

THEORIEBOEK NIVEAU 4

# Geestelijke gezondheidszorg 2

MBO

TRAJECT  
V&V

VERPLEEGKUNDIGE



ThiemeMeulenhoff



# **Geestelijke gezondheidszorg 2**

NIVEAU 4



**THEORIEBOEK** NIVEAU 4

# Geestelijke gezondheidszorg 2

A. ENGELTJES

A. WILLEMSE

Onder redactie van:

C.A. ABRAHAMSE

M.H.A.J. GLOUDEMANS

**MBO**

**TRAJECT  
V&V**

**VERPLEEGKUNDIGE**



# Colofon

## Auteurs

A. Engeltjes  
A. Willemse

## Redactie

C.A. Abrahamse  
M.H.A.J. Gloude-mans

Met deskundige van bijdrage A. de Bekker

## Vormgeving binnenwerk en omslag

Studio Fraaj, Rotterdam

## Fotografie omslag

Peter Bak, Rotterdam

## Opmaak

Imago Mediabuilders, Amersfoort

## Technisch tekenwerk

Tiekstra Media, Groningen

## Illustraties

Floris Oudshoorn © blz. 170, 189, 232

## Fotografie

Bert Spiertz / Hollandse Hoogte © blz. 303  
CaptureIt / Alamy / Image Select © blz. 80  
Dan Pearson Photography / Alamy / Image Select © blz. 89  
Frank Muller / Zorg in beeld / Hollandse Hoogte © blz. 141, 350  
Frank Muller / Zorg in beeld © blz. 283  
Jaco Klamer / Hollandse Hoogte © blz. 246, 299  
Joe Amon/The Denver Post / Getty Images © blz. 174r  
Ludwig Grillich / Wikimedia Commons © blz. 289  
Luuk van der Lee Fotografie / Hollandse Hoogte © blz. 240  
Marcel vd Bergh / Hollandse Hoogte © blz. 291  
Mirador Media (Anke Gielen, Koen Bakx, Maria van der Heijden) © blz. 329, 332  
Phil Nijhuis / Hollandse Hoogte © blz. 371  
Shutterstock © blz. 20, 33, 40, 42, 47, 48, 49, 51, 59, 72, 79, 87, 94, 106, 114, 120, 125, 128, 137, 146, 148, 149, 150, 152, 153, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 174l, 175, 192, 194, 198, 216, 218, 221, 223, 235, 242, 250, 254, 312, 316, 319, 325, 354  
Werry Crone / Hollandse Hoogte © blz. 212

## Screenshots websites

GGZNederland.nl © blz. 379  
Ypsilon.org © blz. 337  
Kwaliteitsregistervenvn.nl © blz. 341

## 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](http://www.thiememeulenhoff.nl)

ISBN 978 90 06 91044 5  
Tweede 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](http://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](http://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<sub>2</sub>-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 verpleging en verzorging aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers.

*De mbo-verpleegkundige wordt opgeleid om in alle branches van de verpleging en verzorging te werken: ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. De breedte (vier contexten) dient gewaarborgd te zijn om te voldoen aan de Wet BIG. Zij levert vanuit een teamverband vraaggerichte intramurale en/of ambulante en/of semimurale zorg. De werkplek is wisselend en kan ook internationaal zijn. Op de werkplek kunnen zowel de zorgvragers als hun zorgbehoeften snel veranderen. De doelgroep waaraan de mbo-verpleegkundige zorg verleent, is zeer divers. De doelgroep bestaat onder andere uit: oudere zorgvragers met beperkte zelfzorg, waaronder psychogeriatrische en somatische zorgvragers; chronisch zieken; revaliderende zorgvragers; zorgvragers met een handicap; klinische zorgvragers; zorgvragers met psychiatrische ziektes en/of stoornissen; barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen; kinderen en jeugdigen met potentiële of feitelijke gezondheids- of bestaansdreiging.*

*Bron: kwalificatiedossier op [www.s-bb.nl/kwalificatiedossiers](http://www.s-bb.nl/kwalificatiedossiers)*

Deze kwalificatiedossiers, uitgewerkt in beroepsspecifieke kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen in de gezondheidszorg. De leermid-

delen van Traject V&V zijn ontwikkeld voor, en sluiten aan bij, deze kwalificatiedossiers. Traject V&V is een leermiddelenaanbod voor de opleidingen Verzorgende IG (kwalificatieniveau 3) en Mbo-Verpleegkundige (kwalificatieniveau 4). Traject V&V is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:

- De leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs in de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de zorgvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt (zorgsituaties).
- Sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Leerstijl en leerervaringen hangen samen met de kenmerken van de mbo-student en zijn of haar situatie. Traject V&V 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 basisdelen en de brancheprofielen voor de Verzorgende IG.
- Er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Binnen het beroepsgerichte opleiden worden leertrajecten afgestemd op reeds aanwezige competenties bij individuele studenten. Bij het verwerven van competenties staat het zich eigen maken van vakkennis en beroepsvaardigheden, in combinatie met de ontwikkeling van de beroepshouding en de persoonlijke vorming, centraal. De leermiddelen van Traject V&V sluiten daarbij aan.

Traject V&V houdt rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F) 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 V&V is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om invulling te geven aan zijn rol van 'begeleider' van het leerproces van de mbo-student.

Traject V&V sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat aandacht is besteed aan verwerkingsopdrachten bij de theorie en de 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.

In Traject V&V, inhoudelijk gebaseerd op de kwalificatiedossiers, worden de werkprocessen en uitstroomverbijzonderingen uitgewerkt in drie onderdelen.

#### *Theoretische onderbouwing met verwerkingsopdrachten*

Het onderdeel 'theorie' voor het basisdeel bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij het betreffende werkproces. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten, opgenomen in het werkboek, sluiten aan op de leerstof in de theorieboeken.

De theorieboeken en werkboeken voor de branchegerichte profielen gaan verdiepend in op de zorg in de verschillende branches.

