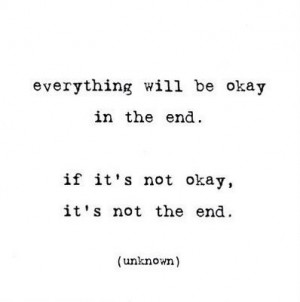
[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=gykIiivo3Xp8MM&tbnid=2ON2ppxmzIL_oM:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.welke.nl/lookbook/saskiaflamand/Mooie-teksten&ei=K1vSU4jsLMHPOZvdgYAF&bvm=bv.71667212,d.ZWU&psig=AFQjCNFvvOeWmN4zuaHuaR681SKv8blnFA&ust=1406381060982963)

Praktijkleeropdracht persoonlijk begeleider, Shelley Roby Kruiver, FPK 11.1   
30 oktober. Begeleiding: Jeffrey Heijnis, Veronique de Ruijter.

**Inhoudsopgave:**Pagina 1: Inleiding, voorbereiding

Pagina 2: Visie en beleid, afdeling

Pagina 3: Theorie

Pagina 5: Theorie versus praktijk, Competenties

Pagina 6: Plan van Uitvoer, casus

Pagina 7: Leerdoelen, interventies

Pagina 8: Uitvoer, reflectie  
Pagina 10: Evaluatie

Pagina 12: Feedback

Pagina 13: Literatuur

**Inleiding**  
  
In dit verslag zal het gaan over mijn rol als *persoonlijk begeleider.* Op mijn vorige leerwerkplekken is deze rol nog weinig aan bod gekomen. Ik heb veel individuele zorg verleend en veel aandacht besteed aan het begeleiden van groepen in een therapeutische milieu. In mijn leerwerkperiode bij de verslavingskliniek heb ik het PB-schap mee kunnen kijken en deels kunnen begeleiden samen met mijn werkbegeleidster, maar helaas was dit van korte duur gezien mijn PB-cliënt voortijdig de kliniek verliet. Op deze afdeling is er een mooie gelegenheid om persoonlijk begeleider te worden en zo mijn portfolio compleet te maken gezien ik dit samen met mijn werkbegeleider kan doen en hij hierdoor continue bij het proces betrokken is, waardoor ik meer gerichtere feedback kan ontvangen.

Ik zal verschillende praktijksituaties binnen het PB-schap meetbaar maken, zodat ik door deze feedback op mijn persoonlijk begeleiderschap en alle bijbehorende competenties kan reflecteren. Om dit stapsgewijs te doen zal ik mij eerst verdiepen in het afdelingsbeleid omtrent het persoonlijk begeleiderschap. Ik kijk naar de organisatie en inhoud van de rol van persoonlijk begeleider op deze afdeling en welke protocollen en instrumenten er beschikbaar zijn, alsmede de theorie die ik vanuit school heb geleerd over het persoonlijk begeleiderschap.   
  
Na het voorbereidende werk volgt het plan van uitvoer. Hierbij beschrijf ik de situatie/ cliëntencasus en de complexiteit van deze casus. In dit plan van uitvoer formuleer ik mijn doelen en interventies gericht op de theorie, zodat ik in het uitvoerende proces gericht kan handelen en gericht kan reflecteren na afloop.

**Voorbereiding:**

Visie en beleid:

Bij Inforsa worden cliënten behandeld of begeleid met ernstige psychiatrische aandoeningen of gedragsstoornissen, vaak gecompliceerd door verslavingsproblematiek die hebben geleidt tot delict gedrag en/of ontwrichting van het zorgsysteem. Er wordt behandeld volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ en deze gaan uit van de meest recente protocollen *(1)*.   
  
Afdeling

Het werken bij Inforsa is om verschillende redenen moeilijk en specialistisch. Omdat de cliënten betekenisvol contact met anderen vaak niet gemakkelijk meer toelaten, omdat er vaak sprake is van achterdocht of omdat zij veel negatieve ervaringen hebben. Het zijn vaak mensen met ernstige gedragsproblemen, wat soms gepaard gaat met agressie naar anderen of zichzelf. De visie is daarom toegespitst op de doelgroep en het soort van behandeling dat wordt geboden. De kernwaarden verbinding, vertrouwen en verantwoordelijkheid staan hoog in het vaandel binnen deze behandeling. Deze kernwaarden sluiten naadloos aan op de presentie theorie waar op de afdeling mee gewerkt wordt. Karakteristiek voor deze presentiebenadering is: er zijn voor de ander, alles draait om een goede en nabije relatie, om zorg, om de waardigheid van de ander, deelnemen aan alledaagsheid, om nauwgezette afstemming op de leefwereld en het beste van de mogelijkheden waar te laten worden. Op een vriendachtige manier hele gewone dingen doen, van koffie drinken tot mee-eten, van meegaan naar de een belangrijke afspraak of jaren trouw elke week even langskomen. In die gewone dingen gebeurt het, hier ontstaat de *verbondenheid* welke de presentietheorie in één woord beschrijft *(1,2)*.

In het persoonlijk begeleiderschap wordt de presentietheorie ook doorgevoerd. Elke cliënt heeft twee persoonlijk begeleiders. Dit zorgt voor frequentere aanwezigheid van een persoonlijk begeleider voor de cliënt. Voor de persoonlijk begeleiders vraagt dit ook om een presente houding jegens elkaar. Er is transparante en open communicatie nodig om elkaar op te hoogte te houden van proces rondom de cliënt. De presentie komt ook terug in de behandellijn die voor cliënt wordt uitgezet. Bij iedere cliënt wordt er individueel gekeken naar de inhoud van het behandelplan, om zo het beste aan te sluiten bij de cliënt en dienst motivatie en wensen. Zo kan het dus zijn dat er voor iedere cliënt andere afspraken gelden.  
  
