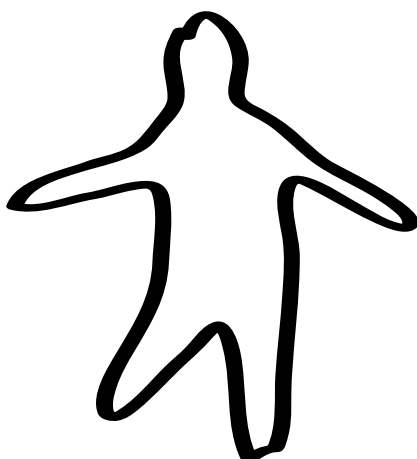


Een steunend sociaal netwerk



kwaliteit van leven

Anne Vereijken



Gelderse Poort

Voorwoord

In 1973 bundelden Ross V. Speck en Caroline Attneave hun eerste ervaringen met het inschakelen van persoonlijke sociale netwerken binnen de sociaal psychiatrische zorg in het boek: 'Family Networks: A Way toward Retribalization and Healing in Family Crisis'. Nu 30 jaar later in 2003 bundelt Anne Vereijken haar verkenningen naar de betekenis van de sociale netwerkbenadering voor de cliënten van MEE Gelderse Poort. De weg tussen het pionierswerk in Philadelphia (USA) en het initiatief van MEE Gelderse Poort tot de generalisatie en implementatie van de sociale netwerkbenadering in de hulpverlening bij mensen met een verstandelijke handicap loopt via het Sociale Netwerk Project van de Sectie Sociale Psychiatrie, Universiteit Maastricht. Wie op deze route in de tijd terugkijkt ontdekt weldra dat er via het knooppunt Maastricht veel veranderd is maar dat het grondpatroon van inhoudelijke uitgangspunten en doelstellingen nog steeds met een zelfde enthousiaste professionele inzet wordt ondersteund en uitgedragen.

Anne Vereijken kan nu haar gebundelde verkenningen afsluiten met de wetenschap dat zij de sociale netwerkbenadering ter implementatie kan aanbevelen als een professionele methode binnen het domein van het maatschappelijk werk, vanouds het vakgebied van de sociale diagnostiek en sociale interventies. Met behulp van de sociale diagnostiek MSNA (Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse) is een cliënt en zijn naaste omgeving in staat onder deskundige leiding het initiatief te nemen om in termen van een persoonlijk sociaal netwerk zijn maatschappelijke toestand in kaart te brengen om vervolgens een plan uit te werken om stapsgewijs verbetering aan te brengen in het geheel van mensen en betrekkingen op wie hij dagelijks is aangewezen. De blauwdruk voor sociale netwerkinterventies van onder meer Ross V. Speck is ondertussen mede door de inspanningen van MEE Gelderse Poort al een heel eind uitgebouwd in een methodisch handelen. Deze bundel onder de titel: 'Een persoonlijk sociaal netwerk, kwaliteit van leven' laat vooral zien hoe en waarom MEE Gelderse Poort eerder het initiatief nam deze aanpak op maat van haar doelgroepen uit te werken.

De verkenningen in deze bundel maken tevens duidelijk dat het grondpatroon van uitgangspunten en doelstellingen heden nog even actueel is als dertig jaar geleden. Het is nog steeds zoeken naar evenwicht in het tussenbeide komen van

professionals met raad en daad en het aanboren van helende vermogens en helpende handen die opgeslagen zijn bij de mensen op wie een cliënt op eigen maat rechtstreeks min of meer duurzaam is aangewezen. Niet anders dan toen laten ook heden cliënten zien noodgedwongen op professionele hulp te moeten rekenen zolang hun persoonlijke sociale netwerken dusdanig structureel aangetast zijn dat de eigen beschikbare vermogens onbenut blijven om de gewone onvermijdelijke moeilijkheden in het leven het hoofd te bieden. Bij cliënten met een verstandelijke beperking luisteren de afwegingen zeer nauw waar het gaat om de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden in het persoonlijke sociale netwerk, waartoe soms langdurig ook MEE zelf behoort. De persoonlijke draagkracht van de cliënt en de bescherming tegen een onder- en overschatting vraagt in het bijzonder om een zo volledig en nauwkeurig mogelijk beeld van de aanwezige draagkracht bij de hele beschikbare sociale omgeving. De bevordering van de maatschappelijke inpassing en het tegengaan of ombuigen van maatschappelijke isolement en marginalisering is net als toen veel meer dan een persoonsgebonden versterking van bijvoorbeeld werk- en woonomstandigheden. Het gaat hierbij vooral om een versterking van eigen persoonlijke netwerk: de opbouw van een omgeving met behoud van een voldoende levensvatbare structuur opdat een cliënt meer blijvend op de noodzakelijke aanmoedigingen en ondersteuning kan vertrouwen.

Voortbouwend met de verkenningen in de nu verschenen bundel is een team van maatschappelijk werkers onder leiding van Anne Vereijken in MEE Gelderse Poort aan de slag gegaan, de beschreven verworvenheden inzake de sociale netwerkbenadering verder op maat van de doelgroep uit te werken en te implementeren. Aan dit belangwekkende proces wordt ook deelgenomen door de VDO Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wellicht wordt aan de weg tussen de eerste grondleggers en MEE Gelderse Poort nog een etappe toegevoegd. Drie jaar na het verschijnen van de eerste balans omtrent het experimentele werken met netwerken door Speck en Attneave rondt in 1976 de maatschappelijk werker Gerald Erickson in Canada zijn toonaangevende proefschrift over de kwaliteit van de persoonlijke sociale netwerken van psychiatrische patiënten. Ik heb hem, toen hij decaan van de Faculteit

Maatschappelijk Werk aan de Universiteit van York in Canada was, meerdere malen ontmoet. Zijn ondersteunende bijdragen aan het Sociale Netwerk Project in Maastricht indertijd hebben de aandacht gevestigd op de noodzaak van de wetenschappelijke profilering van de beroepsuitoefening, te zien als een kernactiviteit van maatschappelijk werkers zelf om weer zelf leiding te geven aan de inhoud van het vakgebied en de uitoefening ervan. Ik wens MEE Gelderse Poort toe dat over drie jaar ook deze etappe van professionele uitstraling gelopen is.

dr. Herman M.J. Baars
maatschappelijk werker.
Hoofd Sociale Netwerk Project
Universiteit Maastricht.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
1.	Inleiding	7
2.	Maatschappelijke inpassing van mensen met een verstandelijke handicap	9
2.1	Van een zorgmodel naar een ondersteuningsmodel	9
2.2	Het werken aan je persoonlijke sociale netwerk	10
2.3	Het ondersteuningsmodel in MEE Gelderse Poort	12
2.4	Samenvatting	17
3.	Sociale netwerkproject van MEE Gelderse Poort	19
3.1	Inleiding	19
3.2	De sociale netwerkbenadering	19
3.2.1	De sociale diagnostiek conform de Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse	20
3.3	Project sociale netwerkbenadering MEE Gelderse Poort	21
3.3.1	Werkwijze pilotstudie	21
4.	Resultaten Pilotstudie Sociale Profielen	25
4.1	Inleiding	25
4.2	Sociale profielen van cliënten op ZMLK-niveau in de leeftijd van 15 – 35 jaar	25
4.3	Sociale profielen van cliënten op ZMLK-niveau van 36 jaar en ouder	26
4.4	Sociale profielen van cliënten op MLK-niveau in de leeftijd van 15-35 jaar	27
4.5	Sociale profielen van cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder	28
4.6	Samenvatting	29
5.	Resultaten Pilotstudie Sociale Netwerken MSNA	33
5.1	Inleiding	33
5.2	Sociale netwerken van cliënten op MLK-niveau in de leeftijd van 15 – 35 jaar	33
5.3	Sociale netwerken van cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder	39
5.4	Conclusie	44
6	Discussie en Aanbevelingen	47
6.1	Inleiding	47
6.2	Resultaten MSNA	47
6.2.1	Een volledig beeld	47
6.2.2	Valide werkwijze	48
6.2.3	Teamwork	48
6.3	Onderzoeksvragen.	49
6.3.1	Resultaten/hypothesen. vooronderzoek ZMLK-groep	49
6.3.2	Resultaten/hypothesen vooronderzoek MLK-groep	50
6.4	Aanbevelingen	52
	Literatuurlijst	53
	Bijlage 1: Lijst van Afkortingen	55

1. Inleiding

“Een steunend sociaal netwerk, een bron van leven”. Dit is de titel van een werkstuk over de ontwikkeling van de methode van sociale netwerkbenadering binnen MEE, waarmee Callista van Rooijen (1999) haar voortgezette opleiding maatschappelijk werk aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen afrondt. Van Rooijen beschrijft onder meer wat voor steun een goed functionerend persoonlijk sociaal netwerk kan bieden voor cliënten van MEE, een onafhankelijke instelling die gespecialiseerd is in hulp- en dienstverlening aan mensen met een handicap of ontwikkelingsachterstand. Ook mensen uit de directe omgeving, uit het persoonlijk sociale netwerk, ofwel “al die mensen met wie een cliënt rechtstreeks min of meer duurzaam banden onderhoudt ten behoeve van de vervulling van de dagelijkse levensbehoeften” (Speck, Attneave, 1973; Baars, 1994) kunnen een beroep doen op MEE. Zij doet aanbevelingen om de sociale netwerkbenadering, als methode van hulpverlening, te gaan inpassen in de huidige werkwijze van maatschappelijk werkers/zorgconsulenten bij MEE. De implementatie van de sociale netwerkbenadering binnen MEE geeft maatschappelijk werkers/zorgconsulenten een methode in handen waarmee op een nieuwe en eigentijdse wijze vorm en inhoud wordt gegeven aan het vak maatschappelijk werker.

Deze en andere aanbevelingen zijn door MEE Gelderse Poort te Arnhem/Nijmegen/Tiel concreet uitgewerkt in een plan voor een traject van implementatie van de sociale netwerkbenadering dat in juni 2001 van start gaat. Het project ‘Sociale Netwerkbenadering MEE Gelderse Poort’ dat in samenwerking met het praktijkgerichte onderzoeksprogramma ‘Sociaal Netwerk Project’ van de Universiteit Maastricht wordt uitgevoerd, heeft als doel de sociale netwerkbenadering (Baars, Uffing, Dekkers, 1990), ofwel de werkwijze van de sociale diagnostiek conform de Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse (MSNA) (Baars, 1994; Baars, Kaplan, 1996) en de daarop aansluitende sociale netwerkinterventies (Baars, Uffing, 1991; Baars, Bolwijn, 1996) voor het werkveld van MEE toegankelijk en toepasbaar te maken. Met de invoering van deze werkwijze wordt beoogd de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening ten aanzien van de verbetering of het herstel van de maatschappelijke inpassing van de cliënten te vergroten (Zie jaarverslag 2001, MEE Gelderse Poort). In hoofdstuk 3, ga ik uitgebreid in op het uitgezette implementatietraject.

Om vanuit MEE Gelderse Poort aan de uitvoering van dit project leiding te kunnen geven ben ik getraind in de toepassing van de sociale diagnostiek MSNA

(Baars, Beuzelijck, 2000) en vervolgens verder geschoold om als trainer een groep medewerkers van MEE Gelderse Poort vertrouwd te maken met de toepassing van deze werkwijze en met hen een Team Sociale Netwerk Interventies (SNI) op te bouwen om in en met de dagelijkse praktijk van de hulp- en dienstverlening van MEE al toetsend ervaring op te doen met deze werkwijze.

De sociale netwerkbenadering sluit aan bij de vernieuwde visie op de zorg over sociaal geïntegreerd functioneren van mensen met een verstandelijke handicap.

Ad van Genneep (1994) beschrijft dat de nieuwe definitie van de American Association on Mental Retardation (AAMR) een nieuwe opvatting over mensen met een verstandelijke handicap betekent. De nadruk komt te liggen op het functioneren in gewone situaties in de samenleving. Op die punten waar het functioneren tekortschiet wordt gestreefd naar het geven van specifieke ondersteuning.

In de zorgverlening verschuift de nadruk van speciale stichtingen (het sociale vangnet) naar een samenwerkingsverband van ouders, familieleden, vrienden én speciale stichtingen (het sociale netwerk); dat wil zeggen: de zorg zou heel anders georganiseerd dienen te worden. De middelen, ook de financiële middelen zouden meer aan het sociale netwerk ten goede kunnen komen. Hiermee verandert de basishouding van de zorgverleners. Ondersteuning komt in de plaats van ‘totale zorg’.

De nieuwe visie heeft binnen de huidige zorg voor mensen met een verstandelijke handicap geleid tot persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten waardoor zij hun eigen zorg kunnen inkopen. Deze vorm van financiering biedt alle ruimte om nieuwe ondersteuningsbronnen aan te boren en in te zetten in de zorg voor mensen met een handicap.

Al deze ontwikkelingen overziende stel ik, als uitvoerder van het project sociale netwerkbenadering, vast dat gebruik maken van het eigen sociale netwerk dat vertrouwd en bekend is, zeker te prefereren valt boven gebruik maken van professionele begeleiding/hulpverlening.

Met andere woorden; ik zie de professional als coördinator ten dienste van het persoonlijke sociale netwerk en niet als vervanging van het eigen persoonlijke sociale netwerk van de cliënt

Ik sluit me aan bij Van Genneep (1994); hij zegt dat daar waar het gaat over integratie men geleidelijk is gaan beseffen, dat het gaat om de kwaliteit van het bestaan

van mensen met een verstandelijke handicap. Dit houdt in, dat mensen met een verstandelijke handicap zelf vorm en inhoud geven aan het eigen bestaan volgens algemeen-menselijke basisbehoeften, onder gewone omstandigheden en volgens gewone levenspatronen (normalisatie), zodanig dat zij tevreden zijn met het eigen bestaan.

In dit verband maakt van Gennep onderscheid tussen het persoonlijk sociaal netwerk en het sociale vangnet. Het sociale vangnet, het zorgsysteem dus, moet pas in werking treden, als het persoonlijk sociaal netwerk geen toereikende ondersteuning meer kan bieden bij het zelf vorm en inhoud geven aan het eigen bestaan. Daarom wil men de middelen van het zorgsysteem in directe samenhang met het persoonlijk sociaal netwerk inzetten. Het zorgsysteem moet erop gericht zijn, het persoonlijk sociaal netwerk te ontwikkelen en de middelen daar in te zetten, waar de contacten ontbreken en wel zodanig, dat de betrokkenen hun verantwoordelijkheid behouden. Dit noemt men ondersteunende zorg. In hoofdstuk 2 zal ik deze visie van een zorgmodel naar een ondersteuningsmodel in MEE verder uitwerken.

MEE wil deze inspanning hanteerbaar maken door middel van het project sociale netwerkbenadering. De sociale diagnostiek die uitgevoerd gaat worden met de Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse (MSNA). De MSNA brengt de actuele wisselwerking van de cliënt met zijn sociale omgeving in kaart waarbij tevens informatie verzameld over de biografie c.q. geschiedenis van de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving. Het geheel aan informatie geeft aan waar versterking en opbouw van het persoonlijk sociale netwerk nodig is om een grotere zelfstandigheid, maatschappelijke participatie en sociale integratie van cliënten van MEE te kunnen bewerkstelligen. Uiterst belangrijk is de vraag of er nog hulpbronnen in het persoonlijk sociaal netwerk aanwezig zijn om die versterking te bereiken en hoe er vervolgens samen met het persoonlijk sociaal netwerk een plan van handelen gemaakt kan worden.

Hier ligt het terrein van de maatschappelijk werker: de reorganisatie of het herstel van de wisselwerking van de persoon met zijn omgeving gericht op maatschappelijk inpassing. In deze werkwijze gaat het erom "sociaal vervangend functioneren" om te buigen naar "sociaal geïntegreerd functioneren" (Baars, Bolwijn, 1996).

Naast het implementatietraject van de sociale netwerkbenadering vindt er onderzoek plaats. Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de patronen in de sociale netwerken en in de sociale profielen van cliënten van MEE. In de hoofdstukken 4 en 5 vindt men een verslag van een eerste verkenning. Bij deze eerste systematische verkenning gaat het om de vraag hoe in het algemeen de persoonlijke sociale netwerken en de sociale profielen van de MEE-clienten eruit zien wanneer ze geanalyseerd en beschreven worden

conform de sociale diagnostiek MSNA. Zijn er in deze persoonlijke sociale netwerken en sociale profielen bij specifieke doelgroepen van MEE patronen te vinden, die op een bijzondere wijze de kwaliteit van de maatschappelijke inpassing weerspiegelen?

Beantwoording van deze vraag is belangrijk omdat via de patronen een gevarieerd aanbod van interventiestrategieën ontwikkeld kunnen worden.

We spreken tijdens dit project van sociale netwerkbenadering, een methode van hulpverlening gericht op verbetering of herstel van maatschappelijke integratie van cliënten. Het is mijn overtuiging dat maatschappelijke integratie alleen kan als daarbij gebruik gemaakt wordt van het eigen persoonlijk sociaal netwerk van cliënten. Een individuele en persoonlijke benadering i.p.v. groepsgerichte activiteiten om de integratie van mensen met een verstandelijke handicap te bewerkstelligen. Ik hoop dan ook dat op deze manier mensen met een verstandelijke handicap de kans krijgen om hun grootste wens, het bereiken van een zo normaal mogelijke leven, te verwezenlijken en zo een bijdrage te leveren aan de tevredenheid van hun eigen bestaan.

Het praktijkgerichte onderzoek naar de persoonlijke sociale netwerken van cliënten van MEE is daarin een eerste aanzet. In hoofdstuk 6 'Discussie en aanbevelingen' ga ik in op de eerste resultaten/hypothesen die uit dit vooronderzoek zijn gekomen.

Samenvattend kan ik zeggen dat het project sociale netwerkbenadering van MEE naadloos aansluit bij de huidige visie en de verschillende initiatieven die genomen worden op het gebied van sociale netwerken in de zorg voor mensen met een handicap. In hoofdstuk 2 zal ik dit uitgangspunt verder uitwerken.

Anne Vereijken.

2. Maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap

Sociale netwerken van mensen met een verstandelijke handicap, vriendenkringen, bruggenbouwers, steuncirkels. Vroeger hoorde je er nooit iets over. Modieus gepraat dus, of nieuwe woorden voor relaties die belangrijk zijn, misschien wel altijd geweest zijn?

Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen waarbij ik in het eerst deel de aansluiting tussen de sociale netwerkbenadering en de visie van MEE Gelderse Poort beschrijf met behulp van het ondersteuningsmodel en de empowerment-gedachte. In het tweede deel maak ik een vertaalslag waarin de visie van diverse consultants binnen MEE Gelderse Poort op de sociale netwerkbenadering wordt uitgewerkt. Ik zal beschrijven of er impliciet of expliciet gewerkt wordt vanuit de sociale netwerkbenadering.

2.1. Van een zorgmodel naar een ondersteuningsmodel

De opvattingen van waaruit beleid gemaakt wordt voor mensen met een verstandelijke handicap zijn in de loop der jaren veranderd. Vlak na de oorlog, 1940-1945, overheerste het medische model. In dat model worden verstandelijk gehandicapten gezien als ongeneeslijk ziek. Bij dat referentiekader horen dokters, verpleegsters en paviljoenen.

In de jaren zeventig is dit model langzaam verdrongen door het ontwikkelingsmodel. Verstandelijk gehandicapten konden wel degelijk wat leren en kregen dan ook dagactiviteiten en onderwijs aangeboden. Dit model was logischer en paste beter in de tijdgeest (Schoep, 1988).

Het model waar wij nu naar streven, en waarmee in het buitenland al flinke vorderingen gemaakt zijn, gaat een stap verder. Dat is het ondersteuningsmodel.

Mensen met een verstandelijke handicap kunnen ook gewoon samenleven met andere burgers. De criteria die onze huidige maatschappij aanlegt zijn bovenal intelligentie en maatschappelijke productiviteit. Maar je kunt ook naar andere criteria kijken. Bijvoorbeeld hoeveel plezier iemand in zijn leven heeft, en hoeveel plezier hij anderen bezorgt. Je kunt kijken naar de wensen van mensen met een verstandelijke handicap op een door hen gekozen wijze van leven midden in de samenleving. (Beltman 2001).

Vanuit deze visie wordt tegenwoordig beleid gemaakt. Staatssecretaris Margo Vliegthart noemt het, in een interview in Markant (juli 2001), de individuele benadering en deze biedt naar haar stellige overtuiging meer waarborgen om de kwaliteit te leveren die bij die individuele cliënt past, waarbij het uitgangspunt is, dat mensen met een verstandelijke handicap ondersteund worden om deel uit maken van de samenleving.

Het gaat hier om een opvatting waarmee het ondersteuningsmodel gepresenteerd wordt.

Het ondersteuningsmodel

Het ondersteuningsmodel is het bieden van ondersteuning aan mensen met een handicap met als doel het

bevorderen van de kwaliteit van het bestaan. Het professionele handelen is daarbij vooral gericht op de ondersteuning van het individu in het ontwikkelen van een eigen identiteit, van eigen normen en waarden en gaat uit van de eigen keuzes van het individu waarbij gebruik gemaakt wordt van de methode Persoonlijke Toekomst Planning (Van der Hoff, 1995). Deze methode beschrijft het profiel van de cliënt en brengt hun woonwensen in kaart. Er wordt gebruik gemaakt van grote vellen papier waarmee posters gemaakt worden van het onderwerp van gesprek. Er zijn een aantal posters te onderscheiden namelijk; de persoonlijke geschiedenis, relaties, dagindeling, wat werkt en wat werkt niet en toekomstdromen.

De methode Persoonlijke Toekomst Planning wordt binnen MEE gebruikt om een beeld te krijgen van de hulpvraag van cliënten op de wachtlijst voor een zorgaanbod. De zorgmakelaars die bezig zijn de verduidelijking en clustering zorgvragen voor de wachtlijst gebruiken deze methode om duidelijk te krijgen hoeveel en welke professionele ondersteuning de cliënt nodig heeft.

De professionele ondersteuning zou moeten plaatsvinden in de samenleving en ondersteunt het individu bij het ontwikkelen van relaties in de samenleving. In dit verband kun je ook spreken van community care (Roeting, Van de Ree, 2000).

Deze benadering is betrekkelijk nieuw en kent al een aantal voorbeelden in de Scandinavische en Angelsaksische landen. Je kunt deze voorbeelden echter niet zomaar in Nederland toepassen. Waar het om gaat is wat kunnen wij daarvan leren in Nederland? Wat is minimaal nodig bij het realiseren van community care in de zin van met ondersteuning leven in de samenleving?

Centrale vragen daarbij zijn: hoe kunnen mensen met een verstandelijke handicap een zinvol bestaan hebben? Hoe kunnen ze meedoen in en meebouwen aan de samenleving? Hoe kan de samenleving ingericht worden om een goed bestaan voor mensen met een beperking te waarborgen? Hoe kunnen mensen met een verstandelijke handicap kiezen voor hun eigen

manier van leven. Welke power hebben ze daarvoor nodig? Zo kom je als vanzelf uit bij de empowerment gedachte.

De empowerment gedachte

Deze gedachte gaat uit van de overtuiging dat mensen - dus ook mensen met een beperking - kunnen waarmaken wat ze willen. Je geeft de ander de power om zelf te kunnen kiezen voor hun eigen manier van leven. Hoe en met wie ze willen wonen, aan welke activiteiten ze deelnemen en wat voor werk ze doen. Tenslotte moeten ze waardevolle contacten uit hun persoonlijke sociale netwerk kunnen behouden en nieuwe contacten kunnen ontwikkelen zoals ieder ander.

Het is inmiddels tientallen jaren geleden dat er initiatieven zijn ontplooid om mensen met een verstandelijke handicap meer sociale contacten te geven. Eerst waren er de clubs en vakanties voor thuiswonende jongeren met een verstandelijk handicap. Bij MEE zijn hieruit de consultants Vrije Tijd en Vorming voortgekomen. Daarna werden vrijwilligers gevraagd om mensen in grote instituten te bezoeken of activiteiten met hen te ondernemen. Het vrijwilligerswerk heeft binnen MEE een plek gekregen bij de afdeling Praktische Thuishulp. Deze vrijwilligers, die met name ouders ontlasten door op te passen, werden opgevolgd door vrijwilligers waarbij het contact en samen iets doen voorop stond waardoor mensen met een verstandelijke handicap soms toegang kregen tot andere sociale netwerken.

Nu veel mensen met een verstandelijke handicap en hun ouders kiezen om meer in de maatschappij te blijven zijn sociale contacten ontzettend belangrijk.

Betrekkelijk nieuw in de huidige benadering van sociale contacten is het in kaart brengen van bestaande persoonlijke sociale netwerken en stappen te ondernemen om die sociale netwerken uit te breiden of te versterken. Om uitbreiding of versterking van het sociale netwerk te kunnen realiseren is het van belang te weten hoe belangrijk persoonlijke sociale netwerken zijn.

De voorwaarden voor ondersteuning door het persoonlijke sociale netwerk

Nu mensen met een verstandelijke handicap zelf of hun ouders meer en meer kiezen voor een geïntegreerd leven binnen hun eigen stad of dorp, waarbij gebruik gemaakt wordt van ondersteuning door het eigen persoonlijke sociale netwerk, dan moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Om te beginnen zijn er praktische voorwaarden te benoemen als een woning, onderwijs of werk en vrijetijdsbesteding. Maar naast deze fysieke integratie zal er ook sprake moeten zijn van sociale integratie waarbij het gaat om geaccepteerd worden als gelijkwaardig persoon en gerespecteerd worden als partner in diverse situaties. Naar mijn mening wordt tegenwoordig de rol, die de onderlinge relaties van mensen kunnen spelen om elkaar te helpen of problemen te voorkomen, nogal

onderbelicht. Dat lijkt mij een gevolg van de individualisering. De nadruk wordt gelegd op de individuele aspecten van een probleem. Bepaald afwijkend gedrag wordt bijvoorbeeld eerder gezien als gedragsprobleem dan als een gevolg van eenzaamheid of voortkomend uit de afwezigheid van sociale relaties.

De nadruk op persoonsgebonden problematiek en onderbelichting van de sociale omgeving draagt er toe bij dat mensen met een verstandelijke handicap aangewezen zijn op beroepskrachten, vooral op de begeleiders. Beroepskrachten hebben zich in het contact met de cliënt soms té belangrijk gemaakt.

Het kan ook voorkomen dat familie denkt dat zij niet zo belangrijk meer zijn voor hun familielid met een verstandelijke handicap. De begeleiders en groepsgenoten lijken dan belangrijker te zijn dan familie. Maar je familieleden hebben te maken met wie je zelf bent, met je achtergrond, de normen en waarden die je geleerd hebt. Met je familie heb je een unieke en levenslange band die gebaseerd is op loyaliteit.

Juist voor mensen met een verstandelijke handicap kan het moeilijk zijn om met andere mensen een zelfde soort vanzelfsprekende vertrouwelijkheid op te bouwen als met je broer of zus. Tegelijk is het voor mensen met een verstandelijke handicap ook moeilijk om zich te verweren tegen overbezorgdheid van de kant van de ouders. Ook jonge mensen met een verstandelijke handicap maken een losmakingproces door, evenals iedere puber en adolescent. De begeleider dient het contact met familie en vrienden als zo normaal mogelijk te ondersteunen.

In een onderzoek naar de maatschappelijke beeldvorming over mensen met een verstandelijke handicap kwam naar voren dat de houding van de Nederlanders ten opzichte van personen met een verstandelijke handicap tamelijk neutraal is en iets meer neigt naar de positieve dan de negatieve kant. Dit is veel positiever dan de werkers in de zorg vaak denken.

In een onderzoek onder hoofden van voorzieningen constateerden Dudley (1988) dat zij de samenleving waarnamen als niet vriendelijk voor personen met een verstandelijke handicap.

De beeldvorming van werkers binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is dus een tweede opstakel voor integratie.

2.2 Het werken aan je persoonlijke sociale netwerk

Het belang van een goed persoonlijk sociaal netwerk voor mensen met een handicap is duidelijk maar hoe werk je dan aan de versterking daarvan?

