THEORIEBOEK NIVEAU 4

Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg MZ

Deel A

MBO

TRAJECT WELZIJN

MAATSCHAPPELIJKE ZORG

ThiemeMeulenhoff

Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg MZ

NIVEAU 4

THEORIEBOEK NIVEAU 4

Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg MZ

MBO

TRAJECT WELZIJN

MAATSCHAPPELIJKE ZORG

C. TELMAN

A.C. VERHOEF

Onder redactie van:

M.H.A.J. GLOUDEMANS

R.F.M. VAN MIDDE

ThiemeMeulenhoff

Colofon

Auteurs

C. Telman

A.C. Verhoef

Redactie

M.H.A.J. Gloudemans

R.F.M. van Midde

Vormgeving binnenwerk en omslag

Studio Fraaj, Rotterdam

Fotografie omslag

Mathilde Karrèr

Opmaak

Imago Mediabuilders, Amersfoort

Over ThiemeMeulenhoff
ThiemeMeulenhoff ontwikkelt zich van educatieve uitgeverij tot een learning design company. We brengen content, leerontwerp en technologie samen. Met onze groeiende expertise, ervaring en leeroplossingen zijn we een partner voor scholen bij het vernieuwen en verbeteren van onderwijs. Zo kunnen we samen beter recht doen aan de verschillen tussen lerenden en scholen en ervoor zorgen dat leren steeds persoonlijker, effectiever en efficiënter wordt.

Samen leren vernieuwen.

www.thiememeulenhoff.nl

ISBN 978 90 06 62215 7
Eerste druk, eerste oplage, 2017

© ThiemeMeulenhoff, Amersfoort, 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie (PRO), Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp (www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden. Voor meer informatie over het gebruik van muziek, film en het maken van kopieën in het onderwijs zie www.auteursrechtenonderwijs.nl.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Deze uitgave is volledig CO_2-neutraal geproduceerd.
Het voor deze uitgave gebruikte papier is voorzien van het FSC®-keurmerk.
Dit betekent dat de bosbouw op een verantwoorde wijze heeft plaatsgevonden.

Ten geleide

De afgelopen jaren zijn de beroepsopleidingen voor Maatschappelijke zorg, Pedagogisch werk en Sociaal werk aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers. Deze kwalificatiedossiers, opgebouwd uit kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen binnen Welzijn. De leermiddelen van Traject Welzijn zijn ontwikkeld voor en sluiten aan bij deze kwalificatiedossiers.

De beroepskracht Maatschappelijke zorg
Beroepskrachten Maatschappelijke zorg werken in allerlei organisaties in welzijn en de gezondheidszorg. Daarbij kan gedacht worden aan de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, thuiszorg en maatschappelijke opvang. Maar ook in welzijnsorganisaties, justitiële inrichtingen en asielzoekerscentra zijn zij werkzaam.
De doelgroep waarmee de beroepskracht Maatschappelijke zorg werkt, is zeer divers en bestaat onder andere uit:
• cliënten van alle leeftijden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke beperking;
• cliënten van alle leeftijden met een of meerdere (chronische) ziekten en/of problemen, zoals een ouderdomsziekte;
• cliënten met een psychiatrische ziekte en/of stoornis, een verslaving, een psychosociaal probleem of gedragsprobleem en cliënten die dak- of thuisloos zijn.

Het kwalificatiedossier Maatschappelijke zorg vormt de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen voor beroepen in dit domein. Het leermiddelenaanbod voor de opleiding Maatschappelijke zorg – die deel uitmaakt van Traject Welzijn – is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:
• de leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs binnen Traject Welzijn wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de ondersteuningsvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt;
• sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Traject Welzijn houdt rekening met de verschillende leerstijlen van mbo-studenten en verschillende onderwijsstijlen van docenten;
• bij de indeling van de leermiddelen is rekening gehouden met de basisfase en de profielfase;
• er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Het didactisch concept van Traject Welzijn gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt. Traject Welzijn houdt bovendien rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F voor de basisfase, 3F voor de profielfase niveau 4) af te stemmen op de doelgroep en door (praktijk) voorbeelden en (praktijk)opdrachten zo te formuleren dat de mbo-student zich aangesproken voelt.

De leermiddelen zijn zo ontwikkeld dat zowel mbo-studenten met een meer theoretische, als

mbo-studenten met een meer praktische inslag er gebruik van kunnen maken. Traject Welzijn is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om zelf invulling te geven aan zijn rol.
Traject Welzijn sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat er gewerkt wordt met uitgaven die ingedeeld zijn in thema's die bestaan uit theorie en de daarbij behorende verwerkingsopdrachten, praktijksituaties en evaluatie middels de studiehulp. Daarnaast komen de beroepsvaardigheden en de houdingsaspecten van de (beginnende) beroepsbeoefenaar expliciet aan de orde. Deze elementen vormen immers een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening.

Theoretische onderbouwing

Het onderdeel 'theorie' voor de basisfase Maatschappelijke zorg bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij de betreffende werkprocessen. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk.
De theorieboeken voor de profielfase Maatschappelijke zorg gaan verdiepend in op de verschillende profielen die worden onderscheiden:
P1: Begeleider gehandicaptenzorg
P2: Begeleider specifieke doelgroepen
P3: Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg
P4: Agogisch medewerker GGZ
P5: Thuisbegeleider
P6: Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen

Werkboeken

De werkboeken sluiten, dankzij hun thema- en hoofdstukindeling, naadloos aan bij de leerstof en indeling van de theorie. Dit geldt zowel voor de leermiddelen gericht op de basisfase als voor de leermiddelen gericht op de profielfase. Via de werkboeken kunnen de studenten zich de leerstof eigen maken door middel van:

- verwerkingsopdrachten voor de leerstof in de theorie;
- praktijksituaties met opdrachten. De praktijksituaties geven realistische beschrijvingen van de praktijk in de Maatschappelijke zorg. Hierin komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van hen verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen;
- het aanleren van beroepsvaardigheden. Het onderdeel 'vaardigheden' biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van sociaal-agogische, communicatieve, verzorgende en creatieve vaardigheden;
- thema-opdrachten gericht op integrale verwerking van de afzonderlijke thema's;
- evaluatie met behulp van de studiehulp en reflectie.

