

---

# Professioneel Profiel Informele Zorg rond mensen met NAH / dementia

---

## Auteurs

Ellen MJ Witteveen  
Ada Grasmeijer  
Annette Stock  
Leo Admiraal

## Datum

Augustus 2015



*'Tegenwoordig ga ik elke middag naar mijn moeder. Ze heeft Alzheimer en woont nog thuis. Het is een treurige tijd geweest. Thuis ging het echt niet meer, hoeveel we haar ook bijstonden. We kregen er zowaar ruzie om, mijn broers en zusters. Iedereen wilde iets anders voor moeder. Maar ik was degene die het meest bij haar was. Wie heeft het dan voor het zeggen? Sinds we thuiszorg hebben, 4x per dag, gaat het wel beter. Er is in ieder geval toezicht en daardoor kan ik me iets meer ontspannen. Vorige week zijn we naar het Alzheimer café geweest. Daar was een muziekgroep. Een van de professionals gaf mijn moeder een arm en vroeg haar ten dans. Ze straalde helemaal en deed echte danspasjes. Verliefd keek ze haar danspartner aan. Ik werd er zo blij van dat er even een moment van vreugde was. En dat ik dat niet hoefde te doen maar dat het vanuit de omgeving kwam.'*

*'Ik heb mijn werk, na een half jaar zorgverlof weer opgepakt. Mijn vrouw is goed hersteld van de hersentumor. Er zijn nog heel veel restverschijnselen. Dat wordt me steeds duidelijker. Ze kan zichzelf moeilijk vermaken en heeft nauwelijks besef van de tijd. Nu gaat ze naar dagbesteding, 2 keer per week. Ze wordt door een vrijwilliger gebracht. De eerste dag dat ik weer naar mijn werk ging was ik helemaal zenuwachtig. Ze stapt niet graag in de auto bij een ander. Beetje argwanend is ze. En wat veel prikkels op die dagbesteding. Nee, ze kan maar 1 ding tegelijkertijd. Zou het wel goed gaan? Ik kan me niet goed concentreren, ik maak me ongerust.'*



## Colofon

Het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht is een bundeling van een aantal lectoraten op het gebied van zorg en welzijn, sociaal beleid, maatschappelijke participatie, ondersteuning en dienstverlening, arbeid, recht en veiligheid. Het doel van het kenniscentrum is om kennis te ontwikkelen, te bundelen en over te dragen ten behoeve van onderwijs en praktijk. Dit documenten is tot stand gekomen binnen de WeP ontwikkelwerkplaats ingericht in het kader van het Wmo-werkplaats Utrecht project 'Implementatie resultaten Wmo-werkplaats Utrecht'.

### Onderzoekers

Ellen MJ Witteveen  
Ada Grasmeijer  
Annette Stock  
Leo Admiraal

Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht  
Postbus 85397- 3508 AJ Utrecht  
Tel. 088-4819831  
[www.socialeinnovatie.hu.nl](http://www.socialeinnovatie.hu.nl)  
[www.hu.nl](http://www.hu.nl)  
[www.wmowerkplaatsutrecht.nl](http://www.wmowerkplaatsutrecht.nl)

## Inhoudsopgave

<b>COLOFON</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>3</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>4</b>
<b>1. BEROEPSONDERWIJS SOCIALE PROFESSIONALS</b> .....	<b>6</b>
<b>2. DE SOCIALE PROFESSIONAL</b> .....	<b>7</b>
<b>3. MANTELZORGONDERSTEUNING</b> .....	<b>8</b>
<b>4. PROFIEL ALS INLEGVEL</b> .....	<b>10</b>
<b>5. HET PROFIEL INFORMELE ZORG NAH</b> .....	<b>11</b>
5.1 NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL .....	11
5.2 DE PROFESSIONELE SAMENWERKING MET DE MANTELZORGER .....	14
5.3 ONDERSTEUNEN EN VERSTERKEN VAN HET SOCIALE NETWERK.....	19
5.4 KENNEN EN GEBRUIKEN VAN DE SOCIALE KAART .....	23
5.5 SAMENWERKEN MET ANDERE PROFESSIONALS .....	25
<b>6. NAWOORD</b> .....	<b>29</b>
<b>7. REFERENTIES</b> .....	<b>30</b>

## Samenvatting

Dit Profiel Informele Zorg is een handreiking voor sociale professionals die werken met mensen die leven met een niet-aangeboren hersenletsel en hun naasten. Onder NAH verstaan we de mensen die ergens in hun leven een beschadiging aan hun hersenen hebben opgelopen zoals door een hersentumor, een ongeluk, een beroerte, een zuurstoftekort of door een vergiftiging. Ook progressieve ziekten zoals Dementie of Parkinson worden onder hersenletsel gerekend. Er zijn in Nederland 500.000 mensen die met hersenletsel leven.

Mensen met hersenletsel ondervinden vaak complexe problemen in het dagelijks leven. De problemen op de verschillende functiegebieden en leefterreinen beïnvloeden en versterken elkaar. Mantelzorgers van deze groep mensen hebben de taak de zorg voor lange tijd vol te houden. Daarvoor kunnen ze wel wat ondersteuning gebruiken, van hun eigen netwerk maar ook van sociale professionals.

Maar wat moeten professionals weten en kunnen wanneer ze met mantelzorgers, naasten en vrijwilligers (informele zorgers) van mensen met NAH werken? Meestal kunnen sociale professionals met generalistische competenties voldoen maar vaak ook zijn specialistische competenties nodig. In deze handreiking wordt in hoofdlijnen beschreven waaruit de ondersteuning aan informele zorg tenminste zou moeten bestaan. Naast een handreiking levert dit Profiel Informele Zorg ook een bijdrage aan het opleiden van startbekwame sociale professionals.

## Inleiding

In de transitie van het zorgbestel wordt fors ingezet op het aanboren van informele zorg. Het gaat om meer zorg en ondersteuning van naasten en vrijwilligers in de thuissituatie. De gedachte hierachter is zowel kwalitatief van aard (warme contacten geven de beste zorg en gaan isolement tegen) als budgettair (gemeenten hebben te maken met een budgetreductie van 25% ten opzichte van de middelen die landelijk voor 2015 beschikbaar waren).

Dit vraagt een andere rol, taak en andere competenties van de sociale professionals. Hoe kan het beleid vertaald worden naar de beroepspraktijk en de daarvoor benodigde beroepscompetenties? De afgelopen jaren is door diverse (onderzoek)organisaties<sup>1</sup>, beroepsverenigingen<sup>2</sup> en opleidingen<sup>3</sup> gewerkt aan een vernieuwd taak- en competentieprofiel 'Sociale professionals'. Dat had alles te maken met de vernieuwing van de zorg. De bestaande profielen waren sterk geënt op het idee dat de professional de zorg voor de cliënt in beheer had. Die beroepen krijgen momenteel een nieuwe inhoud en de sociale professionals een andere functie. In de beschrijvingen van het beroep sociale professional zien we een belangrijke taak weggelegd voor de samenwerking met informele zorgers.

In deze nieuw ontwikkelde profielen zien we een sterke nadruk op een contextuele benadering. Dat betekent dat niet alleen de personen met een ondersteunings- en/of zorgvraag die leven met een beperking maar ook de partner, familie en naasten betrokken worden bij de ondersteuning. Juist bij mensen met NAH vraagt het van de professional bijzondere kennis vanwege de zichtbare én onzichtbare gevolgen van de aandoening en de gevolgen ervan voor de centrale mantelzorger en de directe omgeving.

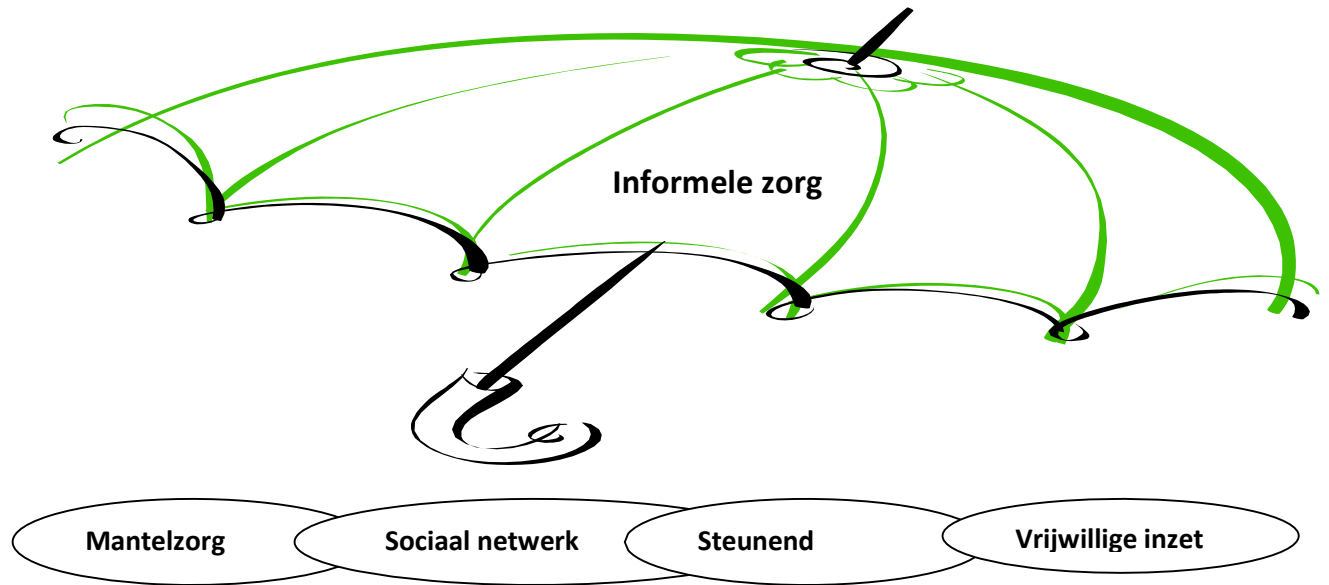
In dit competentieprofiel wordt ingezoomd op wat de informele zorgers van mensen met NAH van de sociale professionals kunnen verwachten waar het gaat om samenwerken. Onder informele zorg dient in dit verband alle ondersteuning verstaan te worden die niet beroepshalve verricht wordt. Dit wordt in onderstaande figuur verbeeld.