P1: Mbo-Verpleegkundige ziekenhuis (ZH)

P2: Mbo-Verpleegkundige verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)

P3: Mbo-Verpleegkundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

P4: Mbo-Verpleegkundige gehandicaptenzorg (GHZ)

#### *Beroepswerkelijkheid*

Het onderdeel 'praktijksituaties' is opgenomen in het werkboek en geeft realistische beschrijvingen van zorgsituaties uit de praktijk van de verzorgende. In de praktijksituaties komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van ze verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen. In combinatie met de beroepspraktijkvorming wordt de student op deze manier optimaal ondersteund in zijn professionele ontwikkeling. Deze praktijksituaties bevatten voldoende problemen en dilemma's om als aangrijpingspunt te dienen voor het zelfstandig leren.

#### *Beroepsvaardigheden*

Het onderdeel 'vaardigheden' is eveneens opgenomen in het werkboek en biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Deze drie onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject V&V. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.

Het didactisch concept van Traject V&V gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt. Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject V&V 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 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen en neurocognitieve stoornissen 21**

- 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 22**
- 1.1 Inleiding 22
- 1.2 Verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) 22
  - 1.2.1 Wat is een verstandelijke beperking? 22
  - 1.2.2 Oorzaken 22
  - 1.2.3 Kenmerken 23
  - 1.2.4 Zorgvragers met een verstandelijke beperking binnen de GGZ 23
  - 1.2.5 Verpleegkundige zorg 23
- 1.3 Autismspectrumstoornis (ASS) 24
  - 1.3.1 Wat is een autismspectrumstoornis (ASS)? 24
  - 1.3.2 Oorzaken 25
  - 1.3.3 Aantal zorgvragers met ASS 25
  - 1.3.4 Kenmerken 25
  - 1.3.5 Comorbiditeit 28
  - 1.3.6 Behandeling 29
- 1.4 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) 32
  - 1.4.1 Wat is ADHD? 32
  - 1.4.2 Oorzaken 32
  - 1.4.3 Aantal zorgvragers met ADHD 32
  - 1.4.4 Kenmerken 32
  - 1.4.5 Comorbiditeit 34
  - 1.4.6 Behandeling 35
  - 1.4.7 Verpleegkundige zorg 36
- 1.5 Communicatiestoornissen 37
  - 1.5.1 Onderscheid met andere problemen 37
  - 1.5.2 Taalstoornis 38
  - 1.5.3 Sociale (pragmatische) communicatiestoornis 38
  - 1.5.4 Behandeling 39
  - 1.5.5 Verpleegkundige zorg 39
  - 1.5.6 Overige communicatiestoornissen 39
- 1.6 Specifieke leerstoornissen 39
  - 1.6.1 Typen leerstoornissen 40
  - 1.6.2 Behandeling 40
  - 1.6.3 Verpleegkundige zorg 40

- 1.7 Motorische stoornissen 41
  - 1.7.1 Soorten motorische stoornissen 41
  - 1.7.2 Behandeling 42
  - 1.7.3 Verpleegkundige zorg 42
  
- 2 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 43**
- 2.1 Inleiding 43
- 2.2 Oppositionele-opstandige stoornis 43
  - 2.2.1 Wat is een oppositionele-opstandige stoornis? 43
  - 2.2.2 Oorzaken 44
  - 2.2.3 Kenmerken 44
  - 2.2.4 Comorbiditeit 44
  - 2.2.5 Behandeling 44
  - 2.2.6 Verpleegkundige zorg 45
- 2.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis 46
  - 2.3.1 Wat is een normoverschrijdend-gedragsstoornis? 46
  - 2.3.2 Oorzaken 46
  - 2.3.3 Kenmerken 46
  - 2.3.4 Comorbiditeit 48
  - 2.3.5 Behandeling 48
  - 2.3.6 Verpleegkundige zorg 48
  - 2.3.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis 48
- 2.4 Periodieke explosieve stoornis 49
  - 2.4.1 Wat is een periodieke explosieve stoornis? 49
  - 2.4.2 Oorzaken 49
  - 2.4.3 Kenmerken 49
  - 2.4.4 Comorbiditeit 50
  - 2.4.5 Behandeling 50
  - 2.4.6 Verpleegkundige zorg 50
- 2.5 Pyromanie 50
  - 2.5.1 Wat is pyromanie? 50
  - 2.5.2 Oorzaken 51
  - 2.5.3 Kenmerken 51
  - 2.5.4 Comorbiditeit 52
  - 2.5.5 Behandeling 52
  - 2.5.6 Verpleegkundige zorg 52
- 2.6 Kleptomanie 52
  - 2.6.1 Wat is kleptomanie? 52
  - 2.6.2 Oorzaken 52
  - 2.6.3 Kenmerken 52
  - 2.6.4 Comorbiditeit 53
  - 2.6.5 Behandeling 53
  - 2.6.6 Verpleegkundige zorg 53
- 2.7 Onderscheid tussen impulscontrolestoornis en dwangstoornis 53

### **3 Neurocognitieve stoornissen 54**

- 3.1 Inleiding 54
- 3.2 Neurocognitieve stoornis 54
  - 3.2.1 Wat is een neurocognitieve stoornis? 54
- 3.3 Delirium 55
  - 3.3.1 Wat is een delirium? 55
  - 3.3.2 Aantal zorgvragers met een delier 55
  - 3.3.3 Kenmerken 55
  - 3.3.4 Oorzaken van een delier 56
  - 3.3.5 Behandeling 56
  - 3.3.6 Verpleegkundige zorg 56
- 3.4 Ouderdomsvergeetachtigheid 57
- 3.5 Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer 57
  - 3.5.1 Wat is alzheimer? 57
  - 3.5.2 Aantal zorgvragers met neurocognitieve stoornissen door alzheimer 58
  - 3.5.3 Kenmerken 58
- 3.6 Vasculaire neurocognitieve stoornis 60
  - 3.6.1 Wat is een vasculaire aandoening? 60
  - 3.6.2 Aantal zorgvragers met een vasculaire neurocognitieve aandoening 60
  - 3.6.3 Kenmerken 60
  - 3.6.4 Onderscheid met neurocognitieve stoornis door alzheimer 61
- 3.7 Neurocognitieve stoornis door een middel/medicatie 61
  - 3.7.1 Kenmerken 61
- 3.8 Neurocognitieve stoornissen door andere niet-traumatische oorzaken 62
  - 3.8.1 Kenmerken 62
  - 3.8.2 Behandeling van een neurocognitieve stoornis 62
- 3.9 Neurocognitieve stoornis door traumatisch hersenletsel 64
  - 3.9.1 Oorzaken 65
  - 3.9.2 Gevolgen 65
  - 3.9.3 Behandeling 65
  - 3.9.4 Verpleegkundige zorg 66