Deze onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject Welzijn. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.
Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject Welzijn kunnen werken. Heeft u vragen of suggesties, dan stellen wij het bijzonder op prijs als u contact met ons opneemt.

Amersfoort, 2017

Redactie en uitgever

Inhoud

Thema 1 Oriëntatie op de gehandicaptenzorg 19

1 Cliënten in de gehandicaptenzorg 20
1.1 Inleiding 21
1.2 Wat is gehandicaptenzorg? 21
1.3 Mensen met een verstandelijke beperking 21
1.3.1 Het hebben van een verstandelijke beperking 21
1.3.2 Definitie van verstandelijke beperking 21
1.3.3 Indelingen van mensen met een verstandelijke beperking 22
1.3.4 Specifieke syndromen 24
1.4 Mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis 24
1.5 Mensen met een meervoudige beperking 25
1.6 Mensen met een lichamelijke beperking 25
1.6.1 Indelingen van mensen met een lichamelijke beperking 25
1.6.2 Progressieve en niet-progressief verlopende beperkingen 27
1.6.3 Ondersteuning van mensen met een lichamelijke beperking 28

2 Geschiedenis van de gehandicaptenzorg en voorzieningen 29
2.1 Inleiding 30
2.2 Geschiedenis vóór 1900 30
2.3 Van 1900 tot 1955 30
2.4 Van 1955 tot 1990 31
2.5 Recente geschiedenis (vanaf 1990) 32
2.6 Woon(zorg)mogelijkheden verstandelijk-gehandicaptenzorg 33
2.6.1 Wonen in een zorgcentrum/grote zorgorganisaties 34
2.6.2 Woonvoorzieningen voor groepen 34
2.6.3 Kindergezinsvervangende tehuizen 34
2.6.4 Trainingshuizen 35
2.6.5 Wooninitiatieven 35
2.6.6 Ondersteund wonen/begeleid wonen 35
2.6.7 Begeleid zelfstandig wonen 36
2.7 Dagbesteding verstandelijk-gehandicaptenzorg 36

2.8 Woon(zorg)mogelijkheden lichamelijk-gehandicaptenzorg 36
2.8.1 Zelfstandige woning eventueel met zorg thuis 37
2.8.2 ADL-clusterwoningen/Fokuswoningen 37
2.8.3 Grote woonvormen voor mensen met een lichamelijke beperking 38
2.8.4 Kleine woonvormen 38
2.8.5 Revalidatiecentra, verpleeghuizen en andere instellingen 38

3 Van intake tot beëindiging van de hulpverlening 39
3.1 Inleiding 40
3.2 CIZ en toekenning 40
3.2.1 Intramurale indicatie, zorg thuis 43
3.3 Intake 44
3.4 Beëindiging van de zorgverlening 44

4 Het ondersteuningsproces 45
4.1 Inleiding 46
4.2 Ondersteuningsplan en kwaliteit 46
4.3 Opzet en structuur ondersteuningsplan 47
4.4 Inhoud ondersteuningsplan 48
4.5 Totstandkoming ondersteuningsplan 49
4.5.1 Gegevens verzamelen 50
4.5.2 Levensverhaal en persoonsbeeld 51
4.5.3 Perspectief en (hoofd)doelen 52
4.5.4 Activiteiten, afspraken en gewenste bejegening 53
4.6 Evaluatie, tussentijdse evaluaties en rapportage 55

Begrippen 56

Thema 2 Deskundige ondersteuning en begeleiding bieden 59

5 Deskundige zorg en ondersteuning 60
5.1 Inleiding 61
5.2 Reële, positieve en genuanceerde beeldvorming 61
5.2.1 Belang van juiste beeldvorming 61
5.2.2 Respectvolle benadering 62
5.3 Kenmerken van deskundige ondersteuning 62
5.3.1 Cliëntgericht werken 62
5.3.2 Vraaggericht werken 63
5.3.3 Totale mens als uitgangspunt 63

5.4 De relatie tussen de cliënt en persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg 64
5.4.1 Gelijkwaardige relatie 64
5.4.2 Ondersteunende relatie 65
5.4.3 Langdurige ondersteuningsrelatie 67
5.4.4 Vertrouwensrelatie 68
5.4.5 Veiligheid 69

6 Begeleiden bij wonen 70
6.1 Inleiding 71
6.2 Leven en wonen 71
6.2.1 Zorg verlenen in de thuissituatie 71
6.2.2 Kwaliteit van wonen 71
6.2.3 De woonomgeving 72
6.2.4 Contacten met de buitenwereld 72
6.3 Ondersteunen bij wonen en leven 73
6.3.1 Ondersteunen bij inrichten en aankleden van de woonruimte 73
6.3.2 Ondersteunen bij behoefte aan ruimte en privacy 74
6.3.3 Creëren en bevorderen van een passende sfeer 74
6.3.4 Bieden van structuur 75
6.3.5 Zorg dragen voor of begeleiden van het huishouden 75
6.4 Begeleiden van groepsprocessen 77
6.4.1 Groepsinteractie 77
6.4.2 Machtsstructuur 78
6.4.3 Groepsnormen 78
6.4.4 Groepsrollen 79
6.5 De groep gebruiken als middel 79
6.6 De groep begeleiden bij haar ontwikkeling 80
6.7 Aandacht geven aan individuele cliënten 81
6.8 Begeleiden bij contacten in de leefgroep 82
6.9 Zorg voor het dagelijks leefklimaat in een woongroep 82
6.9.1 Levende milieu 83
6.9.2 Dode milieu 84
6.9.3 Vormgeven aan het dagelijks leven 84

7 Begeleiden bij activiteiten 88
7.1 Inleiding 89
7.2 Organisatie van activiteiten 89
7.2.1 Samenwerking in een team 89
7.2.2 Inkomsten en uitgaven bij activiteiten 89
7.2.3 Budget en begroting 91
7.2.4 Het beheer van voorraden 91