Als het persoonlijk sociale netwerk van mensen met een verstandelijke handicap goed in kaart gebracht is; wat zijn dan de volgende stappen die je kunt nemen? Hoe kom je toe aan de reorganisatie of het herstel van de wisselwerking van de persoon met zijn omgeving

2. Maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap

gericht op maatschappelijke inpassing? Hoe buig je het sociaal vervangend functioneren om naar sociaal geïntegreerd functioneren?

Strategieën

In de literatuur over mensen met een handicap vindt je weinig voorbeelden terug van hoe je verder komt nadat het sociale netwerk in kaart gebracht is. Er is één voorbeeld van ouders die voor hun zoon Daan een fanclub hebben opgericht (Speulman, 1998). De ervaring van de ouders was dat zij zelf enige schroom moesten overwinnen maar toen ze mensen gingen vragen voor het 'lidmaatschap' van de club, ze spontane en enthousiaste reacties kregen. De fanclubleden halen en brengen Daan naar het kinderdagverblijf, gaan met hem zwemmen, komen met hem spelen en doen bewegingsoefeningen met hem thuis. Ouders omschrijven als meerwaarde van de fanclub; de trouwheid van de leden, terwijl ze toch wat verder van je zoon af staan. Het vergoeden van de arbeid verricht door de fanclubleden is niet aan de orde terwijl dit binnen de huidige financieringsvorm wel zou kunnen. De ouders twifelen aan de energie die professionele krachten kunnen opbrengen in vergelijking met de leden van de fanclub. Tevens zou als zo'n zorgrelatie professioneler wordt het voordeel van het vertrouwd zijn op de achtergrond raken.

Smit en Van Gennep beschrijven in hun boek "Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap" twaalf strategieën om te werken aan netwerkuitbreiding namelijk:

1. De dagelijkse omgeving inschakelen.
2. Het bestaande netwerk van de cliënt inschakelen
3. Het netwerk van de begeleider inschakelen.
4. Naar de wijk kijken.
5. Een steunpunt in de wijk creëren.
6. Vrijwilligers werven.
7. Zelf als vrijwilliger aan de slag gaan.
8. Je eigen werk creëren.
9. Betaalde bruggenbouwers aanstellen.
10. Een steuncirkel opzetten.
11. Een vriendenkringsysteem opzetten.
12. Actief worden in een belangenvereniging.

Als je deze 12 strategieën samen met het fanclub idee overziet kan er gezegd worden dat bij MEE Gelderse Poort in de loop der jaren al enkele strategieën met wisselend succes in praktijk gebracht zijn.

Enkele jaren geleden heeft MEE Gelderse Poort een steunpunt opgezet voor cliënten in een wijk te Nijmegen zoals omschreven wordt in strategie nr. 5, te weten 'een steunpunt in de wijk creëren'. In de praktijk bleek dat cliënten niet naar het steunpunt kwamen. Er kwamen steeds dezelfde zes cliënten, zodat ervoor gekozen is om het steunpunt te verplaatsen naar TRIAS, een plek waar diverse vormings- en ontspanningsactiviteiten georganiseerd worden en een plek centraal gelegen en makkelijk bereikbaar zodat het steunpunt toegankelijker werd. De verwachting

was dat er dan mogelijk sprake zou kunnen zijn van het deelnemen aan de georganiseerde activiteiten door de deelnemers.

De groep cliënten breidde zich slecht met twee deelnemers uit en er was geen sprake van integratie met de deelnemers van de andere activiteiten.

Het steunpunt werd opgeheven maar vanuit dit initiatief ontstond een nieuw initiatief vanuit de afdeling Vrije Tijd en Vorming van MEE Gelderse Poort namelijk de vriendenkring, strategie nr. 11. De vriendenkring organiseert twee maal per maand een activiteit op de zondagmiddag. Een keer wordt er gezamenlijk gebruncht en de andere keer gaat men met elkaar iets doen waarbij gedacht kan worden aan uitstapjes. Deze vriendenkring is in maart 2001 gestart en heeft nu vijftien leden.

Zoals al beschreven heeft MEE Gelderse Poort een afdeling Praktische Thuishulp waar vrijwilligers geworven worden en ingezet worden ter ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap en hun omgeving. Deze vorm van ondersteuning, die beschreven wordt in strategie nr. 6, wordt door cliënten en hun omgeving positief ontvangen, maar vanuit deze afdeling wordt er nog niet gewerkt met het persoonlijke sociale netwerk van cliënten als mogelijke vrijwilligers.

Strategie nr. 8, je eigen werk creëren is een strategie die binnen Begeleid Werken nogal eens vorm krijgt. Met het vinden van passende (vrijwillige) arbeid krijgen cliënten naast nieuwe contacten weer zelfvertrouwen en een positiever gevoel van eigenwaarde.

Op dit moment is men bij MEE Gelderse Poort bezig om enkele andere strategieën te gaan proberen. Zo zijn er contacten gelegd met de afdeling van de gemeente Nijmegen waar de buurthuizen en wijkgebouwen onder vallen om te bekijken hoe mensen met een handicap kunnen deelnemen aan de activiteiten aldaar. Tevens wordt onderzocht of in de wijkcentra teams van begeleiders van zelfstandig wonende cliënten een werkplek kunnen krijgen, zodat ze makkelijker bereikbaar zijn.

Al deze activiteiten binnen MEE Gelderse Poort vragen om een nader onderzoek hoe er tegen sociale integratie en gebruik maken van het sociale netwerk van cliënten wordt aangekeken, vanuit de diverse afdelingen Praktische Thuishulp, Arbeidsintegratie en Vrije Tijd en Vorming. Verder kan er worden nagegaan hoe de visie van de verschillende afdelingen binnen MEE Gelderse Poort is, daar waar het gaat over gebruik maken van het persoonlijke sociale netwerk van cliënten en de overgang van het zorgmodel naar het ondersteuningsmodel.

2.3 Het ondersteuningsmodel in MEE Gelderse Poort

In algemene zin kan gezegd worden dat de visie van MEE Gelderse Poort over de zorg voor mensen met een handicap past binnen de visie van het ondersteuningsmodel. In de visie van MEE Gelderse Poort staan termen omschreven als emancipatie, normalisatie en integratie. Dat maakt dat MEE Gelderse Poort bevordering en herstel van sociale integratie ofwel maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap als wezenlijke doelstelling en zorgtaak rekent. Om deze zorgtaak uit te kunnen voeren is het voor MEE niet alleen van groot belang om een goed instrument voor de sociale diagnostiek te hebben over de kwaliteit van een persoonlijk sociaal netwerk en de mate van maatschappelijke inpassing van cliënten, maar ook dat de hulpverleners van MEE zicht hebben op het belang van een steunend persoonlijk sociaal netwerk.

Al vanaf de start van het contact van de cliënt met MEE zou onderzocht kunnen worden waar de hulpbronnen zitten in het persoonlijk sociaal netwerk of waar versterking van het sociale netwerk nodig is door bijvoorbeeld professionele ondersteunende hulpverlening.

Het eerste contact van de cliënt met MEE vindt plaats met het Steunpunt Gehandicapten waar verschillende disciplines werkzaam zijn namelijk: Praktische Thuishulp, Vrije Tijd en Vorming, Arbeidsconsulenten, Consulenten Lichamelijk Gehandicapten en Consulenten Verstandelijk Gehandicapten. In de toekomst komen daar mogelijk ook de zorgmakelaars bij. Om een beeld te krijgen hoe er binnen MEE Gelderse Poort gedacht wordt over het ondersteuningsmodel en de sociale netwerkbenadering heb ik met een vertegenwoordiging van iedere discipline gekeken naar hun visie hierop en hoe in de praktijk nu gebruik gemaakt wordt van het persoonlijke sociale netwerk van cliënten.

Praktische Thuishulp

De start van Praktische Thuishulp past in de tijd van de vrijwilliger als bezoekouders. Praktische Thuishulp richtte zich op oppashulp voor gezinnen met een kind met een verstandelijke handicap. Het vrijwilligerswerk is uitgegroeid tot het geven van lichte vorm van ondersteuning aan mensen met een verstandelijke handicap en hun omgeving.

Op dit moment is het werven van vrijwilligers erg lastig. Veel vrijwilligers vinden hun weg in de zorg en laten zich betalen. Dat kan via een PGB maar ook zijn er kleine contracten bij zorginstellingen bijvoorbeeld verpleeghuizen.

Veel vrijwilligers die zich nu aanmelden zijn vrijwilligers, die vanwege eigen problemen, van bijvoorbeeld isolement, geadviseerd is om vrijwilligerswerk te doen. Deze vrijwilligers zoeken warmte, steun en aandacht welke in het werk zelf niet geboden kan worden. Ze hebben weinig zicht op de eisen die er vanuit de cliënten aan hen gesteld worden en welk beroep er op

hen gedaan wordt. Deze vrijwilligers zijn dan ook moeilijk bemiddelen.

Een tweede groep vrijwilligers zijn stagiaires vanuit opleidingen. Deze vaak jonge mensen blijven één jaar bij de cliënt, wat door veel ouders als prettig ervaren wordt. Het zijn jonge actieve mensen die veel met de kinderen ondernemen. Ze kunnen bij hen hun verhaal kwijt.

Deze stagiaires worden door de coördinator Praktische Thuishulp begeleid

De hulpvragen van cliënten zijn vaak tijdsintensief, eenzijdig en gericht op ontlasting van de situatie. Zo kun je naast oppassen denken aan het reizen met een cliënt.

Sociale integratie

Afhankelijk van de vrijwilliger vindt in meer of mindere mate sociale integratie plaats. Cliënten maken soms niet alleen gebruik van de vrijwilliger maar ook het sociale netwerk van de vrijwilliger. De vrijwilligers zelf vertellen in hun eigen sociale netwerk over hun werkzaamheden en geven informatie over mensen met een verstandelijke handicap en MEE. Bij stagiaires vanuit opleidingen gebeurt dit minder omdat zij zich richten op het ontwikkelen van hun professionele handelen.

Daarnaast zie je dat de vrijwilligers bij vragen van cliënten oplossingen zoeken die de integratie bevorderen. Ze gaan bij de vraag naar contact maken met de cliënten boodschappen doen in de gewone buurtwinkel, waar een praatje gemaakt wordt en denken niet direct aan speciale trainingen en groepen voor mensen met een verstandelijke handicap.

De vrijwilliger ontmoet en ondersteunt de cliënt. Ze zijn de maatjes van de cliënt.

De coördinator van Praktische Thuishulp stelt bij vragen om ondersteuning niet de vraag of men binnen het eigen persoonlijk sociale netwerk gezocht heeft naar mensen die zouden kunnen worden ingezet als vrijwilliger.

De coördinator mag deze vraag niet stellen omdat vanuit het management van MEE gesteld wordt dat familieleden niet als vrijwilliger kunnen worden ingezet; dat zou onder mantelzorg vallen.

De vraag is of deze stellingname gehandhaafd kan blijven. Soms is het wenselijk, bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van zorg op maat, om het inzetten van leden van het sociale netwerk van cliënten te formaliseren. Dat is mogelijk door ze vrijwilliger te maken van MEE.

Ouders geven aan dat ze het soms lastig vinden om leden uit hun persoonlijke sociale netwerk te vragen. Ze willen hun netwerkleden niet te veel belasten of in een andere rol plaatsen. Dat maakt dat ze de vraag bij de afdeling Praktische Thuishulp neerleggen, zodat ze een beroep doen op iemand die onafhankelijk van het gezin staat. Toch zou je hierbij ook de vraag kunnen stellen of ouders geen handvatten geboden moet wor-

2. Maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap

den om de vraag naar ondersteuning uit het persoonlijke sociale netwerk juist te kunnen stellen. Het voordeel van ondersteuning door netwerkleden is dat het vertrouwd is, dat men enige afstand tot de situatie heeft en dat de continuïteit beter gewaarborgd kan zijn. Het is in ieder geval zaak dat ouders de mogelijkheid zouden moeten hebben om te kunnen kiezen tussen een vrijwilliger uit het eigen persoonlijk sociale netwerk of een vrijwilliger geworven via MEE.

Ook andere hulpverleningsinstellingen, waar gewerkt wordt met vrijwilligers werken steeds meer toe naar het vergroten en versterken van het eigen sociale netwerk van de hulpvragers.

MEE Gelderse Poort zal zich hier ook op moeten gaan bezinnen in het bijzonder vanuit de vraag hoe deze benadering zich verhoudt met het inzetten van beroepskrachten ter ondersteuning van de thuissituatie.

Bij MEE Gelderse Poort is een samenwerkingsverband met de thuiszorg en andere instellingen om thuisondersteuning te geven door beroepskrachten. Het is natuurlijk zo dat er cliëntsituaties zijn en blijven waar geen sociaal netwerk aanwezig is of waar geen ondersteunende bronnen binnen het persoonlijk sociale netwerk aanwezig zijn en waar de inzet van professionele thuiszorg zeer waardevol is.

Toch zou ook daar steeds de afweging gemaakt kunnen worden of er gekeken is naar het inzetten van het eigen persoonlijk sociale netwerk van cliënten. Tevens zou versterken of vergroten van het persoonlijk sociale netwerk één van de doelstellingen van de professionele ondersteuning kunnen zijn. De professionele thuiszorg als betaalde bruggenbouwer.

Vrije Tijd en Vorming

De afdeling Vrije Tijd en Vorming geeft advies en informatie aan cliënten, ouders, scholen, instanties en hulpverleners over vrijetijdsbesteding en vorming. Ze nemen initiatieven tot het opzetten van nieuwe projecten, ze initiëren nieuwe activiteiten en geven deskundigheidsbevordering aan vrijwilligers die met de cliënten werken.

Er wordt veel samengewerkt met vertegenwoordigers van instellingen en gemeenten. Een goed functionerend netwerk is daarom van groot belang.

Bij de afdeling Vrije Tijd en Vorming is men voornamelijk bezig met organisatorische integratie van cliënten. Men streeft er naar om een groepje cliënten te laten integreren bij een sportclub, vereniging of buurthuis. Ze kiezen nadrukkelijk voor groepsgewijze integratie omdat dit voor de cliënt veiligheid schept. Het is hun ervaring dat de cliënt de steun van de andere gelijke deelnemers nodig heeft. Met elkaar nemen ze ook deel aan de verschillende activiteiten vanuit de club, buurthuis of vereniging.

Men realiseert zich dat men zich mogelijk ook meer zou moeten gaan richten op individuele integratie maar het slagen daarvan is voornamelijk afhankelijk

van de sociale vaardigheden van cliënten en de activiteit die men wenst. Daarnaast speelt het sociale netwerk van de cliënt of de club/vereniging ook een grote rol. Kent de cliënt mensen bij een club of vereniging of zijn daar personen die de cliënt voldoende kunnen ondersteunen.

In de situaties waarin dat tot nu toe gelukt is zie je dat de cliënt een uitzonderingspositie binnen een club of vereniging krijgt en de vraag is dan of er wel degelijk sprake is van integratie? De groepjes cliënten die nu als G'ers deelnemen aan een club of vereniging vormen ook een eigen geheel maar betalen bijvoorbeeld wel een normaal lidmaatschap om zoveel mogelijk een zelfde positie als alle andere leden van een club of vereniging te krijgen.

De beeldvorming over mensen met een verstandelijke handicap wordt meestal niet ervaren als een obstakel voor sociale integratie.

Vanuit de afdeling Vrije tijd en vorming is in 1997 een onderzoek gedaan naar vrijetijdsbesteding bij de cliënten van de afdeling Begeleid Zelfstandig Wonen van MEE Gelderse Poort (Havekamp, 1998).

Er zijn 208 cliënten Begeleid Zelfstandig Wonen benaderd voor dit onderzoek en er kwam een respons van 52% zodat 105 cliënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Het onderzoek is opgedeeld in vijf categorieën namelijk: uitgaan, vakantie, sporten, leren en andere mensen ontmoeten.

Bij de categorie uitgaan zag je dat 62% van alle respondenten wel eens uitgaat. Van de 38% die nog niet uitgaat wil 80% wel uitgaan. Verklaringen waarom men niet gaat terwijl de wens er wel is, liggen op het gebied van het gemis aan sociale vaardigheden waardoor men zich onzeker voelt. Het gemis aan kennis over gelegenheden waar men naar toe kan gaan, hoe men daar naar toe kan gaan en met wie. Daarnaast gaven veel respondenten aan dat ze vooral bang waren om de eerste stap te zetten.

De categorie vakantie liet zien dat 65% van alle respondenten iets doet tijdens de vakantie en dat van de 35% die nog niets doet 100% wel iets zou willen doen. De reden waarom men toch niet op vakantie gaat ligt met name aan het gebrek aan vrienden en vriendinnen om samen mee op vakantie te gaan. Ook hier wordt een gemis aan informatie ervaren en ontbreken vaak de financiële mogelijkheden om op vakantie te kunnen gaan.

Bij de categorie sport valt op dat 29% van alle respondenten aan sport doet en dat van de overige respondenten de helft aan sport zou willen gaan doen. De verklaring voor het niet sporten is dat de cliënten aangaven dat ze het eng vonden om te gaan sporten.

De categorie leren toont dat 29% van alle respondenten een cursus volgt en dat van de overige respondenten tweederde dat wel zou willen gaan doen. Cliënten geven aan dat ze denken dat cursussen te moeilijk voor hen zijn en tevens speelt angst weer een belangrijke rol om niet deel te nemen.

Bij de categorie andere mensen ontmoeten blijkt dat

66% van alle respondenten andere mensen ontmoet in hun vrije tijd en dat de overige respondenten die niemand ontmoet allen dat wel zouden willen. Veel respondenten vonden contact maken met andere mensen de moeilijkste taak die er is. Het is de overtuiging van de onderzoeker Marcel Haverkamp dat er vaak sprake is van eenzaamheidsproblematiek.

De aanbevelingen die gedaan zijn vanuit dit onderzoek zijn: aandacht geven aan het verstrekken van informatie en advies over vrijetijdsbesteding van cliënten, het stimuleren van cliënten om hun angsten te overwinnen, het mogelijk creëren van een vrijetijdcoach voor cliënten van MEE en het vergroten van het sociale netwerk van cliënten om de eenzaamheidsproblematiek tegen te kunnen gaan.

Vanuit deze aanbevelingen is er binnen MEE Gelderse Poort een werkgroep aan de slag gegaan bestaande uit Renske Steffen, Monique Gehring en Miranda van Teeffelen, met de opdracht een methode te ontwikkelen welke gebruikt kan worden om mensen te begeleiden bij het verkrijgen van vrijetijdsbesteding. Zij hebben een werkboek 'STAP voor STAP naar vrije tijd' (2000) gemaakt waarin drie vragen centraal staan:

1. Zijn de wensen en knelpunten van de cliënt bekend?
2. Is er iemand uit het sociale netwerk die iets voor de cliënt kan betekenen?
3. Gaat de cliënt verder met de gekozen activiteit?

Deze drie vragen zijn uitgewerkt in acht op elkaar volgende stappen.

De methode is toegepast in een pilotgroep van negen cliënten. Zes van de negen cliënten zijn begonnen met een activiteit in hun vrije tijd en na 6 weken waren ze allen daar allemaal nog steeds mee bezig.

Opvallend is dat binnen deze methode na het inventariseren van de wensen van de cliënt direct gekeken wordt naar het sociale netwerk. De methode STAP voor STAP naar vrije tijd sluit uitstekend aan op de opties in het project sociale netwerkbenadering.

Vanuit de informatie van de werkgroep is er een nieuw projectplan gemaakt door de afdeling Vrije Tijd en Vorming, wat gericht is op het belang om zinvolle vrijetijdsbesteding te blijven benadrukken binnen MEE Gelderse Poort. De stelling is dat een zinvolle vrijetijdsbesteding de noodzaak tot andere vormen van hulp-aanbod kan voorkomen. Een zinvolle vrijetijdsbesteding betekent dat de cliënt nieuwe vaardigheden aanleert, zijn sociale vaardigheden vergroot, de mobiliteit van cliënten toeneemt en de eenzaamheidsproblematiek vermindert.

Arbeidsconsulenten

Bij de afdeling arbeidsintegratie krijgen (oud) VSO/(Z)MLK schoolverlaters hulp bij het vinden van werk. De consulent arbeid heeft 3 taken namelijk:

1. Hij geeft advies en informatie aan ouders, jongeren, werkgevers, instellingen e.d.

2. Hij onderhoudt contacten met anderen om zo een goed ontwikkeld netwerk van scholen en instellingen te hebben.

3. Hij zet trajecten uit voor het realiseren van een passend dienstverband waarbij ook de nazorg gedurende het dienstverband binnen het traject valt.

In sommige gevallen kan het inwerken in het bedrijf gedaan worden door een werkbegeleider (jobcoach). Dit loopt, daar waar het gaat over de MLK-groep, via MEE. Bij de ZMLK-groep wordt de jobcoaching overgedragen aan andere instellingen met wie nauw samen-gewerkt wordt.

Daarnaast kan de consulent om advies worden gevraagd over bijvoorbeeld voorzieningen, procedures en loonkosten subsidies.

Er wordt vanuit de afdeling arbeidsintegratie voornamelijk gewerkt met jongeren van 16 jaar en ouder. De afdeling is opgesplitst in een arbeidsconsulent gericht op MLK-cliënten en een arbeidsconsulent voor ZMLK-cliënten.

Deze opsplitsing heeft diverse redenen gehad, maar een van de belangrijkste is, naast het verschil in arbeidsmogelijkheden, de benodigde begeleiding om te komen tot een arbeidsplaats.

Daarnaast is er geld vrijgemaakt om juist bij MEE een aanjaagfunctie te creëren voor trajectbegeleiding naar betaalde arbeid voor de ZMLK-groep, waarin samenwerking met de scholen en dagcentra centraal staat. De samenwerking met de andere instellingen maakt dat er of betaalde arbeid of een andere passende vervolgvoorziening gezocht wordt na de schoolse periode.

Bij de ZMLK-groep is het vanzelfsprekend dat er systeemgericht gewerkt wordt en dat zowel het gezinssysteem als de school betrokken wordt bij het onderzoeken van de arbeidsmogelijkheden. Dit onderzoek vindt plaats via een sterkte – zwakte analyse.

Er zijn wekelijkse contacten met de ZMLK-school, waar de informatie van school over leerlingen verkregen wordt. Daarna gaat men altijd, voor een intake, op huisbezoek om kennis te maken en informatie te verzamelen over de wijze van communiceren, de beeldvorming en de omgang tussen de jongere en zijn ouders te zien.

De arbeidsconsulent benadrukt het belang van invoegen in het systeem, waardoor het mogelijk is om veel informatie te verzamelen over de mogelijkheden van de cliënt en draagvlak gecreëerd wordt voor de arbeidsplek die gezocht gaat worden. Vaak levert het ook gesprekken op over de acceptatie van de handicap van de jongere.

Na het opstellen van een loopbaanplan, in samenwerking met het persoonlijke sociale netwerk van de jongere, wordt er een werkplek gezocht.

Bij het zoeken naar een arbeidsplek wordt er gebruik gemaakt van het eigen persoonlijk sociale netwerk van de cliënt en zijn ouders. Er wordt altijd gevraagd of ouders een werkplek kennen. Vervolgens wordt er wel duidelijk afgesproken wie welke verantwoordelijkheid

2. Maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap

den hebben als er een werkplek via ouders verkregen wordt. Er wordt benoemd dat het gevaar bestaat dat ouders de jongere dan gaan begeleiden op de werkplek. Het is echter mijns inziens de vraag of dit als een gevaar gezien moet worden? De arbeidsconsulent benadrukt dat het alleen gevaar oplevert in die situaties waarin de ouders nog erg veel moeite hebben met, en een onvolledig beeld hebben van, de handicap van de jongere.

Bij de MLK-groep is de vanzelfsprekendheid om systeemgericht te werken en het persoonlijke sociale netwerk in te schakelen er niet. Daar wordt uitgegaan van het feit dat de jongeren die op zoek zijn naar arbeidsmogelijkheden vaak in een losmakingproces zitten. Om de jongere serieus te nemen, een goed gevoel van eigenwaarde te geven en voor de belangen van de jongeren op te komen wordt er juist gekozen om alleen met de jongeren te spreken. Zo maakt de consulent duidelijk de autonomie van de jongere voorop te stellen en in te willen gaan op zijn eigen arbeidswensen.

Er wordt veel gewerkt met jongeren die naast hun lichte verstandelijke handicap tevens gedrags- of andere problemen hebben. Deze informatie wordt verkregen via de MLK-scholen en door de consulent verder in kaart gebracht middels de sterkte/zwakte analyse. Deze analyse wordt voorgelegd aan de jongere en zijn ouders en wordt een loopbaanplan opgesteld. Vervolgens zoekt de arbeidsconsulent de werkplek en matcht de vraag van de cliënt met de mogelijkheden in het werkveld.

Er wordt geen gebruik gemaakt van het persoonlijk sociale netwerk van de jongere en zijn ouders bij het zoeken naar een werkplek. De werkplekken zijn vaak makkelijk te vinden dus de noodzaak om dat te doen is er niet.

Al gaande het gesprek is het de arbeidsconsulent voor de MLK-groep duidelijk geworden dat hij het persoonlijke sociale netwerk van cliënten sneller zou kunnen inschakelen tijdens het proces van hulpverlening en dat hij de steunende elementen van het eigen persoonlijk sociale netwerk van cliënten ongebruikt liet liggen.

Het persoonlijk sociale netwerk van de cliënt wordt wel altijd ingeschakeld als de consulent vastloopt in het proces.

De arbeidsconsulent voor de ZMLK-groep organiseert bij vastlopen een systeemgesprek waarin zowel de cliënt, zijn ouders als de school aanwezig zijn. Zij ziet haar consulentfunctie soms als verbindende factor bij verschillen van mening tussen school en ouders.

Steunpunt Consulenten Lichamelijk Gehandicapten

De nieuwe functie consulent Lichamelijk Gehandicapten bij MEE is een doorverwijsfunctie. Bij de consulenten Lichamelijk Gehandicapten kunnen

cliënten terecht voor informatie en advies. De consulenten treden op als dienstverleners voor cliënten en bieden kortdurende hulpverlening. Het begrip kortdurend kan echter ruim opgepakt worden omdat procedures soms erg lang duren.

Er zijn dan een beperkt aantal contacten met de cliënt binnen een lange periode. Binnen de regio Tiel en Nijmegen is het op dit moment mogelijk om via een Persoonsgebonden Budget begeleiding in te kopen en dat levert veel hulpvragen op.

De consulenten Lichamelijk Gehandicapten bieden op dit moment dienstverlening aan een brede doelgroep waaronder veel ouderen. Een bijzondere doelgroep zijn de mensen met een verworven hersenletsel waar extra aandacht voor is.

Voor de consulenten Lichamelijk Gehandicapten is het vanzelfsprekend om bij hulpvragen direct netwerkleden uit het persoonlijke sociale netwerk te betrekken met name uit de sector verwanten, namelijk de eigen partner en eventuele kinderen. Vaak zoeken cliënten ondersteuning ter ontlasting van de eigen partner.

Wat opvalt binnen de doelgroep lichamelijke gehandicapten is dat zij vaak een volle agenda hebben van de contacten met specialisten, artsen en gemeentelijke instanties. Zij zijn vaak erg afhankelijk van hulpverleners en de bureaucratische procedures. Daarnaast ziet zij, dat het niet vanzelfsprekend is, dat er contact gezocht wordt met lotgenoten. Zij willen niet de ellende van de ander erbij hebben. Belangenorganisaties richten zich vaak tegen de bureaucratie van de wet- en regelgeving. Daar hebben cliënten profijt van. De samenwerking met de belangenorganisaties is van groot belang al ligt het accent niet op het ondersteunen van elkaar.

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat het zoeken van contact met lotgenoten, daar waar het mensen die meervoudige gehandicapt betreft, wel gericht is op het ondersteunen van elkaar en het delen van ervaringen met elkaar.

Ook bij de groep mensen met een niet - aangeboren hersenletsel is contact met lotgenoten gericht op uitwisselen van ervaringen en ondersteunen van elkaar. Deze doelgroep heeft het zoeken van contacten met anderen vaak als hulpvraag. Bij hen zijn na het ongeluk relaties met vrienden verwaterd of verloren gegaan. Zij doen een groot beroep op netwerkleden uit de sector verwanten, de familie. De communicatie is door cognitieve problemen e.d. vaak moeizaam zodat er door communicatiestoringen ook vele contacten verloren gaan. Eenzaamheidsproblematiek is bij mensen met een niet - aangeboren hersenletsel dan ook een veelvoorkomend probleem.

