

Ondersteunen en begeleiden van cliënten bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding



Marina Markus
100549
S4A

Informatiepagina

Christelijke Hogeschool Ede

Oude Kerkweg 100

6717 JS Ede

Telefoon: 0318-696300

Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg, Gelderland

Afdeling ZorgThuis, Apeldoorn

Hoenderloseweg 108

7339 GK Ugchelen

055-5382421

Afstudeervariant: Project

Werkbegeleider: Lennart Oosterloo

Lennart.oosterloo@legerdesheils.nl

Afstudeerbegeleider: Kees van Harten

cvharten@che.nl

Beoordelaar: Petra Koppelaar-Kieskamp

pjkoppelaar@che.nl

Onderzoeksdocent: Jochum Muurling

jmuurling@CHE.nl

Samenvatting

Ons onderzoek speelt zich af bij de afdeling ZorgThuis van het Leger des Heils W&G Gelderland. Het onderwerp van ons onderzoek is de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek naar vrijetijdsbesteding. In dit onderzoek hebben wij in kaart gebracht hoe de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek op dit moment wordt vormgegeven en op welke wijze deze eventueel verbeterd kan worden. Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen hoe de begeleiding naar vrijetijdsbesteding op dit moment verloopt, waar de hulpverlener tegenaan loopt en wat eventuele verbeteringen in de begeleiding zouden kunnen zijn. Het onderzoek leidt uiteindelijk tot een stappenplan voor de hulpverlener die als handvat in de begeleiding dient. Voor dit onderzoek is er een literatuurstudie uitgevoerd en zijn er acht hulpverleners van de afdeling ZorgThuis geïnterviewd. De interviews en de literatuur zijn vervolgens met elkaar vergeleken bij het beantwoorden van de deelvragen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Op welke wijze kunnen hulpverleners van de afdeling ZorgThuis Apeldoorn van het Leger des Heils W&G Gelderland de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding verbeteren en op welke wijze kan een product daarbij ondersteuning bieden?* Vanuit de interviews en vanuit de literatuur blijkt dat er drie belemmeringen voor de cliënt zijn om een vrijetijdsbesteding te hebben en te behouden. De cliënt heeft vaak geen motivatie of energie vanwege een grote hoeveelheid problemen, de cliënt heeft last van (sociale) angst en de cliënten kampen veelal met psychiatrische stoornissen die hen beperken in het hebben van vrijetijdsbesteding. Uit de literatuur en de interviews blijkt dat de cliënt mogelijkheden heeft om een vrijetijdsbesteding te hebben en uit te voeren. In ons onderzoek worden er drie benoemd, namelijk: een vrijetijdsbesteding heeft een ontspannend en herstellend effect, elke cliënt heeft een wil om zichzelf te ontwikkelen en vrijetijdsbesteding biedt hier gelegenheid toe en sociale contacten kunnen de cliënt ondersteunen. De hulpverleners van ZorgThuis begeleiden de cliënten vanuit de uitgangspunten van het casemanagement en de presentietheorie. Er wordt gewerkt vanuit een zorgplan waar vrijetijdsbesteding een onderdeel van is. De hulpverleners van ZorgThuis maken voornamelijk gebruik van buurtsteunpunten en vragen elkaar vaak om advies en hulp. Het Leger des Heils biedt daarnaast ook nog een aantal mogelijkheden aan qua vrijetijdsbesteding, zoals het programma 'vrije tijd voor iedereen' en het 50|50 Workcenter. De instellingen IrisZorg, ARTA en Het Vrijetijdslab werken veel vanuit een methodiek waar vrijetijdsbesteding een belangrijk onderdeel is. Methodieken die hier gebruikt worden zijn de Community Reinforcement Approach, de Titan Methodiek en het Motivatieschema van het Vrijetijdslab. Vanuit de interviews en vanuit de literatuur komen drie belemmeringen voor de hulpverlener in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding naar voren. Deze belemmeringen zijn: het 'bestwildenken' van de hulpverlener, het overvragen van de cliënt en het initiatief van de hulpverlener. Daarnaast komen er ook drie helpende factoren naar voren, deze factoren zijn: de vermaatschappelijking van de zorg, het gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt en het werken in een team. Opvallend is dat de hulpverleners van ZorgThuis meer belemmeringen dan helpende factoren benoemen en het bestwildenken en het overvragen van de cliënt regelmatig voorkomt. Bij de hulpverleners van ZorgThuis bestaat ook veel onduidelijkheid over het aanbod van vrijetijdsbesteding van het Leger des Heils en hier wordt weinig gebruik van gemaakt. Aanbevelingen voor het team zijn: bij een vervolgonderzoek zouden cliënten ook geïnterviewd moeten worden. Bij het implementeren moet het product regelmatig besproken worden en moeten er vaste afspraken gemaakt worden. De hulpverleners zelf zouden zich meer

kunnen richten op de mogelijkheden van de cliënt en zouden zich meer kunnen oriënteren op het aanbod qua vrijetijdsbesteding van het Leger des Heils en van eventuele andere instellingen.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek van Cindy van Roekel en Marina Markus. Wij zijn twee studenten die Sociaal Pedagogische Hulpverlening studeren aan de Christelijke Hogeschool Ede. Wij hebben onderzoek gedaan bij het Leger des Heils Gelderland afdeling ZorgThuis. Deze afdeling biedt ambulante begeleiding aan mensen met meervoudige problematiek.

Door de veranderingen in de zorg zal participatie van de cliënt door middel van vrijetijdsbesteding een belangrijke rol gaan innemen (meerjarenbeleidplan Leger des Heils Nederland, april 2013). Om deze reden heeft afdeling ZorgThuis aan ons gevraagd om te onderzoeken hoe de begeleiding van de cliënten naar vrijetijdsbesteding verbeterd zou kunnen worden en op welke wijze een product hierin ondersteuning kan bieden. Met als doel dat meer cliënten een vrijetijdsbesteding krijgen.

Allereerst willen wij meneer Jansen bedanken omdat hij ons geholpen heeft bij het vinden van de opdracht die tot dit onderzoek heeft geleidt. Wij willen de hulpverleners bedanken dat ze de tijd hebben genomen om onze vragen te beantwoorden en voor de openheid waarmee de vragen werden beantwoord. In het bijzonder willen we meneer Oosterloo bedanken. De samenwerking verliep prettig en hij heeft ons waar nodig ondersteund. Daarnaast willen we onze afstudeerbegeleider meneer van Harten bedanken voor de begeleiding, zijn scherpe feedback en frisse blik.

Als laatste willen we onze vrienden en familie bedanken voor hun steun en voor het vertrouwen dat ze in ons hebben. In het bijzonder bedanken we Patricia van Roekel, die het hele verslag op spelling en grammatica heeft gecontroleerd.

Hierbij presenteren wij ons afstudeeronderzoek!

Cindy van Roekel & Marina Markus

Ede, 30 mei 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord	5
Hoofdstuk 1: Inleiding	10
1.1 Aanleiding.....	10
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Vraagstelling	11
1.4 Afbakening en beoogd resultaat.....	11
1.5 Relevantie van het onderzoek	12
1.6 Doelstelling.....	12
1.7 Leeswijzer	13
1.8 Verantwoording overschrijden aantal pagina's	14
1.9 Begripsbepaling.....	14
Hoofdstuk 2: Achtergronden van het project	15
2.1 De instelling	15
2.2 Relatie met de creatieve professional	15
2.3 Relatie met de verdiepingsminor	16
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden	16
3.1 Literatuuronderzoek	16
3.2 Interviews	17
3.2.1 Respondenten	17
3.2.2 Overzicht meetinstrumenten	17
Hoofdstuk 4: Beperkingen en mogelijkheden van de cliënt	18
4.1 Inleiding.....	18
4.2 Meervoudige problematiek	18
4.2.1 Definitie meervoudige problematiek.....	18
4.2.2 De hulpverleners van afdeling ZorgThuis en meervoudige problematiek.....	19
4.3 Vrijtijdsbesteding	19
4.3.1 Definitie van vrijtijdsbesteding.....	19
4.3.2 De hulpverleners van afdeling ZorgThuis en vrijtijdsbesteding	19
4.4 Beperkingen van de cliënt met meervoudige problematiek omtrent vrijtijdsbesteding ...	20
4.4.1 De hoeveelheid problemen	20
4.4.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de hoeveelheid problemen van de cliënt	21
4.4.3 Angst.....	22
4.4.4 De hulpverleners van ZorgThuis en angst van de cliënt.....	22

4.4.5 Psychiatrische problemen	22
4.4.6 De hulpverleners van ZorgThuis en psychiatrische problemen van de cliënt.....	24
4.5 Mogelijkheden van de cliënt met meervoudige problematiek omtrent vrijetijdsbesteding	24
4.5.1 Het vergeten van problemen	24
4.5.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de cliënt die problemen even vergeet	25
4.5.3 De wil om te ontwikkelen	25
4.5.4 De hulpverleners van ZorgThuis en cliënten die willen ontwikkelen.....	26
4.5.5 Inschakelen netwerk.....	26
4.5.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het inschakelen van het netwerk van de cliënt	27
4.6 Conclusie	27
Hoofdstuk 5: Het aanbod van het Leger des Heils	29
5.1 Inleiding.....	29
5.2 Casemanagement en de Presentietheorie	29
5.2.1 Het casemanagement.....	29
5.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en het Casemanagement	30
5.2.3 De presentietheorie.....	31
5.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en de Presentietheorie.....	32
5.3 ZorgThuis werkwijze.....	33
5.3.1 Het zorgplan	33
5.3.2 De hulpverleners van ZorgThuis en het Zorgplan	34
5.3.3 Afdeling gebonden aanbod.....	34
5.3.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het afdeling gebonden aanbod	36
5.4 Niet afdeling gebonden aanbod	36
5.4.1 Vrije tijd voor iedereen	37
5.4.2 De hulpverleners van ZorgThuis en vrije tijd voor iedereen	38
5.4.3 50 50 Workcenter	38
5.4.4 De hulpverleners van ZorgThuis en 50 50	40
5.5 Conclusie	40
Hoofdstuk 6: Extramurale begeleiding en ondersteuning aangeboden door andere welzijnsinstellingen.	42
6.1 Inleiding.....	42
6.2 IrisZorg.....	42
6.2.1 De Community Reinforcement approach (CRA).....	43
6.2.2 Werkwijze.....	43
6.3 ARTA	44

6.3.1. Titan methodiek.....	45
6.3.2 Werkwijze.....	45
6.4 Het Vrijetijdslab.....	46
6.4.1 Motivatieschema van Het Vrijetijdslab	47
6.4.2 Werkwijze.....	47
6.5 Conclusie	47
Hoofdstuk 7: Helpende en belemmerende factoren voor de hulpverlener in de begeleiding.....	49
7.1 Inleiding.....	49
7.2 Belemmerende factoren voor de begeleiding.....	49
7.2.1 Het 'Bestwildenken'	49
7.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en Het Bestwildenken	50
7.2.3 Overvragen van de cliënt	50
7.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het overvragen van de cliënt.....	51
7.2.5 Initiatief van de hulpverlener.....	51
7.2.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het initiatief van de hulpverlener.....	51
7.3 Helpende factoren voor de begeleiding.....	52
7.3.1 De vermaatschappelijking van de zorg	52
7.3.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de vermaatschappelijking van de zorg.....	53
7.3.3 Gericht op de mogelijkheden van de cliënt.....	53
7.3.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het op de mogelijkheden van de cliënt gericht zijn	53
7.3.5 Werken in een team	54
7.3.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het werken in een team	54
7.4 Conclusie	55
Hoofdstuk 8: Het product.....	57
8.1 Inleiding.....	57
8.2 Het O.R.E.O stappenplan	57
8.2.1 De oriëntatie fase.....	58
8.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de oriëntatiefase	60
8.2.3 De realisatie fase.....	61
8.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en de realisatiefase	62
8.2.5 De evaluatie fase	63
8.2.6 De hulpverleners van ZorgThuis en de evaluatiefase	65
8.2.7 De optimalisatie fase.....	65
8.2.7.2 Het beloningssysteem.....	66

8.2.8 De hulpverleners van ZorgThuis en de optimalisatiefase	67
8.3 Conclusie	68
Hoofdstuk 9: Conclusie: Beantwoording hoofdvraag	70
Hoofdstuk 10: Evaluatie	72
10.1 Evaluatie doelstelling	72
10.2 Evaluatie probleemstelling	72
10.3 Persoonlijke visie	72
Hoofdstuk 11: Discussie	73
Hoofdstuk 12: Aanbevelingen	75