7.3 Dagbesteding 93
7.3.1 Belevingsgerichte activiteiten 93
7.3.2 Sport en spel 94
7.3.3 Creatieve activiteiten 95
7.3.4 Muziekactiviteiten 95
7.3.5 Drama-activiteiten 98
7.3.6 Culturele participatie 100
7.3.7 Koken 101
7.3.8 Digitale (media-)activiteiten 102
7.4 Arbeidsmatige activiteiten 104
7.5 Activiteiten aanpassen 105
7.5.1 Fysieke aanpassingen 105
7.5.2 Cognitieve aanpassingen 106

8 Samenwerken met en begeleiden van ouders en mantelzorgers 107
8.1 Inleiding 108
8.2 Houding van ouders 108
8.2.1 Houding van ouders met een migratieachtergrond 109
8.2.2 Opvoedingsstijlen 109
8.3 Het verwerkingsproces bij ouders 110
8.3.1 Ontkenning 110
8.3.2 Woede 111
8.3.3 Verdriet 111
8.3.4 Acceptatie 111
8.4 Thuis wonen in het eigen gezin 112
8.4.1 Verhuizen naar een woonvoorziening 113
8.4.2 Na de verhuizing 114
8.4.3 Bezoekgedrag van ouders 114
8.5 Het belang van een goede samenwerking met verwanten 115
8.5.1 Spilfunctie voor de persoonlijk begeleider 116
8.5.2 Het eerste contact met verwanten 117
8.5.3 Werken aan een goede relatie met verwanten 117
8.6 Informele contacten met verwanten 118
8.6.1 Contact met verwanten via telefoon en mail 118
8.6.2 Breng- en haalcontacten 119
8.6.3 Open dagen 119
8.6.4 Familieavonden 120
8.7 Formele contacten met verwanten 120
8.7.1 Het familiegesprek 120
8.7.2 Het conflictoplossend gesprek 121
8.7.3 Het huisbezoek 122
8.8 Familieparticipatie 122
8.8.1 Familieparticipatie op individueel niveau 122
8.8.2 Familieparticipatie op het niveau van de groep 123
8.8.3 Familieparticipatie op het niveau van de zorgorganisatie 123

Begrippen 125

Thema 3 Cliënten met een verstandelijke beperking 127

9 Mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking 128
9.1 Inleiding 129
9.2 Mensen met een lichte verstandelijke beperking 129
9.2.1 Ondersteunen van mensen met een lichte verstandelijke beperking 130
9.3 Mensen met een matige verstandelijke beperking 132
9.3.1 Ondersteunen van mensen met een matige verstandelijke beperking 133
9.4 Syndromen 134
9.4.1 Syndroom van Down 135
9.4.2 Foetaal alcoholsyndroom (FAS) 136
9.4.3 Fragiele-X-syndroom 137

10 Ondersteunen van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking 139
10.1 Inleiding 140
10.2 Gevoel van eigenwaarde vergroten 140
10.3 Begeleiden bij relatievorming en seksualiteit 141
10.3.1 Risico van onwetendheid en misverstanden 141
10.3.2 Seksuele voorlichting geven 142
10.3.3 Meer lijfelijk en minder remmingen 143
10.3.4 Respectvol grenzen aangeven 143
10.3.5 Risico van ongelijkwaardigheid en machtsmisbruik 143
10.3.6 Als verwanten de behoefte aan seksualiteit en relaties ontkennen 145
10.3.7 Handelingsverlegenheid 145
10.4 Ondersteunen bij netwerkontwikkeling 145
10.4.1 Gericht werken aan netwerkontwikkeling 146
10.4.2 Algemene begeleiding bij netwerkontwikkeling 148
10.5 Sociale rolversterking 149
10.5.1 Werken aan sociale rolversterking 149
10.6 Ondersteunen bij het omgaan met negatieve reacties 149
10.6.1 Weerbaarheid vergroten 149
10.6.2 Praten over de interpretatie van situaties 150
10.7 Spel en activiteiten 151
10.7.1 Belang van spel en activiteiten 151
10.7.2 Aanbieden en begeleiden van spel en activiteiten 151
10.8 Ondersteunen bij werk 152
10.8.1 Succesfactoren voor vinden en behouden van werk 153

11 Mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking 154
11.1 Inleiding 155
11.2 Mensen met een ernstige verstandelijke beperking 155
11.2.1 Ondersteuning 155

11.3 Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking 156
11.3.1 Ondersteuning 157
11.4 Specifieke syndromen 157
11.4.1 Rettsyndroom 157
11.4.2 Angelmansyndroom 159
11.4.3 Het syndroom van Prader-Willi 159

12 Ondersteunen van mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking 161
12.1 Inleiding 162
12.2 Communicatie met anderen 162
12.3 Veiligheid bieden 164
12.3.1 Structuur in de dagindeling 164
12.3.2 Structuur in de leefruimte 164
12.3.3 Structuur in de omgang en begeleiding 165
12.4 Regie over het eigen leven 165
12.5 Lichamelijke verzorging 165
12.5.1 Rumineren 166
12.5.2 Problemen met de uitscheiding 166
12.5.3 Huidproblemen 167
12.5.4 Gebitsproblemen en gebitsverzorging 167
12.5.5 Nagelverzorging 168

Begrippen 169

Thema 4 Ondersteuning bij levensloop en bij bijzonder gedrag 173

13 De ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking 174
13.1 Inleiding 175
13.2 Hoe uit zich een verstandelijke beperking? 175
13.2.1 Te trage ontwikkeling 175
13.2.2 Stilstand in de ontwikkeling 175
13.2.3 Terugval in de ontwikkeling 175
13.2.4 Incomplete ontwikkeling 176
13.2.5 Alarmsignalen ontwikkelingsachterstand 176
13.3 Fasen in de ontwikkeling die anders verloopt 176
13.3.1 Kinderen met een verstandelijke beperking 176
13.3.2 Pubers met een verstandelijke beperking 177
13.3.3 Volwassenen met een verstandelijke beperking 178
13.3.4 Ouderen met een verstandelijke beperking 181
13.4 Dementie bij mensen met een verstandelijke beperking 185
13.4.1 Verschijnselen van dementie 185
13.4.2 Ondersteunen van demente cliënten 185