Daarnaast is het van belang om als persoonlijk begeleider overstijgend te kunnen denken en coördineren. Er is geen duidelijke structuur die gehanteerd wordt omtrent het persoonlijk begeleiderschap. Dit is per cliënt en persoonlijk begeleiders verschillend. De structuur die er is binnen het persoonlijke begeleiderschap wordt gegeven door de verschillende protocollen / instrumenten, zoals het behandelplan, signaleringsplan, delict analyse en het vrijhedenstappenplan. Deze plannen worden aangepast wanneer nodig is, door bijvoorbeeld een crisissituatie of als de interventies niet blijken te werken en er in het behandelteam besloten wordt om dit aan te passen. Voor andere plannen, zoals het behandelplan staat een bepaalde datum wanneer het plan besproken wordt.   
  
Vanuit mijn vorige leerwerkperiodes kende ik meer structuur binnen de persoonlijk begeleiderschappen. In mijn voorbereiding merk ik dat mijn collegae het allen anders aanpakken binnen hun PB-schappen. Wanneer ik informeer naar de manier waarop zij in hun pb-schappen handelen en waar dit op gegrond is, noemen zij het overstijgende denken en handelen, de presentie theorie, het actueel houden van alle eerder genoemde plannen en de transparante communicatie binnen het behandelteam. De een hanteert wat meer structuur en frequentie dan de ander, maar eigenlijk krijg ik van al mijn collegae terug dat er niet echt een richtlijn voor is.

Theorie:

Forensische en intensieve zorg bied uitdagingen voor medewerkers. De cliënten kampen vaak met complexe problemen op meerdere levensgebieden. Van sommige is het leven kapot. Zij zijn geïsoleerd, eenzaam en sociaal lijken zij overbodig. Anderen kijken op hun neer, hebben hun opgegeven of komen misschien een keer plichtmatig kijken. Ten behoeve van deze mensen zijn de presentie- theorie en –benadering ontwikkeld. Van origine is de presentietheorie ontstaan op basis van pastoraal werk in achterbuurten, maar blijft daartoe niet beperkt. Ook binnen ziekenhuizen, jeugdhulpverlening, vrijwilligerswerk, gevangenissen en de forensische psychiatrie wordt deze theorie tegenwoordig gebruikt *(2,3).* Niet dat de presentiebenadering het enige mogelijke professionele antwoord is op problemen die met de genoemde sociale overbodigheid gepaard gaan. Hulpverleningsinstanties doen er, met meer of minder succes, alles aan. Soms lukt het om deze mensen te bereiken en op een deelgebied iets te verhelpen, maar vaak ook niet. Soms zijn de problemen niet te verhelpen. De betreffende mensen zijn soms chronisch ziek, relaties met familie of vangnet is verbroken, zijn verstandelijk- of sociaal niet heel getalenteerd of verslaafd aan drank of drugs *(2)*.

Presentie staat eigenlijk tegenover interventie binnen deze theorie. Interventie is een organisatorische grondvorm van vrijwel alle hulp, dienst en zorg in onze samenleving; planmatig, gecalculeerd, methodisch, efficiënt, doelgericht en probleemoplossend *(2)*. In de presentie wordt niet gedacht *over* iemand maar *aan* iemand. Er zijn zeven kenmerken te noemen binnen de uitvoering van de presentietheorie. Het eerste kenmerk is het *vrij zijn voor* de ander. De presentiebeoefenaar brengt zijn eigen kennis en vaardigheden mee, maar moet zich vrij kunnen opstellen tegenover de bagage van de ander, conventies, staand beleid en de macht der gewoonte. De presentiebeoefenaar is betrokken bij het geleefde leven van de ander en de agenda wordt in hoge mate bepaald door wat de ander aan de orde stelt. *Het openen ten overstaan van de ander* is het tweede kenmerk. Het toegankelijk zijn door jezelf aan te bieden en belangstelling te tonen. Behalve belangstelling toont de presentiebeoefenaar ook zijn emoties en medeleven. Spontaniteit en improvisatie zijn belangrijk. Dit komt terug in het derde kenmerk; *een aandachtige betrekking aangaan.* Dit gebeurt in alledaagse dingen. Door de banaliteit, routine en het vanzelfsprekende zie, hoor of voelen we hoe het werkelijk met iemand gaat, wat er wel in iemand rondspookt, maar uit angst, schuldgevoelens of gêne niet verwoord kan worden. Het vierde kenmerk gaat over het *aansluiten bij het bestaande.* De aandacht is niet alleen open maar ook weinig analytisch. De presentiebeoefenaar houdt het zo lang mogelijk bij de verhalen hoe ze verteld worden, in die structuur, in dat taaleigen, met die intensiteit en vooral met de redelijkheid en de uitleg die de verteller er zelf inlegt. Het doel daarmee hangt direct samen met wat er wordt afgekeurd; dat professionals het verhaal navertellen en bewerken, proberen te verklaren wat er eigenlijk aan de hand is en eigenlijk gedaan zou moeten worden. Het kennis maken met de leefwereld van de ander behoort tot kenmerk vijf, *de perspectiefwisseling.* Door om te gaan met de cliënt zoals boven geschreven leert de beoefenaar de wereld waar te nemen vanuit het perspectief van de ander. Kenmerkend hiervoor is de inspanning om uit verhalen, gedrag, voorwerpen en lichaamshoudingen te reconstrueren wat de wereld voor de betrokkene als kern heeft, wat samenhang en redelijkheid geeft en waarom het allemaal draait. Het opsporen van deze kernen kunnen uiteindelijk inzichtelijk maken waarom men doet wat hij doet. Kenmerkend hier is dat begrip meer of min ongestructureerd tot stand komt en dat eventuele doelen in een losse beraad vorm gestalte krijgen. *Zich aanbieden,* is het zesde kenmerk. Ze gaan op een ongehaaste, trouwe en onvoorwaardelijke wijze deel uitmaken van de sociale wereld en door dat zo te doen vertegenwoordigen ze, om het simpel te zeggen, een bepaald aanbod van schaarse kostbaarheden. In alle bescheidenheid wordt zo een voorbeeld van een andersoortig staan in het leven, een tegenverhaal, ruimere kijk, geduld om te luisteren waar zo vaak niet geluisterd wordt, een uitbreiding van mogelijkheden, van taal, van steun, van zin. Men kan de betekenis daarvan voor wie in onze samenleving zijn leven slijt in een uitzichtloze situatie, met almaar meer van dezelfde ellende, nauwelijks overschatten. Het laatste, zevende kenmerk is *geduld en tijd.* De beoefenaar is ongehaast, neemt zelf de tijd en gunt de ander de tijd. De presentiebenadering wordt niet gekenmerkt door een fasegewijze uitvoering van een plan (tijd), maar door trouw *(3)*.