Binnen de gehele doelgroep lichamelijk gehandicapten zie je dat familie vaak (te) veel belast wordt met de zorg voor de cliënt. Het betrekken van mensen uit de sector vriendschappelijke betrekkingen, vrienden, bekenden, burens en collega's bij de zorg voor de cliënt zou dan mogelijkheden kunnen bieden. Het is echter de ervaring van de consulenten Lichamelijk

Gehandicapten dat alle energie van cliënten op gaat aan contact met de familie, hulpverleners en procedures. Het ontbreekt aan vriendschappelijke betrekkingen en daarmee verschaalt niet alleen de mogelijkheid tot hulpbronnen uit die sector maar verschaalt ook de kwaliteit van leven van mensen met een lichamelijke handicap. Daarnaast verkeren ze vaak in een omgeving met een lage sociaal economische conditie en is hun afhankelijkheidspositie ten opzichte van anderen groot. De consulenten Lichamelijk Gehandicapten signaleren de behoefte van mensen met een lichamelijke handicap om contacten met anderen op te willen bouwen om de kwaliteit van hun leven te vergroten.

Er is een tendens waar te nemen dat cliënten steeds vaker netwerkleden in dienst nemen via een Persoonsgebonden Budget. De formalisering van de zorg die verleent wordt door netwerkleden maakt dat de positie ten opzichte van elkaar duidelijker wordt en verandert. Dat kan zeer positief zijn.

De ervaring is dat netwerkleden het eerst erg moeilijk vinden om zichzelf te laten betalen maar uiteindelijk wordt de verduidelijking van posities en taken positief ervaren en lucht het op.

De functie van consulent Lichamelijk Gehandicapten is nog volop in ontwikkeling. Men denkt na over het kaderen van de brede doelgroep. Men zoekt samenwerking met andere organisaties.

Tevens zoekt men mogelijkheden om de sociale diagnose bij hulpvragen goed te kunnen stellen. Gedacht kan worden aan de sociale netwerkbenadering waarbij de sociale diagnose gesteld kan worden middels de Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse (MSNA). Het inzetten van de sociale diagnostiek MSNA waarbij in samenhang met de hulpvraag het persoonlijke sociale netwerk in kaart gebracht wordt biedt de mogelijkheid om niet alleen de sector verwanten maar ook de sector vriendschappelijke betrekkingen en de sector maatschappelijke diensten in kaart te brengen. Zo wordt onderzocht waar het persoonlijk sociale netwerk ingezet zou kunnen worden ter ondersteuning van de cliënt en waar versterking van het sociale netwerk nodig zou moeten zijn. Zeker bij de groep mensen met een niet-aangeboren hersenletsel denkt men veel baad te hebben bij het inzetten van de sociale netwerkbenadering.

Steunpunt Consulenten Verstandelijk Gehandicapten.

De consulenten Verstandelijk Gehandicapten hebben als taken; informatie, consultatie en advies, het verzorgen van de intake en daar waar nodig kortdurende hulpverlening te bieden aan mensen met een verstandelijke handicap. De consulenten Verstandelijk Gehandicapten zijn de eerste contactpersonen die cliënten hebben als zij binnen komen om een hulpvraag te stellen.

Bij een aanmelding van een nieuwe cliënt is het voor

de consulenten Verstandelijk Gehandicapten een vanzelfsprekendheid dat een cliënt van 15/16 jaar en ouder zelf bij het eerste gesprek aanwezig is. Bij deze (jong) volwassenen is het van belang om na te gaan of men gemotiveerd is voor hulpverlening aangezien MEE vrijwillige hulpverlening aanbiedt.

Bij de aanmelding is er soms wel vooroverleg met ouders of andere hulpverleners of vindt er een gesprek plaats waarbij de cliënt deels aanwezig is. Dit alles op maat van de cliëntsituatie omdat voor de medewerkers van het steunpunt een ding voorop staat namelijk men werkt vraaggericht en de cliënt staat centraal.

Als de cliënt aangeeft dat hij of zij iemand mee willen brengen wordt dit door de consulenten Verstandelijk Gehandicapten gestimuleerd. Er zijn ook cliëntsituaties waarin de cliënt door de consulent Verstandelijk Gehandicapten geadviseerd wordt om iemand uit het persoonlijke sociale netwerk mee te nemen bij de eerste gesprekken.

De intake bestaat uit hulpvraagverduidelijking (de levensgeschiedenis en de hulpverleningsgeschiedenis als ook de hulpvragen).

Deze intake behelst normaliter maximaal 3 gesprekken waarin tevens voor die vragen waar een indicatie voor nodig is deze wordt aangevraagd door de consulent Verstandelijk Gehandicapten.

Deze handelwijze wordt door de consulenten Verstandelijk Gehandicapten als klantvriendelijk ervaren maar is mede ingegeven door het feit dat er in de teams Jeugd en Volwassenen binnen MEE Gelderse Poort een wachttijd is om hulp en ondersteuning te krijgen van een zorgconsulent.

Men heeft zich afgevraagd of de keuze om een uitgebreide hulpvraagverduidelijking (een sociale diagnose) ingegeven is om de wachttijd te verkorten of vanuit de visie van de consulenten Verstandelijk Gehandicapten van het regiokantoor Nijmegen. De consulenten Verstandelijk Gehandicapten uit Nijmegen hebben vastgesteld dat het hun visie is om klantvriendelijk, laag drempelig, kort, snel en daadkrachtig te willen handelen daar waar mogelijk is.

Er zijn rondom de te verzamelen informatie voor het stellen van de sociale diagnose geen afspraken gemaakt. Toch wordt wel dezelfde informatie verzameld en verwerkt in de sociale rapportage.

Om eenduidigheid te krijgen zou gekeken kunnen worden naar een afstemming over de te verzamelen gegevens.

Op dit moment wordt er een rapportagecursus gegeven ten behoeve van het aanvragen van indicaties, die mogelijk een afstemming kan geven. Er zou ook gekeken kunnen worden waar samenwerking en afstemming met het project Sociale Netwerkbenadering gevonden kan worden.

Tevens zou de sociale diagnostiek MSNA als werkwijze bij het stellen van de sociale diagnose gehanteerd kunnen worden, zoals dat ook gebeurt binnen de

2. Maatschappelijk inpassing van mensen met een verstandelijke handicap

teams Jeugd en Volwassenen daar waar uitgebreide hulpvraagverduidelijking aangeboden wordt bij complexe, specifieke en relationele hulpvragen. Deze hulpvragen worden door de consultants Verstandelijk Gehandicapten vanuit het steunpunt altijd doorverwezen naar de teams Jeugd of Volwassenen.

Het betrekken van het sociale netwerk bij de gestelde hulpvragen is geen vanzelfsprekendheid. Bij hulpvragen waar een persoonsgebonden budget voor aangevraagd wordt zijn vragen naar het inzetten van natuurlijke hulpbronnen uit het persoonlijke sociale netwerk wel vanzelfsprekend.

Cliënten worden dan gewezen op de mogelijkheid om mensen uit hun netwerk te kunnen betalen voor hun ondersteuning vanuit het PGB. Bij een persoonsvolgend budget (PVB) waarbij instellingen het geld krijgen en vervolgens een hulpaanbod leveren worden deze adviezen niet gegeven. Cliënten worden wel in de voorlichting over een PGB en PVB gewezen op dit verschil.

De ervaring van de consultants Verstandelijk Gehandicapten is dat cliënten met netwerkleden van een hoger niveau meer steunende contacten hebben welke met behulp van een PGB ingezet kunnen worden.

2.4 Samenvatting

De visie van waaruit tegenwoordig beleid gemaakt wordt voor mensen met een handicap is het ondersteuningsmodel, wat als inhoud heeft het bieden van ondersteuning aan mensen met een handicap met als doel het bevorderen van de kwaliteit van het bestaan.

Het begint met de overtuiging, voortkomend uit de empowerment-gedachte, dat mensen – dus ook mensen met een beperking – kunnen waarmaken wat ze willen. Mensen moeten kunnen kiezen voor hun eigen manier van leven. Hoe en met wie ze willen wonen, aan welke activiteiten ze deelnemen en wat voor werk ze doen. Tenslotte moeten ze waardevolle contacten uit hun persoonlijke sociale netwerk kunnen behouden en nieuwe contacten kunnen ontwikkelen zoals ieder ander. Een steunend sociaal netwerk maakt het voor mensen met een handicap mogelijk om te kunnen kiezen om meer deel uit te blijven maken van de maatschappij.

Als mensen met een handicap of hun ouders kiezen voor een geïntegreerd leven binnen hun eigen stad of dorp, waarbij gebruik gemaakt wordt van ondersteuning door het eigen sociale netwerk, dan moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Er zal niet alleen sprake moeten zijn van fysieke intergratie maar ook van sociale integratie en dat wil zeggen geaccepteerd worden als gelijkwaardig persoon en gerespecteerd worden als partner in diverse situaties.

Om dat te bereiken heb je niet alleen iets van de mensen met een handicap en hun persoonlijke sociale net-

werk nodig maar ook van de samenleving en van de professionals. De professional zal naast geloven in bovenstaande uitgangspunten zich moeten gaan opstellen als coördinator van het sociale netwerk i.p.v. vervanging van het sociale netwerk.

Het belang van een sterk persoonlijk sociaal netwerk is duidelijk maar hoe werk je dan aan het bevorderen, vergroten of versterken van het persoonlijke sociale netwerk? Hoe kom je toe aan de reorganisatie of het herstel van de wisselwerking van de persoon met zijn omgeving gericht op maatschappelijke inpassing? Hoe werk je in en met een persoonlijk sociaal netwerk naar sociaal geïntegreerd functioneren?

In de literatuur vind je vanuit het ondersteuningmodel enkele strategieën terug die aansluiten op het gedachtegoed van de sociale netwerkbenadering waarvan er binnen MEE Gelderse Poort al enige in de praktijk zijn gebracht. Hiervan zijn voorbeelden gegeven.

In het algemeen komt het erop neer dat de inhoudelijk richting van het gangbare ondersteuningsmodel in MEE Gelderse Poort aansluit bij het gedachtegoed van de sociale netwerkbenadering. Het verschil zit vooral in de praktische uitvoering.

Uit de weergegeven inventariserende beschrijving komt naar voren dat het algemeen belang van het persoonlijk sociale netwerk van de cliënt in wezen vertaald wordt in beperkte strategieën die worden toegevoegd aan de eigen gangbare werkwijzen, niet zelden op deelterreinen van de maatschappelijke inpassing. Aan de praktische uitvoering ontbreekt het gegeven dat het persoonlijk sociaal netwerk, ofwel het geheel van mensen en betrekkingen op wie iemand rechtstreeks en duurzaam is aangewezen, zelf het organiserend beginsel is voor methodisch werken.

In algemene zin kan gezegd worden dat de visie van MEE Gelderse Poort passend is en dat er in de verschillende afdeling in meer of mindere mate al gewerkt wordt samen met het sociale netwerk van de cliënt. Alle afdelingen gaven aan hiervoor meer aandacht te willen hebben.

Met het starten van het project sociale netwerkbenadering geeft MEE duidelijk richting aan deze wens en geeft MEE aan dat zij staat voor het bevorderen van de kwaliteit van het bestaan van mensen met een handicap. Een kwaliteit van het bestaan die betekent dat zij kunnen kiezen voor hun eigen manier van leven. Zodat ze ervoor kunnen kiezen om met ondersteuning vanuit hun persoonlijke sociale netwerk deel uit kunnen blijven maken van de maatschappij.

Hiermee geeft MEE Gelderse Poort ook richting aan de ontwikkeling van MEE Nieuwe Stijl. Ook daarbij staat centraal het versterken van cliënten zodat zij hun eigen keuzes kunnen maken en deel uit kunnen maken van de samenleving. Met MEE Nieuwe Stijl wil de overheid de positie van cliënten versterken door meer keuzevrijheid en vraaggestuurde zorg.

MEE Nieuwe Stijl kiest voor de positie naast de cliënt

waarbij maatschappelijke intergratie hoog in het vaandel staat. Het uitgangspunt daarbij is vraaggestuurd en clientgericht werken. Daarmee bedoelen ze dat de vragen van cliënten centraal staan en dat het hen gaat om de kwaliteit van de ondersteuning en dienstverlening. MEE wil daarmee aanzetten geven voor verbetering en vernieuwing.

MEE Gelderse Poort geeft vorm aan deze verbetering en vernieuwing door de implementatie van de sociale netwerkbenadering. Dat betekent dat MEE Gelderse Poort kiest voor integrale zorg i.p.v. gefragmenteerde zorg. Men kiest voor een werkwijze die over de hokjes, de verschillende disciplines/functies heen gaat. Men kiest voor een methode die overdraagbaar is en daarmee wordt continuïteit in de ondersteuning van de individuele cliënt gewaarborgd. Daarnaast kiest men voor een methode die samen met de cliënt en diens beschikbare persoonlijke sociale netwerk allereerst een hulpvraagverduidelijking c.q. sociale diagnose stelt. De sociale diagnostiek MSNA is de eerste interventie in de sociale netwerkbenadering, een methode van maatschappelijk werken voor het opgang brengen, stimuleren en regisseren van een proces van sociale netwerkopbouw gericht op maatschappelijke inpassing op maat van de cliënt. Vervolgens kan er samen met de cliënt en belangrijke netwerkleden een plan van aanpak opgesteld, uitgevoerd, geconsolideerd en geëvalueerd worden. Deze werkwijze van de sociale netwerkbenadering binnen MEE zal ik in hoofdstuk 3 verder uitwerken.

3. Sociale netwerkproject van de MEE Gelderse Poort

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de sociale netwerkbenadering, c.q. de sociale diagnose conform de MSNA, binnen MEE Gelderse Poort wordt geïmplementeerd door middel van het project sociale netwerkbenadering.

Daarnaast wordt beschreven hoe het verkennend onderzoek over de sociale profielen van cliënten van MEE is opgezet.

3.1 Inleiding

In het voorafgaande hoofdstuk is weergegeven welke centrale rol begrippen als emancipatie, normalisatie en integratie spelen in de huidige visie op de zorgtaken van MEE. Het komt er op neer dat MEE de bevordering en herstel van sociale integratie ofwel maatschappelijke inpassing van mensen met een verstandelijke handicap als een centrale doelstelling en zorgtaak beschouwt. Het voorafgaande hoofdstuk laat vervolgens ook zien dat in de visie van MEE de zorg voor maatschappelijke inpassing direct in verband wordt gebracht met een noodzakelijke aandacht voor de beschikbaarheid en kwaliteit van het eigen sociale milieu, ofwel het persoonlijke sociale netwerk van de client. Het streven naar zorg voor een zo optimaal mogelijke maatschappelijke inpassing in samenhang met de aanwezigheid van een kwalitatief goed persoonlijk sociaal netwerk op maat van de betrokken client impliceert tevens een groeiende behoefte aan een instrumentarium dat nauwkeurige informatie geeft over de kwaliteit van een persoonlijk sociaal netwerk en de mate van maatschappelijke inpassing van cliënten. Het gaat aldus om de noodzaak voor een werkwijze die inzicht geeft in het persoonlijk sociaal netwerk van de client, die laat zien waar de hulpbronnen zitten in het persoonlijk sociaal netwerk en die duidelijk maakt waar het persoonlijke sociale netwerk onvoldoende ondersteuning kan bieden en aldus ondersteunende formele zorg nodig heeft. In het inleidende hoofdstuk is tenslotte aangegeven dat er in MEE Gelderse Poort van uit gegaan wordt dat met de Sociale Netwerk Benadering, zoals ontwikkeld door de afdeling Sociale Psychiatrie van de Universiteit Maastricht, (Baars, Uffing, Dekkers, 1990; Baars, Bolwijn, 1996) doeltreffend tegemoet gekomen kan worden in deze behoefte aan een methodisch werken die aansluit op de vernieuwende visie over beleid en zorgtaken van MEE, (Vereijken, 2002).

3.2 De Sociale Netwerk Benadering

De sociale netwerk benadering is een methode van hulpverlening die specifiek gericht is op de verbetering of het herstel van de maatschappelijke inpassing van mensen, dan wel op het tegengaan van sociaal isolement en maatschappelijke marginalisering. Bij

deze werkwijze van maatschappelijk werken wordt er vanuit gegaan dat de moeilijkheden die mensen voorleggen aan hulpverleners, zoals aan medewerkers van MEE, problemen van maatschappelijke inpassing zijn in samenhang met een persoonlijk sociaal netwerk dat niet in staat is de gerezen problemen het hoofd te bieden.

Hoewel er in de hulpverlening gewoonlijk over sociale netwerken gesproken wordt, het gaat bij deze werkwijze over een persoonlijk sociaal netwerk, te omschrijven als 'al die mensen, groeperingen en sociale instituties – te concretiseren in personen – met wie iemand rechtstreeks min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van zijn dagelijkse levensbehoeften' (Speck, Attneave, 1973; Erikson 1984; Baars 1994). Het is de kwaliteit van de organisatie van een persoonlijk sociaal netwerk, het geheel van mensen en betrekkingen waarop iemand dagelijks is aangewezen, die weerspiegelt hoe het met diens maatschappelijke inpassing gesteld is. Wanneer de structuur van het persoonlijk sociale netwerk is aangetast – soms gebeurt dat acuut, soms is een verstoring langshepend aanwezig – dan komt de kwaliteit van de maatschappelijke inpassing onder druk te staan.

Aantasting van de maatschappelijke inpassing wordt in de organisatie van een persoonlijk sociaal netwerk onder meer zichtbaar in wijzigingen in de omvang en verschuivingen in de samenstelling van de omvang van mensen met wie iemand banden onderhoudt. Bijvoorbeeld: verlies van werkkring strekt zich niet zelden uit naar verlies van collega's die tot de netwerkkleden worden gerekend met wie vriendschappelijke betrekkingen bestaan. Met het verlies van een werkkring mist iemand bovendien een van de belangrijkste sociale reservoirs voor het vinden van nieuwe netwerkkleden.

Het verval in de structuur van een persoonlijk sociaal netwerk houdt het risico in dat de betrokken persoon meer en meer aangewezen raakt op zichzelf en tenslotte op professionele hulp. Het is aldus de structuur van het persoonlijk sociale netwerk, ofwel de organisatie van het geheel aan mensen en betrekkingen waarvan iemand dagelijks deel uitmaakt, die in de sociale netwerkbenadering uitgangspunt voor hulpverlenend handelen is.

In de Sociale Netwerk Benadering staat de structuur van mensen en betrekkingen centraal die de zone van het persoonlijke sociale netwerk omvat. Deze aanpak betekent dat op maat van de cliënt een reorganisatie van de structuur van het persoonlijke netwerk wordt bewerkstelligd. Het gaat om een versterking van de omvang, de gevarieerdheid en bereikbaarheid van netwerkleden als ook om herstel van de structuur van de betrekkingen met de netwerkleden.

De benodigde interventies in en met het persoonlijke sociale netwerk bestaan uit de volgende stappen:

- De diagnostiek van de structuur van een persoonlijk sociaal netwerk met behulp van de MSNA, de hulpvraagverduidelijking, waarmee inzicht verkregen wordt over in welke mate er sprake is van maatschappelijke inpassing en hoe er omgebogen kan worden naar sociaal geïntegreerd functioneren.
- De interpretatie van de uitkomsten verkregen met de MSNA, waardoor inzicht wordt verkregen in de deficiënties alsook in de hulpbronnen die in de structuur van een persoonlijk sociaal netwerk aanwezig zijn. De interpretatie mondt uit in een gefaseerd uit te voeren handelingsplan zoals dat bij MEE gebruikelijk is na de hulpvraagverduidelijking.
- De uitvoering van de interventies in en met het persoonlijke sociale netwerk.
- De evaluatie m.b.t. de voortgang van de uitvoering en de bereikte resultaten, eveneens met behulp van de MSNA.

De opbouw van een structureel vitaal persoonlijk sociaal netwerk mondt vervolgens uit in verbetering van de vervulling van de functies in het persoonlijke sociale netwerk voor de cliënt

3.2.1 De sociale diagnostiek conform de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse

Een analyse van de structuur van het persoonlijke sociale netwerk conform de MSNA gebeurt op basis van een semi-gestructureerd interview. Het gaat om een systematisch opgebouwd gesprek dat met de cliënt gevoerd wordt aan de hand van netwerkkaarten.

De MSNA is een gevalideerde methode voor sociale diagnostiek. Met de MSNA wordt de kwaliteit van de maatschappelijke inpassing doorgelicht en beschreven aan de hand van zogeheten structuurkenmerken van een persoonlijk sociaal netwerk waarvan de cliënt deel uitmaakt.

In het kort weergegeven bestaat de structuur van een persoonlijk sociaal netwerk uit de volgende kenmerken:

- A. De 'Focale persoon' ofwel de cliënt en zijn kenmerken van 'gevarieerdheid' (de sociaal demografische kenmerken ofwel de status- en positierollen) en van 'bereikbaarheid' (woonplaats, c.q. wijk en sociaal economische conditie van de woonomgeving).

- B. De beschikbare netwerkleden, in termen van omvang en samenstelling van de omvang, van gevarieerdheid en bereikbaarheid. De omvang is samengesteld uit een sector verwanten en een sector vriendschappelijke betrekkingen (tezamen de informele netwerkleden), en uit de sector maatschappelijke diensten (de formele netwerkleden). Ieder sector is opgebouwd uit clusters netwerkleden.

- C. De kenmerken van de betrekkingen tussen de focale persoon en de netwerkleden in termen van frequentie (hoeveelheid contacten), initiatief (de vraag of initiatief tot contact wordt opgenomen), duur (sinds wanneer er sprake is van een betrekking), basis (de vraag naar de context waarin de betrekking ontstaan is) en gewicht.

De beschrijving van de gewichten hebben betrekking op:

- Affectie, de mate waarin de cliënt zich veilig voelt of het netwerklid kan vertrouwen.
- Aansluiting, de mate van gezamenlijke interesses en verwachtingen.
- Stabiliteit, de mate van voorkeur in contacten met het netwerklid.
- Materieel, de mate waarop men kan rekenen op advies en materiele hulp.

De sociale diagnose laat de kwaliteit van maatschappelijke inpassing zien door middel van de vaste informatie – de structuur van het persoonlijk sociale netwerk – en de vrije informatie - inzicht in het proces van sociale diagnostiek en de cliëntgebonden elementen voor sociaal vervangend functioneren. Het geheel aan informatie kan op groepsniveau inzicht geven over de patronen en structuren van de persoonlijke sociale netwerken van cliëntengroepen.

De resultaten van de sociale diagnostiek van de MSNA geeft daarmee inzicht in de kwaliteit van het sociale profiel en structuur van het persoonlijk sociaal netwerk.

In de volgende figuur wordt deze opbouw van een sociaal profiel modelmatig weergegeven.

Figuur 3.1. Model van een sociaal profiel.

Focale persoon	
Vaste informatie MSNA	Vrije informatie MSNA
Gevarieerdheid <ul style="list-style-type: none"> • statusrollen • positierollen 	Actuele Status
Bereikbaarheid <ul style="list-style-type: none"> • woonplaats • conditie woonomgeving 	Belastende factoren

3. Sociale netwerkproject van MEE Gelderse Poort

Zoals weer gegeven is een sociaal profiel opgebouwd uit de volgende elementen van vaste en vrije informatie in de sociale diagnostiek MSNA.

- Het element **gevarieerdheid** omtrent de focale persoon, ofwel de statusrollen geslacht en leeftijd en de positierollen; burgerlijke staat, opleiding, arbeid- en woonsituatie.
- Het element **bereikbaarheid** omtrent de focale persoon, ofwel de woonplaats, waarbij aangegeven wordt of de woonplaats een stedelijke dan wel een rurale agglomeratie is. Daarnaast wordt de sociaal economische conditie van de woonomgeving weergegeven, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen een hoge, gemiddelde en lage conditie.
- Het element **actuele status** van de focale persoon, bestaande uit de volgende facetten:
 - de hulpvraag,
 - de betrokken netwerkleden,
 - de verwijzer,
 - andere betrokken hulpverleners,
 - de hulpverleningsgeschiedenis,
 - andere problemen,
 - de mate van inzicht en acceptatie van het probleem,
 - de samenhang met middelengebruik.
- Het element **belastende factoren** behelst:
 - sociale stressoren,
 - mentale belemmeringen,
 - fysieke belemmeringen.

Een sociaal profiel geeft aldus informatie over de kwetsbaarheid van de focale persoon in de wisselwerking met het persoonlijke sociale netwerk en informatie over de mogelijkheden voor maatschappelijke inpassing.

3.3 Het project sociale netwerkbenadering MEE Gelderse Poort.

Het project sociale netwerkbenadering bestaat uit de implementatie van de methode sociale netwerkbenadering binnen MEE Gelderse Poort.

Het project bestaat uit verschillende fasen namelijk:

- De voorfase: verkennend onderzoek.
- De pilotfase: waarin de methode getoetst wordt binnen MEE.
- De afronding: vervolg onderzoek naar de profielen van cliënten van MEE en training van medewerkers van MEE.

Het verkennend onderzoek bestaat uit dossieronderzoek waarbij nagegaan wordt hoe beperkt of volledig de gebruikelijke werkwijze van MEE is als je hem vergelijkt met de informatie en de criteria zoals deze gesteld worden vanuit de MSNA. De informatie uit het dossieronderzoek wordt vergeleken met de informatie

verkregen door de afname van de MSNA bij cliënten van MEE. Tevens wordt de methode sociale netwerkbenadering geplaatst binnen het kader van de zorg voor mensen met een handicap met specifieke aandacht voor MEE.

Na het verkennend onderzoek zal er gestart worden met een pilotfase. In de pilotfase van het project sociale netwerkbenadering worden er 5 zorgconsulenten welke afkomstig zijn uit drie kantoren van MEE Gelderse Poort getraind in de methode MSNA. Deze 5 zorgconsulenten vormen samen met de projectleider het team Sociale Netwerk Interventies (SNI) van MEE Gelders Poort.

Binnen het team SNI zal de sociale diagnostiek volgens methode MSNA worden toegepast bij cliënten van MEE. De ervaringen met de methode zullen worden uitgewisseld binnen het team SNI MEE, waarbij gekeken zal worden of er aanpassingen binnen de methode noodzakelijk zijn om deze toepasbaar te maken voor hulpverleners en cliënten van MEE Gelderse Poort.

Tevens vindt er vanuit de sociale diagnostiek MSNA verder onderzoek plaats, op groepsniveau, naar de sociale profielen en de structuur van de persoonlijke sociale netwerken van cliënten van MEE Gelderse Poort.

In de afrondingsfase zal er vervolgonderzoek plaats vinden waarin op groepsniveau gekeken wordt naar de sociale profielen van cliënten van MEE. Tevens zullen medewerkers van MEE getraind worden in de methode MSNA.

3.3.1 Werkwijze pilotstudie.

1. Vraagstelling

In dit verkennend onderzoek van het project sociale netwerkbenadering zijn de volgende vragen gesteld:

- A. Welke informatie geeft de sociale diagnostiek MSNA over de sociale profielen van cliënten d.w.z. hoe zien de sociaal geografische en demografische kenmerken eruit, wat is het probleem waarmee de client zich aanmeldt conform de sociale diagnose van de MSNA en welke kenmerken van kwetsbaarheid zijn van invloed op het sociaal functioneren van de client.
- B. Welke informatie geeft de sociale diagnostiek MSNA over de structuur van de persoonlijke sociale netwerken van cliënten d.w.z. wat is de omvang van het persoonlijk sociale netwerk, hoe is de samenstelling, hoe is de aansluiting daar waar het gaat over de status- en positierollen van de leden van het informele netwerk en wat is de bereikbaarheid van leden uit het persoonlijke sociale netwerk.

2. Afbakening onderzoeksgegevens

Deze twee vragen zijn onderzocht bij cliënten van MEE Gelderse Poort waarbij gekozen is voor cliënten in de leeftijd van 15 jaar en ouder. Deze keuze is gemaakt naar aanleiding van het feit dat er in het vooronderzoek geen cliënten beschikbaar waren jonger dan 15 jaar. Daarnaast zal er bij cliënten jonger dan 15 jaar een onderzoek gedaan moeten worden bij hun ouders en het bleek dat rechtstreeks met de client tot een sociale diagnose te komen de meest logische stap was.