13.5 Sterven en rouw bij mensen met een verstandelijke beperking 186
13.5.1 Stervensbegeleiding 186
13.5.2 Begeleiden bij rouw 187

14 Bijzonder gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking 190
14.1 Inleiding 191
14.2 Oorzaken van bijzonder gedrag 191
14.3 ADHD bij mensen met een verstandelijke beperking 191
14.3.1 Kenmerkende gedragingen bij ADHD 192
14.3.2 Ondersteunen van cliënten met een aandachtsstoornis 192
14.4 Hechtingsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking 193
14.4.1 Oorzaken van hechtingsproblemen 193
14.4.2 Gevolgen van hechtingsproblemen 193
14.4.3 Ondersteunen bij behoefte aan veiligheid en bij hechtingsproblemen 195
14.5 Psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking 195
14.5.1 Psychose en schizofrenie 196
14.5.2 Omgaan met psychotische cliënt 197
14.5.3 Stemmingsstoornis 197
14.5.4 Omgaan met cliënt met bipolaire stoornis 197
14.5.5 Angststoornis 198
14.5.6 Omgaan met cliënt met angststoornis 199
14.5.7 Obsessieve-compulsieve stoornis 199
14.5.8 Omgaan met cliënt met obsessieve-compulsieve stoornis 200
14.6 Depressie bij mensen met een verstandelijke beperking 200
14.6.1 Kenmerken van depressie 200
14.6.2 Behandeling van en ondersteuning bij depressie 201
14.7 Epilepsie bij mensen met een verstandelijke beperking 202
14.7.1 Oorzaken van epilepsie 202
14.7.2 Ondersteunen bij epilepsie 202
14.8 Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking 204
14.8.1 Vormen van probleemgedrag 204
14.8.2 Signaleren van gedragsproblemen bij cliënten 204
14.8.3 Oorzaken en achtergronden van probleemgedrag 205
14.8.4 Herhaalgedrag 205
14.8.5 Splitting 206
14.8.6 Observatie van gedragsproblemen 206
14.8.7 Ondersteunen van cliënten bij probleemgedrag 207
14.9 Fysieke agressie bij mensen met een verstandelijke beperking 209
14.9.1 Oorzaken van fysieke agressie 209
14.9.2 Fysieke agressie voorkomen 209
14.9.3 Omgaan met dreigende escalaties 210
14.9.4 Cliënten leren omgaan met de eigen agressie 211
14.9.5 Werken aan je eigen houding en vaardigheden 211

Begrippen 212

Thema 5 Cliënten met aandoeningen aan het centraal zenuwstelsel 215

15 Anatomie en fysiologie van het centraal zenuwstelsel 216
15.1 Inleiding 217
15.2 Hersenen 217
15.2.1 Onderdelen en functies van de hersenen 218
15.3 Het ruggenmerg 221
15.4 Het perifeer zenuwstelsel 222
15.4.1 Reflexen 222
15.5 Functies van het zenuwstelsel 223
15.6 Zenuwweefsel 224

16 Hersenletsel 226
16.1 Inleiding 227
16.2 Vormen van hersenletsel 227
16.2.1 Aangeboren hersenletsel 227
16.2.2 Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) 228
16.3 Oorzaken van hersenletsel 229
16.4 Diagnostische onderzoeken 231
16.5 Verschijnselen bij hersenletsel 232
16.5.1 Bewustzijnsstoornissen 232
16.5.2 Motorische stoornissen 234
16.5.3 Sensorische stoornissen 235
16.5.4 Cognitieve stoornissen 235
16.5.5 Emotionele stoornissen 236
16.6 Verzorging en begeleiding bij hersenletsel 237
16.6.1 Specifieke aandachtspunten 238
16.6.2 Begeleiding algemeen 244
16.6.3 Begeleiding NAH 245
16.7 CVA 246

17 Multiple sclerose en amyotrofische laterale sclerose 249
17.1 Inleiding 250
17.2 Multiple sclerose 250
17.2.1 Vormen van MS 250
17.2.2 Oorzaken van MS 251
17.2.3 Diagnose MS 251
17.2.4 Behandeling van MS 251
17.2.5 Verschijnselen van MS 252
17.2.6 Verzorging en begeleiding bij MS 253

17.3 Cliënten met ALS (amyotrofische laterale sclerose) 256
17.3.1 Oorzaak van ALS 256
17.3.2 Verschijnselen van ALS 256
17.3.3 Vormen van ALS 257
17.3.4 Behandeling van ALS 257
17.3.5 Prognose ALS 258
17.3.6 Verzorging en begeleiding bij ALS 258

18 Spina bifida en dwarslaesie 261
18.1 Inleiding 262
18.2 Cliënten met spina bifida 262
18.2.1 Vormen van spina bifida 262
18.2.2 Oorzaak van spina bifida 263
18.2.3 Verschijnselen van spina bifida 263
18.2.4 Behandeling van spina bifida 264
18.2.5 Verzorging en begeleiding bij spina bifida 264
18.3 Cliënten met een dwarslaesie 265
18.3.1 Oorzaken van een dwarslaesie 267
18.3.2 Plaats van de dwarslaesie 267
18.3.3 Compleet of incompleet 268
18.3.4 Verschijnselen van een dwarslaesie 268
18.3.5 Verzorging en begeleiding bij een dwarslaesie 269

Begrippen 272

Thema 6 Cliënten met aandoeningen aan de zintuigen 277

19 Slechthorendheid en doofheid 278
19.1 Inleiding 279
19.2 Het gehoor 279
19.2.1 Anatomie van het oor 279
19.3 Aandoeningen aan het gehoor 280
19.3.1 Oorsuizen 281
19.3.2 Slechthorendheid 281
19.4 Doofheid 283
19.4.1 Aangeboren doofheid 284
19.4.2 Later verworven doofheid 284
19.5 Begeleiding en verzorging 286
19.5.1 Hoortoestellen 286
19.5.2 Klachten door hoortoestellen 290
19.5.3 Communicatie met slechthorenden en doven 290