---

<sup>1</sup> [http://pdf.swphost.com/Sozio/e-nieuwsbrief/Handreiking\\_maatschappelijke\\_ondersteuning.pdf](http://pdf.swphost.com/Sozio/e-nieuwsbrief/Handreiking_maatschappelijke_ondersteuning.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.wmowonen-nh.nl/files/2012/competentieprofiel-wijkverpleegkundige>

<sup>3</sup> Gezondheidsraad. 'Sociaal werk op solide basis' (2014). Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr 2014/21



De term informele zorg zien we als een overkoepelend (paraplu) begrip van alle zorg die niet beroepshalve wordt verricht (Witteveen e.a., 2013)<sup>4</sup> Mantelzorg is te onderscheiden in spilzorgers en overige mantelzorgers. Tonkens (Tonkens, 2009)<sup>5</sup> stelt dat 'de centrale mantelzorg van alle mantelzorgers de meest centrale rol heeft en daarin de zorg rondom de cliënt overziet en zorg draagt voor afstemming en planning'. Kortom, deze centrale mantelzorg is de spil waar veel om draait. Daarom noemen we hem of haar de 'spilzorg'. Hij/zij wordt meestal wel bijgestaan door andere mantelzorgers en professionals.

<sup>4</sup> Witteveen EMJ, C. van Slagmaat, L. Admiraal, S. van Gijzel, D. Kuiper. Vooronderzoek Samenspel: een literatuurverkenning naar begrippen en werkwijzen (2013). Utrecht: Hogeschool Utrecht, WmowerkplaatsUtrecht

<sup>5</sup> Tonkens, E., J. van den Broeke en M. Hoijtink 2008). *Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: AUP.

## 1. Beroepsonderwijs Sociale Professionals

Onderzoek van de Wmo werkplaats Utrecht<sup>6</sup> laat zien dat mensen met een NAH en hun naasten regelmatig grote narigheid ervaren. Te denken valt aan ervaren onbegrip vanwege het min of meer beperkte zelfinzicht en geheugenproblemen, communicatieproblemen, en niet in de minste plaats (en als gevolg daarvan) de gevoelens van isolement. Dat is niet alleen in de eigen familie of vriendenkring aan de orde, ook onder professionals is regelmatig een gebrek aan het herkennen van deze gevolgen te merken. Om deze narigheid te voorkomen en het leven met NAH in goede banen te leiden is het soms nodig dat sociale professionals van meet af aan samen optrekken met de informele zorgers. Maar wat moeten sociale professionals daarvoor kunnen, weten en welke houding is nodig? Samen met praktijkwerkers werkzaam in de revalidatie en in de Zorg- en Welzijnssector, is een aanzet gemaakt voor een inlegvel 'Profiel Informele Zorg NAH'. Dit is gerealiseerd in het project 'Samenspel Formele en Informele Zorg rond mensen met Dementie, NAH en LVB' van Kenniscentrum Sociale Innovatie, Utrecht. In dit competentieprofiel wordt ook dementia onder de noemer van NAH gevangen. Daar waar nodig zal in de tekst aangegeven worden wanneer er verschil is tussen de verschillende verschijningsvormen van NAH.

Dit profiel geeft weer wat de 'nieuwe' sociaal werker kan betekenen in de samenwerking met informele zorgers van mensen met NAH/dementie. Dat kunnen zowel generalistische als specialistische taken en competenties zijn. Een generalistisch werker kan af en toe ook de pet van specialist opzetten of, waar nodig, kan een specialist erbij gevraagd worden.<sup>7</sup> Dit profiel Informele Zorg NAH wil juist daarom een handreiking zijn voor professionals in of rond de wijkteams, die werken met deze groep mensen. Dit Profiel Informele Zorg NAH wil ook een bijdrage leveren aan het opleiden van startbekwame sociale professionals.

---

<sup>6</sup> [www.hersenletselmantelzorg.nl](http://www.hersenletselmantelzorg.nl)

<sup>7</sup> In kenniskringen met praktijkwerkers, onderzoekers van de HU en studenten, is de actualiteit van deze kwalificaties besproken en keer op keer bijgesteld.



## 2. De sociale professional

In de afgelopen jaren zijn op veel plekken wijkteams ingericht met sociale professionals die generalistisch werken. Deze generalist kijkt breed naar de vragen van de inwoner en probeert samen met hem een plan te maken om die vragen te beantwoorden.<sup>8</sup> Het gaat om de dienstverlening die vooral de eigen kracht en het eigen initiatief van mensen versterkt en de sociale omgeving van mensen benut. Dat vereist breed opgeleide professionals met een generieke blik. Het vraagt van de sociale professionals dat ze van vele markten thuis zijn, maar tegelijk hun kennis op een specifiek terrein verdiept hebben.<sup>9</sup> Deze zogenaamde T-shaped professionals kunnen hun kennis toepassen in verschillende contexten bij uiteenlopende vraagstukken maar er is altijd ook een specifiek vakspecialisme aanwezig. Korevaar<sup>10</sup> definieert T-shaped professional vanuit hun functioneren binnen een groep, waarbij zij 'integraal vanuit de verschillende vakgebieden naar een probleem kijken en gezamenlijk een diagnose stellen en een aanpak opzetten'. Iedere T-shape professional heeft daarbij zijn eigen expertise, maar is tevens in staat bruggen te slaan naar andere expertises. In dit stuk zal deze professional steeds worden aangeduid met de term professional.

*Een professional van het wijkteam vraagt een maatwerkvoorziening aan voor een vrouw met hersenletsel. Dit is ook met de partner besproken, die vrachtwagenchauffeur is en regelmatig langere tijd van huis is. De aanvraag komt terug; de zaken moeten beter uitgediept worden. De enkele vraag "Ondersteunen bij post en financiën" geeft niet aan waarom dat door een dure specialist en niet door de partner of door een vrijwilliger gedaan kan worden. Wat moet de professional weten en doen om dit echtpaar te ondersteunen zodat zij niet in onbalans raakt en overvraagd wordt?*

We gaan in dit profiel uit van de aanvullende kennis van generalistisch werkende professionals. Het betreft met name de kennis op het gebied van de gevolgen van NAH op het dagelijks leven, dus ook op het leven van naasten. Daarbij benadrukken we de specifieke kennis die nodig is om mantelzorgers van deze groep mensen goed te begrijpen en ondersteunen. De onzichtbaarheid van de aandoening zet niet alleen andere burgers maar ook professionals vaak op het verkeerde been. Daar waar onvoldoende kennis is bij deze professional, de gespecialiseerde generalist, zal een specialist van een zorgorganisatie moeten worden gevraagd.

---

<sup>8</sup> <http://www.vilans.nl/weblog-hoe-werkt-uw-wijkteam-samen-met-specialisten.html>?

<sup>9</sup> Postma D. en V. de Waal (2015). Advies Profiel Sociaal Werk in de wijk. Utrecht: ISW

<sup>10</sup> Korevaar, L. (2014). Interdisciplinaire samenwerking in de wijk: de T-shaped professional. Groningen, 15 mei 2014.

### 3. Mantelzorgondersteuning

De afgelopen jaren is het beleid op mantelzorgondersteuning sterk aangescherpt. Bij de introductie van de Wmo in 2007 gingen de gemeenten aan de slag met de richtlijnen van prestatievelid 4 Mantelzorgondersteuning. Inmiddels heeft Movisie in opdracht van het ministerie van VWS en in samenwerking met Mezzo, een nieuwe richtlijn voor gemeenten geschreven<sup>11</sup>. In deze richtlijn staan 4 centrale taken voor mantelzorgondersteuning door de gemeente namelijk: Vinden, versterken, verlichten en verbinden. Deze taken zijn voor een groot deel te vertalen in taken voor de sociale professional.

#### Vier nieuwe aandachtspunten mantelzorgondersteuning

**Vinden:** U bereikt de mensen die zorgen voor een naaste, omdat dat de voorwaarde is om hen te kunnen versterken, verlichten en verbinden.

**Versterken:** U versterkt mantelzorgers in hun regie en positie, zowel op het microniveau van individuele mantelzorgers als op het niveau van beleidsbeïnvloeding, zodat de stem van mantelzorgers in uw beleid doorklinkt.

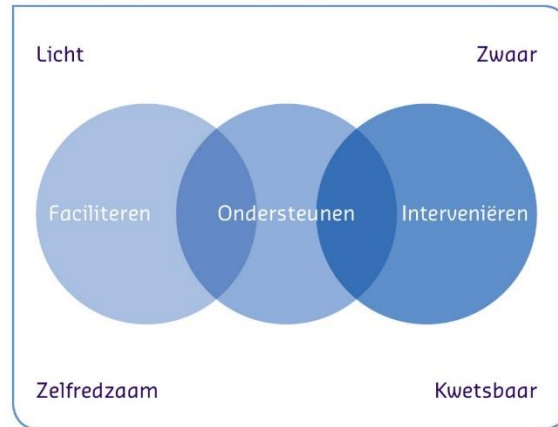
**Verlichten:** U organiseert ondersteuning om ervoor te zorgen dat mantelzorgers de mantelzorgtaken kunnen (blijven) uitvoeren.

**Verbinden:** U legt verbindingen tussen formele en informele zorg en ondersteuning en neemt partners – denk aan zorgaanbieders, mantelzorgondersteuners en vrijwilligersorganisaties – mee in deze manier van (samen)werken.