In de presentietheorie wordt er dus echt gekeken naar de vraag en behoeften van cliënt. Deze individuele kijk komt ook terug binnen casemanagement. Het casemanagement kent zes uitgangpunten, waarvan de eerste *de case* zelf is. Het gaat altijd om de individuele hulpvrager en dienst behoefte. Het tweede kenmerk is het *managen*, in de betekenis van regelen, coördineren en organiseren van de benodigde hulp- en dienstverlening. Casemanagement wordt ook wel omschreven als het organiseren door onderhandelen. Het derde belangrijke uitgangpunt is dat casemanagement het hele traject van *vraag naar aanbod* beslaat. Welke naar het vierde uitgangspunt leidt; casemanagement beperkt zich tot *complexe problematiek of continuïteitsproblematiek.* Het gaat dus om behoeften waar verschillende disciplines aan tegemoet moeten komen. Ook de *positie* van de casemanager, het vijfde uitgangpunt is belangrijk. Deze positie moet in alle opzichten een onafhankelijke positie zijn. Het belang aan het casemanager proces zou hetzelfde moeten zijn voor alle participanten, namelijk dat er kwalitatief zo goed mogelijk hulp geboden wordt die afgestemd is op de hulpvraag. Het laatste uitgangpunt is dat casemanagement geen *beroep gebonden activiteit* is. Het is zelfs denkbaar dat iemand uit het sociale netwerk van cliënt diens casemanager wordt, of cliënt zelf *(4).*

Casemanagement is meer dan alleen gericht zijn op coördinatie en samenwerking tussen disciplines. De cliënt is actief betrokken bij de voorbereiding en de uitvoering van het hele proces. Het is de bedoeling dat de cliënt het programma mee bepaalt en ook begrijpt. Dit kan door een stappenplan met cliënt op te stellen om zo alle gewenste doelen te bereiken. Hierbij kan er een assessment van het sociale netwerk van cliënt worden gemaakt. Om met de aangeleerde vaardigheden te functioneren in de eigen omgeving, moet er voldoende steun voor de cliënt of het systeem aanwezig zijn. Deze kan bestaan uit immateriële voorzieningen, zoals het contact met anderen. Maar ook uit materiele voorzieningen zoals huisvesting, werk en vervoer. Binnen dit systeem kan de informele- en de formele zorg gecombineerd worden. Er is altijd sprake van een hulpverlenersteam, waarvan cliënt, diens sociale netwerk en professionals deel uit maken. Verwijzingen naar elkaar of andere diensten dienen doelgericht te zijn in plaats van activiteitengericht. Door deze doelgerichtheid is het belangrijk dat er regelmatig geëvalueerd wordt om te kijken of het plan moet worden bijgesteld. Daarvan is de betrokkenheid, motivatie en de tevredenheid van de cliënt een cruciaal gegeven *(3,4)*.

Theorie versus praktijk:

Als ik terugkijk naar mijn vorige leerwerkplekken waren er gestructureerde richtlijnen binnen de PB schappen. In de verslavingszorg was er structuur in frequentie en inhoud. Samen met de cliënt maakte je een plan voor de verschillende levensgebieden (wonen, werken, sociaal etc.) en evalueerde je wekelijks hoe actueel dit nog was. Dit wekelijkse evalueren, bijstellen komt wel terug binnen het casemanagement. In deze gesprekken kon cliënt aan geven waarin hij/ zij ondersteuning in nodig had, hoe deze eruit moest zien. De zorg was daar dus overeenstemmend met de zorg die je als casemanager bied, individueel vanuit cliëntenperspectief. In de chronische psychiatrie werd er gewerkt volgens de *supported living methode.* Een methode waarbij je de doelen en wensen van cliënt gebruikt als motivatie door de wens op te delen in kleine stapjes/ doelen. Deze methode komt redelijk overeen met de presentie theorie, waarin je de cliënt ook de lijn laat bepalen aan de hand van zijn behoeften en wensen. Binnen de forensische psychiatrie komt de presentietheorie heel erg overeen met de praktijk, juist door het niet volgen van een bepaalde structuur of richtlijn maar dit juist heel individueel te bekijken. Toch denk ik dat ik voor mijzelf als persoonlijk begeleider een richtlijn moet aanhouden, omdat ik nog relatief onervaren ben in het persoonlijk begeleiden van iemand. Deze richtlijnen en coördinatie haal ik uit de geleerde theorie over casemanagement in combinatie met de geleerde vaardigeden die ik binnen casemanagement en communicatieve vaardigheden heb geleerd op school.

Competenties:

Deze competenties zijn gekoppeld aan mijn praktijkleerplan en portfolio. Bij de competenties noem ik niet competenties die ik door middel van dit praktijkleerplan ontwikkel, maar degene die nog op F2 niveau zijn en ik graag wil ontwikkelen naar F4 niveau.

*Competentiegebied 2;*Ten aanzien van competentiegebied 2A *(vertrouwensrelatie met cliënt)*  heb ik veel positieve feedback gekregen op mijn vorige leerwerkplekken betreft de communicatie en vertrouwensrelatie naar cliënten en collegae toe. Binnen competentiegebied 2B *( voorlichting, informatie en GVO geven)* zou ik nog meer willen ontwikkelen door groepsvoorlichting te geven. Zie leerdoel 1 in het praktijkleerplan. In de dagelijkse begeleiding komt er individuele informatie en voorlichting te pas, maar dit is lastig meetbaar te maken. Ook binnen competentiegebied 2C *(optimale informatie uitwisseling)* heb ik positieve feedback gekregen op mijn vorige leerwerkplekken met betrekking tot het nakomen van mijn afspraken, nauwkeurigheid en duidelijkheid, maar dit kan ik in mijn PB-schap nog verder ontwikkelen.