### **Begrippen 68**

## **Thema 2 Eet- en verslavingsstoornissen 73**

### **4 Zorgvragers met een eetstoornis 74**

- 4.1 Inleiding 74
- 4.2 Vormen van eetstoornissen 74
  - 4.2.1 Aantal zorgvragers met een eetstoornis 74
- 4.3 Obesitas 75
  - 4.3.1 Oorzaken 76
  - 4.3.2 Behandeling 76
  - 4.3.3 Preventie 77

- 4.3.4 Obesitas en psychiatrische zorgvragers 77
- 4.3.5 Eetbuistoornis 77
- 4.3.6 Anorexia nervosa 79
- 4.3.7 Boulimia nervosa 83
- 4.4 Overeenkomsten en verschillen tussen de eetstoornissen 84
- 4.5 Oorzaken en gevolgen van anorexia en boulimia nervosa 85
  - 4.5.1 Psychologische factoren 85
  - 4.5.2 Sociaal-culturele en maatschappelijke factoren 86
  - 4.5.3 Biologische factoren 86
- 4.6 Behandeling van eetstoornissen 86
- 4.7 Verpleegkundige zorg bij eetstoornissen 89

## **5 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 91**

- 5.1 Inleiding 91
- 5.2 Wat is verslaving? 91
  - 5.2.1 Verslaving en de DSM-5 92
- 5.3 Stoornissen in het gebruik van een middel (verslaving) 92
  - 5.3.1 Kenmerken van stoornissen in het gebruik van een middel 92
- 5.4 Stoornissen door een middel 95
  - 5.4.1 Intoxicatie door een middel 95
  - 5.4.2 Onttrekkingssyndroom door een middel 95
  - 5.4.3 Andere psychische stoornissen door een middel 96
  - 5.4.4 Hoe ontstaat een stoornis in het gebruik van middelen (verslaving)? 97
  - 5.4.5 Psychische verschijnselen 98
  - 5.4.6 Lichamelijke verschijnselen 99
  - 5.4.7 Sociale verschijnselen 100
- 5.5 Kan iedereen verslaafd raken? 101
- 5.6 Wat houdt de verslaving in stand? 102
- 5.7 Hulpverlening bij verslaving 103
  - 5.7.1 Behandel mogelijkheden 103
  - 5.7.2 Verslaving en psychiatrische problematiek 107
- 5.8 Verpleegkundige zorg 107
  - 5.8.1 Verpleegkundige aandachtspunten bij verslaving 108
  - 5.8.2 Verpleegproblemen en verpleegkundige zorg 108

## **Begrippen 113**

## **Thema 3 Slaap-, waak- en overige stoornissen 115**

### **6 Slaap-waakstoornissen 116**

- 6.1 Inleiding 116
- 6.2 Wat is slaap? 116
  - 6.2.1 Slaapcyclus 116
  - 6.2.2 Slaapbehoeften 117

- 6.2.3 De biologische klok 118
- 6.3 Wat is een slaapstoornis? 118
  - 6.3.1 Oorzaken van slaapstoornissen 118
  - 6.3.2 Slaapstoornissen en psychiatrische aandoeningen 119
- 6.4 Verschillende soorten slaapstoornissen 120
  - 6.4.1 Insomniastoonis 120
  - 6.4.2 Hypersomnolentiestoonis 122
  - 6.4.3 Ademhalingsgerelateerde slaapstoornissen 124
  - 6.4.4 Circadiane ritme-slaap-waakstoornissen 126
  - 6.4.5 Parasomnia's 128
  - 6.4.6 Slaapstoornis door een middel/medicatie 130

## **7 Overige stoornissen 132**

- 7.1 Inleiding 132
- 7.2 Seksuele disfuncties 132
  - 7.2.1 Erectiestoonis 132
  - 7.2.2 Orgasmestoonis bij de vrouw 134
- 7.3 Parafiele stoornissen 135
  - 7.3.1 Parafilie die betrekking heeft op activiteiten 135
  - 7.3.2 Parafilie die betrekking heeft op objecten 136
  - 7.3.3 Kenmerken parafiele stoornis 136
  - 7.3.4 Oorzaken 137
  - 7.3.5 Behandeling 138
  - 7.3.6 Verpleegkundige zorg 138
- 7.4 Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie 139
  - 7.4.1 Kenmerken van bewegingsstoornissen 140
  - 7.4.2 Kenmerken antidepressivadiscontinueringssyndroom 142

## **Begrippen 144**

## **Thema 4 De leefomgeving van de psychiatrische zorgvrager 147**

### **8 Woon-/leefmilieu van psychiatrische zorgvragers 148**

- 8.1 Inleiding 148
- 8.2 Leefgroep als 'tijdelijk thuis' 148
- 8.3 Territorium van de zorgvrager 150
- 8.4 Woon- en/of leefmilieu 151
  - 8.4.1 Betekenis van de ruimte 151
  - 8.4.2 Betekenis van de tijd 152
  - 8.4.3 Betekenis van het handelen 153
- 8.5 Leefmilieu in therapeutisch perspectief 155
  - 8.5.1 Zorgvragers met destructief gedrag 155
  - 8.5.2 Zorgvragers met desorganisatie van het gedrag 155
  - 8.5.3 Zorgvragers met deviant gedrag 156

- 8.5.4 Zorgvragers met dysfoor gedrag 156
- 8.5.5 Zorgvragers met afhankelijk gedrag 156
- 8.6 Strategieën 156
  - 8.6.1 Oriëntatie 157
  - 8.6.2 Assertiviteit 157
  - 8.6.3 Bezigheid en werk 157
  - 8.6.4 Ontspanning 158
- 8.7 Leefmilieu en hulpverleners 158
  - 8.7.1 Autoritair optreden 159
  - 8.7.2 Onderdanig optreden 159
  - 8.7.3 Te betrokken zijn 160
  - 8.7.4 Te weinig betrokken zijn 160