Tevens is ervoor gekozen om de cliëntengroep te scheiden in twee doelgroepen namelijk de ZMLK-groep en de MLK-groep. De keuze voor deze scheiding is gemaakt omdat de hypothese is dat er voor cliënten uit de ZMLK-groep andere strategieën voor hulpverlening gebruikt zullen worden dan voor de MLK-groep.

MEE Gelderse Poort heeft binnen zijn werkgebied 3 kantoren namelijk het hoofdkantoor te Arnhem, een regiokantoor te Nijmegen en een regiokantoor te Tiel. MEE Gelderse Poort heeft een cliëntenbestand bestaande uit 1876 actieve Cliënten verdeeld over de drie kantoren:

- Arnhem: 610 cliënten
- Nijmegen: 825 cliënten
- Tiel: 441 cliënten

Van alle actieve cliënten van MEE Gelderse Poort zijn 215 cliënten (11.5%) geregistreerd als behorende tot de ZMLK-groep en 443 (23.6%) cliënten geregistreerd als behorende tot de MLK-groep. Verdeeld over de drie regiobureaus geeft dat het beeld zoals weergegeven in figuur 3.2.

Figuur 3.2. Geregistreerde cliënten verdeeld per regiokantoor en groep.

	ZMLK-groep		MLK-groep	
Arnhem	45	(21%)	109	(25%)
Nijmegen	106	(49%)	232	(52%)
Tiel	64	(30%)	102	(23%)
MEEGP totaal	215	(100%)	443	(100%)

Van het totaal aantal cliënten zijn er 1147 cliënten (61%) ouder dan 15 jaar.

Van alle actieve cliënten ouder dan 15 jaar zijn er 122 cliënten (10.6%) geregistreerd als behorende tot de ZMLK-groep en 329 cliënten (28.7%) geregistreerd tot de MLK-groep. Per regiobureau geeft dat het beeld zoals weergegeven in figuur 3.3.

Figuur 3.3. Geregistreerde cliënten boven de 15 jaar verdeeld per regiokantoor en groep.

	ZMLK-groep		MLK-groep	
Arnhem:	26	(21%)	83	(25%)
Nijmegen:	66	(54%)	169	(51%)
Tiel:	30	(25%)	77	(24%)
MEE GP Totaal:	122	(100%)	329	(100%)

MEE Gelderse Poort maakt gebruik van een cliëntregistratiesysteem SPData. Hierin worden de cliëntgegevens weergegeven zoals de hulpvraag en het hulpverleningsverleden van een cliënt.

Vanuit SPData is er d.d. juni 2001 een overzicht gemaakt van het aantal cliënten ouder dan 15 jaar en ingeschreven in de regio Tiel, die geregistreerd staan op Zeer Moeilijk Lerend Kind (ZMLK)- en Moeilijk Lerend Kind (MLK)-niveau.

Het aantal is 70 waarvan 15 cliënten op ZMLK-niveau (21%) en 55 cliënten op MLK-niveau (79%).

Deze verhouding laat zien dat met name de MLK groep een groot beroep doet op de ambulante dienst- en hulpverlening van MEE.

Voor het onderzoek heb ik de groep cliënten verdeeld in de leeftijdscategorieën van 15 tot en met 35 jaar (15-25 en 26-35 jaar) en 36 jaar en ouder (36-45 en 46 jaar en ouder).

Van de 15 cliënten op ZMLK-niveau behoren er 10 tot de leeftijdscategorie 15 tot en met 35 jaar (67%) en 5 cliënten zijn 36 jaar en ouder (33%).

Van de 55 cliënten op MLK-niveau behoren er 35 tot de leeftijdscategorie 15 tot en met 35 jaar (64%) en 20 cliënten zijn 36 jaar en ouder (36%).

Deze verhoudingen laten zien dat cliënten in de leeftijdscategorie 15 tot 35 jaar de grootste cliëntgroep binnen MEE is waarbij procentueel weinig verschil te zien is tussen de ZMLK- en MLK-niveau.

Verdeeld over de deelgebieden geeft dit het beeld zoals te zien is in figuur 3.4.

Figuur 3.4. Verdeling cliënten naar leeftijd en niveau-groep.

	ZMLK		MLK		Totaal
	man	vrouw	man	vrouw	
Leeftijd	n	n	n	n	N
15-25	2	1	2	0	5
26-35	2	0	3	0	5
36-45	3	0	1	1	5
46 en ouder	2	0	1	2	5
Totaal	9	1	7	3	20

3. Verzameling gegevens

Van iedere cliëntgroep (1- cliënten van ZMLK-niveau vallend binnen de leeftijdscategorie 15 tot en met 35 jaar, 2- cliënten van ZMLK-niveau vallend in de leeftijdscategorie 36 jaar en ouder, 3- cliënten van MLK-niveau vallend in de leeftijdscategorie 15 tot en met 35 jaar en 4- cliënten op MLK-niveau vallend in de leeftijd 36 jaar en ouder) heb ik 5 dossiers onderzocht welke ik met behulp van casuïstiekbeschrijving verder zal uitwerken. Daarmee wordt de informatie over de sociale profielen van cliënten van MEE verkregen met de huidige werkwijze inzichtelijk gemaakt.

Daarnaast zal ik de resultaten weergeven van de informatie verkregen uit de afname van de MSNA bij 7 cliënten van de afdeling Psycho Sociale Hulpverlening (PSH) van MEE Gelderse Poort.

Deze afdeling biedt hulpverlening aan mensen met een verstandelijke handicap op het gebied van onder andere:

- Relaties;
- Acceptatie van de handicap;
- Omgang en verwerking van ervaringen met seksueel misbruik;
- Rouwverwerking;
- Gedragsproblemen;
- Sociale vaardigheden en weerbaarheid.

De 7 cliënten waarbij de MSNA is afgenomen zijn allen volwassen en functioneren op een MLK-niveau, de grootste cliëntgroep binnen MEE.

Van de 7 cliënten vallen er 4 cliënten in de leeftijdsgroep 15 tot en met 35 jaar en 3 cliënten zijn 36 jaar of ouder.

Verdeeld over de deelgebieden geeft dit het beeld zoals te zien is in figuur 3.5.

Figuur 3.5. Verdeling cliënten, waarbij de MSNA is afgenomen, naar leeftijd en niveau-groep

	MLK		
	man	vrouw	Totaal
Leeftijd	n	n	N
15-25	0	0	0
26-35	1	3	4
36-45	0	1	1
46 en ouder	1	1	2
Totaal	2	5	7

In mijn caseload van de afdeling PSH waren ten tijde van het afnemen van de MSNA's 21 cliënten actief. Toch heb ik maar bij 7 cliënten de MSNA kunnen afnemen. De reden hiervoor is dat cliënten van de afdeling PSH doorverwezen worden voor specifieke problemen

en mijns inziens past het afnemen van een MSNA niet bij alle cliëntsituaties.

Maar wanneer zet je het diagnostisch instrument dan wel in?

In de 7 casussen is om diverse redenen de MSNA afgenomen namelijk:

1. De MSNA werd ingezet om duidelijk te maken aan de cliënt dat ze voor hulp en ondersteuning nog steeds afhankelijk is van de familie van haar ex-partner.
2. In deze casus is de MSNA ingezet om samen met de vrouw inzicht te krijgen in alle relaties om haar heen en de steunende contacten eruit te halen zodat de vrouw een betere keuze kon maken hoe ze verder wilde gaan.
3. De MSNA werd aan het eind van een hulpverleningstraject ingezet waarin de vrouw zelfstandig verder gaat en nog geen strategie heeft hoe ze dat zou moeten doen.
4. In deze casus is de MSNA ingezet om een inventarisatie te maken van de netwerkleden en de steunende bronnen daarin. De man was erg eenzaam en sloot zich soms letterlijk af van de buitenwereld.
5. Ook in deze casus was het inzetten van de MSNA gekoppeld aan inzicht krijgen in de relaties met anderen. De steunende bronnen ontdekken en om duidelijk te kunnen zien welke netwerkleden niet helpend waren.
6. De MSNA werd ingezet om te onderzoeken of er in het sociale netwerk van de man voldoende steunende netwerkleden waren die voor hem de moeite waard waren om zijn leven weer op te pakken.
7. In deze casus is de MSNA als diagnostisch meet instrument ingezet met de bedoeling de maatschappelijke inpassing jaarlijks te meten om te bekijken of de kans op recidive verkleind. De vraag is of de cliënt meer inmenging van anderen in haar leven toe laat.

Om een beter beeld te krijgen van de afname van de MSNA zal ik de cliëntsituaties weergeven in de vorm van casuïstiekbeschrijvingen.

Verwerking en verslaglegging

De verkregen informatie zal ik verwerken door verslaglegging van deze intensieve casestudie op een beschrijvende manier.

Ik zal de sociale profielen van een casus beschrijven door eerst de vaste informatie (gevarieerdheid en bereikbaarheid) en daarna de vrije informatie (actuele status en belastende factoren) te beschrijven.

Bij de casussen waarbij de MSNA is afgenomen zal ik daarna de vaste informatie verkregen via de MSNA weergeven.

Bij iedere casus zal ik ter afsluiting, cursief de gevolgsstrategie en uitkomst beschrijven.

Na de beschrijving van een casus uit iedere cliëntgroep zal ik een samenvatting geven van de verzamelde gegevens over alle casussen.

Afsluiting

In hoofdstuk 4 zal ik de resultaten van de sociale profielen van de 4 groepen uit de dossierstudie weergeven. Vervolgens geef ik in hoofdstuk 5 de resultaten van de sociale profielen vanuit de afname van de MSNA weer.

4. Resultaten Pilotstudie Sociale Profielen

In dit hoofdstuk worden de sociale profielen van de vier groepen uit dossierstudie van MEE Gelderse Poort regiobureau Tiel weergegeven. De vier groepen zijn:

1. cliënten op ZMLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar,
2. cliënten op ZMLK-niveau van 36 jaar en ouder,
3. cliënten op MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar
4. cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende beschrijving waarbij de beschikbare informatie uit de dossiers getoetst wordt aan de criteria die vanuit de sociale diagnostiek MSNA aan een sociaal profiel worden gesteld.

4.1. Inleiding

Ter herinnering: een sociaal profiel van cliënten bestaat uit vaste informatie sociale diagnostiek MSNA over de gevarieerdheid (status- en positierollen) en bereikbaarheid (woonplaats en conditie van de woon-omgeving), en vrije informatie over de actuele status en belastende factoren.

Een sociaal profiel geeft informatie over de kwetsbaarheid van de focale persoon in wisselwerking met het persoonlijke sociale netwerk, ofwel met de mensen, groeperingen en sociale instituties waarop hij voor zijn zorgvragen is aangewezen.

Tevens geeft het sociale profiel informatie over de mogelijkheden voor maatschappelijke inpassing.

Vooraf aan de weergave van de bevindingen op groepsniveau wordt bij iedere groep cliënten een voorbeeld-casus gegeven die kenmerkend is voor de betreffende onderzochte groep cliënten.

4.2 Sociale profielen van cliënten op ZMLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Voorbeeld - Casus:

Vaste informatie:

Een man in de leeftijd van 26 tot 35 jaar. Hij is ongehuwd en woont bij zijn ouders. Hij heeft speciaal onderwijs gevolgd en werkt op de sociale werkplaats. Hij woont in een dorp; er is geen informatie over de sociaal economische conditie van zijn omgeving.

Vrije informatie:

De hulpvraag wordt gesteld door zijn moeder en zus, beide netwerkleden uit de sector verwanten, en wordt omschreven als; verwerking van het verlies van zijn vader, ondersteuning bij zijn PGB aanvraag en oriëntatie voor plaatsing in een 24uurs voorziening.

Ook zijn zus formuleert een hulpvraag namelijk; ondersteuning rondom PGB omdat zij haar broer daarbij hulp aanbiedt.

Zijn moeder vraagt om hulp omdat zij de zorg voor haar zoon niet meer aankan.

Naast de administratieve hulp van zijn zus wordt de man ook geholpen door zijn moeder en zijn burens, als netwerkleden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen, bij zijn ADL (Algemeen Dagelijks Levensbehoeften). Ook een tante, als netwerklid uit de sector verwanten, helpt mee door de man af en toe te vragen om te komen logeren.

In de geregistreeerde informatie is geen informatie te vinden over de verwijzer in deze cliëntsituatie.

Ook is niet geregistreed of er andere hulpverleners betrokken zijn bij de cliënt en zijn netwerk. Er worden naast het niet meer aankunnen van de zorg door de netwerkleden, geen andere problemen beschreven dan die vernoemd staan bij de hulpvragen van moeder en zus.

In deze casus staat duidelijk beschreven hoe moeder tegenover de hulpverlening staat en staat slechts tussen de regels door hoe de cliënt zelf de hulp ervaart.

De cliënt zelf is op de hoogte van alle hulpvragen en ook al heeft hij er moeite mee, hij begrijpt dat straks iemand anders hem zal gaan verzorgen.

In de geregistreeerde informatie is geen informatie te vinden over middelengebruik van de man. Over de oorzaak van zijn matig verstandelijke en lichamelijke handicap staat beschreven dat de man bij zijn geboorte een zuurstoftekort heeft gehad waardoor er een lichte hersenbeschadiging is opgetreden.

Over de fysieke conditie wordt gemeld dat de man licht spastisch is waardoor er ondersteuning nodig is voor zijn ADL.

Gevolgde strategie en uitkomst:

De dienstverlening van MEE heeft bestaan uit het aanvragen van een indicatie voor praktische ondersteuning bij de verzorging van de man, zodat hij met de begeleiding gegeven door zijn moeder en zus thuis kan blijven wonen.

De verwachting is dat er in de toekomst meer begeleiding nodig zal zijn, maar voor de huidige situatie is 10 uur praktische verzorging voldoende.

Bevindingen op groepsniveau:

Binnen de onderzochte groep ZMLK-cliënten in de leeftijd van 15 tot 35 jaar (N=5) zijn er vier mannen en één vrouw.

De vier mannen zijn ongehuwd en de vrouw is gehuwd. Er wonen drie cliënten in een stedelijke agglomeratie en twee in de regio.

Van vier cliënten is bekend dat ze verblijven in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Van de vijf cliënten werken er drie in WSW-verband, één cliënt is werkloos en één cliënt bezoekt het dagactiviteitencentrum (DAC).

De hulpvragen die gesteld worden zijn zeer divers. Alle vijf cliënten stellen een andere hulpvraag.

Van vier cliënten is bekend dat ze al eerder een hulpvraag aan MEE gesteld hebben.

Opvallend bij het dossieronderzoek van deze dossiers was het onderzoek naar de vraag hoe cliënten zelf hun hulpvragen ervaren. Twee cliënten beschreven dat zij zelf hun hulpvraag gesteld hebben, één cliënt stelt de hulpvraag niet zelf maar heeft wel een duidelijk beeld van wat hij wil. Bij de andere twee cliënten stellen ouders de hulpvraag waarbij bij één cliënt de persoon wel op de hoogte is maar er niet beschreven staat wat hij/zij zelf wil en bij de cliënt uit de voorbeeldcasus staat duidelijk beschreven wat zijn moeder wil maar wat de cliënt zelf wil staat alleen tussen de regels door vermeld.

Allen hebben een matige verstandelijke handicap. Van twee cliënten is de oorzaak van de handicap bekend namelijk een zuurstofgebrek bij de geboorte.

Bij drie cliënten worden extra belemmeringen beschreven in de vorm van Fysieke handicaps.

Als sociale stressoren wordt bij één cliënt spanningen in haar persoonlijke leven genoemd, bij één ander wordt de scheiding van ouders genoemd en bij twee cliënten staat beschreven dat ouders de zorg voor de cliënt niet meer aan kunnen.

4.3 Sociale profielen van cliënten op ZMLK-niveau van 36 jaar en ouder.

Voorbeeld - Casus:

Vaste informatie:

Een man in de leeftijd van 46 jaar en ouder. Hij is ongehuwd. Hij woont bij zijn moeder in een klein dorp in de regio en er is geen informatie beschikbaar over de sociaal economische conditie van zijn omgeving. Hij bezoekt een dagactiviteitencentrum.

Vrije informatie:

De hulpvraag luidt bemiddeling bij plaatsing in

een 24 uur voorziening, bemiddeling bij huishulp en bemiddeling bij vakantieopvang.

De hoogbejaarde moeder kan de zorg voor haar zoon niet aan maar wil hem bij zich houden.

De familie heeft besloten de situatie zo te laten en te wachten tot de moeder de plaatsing wel wil. Al de betrokken netwerkleden zijn afkomstig uit de sector verwanten.

Naast de medewerkers van het dagactiviteitencentrum zijn er gaan andere hulpverleners betrokken bij deze cliënt.

De man heeft al acht jaar eerder vergelijkbare hulpvragen gesteld aan MEE namelijk bemiddeling bij 24 uur plaatsing en huishulp en daarvoor vijf jaar de vraag naar vakantieopvang.

Er is in de geregistreerde informatie geen informatie beschikbaar over hoe de man zelf tegen de situatie aan kijkt en wat hij wil.

De oorzaak van de matig verstandelijke handicap van de man is onbekend. Ook worden er geen fysieke problemen bij de man zelf genoemd die invloed hebben op de hulpvraag.

Wel wordt de gezondheidstoestand van de moeder beschreven waarbij hartklachten en een verslechterende gezondheid de oorzaak zijn van het hernieuwd stellen van de hulpvraag.

Gevolgte strategie en uitkomst:

De dienstverlening van MEE heeft ertoe geleid dat de man nu geplaatst is in een 24uurs voorziening.

Bevindingen op groepsniveau:

De onderzochte groep ZMLK-cliënten van 36 jaar en ouder (N=5) zijn allen mannen.

Ze zijn allen ongehuwd en vier cliënten wonen bij ouders of familie en een cliënt woont alleen.

Van de vijf cliënten wonen er vier in de regio en één in een stedelijke agglomeratie.

De sociale economische conditie van hun woonomgeving is bij twee cliënten laag en bij drie cliënten is deze onbekend.

Er werken twee cliënten in WSW-verband en de andere drie bezoeken het DAC.

De hulpvragen die gesteld worden zijn voor drie cliënten het zoeken naar een woonplek in een 24 uur voorziening, één cliënt vraagt begeleiding bij het zelfstandig wonen en één cliënt vraagt ondersteuning in de thuissituatie.

Van drie cliënten is bekend dat ze al eerder hulp gevraagd hebben aan MEE.

Ook bij deze cliëntgroep valt op dat de vraag hoe cliënten zelf hun hulpvraag ervaren bij twee cliënten het antwoord is dat het onbekend is wat de cliënt er

zelf van vindt. In bijna alle gevallen (N=4), zoals ook in de voorbeeldcasus, ouders de hulpvragen en geven ouders duidelijk aan de zorg voor hun zoon niet meer aan te kunnen. Bij twee cliënten wordt de hulpvraag ook door ouders gesteld maar is de cliënt wel op de hoogte. Zij geven beiden zelf aan hoe ze willen gaan wonen, ze spreken voorwaarden uit. Er is één cliënt die zelf de hulpvraag stelt.

Bij alle cliënten worden naast hun mentale handicap extra belemmeringen in de maatschappelijke inpassing benoemd.

Bij één cliënt worden fysieke handicaps genoemd namelijk motorische problemen bij praten en lopen alsook eczeemklachten.

Bij één cliënt wordt een bipolaire stemmingstoornis genoemd.

De sociale stressoren zijn aanwezig bij alle vijf cliënten. Bij drie cliënten wordt de fysieke conditie van ouders genoemd als sociale stressor omdat zij niet meer voor de cliënten kunnen zorgen. Bij één cliënt is zijn moeder overleden en bij de laatste cliënt wordt beschreven dat hij een vroegkinderlijke internaatsverleden heeft zodat hij niet meer in een groep wil wonen.

4.4 Sociale profielen van cliënten op MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Voorbeeld - Casus:

Vaste informatie:

Een man in de leeftijd van 15 tot 25 jaar. Hij is ongehuwd. Hij woont bij zijn ouders in een klein dorp waarbij hij verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Hij bezoekt de MLK-school.

Vrije informatie:

De hulpvraag wordt gesteld door ouders. Het is een vraag naar bemiddeling voor een 24uurs voorziening in de vorm van een orthopedagogische setting.

Naast zijn ouders is ook zijn broer betrokken bij de hulpvraag; alle betrokken netwerkleden zijn afkomstig uit de sector verwanten.

De man wordt naar MEE verwezen door de maatschappelijk werkster van de school.

Ouders hebben al vijf jaar eerder hulp gevraagd bij MEE namelijk informatieverstrekking en opvoedingsondersteuning in de vorm van Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding.

Vier jaar geleden heeft er een bemiddeling plaats gevonden naar het hulpaanbod van Psycho Sociale Hulpverlening waarbij de hulpvraag gericht was op problemen met betrekking tot het accepteren van de handicap door de man.

Een belangrijke gebeurtenis in het leven van de man is het vaststellen van borstkanker bij zijn

moeder. Zij kan als dragende figuur in het gezin de zorg voor hem en zijn broer niet meer aan. Zijn vader is een man die moeilijk lerend is waardoor hij zijn vrouw onvoldoende kan steunen en de zorgtaken van haar onvoldoende kan overnemen. De broer van de man heeft de ziekte van Recklinghausen en is autistisch. Hij verblijft in een orthopedagogisch instituut. Deze omstandigheden zijn mede oorzaak van de geformuleerde hulpvraag.

Er wordt in de geregistreerde informatie niet vermeld wat de vragen van de man zelf zijn en hoe hij het ervaart om hulp te krijgen.

Ook wordt er in de geregistreerde informatie niets beschreven over de vraag of het probleem van de man samenhangt met middelengebruik.

De man heeft na bemiddeling van MEE een half jaar in een pleeggezin gewoond. Kort na de huidige aanmelding gaan de ouders scheiden en stellen zij bij MEE de hulpvraag om bemiddelen de gesprekken waarbij het doel is te onderzoeken of ouders nog bij elkaar kunnen blijven.

Bij mentale problemen wordt zijn lichte verstandelijke handicap genoemd (TIQ 75) en dat er spraken is van gedragskenmerken die wijzen richting ADHD. Over de fysieke conditie van de man wordt in de geregistreerde informatie niets vermeld.

Gevolgte strategie en uitkomst:

De dienstverlening van MEE heeft eruit bestaan dat er een indicatieaanvraag voor 24uurs verblijf in een orthopedagogische setting is aangevraagd.

Bevindingen op groepsniveau:

Van de vijf cliënten binnen de onderzochte groep MLK-clieënten in de leeftijd van 15 tot 35 jaar (N=5) zijn er drie vrouwen en twee mannen.

Er wonen twee cliënten samen en drie zijn er ongehuwd waarvan er twee nog bij ouders wonen en een cliënt woont alleen. Van de vijf cliënten wonen er vier in de regio en één in een stedelijke agglomeratie.

Van drie van de vijf cliënten is bekend dat zij verblijven in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Van de twee andere cliënten werkt er één cliënt in WSW-verband waardoor er verwacht mag worden dat deze persoon ook in een omgeving verblijft met een lage sociaal economische conditie.

Van de vijf cliënten werken er drie in WSW-verband en twee bezoeken de MLK-school.

De hulpvragen van de vijf cliënten kunnen verdeeld worden in twee groepen namelijk;

Drie cliënten die begeleiding bij het zelfstandig wonen zoeken waarbij twee cliënten ook als hulpvraag omgaan met relaties stelt,

Twee cliënten die vragen om ontlasting van de thuissituatie de een in de vorm van ondersteuning van de thuissituatie en in de voorbeeldcasus wordt gevraagd om een 24 uur plaatsing in een orthopedagogische setting.

Op de vraag hoe cliënten zelf hun hulpvraag ervaren kan gezegd worden dat drie cliënten zelf hulp gevraagd hebben en hulp willen accepteren, al geeft de cliënte aan slechts een minimum aan hulp te willen accepteren. Bij de andere twee cliënten hebben ouders de hulp gevraagd en daarvan is bij één cliënt duidelijk dat hij op de hoogte is van de hulpvraag en zelf ook graag hulp wil. Bij de andere cliënt is het onduidelijk wat de cliënt zelf wil. Daar wordt alleen de verminderde inzet van zijn persoonlijke sociale netwerk genoemd als oorzaak voor de gestelde hulpvraag.

Bij alle cliënten wordt naast hun lichte verstandelijke handicap, extra belemmeringen in de maatschappelijke inpassing benoemd. Bij vier cliënten worden fysieke handicaps genoemd waarbij één cliënt genoemd wordt die een beperkte wijze van communiceren heeft en sociale situaties slecht kan inschatten. Een ander cliënt is makkelijk te beïnvloeden. Er is één cliënt met ADHD en er is één cliënt met het syndroom van Williams Beuren.

Bij vier cliënten worden sociale stressoren genoemd zoals: het overlijden van vader, een ziekte van moeder en een broer die in een instituut verblijft, een moeder die de praktische ondersteuning niet meer kan bieden en een partner die een delict gepleegd heeft en problematische familierelaties.

4.5 Sociale profielen van cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder.

Voorbeeld - Casus:

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 46 jaar en ouder. Ze woont samen met haar vriend. Ze woont in een klein dorp en verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Ze heeft speciaal onderwijs gevolgd en is arbeidsongeschikt verklaard.

Vrije informatie:

Mevrouw heeft in een beschermde woonvorm gewoond waarna ze is gaan samenwonen met haar partner. Beiden hebben een verstandelijke handicap wat maakt dat zij begeleiding bij het wonen nodig hebben. Van partner is ook bekend dat hij nogal eens agressief naar zijn omgeving reageert.

De hulpvraag luidt: begeleiding bij het zelfstandig wonen en materiele dienstverlening welke deels tot stand gekomen is doordat schuldeisers eisen dat het paar onder bewind gesteld dient te wor-

den. Ook de huisbaas is dwingend in het motiveren van het paar om hulp te accepteren.

De betrokken netwerkleden in deze cliëntsituatie zijn afkomstig uit de sector verwanten, haar partner, en uit de sector maatschappelijke diensten, huisbaas en andere schuldeisers.

Mevrouw wordt naar MEE verwezen door de begeleiders van de beschermde woonvorm.

Mevrouw heeft hulp in de vorm van een woonbegeleiding vanuit MEE. Naast de woonbegeleiding is een zorgconsulent regelmatig actief geweest i.v.m. materiële problemen en relatieproblemen.

Er worden naast de genoemde problemen in de hulpvraag geen andere bijkomende problemen genoemd in de geregistreerde informatie.

Het aanbod tot hulp wordt door cliënt en haar partner als positief ervaren. Cliënte en haar partner hebben moeite met het accepteren van hun onvermogen en willen alles graag zelf en normaal blijven doen.

In de geregistreerde informatie is geen informatie te vinden over eventueel middelengebruik van de vrouw.

Cliënte is één jaar opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. In de geregistreerde informatie zijn geen gegevens te vinden die iets zeggen over haar fysieke conditie.

Gevolgte strategie en uitkomst:

De dienstverlening van MEE heeft bestaan uit aanvragen van woonbegeleiding, materiële dienstverlening en begeleiding bij relatieproblemen.

Er is gezocht naar passende arbeid voor mevrouw. Er is een indicatie aangevraagd voor dagbesteding in de vorm van vrijwilligerswerk. Tevens wordt mevrouw ondersteund door een vrijwilligster van de afdeling praktische thuis-hulp.

Ze maakt zodoende gebruik van diverse hulpverleningsvormen van MEE om samen met haar partner zo zelfstandig mogelijk te kunnen blijven wonen.

Bevindingen op groepsniveau:

De onderzochte groep MLK-clieñten van 36 jaar en ouder (N=5) bestaat uit drie vrouwen en twee mannen. Er zijn drie cliënten ongehuwd waarvan er twee cliënten alleen wonen en één cliënt bij zijn ouders. Van de andere twee cliënten woont er één cliënt samen en de andere cliënt is twee maal gehuwd geweest maar is nu gescheiden en leeft samen met haar twee zonen.