20 Slechtziendheid en blindheid 293
20.1 Inleiding 294

20.2 Het oog 294
20.2.1 Anatomie van het oog 294
20.2.2 Bouw van het oog 294
20.2.3 Werking van het oog 295
20.2.4 Slechtziendheid en blindheid 296
20.2.5 Oorzaken van slechtziendheid en blindheid 296
20.3 Oogafwijkingen 297
20.3.1 Vormen 297
20.3.2 Diagnostiek oogaandoeningen 299
20.3.3 Behandeling oogaandoeningen 300
20.4 Verstandelijke beperking en slechtziendheid 300
20.5 Doofblindheid 301
20.6 Ondersteuning 302
20.6.1 Voortbeweging van blinden en slechtzienden 302
20.6.2 Oriëntatieprobleem 303
20.6.3 Communicatie 303
20.6.4 Hulpmiddelen 304
20.6.5 Psychosociale aspecten 304

Begrippenlijst 305

Thema 7 Cliënten met aandoeningen aan het bewegingsstelsel 307

21 Anatomie en fysiologie van het bewegingsstelsel 308
21.1 Inleiding 309
21.2 Botten 309
21.3 Gewrichten 310
21.4 Spieren 310

22 Spierdystrofie 313
22.1 Inleiding 314
22.2 Algemene informatie spierdystrofie 314
22.3 Cliënten met spierdystrofie van Duchenne 315
22.4 Cliënten met spierdystrofie van Becker 316
22.5 Verschijnselen bij ziekte van Duchenne en ziekte van Becker 317
22.6 Onderzoek 318
22.7 Behandeling van ziekte van Duchenne en ziekte van Becker 319
22.8 Verzorging en begeleiding algemeen 320

23 Gewrichtsaandoeningen 324
23.1 Inleiding 325

23.2 Cliënten met artrose 325
23.2.1 Oorzaken 325
23.2.2 Verschijnselen 326
23.2.3 Behandeling 326
23.2.4 Begeleiding en verzorging 327
23.3 Cliënten met reumatoïde artritis 329
23.3.1 Oorzaken 329
23.3.2 Verschijnselen 329
23.3.3 Diagnose 331
23.3.4 Behandeling 331
23.3.5 Verzorging en begeleiding 331

24 Osteoporose, amputaties en complex regionaal pijnsyndroom 335
24.1 Inleiding 336
24.2 Cliënten met osteoporose 336
24.2.1 Oorzaken 336
24.2.2 Verschijnselen 337
24.2.3 Diagnose en behandeling 337
24.2.4 Verzorging en begeleiding 338
24.3 Cliënten met amputatie van ledematen 339
24.3.1 Oorzaken 339
24.3.2 Revalidatie 340
24.3.3 Prothese 340
24.3.4 Verzorging en begeleiding 341
24.4 Cliënten met het complex regionaal pijnsyndroom 343
24.4.1 Oorzaken 344
24.4.2 Verschijnselen 344
24.4.3 Diagnose 345
24.4.4 Behandeling 345
24.4.5 Verzorging en begeleiding 345

Begrippen 348

Register 349

Illustratieverantwoording 356

Thema 8 tot en met 13 vind je in deel B.

1

THEMA

Oriëntatie op de gehandicaptenzorg

Kern

Werken in de gehandicaptenzorg houdt in: in relatie staan tot met mensen met een beperking. Cliënten doorlopen een traject, dat begint bij de intake en eindigt bij de beëindiging van de hulpverlening. Tijdens het ondersteuningsproces wordt vaak gebruikgemaakt van een ondersteunings- of handelingsplan.

Cliënten in de gehandicaptenzorg

Cliënten kunnen verschillende vormen van beperkingen hebben. De beperking kan in lichte mate aanwezig zijn, maar kan ook ernstig zijn. Er is sprake van een duidelijke beperking in het intellectuele functioneren. Naast de intellectuele beperking zijn er beperkingen in het aanpassingsvermogen.

Geschiedenis van de gehandicaptenzorg en voorzieningen

Door de eeuwen heen is men steeds anders gaan kijken naar mensen met een verstandelijke beperking. Hierdoor is in de zorg, ondersteuning en omgang met deze cliënten veel veranderd. De geschiedenis is bepalend voor hoe de zorg nu is. De huidige voorzieningen spelen een rol bij het welbevinden van cliënten.

Van intake tot beëindiging van de hulpverlening

De zorg in Nederland is professioneel georganiseerd en wordt zorgvuldig geregeld. Iedereen heeft recht op zorg, in de vorm die het best past bij de zorgvraag. Als persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg kun je al op een vroeg moment in contact komen met de cliënt wanneer het je taak is te zorgen voor een passend ondersteuningsplan.

Het ondersteuningsproces

Het ondersteuningsplan is een belangrijk middel bij het methodisch werken tijdens de ondersteuning van de cliënt. Het ondersteuningsplan is voor iedere cliënt verschillend. Niet iedere cliënt heeft evenveel ondersteuning nodig en ook niet dezelfde soort ondersteuning. We gebruiken hier het begrip ondersteuningsplan. Er wordt ook wel gesproken over handelingsplan, begeleidingsplan, zorgplan.

1 Cliënten in de gehandicaptenzorg

Op het station in Eindhoven staan zes kleurrijke prullenbakken. Ze zijn beschilderd door vijfig kunstenaars met een verstandelijke beperking. Ze zijn er geplaatst in het kader van het project 'Beeldend schoon' waarin het Eindhovense schoonmaakbedrijf ICS, de zorgorganisatie ASVZ en de Nederlandse spoorwegen met elkaar samenwerken. Een van de kunstenaars is Martijn. Hij vertelt: 'Hallo ik ben Martijn en ik ben 42 jaar. Ik ben dagelijks op het Atelier of bij de La Troupe. Ik kan goed schilderen en dat doe ik vaak hier. Ook werk ik op de Wielewaal, daar maak ik kaarsen op de kaarsenmakerij. Op de Wielewaal is een disco, ik vind het hier heel leuk. Ik hou ook van zwemmen dat doe ik elke dinsdag.'
Martijn houdt van vrolijke en heldere figuren. Hij heeft een tekening en een schilderij gemaakt. Op het schilderij heeft hij mensen op prullenbakken afgebeeld. Hij zegt hierover: 'Soms ligt er troep. Je moet het zelf erin gooien. Het hoort toch netjes te zijn?' Martijn vertelt ook: 'Ik heb de molens bij de rivier getekend. Zou de trein er heen gaan? Ik vind de molens mooi, daar ga ik wel eens met mijn moeder heen.'