## 9 Aspecten van groepen 162

- 9.1 Inleiding 162
- 9.2 Individu versus groep 162
- 9.3 Wat is een groep? 162
  - 9.3.1 Functie en belang van de groep 162
  - 9.3.2 Zorgvragersgroep(en) 164
  - 9.3.3 Typen van groepen 164
- 9.4 Groepswaarden en groepsnormen 171
  - 9.4.1 Hoe werken normen? 172
- 9.5 Ontwikkelingsfasen van groepen 172
  - 9.5.1 Voorgeschiedenis of voorfase 172
  - 9.5.2 Wen- of verkenningsfase 173
  - 9.5.3 Controle- of machtsfase 173
  - 9.5.4 Affectiefase 174
  - 9.5.5 Autonome fase 174
  - 9.5.6 Ontslag- of afsluitingsfase 174
- 9.6 Structuur van een groep 175

## 10 Processen binnen groepen 176

- 10.1 Inleiding 176
- 10.2 Groepsdynamica 176
- 10.3 Interactie en communicatie 177
- 10.4 Communicatiepatronen 177
  - 10.4.1 Cirkelstructuur 178
  - 10.4.2 Wielstructuur 178
  - 10.4.3 Comconstructuur 179
  - 10.4.4 Sociogrammen 179
  - 10.4.5 Inhoud en betrekking 180
- 10.5 Functioneel en disfunctioneel gedrag 181
  - 10.5.1 Functioneel (communicatief) gedrag 181
  - 10.5.2 Disfunctioneel (communicatief) gedrag 182
- 10.6 Effectieve en niet-effectieve groepsrollen 183

- 10.6.1 Effectieve groepsrollen 183
- 10.6.2 Niet-effectieve groepsrollen 186

## **11 Organisatie en sturing van groepen 191**

- 11.1 Inleiding 191
- 11.2 Organiseren van de (leef)groep 191
  - 11.2.1 Verdelen van taken 191
  - 11.2.2 Coördineren van activiteiten 193
- 11.3 Beïnvloeding van de groepsleden 195
  - 11.3.1 Beïnvloedingsstijlen 195
- 11.4 Gebruik van macht 196
  - 11.4.1 Pressiemiddelen 197
  - 11.4.2 Bronnen van macht 199
  - 11.4.3 Macht in de zorgverlening 200
- 11.5 Nemen van besluiten 201
  - 11.5.1 Zeggenschap 201
  - 11.5.2 Manieren waarop besluiten tot stand komen (binnen een leefgroep) 202
- 11.6 Hanteren van conflicten 203
  - 11.6.1 Oorzaken voor conflicten 203
  - 11.6.2 Voordelen en nadelen van conflicten 204
  - 11.6.3 Fasen van een conflict 204
  - 11.6.4 Benadering van een conflict 205
  - 11.6.5 Hanteren van conflicten 206

## **Begrippen 209**

## **Thema 5 Begeleiding van een (leef)groep 213**

### **12 Groepen in de psychiatrie en hun begeleiding 214**

- 12.1 Inleiding 214
- 12.2 Groepen in de GGZ 214
  - 12.2.1 (Leef)groepen 214
  - 12.2.2 Groepen met een therapeutisch doel 217
- 12.3 Begeleiden van de (leef)groep 218
  - 12.3.1 Doelstelling van de (leef)groep 218
  - 12.3.2 Groepsdoelen 218
  - 12.3.3 Taakvolwassenheid 219
  - 12.3.4 Variaties in taakvolwassenheid en passende begeleiding 220
  - 12.3.5 Begeleiding 221
  - 12.3.6 Begeleidersstijlen 222

### **13 Methodisch begeleiden van (leef)groepen 226**

- 13.1 Inleiding 226
- 13.2 Methodisch begeleiden 226

- 13.2.1 Scheiden van hoofd- en bijzaken 226
- 13.2.2 Methodisch proces bij het begeleiden van de (leef)groep 227
- 13.3 Behoeftte aan begeleiding in kaart brengen 228
  - 13.3.1 Verzamelen van gegevens 228
  - 13.3.2 Diagnostiek 230
  - 13.3.3 Regelmatig voorkomende begeleidingsproblemen 232
- 13.4 Plannen van begeleiding 237
  - 13.4.1 Kiezen begeleidingsdoelen 237
  - 13.4.2 Kiezen van interventies 238
- 13.5 Uitvoeren van de begeleiding 241
  - 13.5.1 Kiezen van een begeleidersstijl 242
  - 13.5.2 Monitoren van het begeleidingsproces 242
- 13.6 Evalueren van de begeleiding 242
- 13.7 Gedragsproblemen in de groep 243
  - 13.7.1 Directieve houding van de verpleegkundige 244
  - 13.7.2 Preventie 244
  - 13.7.3 Methodische aanpak 244
  - 13.7.4 Vormen van preventie en gezondheidsvoorlichting 245

## Begrippen 248

## Thema 6 Behandeling bij psychische stoornissen 251

### 14 Behandeling en zorgaanbod bij psychische problemen 252

- 14.1 Inleiding 252
- 14.2 Behandeling in de GGZ 252
- 14.3 Hulpverleners in de GGZ 253
  - 14.3.1 Achtergrond van de hulpverlener 253
  - 14.3.2 Soorten hulpverleners 254
- 14.4 Functies van het behandel- en zorgaanbod (klinische setting) 256
  - 14.4.1 Bieden van veiligheid, toezicht/structuur en bescherming 256
  - 14.4.2 Bieden van psychosociale begeleiding 257
  - 14.4.3 Bieden van lichamelijke zorg en verzorging 258
  - 14.4.4 Bieden van behandeling van de psychiatrische stoornis 258

### 15 Biologisch georiënteerde behandelmethoden 260

- 15.1 Inleiding 260
- 15.2 Psychofarmaca algemeen 260
  - 15.2.1 Werking psychofarmaca 260
  - 15.2.2 Verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige 262
- 15.3 Psychofarmaca bij psychotische symptomen 262
  - 15.3.1 Werking antipsychotica 263
  - 15.3.2 Soorten antipsychotica 264
  - 15.3.3 Verpleegkundige aspecten 265