Van de vijf cliënten wonen er vier cliënten in de regio

en één cliënt in een stedelijke agglomeratie.

Van vier cliënten is bekend dat ze verblijven in een woonomgeving met een lage sociaal economische conditie.

Er werken twee cliënten in WSW-verband en één cliënt doet vrijwilligerswerk. De andere twee cliënten zijn huisvrouw.

De hulpvragen die gesteld worden betreffen bij alle vijf cliënten een hulpvraag naar begeleiding bij het zelfstandig wonen. Bij twee cliënten komen daar nog aanvullende vragen bij zoals relatieproblemen, een vraag om arbeidsbemiddeling en een vraag om psychosociale hulpverlening.

Twee van de vijf cliënten had al eerder een hulpvraag gesteld aan MEE.

Over de vraag hoe cliënten zelf hun hulpvraag ervaren kan gezegd worden dat alle cliënten zelf een hulpvraag geformuleerd hebben al was het bij één cliënt onder druk van de Reclassering. Van de vijf cliënten waren er twee gemotiveerd voor hulpverlening. Alle vijf de cliënten wilden de hulpverlening wel accepteren. Eén cliënt wilde echter alleen hulp op verschillende onderdelen accepteren, en de cliënte uit de voorbeeldcasus was positief over de hulpverlening maar vond het accepteren van de hulpverlening moeilijk.

Bij alle cliënten wordt naast hun lichte verstandelijke handicap, extra belemmeringen in de maatschappelijk inpassing benoemd. Bij twee cliënten worden fysieke handicaps benoemd namelijk:

1. Wisselende stemmingstoornissen en dyslexie,
2. Een alcoholprobleem, beperkte sociale vaardigheden en emotionele vermogens, een slechte regulatie van de agressieve en seksuele impulsen.

Bij alle vijf cliënten worden sociale stressoren genoemd zoals; de twee zonen die een extra belasting vormen, een partner met een lichte verstandelijke handicap, het overlijden van vader en moeder, het overlijden van een huisbaas waardoor cliënt ontregelde en in een crisisachtige situatie terecht kwam, een gepleegd delict waardoor de relatie verbroken is, forse schulden en een verplicht reclasseringscontact.

4.6 Samenvatting

In de voorafgaande paragrafen 4.2 tot en met 4.5 is bij vier onderscheiden groepen cliënten van MEE Gelderse Poort bij het regiobureau te Tiel de beschikbare informatie inzake hun sociale profielen weergegeven. In deze afsluitende paragraaf wordt een samenvatting gegeven, teneinde de volgende vragen te kunnen beantwoorden.

- Hoe zit het sociale profiel van de onderzochte cliënten eruit op basis van de beschikbare informatie?
- Hoe verhoudt het sociale profiel in de beschikbare informatie zich tot de eisen die vanuit de sociale diagnostiek MSNA aan de inhoud van een sociaal profiel worden gesteld.

Vaste informatie sociale diagnostiek MSNA

Bij de inventarisatie van de kenmerken van de gevarieerdheid (status- en positierollen) van de onderzochte cliënten is uitgegaan van de actuele toestand bij de (her-) aanmelding. Dit betekent dat de beschikbare biografische informatie over de opbouw van de positierollen, die belangrijk is bij de beoordeling van de structuur van het persoonlijk sociale netwerk, ofwel de beperkingen en mogelijkheden voor maatschappelijke inpassing in de zin van aansluiting bij de informele netwerkleden, in deze verkennende studie niet is meegenomen.

Statusrollen

Zoals eerder weergegeven en omschreven in figuur 3.4 bestaat de onderzochte groep cliënten in totaal uit dertien mannen (65%) en zeven vrouwen (35%).

In de ZMLK – cliëntengroep, negen mannen en één vrouw. In de MLK – cliëntengroep, zes vrouwen en vier mannen.

Vergeleken met het totaal aantal cliënten van (N=70) het regiobureau Tiel van MEE Gelderse poort waar het gaat om drieënveertig mannen (65%) en zevenentwintig vrouwen (39%) is er in het geheel genomen nagenoeg geen verschil met de verdeling mannen-vrouwen bij de onderzochte groep cliënten.

In de ZMLK – cliëntengroep gaat het in totaal om dertien mannen en twee vrouwen. In de MLK – cliëntengroep gaat het om dertig mannen en vijfentwintig vrouwen. Het komt erop neer dat de onderzochte groepen cliënten qua verdeling mannen- vrouwen een goede afspiegeling is van het geheel van de ZMLK- en MLK-clieñten bij het regiobureau Tiel.

Met uitzondering van de MLK-clieñten in de leeftijdscategorieën 36-45 jaar en 46 jaar en ouder, gaat het in de overige leeftijdscategorieën bij de onderzochte ZMLK- en MLK-clieñten nagenoeg alleen om mannen.

Positierollen

Figuur 4.1 Positierollen van onderzochte cliënten (N=20).

Leeftijd	15-25	26-35	36-45	46 >	Totaal
	n	n	n	n	N
Burgerlijke staat					
Ongehuwd	4	3	6	2	15
Gehuwd/Partner	0	3	0	1	4
Gescheiden	0	0	0	1	1
Weduwe	0	0	0	0	0
Onbekend	0	0	0	0	0
Woonsituatie					
Alleen	0	1	2	1	4
Met partner	0	3	0	1	4
Gezin	0	0	0	1	1
Ouders/Familie	4	2	4	1	11
Zorgsetting	0	0	0	0	0
Opleiding					
onderwijs ZMLK	2	3	4	1	10
onderwijs MLK	2	3	2	3	10
Lager onderwijs	0	0	0	0	0
Onbekend	0	0	0	0	0
Werksituatie					
Werkend	1	5	3	1	10
Zonder werk	0	1	0	0	1
Dagactiviteiten	1	0	3	1	5
Huishouden	0	0	0	1	1
School	2	0	0	0	2
WAO	0	0	0	1	1

Van de twintig cliënten zijn er vijftien ongehuwd (75%), vier gehuwd of samenwonend (20%) en één cliënt is gescheiden (5%).

Verdeeld over de ZMLK-cliëntengroep zijn negen cliënten ongehuwd en één cliënt gehuwd. En bij de MLK-groep zijn zes cliënten ongehuwd, drie gehuwd of samenwonend en één cliënt is gescheiden.

Van de vijftien ongehuwde wonen er vier cliënten alleen en elf cliënten bij hun ouders.

Van de twintig cliënten werken er tien in WSW-verband (vijf ZMLK en vijf MLK), vier cliënten bezoeken een DAC (4 ZMLK), twee cliënten bezoeken een school (MLK), twee cliënten zijn huisvrouw (MLK), één cliënt is werkloos (ZMLK) en één cliënt verricht vrijwilligerswerk (MLK).

Het beeld wat hieruit ontstaat is dat cliënten uit de ZMLK-groep cliënten meer moeite hebben met het aangaan van vaste relaties; bijna allen (N=9) zijn ongehuwd. In de MLK-groep vindt je meer diversiteit; drie cliënten zijn gehuwd en één cliënt is gehuwd geweest. De cliënten uit de ZMLK-groep wonen bijna allemaal bij ouders of familie (N=8), terwijl in de MLK-groep ook daar is meer diversiteit terug te vinden; vier cliënten

wonen bij ouders, vier wonen alleen en twee cliënten wonen samen.

Zowel binnen de ZMLK-groep als binnen de MLK-groep hebben bijna alle cliënten een gestructureerde vorm van daginvulling via werk, dagverblijf of school.

Bereikbaarheid en sociaal economische conditie van de woonomgeving

Van de twintig cliënten wonen er zes in een stedelijke agglomeratie (vier ZMLK- en twee MLK-clienten) en veertien in een rurale woonomgeving (zes ZMLK- en acht MLK-clienten).

Van 13 cliënten is bekend dat zij verblijven in een omgeving met een lage sociaal economische conditie (zes ZMLK- en zeven MLK-clienten). Van de overige zeven cliënten is onbekend wat de sociaal economische conditie van hun woonomgeving is.

Voor wat betreft bereikbaarheid en sociaal economische conditie van de woonomgeving zijn er tussen de MLK- en ZMLK-groep weinig verschillen op te merken. Over het algemeen wonen zowel cliënten uit de MLK-groep als de ZMLK-groep in de woonomgeving met een lage sociaal economische conditie.

Vrije informatie dossieronderzoek Actuele status

• Indexprobleem:
De hulpvragen van de cliëntgroep op ZMLK-niveau bestaat uit vier hulpvragen naar een 24 uur woonvoorziening, twee hulpvragen om woonbegeleiding, één hulpvraag naar een 8 uur dagbestedingvoorziening, één hulpvraag naar thuisondersteuning en twee verwerkingsvragen.

De hulpvragen van de cliëntgroep op MLK-niveau zijn acht hulpvragen gericht op begeleiding bij het zelfstandig wonen waarbij vier cliënten nog extra hulpvragen hebben gericht op relaties of psycho sociale hulp. De resterende twee hulpvragen zijn gericht op het ontlasten van de thuissituatie door het zoeken naar een 24uur opvang in een orthopedagogische setting en pedagogische ondersteuning in de thuissituatie.

Schematisch is dat weergegeven in figuur 4.2.

Figuur 4.2. Hulpvragen van onderzochte cliënten (N=20).

Indexprobleem	ZMLK	MLK	Totaal (N=20)
Woonbegeleiding	2	8	10
24 uur woonvoorziening	4	0	4
24 uur orthopedagogische setting	0	1	1
Dagbesteding (Pedagogische)	1	0	1
Thuisondersteuning	1	1	2
Verwerkingsvragen	2	0	2

In het totaal zijn er dus tien hulpvragen voor begeleiding bij het zelfstandig wonen wat een hulpaanbod is dat heel goed past binnen de visie van de ondersteunende zorg. Er zijn twee vragen voor thuisondersteuning die ook passen binnen de nieuwe zorgvisie. De twee vragen gericht op verwerking en één vraag gericht op dagbesteding zijn vragen naar een gericht hulpaanbod, waardoor het sociale netwerk ontlast en ondersteund kan worden.

Er zijn vijf cliënten die vragen naar een 24 uren voorziening wat een hulpaanbod is vanuit de totale zorg.

- **Betrokkenheid persoonlijk sociale netwerk bij het indexprobleem:**

Bij de meeste hulpvragen zijn het leden uit de sector verwanten die betrokken zijn bij het indexprobleem. In één cliëntsituatie is dat de reclassering uit de sector maatschappelijke diensten.

- **Herhaling van het indexprobleem:**

Er zijn twaalf cliënten die al eerder hulpvragen gesteld hadden aan MEE (zeven ZMLK- en vijf MLK-clieënten). In de andere acht cliëntsituaties is het onbekend of er eerder hulpvragen aan MEE gesteld zijn. Je kunt hier spreken van een lacune in de informatie in de dossiers.

- **Begeleidende en/of eerdere andere optredende problemen:**

Ook hierbij is sprake van een lacune in de informatie in de dossiers.

- **Onderkenning en acceptatie:**

Opvallend tijdens dit onderzoek was de mate waarin beschreven wordt hoe de cliënten zelf hun hulpvraag ervaren. Er zijn vier cliënten van wie het onbekend is hoe ze de hulpvraag ervaren, vijf cliënten zijn op de hoogte van de hulpvraag en tien cliënten formuleren zelf een hulpvraag, voor één cliënt wordt de hulpvraag door de Reclassering geformuleerd.

Wat mij zorgen baart is dat bij 20% van de cliënten, niet gevonden kan worden of de cliënten op de hoogte zijn van de hulpvraag en dat daar ook niet naar gevraagd is terwijl we hier praten over mensen in de leeftijd van 15 jaar en ouder die in staat zijn hun eigen wensen aan te geven.

De vraag is of we deze tendens ook zullen aantreffen als we gaan werken met de sociale netwerkbenadering.

- **Invloed van alcohol en drugs:**

Bij geen enkele cliëntsituatie is aangegeven dat er sprake is van invloed van alcohol of drugs bij het indexprobleem.

- **De beweegredenen tot het stellen van het indexprobleem:**

Het is opvallend dat bij negen cliënten (zeven ZMLK- en twee MLK-clieënten) ouders aangeven dat zij de zorg voor hun zoon of dochter niet meer aankunnen

wat medeoorzaak is voor het nu stellen van de hulpvraag. Bij deze negen cliënten is het sociale netwerk van de cliënt minder inzetbaar en is er ondersteunende zorg nodig.

Informatie betreffende belemmerende factoren en sociale stressoren

Bij alle cliënten wordt hun mentale handicap gezien als belemmering voor de maatschappelijke inpassing. Bij elf cliënten worden ook fysieke handicaps benoemd (vijf ZMLK- en zes MLK-clieënten).

Bij de cliëntgroep ZMLK-niveau zie je dat bij vier cliënten de oorzaak van de verstandelijke handicap genoemd wordt. Bij de cliëntgroep op MLK-niveau wordt de oorzaak nergens benoemd.

Bij alle twintig cliënten worden sociale stressoren genoemd.

Afsluitend

In zijn algemeenheid is het binnen de ZMLK-groep van groot belang om te ontdekken wie de centrale zorgdragers zijn in het persoonlijke sociale netwerk van de cliënt en wat de belasting is van deze netwerkleden. De interventiestrategieën zullen gericht zijn op versterking van de draagkracht van de centrale zorgdragers als ook versterking van de cliënt zelf.

Bij cliënten uit de MLK-groep is de algemene verwachting dat de omvang van persoonlijke sociale netwerken groter zijn dan binnen de ZMLK-groep, omdat zij vaker vaste relaties aangaan, maar dat de totale persoonlijke sociale netwerken nog steeds gering van omvang zijn. Men zal zodoende een groot beroep doen op een kleine groep mensen wat maakt dat zij overbelast raken en daardoor kunnen afhaken en het contact verbreken.

De interventiestrategieën zullen gericht zijn op het vergroten van de draagkracht van het informele deel van het persoonlijke netwerk. Samen met de cliënt en zijn netwerkleden wordt gekeken naar uitbreiding en versterking van de sector vriendschappelijke betrekkingen gericht op lotgenoten. De sector vriendschappelijke betrekkingen is precies dat deel van het informele persoonlijke sociale netwerk dat de aansluiting met de maatschappij weerspiegelt.

5. Resultaten Pilotstudie Sociale Netwerken MSNA

Dit hoofdstuk toont de resultaten van de sociale netwerken verkregen uit de informatie van de sociale diagnostiek MSNA bij zeven cliënten van de afdeling PSH van MEE Gelderse Poort, verdeeld over 2 groepen namelijk cliënten van MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar en cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder.

5.1 Inleiding.

Bij iedere casus heb ik het sociale netwerk van cliënten beschreven aan de hand van de sociale diagnostiek MSNA, welke informatie geeft over de kwetsbaarheid van de focale persoon in wisselwerking met het persoonlijke sociale netwerk, ofwel met de mensen, groeperingen en sociale instituties waarop hij voor zijn zorgvragen is aangewezen. Tevens geeft het sociale netwerk informatie over de mogelijkheden voor maatschappelijke inpassing. Het laat de kwaliteit en de structuur van het persoonlijke sociale netwerk zien.

Een sociaal netwerk van cliënten bestaat uit vaste informatie over de gevarieerdheid (status- en positierollen) en bereikbaarheid (woonplaats en conditie van de woonomgeving), en vrije informatie over de actuele status, belastende factoren en het proces van sociale diagnostiek. Daarnaast wordt de vaste informatie m.b.t. de netwerkleden verkregen, die bestaat uit de omvang en samenstelling van de clusters verwanten, vriendschappelijk betrekkingen en maatschappelijke diensten. De gevarieerdheid en bereikbaarheid van de netwerkleden. De structuur van de betrekkingen met netwerkleden, waarbij gekeken is naar de lengte, het initiatief, de lengte en de basis van de contacten alsook naar het gewicht wat aan de contacten werd toegekend.

5.2 Sociale netwerk van cliënten op MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Casus 1: MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 26 tot 35 jaar. Ze is ongehuwd. Ze woont alleen in een stedelijke agglomeratie en verblijft in een woonomgeving met een lage sociaal economische conditie. Haar twee kinderen wonen bij haar ex-partner. Ze heeft de MLK-school bezocht. Ze heeft enige tijd als schoonmaakster gewerkt maar is nu werkloos.

Vrije informatie:

De vrouw is in 1999 verwezen naar de afdeling PSH waarbij haar hulpvragen waren: verwerking van het verleden, leren opkomen voor zichzelf en

het vergroten van haar zelfvertrouwen.

De vrouw heeft tot haar twaalfde bij haar moeder gewoond maar is door de Raad voor de Kinderbescherming uit huis geplaatst vanwege verwaarlozing en seksueel misbruik. Ze heeft in vijf verschillende instellingen gewoond en is nog eenmaal thuis geweest. Ze is in 1993 geplaatst in een begeleid kamerwonen project, waar ze haar ex-partner heeft leren kennen. Ze is met hem gaan samenwonen. Uit deze relatie zijn twee kinderen voortgekomen. In september 1998 verbreken zij de relatie en de kinderen gaan bij vader wonen. Er loopt een gerechtelijke procedure betreffende de omgangsregeling.

Het geno- en ecogram gaven aan dat de vrouw steunende contacten met de familie van haar ex-partner heeft.

Als mentale handicap wordt naast haar lichte verstandelijke handicap gesproken over depressieve klachten.

De vrouw kan de zorg voor haar twee kinderen en het zelfstandig wonen niet alleen aan. Ze heeft moeite met een goed dag en nachtritme. Ze eet slecht, al is haar uiterlijke verzorging goed. Ze kan niet alleen zijn en zoekt steun bij anderen, maar deze contacten gaan snel weer verloren.

De vrouw wil haar kinderen weer terug en daarvoor zal ze zelfstandig moeten blijven wonen.

Het doel van de hulpverlening was dan ook haar zo weerbaar te maken dat ze zo zelfstandig mogelijk kan blijven wonen. De vrouw had in haar eigen omgeving geen steunende mensen zitten. Met het verbreken van haar relatie zijn alle steunende mensen verkregen via haar partner om haar heen verdwenen.

De vrouw overschat haar eigen mogelijkheden en wil zo normaal mogelijk leven maar zonder voldoende ondersteuning kan ze deze wens niet realiseren.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**

De sector verwanten bestaat uit tien personen bestaande uit haar ex-partner en zijn ouders, haar twee kinderen en haar oorspronkelijke gezin; vader, moeder en twee zussen waarvan

één met partner.

De sector vriendschappelijke betrekkingen uit acht personen (vijf vrouwen en drie mannen).

De sector maatschappelijke diensten uit negen personen.

- **Gevarieerdheid**

Bij de verwanten is de leeftijdsopbouw goed gevarieerd. Vier ouderen, vier leeftijdsgenoten en twee kleine kinderen. De burgerlijke staat is overwegend ongehuwd of samenwonend. De opleidingen zijn onbekend. De vrouw praat hier niet over met anderen omdat ze dan moet vertellen dat ze zelf op de MLK-school heeft gezeten.

De leden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen variëren qua leeftijd weinig en zijn leeftijdsgenoten van de vrouw. De burgerlijke staat is voornamelijk ongehuwd. Ook hier zijn de opleidingen onbekend.

- **Bereikbaarheid**

De netwerkliden wonen in dezelfde stedelijke agglomeratie en omstreken van de cliënt. Haar oorspronkelijke gezinsleden wonen allen te Rotterdam. De meeste netwerkliden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen kent ze pas kort en de basis ligt in de buurt.

- **Structuur van de betrekkingen.**

De frequentie van de contacten met verwanten is zeer wisselend van wekelijks, de familie van haar ex-partner, tot nooit, haar eigen familie.

Ze heeft contact met haar ex-schoonmoeder en een vriendin waarbij het initiatief wederzijds genomen wordt. Met alle andere netwerkliden is of geen initiatief (haar eigen familie) of komt het initiatief van de vrouw (vrienden en burens).

De vrouw kent veel gewicht toe aan haar ex-schoonmoeder en aan een zus. Beiden zijn meelevend en schoonmoeder biedt veel praktische steun. Met haar zus heeft ze geen contact. Haar beste vriendin is erg meelevend en biedt materiele hulp maar scoort neutraal daar waar het gaat over de gewichten aansluiting en stabiliteit. De burens en kennissen kent ze pas zes maanden en ze worden zeer wisselend gewaardeerd van hoog tot neutraal.

De contacten met maatschappelijke diensten worden door de vrouw positief gewaardeerd, er is met name veel affectie en aansluiting.

Gevolgte strategie en uitkomst:

De vrouw heeft als hulpverleningsaanbod eerst een aanbod gehad gericht op verwerking van haar verleden. Daarna hebben we gekeken naar haar huidige situatie en zijn we bezig geweest met het vergroten van haar weerbaarheid. Naar aanleiding van de MSNA is de vrouw weer contact gaan zoeken met haar eigen familie en wilde ze het contact met haar zus herstellen.

Haar familie wilde echter het adres van haar zus niet geven. De vrouw besloot toen om in de omgeving van Arnhem te blijven en dat ze in een groep wilde gaan wonen.

Haar hulpvraag werd bemiddeling naar een andere woonvorm en begeleiding bij het vinden van arbeid. De vrouw is toen terugverwezen naar de zorgconsulent.

Casus 2: MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 26 tot 35 jaar. Ze woont samen met haar partner in een dorp in de regio en verblijft in een woonomgeving met een lage sociaal economische conditie. Ze heeft de MLK-school bezocht en is daarna gaan werken in de sociale werkplaats.

Vrije informatie:

De vrouw is in 1999 verwezen naar de afdeling PSH door het steunpunt gehandicapten van MEE. Haar hulpvraag was leren omgaan met verliefdheidsgevoelens. De vrouw zou vreemd gaan en op aanraden van haar partner heeft ze hulp hiervoor gezocht. De vrouw zelf beschrijft haar hulpvraag als: "ik heb andere seksuele behoeftes dan mijn partner en bevredig deze behoeftes door vreemd te gaan."

De partner van de vrouw is nog gehuwd en de vrouw heeft hier veel moeite mee. Zij vindt dat als hij 2 relaties heeft dat een goedkeuring is voor haar vreemd gaan. De vrouw geniet van de spanningen die vreemd gaan met zich meebrengt. Aan de andere kant kan ze geen nee-zeggen zodat ze gemakkelijk misbruikt kan worden. Ze wil de aandacht en weet dat ze daarvoor seksuele handelingen moet verrichten. Ze kan relaties moeilijk op waarde schatten.

De vrouw wil met de hulpverlening bereiken dat ze leert contacten met anderen aan te gaan zonder direct seksuele handelingen te moeten plegen. Daarnaast wil ze leren met haar partner te praten over seksualiteit. Ze zoekt een vertrouwenspersoon met wie ze over deze problemen kan praten en ze wil beter voor zichzelf leren opkomen.

De doelstelling van mijn hulpverlening is de vrouw inzicht te geven in relaties en te leren contacten met anderen aan te gaan zonder direct seksualiteit in deze relaties nodig te hebben. Daarnaast heb ik gesprekken gehad met de vrouw en haar partner zodat de vrouw kan leren samen met hem te praten over haar seksuele behoeftes.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**
De sector verwanten bestaat uit negen mensen, haar oorspronkelijke gezin vijf mensen, haar partner, schoonouders en een neef.
De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit veertien mensen (negen vrouwen en vijf mannen).
De sector maatschappelijke diensten bestaat uit vijf personen.
- **Gevarieerdheid**
Bij de sector verwanten valt direct op dat haar partner tweeëntwintig jaar ouder is. De leeftijd van alle andere leden is passend bij haar situatie. De verdeling man vrouw is zes - drie.
Haar broer is alleenstaand en de rest is gehuwd of samenwonend. De netwerkleden zijn over het algemeen laag geschoold waarbij opvalt dat de vrouw de scholing van haar vader niet weet. De vrouw zelf is de enige die speciaal onderwijs gevolgd heeft.
Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen valt op dat deze voornamelijk bestaat uit vriendinnen. Ze benoemt enkele partners van vriendinnen en één mannelijke collega. De leeftijd varieert van vierentwintig tot zevenenveertig jaar en er zijn weinig leeftijdsgenoten bij.
Alle netwerkleden zijn gehuwd of samenwonend. Drie vriendinnen werken ook via de sociale werkplaats de andere netwerkleden zijn huisvrouw, uitvoerende medewerkers en twee netwerkleden hebben een leidinggevende functie.
- **Bereikbaarheid**
De sector verwanten is verdeeld in twee regio's. Er wonen vijf leden in de omgeving van de woonplaats van de vrouw en vier leden in de omgeving van haar geboorteplek.
Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen kan gezegd worden dat er vijf leden in hetzelfde dorp wonen als de vrouw en dat er drie netwerkleden wonen in de plaats waar ze werkt. Vier netwerkleden wonen in de omgeving en één netwerklid woont in haar geboorteplaats.
- **Structuur van de betrekkingen**
De frequentie van het contact met haar partner is dagelijks, haar ouders en haar broer ziet ze eenmaal per drie maanden en haar schoonouders ziet ze maandelijks. Met haar zus en partner heeft ze geen contact meer en haar neef ziet ze ieder half jaar.
De vrouw heeft al zeven jaar een relatie en ze waardeert haar contact met hem positief. Hij is meelevend en ze kan bijna alles met hem bespreken.
Het contact met haar ouders wordt wisselend beoordeeld. Vader wordt neutraal of negatief beoordeeld. Moeder scoort voornamelijk neu-

traal. Het contact met haar schoonmoeder wordt negatief beoordeeld zoals ook het contact met haar neef. Toch is dit contact belangrijk genoeg om de neef wel op de kaart te zetten. Bij haar zus mist de vrouw de aansluiting en het contact met de partner van haar zus is negatief. Haar broer wordt positief gewaardeerd.

De frequentie van het contact met de leden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen loopt uiteen. Ze ziet de vriendinnen die bij haar werken en haar mannelijke collega dagelijks. Haar beste vriendin ziet ze wekelijks en de anderen één keer per twee weken, maandelijks of zelfs één maal per drie, vier of vijf maanden. Het initiatief tot contact ligt zowel bij de vrouw als bij de ander. Met één vriendin heeft ze geen contact meer en met twee kennissen loopt het contact via haar partner.

Ze kent de leden van de sector vriendschappelijke betrekkingen vanuit de laatste vijf jaar. De basis voor contact is gelegen in de buurt of op haar werk.

Ze beoordeelt het contact met haar beste vriendin als zeer waardevol. Het contact met de partner van deze vriendin wordt negatief beoordeeld. De andere vriendinnen worden gewaardeerd daar waar het gaat om de gewichten affectie en aansluiting, maar de vrouw weet niet of ze materiele hulp van haar vriendinnen kan ontvangen.

Bij twee vriendinnen waardeert de vrouw het contact als neutraal en bij één vriendin zelfs als negatief. Alle kennissen worden neutraal of negatief beoordeelt.

De contacten met de leden uit de sector maatschappelijke diensten worden over het algemeen neutraal of enigszins negatief beoordeeld. Het contact met de maatschappelijk werkster wordt positief beoordeeld.

Gevolgde strategie en uitkomst:

Het hulpverleningsaanbod heeft bestaan uit individuele gesprekken en gesprekken samen met haar partner. In de individuele gesprekken is naast het vergroten van haar weerbaarheid aandacht geweest voor de wijze van contacten aangaan met anderen. De vrouw daagt graag uit en wil aandacht van anderen maar wist onvoldoende wanneer ze daarmee moest stoppen om te voorkomen dat er seksuele handelingen gevraagd zouden worden en de spanning verduwen.

Om tegemoet te komen aan de seksuele behoeften van de vrouw zijn gesprekken gevoerd met haar partner erbij waarin beiden hebben kunnen vertellen welke seksuele behoeften ze hebben en hoe ze die op elkaar konden afstemmen. Daarnaast is de wijze van contact maken van de vrouw met anderen ook met haar partner

besproken en aan hem ondersteuning en begrip gevraagd.

Het vertrouwen in elkaar is gedeeltelijk hersteld en dat maakt dat ze meer samen zijn gaan doen. De partner heeft voor de vrouw gekozen en is een echtscheiding gaan aanvragen.