*Competentiegebied 3;* Over het algemeen krijg ik positieve beoordelingen over de samenwerking met cliënten en binnen het team. Vanuit mijn vorige leerwerkplek kreeg ik als leerpuntje mee dat ik mijn kennis wat meer mocht laten zien en horen binnen werkbesprekingen en andere overlegsituaties. Dit valt onder competentie 3B en wil ik meenemen in deze leerwerkplek door mij hierop te laten beoordelen tijdens de evaluaties. Competentie 3A kan ik nog meer kan ontwikkelen door de samenwerking op te zoeken in mijn rol als PB ’er omdat dit een nog nieuwe rol voor mij is.

*Competentiegebied 6;* Ten aanzien van dit competentiebied rondom het functioneren in een organisatie ten diensten van de patiëntenzorg heb ik al wat ontwikkeling gemaakt binnen competentie 6A, het coördineren en waarborgen van de continuïteit van zorg. Ik heb goede beoordelingen gehad over de indeling van mijn werkdagen, het aanhouden van de agenda en het continue coördineren van de zorg. Op de Jellinek draaide wij een groep alleen, dus was het erg belangrijk dat je de zorg kon coördineren. Binnen 6B, het ontwerpen van kwaliteitszorg ten behoeve van de verpleegkundige zorgverlening heb ik wel wat ontwikkeling doorgemaakt, maar dit kan ik nog verder ontwikkelen. Hier wil ik mij de komende leerwerkperiode in ontwikkelen door dit te koppelen aan het PB schap en klinisch leiderschap en aandacht functionaris worden voor het verbeteren/ structureren van de avondmaaltijd op de afdeling. Over mijn klinisch leiderschap, competentie 6C heb ik positieve feedback gehad en blijkt uit de feedback over deze praktijksituaties, maar zal ik deze leerwerkperiode ook meetbaar maken door middel van de praktijkleeropdracht klinisch leiderschap.

**Plan van uitvoer:**

Casus:  
Cliënt is in 1975 geboren. Cliënt is de eerste vijf levensjaren opgegroeid in een gezin bestaande uit zijn biologische vader, moeder en zijn jongere broer (-4 jaar). Hij heeft zelf geen opvallende nare herinneringen aan zijn eerste kinderjaren. Vader was er eigenlijk nooit. Vader was alcohol en drugsverslaafd. Cliënt accepteerde zijn latere stiefvader als voldoende substituut en ook moeder van onderzochte bevestigt dat cliënt tot zijn 16de jaar normaal gefunctioneerd heeft. Moeder en stiefvader hebben nog twee zoons gekregen; vader en zijn nieuwe echtgenote hebben een zoon. Moeder is van Nederlandse komaf; de biologische vader en de stiefvader van betrokkene zijn beiden van Indische komaf. Moeder wordt beschreven als zorgzaam, lief, leuk; duidelijk het middelpunt van het gezin.

Rond zijn 16de heeft hij met zijn biologische vader gebroken omdat deze drugs gebruikte, wat ertoe leidde dat cliënt langzaamaan ontspoorde en steeds agressiever werd. Hij gaat vervolgens bij een oom wonen die drugs gebruikt en zo raakt hij langzaam de grip op zichzelf en zijn leven kwijt. Uiteindelijk is hij gebrouilleerd met mijn stiefvader omdat die het welletjes vond en het gedrag van cliënt, met name ook jegens moeder, zat was. Cliënt heeft echter de relatie met een gedeelte van zijn familie weer opgepakt. Hij heeft een goede band met zijn broer (zijn volbloed broer) welke in Amsterdam woont. Met hem gaat hij ieder weekend op bezoek bij zijn moeder. Hij heeft tevens goed contact met zijn half broertjes van moeders kant. De broer van vaders kant spreekt hij niet meer. Ook andere familieleden ziet hij zo nu en dan als hij buiten is. Cliënt heeft geen vrienden. Hij is close met familie en heeft zijn gebruikers "vrienden" achter zich gelaten.

Cliënt zou vanaf zijn 23ste jaar dagelijks cannabis en alcohol hebben gebruikt, terwijl hij hier in zijn jeugd juist fel op tegen was omdat zijn vader junk was. Daarnaast zou hij af en toe cocaïne en XTC gebruiken. In de rapportages komt naar voren dat betrokkene tijdens diverse opnames eenmaal ontgift van de middelen, gemakkelijk in staat is tot afdeling ontwrichtend gedrag. Hij wordt beschreven als een snel manipulerende, wisselend gestemde man met ruim gemiddelde intellectuele vaardigheden. Opvallend is daarnaast dat hij sterk verhoogd impulsief kan reageren met als gevolg onverantwoordelijke en kritiekloze gedragskeuzes. De impulsieve trekken worden onder invloed van middelen nog meer versterkt, zo ook ten tijde van het delict (combinatiegebruik van veel alcohol en cannabis). Differentiaal diagnostisch wordt een psychotische stoornis gerelateerd aan rniddengebruik genoemd. Dit gedrag wordt nogmaals alleen waargenomen als dhr. gebruikt en niet als hij voor langere periode abstinent is. De hantering van negatieve gevoelens en emoties is gebrekkig.

Cliënt heeft aangegeven al 20 jaar allerlei drugs te gebruiken. Hij is dan angstig en isoleert zich van anderen en heeft een open huis voor junkies. Hij heeft zowel binnen de verslavingshulpverlening als de reguliere GGZ een aantal opnames gehad. Hij heeft ook in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) gezeten. Binnen de psychiatrie heeft hij de diagnose schizofrenie, borderline en hyperactiviteit gekregen. Daarnaast is hij multi-drugsverslaafd en zou hij naar eigen zeggen een seksverslaving hebben. In het verleden is hij periodes suïcidaal geweest en heeft hij geautomutileerd. Hij heeft verschillende veroordelingen in verband met geweld en vermogensdelicten. Hij kwam naar eigen zeggen vaak in de problemen vanwege agressief gedrag. Naar aanleiding van de opname in de dubbeldiagnosekliniek de Wissel in 2004 werd vastgesteld dat bij betrokkene sprake is van een persoonlijkheidsstoornis met antisociale, narcistische en borderline trekken, in combinatie met periodieke (rand)psychotische klachten. In 2009 is bij betrokkene multidisciplinair pro Justitia onderzoek gedaan door psychiater Winter en psycholoog Gresnigt. Het onderzoek is destijds uitgevoerd naar aanleiding van de poging tot doodslag door betrokkene gepleegd omstreeks 20 december.2008. Bij betrokkene werd een persoonlijkheidsstoornis NAO vastgesteld met narcistische, borderline, paranoïde en antisociale kenmerken in combinatie met cannabisafhankelijkheid en alcoholmisbruik. Differentiaal-diagnostisch wordt een psychotische stoornis, al dan niet veroorzaakt door een middel, overwogen.

Dhr. mag onbegeleid op verlof. Dit dient goed voor en na besproken te worden. Dhr. moet een doel hebben voor zijn verlof. In het weekend kan dhr. zijn familie bezoeken om deze banden aan te houden en te herstellen. Door de weeks krijgt dhr. vrijheden op afspraak zodat hij zelf de benodigdheden voor zijn maaltijd kan verzorgen en tevens om een baan zien te realiseren. Cliënt heeft twee keer in de week werkzaamheden in de Kwekerij en doet eenmaal per week vrijwilligerswerk in een bejaardentehuis.

Zijn intellectuele vaardigheden liggen op ruim gemiddeld tot bovengemiddeld niveau.. Cliënt volgde de HAVO met redelijk succes totdat hij middelen ging gebruiken. Hij kreeg een vriendinnetje die hij veel belangrijker vond en wilde lekker puberen. Cliënt is toen 3 keer blijven zitten in 5-HAVO en is uiteindelijk MBO in plaats van HBO gaan doen. Ook kon hij de examen/ tentamen druk niet aan. In 1979, hij was toen 22 of 23 jaar, heeft moeder hem de deur gewezen omdat hij niet luisterde, altijd te laat thuis van de disco kwam. Betrokkene wilde nog helemaal niet op zichzelf wonen.

Zijn eerste woning werd al snel een gebruikershuis waarin mensen langs kwamen met drugs en drank. Hij heeft zijn MBO opleiding. sociaalpedagogisch werk wel afgerond. Waarna hij in een kledingzaak ging werken omdat hij de druk van het werken in zijn eigen vakgebied niet aan kon. Cliënt heeft tussendoor diverse banen gehad. Buiten het werk gebruikte hij vooral cannabis, hij stond dan onder invloed ervan op de werkvloer.

Binnen een gestructureerde omgeving verzorgd cliënt zijn ADL goed. Als cliënt op zichzelf woont en zijn huis open zet voor gebruikers zal hij zich daar wat minder mee bezig houden.

Cliënt is een sociale man die houdt van de gezelligheid van mensen om hem heen. Hij maakt makkelijk contact ook sinds hij binnen deze kliniek verblijft. Hij praat redelijk makkelijk en maakt grapjes met medecliënten en zoekt deze ook echt op. Zijn maatschappelijke vaardigheden zijn goed te noemen. Hij neemt zijn verantwoordelijkheden en helpt waar nodig de afdeling op orde te houden. Hij wil niets liever dan weer participeren in de samenleving.

Leerdoelen/ Interventies:

***Leerdoel 2:*** *Ik geef informatie, voorlichting en advies op individueel niveau binnen mijn PB-schap en zorg voor optimale informatie uitwisseling.*

*Activiteiten/ interventies:*

* Ik zie cliënt regelmatig minimaal eenmaal per week om vragen en de informatiebehoefte van cliënt helder in beeld te kunnen brengen.
* Van deze gesprekken maak ik een concrete heldere samenvatting, die ik overdraag middels rapportage of mail naar de mede persoonlijk begeleider en het team zodat deze communicatie transparant is.
* Ik verdiep mij in de vragen van cliënt en houd hiermee ook mijn eigen kennis actueel zodat ik hem informatie, voorlichting of advies kan geven.
* In deze voorlichting houd ik rekening met het ziektebeeld van cliënt, door mijn gespreksvaardigheden hierop aan te passen.
* Ik vraag feedback over mijn informatie uitwisseling aan collegae.
* Ik vraag feedback aan cliënt over hoe hij mijn informatie overdracht, voorlichting en adviezen ervaart.

***Leerdoel 3:*** *Gedurende mijn leerwerkperiode fungeer ik als contact persoon binnen het persoonlijk begeleiderschap.*

*Activiteiten/ interventies:*

* Ik verdiep mij in de functies, rollen en taken van de diverse disciplines die bijdragen aan de behandeling van cliënt zodat ik op de hoogte ben van hun deskundigheid en taakverdeling binnen het PB-schap.
* Ik stel het team op de hoogte van mijn PB-schap en praktijkleeropdracht hierin.
* Ik zoek regelmatig afstemming met cliënt en andere zorgverleners en maak gebruik van hun deskundigheid.
* Ik maak de voortgang en communicatie inzichtelijk en transparant door de persoonlijke map van cliënt actueel te houden.
* Ik rapporteer/ mail nieuwe afspraken of vorderingen naar het team, zodat zij op dezelfde wijze begeleiding kunnen bieden of gehoor kunnen geven aan nieuwe afspraken.
* Ik sta familie en naastbetrokkenen te woord, indien deze in de behandeling betrokken worden.
* Ik participeer in het BHP of andere intercollegiale bijeenkomsten, waarin in cliënt kan vertegenwoordigen/ bijstaan.

**Uitvoer:**

Op het moment dat ik persoonlijk begeleider werd van cliënt, was hij pas enkele weken op de afdeling. Zijn dossier was nog gericht op de voorgaande afdeling, waar cliënt minder stabiel was, dus was niet actueel. Onderstaand zal ik op enkele situaties in de uitvoer reflecteren die kenmerkend zijn voor het PB-schap.

**Reflectie:**

**PB gesprekken:**Ik heb regelmatig gesprekken met cliënt gehad. Client heeft veel activiteiten buiten de kliniek, waardoor het lastig is om frequent gestructureerde gesprekken te voeren. In het begin vond ik dit lastig omdat ik gewend was dit vanuit mijn vorige leerwerkplekken dit wel op deze manier te doen. Vaak spraken wij aan het begin van een dienst een tijdstip af om later in die dienst samen te evalueren hoe het met hem ging. Deze manier van gesprekken voeren passen eigenlijk beter bij de presentietheorie. Op deze manier sluit het beter aan bij de behoeften van de cliënt. Aan het begin van de gesprekken geeft cliënt eigenlijk altijd aan dat alles goed gaat. Pas als ik specifiek vraag of er ook dingen zijn die minder goed gaat of die hij graag anders zou willen zien, geeft hij aan welke dingen er spelen in zijn hoofd. Binnen de gesprekken maak ik gebruik van mijn gespreksvaardigheden. Ik let er vooral op dat ik stiltes laat vallen, zodat cliënt ook echt de ruimte krijgt om na te denken en te antwoorden. Daarnaast houd ik voor mijzelf een structuur aan in de vorm van inleiding, middenstuk en afsluiting. Waarbij ik in de inleiding terugkoppel naar het gesprek en onderwerpen van de vorige keer. In het middenstuk hebben wij het over de actuele dingen die nu spelen. In de afsluiting herhaal ik de gemaakte afspraken. Om dit gesprek volgens deze structuur te kunnen voeren bereid ik mij altijd voor. Hiervoor lees ik de rapportages van de afgelopen week, probeer ik elke week de weekevaluatie van cliënt te schrijven en maak ik notities tijdens de gesprekken, die ik bewaar om het proces van cliënt in zicht te houden. Om dit proces nog meer te structureren zou ik met realistische leerdoelen willen werken, zodat we wat doelgerichter kunnen werken naar resocialisatie. Op dit moment komen er wel afspraken uit de gesprekken, maar zijn soms lastig na te komen. Zo is er ooit de afspraak gemaakt om elke week één uur samen op verlof te gaan, om zo wat meer de stad te ontdekken, maar dit is er door onderbezetting binnen het personeel nog nooit van gekomen. Voor een volgende keer zou ik meer methodiek en structuur in mijn PB-schap aan willen brengen om zo gerichter met doelen te kunnen werken en evalueren.

**Signaleringsplan:**Het signaleringsplan was niet erg actueel. Er stond bijvoorbeeld in dat cliënt vastgepakt mocht worden in fase 3, terwijl hij op dit moment aangaf dat hij juist in gesprek wilde en dat rust hem helpt. Het was nogal tegenstrijdig. Client praat liever niet over zijn delict en vond het signaleringsplan om die reden lastig om in te vullen. Door dhr. zijn netwerk hierin te betrekken en hem het signaleringsplan mee op weekendverlof te laten nemen, konden zijn moeder en broer hier aanvullingen op geven, zodat het een breder en completer plan werd.  
 **Kennismaking met reclassering:**Omdat cliënt waarschijnlijk niet terugkeert naar zijn vorige woonplaats, de plaats waar het delict heeft plaatsgevonden krijgt hij een nieuwe reclasseringsambtenaar uit Amsterdam. Ik ben bij dit kennismakingsgesprek geweest. Client had zich erg goed voorbereid en had een lijstje gemaakt met wat hij wilde vragen en bespreken met zijn nieuwe reclasseringsambtenaar. In dit gesprek heb ik mij bewust op de achtergrond gehouden, zodat ik cliënt goed kon observeren en aantekeningen kon maken, zodat ik de zaken die opgepakt moesten worden kon noteren en cliënt hierbij eventueel kan ondersteunen. Dhr vroeg af en toe naar mijn mening of toevoeging bij invullen van een vragenlijst voor een aanmelding. Na het gesprek heb ik samen nog even met cliënt gezeten en nabesproken hoe het ging. We hebben de zaken die hij niet goed begrepen had nog even doorgesproken totdat hij het begreep. In het gesprek durfde hij niet aan te geven dat hij het niet begreep, gaf hij aan. Het nabespreken met cliënt was prettig, omdat hij even kon spuien over dit gesprek en in vertrouwen aan kon geven wat hij er van vond. Daarnaast konden we van hier uit gelijk wat kleine doelen oppakken, die we hadden besproken met de reclasseringsambtenaar, zoals het oppakken van sportactiviteiten.  
 **BHP:**De voorbereidingen van het BHP heb ik met cliënt samen gedaan, om zo zijn inbreng naar voren te laten komen. Zijn inbreng was erg summier en voornamelijk gericht op een vervolgplek, gezien wij op dit moment in afwachting zaten van een intake bij een middelenvrije afdeling op het Leger des Heils. In overleg met mede pb’er heb ik de voorbereidingen gedaan, met het oude BHP erbij. Hier heb ik van mijn collegae feedback op gekregen, dat ik deze er volgende keer ook beter bij kon houden wanneer ik met cliënt ging bespreken, zodat er een vergelijking tussen toen en nu gemaakt kan worden en dat cliënt dan uit kan leggen welke groei hij gemaakt heeft en waar dat aan te zien is. Dit was voor mij een erg praktische tip, omdat ik nu wat handvatten miste binnen de te benoemen factoren. Vlak voor het plaatsvinden van het BHP kregen wij te horen dat cliënt diezelfde week nog overgeplaatst kon worden.

**Verpleegkundige overdracht naar vervolgsetting:**Client zijn overplaatsing ging na de intake erg snel, hij kon gelijk na het weekend terecht. Ik had nog maar twee diensten om zijn verpleegkundige overdracht te schrijven, terwijl ik die nog nooit gemaakt had dus ik was daar best een beetje onzeker over, gezien beide mede-PB’ers op vakantie waren. Ik heb een voorbeeld gevraagd aan de desbetreffende collega waar ik mee gewerkt heb en de verpleegkundige overdracht geschreven aan de hand van het laatste BHP en overige bijlage, zoals delict analyse, verslagen van PB-gesprekkende uit mijn map, signaleringsplan. Tijdens het maken van deze verpleegkundige overdracht, kwam ik erachter dat er veel onderdelen niet actueel waren of nog aangemaakt moesten worden, zoals bijvoorbeeld een bejegeningsplan. Op de afdeling wordt daar niet mee gewerkt, maar voor een vervolgsetting wordt dit wel gevraagd. Het voelde alsof ik andersom aan het werken was, deze verpleegkundige overdracht had ik aan het begin van mijn PB-schap moeten hebben, zodat ik deze lijn en nodige documentatie kon gebruiken als handvatten voor mijzelf. Na het actueel maken van alle documenten en alle afspraken uit te voeren zoals besproken tijdens de intake, heb ik mijn collegae alles door laten lezen en laten controleren, deze was erg tevreden over de overdracht en gaf aan dat het er goed uitzag, een helder verhaal en overzichtelijk vorm gegeven in de map met bijlagen erbij. Vervolgens heb ik alles uitgeprint, in een map gedaan en een mail gestuurd naar PB’ers en collegae die de volgende dag zou werken en mee zou gaan met de verhuizing. Met cliënt heb ik een nazorgplan gemaakt en een vervolgafspraak gemaakt om langs te komen op zijn nieuwe adres.

**Evaluatie:**

Proces evaluatie (leerdoelen):  
Door cliënt elke week even te spreken betreft zijn informatiebehoefte ben ik het hele proces op de hoogte geweest van zijn voortgang. Door hier elke week minimaal één keer een moment voor mijzelf voor te nemen, had ik de kans om eventuele dingen die opgepakt moeten worden te doen. Zoals het actueel houden van het dossier of het voorbereiden van een cliënten bespreking. De inhoud van deze PB gesprekken heb ik steeds kort schriftelijk gerapporteerd, zodat alle disciplines het konden inzien, indien nodig. Daarnaast heb ik mijn mede-PB’ers steeds per mail op de hoogte gesteld wat er besproken was en welke actie er eventueel nog op ondernomen moest worden.  
  
In de PB gesprekken heb ik mijn gesprekstechnieken aangepast op cliënt en de presentie theorie. Ik heb hem gelijkwaardig bejegend door naar zijn inzichten en ideeën te luisteren en vragen, positief benaderd door hem te complimenteren. Deze benadering heeft voor contactgroei en openheid gezorgd in onze werkrelatie. In het begin van de gesprekken merkte ik dat hij wat nerveus werd na een tijdje. Ik vroeg hem dat ik dat merkte, gezien hij motorisch wat onrustiger werd. Hij vertelde toen dat hij met wat dingen zat en dat hij niet wilde zeuren. Ik heb toen uitgelegd dat ik dit helemaal niet als zeuren zie, maar dat we juist willen weten wat er in zijn hoofd omgaat en dat hij dat juist bij zijn PB’ers kwijt kan. Ik vroeg hem hoe hij de PB-gesprekken ervaart en hoe hij als ideaal voor zich zag. Dhr gaf aan dat hij het prettig vind als er duidelijkheid wordt gegeven en op dingen terug wordt gekomen, zodat hij weet hoever de vordering van bijvoorbeeld zijn intake is. Door steeds terug te komen op de vragen van cliënt en hier de nodige informatie over te geven wanneer hij dat vraagt, merkte ik dat dhr steeds gemakkelijker zijn zorgen en wensen ging uiten, iets wat hij in het begin minder deed.   
  
Ik heb indien nodig contact gezocht met de overige disciplines die bij cliënt zijn behandeling betrokken zijn, zoals maatschappelijk werk, activiteitenbegeleiding of de psycholoog. Van de psychologe kreeg ik positieve feedback, zij vond mij erg begaan en toegankelijk in mijn PB ’schap en vond dit prettig samenwerken. Zelf heb ik dit PB-schap als zeer prettig ervaren, mede door de begeleiding die ik hierin gekregen heb van mijn mede-PB’ers, maar ook door de contactgroei die binnen een PB- schap ontstaat met de cliënt. Ik heb een goede indruk gekregen hoe een PB-schap eraan toegaat en hoe belangrijk het is om naast de cliënt te gaan staan en aan te sluiten bij zijn behoeftes en wensen, zodat er samen een weg kan worden uitgestippeld naar herstel. Voor een volgende keer zou ik wat meer handvatten prettig vinden bij een PB-schap, zoals leerdoelen van de cliënt die geëvalueerd kunnen worden.

Product evaluatie:  
  
**Evaluatie competenties:***Competentiegebied 2;*Binnen competentiegebied 2C heb ik ontwikkeling doorgemaakt. Over het algemeen kreeg ik op mijn vorige leerwerkplekken positieve feedback op mijn informatie uitwisseling, maar binnen het PB schap had ik hier nog geen ervaring mee. Juist in een PB schap is het belangrijk dat de informatie uitwisseling optimaal is zodat het gehele behandelend team op de hoogte is. Door het team op de hoogte te stellen van mijn PB schap en door veel te vragen en gebruik te maken van de kennis en ervaring van mijn collegae kon ik mijn PB schap vorm geven en goed afronden. Daarnaast heb ik elke week een moment genomen om mijn taken rondom het PB schap bij te werken en actueel te houden. Door middel van transparante communicatie en regelmaat in het bijhouden van mijn PB schapstaken heb ik voor optimale informatie uitwisseling gezorgd en hier ook positieve feedback op gekregen van de behandelend psycholoog en andere collegae.

*Competentiegebied 3;* Aan het begin van deze opdracht wilde ik mij meer laten horen in werkbesprekingen en overlegsituaties en hierin meer kennis laten zien naar aanleiding van de feedback die ik mee had gekregen vanuit mijn vorige leerwerkplek. Voorheen koos ik ervoor om mijn mond te houden en op de achtergrond te blijven. Door mijn rol als PB’er heb ik hiermee kunnen oefenen. Om het team op de hoogte te houden of om cliënt te vertegenwoordigen in een behandelteambespreking kon ik mij vanuit mijn rol als PB’er mij laten horen. Door de vakken op school zoals Casemanagement en kwaliteitszorg herkende ik bepaalde problematieken in de praktijk en kon ik deze koppelen aan mijn theorie. Door het synchroon lopen van de theoretische vakken op school en de praktijk heb ik meer koppeling kunnen leggen en deze ook meer kunnen delen.

*Competentiegebied 6;* Ten aanzien van competentie 6 wilde ik mij ontwikkelen op het klinische leiderschap. Een praktijkopdracht heb ik niet over dit specifieke onderdeel gemaakt, hier zal ik mij in een volgende leerwerkperiode nog meer mee bezig houden. Maar ik heb mij wel ontwikkeld op het gebied van verantwoordelijkheid nemen en het ontwerpen en behouden van kwaliteitszorg binnen het PB schap. Deze opdracht vergde coördinatie en evidence based handelen van mij om het PB schap structuur te geven. Ook heb ik met de intra- en extramurale disciplines samen gewerkt om het PB schap actueel en vooruitstreven te houden. Zo ben ik bij de gesprekken met de reclassering en behandelaren geweest en bijvoorbeeld de verpleegkundige overdracht naar de vervolgsetting geschreven. Deze verpleegkundige overdracht zou een mooi middel zijn om het PB schap vorm te geven, dit zou een verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen PB schappen betekenen. Al met al heb ik binnen deze competentie een basis gelegd om hier in een volgende leerwerkperiode op verder te borduren.

**Feedback:***Verpleegkundige ziet cliënt met regelmaat en zorgt hierin voor transparante communicatie door middel van concrete, heldere samenvattingen naar PB’ers en duidelijke rapportages.*

Ik vind dat ´´het toegankelijk zijn´´ naar cliënten toe van Shelley een natuurlijk iets is. Haar belangstelling is ´´echt´´ dit betaalt zich uit in openheid van clienten naar haar toe die clienten bij andere begeleiders niet hebben. Zonder aansturing zoekt Shelley het contact op met alle clienten van de afdeling.

Zo ook met onze PB´client. Het is haar gelukt om informatie uit de client te krijgen die van belang was voor dhr. zijn verblijf op de afdeling. Dit vind ik nog steeds een hele prestatie rekening houdend met een client die naar anderen toe altijd de schijn ophield dat het altijd maar ´´goed´´ met hem ging. Dhr. durfde zich bij Shelley open te stellen.

Alle informatie communiceerde Shelley goed door. Dit gebeurde via mondelinge of schriftelijke rapportages. Haar rapportages zijn, concreet, helder en duidelijk. Wat ik vooral prettig vindt aan Shelley haar rapportages is dat er na het lezen van haar rapportage geen punt van discussie of onduidelijkheid is. Zij kan kort en bondig overdragen wat er gezegd is, wat er gedaan is en wat er nog gedaan moet worden.

*Verpleegkundige verdiept zich in de vragen van cliënt zodat zij hier voorlichting/ informatie over kan geven. Tijdens deze informatieoverdracht houdt zij rekening met het ziektebeeld van cliënt.*

De meeste vragen die de client had ging over zijn verlof of zijn vervolgzetting. In het wekelijkse gesprek met onze PB´client gaf Shelley dhr. voorlichting of informatie. (Dit wekelijkse gesprek werd ook op initiatief van Shelley gepland. Dit omdat dhr. aan haar durfde te vertellen dat hij vond dat hij te weinig gezien werd)

Gedurende de opname kwamen wij erachter dat bij onze PB´client informatie maar gedeeltelijk binnenkwam en soms ook maar kort bleef hangen. Shelley nam dit gegeven mee en paste haar informatie voorziening naar dhr. toe aan. De boodschappen werden kort en bondig. Ook vroeg zij meerdere malen na of de informatie was doorgekomen en of dhr. nog vragen had. Dit gegeven heeft ze ook goed doorgecommuniceerd naar het team. Het handelen van het team is door de inbreng van Shelley naar dhr. toe veranderd.

*Verpleegkundige vraagt feedback over de communicatie met collegae en cliënt met betrekking tot het PB-schap.*

Dit deed Shelley met regelmaat. Ik heb menig gesprek met Shelley gevoerd met betrekking tot het PB-schap. Ik had het idee dat Shelley mijn feedback goed in overweging nam en hier naar handelde. Shelley durfde ook haar mening te geven op mijn gegeven feedback. Als zij het anders zag kon ze dit onderbouwen met sterke argumenten. Shelley heeft mij ook wel eens van feedback voorzien.

*Verpleegkundige is op de hoogte van de functies en raken van het multidisciplinaire team en zoek hier afstemming mee omtrent het PB-schap.*

Uitstekend.

*Verpleegkundige stelt het multidisciplinaire team op de hoogte door middel van inzichtelijke en transparante communicatie zodat er op dezelfde manier begeleiding kan worden geboden.*

Shelley droeg zorg voor het feit dat de behandellijn die multidisciplinair besproken werd in de praktijk werd uitgevoerd. Zij speelde hier een belangrijk rol in. Zij gaf collega´s die informatie die nodig was en in de praktijk gaf ze collega´s feedback op hun handelen daar waar nodig was.

*Verpleegkundige participeert in het BHP of andere intercollegiale bijeenkomsten waarin zij cliënt kan vertegenwoordigen of bijstaan.*

Van opname tot ontslag heeft Shelley de cliënt vertegenwoordigt of bijgestaan. Dit heeft ze uitstekend gedaan. Zij heeft deelgenomen aan meerdere BHP´s. De BHP´s heeft ze ook voorbereid door middel van het schrijven van de BHP en het op tijd informeren en uitnodigen van de juiste mensen. Zij heeft een belangrijke rol gespeeld in de overplaatsing van de client naar een andere instelling. Dit heeft ze vooral gedaan in het begeleiden/bijstaan van de cliënt en het schrijven van de verpleegkundige overdracht.

**Literatuur:**

(1) [www.inforsa.nl](http://www.inforsa.nl)   
  
(2) Andries Baart en Annelies van Heijst, Een beknopte schets van de presentietheorie, in:

*Sociale Interventie* 2003 – 2

(3) A.J. Baart, *Een theorie van de presentie*. Lemma, Utrecht, 2004 (3e, vermeerderde druk)

(4) *Case management, een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-hulp- en dienstverlening.* N v Riet, H Wouters. 2010 van Gorcum.