- 15.4 Psychofarmaca bij depressieve symptomen 268
    - 15.4.1 Werking antidepressiva 268
    - 15.4.2 Soorten antidepressiva 269
    - 15.4.3 Verpleegkundige aspecten 271
  - 15.5 Psychofarmaca bij bipolaire stoornis en manie 273
    - 15.5.1 Werking stemmingsstabilisatoren 273
    - 15.5.2 Soorten stemmingsstabilisatoren 275
    - 15.5.3 Verpleegkundige aspecten 275
  - 15.6 Psychofarmaca bij angststoornissen 276
    - 15.6.1 Werking anxiolytica 277
    - 15.6.2 Soorten anxiolytica 278
    - 15.6.3 Verpleegkundige aspecten 278
  - 15.7 Antiparkinsonmiddelen (bij door medicijnen uitgelokt parkinsonisme) 278
    - 15.7.1 Werking van medicijnen die parkinsonisme tegengaan 279
    - 15.7.2 Verpleegkundige aspecten 279
  - 15.8 Psychofarmaca: consequenties voor verpleegkundige zorg 279
    - 15.8.1 Eigen verantwoordelijkheid 280
    - 15.8.2 Supervisie 280
    - 15.8.3 Medicijntrouw 281
    - 15.8.4 Overdosis 281
    - 15.8.5 Noodsituaties 282
  - 15.9 Elektroconvulsietherapie (ECT) 283
    - 15.9.1 Werking van en werkwijze bij ECT 283
    - 15.9.2 Indicaties voor ECT en risico's 284
    - 15.9.3 Verpleegkundige aspecten 284
  - 15.10 Overige biologisch georiënteerde behandelmethoden 286
- 16 Psychologisch georiënteerde behandelmethoden 288**
- 16.1 Inleiding 288
  - 16.2 Psychotherapie: algemene kenmerken 288
  - 16.3 Psychoanalyse en psychodynamische therapie 289
  - 16.4 Gedragstherapie 291
  - 16.5 Cognitieve (gedrags)therapie 292
    - 16.5.1 Cognitieve therapie 292
    - 16.5.2 Cognitieve gedragstherapie 293
  - 16.6 Hypnotherapie 294
  - 16.7 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 295
  - 16.8 Mindfulness 296
  - 16.9 Psychotherapie en verplegen 296
- 17 Sociaal georiënteerde, complementaire en alternatieve behandelmethoden 297**
- 17.1 Inleiding 297
  - 17.2 Sociaal georiënteerde behandelmethoden 297
    - 17.2.1 Systeemtherapie 297
    - 17.2.2 Sociotherapie 298

- 17.2.3 Sociotherapie en verplegen 302
- 17.3 Complementaire en alternatieve behandelmethoden 302
  - 17.3.1 Complementaire behandelmethoden 302
  - 17.3.2 Alternatieve behandelmethoden 304
  - 17.3.3 Tot slot 306

## Begrippen 307

## Thema 7 Klinisch redeneren, coördinatie, kwaliteitszorg en voorlichting 313

### 18 Klinisch redeneren 314

- 18.1 Inleiding 314
- 18.2 Klinisch redeneren in de GGZ 314
  - 18.2.1 Diversiteit aan problemen en klachten 314
  - 18.2.2 De omgeving 315
  - 18.2.3 Acute situaties 315
  - 18.2.4 Voorkomen van verergering 316
- 18.3 Klinisch redeneren en morele dilemma's 317
- 18.4 Zes stappen van het klinisch redeneren 318
- 18.5 Hulpmiddelen bij het klinisch redeneren 320
  - 18.5.1 Soorten redeneerhulpmiddelen 320
  - 18.5.2 Hulpmiddel om belasting van mantelzorgers vast te stellen 321
  - 18.5.3 Hulpmiddel om de tevredenheid van de zorgvrager vast te stellen 321

### 19 Coördinatie en continuïteit van zorg 322

- 19.1 Inleiding 322
- 19.2 Coördinatie en continuïteit van zorg 322
  - 19.2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen 322
- 19.3 Verpleegkundige: intermediair 324
  - 19.3.1 Casemanager 324
  - 19.3.2 Coördineren van afspraken 324
  - 19.3.3 Klachtenbeoordelaar van de zorgvrager 324
  - 19.3.4 Tolk tussen zorgvrager en behandelaar 325
  - 19.3.5 Motiveren tot behandeling 325
- 19.4 Multidisciplinaire zorg en behandeling 326
  - 19.4.1 Het multidisciplinaire team in de GGZ 326
  - 19.4.2 Multidisciplinair overleg 327
  - 19.4.3 Dagelijks overleg 327
  - 19.4.4 Langetermijnoverleg 328
  - 19.4.5 Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) 328
  - 19.4.6 Informeel overleg 328
  - 19.4.7 De bijdrage van de verpleegkundige 329
- 19.5 Hulpmiddelen bij coördinatie en continuïteit van zorg 329
  - 19.5.1 Dossier 329