De contacten met hun netwerkleden zijn veranderd in die zin dat risicovolle personen daaruit gehaald zijn en contacten met hen verbroken zijn. Daarvoor in de plaats zullen ze samen nieuwe contacten beoordelen om te komen tot een sociaal netwerk waarin de vrouw geholpen wordt in de wijze waarin ze contacten kan aangegaan met anderen.

Casus 3: MLK-niveau in de leeftijd 15 tot 35 jaar.

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 26 tot 35 jaar. Ze woont alleen in een klein dorp in de regio en verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Ze werkt bij de sociale werkplaats.

Vrije informatie:

De hulpvraag van de vrouw werd gesteld in 1999 en betrof verwerking van seksueel misbruik en het vergroten van haar weerbaarheid en zelfstandigheid. Ik heb contact gekregen met deze vrouw op initiatief van mijn collega om aan het eind van de hulpverlening te onderzoeken hoe het sociale netwerk van de vrouw eruit ziet en welke ondersteunende bronnen er vanuit het persoonlijke netwerk ingezet zouden kunnen worden ter ondersteuning van de vrouw bij het zelfstandig wonen.

De vrouw heeft een belast verleden van seksueel misbruik en mishandeling waardoor ze bij extra spanningen erg emotioneel wordt en ze weinig vertrouwen meer in anderen heeft. Daarnaast vindt ze het moeilijk om haar grenzen aan te geven waardoor ze soms in risicovolle situaties belandt.

In haar jeugd heeft mevrouw de ervaring dat ze niet gehoord werd en niet serieus genomen werd. De vrouw wil nu wel gehoord en serieus genomen worden.

Over haar fysieke conditie is niets gezegd. Over haar mentale conditie vertelt de vrouw dat ze bij haar geboorte een omstrengeling van de navelstreng heeft gehad waardoor er een zuurstoftekort in haar hersenen is geweest. Dit is de oorzaak van haar zwakbegaafdheid.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**

De sector verwanten bestaat uit zeven mensen.

Haar ouders, haar twee broers, haar zus met partner en een tante.

De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit acht personen. De vrouw heeft twee vriendinnen en contact met drie stellen.

De sector maatschappelijke diensten bestaat uit zes mensen; de huisarts, twee hulpverleners van MEE en drie begeleiders op haar werk.

- **Gevarieerdheid**

Binnen de sector verwanten is een normale opbouw te zien. Opvallend is dat de vrouw samen met haar vader en een broer speciaal onderwijs heeft gevolgd. De vrouw beschrijft dat er in het gezin altijd twee groepen hebben bestaan namelijk degene die kunnen leren en degene die niet goed kunnen leren.

Binnen de sector vriendschappelijke betrekkingen zie je dat de vrouw de leeftijd van de stellen niet precies kan benoemen maar ze zouden ongeveer van haar leeftijd zijn.

Haar vriendinnen zijn enkele jaren jonger. De vrouw kent de opleidingen van haar vrienden niet, alleen van de personen die ook speciaal onderwijs hebben gevolgd weet ze dat.

- **Bereikbaarheid.**

De familie woont binnen een straal van twintig kilometer. Haar tante woont in hetzelfde dorp. Haar vrienden wonen dichtbij en vijf netwerkleden in het dorp en de andere in de regio.

- **Structuur van de betrekkingen.**

De vrouw heeft dagelijks contact met haar ouders en een broer. Haar zus en andere broer ziet ze eenmaal per maand en haar tante eenmaal per zes maanden.

Het contact met haar moeder beoordeelt de vrouw op alle facetten positief. Ze vindt dat ze door haar gesteund en gehoord wordt. Ook haar jongste broer die net als zij zwakbegaafd is waardeert ze op alle vlakken positief. Met haar vader, ook zwakbegaafd, is dat contact er niet. Ze waardeert hem neutraal. Haar zus krijgt een positieve waardering als het gaat om de gewichten aansluiting en affectie en een neutrale waardering voor het gewicht materiele hulp. Haar broer waardeert ze minder op de gewichten aansluiting en affectie maar scoort hoger op het gewicht materiele hulp.

Haar tante beoordeelt ze op alle gewichten laag maar ze woont bij haar in het dorp en dat maakt dat de vrouw het contact toch zo belangrijk vindt dat ze haar op de kaart wilde zetten.

In de sector vriendschappelijke betrekkingen is het opvallend dat de vrouw haar vriendinnen enkele malen per week ziet en het contact met de stellen maandelijks is.

De waardering voor haar vriendinnen is hoog.

Een vrouw bij een van de stellen met wie de vriendschap als basis haar school is wordt ook goed gewaardeerd. Hier benoemt de vrouw hetzelfde niveau als belangrijkste gezamenlijke band.

De contacten met haar vrienden bestaan al lang. Alleen haar beste vriendin kent ze slechts twee jaar de rest al tussen de negen en dertien jaar.

In de sector maatschappelijke diensten is er een hoge waardering voor de hulpverlenster van MEE. Met de zorgconsulent heeft ze maar weinig contact en dat maakt dat de waardering lager is. Met de huisarts is de emotionele band goed. Ze kent hem al vijftwintig jaar maar ze vindt geen aansluiting bij hem.

De begeleiders op het werk kent ze nu één en twee jaar. Degene die ze het kortste kent waardeert ze laag. De twee mannen worden redelijk positief tot positief gewaardeerd. Met hen heeft ze een goede emotionele band en kan ze de problemen van haar werk bespreken. De werkdruk op haar werk is hoog en de combinatie zelfstandig wonen en werken valt haar zwaar.

Gevolgde strategie en uitkomst:

De vrouw gaf aan dat ze zich met name prettig voelt bij mensen die hetzelfde niveau hebben als zijzelf. Daar vindt zij de aansluiting. Daarnaast geeft de vrouw duidelijk aan dat ze contacten in haar directe omgeving zoekt. Ze woont echter in een klein dorp waar weinig lotgenoten te vinden zijn.

Dat betekent dat de vrouw voor haar contacten toch aangewezen is op groepen en andere activiteiten voor mensen die moeilijk lerend zijn. Daarnaast zal er in de dorpsgemeenschap bekeken kunnen worden bij welke activiteiten de vrouw aansluiting kan vinden.

De vrouw heeft nu 2 woonbegeleiders die haar ondersteunen bij het zelfstandig wonen. Zij zullen ook het aangaan van contacten en meedoen bij activiteiten in het dorp in hun handlingsplan opnemen.

Casus 4: MLK-niveau in de leeftijd van 15 tot 35 jaar.

Vaste informatie:

Een man in de leeftijd van 26 tot 35 jaar. Hij is ongehuwd en woont alleen in een stedelijke agglomeratie. Hij verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie.

Hij heeft speciaal onderwijs gevolgd en is in militaire dienst geweest. Hij maakt deel uit van de nationale reservetroepen. Hij heeft vrijwilligers werk gedaan en is nu werkloos.

Vrije informatie:

De hulpvraag van de man werd in 1998 omschreven als rouwverwerking met betrekking tot het

overlijden van zijn vader met wie hij tot die tijd altijd samen gewoond heeft. Daarnaast had de man net een relatie verbroken waarbij hij de hulpvraag hoe ga ik om met anderen formuleerde.

De man heeft altijd bij zijn vader gewoond. Zijn moeder woont in Amsterdam. De man heeft weinig financiële middelen om haar te bezoeken. Zijn moeder had eerst verkering met zijn halfbroer waarna ze een relatie kreeg met zijn vader, deze had al twee kinderen uit een eerder relatie. Met haar echtgenoot kreeg ze vijf kinderen waarvan de man de jongste is.

De man vertelt dat hij normaal was bij zijn geboorte en dat hij na een zwaar auto-ongeluk op jonge leeftijd problemen kreeg met zijn geheugen. Hij heeft dan ook enkele fysieke klachten zoals hoofdpijnklachten en slaapproblemen.

Over zijn mentale conditie kan gezegd worden dat er naast het geheugenprobleem sprake is van een depressieve man die een afwijkend dag en nachtritme heeft. Hij heeft weinig zelfvertrouwen en zelfwaardering. Hij laat zich makkelijk beïnvloeden. De beïnvloeding door een broer heeft ertoe geleid dat de man zich in het criminele circuit van Arnhem bevindt.

De depressie wordt versterkt door het feit dat zijn vriendin de relatie met hem heeft verbroken terwijl ze zwanger van hem was. De man heeft zijn zoon nooit gezien en iedere vorm van contact wordt afgewezen.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling.**

De sector verwanten bestaat uit elf personen bestaande uit zijn ex-partner, zijn overleden vader, zijn moeder, een halfzus en een halfbroer, een zus en drie broers.

De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit acht personen (vijf mannen en drie vrouwen), waarbij de man slechts één lid een vriend noemt. De anderen zijn twee burens en vijf kennissen.

De sector maatschappelijke diensten bestaat uit zes personen waaronder de huisarts, het GAK, iemand van de sociale dienst, twee hulpverleners van MEE en een psychiater.

- **Gevarieerdheid.**

Bij de verwanten is het opvallend dat er een groot leeftijdsverschil zit tussen vader en moeder. De leeftijd van de netwerkleiden uit de sector verwanten is verder passend bij de situatie. De man is de jongste van het gezin en het leeftijdsverschil met de broer die boven hem komt is redelijk groot namelijk zeven jaar. De andere kinderen schelen slechts één of twee jaar met elkaar.

De burgerlijke staat van de familieleden is over

het algemeen samenwonend of gehuwd. De man is de enige zonder een relatie.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen is er een groot leeftijdsverschil tussen de diverse netwerkleden. Er zijn geen leeftijdsgenoten bij. De leden zijn of duidelijk jonger dan de man, een leeftijdsverschil van zestien en veertien jaar, of duidelijk ouder dan de man.

Ook de woonsituatie en burgerlijke staat verschillen. Sommigen wonen nog bij hun ouders, anderen wonen samen of zijn gehuwd. Vier Netwerkleden zijn net als de man alleenstaand.

- **Bereikbaarheid.**

Alle leden uit de sector verwanten wonen in de stedelijke agglomeratie behalve zijn moeder die in Amsterdam woont. Zijn halfzus woont in Lelystad en zijn halfbroer heeft geen vaste woon- of verblijfplaats.

Alle vrienden en kennissen wonen in dezelfde stedelijke agglomeratie als cliënt zelf.

- **Structuur van de betrekkingen.**

Bij de sector verwanten wordt duidelijk dat de man wekelijks contact heeft met twee broers en een zus. Zijn andere broer ziet hij vier keer per jaar. Zijn halfbroer en half zus ziet hij nooit en zijn moeder slecht eenmaal per driekwart jaar.

De waardering voor zijn moeder is positief op alle gewichten. Zijn oudste broer wordt over het algemeen neutraal gewaardeerd behalve bij materiele hulp waar hij positief wordt gewaardeerd.

Zijn zus en broer met wie hij wekelijks contact heeft worden over alle gewichten positief beoordeeld. Zijn andere broer wordt negatief beoordeeld zoals ook zijn halfbroer en halfzus.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen wordt zijn enige vriend met wie hij geen contact heeft positief gewaardeerd op affectie en stabiliteit. De twee burens worden hoog gewaardeerd voor de gewichten stabiliteit en materiele hulpverlening. Zijn buurvrouw waardeert hij ook positief daar waar het gaat over het gewicht affectie. Van de kennissen worden twee jonge vrouwen positief gewaardeerd als het gaat om de gewichten affectie en aansluiting. Ook een oudere kennis scoort hoog op deze gewichten. De andere kennissen worden laag tot neutraal beoordeeld.

De sector maatschappelijke diensten laat zien dat de huisarts, die hij al lang kent, goed gewaardeerd wordt. Het contact met de hulpverleners van MEE wordt positief beoordeeld alsook het net gestarte contact met de psychiater.

Gevolgde strategie en uitkomst:

De start van de hulpverlening verliep moeizaam. De man haakte af op het moment dat de hulpverlener te dicht bij hem kwam. Nadat dit

besproken is was er de mogelijkheid om een goede vertrouwensband op te bouwen en richtte de hulpverlening zich op de eenzaamheid van de man. De MSNA gaf duidelijk aan dat de man voor zijn contacten afhankelijk was van zijn familie. Dit maakte dat hij zijn familie anders is gaan bekijken. Conflicten binnen de familie is hij nu gaan oplossen i.p.v. de strijd aan te gaan en daarmee het risico te lopen om het contact te verbreken. Hij heeft weer contact gelegd met zijn moeder en bezoekt haar nu regelmatig. Daarnaast is de man, die groot supporter is van Vitesse, gaan onderzoeken met wie hij contact zou kunnen leggen. Hij stelde zich open voor contact met anderen en ondervond al snel dat enkele medesupporters met hem contact wilden. Hij kreeg nieuwe vrienden. Daarnaast is hij op zoek gegaan naar een oude vriend van hem maar deze bleek verhuisd en zijn nieuwe adres was niet te achterhalen.

Om de plekken waar hij nieuwe contacten op kon doen te vergroten is de man gaan deelnemen aan een groep bij MEE, waar hij ook kan leren hoe hij nieuwe contacten aan kan gaan.

Samenvattend

Van de vier cliënten zijn er drie vrouwen en één man. Hierbij dient opgemerkt te worden dat in de caseload de man-vrouwverdeling; elf vrouwen en tien mannen is.

Allen zijn ongehuwd.

Drie cliënten wonen alleen en één cliënt woont samen. Ze bevinden zich allen in een woonomgeving met een lage sociaal economische conditie.

Twee cliënten wonen in een stedelijke agglomeratie en twee cliënten wonen in een rurale woonomgeving.

Twee cliënten werken in WSW-verband en twee cliënten zijn werkloos.

De hulpvragen van de vier cliënten zijn divers namelijk:

1. verwerking verleden en weerbaarheid
2. relaties en weerbaarheid
3. verwerking seksueel misbruik en weerbaarheid
4. rouwverwerking en relaties.

Bij alle vier de cliënten wordt de verstandelijke handicap genoemd als mentale handicap, waarbij door twee cliënten de oorzaak van hun handicap benoemd wordt. Als extra belemmeringen in de maatschappelijk inpassing worden bij twee cliënten fysieke handicaps beschreven.

Beiden hebben depressieve klachten en bij één cliënt is er sprake van hoofdpijn, concentratieproblemen en slaapproblemen ontstaan na een ernstig auto-ongeluk op jonge leeftijd.

Bij alle vier cliënten worden sociale stressoren genoemd zoals de zorg voor de kinderen niet aan kunnen, het verbreken van de relatie (twee cliënten), een belast verleden (twee cliënten), de partner die geen

relatie meer heeft met zijn zoon en daardoor geen contact meer heeft.

De MSNA gaf het volgende het beeld.

De omvang van de sector verwanten lag tussen de zeven en elf netwerkleden, de sector vriendschappelijke betrekkingen had een omvang van tussen de acht en veertien netwerkleden en de sector maatschappelijke diensten had een omvang van tussen de vijf en negen netwerkleden.

De gevarieerdheid van de sector verwanten is over het algemeen normaal te noemen wat opvalt is dat bij één cliënt de partner tweeëntwintig jaar ouder is en dat een andere cliënt beduidend jonger is dan rest van het gezin.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen zie je dat twee cliënten geen contacten hebben met leeftijdsgenoten. Bij één cliënt valt op dat ze netwerkleden verdeelt in haar niveau en de anderen.

De bereikbaarheid van de netwerkleden is over het algemeen goed bij de sector vriendschappelijke betrekkingen. Bij de sector verwanten zie je bij drie cliënten dat er verwanten in de directe omgeving wonen en dat verwanten in de geboorteplaats minder bereikbaar zijn.

Bij de structuur van de betrekkingen valt op dat alle vier de cliënten veel gewicht toekennen aan het contact met hun (schoon)moeder. Bij twee netwerkleden valt het op dat ze veel gewicht toekennen aan het contact met een zus en vriend terwijl ze geen enkele contact meer met dit netwerklid hebben. Twee cliënten geven aan veel gewicht toe te kennen aan het contact met vriendinnen waarbij ze veel aansluiting vinden. Ook is opvallend dat twee cliënten aangeven veel waarde te hechten aan de contacten uit de buurt. Bij één cliënt zijn er veel nieuwe contacten vanuit de buurt te zien.

Het resultaat van de afname van de MSNA is bij iedere cliënt verschillend namelijk:

1. De cliënt is na afname van de MSNA weer contact gaan zoeken met haar oorspronkelijke gezin en heeft haar woonwens veranderd namelijk in wonen in een kleine groep i.p.v. alleen.
2. In deze casus is mede naar aanleiding van de afname van de MSNA het sociale netwerk betrokken bij de ondersteuning van de cliënt in contactname met anderen.
3. Door de MSNA werd het duidelijk dat de cliënt met name ondersteuning zocht in het dorp waar ze woonde. Daarnaast gaf de cliënt duidelijk aan dat ze contact wilde met logenoten met wie ze de juiste aansluiting kon vinden. Deze bevinden zijn doorgespeeld naar de woonbegeleiders die de cliënt verder gaan begeleiden.
4. De cliënt is het contact met zijn moeder weer gaan oppakken en heeft geprobeerd weer contact te

krijgen met zijn oude vriend. Dit laatste lukte helaas niet maar de cliënt is zich gaan openstellen voor contacten met anderen waardoor nieuwe vriendschappen zijn ontstaan.

5.3 Sociale netwerken van cliënten op MLK-niveau van 36 jaar en ouder.

Casus 5: MLK-niveau in de leeftijd van 36 jaar en ouder.

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 36 tot 45 jaar. Ze woont samen met haar partner en hun jongste dochter. De andere kinderen, de oudste zoon en twee dochters, wonen bij haar in de wijk in een stedelijke agglomeratie.

De vrouw verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie.

De vrouw heeft speciaal onderwijs gevolgd en heeft even gewerkt, maar is op jonge leeftijd moeder en huisvrouw geworden.

Vrije informatie:

De hulpvraag van de vrouw werd in 1997 gesteld en was gericht op terugkomst van de vrouw vanuit een opname in een psychiatrische instelling. De eerste hulpvragen richtten zich op het herstellen van de contacten met anderen, het zich weer veilig voelen in haar eigen huis, het leren omgaan met angsten en een andere manier zoeken om problemen op te lossen. Dit aangezien de vrouw nu vaak dreigde met suicide en deze dreiging ook regelmatig ten uitvoer bracht.

De vrouw wilde weer de spil worden van haar gezin en om deze taak te kunnen uitvoeren heeft ze controle over haar leven en haar omgeving nodig. Daarvoor is het noodzakelijk om de spanningen uit haar leven voor haar hanteerbaar te maken zodat ze zo normaal mogelijk kan functioneren.

De vrouw heeft een zeer belast verleden van mishandeling en seksueel misbruik. Op zestienjarige leeftijd is ze zwanger geraakt na seksueel misbruik. Ze heeft het kindje verloren in de zesde maand van de zwangerschap. Na de geboorte van haar oudste zoon heeft mevrouw ook nog een miskraam gehad.

Ze is door haar criminele broers diverse malen met de dood bedreigd. Ze werd door haar ouders gedwongen seksueel contact te hebben met pensionisten die bij hen inwoonden.

Over haar mentale conditie kan gezegd worden dat ze naast haar zwakbegaafdheid regelmatig last heeft van psychoses als ze herinnerd wordt aan de trauma's uit haar verleden.

Over de fysieke conditie van de vrouw kan gezegd worden dat ze vanwege de vele spanningen in haar leven diverse klachten heeft zoals

hartritmestoornissen, controle verlies over haar blaas, concentratieproblemen, slaapproblemen en ze is slecht ter been.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**

De sector verwanten bestaat uit tweeëntwintig personen bestaande uit haar partner, haar vier kinderen en hun partners, haar schoonouders die inmiddels overleden zijn en elf personen uit haar gezin van herkomst.

De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit dertien personen (negen vrouwen en vier mannen), waarbij ook een oude buurman die inmiddels overleden is benoemd worden. Verder bestaat deze sector uit mensen uit de buurt, vriendinnen van haar dochters of ouders van de partners van haar kinderen.

De sector maatschappelijke diensten bestaat uit zeven mensen; twee huisartsen, twee medewerkers van de Gelderse stichting tot beheer en bewindvoering, een psychiater en twee hulpverleners van MEE.

- **Gevarieerdheid**

Bij de sector verwanten is het opvallend dat haar partner veel ouder is. De leeftijd van alle andere leden is gevarieerd en passend bij haar situatie. Een detail is dat alle partners van haar dochters dezelfde leeftijd hebben. De burgerlijke staat is voornamelijk samenwonend. De leden zijn laaggeschoold. Alle gezinsleden uit haar oorspronkelijke gezin hebben speciaal onderwijs gevolgd. De vrouwen zijn bijna allen werkzaam als huisvrouw of werkzaam in de schoonmaakbranche. De mannen werken als productiemedewerkers of zitten in het criminele circuit.

De sector vriendschappelijke betrekkingen laat variatie in leeftijd zien. De vrouw heeft drie kennissen die de leeftijd van haar dochters hebben en alle anderen zijn leeftijdsgenoten of zijn iets ouder. De opleidingen van haar vrienden kent ze niet. Ze weet alleen de opleiding van een vriendin die ook speciaal onderwijs gevolgd heeft te benoemen.

- **Bereikbaarheid**

Alle verwanten wonen in dezelfde stedelijke agglomeratie en in dezelfde wijk als mevrouw. De leden uit haar oorspronkelijke gezin wonen in een naastgelegen wijk en in buitenwijken. Alle leden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen wonen in de wijk.

- **Structuur van de betrekkingen**

De frequentie van de contacten met haar partner, haar dochters en hun partners is dagelijks. Haar zoon ziet ze wekelijks en zijn partner ieder half jaar. De leden uit haar oorspronkelijke gezin ziet ze nooit meer.

De vrouw geeft het grootste gewicht aan het contact met haar partner, haar middelste dochter en haar partner en haar jongste nog thuiswonende dochter. Het contact met haar oudste dochter wordt goed gewaardeerd maar de aansluiting wordt door de vrouw bij haar gemist.

Met de partner van deze dochter mist de vrouw aansluiting, affectie en stabiliteit. Ze kan echter wel altijd op zijn materiele hulp rekenen. Het contact met haar zoon wordt neutraal beoordeeld behalve het gewicht stabiliteit dat wordt positief beoordeeld.

Het contact met alle leden uit haar oorspronkelijke gezin worden zeer negatief beoordeeld.

De frequentie van de contacten met de netwerkleden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen loopt zeer uiteen. Haar vrienden ziet ze dagelijks zoals ook een oud-collega en twee jongere burens. Met de andere heeft ze maandelijks contact. Ze kent de leden uit deze sector over het algemeen al lang (twaalf tot zesentwintig jaar). De basis van de contacten ligt overwegend in de buurt.

De vrouw heeft een erg goed contact met een jonge vrouw uit de buurt. Ook het contact met een vroegere buurman wordt positief gewaardeerd maar hij is inmiddels overleden. Het contact met haar huidige buurman is goed, zeker daar waar het materiele hulp betreft. Het contact met een oude schoolvriendin sluit zeer goed aan en een oud-collega is zeer meelevend. De ouders van de partners van haar kinderen bieden met name materiele hulp.

Het contact met hulpverleners wordt overwegend positief gewaardeerd. Het medeleven is groot. De aansluiting is goed behalve bij de medewerkers van de Gelderse stichting tot beheer en bewindvoering. De stabiliteit is goed al worden hier weer de medewerkers van de Gelderse stichting tot beheer en bewindvoering en de huisarts iets lager gewaardeerd. De materiele hulpverlening wordt bij iedereen positief gescoord.

Gevolgde strategie en omgeving:

De hulpverlening heeft zich in eerste instantie gericht op het zich weer veilig voelen in huis. Daarna is dat uitgebreid naar de omgeving en zijn de contacten met anderen weer opgepakt. De hulpverlening is wisselend verlopen aangezien door psychoses de vrouw weer terug geworpen werd en de hulpverlening weer vanaf de start opgepakt moest worden.

De vrouw pakte de draad wel steeds makkelijker weer op. Ze heeft een manier gevonden om met haar spanningen om te gaan maar het komt nog regelmatig voor dat de spanningen te hoog oplopen.

De gehele situatie en haar wens om in haar gezin te wonen en te leven, vragen het maximale van de vrouw en iedere vorm van extra spanning maakt dat ze zichzelf niet meer in de hand heeft.

Daarnaast had de vrouw grote behoefte om controle te hebben over haar omgeving en met vier jongvolwassen kinderen valt dat niet mee. Ze heeft geleerd haar kinderen los te laten en hun eigen weg te laten gaan maar dat veroorzaakte voor haarzelf het probleem dat ze haar eigen leven opnieuw moest gaan invullen.

Ze is gaan deelnemen aan een soosgroep en voelde zich daar zeer prettig. Ze overweegt steeds of ze zich niet prettiger zou gaan voelen als ze in een woonvorm zou gaan wonen waarin minder eisen aan haar gesteld worden. Aangezien de begeleiding van de vrouw langdurig dient te zijn is de begeleiding overgenomen door een woonbegeleider.

Casus 6: MLK-niveau in de leeftijd van 36 jaar en ouder.

Vaste informatie:

Een man in de leeftijd van 46 jaar en ouder. Hij is gescheiden en woont alleen. Hij verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie in een stedelijke agglomeratie. De man heeft lager onderwijs gevolgd en heeft ongeschoolde arbeid verricht maar zit nu in de WAO.

Vrije informatie:

Zijn hulpvraag wordt gesteld d.d. 07-2000 en betreft de hulpvraag verwerking van de scheiding en het verlies van het contact met zijn dochters. Daarnaast liggen er vragen op het gebied van ondersteuning bij het zelfstandig wonen welke door een andere instelling binnen de regio opgepakt gaat worden in de vorm van woonbegeleiding. De man heeft nog nooit eerder een hulpvraag gesteld aan MEE en werd doorverwezen door het ziekenhuismaatschappelijk werk.

De man vertelt dat hij door zijn oma is grootgebracht totdat zijn moeder een nieuwe partner vond. Zijn band met zijn moeder is complex en mogelijk is er sprake zijn van een hechtingsstoornis. Vanuit dit licht bezien is het willen vasthouden van zijn ex-partner ook te verklaren. Hij kan haar niet loslaten.

De man heeft vanwege aangifte van mishandeling en bedreiging, door zowel zijn ex-vrouw als zijn dochters, diverse malen voor de rechter moeten verschijnen. Recentelijk is hij weer opgenomen geweest op de PAAZ omdat hij in het ziekenhuis zijn ex-vrouw heeft aangevallen.

Over de mentale problemen van de man kan gezegd worden dat, naast zijn zwakbegaafdheid,

hij depressief is en zo vol zit met haatgevoelens ten opzichte van zijn ex-vrouw dat hij zijn agressie onvoldoende kan reguleren. Daarnaast is de man moeilijk te beïnvloeden in zijn starre manier van denken. Door de psychiater is bij deze man de term psychopaat genoemd.

Over de fysieke conditie van de man kan gezegd worden dat hij diabetespatiënt is.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**

De sector verwanten bestaat uit negen mensen. Zijn ex-partner en zijn twee dochters. Zijn stiefvader die overleden is in 1998, zijn moeder die dementerend is, zijn zus en zijn broer met partner.

De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit vier personen allen mannen.

De sector maatschappelijke diensten bestaat uit zeven leden waarvan drie hulpverleners van MEE, een BZW'ster vanuit een andere instelling in de regio, de huisarts, de psychiater en de internist.

- **Gevarieerdheid**

Bij de sector verwanten valt direct op dat de man veel ouder is dan zijn broer en zus. Zijn moeder is dan ook twee maal getrouwd geweest en de man heeft een andere biologische vader. Hij ziet zijn stiefvader als zijn vaderfiguur. Daarnaast valt op dat zijn ex-partner vijftien jaar jonger is. Over de opleidingen van de leden uit deze sector weet de man niets te vertellen. Hij kent zelfs de opleidingen van zijn dochters niet.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen valt het op dat de vier mannen die daar genoemd worden allen dezelfde leeftijd hebben als de man. Ook daar weet de man de opleidingen niet van te benoemen. Wel weet hij dat twee mannen werken en twee mannen niet meer. Zij zitten in de VUT of de WAO.