Het actieprogramma Professionalisering Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (W&MD) heeft in 2013 een handreiking vastgesteld met competenties Maatschappelijke ondersteuning. Hierin is een klein maar helder plaatje geïntroduceerd waarin de cliënt ingedeeld wordt op de mate van zelfredzaamheid. De ondersteuning van de sociale professional sluit hierop aan in de mate waarin er lichte tot zware hulp en dienstverlening evenals collectieve ondersteuning geboden wordt. De sociale professional faciliteert, ondersteunt en/of intervenueert.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis%20%5BMOV-5175998-1.0%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis%20%5BMOV-5175998-1.0%5D.pdf)

<sup>12</sup> [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20\[MOV-4581713-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20[MOV-4581713-1.0].pdf)



Bron: *Competenties Maatschappelijke Ondersteuning (2013)*. Utrecht: Movisie <sup>13</sup>

Bij situaties rond hersenletsel zien we al deze typen ondersteuning terugkomen. In de meeste gevallen zijn mensen met hersenletsel minder zelfredzaam door de mentale beperkingen zoals inzichtproblemen<sup>14</sup>. Die ondersteuning is zowel voor de zorgvrager als voor de mantelzorger of naasten van toepassing. In dit Profiel Informele Zorg rond NAH gaan we vooral in op de competenties van sociale professionals in relatie tot de mantelzorger en naasten. Dus hoe en wanneer komen professionals in actie om mantelzorgers en naasten van mensen met NAH te faciliteren, ondersteunen of om te interveniëren?

<sup>13</sup> [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Uitwerking-Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20\[MOV-4434226-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Uitwerking-Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20[MOV-4434226-1.0].pdf)

<sup>14</sup> Onder inzichtproblemen bedoelen we hier: een gebrek aan ziekte inzicht. Deze term is echter medisch gericht waar we in deze tekst vanuit het paradigma herstel spreken. In deze benadering wordt het ook wel een beperkt zelfinzicht genoemd.

#### **4. Profiel als inlegvel**

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat dit profiel op zichzelf staat. Zoals gezegd zijn competentieprofielen voor de sociale professional ontwikkeld waarbij een integrale aanpak het uitgangspunt is. Het gaat hier alleen om de specifieke vaardigheden van de sociale professional met betrekking tot (specialistische) ondersteuning aan informele zorgers van mensen met NAH. In die zin kan dit profiel als inlegvel gebruikt worden bij bestaande competentieprofielen.

## 5. Het profiel informele zorg NAH

### 5.1 Niet-aangeboren Hersenletsel

Er zijn in Nederland 500.000 mensen die leven met een Niet-aangeboren Hersenletsel (NAH). Onder deze groep verstaan we de mensen die ergens in hun leven een beschadiging aan hun hersenen hebben opgelopen zoals door een hersentumor, een ongeluk, een beroerte, een zuurstoftekort of door een vergiftiging. Ook progressieve ziekten zoals dementie of Parkinson worden onder hersenletsel gerekend. Op [www.hersenstichting.nl](http://www.hersenstichting.nl) is een volledige opsomming van de verschijningsvormen van hersenletsel te vinden. We zien bij deze groep mensen grote gevolgen van het hersenletsel op het dagelijks leven. Dat is niet alleen voor degene die getroffen is aan de orde. Ook voor de direct naasten staat het leven op zijn kop.

*5.1.1 Mensen met hersenletsel ondervinden vaak complexe problemen in het dagelijks leven. Complex omdat er gevolgen zijn op de verschillende functiegebieden zoals op het gebied van zelfinzicht, in de communicatie, bij geheugen- en oriëntatie en in executieve functies. Dat kunnen dus fysieke en mentale problemen zijn. Maar ook op de verschillende leefterreinen zien we grote gevolgen bijvoorbeeld bij het uitvoeren van doelbewuste handelingen, bij het greep hebben op de eigen emotionaliteit of in de fysieke verzorging<sup>15</sup>. De problemen op de functiegebieden en leefterreinen beïnvloeden en versterken (in dit geval verergeren) elkaar. Soms kunnen de gevolgen van het letsel miniem zijn.*

Het is niet zo dat een lichte vorm van hersenletsel weinig gevolgen heeft of dat een zwaar letsel veel gevolgen heeft. Van Dam stelt dat 'de aard en de omvang van de hersenschade slechts deels bepalend zijn voor de mate van desintegratie' (van Dam, 2012)<sup>16</sup>. Karaktertrekken, persoonlijke ervaringen en vooral ook de (sociale) omgeving hebben een sterke invloed op de wijze waarom kan worden omgegaan met het hersenletsel.

*Een echtpaar waarvan de vrouw hersenletsel heeft. Zij wil alles samen doen met haar man. Hij werkt nog. Zij belt hem wel 10 keer per dienst. Hij werkt door-de- weeks en in het weekend. Hij werkt van 13.00 tot 22.00 uur. Als hij thuiskomt is er ruzie. Mevrouw is achterdochtig. Ook 's nachts kan zijn vrouw hem wakker maken waardoor zij ruzie krijgen. Zij wil geen dagbesteding. Afspraken met professionals zegt ze af. Hij helpt haar met alles en cijfert zichzelf weg. Hij geeft aan bij de professional het niet vol te houden.*

<sup>15</sup> <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>

<sup>16</sup> Dam, H.van (2012). Als een donderslag bij heldere hemel. In: Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander. *Handboek Integrale Rehabilitatie Benadering*. Amsterdam: SWP. (289-297)

Er is niet altijd een expliciete zorgvraag. Het verschilt per persoon hoe ernstig de gevolgen van de aandoening zijn en hoeveel (mentaal) toezicht nodig is. Juist bij NAH is het wisselend per moment (uur, dag) hoe mensen presteren of wat zij aankunnen. In het ergste geval kunnen mensen met NAH maar beperkt alleen gelaten worden omdat er anders gevaarlijke situaties kunnen ontstaan. Er zijn diverse zorgstandaarden voor het professioneel werken met mensen met NAH. Denk aan de zorgstandaard CVA/TIA<sup>17</sup> ; zorgstandaard dementie<sup>18</sup>; zorgstandaard traumatisch hersenletsel<sup>19</sup>. We gaan in dit profiel niet verder in op de specifieke zorg voor de persoon met NAH. Uitgangspunt voor het Profiel Informele Zorg is de professionele begeleiding van de mantelzorger, de naasten en vrijwilligers van mensen met NAH (verder te noemen informele zorg) .

Bij de groepen mensen met NAH zien we een pallet aan gevolgen. Bij mensen met dementie zien we bijvoorbeeld geheugenstoornissen in wisselende combinatie met afasie, apraxie, agnosie en executieve functies<sup>20</sup>.

*“Mijn broer kan urenlang voor de spiegel in de badkamer staan. Hij is altijd ijdel gebleven. Nu gebruikt hij zijn tandenborstel om zijn haar te kammen. We krijgen er ruzie om als ik hem de borstel aanreik. Maar ja, het is toch smerig om tandpasta in je haar te smeren?”*

*“Hoe gaat het met u?’ vraagt de ARBO- arts. En dan vertelt mijn man hoe heerlijk hij het heeft in zijn schuurtje en hoe vaak we samen fietstochten maken. De ARBO- arts vraagt door hoe mijn man zijn dagen invult en hoeveel energie hij heeft. En ja, dan wordt mijn man toch weer voor 65 % arbeidsgeschikt verklaard. Ze hebben geen idee hoe de dagen verlopen en hoe ik moet redden wat er te redden valt. Maar ik laat hem toch niet afgaan door dat tegen die ARBO-arts te zeggen waar mijn man bijzit. Een aparte afspraak maken mag niet want dat vinden ze bij de ARBO- dienst niet ‘ethisch’.”*

5.1.2 *Bij mensen met NAH als gevolg van een ongeluk of CVA kunnen er gevolgen van het letsel zijn op alle functiegebieden. Zij kunnen last hebben van geheugenproblemen, concentratieproblemen, vermoeidheid, verhoogde prikkelgevoeligheid, het missen van overzicht, moeite met begrijpen of gebruiken van taal (afasie), sneller geïrriteerd of boos zijn (een kort lontje), impulsiviteit, passiviteit of problemen met het verwerken van veranderingen in hun leven. <sup>21</sup> Daarbij kunnen problemen ontstaan op het gebied van zelfinzicht en in executieve functies.<sup>22</sup>*

<sup>17</sup> <http://kennisnetwerkcv.nl/sites/kennisnetwerkcv.nl/files/bestanden/zorgstandaard-printversie.pdf>

<sup>18</sup> [http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard\\_Dementie.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf)

<sup>19</sup> [https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil\\_id=1244](https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil_id=1244)

<sup>20</sup> <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20dementie.pdf>

<sup>21</sup> [www.hersenz.nl](http://www.hersenz.nl)

<sup>22</sup> <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>

“De bel gaat en ik zie mijn zoon met de buurvrouw voor de deur staan. Mijn zoon doet vrijwilligerswerk en gaat daar met de bus naartoe. Dat kost hem heel veel energie en het plannen ervan is voor hem niet gemakkelijk. Maar door onze hulp lijkt het toch te lukken. Dit keer gaat het mis: de bus heeft een andere route genomen vanwege wegwerkzaamheden. Er is dus ook een andere uitstapplaats. En hoe vindt hij dan de weg naar huis? Deze keer heeft onze aardige buurvrouw hem zien lopen en vraagt hem of hij mee wil rijden. Dankbaar heeft hij dat aanbod aanvaard.”

Globaal kun je zeggen: ‘Het is niet wat het lijkt’. Juist die onzichtbare gevolgen kunnen mensen in gevaarlijke situaties brengen en vraagt daarmee in de thuissituatie (een zeer intensief) toezicht van de mantelzorgver. Sommige mensen met NAH kunnen maar beperkt alleen gelaten worden of alleen leven.

*“Kunt u mij de nummercode van uw pasje geven, dan help ik wel even met afbetalen.’  
Een praatje maken of iemand een gunst verlenen kan leiden tot diefstal andere akelige situaties. De persoon met NAH heeft het niet in de gaten, ze waren immers zo vriendelijk tegen mij?”*

Er is niet altijd een expliciete zorgvraag. Het verschilt per persoon hoe ernstig de gevolgen van de aandoening zijn en hoeveel toezicht nodig is. Ook is het wisselend per moment (uur, dag) hoe mensen presteren of wat zij aankunnen. Er is soms permanent toezicht nodig op basis van aandoeningen, stoornissen en beperkingen. Dat kan op regelmatige maar ook op onregelmatige momenten noodzakelijk zijn. De overheid zegt over permanent toezicht: ‘Permanent toezicht is een vorm van actieve observatie zonder dat er direct ingegrepen wordt.’ Gezien de zorgbehoefte van de persoon met NAH, is men aangewezen op een omgeving die in meer of mindere mate toezicht biedt<sup>23</sup>. Daar horen ADL handelingen bij zoals hulp bij de toiletgang; gebruik tillift; hulp bij eten en drinken; hulp bij zich wassen en algehele hygiëne.

Onder toezicht verstaan we in deze tekst de actieve observatie (oplettendheid) door de vaste mantelzorgver of de professional om dreigende ontsporing in gedrag of in de gezondheidstoestand te voorkomen.

---

<sup>23</sup> [http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage9/geldigheidsdatum\\_01-09-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage9/geldigheidsdatum_01-09-2014)

Wat mogen informele zorgers van professionals verwachten?

De professional

- herkent wat de gevolgen zijn van het NAH
- herkent de consequenties van NAH op het gezamenlijke leven
- herkent de consequenties van de niet zichtbare gevolgen van NAH voor de mantelzorger

---

## 5.2 De professionele samenwerking met de mantelzorger

Een actuele praktijkvraag is hoe een goede afstemming kan plaatsvinden tussen formele- en mantelzorgers. De mantelzorger vervult vanuit het perspectief van veel professionals nog grotendeels een bijrol. Hij/zij wordt vooral gebruikt als informatiebron.

Desalniettemin wil de overheid dat mantelzorgers meer een regierol krijgen. Sociale professionals hebben de taak om zowel mensen met een zorgvraag te ondersteunen als ook mantelzorgers. Tegelijkertijd is de opdracht zoveel mogelijk over te laten aan burgers zelf, en waar nodig 'burgerkracht' te organiseren, zoals de inzet van vrijwilligers. Soms wordt de zorg uitgevoerd vanuit de Wet langdurige zorg, terwijl de ondersteuning van de mantelzorg vanuit de Wmo plaatsvindt. Voortdurend gaat het om afstemming tussen de behoeftes van de cliënt en de behoeftes van de mantelzorger.

*Salman heeft hersenletsel. Zijn vrouw Tania wil af en toe tijd voor zichzelf. Salman gaat achter de computer zodat Tania een boek kan lezen. Helaas vraagt Salman steeds hulp en bevestiging. Tania heeft in die middag nog geen bladzijde kunnen lezen. Tania zegt dat het altijd zo gaat en verzucht: 'Ik wil zo graag wat tijd voor mijzelf'.*

De overheid maakt een onderscheid tussen gebruikelijke zorg en mantelzorg. Gebruikelijke zorg is de zorg voor elkaar en voor het huishouden die binnen een huishouden als gangbaar worden beschouwd<sup>24</sup>. Mantelzorg wordt omschreven als onbetaalde zorg voor zieke of gehandicapte familieleden of vrienden. Het gaat bij mantelzorg om intensieve zorg voor langere tijd. Het gaat om zorg die verder strekt dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is. Centrale mantelzorgers verlenen langdurige en intensieve zorg. De complexe gevolgen van de aandoening hebben direct invloed op het leven van de centrale mantelzorger.

---

<sup>24</sup> [http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site\\_EM/begrippenlijst/tr3238.htm](http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/begrippenlijst/tr3238.htm)



De mantelzorg heeft meerdere rollen en taken in het geheel:

1. Mantelzorgers hebben als partner, ouder of kind de rol van 'zorger' voor degene met de beperking en de taak de zorg zo goed mogelijk te geven
2. Mantelzorgers hebben ook de aandacht nodig om het eigen leven zin en kwaliteit te geven.
3. Mantelzorgers hebben de rol en taak om met de professionele ondersteuners af te stemmen.
4. Last but not least hebben mantelzorgers de rol en taak om het informele netwerk af te stemmen, hen goed te informeren alsmede hen blijvend te betrekken.

Deze rollen zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden. De betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de sociale omgeving zijn ook voor de mantelzorg belangrijk. Uit onderzoek van het Expertisecentrum Mantelzorg (2012) blijkt dat mantelzorgers van mensen met complexe problemen op termijn overbelast raken. Centrale mantelzorgers hebben een groot uithoudingsvermogen nodig. Regelmatig raakt men uit beeld van hulpverleningsorganisaties en is outreachende hulpverlening noodzakelijk. Professionele mantelzorgondersteuning gericht op vraagverheldering en het vergroten van de greep op persoonlijke wensen, kan de mantelzorg mogelijk een uitweg bieden.

*Echtpaar waarvan de man hersenletsel heeft. Man heeft altijd de financiën gedaan. Hij blijft dit doen. De aanmaningen vallen op de mat. Hij vindt dat hij het nog prima zelf kan. Hij wil dat zijn vrouw zich hier niet mee moet bemoeien.*

Mantelzorgers hebben als motief voor de zorg die zij geven (de Klerk, 2014)<sup>25</sup> dat zij graag willen dat hun naaste zoveel mogelijk in het voor hen dagelijks bekende ritme blijft. Daarmee worden de vaardigheden onderhouden en is de zelfredzaamheid zo optimaal mogelijk. In de thuissituatie vraagt het dus een min of meer intensieve oplettendheid van de mantelzorg. Het vroegtijdig signaleren en ingrijpen kan escalatie voorkomen. In situaties waarin de kinderen zorgen voor een ouder met NAH kan het moeilijk zijn de toezichtfunctie te vervullen omdat zij bijvoorbeeld elders wonen. De mantelzorg neemt een deel van de regie van de persoon met NAH over, juist omdat mensen met hersenletsel het inzicht / overzicht niet hebben en zelf niet altijd het vermogen hebben om belangrijke beslissingen te nemen. Het gaat om een zogenaamd 'mentaal toezicht'<sup>26</sup>. Dat is toezicht als vroegtijdige signalering om in te grijpen en om escalatie te voorkomen.

---

<sup>25</sup> Klerk, de, M, Boer, de, A, Kooiker, S, Plaisier, I, Schyns, P (2014) Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

<sup>26</sup> Onder toezicht verstaan we in deze tekst de actieve observatie (oplettendheid) van de zorgvrager door de vaste mantelzorg of de professional waar het gaat om dreigende ontsparing in gedrag of in de gezondheid.

De wilsbekwaamheid van de zorgvrager kan van moment tot moment verschillen. Ook al is iemand minder wilsbekwaam, dan is een aandachtspunt dat de zorgvrager toch mee kan bepalen (in 'oriëntatie in tijd, plaats en persoon'). Een regierol hoeft niet te betekenen dat alles in handen van de centrale mantelzorgert ligt. De centrale mantelzorgert heeft een spilfunctie in het netwerk, maar hoeft niet degene te zijn die alles uitvoert. Het is immers belangrijk dat de mantelzorgert niet overbelast raakt.

---

### Wat mogen mantelzorgers van professionals verwachten?

#### De professional:

- heeft kennis van mantelzorgondersteuning en sociale netwerkondersteuning, gecombineerd met kennis betreffende de problematiek die samenhangt met het NAH van de persoon waar de zorg en ondersteuning op gericht is.
- Hanteert en systeembenadering. De persoon met NAH wordt gezien als een onderdeel van een groter systeem. Een sociaal netwerk fungeert als steunsysteem voor de persoon en de mantelzorgert.
- Beschouwt de persoon met NAH, de mantelzorgers en zorgvrijwilligers worden als samenwerkingspartners
- Ziet ervaringskennis als een belangrijke bron van kennis
- herkent de behoeftes van de mantelzorgert die samenhangen met veranderde relaties en rollen
- heeft oog voor rouwprocessen van de mantelzorgert m.b.t. de geliefde/ouder/ kind/ vriend alsmede de rouw over de gevolgen van het letsel op het eigen leven;
- realiseert zich dat er een kans is dat de mantelzorgert in een isolement kan komen
- heeft oog voor het weer oppakken van het eigen leven

---

Mantelzorgers zijn vaak zó bezig met de ander dat ze niet stilstaan bij de gevolgen voor zichzelf. Er wordt geen 'eigen' hulpvraag geformuleerd. Daardoor zijn mantelzorgers vaak moeilijk bereikbaar of niet (goed) in beeld bij professionals. Wanneer er steun is van vrienden of familie, is de kans groot dat er een langere volhoudtijd is. Kraijo (2015)<sup>27</sup> definieert de term 'volhoudtijd' als de periode dat mantelzorgers verwachten dat zij de zorgtaken voor hun naaste (met dementie) kunnen continueren. Het kan zijn dat de huisarts of een professional van de zorgvrager, zich zorgen maakt over de mantelzorgert. Als de mantelzorgert niet zelf aan de bel trekt is het verstandig dat je de mantelzorgert actief benadert. Outreachend werken naar mantelzorgers (Witteveen, 2012)<sup>28</sup> biedt kansen om het risico op overbelasting klein te houden. Het is preventief werken. De professional gaat actief op zoek naar mantelzorgers om de eigen vragen te onderzoeken. Zo kunnen mantelzorgers bijvoorbeeld morele dilemma's hebben over de zorg die ze (willen) geven.

---

<sup>27</sup> Kraijo H. (2015) <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-ons/Nieuws/2015/Voorkom-overbelasting-mantelzorgers-van-naasten-me>

<sup>28</sup> Witteveen, E en Keesom, J (2012) In het oog, in het hart. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht

Een morele kwestie is bijvoorbeeld wanneer de mantelzorg voor zichzelf een korte vakantie plant en zich schuldig voelt omdat de zorg overgedragen moet worden. Je kunt als professionals mantelzorgers leren bijvoorbeeld met andere ogen naar hun eigen situatie te kijken en naar passende oplossingen te zoeken. Je kunt mantelzorgers bereiken door oprechte belangstelling te hebben naar het eigen perspectief en door hen te erkennen in hun belangrijke rol. Dan is er de kans dat mantelzorgers ondersteuning aanvaarden op emotioneel, sociaal en praktisch gebied. Vooral wanneer de complexiteit van de NAH-problematiek groot is, is het afbreukrisico voor de samenwerkingsrelatie tussen professional en mantelzorg ook groot. Als de mantelzorg niet werkelijk kan ervaren dat de professional hem tot steun is c.q. aansluit op zijn wensen, wordt het eerder als extra ballast ervaren. Eenmaal zorgmijders is het lastig nogmaals bij hen binnen te komen. (Mezzo, 2015).<sup>29</sup>

Mantelzorgondersteuning betekent niet dat de taken door sociale professionals overgenomen worden. Het betekent ook niet dat de mantelzorg zielig of hulpeloos is. Mantelzorgondersteuning gaat over het aanboren van de kwaliteiten van de mantelzorg om de regierol op zich te nemen. Niet iedereen is in staat een regierol op zich te nemen. Er rusten al veel taken op de schouders van de mantelzorg

Succesvolle mantelzorgondersteuning begint vaak met het vinden van praktische oplossingen voor talloze problemen op organisatorisch en financieel gebied. Die problemen kunnen zijn ontstaan doordat de inkomenssituatie veranderd is of dat er gebruik wordt gemaakt van allerlei ingewikkelde vergoedingen/regelingen zoals bij het gebruik maken van een PGB. Natuurlijk gaat mantelzorgondersteuning ook om het geven van feitelijke zorg aan degene met NAH zoals verpleegkundige hulp of persoonlijke verzorging. Dan zijn er de emotionele steun en sociale steun. Daarin gaat het meer om het vinden van een goede balans en of het betrekken van anderen.

---


#### Wat mogen mantelzorgers verwachten van de professional?

##### De professional:

- zoekt de mantelzorg actief op
- laat mantelzorgers voelen dat ze echt weten wat de gevolgen van NAH zijn
- neemt geen genoegen met een onwaarachtig antwoord
- bespreekt hoe partners samen verder gaan
- heeft bijzondere aandacht voor situaties rond Nah waar (jonge) kinderen direct zijn betrokken
- bespreekt hoe partners samen verder gaan in intimiteit en seksualiteit
- kijkt naar mogelijkheden van ondersteuning door een vrijwilliger als respijtzorg of als mantelzorgmaatje;

---

<sup>29</sup> [https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/ser\\_info294P\\_Advieskaart\\_MZ\\_-2.pdf](https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/ser_info294P_Advieskaart_MZ_-2.pdf)

- 
- maakt de mantelzorger attent op praatgroepen georganiseerd door bv. Steunpunten Mantelzorg
  - vergroot de draagkracht van de mantelzorger door te leren hoe iemand actief zijn situatie kan veranderen
  - stimuleert de mantelzorger om zijn eigen leven te blijven leven en maakt hem attent op de valkuilen van het 'mantelzorger zijn'
  - maakt morele dilemma's bespreekbaar
  - maakt bespreekbaar wat er moet gebeuren wanneer de mantelzorger voor korte of voor langere tijd wegvalt
- 

Hierboven zijn min of meer 'harde' competenties van sociale professional weergegeven. In de praktijk blijkt dat ook persoonlijke drijfveren en capaciteiten een belangrijk aandeel zijn in het competent werken. Vandaar dat we hier een lijst toevoegen van drijfveren en capaciteiten van de sociale professional in het samenwerken met de centrale mantelzorger van iemand met NAH.

---

#### De professional:

- is actief betrokken bij het herstelproces van mantelzorgers
  - heeft veel kennis van NAH: de zichtbare en onzichtbare gevolgen, kan die kennis overbrengen o.a. door praktische voorbeelden te geven
  - kan zorg dragen voor de menselijke maat d.w.z. luisteren, respectvol zijn, empathie tonen en zich kunnen inleven
  - maakt 'niet-pluis-gevoel' bij mantelzorgers bespreekbaar
  - kan op een outreachende manier contact leggen met de persoon, diens naasten en met mensen in het sociale netwerk
  - beschikt over de communicatieve vaardigheden om een vertrouwensrelatie op te bouwen
  - kan het eigen proces van de centrale mantelzorger herkennen en ondersteunen
  - is ondernemend en proactief in het voorkomen van isolement van de mantelzorger
-

### 5.3 Ondersteunen en versterken van het sociale netwerk

Mensen met een hersenletsel kunnen zich geleidelijk aan geïsoleerd voelen. Dat komt mede doordat werken en vrijetijdsbesteding vaak niet meer mogelijk zijn. De vanzelfsprekendheid om mensen tegen te komen is er niet meer. De ernst van de aandoening en de gevolgen ervan hebben zodoende een groot effect op het sociaal functioneren. De contacten van vroeger zijn vaak verwaterd en er zijn weinig nieuwe contacten voor in de plaats gekomen (Visser-Meily, 2010)<sup>30</sup>. Sociale contacten zijn er vooral met mensen uit de hulpverlening of met lotgenoten.

In de eerste fase na het ongeval of na de diagnose dementie voelt het sociale netwerk zich nauw betrokken. Uit onderzoek blijkt dat deze betrokkenheid op de langere termijn afneemt (Jurrius, 2015)<sup>31</sup>. Directe naasten hebben vaak moeite om de naaste met NAH die nu een hersenletsel heeft, op te nemen in de eerder zo vertrouwde situatie. Zij krijgen een ander persoon thuis en maken zelf ook een verwerkingsproces door. Er moet gezocht worden naar nieuwe omgangsvormen. Dat geldt ook voor het bredere sociale netwerk. Zij hebben verdriet om het verlies van de vriendschap of voelen zich ongemakkelijk in de andere rol die van hen gevraagd wordt. Onderzoek door Tonkens (2013) wijst uit dat mensen uit het sociale systeem zich handelingsverlegen voelen. Met name als er fysieke zorg nodig is zoals bij toiletgang, helpen met aankleden of wanneer sprake is van passiviteit of agressiviteit, moet gezocht worden naar nieuwe omgangsvormen.

---

#### Wat mag het sociale netwerk van de professional verwachten?

##### De professional

- kan informatie geven over de specifieke beperking en gedragskenmerken van NAH en hoe daar adequaat mee om te gaan
- kent de gespecialiseerde organisaties die respijtzorg geven zoals logeerhuizen/ dagbesteding
- weet op basis van welke criteria een matching met vrijwilligers kan plaatsvinden
- is in staat het netwerk bij elkaar te brengen, voorlichting te geven

---

Na een ongeval kan het sociaal netwerk al in de revalidatiefase bij de therapie betrokken worden. Door deel te nemen aan de revalidatietherapieën krijgen zij een goed beeld van de bestaande en de te verwerven vaardigheden. Dat kunnen zij meenemen naar de thuissituatie. In de gewone dagelijkse omgeving samen koken, fietsen, praten, geeft niet alleen de kans om de

---

<sup>30</sup> Visser-Meily A. en Koppe P. (2010). Hersenletsel en de gevolgen. In: EMJ Witteveen, L. Admiraal, H. Visser, JP Wilken. *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (55-66).

<sup>31</sup> Jurrius K., Goes I., Loerts M. (2015). Hersenletsel.....hoe gaat het nu met u? Onderzoek naar mensen met hersenletsel en hun naasten in de chronische fase. Almere: Windesheim Flevoland.

vaardigheden van de persoon met hersenletsel te vergroten maar leidt ook tot een nieuwe manier van met elkaar omgaan.

*Een jonge man Jarno (19) heeft hersenletsel. Hij woont nog thuis. Moeder voelt zich schuldig over het ongeval. Zij en zijn zussen doen alles wat hij wil en gaan mee in hoe hij zich voelt. Jonge man heeft zijn dag en nacht ritme inmiddels verdraaid. Zijn moeder en zussen vinden het erg dat hij niets te doen heeft. Hij zit op de bank. Jarno legt tijdens het gesprek alles bij de ander.*

Uit een samenwerking tussen revalidatiecentrum de Hoogstraat, het UMCU en de MEE-UGV is een zogenaamd 'Toekomstberaad' ontworpen. In een Toekomstberaad wordt de betrokkenheid van naasten besproken, ook voor de langere termijn. Ook wordt besproken welk type ondersteuning zij geven. De Roos en van Dinther (2011)<sup>32</sup> benoemen vijf vormen van sociale steun: emotionele, instrumentele en informatieve ondersteuning, waardering en gezelschap. Zij stellen dat de sociale ondersteuning bij mensen met een chronische ziekte vaak een mengelmoes van deze aspecten is. Ook bij de doelgroep hersenletsel lopen alle vormen van ondersteuning door elkaar en vullen elkaar aan.

Familie en vrienden kunnen begrip hebben, op de hoogte willen zijn en zich graag (blijvend) inzetten. Dit is niet altijd het geval. Zoals gezegd wordt na het hersenletsel het sociale netwerk kleiner en kan er sprake zijn van isolement. Soms heeft men geen of een klein netwerk. Sociale professionals kunnen helpen bij het maken van een netwerkanalyse. Een netwerkanalyse is het systematisch inventariseren van het persoonlijke sociale netwerk met als doel in beeld te krijgen wie welke steun geeft. Het doel is om het netwerk te versterken, aan te grijpen om samen op te trekken, om de mantelzorger te ontlasten en om participatie in de maatschappij mogelijk te maken.

*“Naast en met elkaar zorg en ondersteuning bieden vanuit een gelijkwaardig samenspel, daar gaat het om. Een samenspel tussen informele zorgers onderling. Met mantelzorgers die steun vragen in hun netwerk, ook aan mensen die nog niet actief zijn. Met vrijwilligers die aanvullend in te zetten zijn. Met cliënten die zo hun zelfredzaamheid vergroten. Met inzet van technologie en betaalde diensten. Met initiatieven in buurten en wijken waarin burgers elkaar de helpende hand bieden en beroepskrachten die ondersteuning bieden door informatie te geven, vragen te beantwoorden, als vangnet op te treden en de zorg (tijdelijk) over te nemen.” (Scholten, 2015)<sup>33</sup>*

Welke taken heeft de professional bij het creëren van een steunend sociaal netwerk?

In de eerste fase na het ongeval of na de diagnose dementie blijkt dat een goede samenwerking tussen professionals en naasten de basis vormt bij het creëren van een steunend netwerk. Zoals gezegd is het in deze fase noodzakelijk om het netwerk steeds opnieuw voorlichting te geven,

---

<sup>32</sup> Roos, S.de & Dinther, M van (2011). Preventie in de hulp en dienstverlening. Toepassingen en achtergronden. Bussum: Coutinho.

<sup>33</sup> Vilans, 2015

om tot uitwisseling van informatie te komen en om af te stemmen. De samenstelling van het netwerk kan veranderen, er haken mensen af maar er komen ook mensen bij. Ook in een latere fase is het afstemmen van formele en informele zorg van belang. Van de professional vraagt dit een signalerende, initiërende en bewakende rol. Dat betekent dat de professional vinger aan de pols houdt, ook moeilijke onderwerpen ter sprake brengt en voorbouwt op de afspraken over de samenwerking. Op de langere termijn kan de professional zich iets meer terugtrekken en een meer faciliterende rol hebben.

Ook vrijwilligers kunnen een belangrijk aandeel vormen in het bieden van ondersteuning aan cliënt en mantelzorger. Doordat vrijwilligers ingeschakeld worden bij activiteiten met mensen met een hersenletsel, wordt de mantelzorger ontlast. In het rapport 'Kunnen we dat niet aan vrijwilligers overlaten' van Van Bochove, Tonkens en Verplanke (2014)<sup>34</sup> worden belangrijke aspecten van de relatie tussen professional en vrijwilliger beschreven. Het rapport spreekt over drie soorten verantwoordelijkheid: *professionele verantwoordelijkheid*, *gedeelde verantwoordelijkheid* en over *vrijwillige verantwoordelijkheid*. Afhankelijk van de mate waarin de vrijwilliger taken overneemt, de mate waarin de vrijwilliger beslissingsbevoegdheid heeft en van de mate waarin de professional aanwezig is.

Gevaar is dat te makkelijk gedacht wordt over het verleggen van voorheen professionele taken naar vrijwilligers. Het nieuwe werken met meer vrijwillige inzet is niet een simpele kwestie van overhevelen van taken van de ene (betaalde) naar de andere (onbetaalde) partij maar moet om kwaliteit te waarborgen ook geleerd en financieel ondersteund en gefaciliteerd worden.

*'Het is lastig om vrijwilligers te vinden voor deze doelgroep. Vaak weten vrijwilligers niet wat ze van de doelgroep kunnen verwachten. Verwachtingen moeten daarom duidelijk naar de vrijwilligers worden gecommuniceerd. Ze moeten geïnformeerd worden over wat de beperking met de cliënt doet. Maar ook verwachtingen verhelderden van de cliënt zelf. Vrijwilligersorganisatie "Handje Helpen" koppelt vrijwilligers aan zorgvrager. Volgens Handje Helpen is het bij de inzet van vrijwilligers van belang dat de professional moet weten waar hij terecht kan om vrijwilligers in te schakelen en wat voor rol ze kunnen innemen. Men heeft als taak om het contact te faciliteren en ervoor te zorgen dat het in stand blijft door middel van verwachtingen duidelijk te maken en grenzen te bewaken voor de vrijwilliger, zodat deze niet afhaakt. Bereikbaarheid en nabijheid zijn belangrijk, zowel voor de cliënt als voor de vrijwilliger. Om ervoor te zorgen dat de vrijwilliger in beeld blijft en niet afhaakt, is het belangrijk om de vrijwilliger geen zorgtaken over te laten nemen. "Ik vind het leuk om samen met cliënten te winkelen, maar daar ben ik echt wel veel te duur voor, dat kan een vrijwilliger dan doen. Maar naar de woningbouw kan ik wel gaan. Dan kan ik weer minder komen.'*<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Bochove M.van, Tonkens E, Verplanke L. (2014). Kunnen we dat niet aan vrijwilligers overlaten?

<http://www.platform31.nl/publicaties/kunnen-we-dat-niet-aan-vrijwilligers-overlaten>

<sup>35</sup> Onderzoeksrapport studenten MWD (2015) in opdracht van project Samenspel. Utrecht: Wmo werkplaats Utrecht

---

Wat kan het sociaal netwerk en de vrijwilliger van de professional verwachten?

De professional

- kan informatie geven over de beperking en gedragskenmerken in relatie tot de beperking
- ondersteunt het denken over het invulling geven aan de vernieuwde relatie(s) door vragen te stellen
- faciliteert het organiseren van betekenisvolle activiteiten. Heeft daarbij aandacht voor de wisselende stemming en belastbaarheid van degene met NAH
- is in staat het netwerk bij elkaar te brengen en voorlichting te geven
- maakt het mogelijk dat het sociaal netwerk een plan maakt voor de toekomst.
- stemt af met de mantelzorg en indien nodig ook anderen uit het sociale netwerk van de cliënt over de met de vrijwilliger afgesproken taken, verantwoordelijkheden en beperkingen van de vrijwilliger
- stimuleert de mantelzorg de regierol te nemen in het (organiseren van het)netwerk ter voorkoming van isolement
- schakelt vrijwilligersorganisaties in ten behoeve van de persoon met hersenletsel of ten behoeve van de mantelzorg en doet een warme overdracht naar desbetreffende coördinator

---

Uit onderzoek blijkt dat de sociale ondersteuning succesvol is wanneer er sprake is van wederzijdsheid (Keesom, 2012). Dat houdt in dat het netwerk zich niet alleen voegt naar de wensen van degene met een hersenletsel of van de mantelzorg, maar ook eigen ideeën en wensen inbrengen. In dialoog kan de afstemming plaatsvinden. Dat op zichzelf heeft al een meerwaarde voor wederzijds begrip. Het netwerk van mensen met een hersenletsel gaven in dit onderzoek aan dat zij het contact waardevol vinden doordat zij samen iets ondernemen. Daarmee worden twee doelen gediend: de persoon met hersenletsel en de mantelzorg krijgen via de naasten weer toegang tot de samenleving en leren zich in sociale situatie te bewegen terwijl de naasten hun eigen gevoelens van schroom of onmacht overwinnen en het contact weer als zinvol ervaren (Witteveen, 2012).

---

De professional

- beheerst de kunst van het (gericht) vragen stellen
- is nieuwsgierig naar het perspectief van de mantelzorg en het netwerk
- begrijpt dat inzet van familie en vrienden een andere impact heeft dan vrijwillige inzet



## 5.4 Kennen en gebruiken van de sociale kaart

Traditioneel was de professional een zorgprofessional, iemand die zelf de zorg bood. Of als hem dit niet lukte, werd de cliënt doorverwezen naar een gespecialiseerde organisatie. De professional moest de sociale kaart kennen. Ook voor de ondersteuning van mantelzorgers en het opzetten van een steunend sociaal netwerk is kennis van de sociale kaart vereist. De kennis van de sociale kaart dient zich derhalve uit te strekken van de formele/professionele ondersteuningsmogelijkheden tot en met een breed pallet aan informele ondersteuning die via vrijwilligers(organisaties) en buurtinitiatieven te mobiliseren zijn.

Welke behoeften heeft de cliënt en/of mantelzorger die via voorzieningen van verschillende organisaties geboden kunnen worden?

Daartoe kunnen we eerst terugrijpen op de eerder genoemde indeling van behoeften: sociale-, informatieve-, emotionele ondersteuning, en waardering en gezelschap.

Voor de cliënt speelt m.n. het punt van het tegengaan van sociaal isolement. Hierbij kunnen uiteraard mensen uit het sociaal netwerk benut worden, maar ook kunnen vrijwilligers benut worden.

- Deelname aan dagactiviteiten (re-integratie) in (vrijwilligers)werk
- maatjes om thuis of buiten de deur activiteiten te ondernemen in de recreatieve sfeer. Maatjes zijn vrijwilligers die veelal hun diensten via vrijwilligersorganisaties aanbieden, zoals Handje Helpen in Utrecht of Ravelijn in Amersfoort
- bezoeken van instellingen die met vrijwilligers werken of bewonersinitiatieven die activiteiten bieden. Hierbij kan gedacht worden aan recreatieve activiteiten als koken, eten, wandelen etc.

De professional moet de persoon met NAH naar deze voorzieningen kunnen verwijzen.

Deelname aan dagactiviteiten worden zoveel mogelijk vanuit het reguliere aanbod betrokken, omdat dit goedkoper is en de cliënt met een grotere diversiteit aan burgers in contact brengt uit de directe leefomgeving. Pas als dit niet matcht zijn beschermde voorzieningen een optie.

Ongewenste effecten zoals grotere reisafstand en stigmatisering liggen hier op de loer.

Voor het inzetten van vrijwilligers zijn vrijwilligersorganisaties nuttig. Steeds vaker houden zij zich ook bezig met bemiddeling van mensen met een beperking. (Sleeboom, 2010)<sup>36</sup>

Voor re-integratie in werk is contact met werkgever of UWV aan de orde.

Maar ook zal de professional een goed inzicht moeten hebben in de lokale sociale infrastructuur.

Welke mensen uit de omgeving van de persoon met NAH zijn bereid mensen met een beperking te ondersteunen? Welke bewonersinitiatieven bestaan er die gericht zijn op het ondersteunen van mensen met een beperking of die bereid zijn ook met mensen met een beperking op te trekken? Op deze manier kan er een groot potentieel aan ondersteuningsmogelijkheden aangeboord worden.

Door bovenstaande voorzieningen te benutten wordt tegelijk de mantelzorger minder belast.

De mantelzorger kan vanuit zijn regierol veel steun hebben aan de kennis van de sociale kaart van de professional.

---

<sup>36</sup> Inge Sleeboom, Jo Hermanns en Vera Hermanns (2010). *Meedoen leer je door mee te doen*. Den Haag: ZonMW.

Uiteindelijk wordt voor de mantelzorgers via die kennis zichtbaar welke mogelijkheden er zijn om ondersteuning voor de persoon met NAH en voor zichzelf te verkrijgen. Een voorbeeld voor dit laatste is specialistische hulp b.v. voor complexe rouwprocessen.

De mantelzorgers kan ontspanning zoeken bij verenigingen die diverse activiteiten aanbieden op terrein van sport, creativiteit etc. Uiteraard kan aldus ook in de behoefte aan gezelschap voorzien worden.

Ook kunnen ontmoetingsgroepen benut worden die in de regio georganiseerd worden. Een voorbeeld hiervan zijn de Alzheimer en/of NAH-café's die in veel plaatsen georganiseerd worden. Veelal wordt een bepaald thema ingeleid door een gespecialiseerde professional, waarna er voor de mantelzorgers veel ruimte is om ervaringen met elkaar te delen. Zij worden daarin derhalve op hun ervaringsdeskundigheid aangesproken.

“Het Alzheimer café wordt elke twee weken georganiseerd. Ik ga er altijd naartoe met mijn vrouw. Het is lekker dichtbij. Meestal wordt er iemand uitgenodigd die over een bepaald thema spreekt. Ik vind het fijn om zo'n lezing dan met elkaar te bespreken. Het helpt om je eigen ervaringen te plaatsen en te delen met andere mantelzorgers. Het is heel laagdrempelig allemaal. We hebben inmiddels een vast clubje mantelzorgers, het voelt meer als een vriendenclub. En voor mijn vrouw wordt goed gezorgd, zij heeft een apart programma voor alle mensen met Alzheimer. Er is mij gevraagd of ik met een professional mee wil gaan om mijn ervaringen op congressen aan professionals te vertellen. Dat vind ik een uitdaging, ook om de visie van mijn collega-mantelzorgers uit te dragen. Op deze manier worden wij serieus genomen in onze ervaringskennis.”

Kennis van de sociale kaart is één ding. Veelal zal voor complexe zorg die voor mensen met NAH en hun mantelzorgers nodig is het bestaande aanbod niet voldoende aansluiten. Dit is b.v. sterk het geval bij de logeervoorzieningen die bestaan voor mensen met HAH. Het is daarom vaak ook een taak van de professional met instellingen te onderhandelen en op creatieve manieren te zoeken naar maatwerk. Hierover leest u meer in het slothoofdstuk.

---

#### De professional:

- kent de reguliere en speciale voorzieningen voor mantelzorgers, vrijwilligers en netwerkondersteuning van mensen met NAH
- kent de professionals in de regionale samenwerkingsverbanden persoonlijk
- kan buiten de gebaande paden denken en doen, zoekt keer op keer naar passende voorzieningen/ informele ondersteuning
- kent de kracht van een maatje en stimuleert de mantelzorgers om daar gebruik van te maken
- brengt de mantelzorgers in contact met een ervaringsdeskundige mantelzorgers
- is in staat vanuit integraal denken, wisselend met het hele systeem en dan weer met de mantelzorgers apart te werken
- heeft kennis van het regionale aanbod op gebied van zorg, arbeid, dagbesteding
- heeft kennis van het regionale aanbod van vrijwilligerszorg

## 5.5 Samenwerken met andere professionals

In de vorige paragraaf stond kennis van de sociale kaart centraal. In het verlengde daarvan speelt dat de professional moet kunnen samenwerken met professionals uit de instellingen die relevant zijn voor cliënt en mantelzorgers.

Op welke manieren speelt deze samenwerking?

Voor mensen met NAH die een ongeval gehad hebben is de weg veelal dat ze eerst in het ziekenhuis terecht komen, waarna ze naar huis gaan, soms met een tussenfase in het revalidatiecentrum.

Wanneer de cliënt uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum ontslagen wordt is het zaak dat de professional die de cliënt en het gezin in de thuissituatie gaat begeleiden, contact heeft met het ziekenhuis (en/of de verpleegkundige die de cliënt in de thuissituatie gaat begeleiden). Uiteindelijk moet er een goede transitie plaatsvinden, waarbij kennis van de cliënt die in het ziekenhuis bekend is, meegenomen wordt om de thuiskomst goed voor te bereiden. Welke aanpassingen van het huis zijn nodig? welke begeleiding vanuit bv. een revalidatiecentrum wordt geboden? Maar ook dat partner kinderen en anderen uit het sociale netwerk voorbereid zijn op de nieuwe situatie. Het is belangrijk dat zij in een vroeg stadium betrokken worden zodat zij een duurzame relatie met de persoon met NAH kunnen opbouwen. Dit wordt bevorderd door hen inzicht te geven in wat NAH voor de cliënt betekent, welke begeleiding de cliënt nodig heeft en welke rol zij daarbij kunnen spelen, het krijgen van psycho-educatie etc. De professional moet hier een stimulerende rol in spelen, zeker is dit aan de orde wanneer hier vanuit het ziekenhuis of revalidatiecentrum nog geen aandacht aan besteed is.

Om de transfer zo optimaal mogelijk te laten verlopen d.w.z. dat ook het sociaal netwerk betrokken wordt, is het model van de Toekomstconferentie een best practice. Hierbij worden cliënt, professionals uit ziekenhuis/revalidatiecentrum en mensen uit het sociaal netwerk van de cliënt bijeen gebracht om de transfer vorm te geven.

“We kregen een brief van Johan en zijn maatschappelijk werker. Er zou een bijeenkomst georganiseerd worden om zoveel mogelijk hulp thuis te krijgen. In die brief schreef Johan dat hij graag wilde dat ik erbij zou zijn. Nou, dat wilde ik natuurlijk heel graag. Ik voel me zo rottig dat ik niks kan betekenen voor mijn goede vriend. Er waren 7 mensen waaronder zijn vrouw en kinderen. Johan vroeg me of ik af en toe met hem wil gaan fietsen en, zoals vroeger, naar een voetbalwedstrijd gaan. Dat wilde ik heel graag doen maar mijn aarzeling was of ik het wel kan. Johan heeft zoveel gevolgen van zijn hersenletsel. De maatschappelijk werker bood aan om met de ergotherapeut te oefenen op de tandem in het revalidatiecentrum. Dat zijn we nu aan het doen en het gaat best goed. We hebben weer lol. En die voetbalwedstrijd? Dat komt nog wel!

Enmaal in de thuissituatie zijn er, zoals in de vorige paragraaf over de sociale kaart is uiteengezet, een keur aan organisaties waarmee samengewerkt kan worden. Het is daarbij steeds van belang dat de professional goed afstemt met de biedende organisatie, zodat er maatwerk geleverd kan worden. Hiervoor is het nodig dat hij die mensen vanuit warme contacten kent om tot deze goede afstemming te kunnen komen. Het is zijn taak om vanuit de meer specialistische kennis over NAH de andere betrokkenen hierover informeert en in

gezamenlijkheid zoekt naar oplossingen die goed aansluiten op de behoeften van cliënt en/of mantelzorger. In het traject zal de professional met de andere betrokken partijen geregeld contact onderhouden om te monitoren of het traject naar wens verloopt. Juist ook om professionals waarmee wordt samengewerkt te informeren en te coachen, kan de mantelzorger als ervaringsdeskundige veel betekenen. Daarbij moet gedacht worden aan zijn kennis over de cliënt, maar net zo goed over zijn ervaringen als mantelzorger. De professional kan de mantelzorger stimuleren om deze rol op te pakken en daarmee een wezenlijke bijdrage te leveren voor beter maatwerk als het gaat om zorg ten behoeve van de cliënt en mantelzorger (Laarakker, 2015)<sup>37</sup>

Primair ligt de rol van casemanager bij cliënt en mantelzorger. Waar zij dit niet kunnen dragen, wordt deze rol door de professional overgenomen.

Om deze rol van casemanager waar te kunnen maken moet de professional geregeld contact onderhouden met cliënt en mantelzorger en goed bereikbaar zijn. Er doen zich steeds veranderingen voor in de situatie van cliënt en mantelzorger die aanpassing van de ondersteuning nodig maken. Denk hierbij aan kinderen in die in de puberteit komen of de mantelzorger die dreigt de last niet meer te kunnen dragen. Veranderingen in het dagelijkse ritme kunnen snel leiden tot overbelasting en crises.

Als casemanager is de professional in staat vanuit verschillende perspectieven te handelen. Hij kan zowel vanuit het cliënt-, alsook vanuit het mantelzorg- en vanuit het systemische perspectief naar de situatie kunnen kijken en van daaruit begeleiding geven. Dit betekent dat hij meervoudig partijdig is.

Om goed met andere professionals te kunnen samenwerken is de professional in staat ook de taal van de andere professionals te spreken en de samenwerking als een leerproces te zien waarbij gezocht wordt naar een gezamenlijk antwoord dat recht doet aan verschillende kennisgebieden en verschillende belangen. (Laarakker, 2015). Dit kan zowel spelen binnen een sociaal wijkteam alsook in de samenwerking met andere organisaties.

Leren doet de professional niet alleen in multidisciplinair verband, maar ook in intervisieverband. Uiteindelijk opereert de professional in een omgeving die turbulent is. Er worden nieuwe manieren van werken van de professional gevraagd die nog maar deels uitgekristalliseerd zijn en voor een groot deel nog ontwikkeld moeten worden. Daarnaast zijn kwesties die in de verschillende cases spelen zo complex, dat slechts na veel afwegingen op methodisch en ethisch terrein tot een stellingname gekomen wordt. Om in die omgeving je als professional staande te kunnen houden is intervisie een nuttig instrument.

Ook het werken met zgn. Ontwikkelwerkplaatsen, zoals dit heeft plaatsgevonden gedurende het project *Mantelzorg Ondersteuning* en *Samenspel formele en Informele zorg* is hierbij een effectieve methode. Uiteindelijk wordt daar enerzijds recht gedaan aan ondersteuning bij individuele cases, maar tegelijk wordt gezocht naar een gezamenlijk body of knowledge en good practices, die professionaliteit naar een hoger plan trekt.

---

<sup>37</sup> Laarakker, H. *Een leven als een kaartenhuis*. In *Sozio* nr 1 februari 2015. 31-35.

De professional is zich zijn eigen beperkingen goed bewust. Hij weet wanneer er samengewerkt moet worden met andere professionals/instanties. Maar ook weet hij waar de grenzen van zijn macht liggen als het gaat om voorwaardelijke kwesties. Uiteindelijk werkt hij (en andere professionals) steeds vanuit een organisatorische context. Dit betekent dat management verantwoordelijk is voor beleidskaders voor uitvoering van professionele activiteiten. Wanneer goede ondersteuning door deze kaders niet mogelijk is, moet de professional met het eigen management of met de samenwerkende organisatie in gesprek. In de huidige WMO-praktijk, waarbij er vaak vanuit een sociaal wijkteam gewerkt wordt, is steeds vaker de gemeente de partij die deze voorwaarden bepaalt. Dit betekent enerzijds dat de professional met ambtenaren moet kunnen overleggen, maar anderzijds ook het politieke besluitvormingsproces moet kunnen beïnvloeden. Cases of uitkomsten van onderzoeken zijn daarbij nuttig om de publieke mening te beïnvloeden.

In al bovengeschetste situaties is duidelijk dat de samenwerking ook een onderhandelingspel is. In een omgeving waar tbv. cliënten met een complexe problematiek er samengewerkt moet worden met zoveel verschillende partijen, waarbij zoveel verschillende belangen spelen, is het vermogen te onderhandelen onontbeerlijk. Daarbij moet, zoals eerder gezegd, ieders belang erkend worden en zoveel mogelijk recht gedaan worden. (Laarakker, 2015)<sup>38</sup>

Als het gaat om de persoonlijke belangen van cliënt en mantelzorger dan zijn er ook nog een aantal juridische kwesties. Zo bestaat er wet en regelgeving op het terrein van het regelen van volmachten, maar ook welke regelingen er zijn om specifieke voorzieningen voor mensen met NAH te financieren.

---

#### De professional:

- heeft kennis van de specifieke wet en regelgeving rond NAH/
- is in staat als specialist andere professionals overstijgend te adviseren en coachen.

#### De professional heeft de taak

- is één aanspreekpunt voor alle partijen, kan als casemanager fungeren bij de inzet van naasten, vrijwilligers en professionele inzet
- weet pro-actief andere professionals te motiveren en te boeien in de complexiteit van de gevolgen van NAH, ook vanuit het perspectief van de mantelzorger
- kan de mantelzorger stimuleren om als ervaringsdeskundige op te treden

#### De professional heeft daarvoor de volgende competenties:

- is bereid om in intervisie met andere professionals zijn kennis en kunde altijd opnieuw kritisch te bekijken

---

<sup>38</sup> Laarakker, H. *Een leven als een kaartenhuis*. In *Sozio* nr 1 februari 2015. 31-35.

- weet wanneer problemen met ketenpartners, indicatieorganen en uitvoeringsinstanties opgepakt moeten worden
  - kan onderhandelen en weet wanneer problemen in de uitvoering op managementniveau getild moet worden
-

## 6. Nawoord

Het profiel Informele Zorg NAH is een handreiking voor professionals en opleiders. Het profiel geeft een bijdrage aan de kwaliteit van ondersteuning die informele zorgers van professionals kunnen verwachten.

In opleidingen voor Social Work wordt van meet af aan het contextuele werken als speerpunt gebruikt. Dit profiel geeft handen en voeten aan de vaardigheden die studenten zich eigen moeten maken. Het profiel is specifiek gericht op situaties rond mensen met NAH en Dementia. Desondanks is het profiel eenvoudig te gebruiken voor andere groepen mensen die langdurig aangewezen zijn op hulp van anderen.

Wanneer mensen intensief voor anderen zorgen, vergeten ze wel eens zichzelf. Dat heeft op termijn gevolgen voor iedereen. Nu de zorg en ondersteuning voor mensen met NAH en Dementia meer en meer in de thuissituatie georganiseerd wordt, is een goed vangnet noodzakelijk. Ook van professionals die begrijpen wat 'zorgen voor een ander' met zich meebrengt. Dit profiel weerspiegelt de praktijk van alledag. Dat is de praktijk van mantelzorgers, van vrijwilligers, van professionals. Het profiel kan daarmee direct gebruikt worden ter verbetering en sturing van het primaire proces van samenwerking.

## 7. Referenties

1. [http://pdf.swphost.com/Sozio/e-nieuwsbrief/Handreiking\\_maatschappelijke\\_ondersteuning.pdf](http://pdf.swphost.com/Sozio/e-nieuwsbrief/Handreiking_maatschappelijke_ondersteuning.pdf)
2. <http://www.wmowonen-nh.nl/files/2012/competentieprofiel-wijkverpleegkundige>
3. Gezondheidsraad. 'Sociaal werk op solide basis' (2014). Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr 2014/21
4. Witteveen EMJ, C. van Slagmaat, L. Admiraal, S. van Gijzel, D. Kuiper. Vooronderzoek Samenspel: een literatuurverkenning naar begrippen en werkwijzen (2013). Utrecht: Hogeschool Utrecht, WmowerkplaatsUtrecht
5. Tonkens, E., J.van den Broeke en M.Hoijtink 2008). *Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: AUP.
6. [www.hersenletselenmantelzorg.nl](http://www.hersenletselenmantelzorg.nl)
7. In kenniskringen met praktijkwerkers, onderzoekers van de HU en studenten, is de actualiteit van deze kwalificaties besproken en keer op keer bijgesteld.
8. <http://www.vilans.nl/weblog-hoe-werkt-uw-wijkteam-samen-met-specialisten.html?>
9. Postma D. en V. de Waal (2015). Advies Profiel Sociaal Werk in de wijk. Utrecht: ISW
10. Korevaar, L. (2014). Interdisciplinaire samenwerking in de wijk: de T-shaped professional. Groningen, 15 mei 2014.
11. [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis%20%5BMOV-5175998-1.0%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis%20%5BMOV-5175998-1.0%5D.pdf)
12. [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20\[MOV-4581713-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20[MOV-4581713-1.0].pdf) pag. 7
13. [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Uitwerking-Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20\[MOV-4434226-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Uitwerking-Competenties-maatschappelijke-ondersteuning%20[MOV-4434226-1.0].pdf)
14. Onder inzichtproblemen bedoelen we hier: een gebrek aan ziekte inzicht. Deze term is echter medisch gericht waar we in deze tekst vanuit het paradigma herstel spreken. In deze benadering wordt het ook wel een beperkt zelfinzicht genoemd.
15. <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>
16. Dam, H.van (2012). Als een donderslag bij heldere hemel. In: Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander. *Handboek Integrale Rehabilitatie Benadering*. Amsterdam: SWP.
17. <http://kennisnetwerkcva.nl/sites/kennisnetwerkcva.nl/files/bestanden/zorgstandaard-printversie.pdf>
18. [http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard\\_Dementie.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf)
19. [https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil\\_Id=1244](https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil_Id=1244)
20. <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20dementie.pdf>
21. [www.hersenz.nl](http://www.hersenz.nl)



22. <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>
23. [http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage9/geldigheidsdatum\\_01-09-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage9/geldigheidsdatum_01-09-2014)
24. [http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site\\_EM/begrippenlijst/tr3238.htm](http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/begrippenlijst/tr3238.htm)
25. Klerk, de, M, Boer, de, A, Kooiker, S, Plaisier, I, Schyns, P (2014) Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
26. Onder toezicht verstaan we in deze tekst de actieve observatie (oplettendheid) van de zorgvrager door de vaste mantelzorger of de professional waar het gaat om dreigende ontsporing in gedrag of in de gezondheid.
27. Kraijo H. (2015) <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-ons/Nieuws/2015/Voorkom-overbelasting-mantelzorgers-van-naasten-me>
28. Witteveen, E en Keesom, J (2012) In het oog, in het hart. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
29. [https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/ser\\_info294P\\_Advieskaart\\_MZ\\_-2.pdf](https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/ser_info294P_Advieskaart_MZ_-2.pdf)
30. Jurrius K., Goes I., Loerts M. (2015). Hersenletsel.....hoe gaat het nu met u? Onderzoek naar mensen met hersenletsel en hun naasten in de chronische fase. Almere: Windesheim Flevoland.
31. Roos, S.de & Dinther, M van (2011). Preventie in de hulp en dienstverlening. Toepassingen en achtergronden. Bussum: Coutinho.
32. Vilans, 2015
33. Bochove M.van, Tonkens E, Verplanke L. (2014). Kunnen we dat niet aan vrijwilligers overlaten? <http://www.platform31.nl/publicaties/kunnen-we-dat-niet-aan-vrijwilligers-overlaten>
34. Inge Sleeboom, Jo Hermanns en Vera Hermanns. *Meedoen leer je door mee te doen* . 2010
35. Onderzoeksrapport studenten MWD (2015) in opdracht van project Samenspel. Utrecht: Wmo werkplaats Utrecht
36. Inge Sleeboom, Jo Hermanns en Vera Hermanns. (2010). *Meedoen leer je door mee te doen* . Den Haag: ZonMW.
37. Laarakker, H. *Een leven als een kaartenhuis*. In *Sozio nr 1 februari 2015*. 31-35.