1.1 Inleiding

Werken in de gehandicaptenzorg houdt in: in relatie staan tot mensen met een beperking. Door te spreken over 'mensen met een beperking' en niet over 'mensen met een handicap', laat je zien dat het gaat om een probleem bij het functioneren en niet om een participatieprobleem. Het probleem bij het functioneren bepaalt namelijk de ondersteuningsvraag die iemand heeft, en dat bepaalt de zorg en ondersteuning die jij geeft.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- wat is gehandicaptenzorg?
- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis;
- mensen met een meervoudige beperking;
- mensen met een lichamelijke beperking.

1.2 Wat is gehandicaptenzorg?

In de gehandicaptenzorg krijg je te maken met mensen die een beperking hebben. 'Gehandicaptenzorg' is een verzamelterm. Het gaat om zorg, begeleiding en opvang op het gebied van wonen, werk, dagbesteding en onderwijs voor mensen met een lichamelijke beperking, een verstandelijke beperking en een meervoudige beperking.
De doelgroep 'mensen met een beperking' is erg groot. Als persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg kun je bijvoorbeeld werken met:

- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een lichamelijke beperking;
- mensen met een meervoudige beperking;
- mensen met een chronische ziekte;
- mensen die revalideren.

1.3 Mensen met een verstandelijke beperking

In Nederland wonen zo'n 120.000 mensen met een verstandelijke beperking. Iets meer dan de helft daarvan heeft een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking. Er zijn meer mannen dan vrouwen met een verstandelijke beperking. De verhouding is ongeveer zes mannen op vijf vrouwen.
Mensen met een verstandelijke beperking verschillen net zo veel van elkaar als andere mensen. Toch worden ze vaak als één groep gezien. Er zijn veel vooroordelen. Bijvoorbeeld dat 'ze' niets kunnen, dat 'ze' zielig zijn, dat 'ze' er eng uitzien en dat 'ze' net kleine kinderen zijn. Dit soort vooroordelen maakt duidelijk dat veel mensen een verkeerd beeld hebben van mensen met een verstandelijke beperking. Elke persoon met een verstandelijke beperking is een individu en heeft dezelfde rechten als iedereen.

1.3.1 Het hebben van een verstandelijke beperking

Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn veel benamingen in omloop, zoals 'geestelijk gehandicapt', 'zwakzinnig' en 'mentaal geretardeerd'. Deze termen zijn gelukkig verouderd, maar je kunt ze nog tegenkomen. De juiste term is: 'mensen met een verstandelijke beperking'. Deze term maakt duidelijk dat:

- het om *gewone* mensen gaat, net als ieder ander;
- de cliënt een beperking heeft (hij *is* het niet!);
- er sprake is van een probleem bij het intellectuele functioneren.

1.3.2 Definitie van verstandelijke beperking

Het is belangrijk om uit te gaan van een goede definitie van een verstandelijke beperking. De definitie die wereldwijd het meest wordt gebruikt is hier het uitgangspunt.

Bij een verstandelijke beperking is sprake van duidelijke beperkingen in het intellectuele functioneren en aanpassingsvermogen. Bij een beperking in het aanpassingsvermogen kan de cliënt niet handelen naar de normen die horen bij zijn leeftijd. Het gaat om normen op het gebied van sociale vaardigheden, verantwoordelijkheden, communicatie, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. De beperkingen treden op vóór de leeftijd van achttien jaar.

In de definitie komt een aantal aspecten naar voren:

- Er is sprake van een duidelijke beperking in het intellectuele functioneren. Dit wil zeggen dat er duidelijk problemen zijn op verstandelijk gebied: (grote) problemen bij het leren, denken en onthouden van zaken. Denk hierbij niet alleen aan theoretische, maar ook aan praktische zaken. Jezelf kunnen aankleden bijvoorbeeld stelt eisen aan je (motorische) vaardigheid, maar je moet ook de volgorde waarin je de kleren moet aantrekken onthouden en (vooral) de logica daarvan inzien.
- Naast de intellectuele beperking zijn er beperkingen in het aanpassingsvermogen. Denk bijvoorbeeld aan het vermogen in te kunnen spelen op anderen, op situaties of op gestelde eisen. Een persoon met een verstandelijke beperking heeft er moeite mee onafhankelijk te functioneren en verantwoordelijkheid te dragen.
- De cliënt kan niet voldoen aan de normen die horen bij de leeftijd. Wat men kan en niet kan, is leeftijdsgebonden. Als een kind achterblijft in zijn ontwikkeling, kan alleen maar de vergelijking gemaakt worden met andere kinderen van die leeftijd.
- Een persoon met een verstandelijke beperking heeft problemen op het vlak van sociale vaardigheden, verantwoordelijkheden, communicatie, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. Bij al deze zaken is een goed begrip van de situatie en de reacties van anderen nodig om correct te reageren. Een persoon met een verstandelijke beperking is daarom niet, of niet goed, in staat zelfstandig deel te nemen aan het verkeer, zelfstandig te wonen, zorg te dragen voor eigen veiligheid en gezondheid enzovoort. Deze situaties stellen eisen aan hem, waaraan hij niet kan voldoen. De mate waarin hij dit niet kan, verschilt per persoon.
- De verstandelijke beperking komt voor het achttiende jaar tot uiting. Voor het achttiende levensjaar is duidelijk dat er sprake is van:
  - een te trage ontwikkeling;
  - stilstand in de ontwikkeling;
  - terugval in de ontwikkeling;
  - een incomplete ontwikkeling.

1.3.3 Indelingen van mensen met een verstandelijke beperking

Er zijn drie manieren waarop je mensen met een verstandelijke beperking kunt indelen.

Indeling op basis van intelligentie

Bij de vraag of iemand een verstandelijke beperking heeft, werd vroeger gekeken naar het *IQ* (intelligentiequotiënt). Tegenwoordig kijkt men naar meer dan alleen het IQ. Dat is logisch als je kijkt naar de definitie van 'verstandelijke beperking'. Je moet ook kijken naar het aanpassingsvermogen, en of iemand wel of niet zelfstandig kan deelnemen aan het sociaal en maatschappelijk leven.

Indeling naar niveaus

In plaats van een indeling naar IQ, is er nu een indeling naar niveaus:

- mensen met een lichte verstandelijke beperking;
- mensen met een matige verstandelijke beperking;
- mensen met een ernstige verstandelijke beperking;
- mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking.

Realiseer je dat bij twee mensen van hetzelfde niveau de verschillen altijd groter zijn dan de overeenkomsten. De informatie hierna geeft je een idee van wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn bij een bepaald niveau van functioneren.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben meestal geen zorg of begeleiding nodig. Zelfstandigheid en zelfredzaamheid zijn bijna altijd mogelijk. Ze kunnen wel ondersteuning en voorlichting nodig hebben, bijvoorbeeld als er bijkomende stoornissen of problemen zijn. Ook een goede communicatie is mogelijk. Houd er rekening mee dat de persoon met een lichte verstandelijke beperking zich bewust is van zijn 'anders-zijn'.

Mensen met een matige verstandelijke beperking

Mensen met een matige verstandelijke beperking kunnen zich meestal verbaal uiten, al is hun woordenschat beperkt. Ze zijn in staat een behoorlijke vorm van zelfredzaamheid te ontwikkelen. De motoriek is meestal redelijk goed ontwikkeld. Mensen met een matige verstandelijke beperking zijn aangewezen op zorg en begeleiding, waarbij de nadruk ligt op ondersteuning en voorlichting.

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking hebben enig contact met de buitenwereld, al gedragen ze zich nogal eens passief. Meestal zijn ze in staat om enige zelfredzaamheid te ontwikkelen. Er kan starheid optreden: iets moet of kan alleen op een bepaalde manier en anders niet. Er is bijna altijd sprake van een zekere ontwikkeling van de motoriek. Mensen met een ernstige verstandelijke beperking zijn aangewezen op verzorging en begeleiding. De zelfzorg moet gedeeltelijk worden overgenomen en ondersteund.

Figuur 1.1 Iedere persoon met een verstandelijke beperking is een individu

Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking

Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking leven in een eigen wereld. Ze zijn in zichzelf gekeerd. Ze zijn nauwelijks in staat enige vorm van zelfredzaamheid te ontwikkelen. De motoriek is onvoldoende ontwikkeld. Soms zijn ze bedlegerig. Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking zijn aangewezen op volledige verzorging en begeleiding van anderen.

Indeling naar ervaringsordening

Een andere indeling is die van Dorothea Timmers-Huigens. Haar uitgangspunt is **ervaringsordening**: de verschillende manieren waarop iemand met een verstandelijke beperking zichzelf en de wereld om zich heen beleeft. Wat kan hij en wat doet hij met zijn ervaringen? Dit is vooral ook van belang bij het doen van activiteiten. Timmers-Huigens onderscheidt:

- vormgevend ervaren;
- structurerend ervaren;
- associatief ervaren;
- lichaamsgebonden ervaren.

Vormgevend ervaren

Vormgevend ervaren betekent dat de cliënt vorm kan geven aan zijn eigen leven. Hij is in staat iets

extra's, iets eigens toe te voegen aan wat er al is. Hij heeft zijn eigen smaak en maakt zijn eigen keuzes. Hij is bijvoorbeeld in staat zelf te bepalen hoe zijn kamer of huis eruit moet zien en welke muziek hij mooi vindt.

Structurerend ervaren

Bij *structurerend ervaren* is de cliënt in staat tot meer ingewikkelde associaties. Hij kan structuur herkennen en aanbrengen. Hij kan meer dan twee zaken met elkaar in verband te brengen. Hij is ook in staat de juiste volgorde aan te brengen in een reeks handelingen. Het opstaan bestaat bijvoorbeeld uit een reeks handelingen: uit bed komen, nachtgoed uittrekken, wassen, scheren, verschonen, aankleden. Deze handelingen moeten in een juiste volgorde worden afgewerkt. Een cliënt die structurerend ordent, is in staat de juiste volgorde aan te brengen in deze (en andere) handelingsreeksen. Hij kan daardoor een redelijk grote zelfredzaamheid bereiken.

Associatief ervaren

Bij *associatief ervaren* kan de cliënt associaties maken: 'dit hoort bij dat.' Als bijvoorbeeld de tafel gedekt is, weet hij dat het tijd is om te gaan eten. Als hij zijn pyjama aan heeft, weet hij dat het tijd is om zijn tanden te poetsen. Herhaling speelt een belangrijke rol bij het aanleren van associaties. Je kunt hem dingen leren door ze telkens op dezelfde manier te herhalen.

Lichaamsgebonden ervaren

Sommige cliënten nemen alleen waar wat ze met hun eigen lichaam ervaren. Dit noem je *lichaamsgebonden ervaren*. Denk aan knuffelen, aaien, sabbelen, eten. Zet je de cliënt voor de tv, dan heeft hij daar niets aan. Hij kan geen betekenis geven aan wat hij op afstand ziet, hoort of ruikt. Bij het lichaamsgebonden ervaren is het belangrijk gebruik te maken van lichamelijk contact.

1.3.4 Specifieke syndromen

In de gehandicaptenzorg kun je ook te maken krijgen met cliënten met een specifiek syndroom. De bekendste is het syndroom van Down. Mensen die hetzelfde syndroom hebben, kunnen op elkaar lijken maar zijn niet hetzelfde. Ook al vallen de overeenkomsten op, de onderlinge verschillen zijn groter.

Figuur 1.3 Een cliënt met het syndroom van Down

1.4 Mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis

Mensen met een licht verstandelijk beperking en een gedragsstoornis hebben speciale aandacht nodig. De gedragsstoornis kan groot of klein zijn. De afkorting voor een grote gedragsstoornis is

Tabel 1.1 Indeling van mensen met een verstandelijke beperking

vroeger	nu	ervaringsordening
debiel	lichte verstandelijke beperking	structurerend en vormgevend ervaren
licht imbeciel	matige verstandelijke beperking	associatief en structurerend ervaren
ernstig imbeciel	ernstige verstandelijke beperking	lichaamsgebonden en associatief ervaren
idioot	zeer ernstige verstandelijke beperking	lichaamsgebonden ervaren

SGLVG: sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. Deze doelgroep heeft allerlei problemen, bijvoorbeeld (crimineel gedrag, verslaving, psychiatrische stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen. Dat ze óók een verstandelijke beperking hebben, zien instanties en begeleiders vaak veel te laat.

1.5 Mensen met een meervoudige beperking

In de gehandicaptenzorg kun je ook te maken krijgen met mensen met een *meervoudige beperking*. Vooral een combinatie van een verstandelijke en een motorische beperking komt veel voor. Bij een meervoudige beperking hoeft het niet per se om een combinatie van een lichamelijke en verstandelijke beperking te gaan. Een doofblinde cliënt heeft ook een meervoudige beperking.
Cliënten met een zeer ernstige verstandelijke, motorische én visueel/auditieve beperking, duid je aan als 'mensen met een ernstige meervoudige beperking' (*EMB*). In de gehandicaptenzorg kun je ook de afkorting ZEVMB tegenkomen. Mensen met *ZEVMB* hebben zowel (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen als (zeer) ernstige motorische beperkingen. Specifieke problemen bij deze cliënten zijn problemen met alertheid, gedragsproblemen, communicatieproblemen en problemen met sociale contacten.

1.6 Mensen met een lichamelijke beperking

Bij een beperking op lichamelijk gebied kan het gaan om allerlei vormen van beperkingen. Denk aan:

- motorische beperkingen;
- zintuiglijke beperkingen;
- orgaanbeperkingen;
- bewustzijnsstoornissen (coma, epilepsie);
- niet-aangeboren hersenletsel (CVA bijvoorbeeld);
- spraak- en/of taalstoornissen.

Ongeveer 70 % van de bewoners van woonvormen voor mensen met een lichamelijke beperking, heeft ook een verstandelijke beperking. In de lichamelijk-gehandicaptenzorg werk je vooral met de leeftijdsgroep van 0 tot 65 jaar. Ouderen met lichamelijke stoornissen en beperkingen vallen onder de ouderenzorg. Zij wonen zelfstandig, of bijvoorbeeld in een zorgcentrum.
Een lichamelijke beperking kan aangeboren of pas later verkregen zijn. Wie op latere leeftijd een beperking krijgt, voelt vaak het pijnlijke gemis van alles wat vroeger wel kon. Wie op latere leeftijd een beperking krijgt, gaat vaak anders tegen zichzelf, anderen en de maatschappij aankijken.

Figuur 1.3 Motorische beperkingen komen in de gehandicaptenzorg veel voor

1.6.1 Indelingen van mensen met een lichamelijke beperking

Lichamelijke beperkingen kun je op verschillende manieren onderverdelen. Je kunt als eerste kijken naar de aard van de beperking. Een tweede indeling is die naar de oorzaak van de beperking: er zijn aangeboren en niet-aangeboren beperkingen. Een derde indeling is die in zichtbare en onzichtbare beperkingen.

Deze uitgave Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg MZ maakt deel uit van de serie Traject Welzijn. De theorie van deze uitgave sluit volledig aan bij onderstaande werkprocessen uit het kwalificatiedossier Maatschappelijke zorg.

P3-K1-W1 Stelt het ondersteuningsplan op
P3-K1-W2 Ondersteunt cliënt/naastbetrokkenen bij het voeren van de regie
P3-K1-W3 Ondersteunt en motiveert een groep cliënten bij activiteiten
P3-K1-W4 Ondersteunt de cliënt bij het leggen en onderhouden van contacten en betrekt naastbetrokkenen
P3-K1-W5 Voert verpleegtechnische handelingen uit
P3-K1-W6 Voert beheertaken uit
P3-K1-W7 Voert coördinerende taken uit
P3-K1-W8 Begeleidt nieuwe collega's, stagiaires en/of vrijwilligers

De leermiddelen uit de serie Traject Welzijn zijn bestemd voor de opleidingen Pedagogisch werk, Maatschappelijke zorg en Sociaal werk. Door de thematische opbouw is Traject Welzijn geschikt voor alle onderwijsvormen en alle leerwegen, past daarnaast in verkorte trajecten en sluit aan bij elke leerstijl. De leerstof is opgebouwd uit: theorie, praktijksituaties en beroepsvaardigheden. Je kunt starten vanuit de theorie of vanuit een (gesimuleerde) praktijksituatie. Wat voor jou het beste werkt.

De **theorie** bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie bij het betreffende werkproces en bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten sluiten aan bij de leerstof in de theorie.

De **praktijksituaties** zijn realistische beschrijvingen van situaties uit de beroepspraktijk, inclusief opdrachten gekoppeld aan houdingsaspecten, vaardigheden en kenniselementen.

De **beroepsvaardigheden** bevatten opdrachten voor het stapsgewijs aanleren van sociaal-agogische, communicatieve, verzorgende en creatieve vaardigheden.

Het complete aanbod van Traject Welzijn bestaat uit:
- theorieboeken met een heldere en gestructureerde uitleg over de benodigde vakkennis, verduidelijkt met veel praktijkvoorbeelden;
- werkboeken met verwerkingsopdrachten, toepassingsopdrachten en evaluatie- / reflectieopdrachten;
- digitale omgeving met ondersteunend materiaal voor zowel student als docent.

Wil je weten welke materialen er nog meer beschikbaar zijn bij Traject Welzijn?
Kijk dan op www.thiememeulenhoff.nl/trajectwelzijn.

Auteurs:
C. Telman
A.C. Verhoef

Onder redactie van:
M.H.A.J. Gloudemans
R.F.M. van Midde

9 789006 622157