- **Bereikbaarheid.**

Bij de sector verwanten kan gezegd worden dat alle leden in dezelfde stedelijke agglomeratie wonen. De ex-partner woont bij de moeder van de man in de wijk. De andere netwerkleden wonen in wijken dicht bij de woonwijk van de man.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen wonen de twee werkende mannen in de stedelijke agglomeratie. De twee niet werkende mannen wonen in de regio.

- **Structuur van de betrekkingen.**

De frequentie van de contacten met zijn ex-partner en dochters is nooit en de waardering die hij aan hen geeft is negatief op alle gewichten. Zijn moeder en zijn zus ziet hij elke dag en hen waardeert hij positief daar waar het om het

gewicht affectie gaat. Zijn moeder scoort ook positief op het gewicht stabiliteit en zijn zus op het gewicht aansluiting. Zijn broer wordt over het algemeen negatief beoordeeld. Zijn vrouw wordt door de man negatief beoordeeld behalve het gewicht aansluiting. Hij ervaart dat hij wel bij haar terecht kan.

De frequentie van het contact met zijn vrienden is bij twee vrienden wekelijks, één vriend eenmaal per drie weken en de ander maandelijks. De man neemt zelf het initiatief tot deze contacten. De twee mannen uit een plaats in de regio kent hij al vijftien jaar. De vriend die hij wekelijks ziet uit zijn stedelijke agglomeratie kent hij al drieënveertig jaar en de andere vriend uit zijn stedelijke agglomeratie heeft hij in het ziekenhuis leren kennen en deze kent hij nu één jaar. De nieuwe vriend wordt positief gewaardeerd op alle gewichten zoals ook de vriend die hij al drieënveertig jaar kent.

De twee vrienden uit de plaats in de regio worden neutraal of negatief beoordeeld behalve een positieve beoordeling van één vriend op het gewicht stabiliteit en de ander op het gewicht affectie.

Over de twee vrienden uit de plaats in de regio verteld de man dat zij ten tijde van de scheiding gekozen hadden voor hem en niet voor zijn ex en haar nieuwe vriend.

Bij de sector maatschappelijke diensten worden de netwerkleden wisselend beoordeeld. De jobcoach van MEE krijgt twee negatieve en twee neutrale scores, de zorgconsulent twee neutrale en twee positieve score en de hulpverlener drie positieve en één neutrale score.

De woonbegeleidster krijgt drie neutrale en één positieve score omdat hij over haar nog niet zo veel kan zeggen. Hij kent haar slechts één maand. De psychiater wordt negatief beoordeeld op alle gewichten en de internist wordt eenmaal neutraal en verder negatief beoordeeld.

Gevolgte strategie en uitkomst:

De hulpverlening aan de man heeft zich in eerste instantie gericht op de haatgevoelens naar zijn ex-partner en dochters. De haatgevoelens en het voortdurend met hen bezig zijn maakte dat de man geen eigen leven meer had. Toen de man zijn haatgevoelens kon omzetten naar boosheid om het onrecht wat hem was aangedaan, kon hij een start maken om zijn eigen leven weer op te pakken. Hij ging zelfstandig wonen, kreeg contact met een vrouw en bezocht oude vrienden.

De MSNA heeft hem laten zien dat alhoewel er maar weinig mensen om hem heen staan, ze wel voor hem gekozen hebben. Ze willen hem helpen als hij zijn eigen leven weer oppakt. De man is

dat ook gaan doen. Hij laat zich nu helpen al blijft het met hele kleine stappen vooruit gaan.

De MSNA liet de man zien dat hij weinig contacten had maar dat hij deze contacten als zeer waardevol beschouwde. Hij is toen oude contacten weer gaan oppakken en staat nu weer voor iedereen klaar en is gaan klussen.

Casus 7: MLK-niveau in de leeftijd van 36 jaar en ouder.

Vaste informatie:

Een vrouw in de leeftijd van 46 jaar en ouder. Ze is gehuwd en heeft één zoon die uitwonend is na een kindbeschermingsmaatregel. De vrouw woont samen met haar man in een stedelijke agglomeratie en verblijft in een omgeving met een lage sociaal economische conditie. Ze heeft speciaal onderwijs gevolgd en is huisvrouw.

Vrije informatie:

De hulpvraag wordt door de reclassering gesteld d.d. 10-2000 en er is vraag naar behandeling van zowel mevrouw als haar echtgenoot in het kader van het door hen gepleegd zedendelict.

De vrouw heeft samen met haar man en hun zoon in een klein dorp in de regio gewoond. Het gezin was zeer gesloten en had buiten enkele contacten met familie en vrienden geen contact met anderen. Dit gesloten systeem maakte dat ze hun eigen waarden en normen ontwikkelden en daarin niet gecorrigeerd zijn door de ideeën van anderen.

De man is een dominante figuur en de vrouw laat zich door hem leiden. Zij regelt wel alles, maar alleen dat wat hij wil.

De moeder van mevrouw is recentelijk overleden en de contacten met de familie die voor die tijd verbroken waren, vanwege het delict, zijn nu weer gedeeltelijk hersteld. Er is weer contact.

Vaste informatie MSNA:

- **Omvang en samenstelling**

De sector verwanten bestaat uit elf leden, waarvan haar ouders en schoonouders zijn overleden. De zeven overige leden zijn haar partner, haar zoon, twee broers en een zus met haar partner. De leeftijden variëren, zoals je mag verwachten van deze situatie.

De sector vriendschappelijke betrekkingen bestaat uit twee leden; twee buurvrouwen uit de nieuwe buurt waar ze sedert één jaar wonen.

De sector maatschappelijke diensten bestaat uit vijf personen namelijk de huisarts, twee reclasseringsmedewerkers en twee hulpverleners van MEE.

- **Gevarieerdheid.**

Bij sector verwanten valt op dat iedereen alleen lager onderwijs heeft gevolgd, behalve de oudste broer die de MULO gedaan heeft. Iedereen is werkend (Laag geschoolde of ongeschoolde arbeid) of huisvrouw.

De sector vriendschappelijke betrekkingen laat alleen het contact met de twee buurvrouwen zien waarvan er één weduwe is en de ander gehuwd. Ze zijn beiden net als de vrouw huisvrouw.
- **Bereikbaarheid**

De broers en de zus van mevrouw wonen in de regio.
- **Structuur van de betrekkingen**

De frequentie van het contact tussen de vrouw en haar partner is dagelijks waarbij het contact met haar partner als positief gewaardeerd wordt. Haar zoon belt ze vier maal per week en ook dat contact wordt door haar positief gewaardeerd.

De frequentie van het contact met haar broer is drie maal per jaar en de contacten met hem worden op het gewicht affectie positief en voor de andere gewichten neutraal gewaardeerd. Haar zus scoort positief daar waar het gaat om het gewicht affectie en aansluiting, maar er wordt geen materiele hulp verwacht. De partner van zus wordt neutraal en negatief gewaardeerd. Haar jongste broer die bij de sociale werkplaats werkt wordt positief gewaardeerd wat het gewicht affectie betreft en verder wordt hij negatief gewaardeerd.

De vrouw vertelt dat de scores beïnvloed worden doordat de familie haar, zoals zij dat noemt, verraden hebben in het dorp waar zij woonde. Zij hebben aan anderen verteld dat de vrouw en haar partner een zedendelict hebben gepleegd.

De buurvrouw die de vrouw bijna dagelijks ziet wordt positief gewaardeerd. De andere buurvrouw die zij 3 maal per week ziet wordt overwegend positief gewaardeerd op de gewichten affectie en stabiliteit. Ze scoort neutraal daar waar het gaat over het gewicht aansluiting en negatief daar waar het gaat over het gewicht materiele hulp.

De maatschappelijke diensten laat een beeld zien wat opmerkelijk is. De huisarts die ze pas één jaar kent wordt op alle facetten neutraal gewaardeerd. De hulpverleners van de reclasering en MEE krijgen allen dezelfde scores namelijk positief op het gewicht affectie, positief op het gewicht aansluiting, negatief op het gewicht stabiliteit en positief op het gewicht materiele hulp.

Gevolgd strategie en uitkomst:

Ik heb bij mevrouw de MSNA afgenomen om een sociale diagnose te kunnen stellen. Het sociale isolement waarin mevrouw verkeerd is mede

oorzaak van de zwaarte van het delict. De vrouw en haar partner hebben geen enkele invloed van anderen in hun denkpatroon toegelaten, waardoor excessen konden optreden. Om recidive te voorkomen is het dan ook van groot belang dat beïnvloeding van het systeem gewaarborgd wordt.

Nu er sprake is van verplichte hulpverlening is die beïnvloeding gegarandeerd, maar aangezien de vrouw en haar man de neiging hebben om problemen niet serieus te nemen en denken dat zeggen dat het nooit meer gebeurt voldoende is, zal er nog veel aan beïnvloeding gedaan moeten worden. De vrouw begrijpt waar het knelpunt zit maar is zelf onvoldoende bij machte om daar verandering in aan te brengen. Haar man zegt namelijk wel dat ze van alles mag maar zijn doen en laten laat zien dat hij vindt dat zij er voor hem moet zijn en voor niemand anders. De vrouw zal dan ook gesteund door anderen haar eigen mening moeten gaan ontplooiën en deze ook nog moeten kunnen gaan voorleggen aan haar man. Een streven wat mogelijk te hoog gegrepen is, maar wat de enige uitweg is, behalve voortdurende verplichte hulpverlening. De vrouw lijkt niet gemotiveerd voor vrijwillige hulpverlening. Met de vrouw is afgesproken dat de MSNA niet alleen als diagnostisch instrument gehanteerd gaat worden, maar ook als meetinstrument tijdens de verplichte hulpverlening van twee jaar.

Samenvattend

Van de drie cliënten zijn er twee vrouwen en één man. Eén cliënt is gehuwd de anderen zijn gescheiden.

De woonsituatie van alle drie de cliënten verschillen, namelijk: samenwonend met gezin, alleenwonend en samen met partner wonend.

Alle drie cliënten wonen in een stedelijke agglomeratie.

Allen bevinden ze zich in een woonomgeving met een lage sociaal economische conditie.

Twee cliënten zijn huisvrouw en de andere cliënt zit in de WAO.

De hulpvragen zijn bij alle drie cliënten divers namelijk:

1. terugkeer naar huis na opname en leren omgaan met angsten en spanningen
2. verwerken van de scheiding
3. daderbehandeling seksueel misbruik.

Bij alle drie cliënten wordt de verstandelijke handicap genoemd als mentale handicap. Als extra belemmeringen in de maatschappelijke inpassing worden er bij twee cliënten fysieke handicaps beschreven.

Beide cliënten hebben last van een depressie en beiden grijpen suïcidepogingen aan als oplossing voor te veel spanningen. De vrouw heeft problemen in de vorm van hartritmestoornissen, controle verlies over haar blaas, concentratieproblemen, slaapproblemen

en ze is slecht ter been. De man kan zijn agressie onvoldoende reguleren, heeft een starre manier van denken en de term psychopaat is bij de diagnosestelling genoemd.

Alle drie de cliënten hebben sociale stressoren die de maatschappelijke inpassing belemmeren namelijk, een zeer belast verleden, een scheiding en geen enkele contact meer hebben met zijn dochters, een zeer gesloten gezinssysteem, een dominante partner en het overlijden van haar moeder.

De MSNA gaf het volgende beeld.

De omvang van de sector verwanten liep nogal wat uiteen: tweeëntwintig, negen en elf netwerkleden.

De sector vriendschappelijke betrekkingen gaf hetzelfde beeld te zien: dertien, vier en twee netwerkleden.

Bij de sector maatschappelijk diensten lag de omvang dichter bij elkaar: zeven, zeven en vijf netwerkleden.

De gevarieerdheid van de sector verwanten is normaal te noemen al is het opvallend te zien dat bij twee cliënten de leeftijd van hun partner veel verschilde ten opzichte van hun eigen leeftijd.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen zijn meer verschillen te zien namelijk een sector vriendschappelijke betrekkingen waarbinnen de netwerkleden zeer divers zijn, een sector vriendschappelijke betrekkingen wat alleen maar bestaat uit mannen en een sector vriendschappelijke betrekkingen die alleen maar bestaat uit twee buurvrouwen.

De bereikbaarheid van netwerkleden uit de sector verwanten is over het algemeen allemaal goed, ze wonen in dezelfde plaats of in de regio. Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen is een identiek patroon te zien.

Bij de structuur van de betrekkingen valt op dat twee cliënten het grootste gewicht toekennen aan de relatie met hun partner en dat daar waar geen partner aanwezig is het grootste gewicht toegekend wordt aan de moeder en zus.

In twee cliëntsituaties is het contact met het oorspronkelijk gezin (zeer)negatief. In één situatie worden de scores beïnvloed door, zoals de cliënt dat ervaren heeft, als verraad. De familie had in de woonomgeving bekend gemaakt dat cliënt veroordeeld is voor het delict seksueel misbruik.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen is het opvallend dat bij één cliënt een grote diversiteit aan netwerkleden weergegeven wordt en dat alle netwerkleden garant staan voor diverse vormen van hulpbronnen.

Bij een ander cliënt valt op dat het initiatief in de sector vriendschappelijke betrekkingen altijd van de cliënt zelf uit komt.

Het resultaat van de afname van de MSNA is bij iedere cliënt verschillend:

De hulpverlening was gericht op inpassing van de cliënt in haar eigen sociale netwerk en de MSNA gaf een duidelijk beeld van het sociale netwerk. Dit beeld maakte dat de cliënt is gaan deelnemen aan een soosgroep waar ze nieuwe mensen kan ontmoeten van hetzelfde niveau. Voor de cliënt was dat een geheel nieuwe ervaring.

De cliënt is na de afname van de MSNA weer contacten gaan leggen met oude vrienden en heeft deze vriendschappen weer nieuw leven in geblazen. Op deze manier heeft hij zijn eigen leven weer kunnen oppakken.

De MSNA is gebruikt als diagnostisch meetinstrument, waarbij naast de gesloten gezinsstructuur ook duidelijk werd dat er in de sector vriendschappelijke betrekkingen geen enkele vrienden te vinden waren. Daar zijn nog mogelijkheden om het sociale netwerk te vergroten, maar dan moet het cliëntensysteem beïnvloeding van buiten het eigen gezinssysteem toestaan. Beïnvloeding van buiten is echter noodzakelijk wil de kans op recidive kunnen verkleinen.

5.4 Conclusie.

Statusrollen

Zoals is omschreven in figuur 2.6 zijn er geen cliënten beschreven in de leeftijd van 15 tot 25 jaar. In de leeftijd van 26 tot 35 jaar zijn er vier cliënten beschreven, één man en drie vrouwen. In de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar is één cliënt beschreven, een vrouw. In de leeftijdscategorie 46 jaar en ouder zijn twee cliënten beschreven, een man en een vrouw. In zijn totaliteit waren er zeven cliënten, vijf vrouwen en twee mannen.

Positierollen

De cliënten waren afkomstig uit de drie regio's Arnhem (vier), Nijmegen (twee) en Tiel (één).

Van de zeven cliënten waren er vier cliënten ongehuwd, twee cliënten zijn gescheiden en één cliënt is gehuwd. Van de ongehuwde woonde één cliënt samen. Van de zeven cliënten werken er twee cliënten in WSW-verband, twee cliënten zijn werkloos, twee cliënten zijn huisvrouw en één cliënt zit in de WAO.

Figuur 5.1 Positierollen van de cliënten waarbij de MSNA is afgenomen.

Leeftijd	15-25	26-35	36-45	46 >	Totaal
	n	n	n	n	N
Burgerlijke staat					
Ongehuwd	0	3	0	0	3
Gehuwd/Partner	0	1	1	1	3
Gescheiden	0	0	0	1	1
Weduwe	0	0	0	0	0
Onbekend	0	0	0	0	0
Woonsituatie					
Alleen	0	3	0	1	4
Met partner	0	1	0	1	2
Gezin	0	0	1	0	1
Ouders/Familie	0	0	0	0	0
Zorgsetting	0	0	0	0	0
Opleiding					
onderwijs ZMLK	0	0	0	0	0
onderwijs MLK	0	4	1	0	5
Lager onderwijs	0	0	0	2	2
Onbekend	0	0	0	0	0
Werksituatie					
Werkend	0	2	0	0	2
Zonder werk	0	2	0	0	2
Dagactiviteiten	0	0	0	0	0
Huishouden	0	0	1	1	2
School	0	0	0	0	0
WAO	0	0	0	1	1

Bereikbaarheid en sociaal economische conditie van de woonomgeving

Van de zeven cliënten wonen er vier cliënten in een stedelijke agglomeratie en drie cliënten wonen in een rurale woonomgeving.

Alle zeven cliënten verblijven in een omgeving met een lage sociaal economische conditie.

Vrije informatie

De hulpvragen van de zeven cliënten zijn allen anders. Wat opvalt is dat drie cliënten als tweede hulpvraag het vergroten van de weerbaarheid hebben. Er zijn vier verwerkingsvragen maar allen gekoppeld aan verschillende onderwerpen. Er is één cliënt die gedwongen de hulpverlening moet volgen.

De hulpvraag is allemaal gericht op deelproblemen en problemen waarvoor het sociale netwerk onvoldoende toereikend is om de cliënt te ondersteunen.

Bij alle cliënten wordt de verstandelijke handicap genoemd als belemmering voor de maatschappelijke inpassing. Bij vijf cliënten worden ook fysieke handicaps genoemd. Bij allen worden sociale stressoren genoemd, waarbij bij drie cliënten een zeer belast verleden meegespeeld en bij drie cliënten het verbreken van een relatie genoemd wordt.

Vaste informatie MSNA

Bij de gegevens van de MSNA is bij de sector verwanten het gemiddeld aantal netwerkleden elf. Twee cliënten vallen daarbij op. Zij hebben respectievelijk tweeëntwintig en zeven netwerkleden.

De sector vriendschappelijke betrekkingen laat een grote variatie van de omvang zien, waarbij het hoogste getal veertien is en het laagste twee. Het gemiddelde aantal netwerkleden is acht.

De omvang sector vriendschappelijke betrekkingen laat weinig verschillen zien. Het hoogste aantal is negen en het laagste is vijf. Het gemiddelde aantal netwerkleden is zes.

De gevarieerdheid van de sector verwanten is goed. Opvallend is dat er bij drie cliënten grote leeftijdsverschillen te zien zijn met hun (ex)partners.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen is het opvallend dat er bij twee cliënten geen leeftijdsgenoten als netwerkleden te zien waren en dat bij twee cliënten deze sector alleen gevuld was met mensen van het gelijke geslacht als de cliënt.

De bereikbaarheid van de netwerkleden in de sector verwanten is over het algemeen goed. Bij twee cliënten is er een duidelijke scheiding te zien in verwanten in de omgeving en in de geboortestreek.

In de sector vriendschappelijke betrekkingen zijn bijna alle netwerkleden te vinden in de woonplaats of regio. Slechts bij één cliënt is er nog een netwerklid afkomstig uit de geboortestreek.

Bij de structuur van de betrekkingen is het opvallend om te zien dat daar waar cliënten een partner hebben het grootste gewicht naar de partner toe gaat en daar waar men geen partner heeft gaat het grootste gewicht naar de moeder van cliënten toe. Er zijn vier cliënten met een moeizaam contact met het oorspronkelijke gezin. Bij twee cliënten zie je dat veel gewicht gegeven wordt aan een netwerklid waar geen contacten meer mee zijn. Over het algemeen kan gezegd worden dat de duur van de contacten met de netwerkleden lang is. Bij twee cliënten die pas verhuisd zijn is dat in de sector vriendschappelijke betrekkingen niet het geval.

De resultaten van het afnemen van de MSNA zijn zeer verschillend. Er zijn twee cliënten die na afname de contacten met leden uit hun oorspronkelijke gezin zijn gaan oppakken. Er zijn twee cliënten die om lotgenoten te ontmoeten zijn gaan deelnemen aan groepsactiviteiten. Bij één cliënt is het netwerk ter ondersteuning van de cliënt betrokken geraakt en bij een andere cliënt zijn er door een andere houding nieuwe vriendschappelijke betrekkingen aangegaan. Bij de cliënt waar de MSNA is ingezet als meetinstrument was het resultaat dat de vrouw contacten is aangegaan met haar buurvrouwen. Er is één cliënt die duidelijk aangegeven heeft contact te willen hebben met lotgenoten.

6. Discussie en aanbevelingen

Nu het verkennend vooronderzoek is afgerond wil ik u in het volgende hoofdstuk de hypothesen zoals geformuleerd vanuit de resultaten van dit onderzoek weergeven.

Voor de ZMLK-groep is alleen gebruik gemaakt van de informatie verkregen uit het dossieronderzoek.

Voor de MLK-groep is daarbij gebruik gemaakt van de informatie verkregen uit het dossieronderzoek en de afgenomen MSNA's.

6.1 Inleiding

De sociale netwerkbenadering is een methode van hulpverlening die specifiek gericht is op de versterking of het herstel van de sociale integratie van mensen. In deze werkwijze wordt er vanuit gegaan dat de moeilijkheden die mensen voorleggen aan hulpverleners, zoals medewerkers van MEE, problemen van maatschappelijke inpassing zijn in samenhang met een persoonlijk sociaal netwerk dat niet in staat is de geroepen problemen het hoofd te bieden.

Het is de kwaliteit van de organisatie van een persoonlijk sociaal netwerk, het geheel van mensen en betrekkingen waarop iemand dagelijks is aangewezen, die bepaald of er sprake is van sociale integratie. Sociale desintegratie treedt op wanneer in de sociale structuur tekorten optreden die niet meer gecompenseerd of hersteld worden. Dan worden professionals gevraagd deze tekorten te compenseren of te herstellen. Het probleem dat aangeboden wordt is een probleem van draagkracht in het sociale netwerk terwijl in de huidige werkwijze van MEE informatie verzameld wordt over de draagkracht van de betrokken cliënt.

Zoals in hoofdstuk twee weergegeven blijken veel medewerkers van MEE in toenemende mate aandacht te hebben voor de betekenis van het persoonlijke sociale netwerk van cliënten. Ook in het beleid is die aandacht meer en meer op de voorgrond komen te staan. Bovenstaande ontwikkelingen leveren tevens de vraag van medewerkers op om een instrumentarium te hebben dat deze wensen en beleidsvoornemens in methodisch handelen omzet.

6.2 Resultaten MSNA

Deze verkennende studie maakt zichtbaar dat de Maastrichtse Sociale Netwerkanalyse (MSNA) hiervoor voldoende handvaten biedt.

De MSNA biedt namelijk:

1. Een volledig beeld van het geheel aan mensen en betrekkingen waarop de cliënt is aangewezen d.w.z. een nauwkeurige beschrijving van de kwaliteit van een persoonlijk sociaal netwerk en de mate van sociale integratie ofwel maatschappelijke inpassing van de cliënt
2. Het is een valide werkwijze die uitnodigt om in het hulpverleningsproces anderen bij de cliëntsituatie te betrekken.

3. Het is een gestructureerde werkwijze waardoor de overdraagbaarheid van cliëntsituaties vergemakkelijkt wordt. Daarnaast vraagt het werken met deze werkwijze om teamwork.

6.2.1. Een volledig beeld.

In plaats van de gebruikelijk inventarisatie van de omgeving, die nu vooral gericht is op de meest belangrijke naasten, in het bijzonder de ouders; wordt met de MSNA de gehele sociale omgeving in kaart gebracht. Dat betekent alle verwanten, de vriendschappelijke betrekkingen en de maatschappelijke diensten.

Zo werd er in een casus geconstateerd dat binnen de maatschappelijke diensten de leerkracht van cliënte zeer laag gewaardeerd werd waarbij de cliënte aangaf dat hij haar deed herinneren aan de persoon die haar seksueel had misbruikt. Deze constatering maakt mogelijk dat dit bespreekbaar gemaakt werd waardoor cliënte op school beter is gaan functioneren. Daarnaast zien we dat in enkele casussen de directe begeleiders van cliënten zeer hoog gewaardeerd worden op alle behoeften.

Het vervullen van zelfs de affectieve behoeften van cliënten kan de professional erop wijzen dat de afhankelijkheid van de cliënt van de hulpverlener zeer groot of mogelijk zelfs te groot is.

Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen werd duidelijk dat deze veelvuldig erg klein is en dat de netwerkleden die ook speciaal onderwijs gevolgd hebben over het algemeen hoger worden gewaardeerd. Het lotgenotencontact is dan ook van groot belang en daarmee wordt richting gegeven aan de te volgen interventies.

Bij cliëntsituaties waar de centrale zorgdrager de hulpvraag stelt kan de MSNA afgenomen worden bij deze centrale hulpdrager om zo te onderzoeken welke hulpbronnen er in zijn/haar persoonlijke sociale netwerk aanwezig zijn om met ondersteuning van hen de zorg voor de cliënt te kunnen blijven bieden.

Ook bij centrale zorgdragers kun je constateren dat lotgenotencontacten hoog gewaardeerd worden. Ouders bij wie de MSNA is afgenomen vonden hun weg naar het groepsaanbod voor ouders bij MEE waar ze hun vragen konden delen met andere ouders. Tevens werd men zich bewust van de wijze waarop men na het krijgen van een kind met een handicap naar zijn sociale omgeving kijkt. Sociale relaties werden beoordeeld

naar de reactie van de netwerkleden op het gehandicapte kind en niet meer op het belang wat ze hadden voor de ouder zelf. Inzicht in deze wijze van kijken maakt dat ouders zich ook anders kunnen gaan verhouden tot netwerkleden uit hun sociale omgeving als ze merken dat bij hen de maatschappelijk inpassing marginaliseerde

Mobiliserende werking

De MSNA geeft niet alleen een volledig beeld voor de hulpverlener, maar zeker ook voor de cliënt die als vanzelf eigen initiatieven gaat ontplooiën welke we de mobiliserende werking noemen. Deze mobiliserende werking kan zijn dat cliënten navraag gaan doen omdat ze gegevens van netwerkleden niet weten en daarmee het contact met netwerkleden aangaan. Maar wat we veelvuldig zagen is dat cliënten na afname van de MSNA onderwerpen bespreekbaar maakten die voordien niet konden worden besproken. Zo kon bij een cliënt zijn gokverslaving besproken worden en in een andere cliëntsituatie werd de cliënt openhartig over zijn pedoseksuele gevoelens. In één cliëntsituatie is de cliënt na de ontdekking dat zijn zus belangrijk voor hem was naar deze zus toegegaan met de vraag of zij hem wilde helpen. De cliënt wilde zelfstandig gaan wonen maar wist niet hoe dit te bespreken met zijn ouders aangezien hij dan als laatste van het boerenbedrijf weg zou gaan en de handhaving van het bedrijf in het geding zou zijn. Zus heeft toen contact gezocht met de zorgconsulente en haar verteld dat zij samen de cliënt en haar broer het gesprek over zelfstandig gaan wonen zouden aangaan met hun ouders. Als gezin hebben zij de situatie besproken waarna alles in gang gezet kon worden om een woonplek voor de cliënt aan te vragen.

Vanuit deze mobiliserende werking kan de MSNA dan ook uitstekend ingezet worden als interventie binnen het hulpverleningsproces. Bij MEE Gelderse Poort zal de MSNA dan ook vanwege deze mobiliserende werking ingezet gaan worden door woonbegeleiders en pedagogisch werkers.

6.2.2 Valide werkwijze.

De MSNA is een semi-gestructureerd interview waarmee een systematisch opgebouwd gesprek gevoerd wordt aan de hand van netwerkkaarten. De kwaliteit van de maatschappelijke inpassing wordt doorgelicht en beschreven aan de hand van zogeheten structuurkenmerken van een persoonlijk sociaal netwerk waarvan de cliënt deel uitmaakt. Op deze wijze wordt protocollair gewerkt met de cliënt en neemt de professional vanaf het begin samen met de cliënt uitdrukkelijk het initiatief het sociale netwerk in kaart te brengen en te activeren. Daarnaast stimuleert de hulpverlener de cliënt en zijn omgeving om weer een doelmatige structuur voor sociale integratie op te bouwen.

In een situatie waarbij de MSNA is afgenomen bij een

cliënte die zelfstandig woont maar die daarbij veel ondersteuning vraagt aan de woonbegeleiders is op deze wijze samen met de cliënt gevraagd welk netwerklid vanuit haar sociale netwerk haar mede zou kunnen ondersteunen. Cliënte gaf aan dat haar zus daarin een belangrijke rol zou kunnen vervullen.

