op dit gesprek?

Evaluatieblad klantgesprek

Als deze situatie zich voordoet, dan kan het Evaluatieblad klantgesprek je helpen met het leggen van de vinger op de zere plek. Wat was er mogelijk aan de hand en waar kun je daar verder over lezen? Het Evaluatieblad klantgesprek bevat een aantal rechtstreekse verwijzingen naar de Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen over dit onderwerp. Doel is dat de reflectie op het gesprek je verder helpt in de begeleiding naar werk.

Download deze bijlage



Evaluatieblad klantgesprek

(https://www.divosa.nl/sites/default/files/werkwijzer_bijlage/evaluatieblad_klantgesprek.pdf)
(pdf, 2.1 MB)

Colofon

Divosa

Koningin Wilhelminalaan 5 | 3527 LA Utrecht

Postbus 2758 | 3500 GT Utrecht

030 - 233 23 37

info@divosa.nl

www.divosa.nl

Redactie

Arjan van Dam (Fidare)

Peter van Eekert (ARCO SZ)

Eindredactie

Anneke Nunn

Versie

Februari 2016



Deze uitgave is een onderdeel van het programma Vakmanschap van Divosa, mede gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Hiermee stimuleert Divosa dat gemeenten onderbouwd werken in het sociaal domein. Dat betekent dat professionals keuzes maken op basis van kennis uit wetenschap, praktijk en cliëntervaring en hierop reflecteren. Wil jij ook werken aan je vakmanschap? [Lees meer over het programma \(https://www.divosa.nl/onderwerpen/vakmanschap\)](https://www.divosa.nl/onderwerpen/vakmanschap)

INHOUD:

Inleiding

1 Van aandoening naar participatievermogen

2 Begeleiding op maat

3 Interventies

4 Samenwerken met zorgprofessionals

5 Lichte verstandelijke beperkingen

6 Belangrijkste psychische aandoeningen

Bijlage 1 ICF-gesprekskaart

Bijlage 2 Samenstelling expertpanel en klankbordgroep

Bijlage 3 Evaluatieblad klantgesprek

Colofon