19.5.2 Rapportage 330

19.5.3 Overdracht 331

## **20 Kwaliteitszorg 334**

20.1 Inleiding 334

20.2 Kwaliteitszorg 334

20.3 Wettelijke bepalingen en kwaliteitszorg 334

20.4 Maatschappelijke ontwikkelingen en kwaliteitszorg 335

20.5 Partijen in kwaliteitszorg binnen de GGZ 335

20.6 Waarborgen en verbeteren van kwaliteit 337

20.7 Kwaliteit van het verpleegkundig handelen 338

20.7.1 Protocollen en richtlijnen 339

20.7.2 Leren van collega's en zorgvragers 339

20.8 Deskundigheidsbevordering 341

## **21 Voorlichting, advies en instructie 343**

21.1 Inleiding 343

21.2 Verpleegkundige taken 343

21.3 Primaire preventie 344

21.4 Secundaire preventie 346

21.5 Tertiaire preventie 349

## **Begrippen 351**

## **Thema 8 Branche en samenleving 355**

### **22 Maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot de GGZ 356**

22.1 Inleiding 356

22.2 Opvattingen over zorgvragers met een psychiatrische aandoening 356

22.2.1 Stigmatisering 357

22.3 Vermaatschappelijking 357

22.4 Herstelondersteunende zorg 358

22.4.1 Organisatie van herstelondersteunende zorg 358

22.5 Multiculturaliteit 359

22.5.1 Interculturalisatie 360

22.5.2 Transculturele zorg 360

22.6 Vergrijzing in de GGZ 363

### **23 Ethiek in de GGZ 364**

23.1 Inleiding 364

23.2 Morele dilemma's 364

23.3 Oplossen van morele dilemma's: ethisch beraad 366

<b>24</b>	<b>Wetgeving, belangenbehartiging en financiering</b>	<b>370</b>
24.1	Inleiding	370
24.2	Wet Bopz	370
24.3	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)	371
24.3.1	Doelstellingen van de Wvggz	371
24.3.2	Criteria voor verplichte zorg	372
24.3.3	Maatregelen voor verplichte zorg	372
24.3.4	Waar kan de verplichte zorg uit bestaan?	373
24.4	Rechtspositie van de zorgvrager	374
24.4.1	WGBO	374
24.4.2	Wvggz	374
24.4.3	Beroepsgeheim van beroepsbeoefenaren	376
24.4.4	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	377
24.5	Forensische zorg en wetgeving	377
24.6	Belangenbehartiging	377
24.6.1	Individuele belangenbehartiging	378
24.6.2	Collectieve belangenbehartiging	378
24.7	Financiering van de GGZ	379
24.7.1	GGZ-zorg dichterbij de zorgvrager brengen	379
24.7.2	GGZ beter en effectiever maken	381
24.7.3	GGZ betaalbaar houden	381

## **Begrippen 383**

## **Bijlage 1 Ervaren Druk door Informele Zorg-plus 385**

## **Bijlage 2 Vragenlijst Ervaringen met geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg 387**

## **Register 396**





1

# Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen en neurocognitieve stoornissen

Bram is een elfjarig jongen. Hij heeft problemen op school. Bram praat voor zijn beurt en plaagt kinderen uit de groep. Hij pakt hun spullen af en schreeuwt, zodat kinderen elkaar niet kunnen verstaan. Hij maakt zijn werk vaak niet af, gaat in discussie met de juffrouw en reageert op alles wat hij ziet en hoort. De juffrouw ergert zich aan het gedrag van Bram. Zijn klasgenootjes vinden hem maar stom en willen niet met hem spelen. Bram begint thuis ook lastig te worden. Hij heeft voortdurend conflicten met zijn moeder en luistert niet. Moeder dacht eerst dat Bram in de puberteit kwam, maar zij merkt nu wel dat er meer aan de hand is. Als Bram uit boosheid een glas kapot gooit, is voor zijn moeder de maat vol.



# 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

## 1.1 Inleiding

Je hebt vast weleens van ADHD of autisme gehoord. Deze problematiek staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling en komt veel voor. Niet iedereen die druk is, heeft ADHD en ook niet iedereen met een contactstoornis heeft autisme (ASS). In dit hoofdstuk beschrijven we wat ADHD en autisme betekenen, wat de kenmerken zijn, welke problemen daarmee samenhangen en hoe de behandeling en verpleegkundige zorg eruitziet. Zowel ADHD als autisme is een **neurobiologische ontwikkelingsstoornis**. Dat wil zeggen dat er problemen in de ontwikkeling zijn, waarbij hersenafwijkingen een grote rol spelen. De problemen ontstaan in de kindertijd, maar duren voort in de volwassenheid. De stoornissen geven vaak problemen in contacten, op het werk of op school. De diagnose wordt gesteld door een specialistisch team binnen de GGZ. Behalve ADHD en ASS zijn er ook nog andere neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

### **Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:**

- verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis);
- autismespectrumstoornis (ASS);
- aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD);
- communicatiestoornissen;
- specifieke leerstoornissen;
- motorische stoornissen.

## 1.2 Verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis)

### 1.2.1 Wat is een verstandelijke beperking?

Een **verstandelijke beperking** wil zeggen dat er beperkingen zijn in het functioneren, waardoor iemand zich niet aan (de eisen van) de omgeving aan kan passen. Voor de komst van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) werd er veel waarde gehecht aan een getal dat de intelligentie uitdrukt: het **intelligentiequotiënt**, of **IQ**. Het IQ bepaalde of een zorgvrager een verstandelijke beperking had en hoe ernstig deze was. Het gemiddelde IQ ligt tussen de 90-110. Een zorgvrager met een IQ van 70 of lager werd als verstandelijk beperkt gezien. Tegenwoordig, in de DSM-5, ligt de nadruk meer op beperkingen in het functioneren. De ernst van de beperkingen bepaalt de ernst van de verstandelijke beperking. Alleen een IQ-score is hierdoor niet meer bepalend voor de diagnose 'verstandelijke beperking'. Zorgvragers met een verstandelijke beperking kunnen ook één of meer psychiatrische stoornissen hebben, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn.

### 1.2.2 Oorzaken

Een verstandelijke beperking kan verschillende oorzaken hebben. Een veelvoorkomende oorzaak is een chromosoom- of DNA-afwijking. Je kunt hierbij denken aan het *syndroom van Down*. Ook kunnen er tijdens de zwangerschap vergif-



tigingen optreden, zoals infecties of alcoholgebruik door de moeder. Ten slotte kunnen er oorzaken rondom de bevalling zijn, zoals zuurstofgebrek.

### 1.2.3 Kenmerken

Een zorgvrager met een verstandelijke beperking heeft beperkingen in het verstandelijk en *adaptief functioneren*. Adaptief functioneren wil zeggen het vermogen om je aan te passen aan de (eisen van de) omgeving. Deze beperkingen doen zich voor op drie domeinen:

- *conceptueel (onderwijs)domein*: dit zijn competenties op het gebied van het geheugen, taal, lezen, schrijven, rekenen, praktische kennis, problemen oplossen en nieuwe situaties beoordelen;
- *sociaal domein*: zich kunnen inleven in de ander, communicatieve vaardigheden, het vermogen om vriendschappen te sluiten;
- *praktisch domein*: dit gaat over verschillende levenssituaties, zoals zelfzorg, vrijetijdsbesteding, plannen van taken.

Verstandelijke beperkingen kunnen verschillen in ernst: licht, matig, ernstig en zeer ernstig. Soms hebben zorgvragers levenslang ondersteuning nodig en kunnen zij niet zelfstandig wonen. Andere zorgvragers kunnen zelfstandig wonen met woonbegeleiding. Zij hebben beperkte problemen op de drie domeinen. Wanneer de zorg moet worden overgenomen en er voortdurend toezicht nodig is, dan is er sprake van een (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Deze zorgvragers kunnen bijvoorbeeld hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) niet zelfstandig uitvoeren en zij hebben een zeer beperkte woordenschat. Zij zullen niet snel binnen de GGZ worden behandeld. Zorgvragers met een matige verstandelijke beperking kunnen zelfstandig hun ADL-activiteiten uitvoeren, maar alleen na een lange training en vaak met blijvende ondersteuning. Zij kunnen meestal niet zelfstandig belangrijke beslissingen nemen. Zorgvragers met

een lichte verstandelijke beperking komen het meest in behandeling binnen de GGZ. Zij hebben ondersteuning nodig bij meer complexe taken, zoals het beheren van geld. Ook hebben zij vaak begeleiding en behandeling nodig bij het kunnen reguleren van hun emoties.

### 1.2.4 Zorgvragers met een verstandelijke beperking binnen de GGZ

Zorgvragers met een verstandelijke beperking hebben een verhoogde kans op een psychiatrische stoornis. Er zijn speciale behandelafdelingen (zowel ambulante, in deeltijd als klinisch) binnen de GGZ voor zorgvragers met zowel een verstandelijke beperking als psychiatrische problematiek. Daarnaast is er een grote groep zorgvragers met lichte verstandelijke beperkingen en psychiatrische problematiek die behandeld worden binnen de reguliere GGZ. Bijvoorbeeld een depressieve zorgvrager met een lichte verstandelijke beperking die ambulante behandeling wordt binnen de afdeling stemmingsstoornissen.

Het is belangrijk te onderscheiden welke problemen bij de verstandelijke beperking horen en welke problemen het gevolg zijn van de psychiatrische stoornis. Psychiatrische klachten worden vaak niet herkend en al snel gezien als een klacht die voortkomt uit de verstandelijke beperking. Anderzijds bestaat het gevaar dat in de behandeling van psychiatrische klachten te weinig rekening wordt gehouden met de verstandelijke beperking. Door de verstandelijke beperking is de zorgvrager kwetsbaar en wordt hij snel overspoeld door prikkels. Zo kan een zorgvrager agressief worden, omdat hij overvraagd. Zorgverleners moeten zich hiervan bewust zijn.

### 1.2.5 Verpleegkundige zorg

Wanneer je als verpleegkundige binnen de GGZ te maken krijgt met zorgvragers met een verstandelijke beperking, is er ook sprake van psychiatrische problematiek. Je levert dan zorg ge-

richt op de psychiatrische problematiek en afgestemd op de verstandelijke beperking. Dit is belangrijk, omdat een zorgvrager anders overvraagd wordt, waardoor stress toeneemt en daarmee de kans op een psychiatrisch probleem. Je zult je allereerst een beeld moeten vormen van de beperkingen op de drie domeinen en vervolgens de zorg afstemmen op de behoeften en mogelijkheden van de zorgvrager. Soms zul je activiteiten van de zorgvrager (tijdelijk) moeten overnemen. Belangrijke verpleegkundige aandachtspunten zijn:

- pas je taalgebruik aan: gebruik korte zinnen en geef eenvoudige opdrachten. Soms lijkt het alsof de zorgvrager je begrijpt, terwijl later blijkt dat dit niet zo is;
- stel kleine, haalbare en overzichtelijke doelen. Het kan nodig zijn je eigen verwachtingen bij te stellen;
- richt je op de mogelijkheden van de zorgvrager, houd daarbij rekening met zijn beperkingen;
- voorkom stress: wees alert op situaties die stress veroorzaken. Zorgvragers met een verstandelijke beperking overzien situaties vaak niet, waardoor zij overspoeld raken door prikkels. Dit kan leiden tot bijvoorbeeld angsten of agressie;
- wees je er bewust van dat zorgvragers emotioneel kwetsbaar zijn en bij kleine veranderingen al uit hun evenwicht kunnen raken. Zij kunnen extreem agressief, verdrietig of angstig worden wanneer dingen anders gaan dan zij gewend zijn, of wanneer bijvoorbeeld spullen in een ruimte zijn veranderd. Zorg ervoor dat veranderingen stap voor stap gebeuren. Bereid de zorgvrager hierop voor;
- coördineer de zorg en zorg voor een goede afstemming: vanwege de kwetsbaarheden van de zorgvrager zijn vaak verschillende instanties, hulpverleners en familie van de zorgvrager betrokken bij de zorg rondom de zorgvrager.

◆ Mien is een 40-jarige zorgvrager met een verstandelijke beperking. Zij is in het verleden psychotisch geweest en ontvangt ambulante behandeling vanuit de polikliniek Psychotische stoornissen. Mien heeft moeite met plannen en organiseren en kan problemen moeilijk overzien. Zij heeft vorige week een brief gekregen van de postcodeloterij. Zij had het idee dat zij geld moest betalen en dat men dit van haar rekening kon halen. Hierdoor sliep zij slecht, piekerde zij veel en was bang geen geld meer over te houden om eten te kopen. Dit gaf veel stress. Ambulant verpleegkundige Mario heeft met Mien afgesproken dat zij alle post bewaart en dat zij deze samen doornemen. Ook is haar medicatie aangepast om het piekeren te verminderen. Mien is hierdoor wat meer gerustgesteld.

## 1.3 Autismespectrumstoornis (ASS)

### 1.3.1 Wat is een autismespectrumstoornis (ASS)?

Het woord **autisme** is afgeleid van het Griekse 'autos', 'zelf'. Autisme verwijst dan ook naar een gebrek aan wederkerigheid in de sociale omgang.

Voor de komst van de DSM-5 waren er verschillende subgroepen van ASS, zoals Asperger en PDD-NOS. Omdat deze subgroepen moeilijk te onderscheiden waren en de behandeling veel overeenkomsten had, is er in de DSM-5 gekozen om al deze subgroepen samen te voegen tot één categorie: **autismespectrumstoornis (ASS)**. ASS is dus een verzamelterm voor allerlei vormen van autisme, waarbij tekorten in de sociale communicatie, herhalingsgedrag en een beperkte belangstelling voor de omgeving op de voorgrond staan. De diagnose ASS wordt regelmatig pas op volwassen leeftijd gesteld. Soms hebben zorgvragers in de loop der jaren geleerd hun gedrag te camoufleren of compenseren of hebben zij in een gestructureerde omgeving

gefunctioneerd. Wanneer de maatschappelijke en sociale druk te groot wordt en/of er veranderingen in hun leven komen, lopen zij alsnog vast. De diagnose ASS kan pas worden gesteld als een zorgvrager als kind ook al ASS-kenmerken had. Een heteroanamnese van de ouders of verzorgers is daardoor van belang om de diagnose te kunnen stellen.

◆ Anja is een 35-jarige zorgvrager. Zij is getrouwd met Willem. Anja en Willem kennen elkaar al twintig jaar. Willem regelt alle administratieve zaken en neemt initiatieven om samen met anderen leuke dingen te doen. Anja heeft een aantal vaste huishoudelijke taken die zij op zich neemt en werkt bij haar moeder in de winkel. Dan wordt Willem verliefd op een andere vrouw. Anja is totaal ontredderd, Willem wil scheiden. Zij krijgt paniekaanvallen en suïcidale gedachten. Anja komt bij de GGZ en na een uitgebreid onderzoek heeft de psychiater het sterke vermoeden dat Anja ASS heeft. Haar moeder wordt uitgenodigd voor een heteroanamnese. Daaruit blijkt dat Anja altijd veel behoefte heeft gehad aan structuur, snel overprikkeld was, moeizaam contact aan kon gaan met leeftijdsgenootjes, nauwelijks oogcontact maakte en urenlang alleen kon spelen met treinen. Anja krijgt de diagnose ASS.

### 1.3.2 Oorzaken

Er wordt nog steeds onderzoek gedaan naar de precieze oorzaken van ASS. Men gaat ervan uit dat genetische kwetsbaarheid en omgevingsfactoren een rol spelen. Welke omgevingsfactoren dit zijn, is niet bekend. Men denkt bijvoorbeeld aan virussen. Door deze kwetsbaarheid in combinatie met omgevingsfactoren is er een verstoorde ontwikkeling van de hersenen en de informatieverwerking. Alles wat iemand met autisme hoort, ziet, ruikt en voelt, verwerkt hij of zij op een andere manier dan iemand zonder autisme. Er komt veel 'losse' informatie binnen. Daardoor wordt het moeilijk om er een logisch

geheel van te maken. Je kunt je waarschijnlijk wel voorstellen dat het voor een zorgvrager met ASS hierdoor lastig is de wereld waarin wij leven te begrijpen. ASS blijft het hele leven een rol spelen.

### 1.3.3 Aantal zorgvragers met ASS

Het aantal zorgvragers met ASS is in de loop der jaren toegenomen. Enerzijds komt dit doordat de criteria van deze stoornis verruimd zijn, waardoor je eerder aan de diagnose voldoet. Anderzijds stelt de maatschappij veel meer eisen aan sociale en communicatieve vaardigheden en zelfredzaamheid. Zo moet je carrière maken, een gezin hebben, contacten onderhouden en naar de sportschool gaan. Dit geeft een enorme druk. Velen kunnen hier niet aan voldoen. Ongeveer 1 procent van de Nederlandse bevolking heeft een ASS. Bij jongens/mannen komt ASS drie keer zoveel voor als bij meisjes/vrouwen. De oorzaak hiervan is niet bekend.

### 1.3.4 Kenmerken

Zorgvragers met ASS vertonen stoornissen in het contact. Deze stoornissen kunnen per leeftijd verschillen en ook het aantal kenmerken en de ernst hiervan kan per zorgvrager verschillen. Hoe ouder een kind wordt, hoe duidelijker de sociale aspecten naar voren komen. Er wordt immers steeds meer sociale interactie verwacht bij het ouder worden. Het gedrag van een zorgvrager met ASS valt op. Zo is een kind met ASS weinig geïnteresseerd in anderen. Het speelt nauwelijks met anderen en maakt geen oogcontact. Bij volwassenen met ASS valt op dat er vaak communicatieproblemen zijn, omdat de zorgvrager zich niet goed in kan leven in de ander en weinig zelfinzicht heeft. Het lijkt alsof de zorgvrager eigenwijs is en zijn eigen zin door wil zetten. Dit gedrag wordt vaak als een persoonlijke aanval of onwil gezien. Het is belangrijk dat je je er bewust van bent dat dit beperkingen zijn. Probeer neutraal te reageren.

**Deze uitgave Geestelijke gezondheidszorg 2 maakt deel uit van de serie Traject V&V. De theorie van deze uitgave sluit volledig aan bij onderstaande werkprocessen uit het kwalificatiedossier Mbo-Verpleegkundige.**

**P3-K1-W1 Biedt een zorgvrager herstelondersteunende zorg**

**P3-K1-W2 Communiceert met zorgvragers gericht op maatschappelijke participatie**

**P3-K1-W3 Begeleidt een groep zorgvragers en naastbetrokkenen**

De leermiddelen uit de serie Traject V&V zijn bestemd voor de opleiding Verzorgende IG (niveau 3) en de opleiding Mbo-Verpleegkundige (niveau 4). Door de thematische opbouw is Traject V&V 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 theorieboeken.

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 instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

**Het complete aanbod van Traject V&V bestaat uit:**

- theorieboeken met een heldere en gestructureerde uitleg over de benodigde vakkennis, verduidelijkt met veel praktijkvoorbeelden;
- werkboeken met verwerkingsopdrachten, toepassingsopdrachten en evaluatie of reflectieopdrachten;
- digitale omgeving met ondersteunend materiaal voor zowel student als docent.

**Wil je weten welke materialen er nog meer beschikbaar zijn bij Traject V&V?**

**Kijk dan op:** [www.thiememeulenhoff.nl/trajectv&v](http://www.thiememeulenhoff.nl/trajectv&v)

**Auteurs:**

A. Engeltjes

A. Willemse

**Onder redactie van:**

C.A. Abrahamse

M.H.A.J. Gloudemans