De woonbegeleiders hebben contact gezocht met deze zus die daarmee deel uit ging maken van een netwerkteam wat rondom de cliënt is opgebouwd. Zus heeft haar broer gevraagd om mee te denken en zo werd het netwerkteam met zijn ondersteuning uitgebreid.

Op deze wijze is versterking vanuit het sociale netwerk van de cliënt vorm gegeven door middel van de opbouw van een netwerkteam bestaande uit leden vanuit zowel het informele deel (verwanten en vrienden) als het formele deel (maatschappelijke diensten).

Meetinstrument

In bovenstaande casus hebben we MSNA ook gebruikt als meetinstrument. De MSNA is bij deze cliënte na een periode van één jaar nogmaals afgenomen omdat er zich in haar sociale netwerk een uitbreiding had plaats gevonden doordat cliënte een vriend heeft gekregen. Bij de tweede meting is de vriend van cliënte aanwezig geweest die aanvullende informatie kon geven over de vriendschappelijke betrekkingen. Hij helpt cliënte bij het beoordelen van de vriendschappen daar waar er veel gebruik en misbruik van cliënte werd gemaakt. Door het hebben van een partner veranderde ook de positierollen van cliënte en daarmee vond ze meer aansluiting bij bijvoorbeeld haar broers en zussen die ook allen een partner hebben.

In een andere cliëntsituatie is de MSNA als meetinstrument ingezet om te meten of er na inspanning van één jaar hulpverlening zich daadwerkelijke veranderingen hebben plaats gevonden in haar sociale netwerk. Deze cliënte is een pleger van seksueel misbruik en heeft een zeer klein sociaal netwerk waardoor er weinig tot geen beïnvloeding van buitenaf plaats vond. Na één jaar hulpverlening waren er enkele kleine verschuivingen te constateren in het persoonlijke sociale netwerk van cliënte maar zijn er geen duidelijke veranderingen geconstateerd. Dat rechtvaardigde de conclusie dat professioneel toezicht in deze cliëntsituatie nodig blijft om te voorkomen dat er nogmaals spraken kan zijn van ontoelaatbaar handelen.

Door de MSNA als meetinstrument te gebruiken kan de hulpverlener naast veranderingen in het persoonlijk sociaal netwerk van cliënten ook zijn eigen praktijk van hulpverlener onderzoeken.

6.2.3. Teamwork

Het protocollair werken maakt dat cliënten makkelijker overdraagbaar zijn. De gegevens vanuit de MSNA zijn voor een ieder toegankelijk en worden in teamver-

6. Discussie en aanbevelingen

band besproken. Vervolgens wordt samen met de cliënt en leden uit zijn of haar persoonlijke sociale netwerk in teamverband samengewerkt. Werken vanuit de MSNA vraagt dan ook werken in teamverband. Binnen MEE Gelderse Poort gaan we de komende periode met name aandacht besteden aan het uitvoeren van netwerkinterventie waarin in teamverband rondom de cliënt wordt samengewerkt. Dergelijke teams kunnen bestaan uit professionals en netwerkleden zoals hierboven al beschreven maar er kan ook spraken zijn van een betere afstemming tussen de verschillende professionals. In een cliëntsituatie waarbij de MSNA is afgenomen bij een ouder van een kind met een handicap werd duidelijk dat zelfs normale ondersteuningsvragen werd verbijzonderd. Dat maakt dat in die situatie veel professionals betrokken zijn. De eerste stap die daarbij gemaakt zal worden is, met toestemming van de ouders, het op één lijn krijgen van alle betrokken professionals.

In de sociale netwerkbenadering wordt de cliënt zelf aan het woord gelaten om zijn sociale situatie en zijn wensen en verwachtingen daarbij in kaart te brengen. Deze benadering mobiliseert de hulpvrager en de hulpverlener tot een andere houding naar het sociale netwerk en tot samenwerking met het sociale netwerk. Zo ontstaat de mogelijkheid om tot nieuwe en ander initiatieven te komen waarbij niet alleen gekeken wordt naar de problemen van een cliënt maar vooral naar de kwaliteiten van de cliënt en mogelijke hulpbronnen in zijn sociale omgeving. Deze benadering activeert de cliënt en zijn sociale omgeving i.p.v. het compenseren van behoeften door professionals. De cliënt komt zelf in beweging.

Een goed voorbeeld hiervan is een cliënt die geen enkele vrienden had maar die wel ieder week als supporter van een voetbalclub tussen duizenden mensen stond. Met het inzicht verkregen uit de MSNA is deze cliënt zich open gaan stellen voor contacten met anderen waardoor hij afspraken ging maken met andere supporters om ook buiten het voetbal met elkaar wat te gaan doen.

In plaats van een groter beroep te doen op zijn woonbegeleider activeerde de MSNA hem tot het hernieuwd aangaan van sociale contacten. Deze cliënt is bijvoorbeeld ook gaan deelnemen aan een sociale vaardigheidstraining bij MEE waarmee hij zijn persoonlijke vaardigheden in het contact maken vergrootte.

6.3. Onderzoeksvragen

In dit verkennend onderzoek van het project sociale netwerkbenadering zijn de volgende vragen gesteld:

A. Welke informatie geeft de sociale diagnostiek MSNA over de sociale profielen van cliënten d.w.z. hoe zien er de sociaal geografische en demografische kenmerken eruit, wat is het probleem waarmee de cliënt zich aanmeldt conform de sociale diagnose van de MSNA en welke kenmerken van

kwetsbaarheid zijn van invloed op het sociaal functioneren van de cliënt.

B. Welke informatie geeft de sociale diagnostiek MSNA over de structuur van de persoonlijke sociale netwerken van cliënten d.w.z. wat is de omvang van het persoonlijk sociale netwerk, hoe is de samenstelling, hoe is de aansluiting daar waar het gaat over de status- en positierollen van de leden van het informele netwerk en wat is de bereikbaarheid van leden uit het persoonlijke sociale netwerk.

Deze twee vragen zijn onderzocht bij cliënten van MEE Gelderse Poort in de leeftijd van 15 jaar en ouder. Tevens is ervoor gekozen om de cliëntengroep te scheiden in twee doelgroepen namelijk de ZMLK-groep en de MLK-groep. De keuze voor deze scheiding is gemaakt vanwege de hypothese dat er voor cliënten van de ZMLK-groep andere interventiestrategieën binnen de hulpverlening gebruikt zullen worden dan voor de MLK-groep.

De resultaten uit het onderzoek zullen daarom voor beide doelgroepen apart beschreven worden. Bij de beschrijving wordt een samenvatting gegeven aan de hand van de structuur kenmerken van het persoonlijk sociaal netwerk namelijk: de omvang, frequentie, het initiatief, de lengte en de gewichten van de betrekkingen.

Daarnaast worden verschillen in de leeftijdsgroep per niveaugroep benoemd.

6.3.1. Resultaten/hypothesen vooronderzoek ZMLK-groep

In zijn algemeenheid kun je zeggen dat de omvang van het sociale netwerk van mensen met een verstandelijk handicap op ZMLK-niveau klein is, ondanks het feit dat deze groep over het algemeen meer gebruik zal maken van formele ontmoetingsplekken. Voor hen is meer georganiseerde zorg voor handen.

Het persoonlijke sociale netwerk zal over het algemeen verdeeld zijn over de sectoren verwanten en maatschappelijke diensten.

Er is meestal één centrale zorgdrager aanwezig met eventueel nog enkele andere familieleden. De hulpvraag wordt in het dossieronderzoek in 7 van de 10 cliëntsituaties door de ouders gesteld en tweemaal zelfs zonder dat duidelijk gevonden werd dat de cliënt zelf daarvan op de hoogte was.

Kennissen en vrienden zullen in mindere mate in het sociale netwerk van mensen met een verstandelijk handicap op ZMLK-niveau aanwezig zijn.

Het in kaart brengen van het persoonlijke sociale netwerk van de cliënt, als interventie, biedt de mogelijkheid hem of haar te betrekken bij de hulpvraag en te inventariseren met wie de zorgvraag gedeeld kan worden. Tevens zou als de hulpvraag door ouders gesteld wordt gekeken kunnen worden naar de hulpbronnen

van hun eigen persoonlijke sociale netwerk. Zo maakt de cliënt gebruik van het nominale netwerk verkregen via ouders.

Door de mentale en fysieke handicaps kunnen mensen met een matig verstandelijke handicap meestal niet zelf bij de netwerkleden op bezoek en ook niet daadwerkelijk zelf het initiatief nemen. Dat maakt dat je bij hen verwacht dat de cliënt het initiatief geheel aan anderen over laat en zich afhankelijk van hen opstelt. In de praktijk zal het **initiatief** dus vanuit de netwerkleden moeten komen. De persoon met een verstandelijk handicap kan zelf wel de wens uitspreken contact met een netwerklid te onderhouden maar is verder afhankelijk van de medewerking van de netwerkleden. Netwerkleden uit de tweede sector vrienden, kennissen en burens, nemen volgens de literatuur minder vaak het initiatief ook al bestaat er een goede bereikbaarheid.

Bij de beschikbare netwerkleden die wel het initiatief nemen tot contact zal de lengte van het contact langdurig zijn.

Het lijkt erop alsof de volledige draaglast zich concentreert op de centrale zorgdrager al dan niet bijgestaan door enerzijds een enkeling uit het formele deel van het netwerk en anderzijds door formele hulpbronnen die aan het netwerk toegevoegd worden.

De structuur van het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke handicap lijkt een draagvlak voor zorg die haar beperkingen heeft. Er komt geen draagvlak in de breedte van de structuur van het netwerk tot uiting.

Vanuit die visie zou er binnen het persoonlijke sociale netwerk en het nominale netwerk van cliënten gekken kunnen worden naar hulpbronnen die het initiatief tot contact met de cliënt kunnen nemen om zo het netwerk te vergroten.

Zoals al gezegd is de **basis** voor vele contacten gelegen in de sector verwanten en in formele situaties zoals dagactiviteitencentra sociale werkplaats, logeerplekken in woongroepen, speciale groepsgerichte vrijetijdsbesteding.

Het belang van deze formele ontmoetingsplekken is voor de ZMLK-groep dan ook groot. In het hulpverleningsplan zullen dan ook strategieën hiervoor verder uitgewerkt kunnen worden.

De beschikbaarheid van formele ontmoetingsplekken is voor de ZMLK-groep groter. Ze hebben zo, ondanks hun geringere sociale vaardigheden, meer mogelijkheden om lotgenoten te ontmoeten. Het aangaan en onderhouden van contacten is echter moeilijker zodat net als bij de MLK-groep, verwacht mag worden dat het aantal netwerkleden in de sector vriendschappelijke betrekkingen gering zal zijn.

Bijna alle cliënten wonen nog bij hun ouders. Deze

grote afhankelijkheid van netwerkleden uit de sector verwanten, en dan met name het cluster ouders, om hun zorgbehoefte te vervullen maakt dat je zou kunnen verwachten dat de gewichten die cliënten geven aan deze contacten over het algemeen hoog zullen zijn. De verwachting is dat de **gewichten** gegeven aan netwerkleden uit de sector vriendschappelijke betrekkingen, die meehelpten de zorgbehoefte in te vullen, ook hoog zullen zijn, terwijl onzeker is hoe de waardering van de contacten met logenoten zal zijn. Bij de MLK-groep worden lotgenoten erg hoog gewaardeerd. Het is de vraag of dat bij de ZMLK-groep ook zo zal zijn. Mogelijk dat lotgenoten daar beter scoren op de gewichten affectie en aansluiting i.p.v. alle gewichten.

Opvallende **verschillen per leeftijdsgroep** zijn:

In de **leeftijdsgroep 15-35 jaar** wonen 4 cliënten bij ouders en 1 cliënt is gehuwd en woont bij haar partner. Twee cliënten stellen zelf de hulpvraag en in 3 cliëntsituaties wordt de hulpvraag door anderen gesteld. Alle cliënten zijn op de hoogte van de hulpvraag en van hen is bekend hoe zij er zelf over denken.

In de **leeftijdsgroep 36 jaar en ouder** zie je dat ook in deze groep 4 van de 5 cliënten bij ouders of familie wonen en 1 cliënt zelfstandig. In deze groep stelt slechts 1 cliënt zelf de hulpvraag en wordt in alle andere cliëntsituaties de hulpvraag door anderen gesteld. Opvallend in deze groep is dat 2 cliënten zelf niet weten dat er hulp gevraagd is.

Bij 3 cliënten wordt omschreven dat de fysieke conditie van ouders een sociale stressor is om hulp te vragen. Het gebrek aan voldoende draagkracht van ouders ofwel de centrale zorgdragers is dan ook de meest voorkomende reden om hulp te vragen aan MEE.

Samenvattend:

Binnen de ZMLK-groep is het van groot belang om te ontdekken wie de centrale zorgdragers zijn in het persoonlijke sociale netwerk van de cliënt en wat de belasting is van deze netwerkleden.

De interventiestrategieën zullen gericht zijn op versterking van de draagkracht van de centrale zorgdragers als ook versterking van de cliënt zelf.

6.3.2. Resultaten/hypothesen vooronderzoek MLK-groep.

In zijn algemeenheid kun je zeggen dat de **omvang** van persoonlijke sociale netwerken van cliënten van MEE gering zijn.

De **frequentie** van de contacten met netwerkleden uit het informele deel van hun persoonlijke sociale netwerk is veelvuldig of juist incidenteel. Men doet zodoende een groot beroep op een kleine groep mensen wat maakt dat zij overbelast raken en daardoor kunnen afhaken en het contact verbreken.

6. Discussie en aanbevelingen

Uit de waardering van contacten blijkt dat cliënten vaak of een hoge of een lage waardering uitspreken. Het contact is of veelvuldig en hoog gewaardeerd of het netwerklid haakt af, waardoor de frequentie daalt naar incidenteel en de waardering laag is.

Door de afname van de MSNA kregen cliënten zicht op de geringe omvang van hun persoonlijke sociale netwerk. Het feit dat men enkele vragen over leden uit hun persoonlijke sociale netwerk niet konden beantwoorden maakte dat ze zaken zijn gaan navragen en daardoor zelf contact gemaakt hebben met de netwerkleden. Hierdoor heeft de afname alleen al een mobiliserende werking gehad.

Cliënten nemen of vaak zelf het **initiatief** tot contact of nemen bijna geen initiatief tot contact. Ze zijn dus of afhankelijk van de eigen inzet om contact te hebben of stellen zich geheel afhankelijk van de ander op. In beide gevallen levert het veel frustratie op, omdat de contacten niet vanzelfsprekend wederzijds zijn. Met de strategie vergroten van de sociale vaardigheden en het sociale inzicht van zowel de cliënt als de leden uit zijn persoonlijke sociale netwerk zou hier verandering in aangebracht kunnen worden.

Je ziet tevens dat de **lengte** van de contacten langdurig of kortdurend zijn. Daar zouden twee mechanismen in kunnen zitten namelijk:

1. De cliënt neemt zelf het initiatief tot contact en komt zeer vaak op bezoek waardoor de ander daar een grens in gaat aangeven. Daardoor ontstaat verwarring bij de cliënt die dat niet begrijpt en het contact verbreekt. Zo heeft de cliënt veel wisselende en kortdurende contacten.
2. De cliënt laat het initiatief geheel aan anderen over en stelt zich afhankelijk van hen op. Velen zullen dan afhaken omdat er geen sprake is van een wederzijds contact en het contact verbreken maar een enkeling blijft het initiatief tot contact nemen en deze relaties blijven lang bestaan.

Inzicht hebben op de werking van deze mechanismen maakt dat de cliënt ook anders kan leren omgaan met contacten.

Binnen de sector vriendschappelijke betrekkingen wordt weinig onderscheid gemaakt tussen netwerkleden. Ze zijn allen vrienden of kennissen. Daarnaast zijn daar vaak hele clusters leeg zodat deze sector verhoudingsgewijs leeg blijft wat drukt op de totale omvang van het persoonlijke sociale netwerk.

Deze constatering maakt dat er in de hulpverlening aan cliënten strategieën gekozen kunnen worden om aandacht te besteden aan vergroting van het netwerk door het zoeken naar vrijetijdsbesteding, waarbij de aansluiting met de afdeling Vrije Tijd en Vorming gezocht kan worden, naar een werkkring waarbij samenwerking met de afdeling arbeidsintegratie tot stand kan komen en contacten in de buurt.

Het blijkt dat dit ook de plekken zijn waar cliënten de **basis** leggen voor hun contact met anderen. Samenwerking met buurtprojecten lijkt dan ook een strategie die invulling kan geven aan behoeften van cliënten van MEE.

Cliënten van MEE verdelen de wereld in lotgenoten en anderen waarbij de waardering voor lotgenoten op alle **gewichten** hoger is dan bij degene die wel kunnen leren.

Dat maakt dat de kwaliteit van leven van de cliënt verhoogd wordt als er meer contactmogelijkheden met lotgenoten zijn. Je kunt denken aan meer ontmoetingsmogelijkheden of groepen waaraan men kan deelnemen.

Opvallende verschillen per leeftijdsgroep zijn:

In de **leeftijdsgroep 15-35 jaar** wonen drie cliënten alleen of samen en twee cliënten wonen bij ouders. Drie cliënten stellen zelf de hulpvraag en bij de twee anderen wordt de hulpvraag door ouders gesteld. Van één cliënt is het onduidelijk wat zijn mening of gedachten zijn met betrekking tot de hulpvraag. Bij vier van de vijf cliënten worden sociale stressoren benoemd.

De informatie vanuit de MSNA afgenomen bij vier cliënten laat zien dat bij alle vier de cliënten sociale stressoren benoemd worden.

Bij twee cliënten zijn er in de sector vriendschappelijke betrekkingen geen leeftijdsgenoten aanwezig.

Ten aanzien van de gewichten valt op dat alle vier de cliënten een hoge waardering geven aan hun moeder.

Daarnaast is in iedere sector (verwanten, vriendschappelijke betrekkingen en maatschappelijke diensten) wel een netwerklid te vinden die op alle gewichten hoge scores krijgt.

In de **leeftijdsgroep 36 jaar en ouder** wonen vier cliënten alleen of samen en woont één cliënt bij zijn ouders. Alle vijf cliënten hebben zelf hun hulpvraag gesteld. Bij alle cliëntensituaties worden sociale stressoren benoemd.

De informatie vanuit de MSNA afgenomen bij drie cliënten laat zien dat bij alle drie de cliënten sociale stressoren benoemd worden die de maatschappelijke inpassing belemmeren.

Alle drie de cliënten zijn gehuwd of gehuwd geweest. Ze geven hun partner de hoogste waardering op alle gewichten en bij afwezigheid van een partner wordt de hoogste waardering uitgesproken voor de moeder.

Ook bij deze groep is in iedere sector wel een netwerklid te vinden die op alle gewichten hoge scores krijgt.

Bij één cliënt waarbij sprake is van gedwongen hulpverlening zie je dat terug bij een lage waardering op het gewicht voorkeur. Zij heeft zelf

niet gekozen voor het contact met de hulpverleners.

Samenvattend:

De verhouding van de cliënten uit de MLK-groep met de omgeving kun je omschrijven als een alles of niets verhouding.

De interventiestrategieën zullen gericht zijn op het vergroten van de draagkracht van het informele deel van het persoonlijke netwerk. Samen met de cliënt en zijn netwerkleden gekeken wordt naar uitbreiding en versterking van de sector vriendschappelijke betrekkingen gericht op lotgenoten. De sector vriendschappelijke betrekkingen is precies dat deel van het informele persoonlijke sociale netwerk dat de aansluiting met de maatschappij weerspiegelt.

6.4. Aanbevelingen

In algemene zin kan gezegd worden dat met de implementatie van de sociale netwerkbenadering, en de MSNA in het bijzonder, medewerkers van MEE een instrument in handen geeft om op een methodische wijze aandacht te kunnen besteden aan het sociale netwerk van cliënten om daarmee de maatschappelijke inpassing oftewel de sociale integratie van cliënten te bevorderen. Met het project sociale netwerkbenadering wordt de methode sociale netwerkbenadering toegankelijk gemaakt voor dienst- en hulpverleners van MEE en toegesneden op de specifieke doelgroepen van MEE.

Daarnaast vraagt de sociale netwerkbenadering werken in teamverband waarbij de toegevoegde waarde is dat niet alleen samengewerkt wordt met professionals maar ook met netwerkleden. Zo kan op maat van de cliënt en zijn persoonlijke sociale netwerk hulp worden aangeboden waarbij het vergroten van de draagvlak van de cliënt en de leden uit zijn persoonlijke sociale netwerk het uitgangspunt is.

Door op deze wijze te werken ontstaan als vanzelf andere interventies en hulpverleningsprocessen die gericht zijn op het opzetten van netwerkteams rondom de cliënt. Door dat deze netwerkteams mede bestaan uit netwerkleden is de weg naar sociale integratie van cliënten gemakkelijker te doorlopen. Naast aandacht voor het versterken en/of vergroten van het sociale netwerk blijft het van belang om ook te kijken naar versterking van persoonsgebonden vaardigheden van de cliënt om daarmee het aangaan en onderhouden van contacten te verbeteren, zodat er wederkerigheid in de contacten kan of blijft bestaan.

Vanuit de ervaringen met de sociale netwerkbenadering, en in het bijzonder de MSNA, kan alleen maar aanbevolen worden dat, in het kader van sociale integratie en community care, de MSNA en de sociale netwerkbenadering voor iedere dienst- en hulpverlener van MEE mogelijk wordt.

Zoals al gezegd kan de MSNA door de diverse consultants bij MEE gebruikt worden als instrument voor de hulpvraagverduidelijking. Daarnaast kan de MSNA

vanwege zijn mobiliserende werking door begeleiders gebruikt worden als interventie in een hulpverleningsproces. De MSNA biedt de hulpverlener de mogelijkheid om zijn eigen praktijk te onderzoeken en vanuit het protocollair werken in teamverband met anderen samen te werken. Daarmee wordt de kwaliteit van dienst- en hulpverlening aan mensen met een handicap verbeterd en daarmee vergroten we hun kwaliteit van bestaan.

De sociale netwerkbenadering en de MSNA geven de consultants bij MEE een methode in handen waarmee op een nieuwe en eigentijdse wijze vorm en inhoud gegeven wordt aan het vak maatschappelijk werker. Om de sociale netwerkbenadering en de MSNA een duidelijke positie te geven ook binnen MEE Nieuwe Stijl zal MEE Gelderse Poort de komende periode aan het werk gaan om een casemanagementmodel te ontwikkelen waarin het in kaart brengen van het persoonlijk sociaal netwerk van cliënten conform de MSNA een duidelijk onderdeel is van het hulpverleningsproces.

De MSNA waarmee het sociale netwerk van cliënten in kaart gebracht wordt biedt de mogelijkheid om als hulpverlener je eigen praktijk te onderzoeken maar biedt tevens de mogelijkheid om ook op groepsniveau praktijkgericht onderzoek te doen naar de sociale profielen van cliënten en de structuur van de persoonlijke sociale netwerken van cliënten. Op deze manier kan onderzocht worden of specifieke profielen te ontdekken zijn binnen de doelgroepen van MEE waarmee vervolgens richting gegeven kan worden aan mogelijke netwerkinterventies of zorgmodules voor de cliëntsituatie. Het is daarom aan te bevelen om daarvoor verder praktijkgericht onderzoek te gaan doen.

Literatuurlijst

- American Association on Mental Retardation. 1992. *Mental Retardation: Definition, classification and systems of support*. Washington DC: AAMR.
- Anderson, D.J. & Lakin K.CH. e.a. 1992. Social integration of older persons with mental retardation in residential facilities. *American Journal on Mental Retardation*: jrg.96.
- Baars, H. & Uffing, J.T.F. & Dekkers, G.F.H.M. 1990. *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie: een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baars, H. & Uffing, J. 1991. Het wederopbouwen van sociale netwerken. In: *Wonen als werk, zorgverleners in beschermde woonvormen*, p. 81-85. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Baars, H.M.J. 1994. *Sociale netwerken van ambulante chronische psychiatrische patiënten* Maastricht: universitaire Drukkerij Uniprint.
- Baars, H. & Bowijn, P. 1996. *Sociale netwerkinterventies: bouwen aan sociale integratie*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baars, H. & Kaplan, CH. 1996. *Manual for the Maastricht Social Network Analysis; analysis and description of personal social network, Unigraphic*, University Maastricht.
- Baars, H. 1997. *Sociale netwerk studies; handleiding Maastrichtse Sociale netwerk Analyse*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Baars, H. & Verschuren-Schoutissen, M. 1998. *Sociale-netwerkanalyse: een diagnostiek van de maatschappelijke inpassing*. Handboek Dagbesteding. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baars, H & Beuzelijnc, F. 2000. *Handleiding Basistraining Sociale Diagnostiek MSNA*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Beltman, H. 2001. *Buigen of Barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000*. Groningen: Rijks Universiteit.
- Dudley, J.R. 1988. *Discovering the community living arrangements – neighbourhood equation*. *American Journal on Mental Retardation*: jrg. 26.
- Ferguson, B.& McDonnel J. & Drew C. 1993. Type and frequency of social interaction among workers with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*: jrg. 97.
- Gennep, A.T.G. van. 1988. Een antwoord vanuit de voorzieningen. In: Nobel, H. *Intergratie in de samenleving compleet?* Rotterdam: Pameijer Stichting.
- Gennep, A.T.G. van. 1994. *De zorg om het bestaan; over verstandelijke handicap, kwaliteit en ondersteuning*. Amsterdam: Boom.
- Haverkamp, M. 1998. *Vrije tijd en de cliënten van Begeleid zelfstandig Wonen. Een onderzoek naar vrijetijdsbesteding cliënten Begeleid Zelfstandig Wonen*. Arnhem: SPD Gelderse Poort.
- Hoff, C. van der. 1995. *Met het oog op morgen; een woonwensenonderzoek middels de methode PTP*. Arnhem: SPD Gelderse Poort.
- Koller, H. & Richardson, S.A. & Katz, M. 1988. Peer relationships of mildly retarded young adults living in the community. *Journal of Mental Deficiency Research*: jrg. 35.
- Koning, J. de. 2001. *Staatssecretaris Vliegthart over kwaliteit: 'De individuele benadering biedt meer waarborgen'*. Utrecht: Markant.
- Pijl, K. van der. 2000. *Werken aan je netwerk*. Utrecht: Raakpunt.
- Ralph, A.& Usher, E. 1995. Social interactions of persons with developmental disabilities living independently in the community. *Research in Developmental Disabilities*: jrg. 98.
- Redactie Kaders. 2000. *Contacten*. Utrecht: Kaders.
- Roetering, E. & Ree, C. van de. 2000. *Community care*. Utrecht: Kaders.
- Schoep, H.F. 1988. *Eén maat voor de zorg: een achtergrondstudie naar de omvang van zwakzinnigeninrichtingen*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Schuman, W.& Schädler, J.B. & Frank, H. 1989. *Soziale Netzwerke – eine neue Sichtweise der Lebenssituation von Kindern mit Behinderungen*. *Zeitschrift für Heilpädagogik*: nr.2.

Smit, B & Gennep, A. van. 1999. Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap. Utrecht: NIZW.

Speulman, F. 1998. Vrienden en kennissen geven aanvullende zorg. Utrecht: Philadelphia Plein.

Steffen, R.& Gehring, M.& Teefelen, M.van. 2000. Stap voor stap naar vrije tijd. Arnhem: SPD Gelderse Poort.

Wyngaarden - Kraus, M. Seltzer, M.M. & Goodman, S.J. 1992. Social support networks of adults with mental retardation who live at home. American Journal on Mental Retardation: jrg. 96.

Lijst van afkortingen

SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
MSNA	Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse
SNI	Sociale Netwerk Interventies
ZMLK	Zeer Moeilijk Lerende Kinderen
MLK	Moeilijk Lerende Kinderen
VSO	Voortgezet speciaal Onderwijs
PGB	Persoons Gebonden Budget
PVB	Persoons Volgend Budget
PSH	Psycho Sociale Hulpverlening
BZW	Begeleid Zelfstandig Wonen
ADL	Algemeen Dagelijkse Levensbehoeften
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
DAC	Dagactiviteiten centrum
ADHD	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis