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding

"Met de toenemende zelfstandigheid van mensen neemt ook het probleemoplossend en zelf organiserend vermogen van de samenleving toe"(NOS, 2013), zo zegt premier Rutte. Volgens hem is het streven naar een participatiesamenleving geen doel van beleid maar een ontwikkeling die gaande is (NOS, 2013). Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg (W&G) is al enige tijd bezig om op deze ontwikkeling in te spelen. W&G streeft er dan ook naar dat er de komende jaren een verschuiving plaats vindt van zorg naar participatie. De cliënt zal meer aangesproken worden op zijn/haar eigen kunnen. Participatie van de cliënt door middel van vrijetijdsbesteding zal hierin een belangrijke rol gaan spelen (meerjarenbeleidplan Leger des Heils Nederland, april 2013). Jaarlijks vragen er ca. vijftigduizend mensen om hulp van het Leger des Heils Nederland. In de context van bezuinigingen en decentralisatie van budgetten is het voor W&G de uitdaging om kwalitatief goede hulp te blijven bieden. 'Herstel van het gewone leven' staat centraal. W&G is één van de vijf onderdelen van Leger des Heils Nederland die op een professionele wijze flexibele en praktische hulp biedt aan mensen die een beroep op hen doen (Leger des Heils, z.d.). Uit onderzoek is gebleken dat de motivatie van cliënten om stabiel te blijven gevoed wordt door de wens om een normaal leven te leiden en onderdeel van de maatschappij te zijn (Wolf, 2013). Doormiddel van gezonde vrijetijdsbesteding kan participatie binnen de maatschappij, en daarmee het onderdeel zijn van de maatschappij, bevordert worden. Daarom is vanuit het meerjarenbeleidplan naar voren gekomen dat er de komende jaren meer aandacht zal zijn voor gezonde vrijetijdsbesteding. Het streven is dat 50% van de cliënten, binnen alle afdelingen van W&G, in 2017 een gezonde vrijetijdsbesteding hebben. Met als doel dat vrijetijdsbesteding participatie binnen de maatschappij bevordert (meerjarenbeleidplan Leger des Heils Nederland, april 2013). De extramurale afdeling ZorgThuis, een onderdeel van Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg Gelderland (Leger des Heils W&G Gelderland), is op zoek naar een manier om aan het streven van het meerjarenbeleidplan te voldoen. Afdeling ZorgThuis Apeldoorn is een extramurale afdeling die mensen die door ernstige problemen geïsoleerd zijn geraakt en niet door de reguliere thuiszorg kunnen worden geholpen helpt. Deze mensen hebben te maken met meervoudige problematiek zoals verslaving, schulden en psychische stoornissen en/of te weinig sociale contacten. De vijftien hulpverleners die werkzaam zijn bij de afdeling ZorgThuis worden als casemanagers ingezet om de cliënten te helpen met hun verschillende problemen. Deze afdeling stimuleert mensen om zoveel mogelijk zelfstandig te leven en te participeren binnen de maatschappij. Het motto van ZorgThuis luidt dan ook: zelfstandig waar het kan, ondersteuning waar het moet! (Leger des Heils, z.d.).

Vanuit het Leger des Heils W&G Gelderland worden verschillende mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding aangeboden. Daarnaast biedt het Leger des Heils W&G Gelderland de training "Vrije Tijd" aan waar cliënten geleerd wordt om met vrije tijd om te gaan, door leuke en zinvolle activiteiten te vinden en deze ook vol te houden. In deze trainingen wordt ook aandacht gegeven aan het maken van contacten en het opbouwen van een sociaal netwerk. Deze training is gebaseerd op de Libermanmodules (Meerjarenbeleidplan Leger des Heils Gelderland, 2014).

Desondanks heeft de senior van de afdeling ZorgThuis, in een gesprek met ons, te kennen gegeven dat de begeleiding van cliënten op het gebied van het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding nog niet gaat zoals ze dat zouden willen. Ze zouden graag zien dat meer cliënten een vrijetijdsbesteding hebben. Op dit moment is er behoefte aan concrete handvatten in de vorm van een product die de hulpverleners helpt de begeleiding te verbeteren. Hier is behoefte aan omdat hun ervaring is dat er anders weinig gedaan wordt met de informatie. Er is vraag naar een product, in een schriftelijke of digitale vorm, dat onderbouwt word vanuit de literatuur en werkzame vormen van andere instellingen én die aansluit bij de behoeften van de hulpverleners.

1.2 Probleemstelling

Te weinig cliënten van de extramurale afdeling ZorgThuis hebben op dit moment een vrijetijdsbesteding. Van de hulpverleners van afdeling ZorgThuis wordt gevraagd dat zij hier op anticiperen zodat eind 2017 50% van de cliënten een vrijetijdsbesteding heeft. De door de hulpverleners aangeboden begeleiding van cliënten naar een vrijetijdsbesteding kan nog verbeterd worden. Om deze begeleiding te verbeteren hebben de hulpverleners behoefte aan concrete handvatten in de vorm van een product. Deze concrete handvatten zijn er op dit moment nog niet.

1.3 Vraagstelling

Hoofdvraag: Op welke wijze kunnen hulpverleners van de afdeling ZorgThuis Apeldoorn van het Leger des Heils W&G Gelderland de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding verbeteren en op welke wijze kan een product daarbij ondersteuning bieden?

Deelvraag 1: Welke beperkingen en mogelijkheden zijn er voor cliënten met meervoudige problematiek op het gebied van vrijetijdsbesteding?

Deelvraag 2: Op welke wijze biedt het Leger des Heils W&G Gelderland mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding aan, aan de cliënten van de afdeling ZorgThuis?

Deelvraag 3: Welke vormen van extramurale begeleiding en ondersteuning, aan cliënten met meervoudige problematiek, worden er binnen andere welzijnsinstellingen gehanteerd omtrent het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding?

Deelvraag 4: Welke factoren zijn helpend en welke zijn belemmerend voor de hulpverleners van afdeling ZorgThuis Apeldoorn bij het begeleiden van cliënten met meervoudige problematiek naar vrijetijdsbesteding?

Deelvraag 5: Op welke wijze kan een product verbetering bieden aan hulpverleners in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding?

1.4 Afbakening en beoogd resultaat

Het onderzoek zal begin februari 2014 starten en zal eind mei 2014 tot een einde gebracht worden. Ons onderzoek zal plaats vinden binnen het Leger des Heils W&G Gelderland op de afdeling ZorgThuis welke werkzaam is in de regio Apeldoorn. Ons doel is om in kaart te brengen op welke wijze hulpverleners de begeleiding van cliënten naar gezonde vrijetijdsbesteding kunnen verbeteren, wat het Leger des Heils aanbiedt en waar de hulpverleners tegenaan lopen in de begeleiding naar gezonde vrijetijdsbesteding. Dit resulteert uiteindelijk in een product wat dient als concreet handvat voor hulpverleners in het begeleiden van cliënten en die aansluit op de behoeften van de hulpverleners. Wij hebben de keuze gemaakt om niet te onderzoeken wat de zin van vrijetijdsbesteding is. Wij starten dit onderzoek vanuit het oogpunt dat vrijetijdsbesteding zinvol is. Wij hebben gekozen voor de afstudeervariant project. De belangrijkste vraag vanuit onze opdrachtgever is dat er een zo concreet mogelijk product wordt ontwikkeld voor de hulpverleners. Het product zal worden ontwikkeld naar de behoeften van de hulpverleners van de afdeling ZorgThuis en zal zo concreet mogelijk zijn, zodat de hulpverleners er meteen mee aan de slag kunnen gaan. Onze opdrachtgever heeft aangegeven dat het product niet volledig innovatief hoeft te zijn, maar stevig onderbouwd moet worden vanuit bestaande theorieën en methoden en duidelijke stappen moet bevatten voor de hulpverleners.

Uiteindelijk zullen wij aan het gehele team van de afdeling ZorgThuis een eindpresentatie geven. In deze presentatie zullen wij het ontwikkelde product presenteren en zullen wij aanbevelingen en suggesties doen aan het team, op welke wijze zij het product kunnen implementeren. De reacties op het onderzoek kunnen wellicht een nieuwe hypothese vormen voor een vervolgonderzoek. De aanbevelingen en suggesties voor het implementeren van het product zijn een belangrijke vraag vanuit onze opdrachtgever. Zij verwachten dat zonder deze aanbevelingen het risico groot is dat ons project niet gebruikt zal worden omdat er weinig tijd is om hier zelf over na te denken. De vraag is niet dat we een volledig implementatieplan schrijven, maar dat we er wel over nadenken hoe dit geïmplementeerd kan worden. In ons onderzoek (hoofdstuk 5) zullen wij een leer-werktraject beschrijven van het Leger des Heils, genaamd 50|50 workforce. Wij hebben ervoor gekozen dit onder vrijetijdsbesteding te laten vallen omdat cliënten hier vrijwilligerswerk kunnen doen, maar ook de mogelijkheid hebben om te oriënteren op hun interesses.

1.5 Relevantie van het onderzoek

In deze tijd zijn er veel veranderingen gaande in de hulpverlening. Vanuit de evaluatie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is het Welzijn Nieuwe Stijl ontstaan, die een nieuwe invulling geeft aan de Wmo. Het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en participatie van de cliënt staan hierin centraal (Invoeringwmo, 2007). Participatie door middel van vrijetijdsbesteding krijgt daarom binnen het Leger des Heils, en daarmee binnen afdeling ZorgThuis, meer aandacht (meerjarenbeleidplan Leger des Heils Nederland, april 2013). Ons onderzoek heeft binnen de transitie van zorg naar participatie een grote rol binnen de afdeling ZorgThuis. Er is behoefte aan een concreet stappenplan om cliënten naar vrijetijdsbesteding te begeleiden, het is daarom noodzakelijk om eerst onderzoek te doen naar vrijetijdsbesteding en naar de huidige begeleiding die de afdeling ZorgThuis aanbiedt. De theoretische relevantie is dat er op de afdeling ZorgThuis geen methoden of theorieën aanwezig zijn om te helpen in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding. Dit is een onderdeel die wij binnen ons onderzoek hebben betrokken. De praktische relevantie van ons onderzoek is dat vanuit de theorie en interviews een product zal ontstaan die de hulpverleners als praktisch hulpmiddel kunnen gaan gebruiken.

1.6 Doelstelling

Ons doel is om in kaart te brengen op welke wijze hulpverleners van de afdeling ZorgThuis de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding kunnen verbeteren en waar zij tegenaan lopen. Ook willen wij in kaart brengen welke mogelijkheden het Leger des Heils W&G Gelderland biedt als het gaat om vrijetijdsbesteding.

Ons einddoel is om een product te ontwikkelen die aansluit bij de behoeften van de hulpverleners van ZorgThuis en die passend is binnen de kaders van het Leger des Heils. Dit product dient als handvat voor de hulpverleners in het begeleiden van cliënten naar vrijetijdsbesteding en zal zo concreet mogelijk zijn. Ook zullen wij aanbevelingen en suggesties doen om het product zo efficiënt mogelijk te implementeren binnen het team.

Voor de cliënten is ons doel dat zij passende begeleiding krijgen naar hulpverlening, om participatie binnen de maatschappij te vergroten. Deze participatie door middel van vrijetijdsbesteding is belangrijk voor het hebben van sociale contacten en het ontwikkelen en verbeteren van sociale vaardigheden. Ook bevordert het de gezondheid en het welzijn van de cliënt (Lieberman, 1999).

1.7 Leeswijzer

Om een zo overzichtelijk mogelijk beeld te geven van ons onderzoeksverslag hebben we in deze leeswijzer beschreven waar u welke informatie kunt vinden.

In hoofdstuk één vindt u de aanleiding, de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling van dit onderzoek. Daarnaast wordt er een verantwoording van de overschreden pagina's gegeven en als laatste is er een begrippenlijst te vinden.

In hoofdstuk twee vindt u de achtergronden van het project. Daarin is informatie over de instelling terug te vinden.

In hoofdstuk drie wordt er dieper op de onderzoeksmethoden van het onderzoek ingegaan. Hier wordt in beschreven welke methoden wij in ons onderzoek hebben toegepast en op welke wijze deze toegepast zijn. Ook zal er beschreven worden hoe de data verzameld en geanalyseerd is.

In hoofdstuk vier zal antwoord gegeven worden op de eerste deelvraag van dit onderzoek. Er zal per paragraaf eerst vanuit de literatuur beschreven worden welke mogelijkheden en beperkingen meervoudig problematiek met zich meebrengt voor de cliënt op het gebied van vrijetijdsbesteding. Daarna zullen de uitkomsten vanuit de interviews per paragraaf omtrent de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding weergegeven worden.

In hoofdstuk vijf zal antwoord gegeven worden op de tweede deelvraag van dit onderzoek. Er zal eerst per paragraaf vanuit de literatuur beschreven worden op welke wijze ZorgThuis de cliënten begeleid naar vrijetijdsbesteding. Daarna zullen de uitkomsten uit de interviews omtrent de wijze van begeleiding die afdeling ZorgThuis hanteert per paragraaf weergegeven worden.

In hoofdstuk zes zal antwoord gegeven worden op de derde deelvraag van dit onderzoek. Er zal vanuit de literatuur worden omschreven welke en op welke wijze methoden en vormen van extramurale begeleiding omtrent vrijetijdsbesteding door drie andere instellingen worden gebruikt.

In hoofdstuk zeven zal antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag van dit onderzoek. Er zal vanuit de literatuur per paragraaf worden beschreven welke factoren helpend en welke belemmerend zijn voor de hulpverleners van afdeling ZorgThuis omtrent de begeleiding van extramurale cliënten naar vrijetijdsbesteding. Daarna zullen de uitkomsten uit de interviews omtrent de helpende en belemmerende factoren voor de hulpverleners in de begeleiding per paragraaf weergegeven worden.

In hoofdstuk acht zullen we antwoord geven op de vijfde deelvraag van dit onderzoek. Hierin zullen we de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken samenvoegen tot een product. Dit product zal gebaseerd worden op de bevindingen vanuit de interviews en de gevonden literatuur.

In hoofdstuk negen zullen we de hoofdvraag beantwoorden en daarmee een conclusie trekken uit ons onderzoek.

In hoofdstuk 10 zullen we aanbevelingen beschrijven over hoe dit product het beste geïmplementeerd zou kunnen worden in het team. Eventuele andere aanbevelingen omtrent de begeleiding van extramurale cliënten naar vrijetijdsbesteding worden ook in dit hoofdstuk beschreven.

In hoofdstuk elf vind u de discussie. Hier wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van ons onderzoek en welke punten ons onderzoek sterker hadden kunnen maken.

In hoofdstuk twaalf vind u onze persoonlijke leerplannen. Daarin zullen we beschrijven hoe wij het afstudeerproces hebben beleefd en wat wij van dit onderzoek en van het doen van onderzoek hebben geleerd.

1.8 Verantwoording overschrijden aantal pagina's

In dit onderzoek zijn we er gaandeweg achter gekomen dat we het maximale aantal pagina's gingen overschrijden. Terwijl wij bezig waren met onze literatuurstudie kwamen wij erachter dat de literatuur omtrent het onderwerp vrijetijdsbesteding breder is dan wij hadden verwacht. Ook werden er vanuit de interviews veel belangrijke factoren in de begeleiding van cliënten besproken die belangrijk waren om te benoemen en te onderbouwen in ons verslag. We hebben uiteindelijk dus meer factoren moeten beschrijven om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Daarnaast hebben wij een uitgebreid stappenplan ontwikkeld waar de hulpverlener kunnen kiezen uit meerdere onderdelen om toe te passen in de begeleiding. Ook dit heeft ervoor gezorgd dat wij over de voorgeschreven hoeveelheid pagina's zijn gegaan. Wij zijn in overleg met onze afstudeerbegeleider tot de huidige invulling van de deelvragen gekomen en daarbij het aantal pagina's.

1.9 Begripsbepaling

Casemanager	Geschoolde SPH-ers of MWD-ers die mogelijk een post HBO casemanagement hebben gevolgd. Deze hulpverleners hebben het doel om de samenwerking tussen zorgorganisaties te verbeteren, de cliënt centraal te stellen, problemen integraal aan te pakken en om de cliënt te helpen bij het zelfstandig leven (Leger des Heils, z.d.).
Extramurale begeleiding	Extramuraal betekend in het Latijns 'buiten de muren'. Het is dan ook het aanbod van zorg- en dienstverlening die bij de cliënt thuis wordt geleverd buiten de muren van de zorginstelling (Plazilla, 2013).
Implementatie	Het invoeren van vernieuwingen en/of veranderingen, van bewezen kwaliteit, door een systematische en gerichte aanpak te gebruiken met als doel dat deze een vaste plaats in het handelen en functioneren van organisaties of in de structuur van gezondheidszorg krijgen (Splunteren, Veld & Barneveld, 2003).
Integraal	De toegang van de cliënt, los van de financieringswijze, tot wonen, welzijn, zorg- en dienstverlening (Movisie, 2009).
Meervoudige Problematiek	Binnen de hulpverlening wordt er een onderscheid gemaakt tussen meervoudige en enkelvoudige problematiek. Er wordt gesproken van meervoudige problematiek als er in het aanmeldingsgesprek met een cliënt geen centrale probleemdefinitie gesteld kan worden. (Rijnders, Bakker, de Jonge, Ploegmakers, van Winckel & Trijsburg, 1996). Als een cliënt twee of meerdere van de onderstaande problemen ondervindt is er sprake van meervoudige problematiek: armoede, onderwijsachterstand, weinig sociale contacten, beperkte verstandelijke capaciteiten, psychiatrische problemen, verslaving, verwaarlozing en mishandeling (Honhoff & van den Brink, April 2010; Leger des Heils, z.d.)!
Tool	Product dat als hulpmiddel dient voor hulpverlener onderbouwt vanuit literatuur en vanuit de behoeften van de hulpverlener.
Vrijetijdsbesteding	Onder vrije tijd verstaan we de tijd die men kwijt is aan het gebruik van media, sociale contacten, recreatieve activiteiten, ontspanning en maatschappelijke participatie. Met maatschappelijke participatie wordt de tijd die mensen kwijt zijn aan praktiseren van religie, vrijwilligerswerk en mantelzorg bedoeld (Cloin et al., 2013). Met recreatieve activiteiten wordt uitgaan, sport & beweging en hobby's bedoeld (Breedveld et al., 2006).

Hoofdstuk 2: Achtergronden van het project

2.1 De instelling

Het Leger des Heils Nederland maakt deel uit van de internationale beweging The Salvation Army. Deze beweging werkt vanuit een christelijke overtuiging. Het werk wordt gestimuleerd door de liefde van God. De opdracht van het Leger des Heils is om het evangelie te verkondigen en om hulp te verlenen aan mensen in nood zonder enige vorm van discriminatie (Leger des Heils, z.d.).

Het Leger des Heils Nederland bestaat uit vijf onderdelen. Deze onderdelen zijn: het Kerkgenootschap Leger des Heils, stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg, stichting Leger des Heils Fondswerving, stichting Leger des Heils Dienstverlening en stichting Leger des Heils (Leger des Heils, z.d.). Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg (W&G) is een professionele zorgorganisatie die werkt vanuit een praktische en flexibele instelling. W&G biedt materiële en immateriële hulp zonder onderscheid te maken tussen personen die om verschillende redenen een beroep op hen doen. In Nederland zijn er dertien werkeenheden die zich bezig houden met welzijnswerk en gezondheidszorg. Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg coördineert, ondersteunt en geeft leiding aan deze dertien werkeenheden. De dertien werkeenheden bestaan in totaal uit 239 vestigingen die zorg en hulp aanbieden (Leger des Heils, z.d.). Afdeling ZorgThuis is één van de vestigingen die aangestuurd wordt door Stichting Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg Gelderland. Deze afdeling is werkzaam in regio Apeldoorn. Op de afdeling ZorgThuis werken vijftien hulpverleners die mensen met een meervoudige problematiek extramuraal helpen. Deze mensen met een meervoudige problematiek kunnen niet geholpen worden door de reguliere thuiszorg. Het motto van ZorgThuis is: zelfstandig waar het kan, ondersteuning waar het moet! (Leger des Heils, z.d.).

2.2 Relatie met de creatieve professional

Er zijn veel veranderingen binnen de zorg. Ook op afdeling ZorgThuis zijn er veel veranderingen gaande. Een onderdeel van die veranderingen is dat er meer aandacht aan vrijetijdsbesteding wordt besteed. Wij kregen de kans om voor deze afdeling te onderzoeken op welke wijze zij de begeleiding naar vrijetijdsbesteding kunnen verbeteren, zodat meer cliënten een vrijetijdsbesteding hebben. In dit onderzoek werken we aan verschillende competenties. Wij hebben bijvoorbeeld een product ontwikkelt voor de hulpverleners waarbij we werken aan de competentie 'ontwerpen van programma's'. Daarnaast hebben we ook aan de competentie 'professioneel samenwerken' gewerkt door dit onderzoek in opdracht te doen van het Leger des Heils. Wij hebben veel contact gehad met de opdrachtgever van dit onderzoek en onze afstudeerbegeleider. We hebben ons plan meerdere malen moeten aanpassen om aan de behoeften van zowel onze opdrachtgever als onze afstudeerbegeleider te kunnen voldoen. Ook het 'ontwikkelen van het onderzoek' is een competentie waar we in dit onderzoek aan werken. Door een plan van aanpak te maken, maar ook door het uitvoeren van het onderzoek door een literatuurstudie te doen en de stappen te volgen van het basisboek Kwalitatief Onderzoek van Baarda leren wij hoe we een goed onderzoek moeten neerzetten en uitvoeren.

2.3 Relatie met de verdiepingsminor

Wij hebben beiden de minor GGZ, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang gevolgd. Wij studeren af bij Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg afdeling ZorgThuis. Dit is een extramurale afdeling van het Leger des Heils Gelderland en helpt mensen met meervoudige problematiek. Problemen die bij deze doelgroep vaak voorkomen zijn: verslaving, schulden en psychische stoornissen en/of te weinig sociale contacten. Wij hebben bijvoorbeeld in de minor veel geleerd over psychische stoornissen en verslavingen en op welke wijze een hulpverlener hier op een adequate manier mee om kan gaan in de begeleiding. Deze kennis kunnen wij gebruiken in het maken van ons product om de hulpverleners te helpen in de begeleiding van cliënten, maar ook om de problematiek van cliënten van ZorgThuis in kaart te brengen. Ook de verschillende methoden die we daar geleerd hebben zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering en Motiverende Gespreksvoering kunnen gebruikt worden bij het beantwoorden van de deelvragen omdat deze methoden beiden toegepast kunnen worden in het begeleiden van cliënten naar vrijetijdsbesteding.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden

Wij hebben een kwalitatief onderzoek gedaan door middel van literatuuronderzoek en het interviewen van de hulpverleners van afdeling ZorgThuis. We hebben voor half gestructureerde interviews gekozen. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe wij literatuuronderzoek hebben gedaan en hoe wij de interviews hebben afgenomen en hebben geanalyseerd.

3.1 Literatuuronderzoek

We hebben gekozen om een literatuuronderzoek te doen. In de afstudeernota van de Christelijke Hogeschool Ede staat beschreven dat bij een afstudeerproject het accent ligt op het praktijkonderzoek en het bronnenonderzoek een noodzakelijk onderdeel uitmaakt van het eindproduct. Vanuit onze opdrachtgever kwam ook een duidelijke vraag naar literaire onderbouwing van ons onderzoek en ons eindproduct. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om een uitgebreid literatuuronderzoek te doen

De concepten die we in onze deelvragen hebben vernoemt hebben we geoperationaliseerd. Deze lijst met definities heeft ons geholpen bij het in kaart brengen van de benodigde literatuur. Nadat we dat in kaart hadden gebracht zijn we in de bibliotheek van de Christelijke Hogeschool Ede en in de Koninklijke Bibliotheek op zoek gegaan naar bruikbare boeken. Ook hebben we via Google Scholar en diverse databanken relevante internetbronnen gezocht.

Daarnaast hebben we een aantal instellingen benaderd om informatie te krijgen over methodieken die gebruikt worden om cliënten naar vrijetijdsbesteding te begeleiden. Deze instellingen zijn: IrisZorg, Het Vrijetijdslab en ARTA. Wij hebben gekozen voor deze drie instellingen omdat ze, net als afdeling ZorgThuis, ambulante hulp verlenen aan mensen met meervoudige problematiek. Vanuit IrisZorg hebben wij de benodigde informatie per mail ontvangen en bij ARTA en het Vrijetijdslab zijn wij uitgenodigd om de informatie op te komen halen. Wij hebben dan ook een afspraak gemaakt en hebben van beiden naslagwerk in papieren versie of naderhand per mail ontvangen.

3.2 Interviews

Wij hebben in ons afstudeerproject half gestructureerde interviews afgenomen binnen de afdeling ZorgThuis. Bij dit soort interviews liggen niet alleen de onderwerpen maar ook de belangrijkste vragen vast. Naast deze belangrijkste vragen is er wel ruimte om door te vragen (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005).

Door met een topiclijst te werken hebben we de onderwerpen vastgelegd. Vervolgens hebben we bij elke topic vragen neer gezet. Deze topiclijst en de vragen kunt u in bijlage 2 vinden. De topics komen voort uit de literatuur die we in de deelvragen hebben behandeld.

We hebben voor deze vorm van interviewen gekozen omdat we van iedere hulpverlener een antwoord wilden op belangrijkste vragen. Op deze manier kunnen we in kaart brengen hoe de begeleiding nu gaat en welke behoeften de hulpverleners hebben. Een half-gestructureerd interview biedt ook de gelegenheid om het gesprek aan te gaan met de hulpverlener en vragen te stellen die niet opgesteld zijn (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009).

In het team van afdeling ZorgThuis werken 15 hulpverleners. Wij zijn gestart met het interviewen van vijf hulpverleners. De antwoorden van deze interviews hebben we vergeleken. Omdat niet alle antwoorden eenduidig waren hebben we besloten om nog drie hulpverleners te interviewen. Op deze manier hebben we ons labelingssysteem getest. Na acht interviews hebben we besloten om niet nog meer hulpverleners te interviewen omdat de afgenomen interviews voldoende mogelijkheid biedt tot vergelijken van de uitkomsten en daarin patronen vast te stellen.

We hebben de interviews opgenomen en deze naderhand woord voor woord uitgetypt. Daarna hebben we de niet relevante informatie geschrapt. Onder niet relevante informatie verstaan we woorden als 'uhm' of 'eh', woorden die dubbel zijn gezegd of niet afgemaakte zinnen. Vervolgens hebben we de interviews gefragmenteerd en gelabeld (Baarda, 2009). Hoe we dit precies hebben gedaan kunt u lezen in bijlage 3.

3.2.1 Respondenten

De respondenten in ons onderzoek waren de vijftien hulpverleners van de afdeling ZorgThuis van Het Leger des Heils W&G Apeldoorn. We hebben er uiteindelijk voor gekozen om acht van de vijftien hulpverleners te interviewen. Van onze opdrachtgever hebben we de contactgegevens van de hulpverleners ontvangen. Het team bestaat uit dertien vrouwelijke en twee mannelijke hulpverleners. Alle vijftien hulpverlener hebben dezelfde functie als ambulant werker.

Per mail hebben we het eerste contact gelegd, vervolgens hebben we de hulpverleners gebeld. We hebben eerst de hulpverleners gebeld die het meest aanwezig zijn en daarna de hulpverleners die minder dagen werken. Uiteindelijk hebben we acht interviews in kunnen plannen. We hebben zeven vrouwelijke hulpverleners geïnterviewd en één mannelijke hulpverlener.

3.2.2 Overzicht meetinstrumenten

Voor het interviewen hebben we gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze topiclijst is samengesteld vanuit de literatuur die wij in het vooronderzoek hebben verkregen. Vanuit deze literatuur hebben we topics geformuleerd en daaronder de belangrijkste vragen opgeschreven. De topics die wij gekozen hebben zijn: 'basisinformatie', 'de doelgroep/cliënten', 'de begeleiding', 'de organisatie' en 'het product'. Per topic hebben we een aantal basisvragen geformuleerd die antwoord geven op de deelvragen. De topics en de basisvragen kunt u vinden in bijlage 2.

Hoofdstuk 4: Beperkingen en mogelijkheden van de cliënt

Deelvraag 1: Welke beperkingen en mogelijkheden zijn er voor cliënten met meervoudige problematiek op het gebied van vrijetijdsbesteding?

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal er antwoord gegeven worden op de eerste deelvraag. Er zijn drie beperkingen en drie mogelijkheden van de cliënt omtrent het hebben en behouden van vrijetijdsbesteding te beschrijven.

In paragraaf 4.2 en 4.3 worden vanuit de literatuur de definities beschreven van meervoudige problematiek en vrijetijdsbesteding. Daarna wordt weergegeven wat de hulpverleners van de afdeling ZorgThuis hierover in de interviews hebben gezegd.

In paragraaf 4.4 worden de drie beperkingen van de cliënt omtrent vrijetijdsbesteding beschreven. Elke beperking wordt eerst vanuit de literatuur beschreven. Daarna wordt er weergegeven wat de hulpverleners van ZorgThuis hierover hebben gezegd in de interviews. De drie beperkingen zijn: de hoeveelheid problemen, angst en psychiatrische problemen. We zijn tot deze drie beperkingen gekomen door wat Honhoff (2010) en Het Leger des Heils zeggen over de problemen die mensen met meervoudige problematiek hebben (zie paragraaf 4.2).

In paragraaf 4.5 worden de drie mogelijkheden van de cliënt omtrent vrijetijdsbesteding beschreven. Elke mogelijkheid wordt eerst vanuit de literatuur beschreven. Daarna wordt er weergegeven wat de hulpverleners van ZorgThuis hierover hebben gezegd in de interviews. De drie mogelijkheden zijn: het vergeten van problemen, de wil om te ontwikkelen en het inschakelen van het netwerk. We zijn tot deze drie mogelijkheden gekomen door wat Csikszentmihalyi (2003), Libermann (1999) en Voster (2013) over vrijetijdsbesteding zeggen.

In paragraaf 4.6 is de conclusie te vinden met daarin de beantwoording van de eerste deelvraag.

4.2 Meervoudige problematiek

4.2.1 Definitie meervoudige problematiek

Vaak worden cliënten met meervoudige problematiek omschreven als ‘zorgmijders’. Deze term heeft zijn oorsprong uit de jaren ’80, waar een doelgroep ontstond van mensen die verward, vervuild en geïsoleerd werden door de grote veranderingen van de zorg. Zij kwamen tussen wal en schip terecht, doordat de instellingen minder cliënten aannamen, de hulpverleners moeilijk bereikbaar waren en de organisaties steeds groter en bureaucratischer werden. Deze mensen waren op zichzelf aangewezen en werden al snel omschreven als ‘zorgwekkende zorgmijders’ (van Kerckhove, de Kock, & Vens, 2013).

Binnen de hulpverlening wordt er een onderscheid gemaakt tussen meervoudige en enkelvoudige problematiek. Er wordt gesproken van meervoudige problematiek als er in het aanmeldingsgesprek met een cliënt geen centrale probleemdefinitie gesteld kan worden (Rijnders et al., 1996). Er kan geen centrale probleemdefinitie gesteld worden omdat de cliënt meerdere problemen heeft op verschillende leefgebieden die op elkaar ingrijpen en die elkaar versterken. Dit maakt de casus van een cliënt met meervoudige problematiek vaak complex (Honhoff & van den Brink, 2010; Bos, 2010; Leger des Heils, z.d.; Rijnders et al., 1996).

Deze problemen kunnen zich voor doen op economisch, cultureel, psychosociaal/lichamelijk en normatief vlak (Bos, 2010). Een aantal problemen zijn: armoede, onderwijsachterstand, weinig sociale

contacten, beperkte verstandelijke capaciteiten, psychiatrische problemen, verslaving, verwaarlozing en mishandeling (Honhoff et al., 2010; Leger des Heils, z.d.).

Cliënten met meervoudige problematiek hebben vaak geen werk- of vrijetijdsbesteding, wat als gevolg kan hebben dat zij sociaal uitgesloten zijn en woon- en financiële problemen krijgen. Ook kan sociale uitsluiting lijden tot psychosociale (gedrags)problematiek, verslavingsproblemen of problemen in het netwerk van de cliënt zoals geweld en mishandeling (Bos, 2010).

4.2.2 De hulpverleners van afdeling ZorgThuis en meervoudige problematiek

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke problematiek zij bij de cliënten zien. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot meervoudige problematiek zijn hieronder weergegeven.

“Ja er zijn enkele cliënten waar echt alle levensgebieden aan de orde komen maar er zijn ook cliënten waar het hoofdzakelijk om de financiën gaat en waar lichamelijke gesteldheid een beetje bij hangt. En sociale vaardigheden een beetje bij hangt, maar ik denk dat ik gemiddeld wel met vier levensgebieden tegelijk bezig ben per cliënt.” (Interview 1.9, 2014).

“Ambulante begeleiding geven aan mensen in de thuissituatie of nou die nog geen thuissituatie hebben, en dan is het vooral gericht op cliënten die op meerdere levensgebieden vast zijn gelopen, problemen hebben en waarbij vaak ook de reguliere hulpverlening niet gelukt is. Of dat ze geen hulpverlening willen, of al gehad hebben” (Interview 3.5, 2014).

“Ik begeleid mensen met een multiprobleem achtergrond. Die hebben op meerdere levensgebieden problemen, vaak met financiën, schulden, vaak een diagnose, psychiatrische diagnose, vaak ook verslaving. De rode draad is dat hun leven vaak een puinhoop is en dat ze vastgelopen zijn of aan het vastlopen zijn. En die mensen begeleid ik thuis en dan ga ik samen zoeken om orde en structuur weer aan te brengen en de kwaliteit van leven weer te verhogen. Met als doel dat ze het zelf zo snel mogelijk weer gaan oppakken” (Interview 7.5, 2014).

4.3 Vrijetijdsbesteding

4.3.1 Definitie van vrijetijdsbesteding

Vrije tijd is de tijd die men kwijt is aan het gebruik van media, sociale contacten, recreatieve activiteiten, ontspanning en maatschappelijke participatie. Vrijetijdsbesteding is dan ook het gebruiken van media, iets doen met sociale contacten, het doen van recreatieve activiteiten, ontspannen of participeren binnen de maatschappij (Breedveld et al., 2006; Cloin et al., 2013). Onder recreatieve activiteiten wordt uitgaan, sport en beweging en het uitoefenen van hobby's verstaan. Onder maatschappelijke participatie wordt het praktiseren van religie, het doen van vrijwilligerswerk en mantelzorg verstaan (Breedveld et al. 2006; Cloin et al., 2013).

4.3.2 De hulpverleners van afdeling ZorgThuis en vrijetijdsbesteding

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd wat zij verstaan onder vrijetijdsbesteding en wat vrijetijdsbesteding de cliënt brengt. Hieronder zijn een aantal antwoorden op deze vraag weergegeven.

“Dat is een vrijetijdsbesteding waar eigenlijk een heel aantal leefgebieden gezond van worden. Dus dat is psychische gesteldheid, sociale vaardigheden, lichamelijke gesteldheid, verslaving. Ja dus iets

wat al je levensgebieden gezond maakt, daar ben ik ook altijd naar op zoek in vrijetijdsbesteding” (Interview 1.13, 2014) .

“Dat ze er voldoening uithalen, dat het hen rust brengt, dat ontspanning” (Interview 3.10).

“ (...) vrijetijdsbesteding is voor mij tijdsbesteding die een stuk invulling aan je leven geeft. Die ook een stuk ontspanning geeft, ook wel dat je leven op een positieve manier richting geeft” (Interview 6.10, 2014).

“ (...) vrijetijdsbesteding versta ik onder dat iemand zijn tijd zo kan benutten dat hij daar zingeving aan ontleent. En dat het hem ook ontspanning geeft. En dat hij daar dan energie van krijgt. Om weer in te zetten op andere gebieden” (Interview 7.7, 2014).

4.4 Beperkingen van de cliënt met meervoudige problematiek omtrent vrijetijdsbesteding

4.4.1 De hoeveelheid problemen

De problemen en de hoeveelheid problemen waar de cliënt mee te kampen heeft bepalen de motivatie van een persoon. De motivatie van een persoon bepaald het gedrag van een persoon. Als een persoon niet gemotiveerd is om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd dan gedraagt hij zich daar naar. De cliënt zal dan ook niets gaan ondernemen in zijn vrije tijd (Apollo 2007; Dam, 2008). Apollo (2007) zegt:

‘Stilstaan voelt alleen maar als vastzitten, als je vindt dat je verder moet ‘.

Maslow geeft met zijn behoeften hiërarchie een verklaring waarom sommige mensen niet gemotiveerd zijn om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd. De motivatie van een persoon verloopt volgens Maslow in de volgorde van de behoeften hiërarchie. Deze bestaat uit vijf behoeften. Als de primaire behoeften van iemand niet zijn vervuld dan zal de motivatie van de cliënt zijn om de primaire behoeften te verkrijgen. De motivatie om een hogere behoefte te verkrijgen is dan niet aanwezig (Simons, Irwin, & Drinnien, 1987; Dam, 2008).

De eerste behoefte is de primaire biologische behoeften. Dit zijn de behoeften waar een mens als eerst naar zoekt. Deze behoeften bestaan uit: voedsel, zuurstof, water en het hebben van een constante lichamelijke temperatuur (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).

De tweede behoefte is bestaanszekerheid. Als de primaire behoeften vervuld zijn, dan komen de behoeften van bestaanszekerheid. Daar wordt de behoefte aan veiligheid onder verstaan (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).

De derde behoefte is de sociale behoefte. Als de behoefte naar veiligheid en de primaire behoeften zijn vervuld, kunnen de behoeften aan sociaal contact ontstaan. Dit zijn behoeften aan het voelen van liefde, affectie en het gevoel hebben ergens bij te horen. Mensen proberen gevoelens van eenzaamheid en vervreemding te overwinnen (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).

De vierde behoefte is de behoefte van erkenning. Wanneer de eerste drie niveaus van behoeften zijn vervuld, ontstaan de behoeften aan erkenning. Hier is eigenwaarde van zichzelf en die een mens krijgt van anderen belangrijk. Mensen hebben behoefte aan een stabiel en hoog niveau van zelfrespect. Wanneer deze behoeften niet worden vervuld, dan voelt een mens zich zwak, hulpeloos en waardeloos (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).

De vijfde, en laatste, behoefte is zelfontwikkeling. Pas wanneer alle voorgaande niveaus zijn vervuld, kan de behoefte voor zelfontwikkeling ontstaan. Hier wordt bedoeld dat mensen doen waarvoor 'ze geboren zijn' en ze zijn 'wie ze moeten zijn' (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).



Afbeelding 1. Behoeften hiërarchie van Maslow (Maslow, 1974)

Voor het hebben of krijgen van vrijetijdsbesteding kan dit betekenen dat de cliënt daar geen behoefte aan heeft vanwege het ontbreken van andere behoeften en daarmee alle problemen die de cliënt ervaart. De motivatie van de cliënt ligt dan bij het oplossen van die problemen en niet bij het verkrijgen van vrijetijdsbesteding (Maslow, 1974; Simons et al., 1987).

De cliënt heeft met meerdere problemen te maken die op elkaar inspelen en elkaar soms versterken. Daarnaast leven ze in een samenleving die hoge eisen stelt. De

problemen maken dat de cliënt niet of nauwelijks aan deze eisen kan voldoen. Het niet kunnen voldoen aan deze eisen en de hoeveelheid problemen kunnen de cliënt moedeloos maken. De cliënt raakt vermoeid (Uittenbogaard, 2010).

Mensen die vermoeid zijn maken andere keuzes dan mensen die vitaal zijn. Het omgaan met problemen en de motivatie om deze problemen op een goede manier op te lossen wordt anders als mensen vermoeid zijn. Vooral het oplossen van kleine problemen, die minder energie kosten, krijgen minder aandacht. Vermoeidheid kan er daarom voor zorgen dat de cliënt minder aandacht besteed aan het vinden van een vrijetijdsbesteding (Dam, 2008).

4.4.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de hoeveelheid problemen van de cliënt

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke beperkingen zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot de hoeveelheid problemen zijn hieronder weergegeven.

“En ik denk dat onze doelgroep lastig te motiveren is om ook in groepen bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding te ontvangen, omdat ze gewoon individueel al verzuipen in hun eigen problemen (...)”(Interview 2.12, 2014).

“Vaak bij de start van een traject zijn mensen heel erg aan het overleven, en zijn vaak de problemen zo groot dat ze zich eigenlijk helemaal niet kunnen richten op echt vrijetijdsbesteding, dat hun hoofd daar niet naar staat. Dus dat is dan echt wel een belemmering” (Interview 3.11, 2014).

“En worden in beslag genomen door hun financiële zorg, door hun psychische problemen, lichamelijke klachten dus dat is heel moeilijk om ze in beweging te krijgen” (Interview 4.14, 2014).

“Maar ik zie ook wel dat onze doelgroep het minder belangrijk vindt, actief moeite voor willen doen. Alles is al teveel dus dat ook” (Interview 7.20, 2014).

“Op alle 10 levensgebieden als daar een groot probleem is of op meerdere levensgebieden problemen

zijn, zie je dat dagbesteding de eerste is wat naar de achtergrond verdwijnt” (Interview 8.13, 2014).

4.4.3 Angst

Ieder mens kent angst en tot op zekere hoogte is angst een normale emotie. Het beschermt de mens om uit problemen te blijven. Angst wordt een probleem als het belemmerend werkt op het handelen van de cliënt (Hayes, 2007). Het kan verlamdend werken. Angst kan er voor zorgen dat een cliënt geen nieuwe dingen gaat ondernemen bijvoorbeeld op het gebied van vrijetijdsbesteding (Dam, 2008). Maslow beschrijft dat mensen met angst zich vast klampen aan veiligheid en bescherming die men vindt in het verleden en in het bekende. Angst kan voor stilstand en zelfs achteruitgang in de groei zorgen (Maslow, 1974). En daarmee dat de cliënt niets wil ondernemen in zijn vrije tijd. Vooral als de voorgestelde vrijetijdsbesteding te moeilijk is roept dit angst op bij de cliënt (Csikszentmihalyi, 2003).

Mensen met meervoudige problematiek hebben vaak te maken met mishandeling en geweld (Honhoff et al., 2010; Leger des Heils, z.d.). Voor zowel het slachtoffer als de dader is het lastig om vrijetijdsbesteding te hebben. Dit vanwege alle factoren en gevolgen van geweld en mishandeling. Zowel de dader als het slachtoffer kunnen aan ernstige langdurige depressies leiden en hebben vaak last van een zeer lage zelfwaardering. Ook zijn slachtoffers van geweld en/of mishandeling vaak geïsoleerd, schamen zij zich voor wat er gebeurd is en de gevoelens van vertrouwen zijn sterk beschadigd. Dit maakt dat cliënten die slachtoffer zijn (geweest) van geweld, moeilijk te begeleiden zijn naar vrijetijdsbesteding buiten de deur. Cliënten vertrouwen andere mensen niet of nauwelijks en zullen minder snel een netwerk op kunnen bouwen en zijn hier vaak ook lastig naar te motiveren. Sociale angst speelt dus een grote rol (Wentzel, 2003).

4.4.4 De hulpverleners van ZorgThuis en angst van de cliënt

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke beperkingen zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot angst zijn hieronder weergegeven.

“Sociale angst, dat zie ik als een hele grote belemmering. Bij een cliënt van me daar maak ik nu al een paar keer mee dat het hem een paar maanden lukt om zich op de wereld te richten. En zodra het dan een beetje de richting op gaat van hechting dan haakt hij af (..)” (Interview 1.21).

“Ik had bijvoorbeeld een cliënt die wilde heel graag leren met een computer om te gaan dus hadden we opgegeven voor een computercursus, gezorgd dat het geld betaald werd voor de computercursus, en hij had er heel veel zin in en steeds had ie het er maar over en wat ie dan ging leren en dat ie huiswerk zou krijgen, dus helemaal vol dr van, maar dan is het moment om te gaan en dan durft ie niet. en dan gaat ie niet. toen ben ik een keer meegegaan en dan gaat ie wel en dan de keer daarop alleen en dan gaat ie toch weer niet” (Interview 3.26).

“Het is zoeken naar wat iemand kan en wat mogelijk is. De meeste mensen willen in eerste instantie niet. Het is ook gewoon eng. Dat snap ik ook. Ik wil liever ook nu niet een andere baan want dan moet ik weer wennen. Dus dat geldt natuurlijk voor hun net zo. Dus samen gaan. Wat ik net zei, kijken wat iemand leuk vindt en dan proberen een match te vinden “ (Interview 8.17).

4.4.5 Psychiatrische problemen

Psychiatrische stoornissen hebben invloed op de waarnemingen, het gedrag, gevoelens, gedachten en cognities van een persoon. De psychiatrische problemen kunnen problemen veroorzaken op het

lichamelijk functioneren, het waarnemen en emoties van een cliënt. Openlijk storend gedrag kan daarvan een gevolg zijn. Een aantal voorbeelden van psychiatrische stoornissen zijn: verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen (Beerthuis, Daalen, Gaag, Grietens, & Haan, 2009).

4.4.5.1 Verslaving

Iemand met een verslaving is gefocust op het verslavend middel en vooral op het gebruik daarvan. Het gebruiken van verslavende middelen heeft de prioriteit waardoor al het andere, waaronder vrijetijdsbesteding, naar de achtergrond verdwijnt. Een verslaving richt op zowel sociaal, psychisch en lichamelijk vlak veel schade aan. Sociale problemen zijn bijvoorbeeld: werkverzuim, inefficiënt werken, werkloosheid, weinig sociale contacten en geweld (Anderson, Moller, & Galea, 2012). Ook heeft iemand met een verslaving een hogere kans op werkloosheid en kan werkloosheid een aanleiding zijn om meer te gaan drinken (Donder, Kuunders, & Geinaert, 2006). Het niet kunnen vinden en behouden van werk brengt vaak een laag inkomen met zich mee. Een laag inkomen maakt de kans op sociale uitsluiting groter. Daarnaast blijkt dat door financiële problemen de motivatie om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd negatief beïnvloed wordt (Bosselaar, Maurits, Molenaar, & Prins, 2010). Op het psychische vlak zijn veelvoorkomende problemen bij verslaafden: depressie, slapeloosheid, eenzaamheid en angsten. Op het lichamelijke vlak zijn onder andere hersenschade (geheugenverlies, vergeetachtigheid), verschillende soorten van kanker en hartritmestoornissen veel voorkomende problemen. Dit zijn allemaal factoren die belemmerend kunnen zijn tot deelname aan activiteiten binnen de vrije tijd (Anderson et al., 2012).

4.4.5.2 Persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis brengt afwijkingen met zich mee op het gebied van cognitief, affectief en interpersoonlijke relaties. De persoonlijkheidsstoornissen zijn ingedeeld in drie clusters. Het eerste cluster is het extrinsieke cluster waar schizoïde, paranoïde en schizo typische persoonlijkheidsstoornissen onder horen. Het tweede cluster is het dramatische cluster waar borderline, narcisme en de theatrale- en antisociale persoonlijkheidsstoornissen onder horen. Het derde cluster is het angstige cluster waar de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornissen onder horen (Blanken, Clijsen, Garenfeld, Paske, & Piere, 2012).

Op sociaal en het beroepsmatige functioneren hebben persoonlijkheidsstoornissen een behoorlijke impact. Vaak maken mensen met een persoonlijkheidsstoornis geen opleiding af. Ze krijgen vaak problemen op het werk en hebben moeite met het behouden van sociale contacten. Met betrekking tot vrijetijdsbesteding is het voor deze mensen vaak lastig om iets te ondernemen met andere mensen omdat er als snel conflicten ontstaan. Het netwerk van deze personen is vaak ook klein vanwege deze conflicten waardoor ze weinig mensen hebben die hen kunnen ondersteunen op het gebied van vrijetijdsbesteding (Blanken et al., 2012; Voster, Petrina, & Heemskerk, 2013).

4.4.5.3 Somatoformestoornissen

Het lichamelijk functioneren en het psychisch functioneren hebben veel invloed op elkaar. Somatische klachten zijn de lichamelijke klachten die ontstaan door psychiatrische stoornissen of de lichamelijke klachten veroorzaken een psychiatrische stoornis. Bij somatische klachten kan gedacht worden aan slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid en vergeetachtigheid (Blanken et al., 2012). Lichamelijke beperkingen en de beleving daarvan wordt vaak door de cliënt

gezien als een belemmering om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd (Duinkerken, Graafland, & Westdorp, 2010).

4.4.6 De hulpverleners van ZorgThuis en psychiatrische problemen van de cliënt

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke beperkingen zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot de psychiatrische problemen zijn hieronder weergegeven.

“Verslaving kan dat natuurlijk ook zijn, ja je moet niet met een dronken kop aankomen op je plek(...)” (Interview 1.58, 2014).

“Op verslaving. Dus omgekeerd dag-nachtritme, of de veelheid aan problemen, of toch spanning ervaren om naar bijvoorbeeld een buurtsteunpunt toe te gaan om een kopje koffie te gaan drinken, waardoor ze weer lichamelijke klachten krijgen, somatiseren” (Interview 2.28, 2014).

“En worden in beslag genomen door hun financiële zorg, door hun psychische problemen, lichamelijke klachten dus dat is heel moeilijk om ze in beweging te krijgen” (Interview 4.14, 2014).

“Psychiatrie, verslaving dat is ook een heel groot punt vaak” (Interview 5.10, 2014).

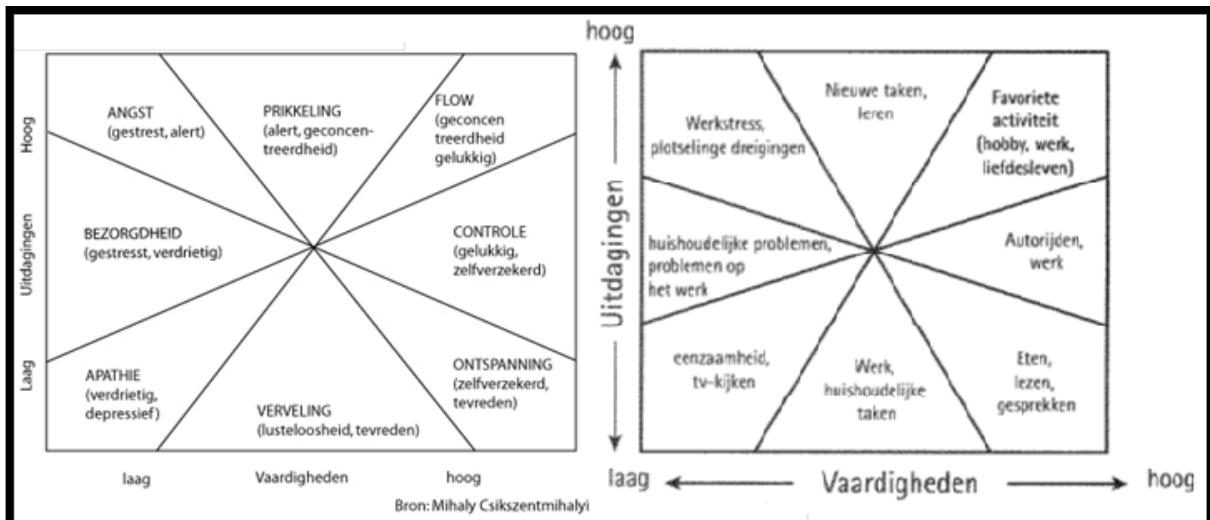
4.5 Mogelijkheden van de cliënt met meervoudige problematiek omtrent vrijetijdsbesteding

4.5.1 Het vergeten van problemen

Csikszentmihalyi (2003) heeft onderzoek gedaan naar hoe het komt dat mensen even alles om hen heen vergeten als ze betrokken zijn bij een activiteit. Hij noemt die ervaring ‘flow’. Mensen ervaren flow als zij zich boven het gemiddelde niveau van hun persoonlijke vaardigheden en uitdagingen bevinden. Als de cliënt een dergelijke ervaring heeft gehad dan zal de cliënt deze activiteit herhalen zonder externe beloning omdat deze activiteit op zichzelf al belonend is (Csikszentmihalyi, 2003). Er zijn enkele dingen die het komen tot een activiteit die alles doet vergeten bevordert. Namelijk dat cliënt het gevoel heeft dat wat hij doet belangrijk is en het gevoel van controle die in het dagelijks leven vaak ontbreekt door blootstelling aan zaken waar men weinig over te vertellen heeft.

Daarnaast is het belangrijk dat kansen en capaciteiten in balans zijn, de taak moet voldoende uitdaging hebben. Is de taak te gemakkelijk dan verveelt de cliënt zich snel. Is deze te moeilijk dan reageert de cliënt door zich angstig te voelen (Csikszentmihalyi, 2003).

In de linker tabel van de onderstaande afbeelding is te zien dat het tegenovergestelde van flow apathie is. Bij apathie voelt men zich verdrietig en depressief terwijl men zich bij flow geconcentreerd en gelukkig voelt. Csikszentmihalyi (2003) heeft ook onderzocht welke activiteit welke emoties oproept. In de linker tabel van de afbeelding zijn de gevoelens/emoties te zien en in de rechter tabel van de afbeelding zijn de bijbehorende activiteiten te zien. Zo zorgt eten, lezen en gesprekken voor ontspanning en zorgen werkstress en plotselinge dreiging voor angst. Het doen van favoriete activiteiten zoals het uitoefenen van een hobby, werken en een liefdesleven zorgen voor het gevoel van ‘flow’ (Csikszentmihalyi, 1999, 2003).



Afbeelding 2. Activiteiten en emoties (Csikszentmihalyi, 2003) 1

Het deelnemen aan recreatieve activiteiten, en daarmee invulling geven aan de vrije tijd, kan symptomen van psychiatrische stoornissen naar de achtergrond dringen. Bij deze symptomen kan er gedacht worden aan depressie, angsten en spanningen. Zelfs wanen, hallucinaties en bizar gedrag kan door middel van recreatieve activiteiten vermindert worden (Lieberman, 1999). Dit komt omdat de activiteiten afleiding bieden zodat een persoon even niet meer aan zijn/haar problemen denkt. Het kan daarmee bijdragen aan ontspanning (Csikszentmihalyi, 2003; Sonnentag, 2001; Voster et al., 2013).

4.5.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de cliënt die problemen even vergeet

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke mogelijkheden zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het vergeten van problemen zijn hieronder weergegeven.

“(...)omdat ik het heel belangrijk vindt voor een cliënt om zich goed te voelen” (Interview 3.22, 2014).

“(...)iemand wordt wel happy van een leuke hobby of waar die zich helemaal in kan geven. Het kan ook heel veel positiefs doen op de andere leefgebieden” (Interview 5.16, 2014).

“(...)Maar wel kijken van wat heeft zijn hart, waar krijgt hij energie van. Want als ie energie krijgt in zijn vrije tijd dan heeft ie ook energie vaak om andere dingen weer op te pakken. En vaak zit er dan weer wat meer structuur in de dag” (Interview 8.14, 2014).

4.5.3 De wil om te ontwikkelen

Maslow (1974) beschrijft dat ieder mens de wil heeft om zichzelf te ontwikkelen. Ieder mens verlangt er naar om uniek te zijn. Het uitdagen van het eigen kunnen en het uitdagen van capaciteiten draagt daar aan bij (Maslow, 1974). Het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd biedt daar gelegenheid voor. Het hebben van een vrijetijdsbesteding draagt namelijk bij aan de zelfontplooiing van de cliënt. Door het hebben van vrijetijdsbesteding kan men zich onderscheiden van anderen, dit draagt bij aan het ontwikkelen van een eigen identiteit (Voster et al., 2013). Het ontdekken van eigen mogelijkheden en eigenschappen maken dat de cliënt zich bewust wordt wie hij is (Behrend, 2008). Behrend (2008) beschrijft dat ieder mens behoefte heeft om zichzelf te uiten en

vorm te geven aan dat wat ze in zich voelen. Ieder mens doet dit op zijn eigen manier. De één uit zich door middel van taal de ander door muziek, sport, dans, schilderen of tekenen. Iedereen is vrij om te kiezen hoe men zichzelf uit. Deze vrijheid draagt bij aan zelfverwezenlijking en zelfontplooiing. De vrije tijd van een cliënt is een ideale mogelijkheid om zichzelf te uiten in de eerder genoemde activiteiten (Behrend, 2008) .

4.5.4 De hulpverleners van ZorgThuis en cliënten die willen ontwikkelen

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke mogelijkheden zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot de wil om te ontwikkelen zijn hieronder weergegeven.

“Maar dat is wel mooi want dan heb je het ook over praktijksituaties. Dan komt de cliënt zelf in de praktijksituatie van. De cliënt zegt: ‘Die leidinggevende die zegt mij een beetje wat ik moet doen’. En dan zeg ik ‘ja dat doet een leidinggevende’. En daar ga je over doorpraten en dan heb je het over autoriteit bijvoorbeeld. En dat ze daar moeite mee hebben en dan is het makkelijker praten omdat het ingebed is in de praktijk. En omdat er voor hun ook belangrijk is want er staan voor hun ook belangen op het spel. Misschien hebben ze het wel naar hun zin. En dan moet je leren” (Interview 1.17, 2014).

“(…)nou dat je in ieder geval er genoegdoening uithaalt en dat het bijdraagt dat je leven er wat zinvoller uitziet” (Interview 4.11, 2014).

“Dan is hij eruit, want dat is ook het voordeel natuurlijk als je vrijetijdsbesteding heb dat je niet continu je eigen bank hangt en dan alleen maar het loopje hebt naar de winkel om of alcohol of eten te halen. Dat is van vrijetijdsbesteding denk ik ook wel een punt, iemand uit een patroon halen waar hij al zo lang in zit (...)” (Interview 6.15) .

“ (...) vrijetijdsbesteding versta ik onder dat iemand zijn tijd zo kan benutten dat hij daar zingeving aan ontleent. En dat het hem ook ontspanning geeft. En dat hij daar dan energie van krijgt. Om weer in te zetten op andere gebieden” (Interview 7.7, 2014) .

4.5.5 Inschakelen netwerk

Welzijn Nieuwe Stijl geeft een nieuwe invulling aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en participatie van de cliënt staan hierin centraal. Dit vraagt van de hulpverlener om zich soms terughoudend op te stellen. Dit heeft als doel om samen met de cliënt te kijken naar hoe problemen opgelost kunnen worden. Niet alleen door zich te richten op mogelijkheden van de cliënt maar ook om het sociale netwerk en vrijwilligersinitiatieven in te zetten. Omtrent vrijetijdsbesteding bieden deze veranderingen in de zorg mogelijkheden voor de cliënt (Invoeringwmo, 2007).

Het competentiemodel richt zich op het aanleren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden van de cliënt waardoor een problematische ontwikkeling stop kan worden gezet en kan worden omgebogen. Dit model beschrijft dat protectieve omgevingsfactoren gevonden kunnen worden in het netwerk van de cliënt. Protectieve omgevingsfactoren zijn factoren die de competentie, en daarmee de mogelijkheden, van een persoon positief beïnvloeden. Ook op het gebied van vrijetijdsbesteding. Het gaat om een persoon of meerdere personen waar de cliënt

terecht kan als deze advies of kennis nodig heeft. (Spanjaard, Lange, & Haspels, 2003; Slot & Spanjaard, 2010).

Vrijtijdsbesteding kan op sociaal gebied meerdere voordelen hebben. Door het deelnemen aan activiteiten, en daarmee het participeren binnen de maatschappij, doet de cliënt namelijk nieuwe contacten op. Contact met andere mensen brengt vaak steun met zich mee. Zowel psychische steun als materiële steun. Door middel van deze steun kan er meer ruimte ontstaan voor herstel. Sociale steun heeft dus een positief effect op het welzijn van mensen (Sonnentag, 2001; Voster et al., 2013). Maatschappelijke participatie door middel van het doen van vrijwilligerswerk blijkt een makkelijkere manier te zijn om nieuwe mensen te leren kennen. Een ander positief effect van vrijwilligerswerk is dat men nieuwe (sociale) vaardigheden aanleert (Mojza, Lorenz, Sonnentag, & Binnewies, 2010).

4.5.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het inschakelen van het netwerk van de cliënt

In de interviews hebben we gevraagd aan de hulpverleners welke mogelijkheden zij zien bij de cliënt met betrekking tot vrijtijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het inschakelen van het netwerk van de cliënt zijn hieronder weergegeven.

“Ik kijk altijd een beetje naar de cliënten, ik probeer altijd eerst gewoon een beetje in het netwerk te kijken. Of daar iemand is, bijvoorbeeld, ik had een cliënt die had best wel leuke burens en hij durfde daar niet op af te stappen dus ben ik een keer met hem samen bij de burens langs geweest om een praatje te maken en gewoon eens wat te vertellen. En sommigen willen dat ook echt niet” (Interview 3.16, 2014) .

“Er zijn ook cliënten die hebben een religieuze achtergrond dus dat bijvoorbeeld, of de kerk of de moskee bellen : dit is iemand die zou eigenlijk best wel deel gaan uitmaken van jullie gemeente, het is een veel te grote stap om naar de dienst te komen, maar zou er iemand in de gemeente zijn die op bezoek zou willen komen” (Interview 3.17, 2014) .

“Bijvoorbeeld bij een cliënt een maatje, bij een cliënt uit Deventer , waar ik een maatje voor had georganiseerd om leuke dingen te doen (...)” (Interview 5.54, 2014).

“Heb ik 1 keer gedaan bij een cliënt. 1 cliënt heb ik 2 jaar geleden, die heeft de jobcoaches aan vrijwilligerswerk geholpen. Dat was heel leuk” (Interview 7.33, 2014) .

4.6 Conclusie

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag van dit onderzoek, namelijk:

Welke beperkingen en mogelijkheden zijn er voor cliënten met meervoudige problematiek op het gebied van vrijtijdsbesteding?

Uit de literatuur en uit de interviews blijkt dat mensen met meervoudige problematiek op meerdere levensgebieden problemen hebben (Honhoff et al., 2010; Bos, 2010; Leger des Heils, z.d.; Rijnders et al., 1996). Deze problemen kunnen zich voor doen op economisch, cultureel, psychosociaal/lichamelijk en normatief vlak (Bos, 2010).

Uit de literatuur komt naar voren dat vrijtijdsbesteding de tijd is die men besteed aan media, sociale contacten, recreatieve activiteiten, ontspanning en maatschappelijke participatie (Breedveld et al., 2006; Cloin et al., 2013). Uit de interviews blijkt dat hulpverleners vrijtijdsbesteding zien als iets dat

ontspanning, zingeving en rust brengt en iets waar men energie van krijgt. Participatie binnen de maatschappij komt hier niet in naar voren (Interview 3.5, 2014). Daarin verschilt de definitie vanuit de literatuur met dat wat de hulpverleners in de interviews zeggen.

Zowel uit de literatuur als uit de interviews blijkt dat de cliënt vaak geen motivatie of energie heeft om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd vanwege de hoeveelheid problemen (Interview 8.13, 2014). Problemen op meerdere leefgebieden zijn dan ook een beperking voor de cliënt om vrijetijdsbesteding te hebben (Simons et al., 1987; Dam, 2008; Maslow, 1974; Uittenbogaard, 2010; Dam, 2008).

Uit de literatuur blijkt dat angst er voor kan zorgen dat de cliënt thuis blijft, waar het veilig en vertrouwd is (Hayes, 2007; Maslow, 1974; Csikszentmihalyi, 2003). De oorzaak van die angst kan mishandeling en geweld zijn waardoor het zelfvertrouwen van de cliënt aangetast is (Honhoff et al., 2010; Leger des Heils, z.d.; Wentzel, 2003). Ook blijkt uit de interviews dat (sociale) angst een beperking is voor de cliënt om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd (Interview 1.21, 2014).

Zowel uit de literatuur als uit de interviews blijkt dat psychiatrische stoornissen beperkingen met zich meebrengen op het gebied van vrijetijdsbesteding. Iemand die verslaafd is geeft de prioriteit aan het gebruiken van verslavende middelen waardoor al het andere, inclusief vrijetijdsbesteding, naar de achtergrond verdwijnt (Anderson et al., 2012). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak een klein netwerk omdat er snel conflicten ontstaan. Het kleine netwerk en de conflicten zijn een beperking voor het hebben van een vrijetijdsbesteding (Blanken et al., 2012; Voster et al., 2013). Een somatoforme stoornis en daarmee lichamelijke beperkingen worden vaak door de cliënt gezien als een belemmering om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd (Duinkerken et al., 2010). Uit de interviews blijkt dat de hulpverleners voornamelijk psychiatrische stoornissen van de cliënt als een behoorlijke belemmering ervaren (Interview 5.10, 2014).

Vrijetijdsbesteding brengt ontspanning met zich mee. Deze ontspanning kan er voor zorgen dat de cliënt zijn problemen even vergeet (Csikszentmihalyi, 2003; Sonnentag, 2001; Voster et al., 2013). Dit heeft een positief effect op het herstel van een cliënt (Lieberman, 1999). Uit de interviews blijkt dat hulpverleners zich hier ook bewust van zijn (Interview 5.16, 2014).

Ieder mens heeft een wil om zichzelf te ontwikkelen en om zichzelf te uiten (Maslow, 1974; Behrend, 2008). Vrijetijdsbesteding biedt hier gelegenheid toe. Uit de interviews blijkt dat de hulpverleners zien dat het goed is dat de cliënt uit een patroon komt zodat hij door middel van vrijetijdsbesteding zich verder ontwikkelt (Interview 6.15, 2014).

Door de Wet maatschappelijke ondersteuning en welzijn nieuwe stijl richt de hulpverlening zich meer op de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt door middel van zijn sociale netwerk en vrijwilligersinitiatieven (Invoeringwmo, 2007). Sociale contacten kunnen de cliënt steunen bij het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd (Sonnentag, 2001; Voster et al., 2013; Spanjaard et al., 2003; Slot et al., 2010). Uit de interviews blijkt dat de hulpverleners op verschillende manieren proberen om het netwerk van de cliënt in te zetten of te vergroten.

Hoofdstuk 5: Het aanbod van het Leger des Heils

Deelvraag 2: Op welke wijze biedt het Leger des Heils W&G Gelderland mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding aan, aan de cliënten van de afdeling ZorgThuis?

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven wij antwoord op de tweede deelvraag. We omschrijven welke mogelijkheden het Leger des Heils aanbiedt aan cliënten omtrent vrijetijdsbesteding en op welke wijze zij dit doen. Vanuit de literatuur en vanuit de interviews omschrijven wij in paragraaf 5.2 het methodisch handelen van de hulpverleners van ZorgThuis door de methodieken en de uitoefening van deze methodieken te omschrijven. De methodieken die wij in deze paragraaf behandelen zijn het casemanagement en de presentietheorie. In paragraaf 5.3 wordt vanuit de literatuur en de interviews het handelen van de hulpverleners van ZorgThuis inzichtelijk gemaakt in de vorm van het zorgplan. In paragraaf 5.4 wordt er vanuit de literatuur omschreven hetgeen wat aan activiteiten door het Leger des Heils aangeboden wordt binnen het programma 'vrije tijd voor iedereen' en door het workcenter 50|50. In paragraaf 5.5 kunt u de beantwoording en de conclusie van de tweede deelvraag van dit onderzoek lezen.

5.2 Casemanagement en de Presentietheorie

5.2.1 Het casemanagement

Het oorspronkelijke 'social casework' uit de jaren '20 is de grondlegger van het casemanagement zoals we dat nu kennen (Vanderplasschen, Lievens, & Broekaert, 2001). Het social casework is een individuele vorm van het maatschappelijk werk wat verschillende activiteiten aanbiedt. Deze activiteiten zijn gericht op het aanpassen van individu aan zijn/haar sociale omgeving (Perlman, 1957; Vanderplasschen et al., 2001).

In het begin van de jaren '70 was er in de Verenigde Staten een deïstitutionalisering bezig binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het casemanagement was hier een reactie op. Het casemanagement leidde ertoe dat er nieuwe diensten en werkvormen werden opgestart om de grote totaalinstituten te vervangen. Het casemanagement was hiervoor een goed en goedkoop alternatief (Vanderplasschen et al., 2001).

Een casemanager is een persoon die een schakel vormt tussen een cliënt, het mogelijke hulpverleningsaanbod en eventuele personen uit het sociale netwerk van een cliënt (Bassant & de Roos, 2008). Een casemanager heeft veel verschillende taken die bij zijn functie horen. Hij heeft bijvoorbeeld als taak dat hij bemiddelt tussen de cliënt en een instelling die benodigde hulp aan de cliënt kan verlenen. Het is dan ook noodzakelijk dat een casemanager goed op de hoogte is van de mogelijkheden en het aanbod van verschillende instellingen.

Een tweede taak voor een casemanager is dat hij voortdurend bezig is met het coördineren en 'managen' van de hulp- en dienstverlening die aan de cliënt geleverd wordt. Hierbij bewaakt hij de afspraken die gemaakt zijn over de hulp en diensten die aan de cliënt worden geleverd.

Een derde taak voor een casemanager is dat hij op een goede manier moet kunnen verwijzen naar een andere instelling en daarbij de cliënt op een passende manier kan ondersteunen.

Het begeleiden en ondersteunen van de cliënt is dan ook de vierde taak van een casemanager. De casemanager begeleidt de cliënt waar nodig is en is de belangenbehartiger van de cliënt.

De vijfde taak van een casemanager is het geven van advies aan zowel de cliënt als aan andere instellingen. Deze adviezen zijn uit ervaring onderbouwd en leveren een bijdrage aan de realisering van de leerdoelen van de cliënt.

De zesde en daarbij laatste taak van een casemanager is het onderhandelen over het hulpaanbod van andere instellingen. Dit onderhandelen staat in relatie met de hulpvraag van de cliënt en gaat vooral over of de vraag en het aanbod congruent met elkaar lopen en hoe deze tot elkaar gebracht kunnen worden (Bassant et al., 2008).

De afdeling ZorgThuis werkt eveneens vanuit een aantal competenties van het casemanagement. Een casemanager behoort naast de bovengenoemde taken over de volgende competenties te beschikken: hij dient methodisch en planmatig te kunnen werken, een professionele vertrouwensband op te kunnen bouwen, te kunnen luisteren en inleven en zelfstandigheid terug kunnen geven, afstand kunnen houden, directief en doortastend kunnen optreden, creatieve oplossingen kunnen bedenken en hij moet knelpunten in de hulpverlening kunnen signaleren (Bassant et al., 2008; Wolf, Mensink, van der Lubbe, & Planije, 2002).

5.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en het Casemanagement

In de interviews benoemen de hulpverleners de taak 'bemiddelen' en omschrijven zij hoe zij op de hoogte zijn van de verschillende vormen van aanbod van vrijetijdsbesteding zoals bijvoorbeeld de buurtcentra.

"Op dit moment zijn de buurtcentra natuurlijk in opkomst(...) daar ik ben wel redelijk op de hoogte van welke wijk welke buurtcentra heeft en welke activiteiten daar mogelijk zijn. Op onze harde schijf, kunnen we gewoon bestanden daarvan vinden. je hebt jobcoaches rondlopen (...)" (Interview 2.16, 2014).

"Ook weer bemiddelen of de jobcoaches ertussen zetten" (Interview 2.62, 2014).

Ook werd de taak onderhandelen en het geven van advies benoemd. Dit werd uitgelegd aan de hand van voorbeelden uit de praktijk. In onderstaande fragmenten komt ook de competentie 'het signaleren van knelpunten in de hulpverlening' naar voren. Naast deze taken wordt er ook iets gezegd over het adequaat kunnen verwijzen van een cliënt naar bijvoorbeeld een jobcoach.

"Ik heb ooit een keer een cliënt aangemeld die heeft een intakegesprek gehad, die heeft al re-integratie kansen gehad via het UWV. Dat was volgens haar zeggen niet goed verlopen, dus dan heb ik de jobcoach gevraagd om opnieuw een intake te doen en te kijken of hun daar mogelijkheden in zagen (...)" (Interview 2.47, 2014).

"(...) Ik heb bijvoorbeeld een keer een cliënt, die was glazenwasser geweest en dan zitten we bij de gemeente en dan zegt ze van nou ik heb hier vijf vacatures van glazenwasser, doe er maar wat mee. En ik vind eigenlijk dat je weer aan het werk moet. Terwijl ik dan zoiets heb van, ik van dat eigenlijk niet reëel, hij moet bijvoorbeeld eerst een behandeling volgen of hij moet eerst de boel weer op de rit krijgen. het wordt allemaal een beetje zo opgelegd terwijl, je mag wel iets verder kijken dan je neus lang is. en je mag ook wel iets van mij als hulpverlener aannemen in deze (...)" (Interview 2.63, 2014).

Zoals omschreven in de vorige paragraaf, heeft een casemanager ook de taak om de cliënt waar nodig ondersteuning te bieden en te begeleiden. Eén van de hulpverleners van ZorgThuis gaf een voorbeeld van deze begeleiding en benoemde daarnaast op welke wijze hij op de hoogte blijft van verschillende instellingen, namelijk door mee te gaan met de cliënt en telefoonnummers uit te wisselen.

“ (...) Ik ben bekend bij ze en ik ben maatschappelijk werker en dat scheelt ook nog een beetje. En ik wil ook gewoon zien hoe mensen zich gedragen als ze op een vreemde onbekende plek komen. Dus daarom ga ik sowieso de eerste keer mee. Ik ga ook mee omdat ik gewoon nieuwsgierig ben, dat is ook een manier zodat je nog eens ergens komt. Dat je daar kennis kunt maken met allerlei instanties, dat is ook interessant dat kan je ook telefoonnummers en zo uitwisselen” (Interview 1.25, 2014).

5.2.3 De presentietheorie

De presentietheorie is ontstaan uit een kwalitatief onderzoek door Andries Baart. Baart (2003) heeft onderzoek gedaan naar armoede, achterstandswijken en wat het buurtpastoraat hierin kan betekenen (Baart & Steketee, 2003; de Jonge, 2012). De presentietheorie heeft zowel een christelijk- als een humanistisch karakter. De christelijke stroom is radicaal van aard, waardoor de humanistische stroom een minder belangrijke stroom is binnen de presentietheorie. De radicaliteit van de christelijke stroom uit zich in bijvoorbeeld de opleiding van presentiebeoefenaars. In deze opleiding wordt er vanuit de radicaal christelijke stroom bijvoorbeeld een praktijkonderdeel toegepast waarbij de beoefenaar zich moet onderdompelen in het leven van de cliënt. Doordat de idealen verheven zijn in en de werkelijkheid schokkend is, zorgt dit ervoor dat deze blootstelling de identiteit wordt van de beoefenaar. Deze methode wordt exposure genoemd (de Jonge, 2012). Doordat de hoofdstroom radicaal christelijk is en de humanistische stroom minder belangrijk is, resulteert dit in het ontstaan van knelpunten voor sommige presentiebeoefenaars. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in de essentie van de presentietheorie. De essentie van de presentietheorie is dat de presentiebeoefenaar volledig toegewijd moet zijn aan zijn cliënt en zijn werk als beoefenaar. De essentie komt binnen de christelijke stroom terug in de schepping van de mens, maar is in de humanitaire onderstroom minder terug te zien (de Jonge, 2012).

Het uitoefenen van de presentietheorie vraagt een hoop van de presentiebeoefenaar, deze moet namelijk intensief aanwezig zijn in de alledaagsheid van de cliënt op een zo ‘vriendschappelijk’ mogelijke manier (Baart & Steketee, 2003).

De afdeling ZorgThuis werkt vanuit een aantal uitgangspunten afkomstig uit de presentietheorie van Andries Baart. De afdeling legt geen nadruk op de christelijke stroom of de humanitaire stroom, maar gebruikt beiden. De christelijke stroom is bij de afdeling ZorgThuis goed terug te zien in de waarde van de presentietheorie, namelijk de waardigheid van de mens. De afdeling ZorgThuis helpt mensen hun leven weer op te pakken en probeert het dagelijkse leven te herstellen. Dit herstellen wordt op een humanitaire wijze aangepakt, door het helpen van mensen in een professioneel kader te plaatsen en op methodische wijze de cliënten te begeleiden (Leger des Heils, z.d.; de Jonge, 2012). Deze theorie staat centraal om een vijftal methodische kenmerken die een hulpverlener nodig heeft om aan te kunnen sluiten bij de cliënt.

Het eerste kenmerk die Baart (2003) beschrijft is het kenmerk ‘Beweging, plaats en tijd’. Dit houdt in dat de hulpverlener niet vanaf een kantoor werkt maar juist naar de cliënt toe gaat om hulp te verlenen.

Daarbij past de hulpverlener ook zijn werkritme aan, aan het leef ritme van de cliënt. Dit houdt in dat de hulpverlener vaak langdurige contacten heeft, de hulpverlener het ene moment heel snel en urgent moet werken en het andere moment juist traag te werk zal moeten gaan.

Het tweede kenmerk wordt 'ruimte en begrenzing' genoemd. Hier wordt bedoeld dat de hulpverlener breed inzetbaar is op veel verschillende vlakken, domein overschrijdend en open is in zijn begeleiding. Ook is de hulpverlener er onvoorwaardelijk voor de cliënt en werkt hij vaak met grote eenheden zoals straten, families of probleemcomplexen.

Een derde kenmerk van de presentietheorie is het kenmerk 'aansluiting'. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener aan moet sluiten bij de leefwereld en levensloop van de cliënt. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener niet alleen oog heeft voor de problemen van de cliënt maar dat de aandacht wordt gericht op het vinden van een bevredigende verhouding tot het leven van de cliënt.

De hulpverlener dient normaal alledaags taalgebruik te gebruiken, simpele alledaagse werk- en omgangsvormen te gebruiken en op een hartelijke en informele manier ernstige zaken aan te snijden.

Het vierde kenmerk dat Baart beschrijft wordt 'afstemming en openheid' genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener als een open boek te werk gaat en bijvoorbeeld doelen niet vooraf vastgesteld mogen worden, maar door de cliënt worden ingevuld. Dit houdt ook in dat de hulpverlener transparant, laagdrempelig, flexibel en open te werk gaat.

Het vijfde kenmerk in de presentietheorie wordt 'betekenis' genoemd. Dit houdt in dat de hulpverlener veel waarde hecht aan de relatie tussen hem en de cliënt en hier ook energie in steekt. Daarnaast geeft de hulpverlener erkenning aan de cliënt en neemt de cliënt op in een sociaal systeem (Baart, 2004).

5.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en de Presentietheorie

In de interviews worden methodische kenmerken uit de presentietheorie benoemd door de hulpverleners van ZorgThuis. Het kenmerk 'beweging, plaats en tijd' komt bijvoorbeeld aan bod doordat de hulpverlener bij de cliënt thuis aan de leefgebieden werkt.

"Ik begeleid cliënten thuis in hun thuissituatie op allerlei leefgebieden (...)" (Interview 5.6, 2014).

Een hulpverlener benoemt ook het kenmerk 'ruimte en begrenzing' door uit te leggen dat hij als hulpverlener kennis moet hebben op veel verschillende vlakken om de cliënt te kunnen helpen. Ook benoemt hij dat elke hulpverlener zijn specialiteit heeft.

"Je bent geen psycholoog je bent geen dokter, je bent geen bewindvoerder maar je moet wel van alle dingen verstand hebben en dat verstand dat komt met de jaren. Maar je hebt ook , ik denk dat het voor iedere hulpverlener wel geldt, dat je specialiteit hebt (...)" (Interview 1.7, 2014).

Ook het kenmerk 'aansluiting' wordt door meerdere hulpverleners benoemt. Er wordt door hen verteld dat zij met de cliënten al wandelend een gesprek voeren of het met de cliënt hebben over welke hobby's zij vroeger hadden.

"Maar bijvoorbeeld een gesprek over nou wat vond je vroeger als kind leuk. Waar was je mee bezig? Waren er vroeger hobby's die je had? Proberen dat daar dan iets naar boven komt wat de cliënt misschien wil" (Interview 5.22, 2014).

“En wat ik zelf wel probeer te doen is een voorbeeld te geven van nou zullen we eens samen een eindje gaan wandelen, doen we gewoon het gesprek in het bos(...)” (Interview 7.13, 2014).

Een hulpverlener benoemt ook het kenmerk ‘betekenis’ en legt uit dat zij werkt vanuit persoonlijk contact.

“Ik werk vooral vanuit persoonlijk contact maken, vertrouwensrelatie opbouwen, en dan gaandeweg als je dan hoort dat iemand zich niet zo lekker voelt, ‘wat doe je nou de hele dag’ en ‘ik heb niks te doen’, ‘ik verveel me’. En dan, ‘wat zou je eigenlijk leuk vinden om te gaan doen’. ‘Dus eigenlijk heb je daar wel een hulpvraag’. ‘ja eigenlijk wel’. Zo gaat dat dan vaak” (Interview 4.31, 2014).

5.3 ZorgThuis werkwijze

5.3.1 Het zorgplan

In de loop van de jaren is het in de hulpverlening steeds belangrijker geworden om het eigen handelen te kunnen verantwoorden, methodisch te kunnen handelen en daarbij het eigen handelen ook inzichtelijk aan anderen te kunnen maken. Hierdoor zijn er veel instellingen die gebruik maken van een zorgplan (van Bohemen & Schippers, 2004).

Een zorgplan is een hulpmiddel waar de hulpverlener gemaakte afspraken tussen cliënt en zorginstelling en de daarbij horende acties vastlegt. Een kwalitatief goed zorgplan zorgt ervoor dat het zorgplan richting geeft aan het handelen van de hulpverlener (van Bohemen & Schippers, 2004). In een zorgplan staan de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van een cliënt en heeft als doel dat er een afstemming tussen de zorgbehoefte van de cliënt en zijn wensen wordt gevonden (Nauta, 2014).

De afdeling ZorgThuis begeleidt cliënten door gebruik te maken van een zorgplan.

In dit zorgplan worden de problemen van de cliënt beschreven, met leerdoelen om aan deze problemen te werken. Het zorgplan is onderverdeeld in tien categorieën, welke leefgebieden worden genoemd. Deze tien leefgebieden zijn: huisvesting, woonvaardigheden, psychische gesteldheid, lichamelijke gesteldheid, financiën, dagbesteding, verslaving, sociale vaardigheden, relatie met justitie en zingeving. Vrijtijdsbesteding is een onderdeel van het leefgebied dagbesteding.

De afdeling ZorgThuis brengt door middel van een intakeprocedure de problematiek op de verschillende leefgebieden in kaart. De intakeprocedure bestaat uit twee individuele gesprekken en heeft als doel kennis te maken met de cliënt, zicht op de problematiek te krijgen, zicht op de hulpvraag te krijgen en de cliënt kennis te laten nemen van het behandelaanbod. Op basis van de gesprekken wordt er een advies geformuleerd over de behandelmogelijkheden van de cliënt (Leger des Heils, z.d.).

Wanneer de intake procedure is afgerond wordt er per leefgebied samen met de cliënt doelen opgesteld. Elk leefgebied in het zorgplan wordt onderverdeeld in drie onderdelen: het einddoel, het doel en de bijbehorende acties om het doel te behalen.

Met het einddoel wordt het overkoepelende doel bedoeld, dus het doel die de cliënt uiteindelijk behaald moet hebben. Met het doel wordt een subdoel bedoeld, oftewel een kleiner persoonlijk doel die helpt om het einddoel uiteindelijk te behalen. Naast het einddoel en het subdoel worden er in het zorgplan ook acties omschreven, dit zijn taken die de cliënt uitvoert om het doel te kunnen behalen. Door deze acties uit te voeren, leert de cliënt vaardigheden aan om het subdoel en daarbij het einddoel te halen. Het is mogelijk dat een cliënt maar op een aantal leefgebieden een

einddoel of subdoel heeft omdat dit afhankelijk is van de hulpvraag van de cliënt. Een cliënt kan bijvoorbeeld een hulpvraag hebben op het leefgebied 'financiën' maar niet op het leefgebied 'lichamelijke gesteldheid', dit laatste leefgebied zal dan ook niet in het zorgplan aanwezig zijn (Zorgplan, z.d.).

5.3.2 De hulpverleners van ZorgThuis en het Zorgplan

In de interviews wordt door de hulpverleners van ZorgThuis het zorgplan en de leefgebieden meerdere malen benoemd. De tien leefgebieden zijn het uitgangspunt van de begeleiding aan cliënten en vanuit daar wordt gekeken hoe er hulp geboden kan worden.

“(…) We hebben 10 werkgebieden waar we op werken. Dus huisvesting, dagbesteding, zingeving, en als daar dagbesteding ook onder valt dan zit ie ook in het zorgplan. Dat we daaraan gaan werken” (Interview 4.29, 2014).

“Mensen begeleiden in hun thuissituatie dat is in principe wat ik doe. En dan op heel veel verschillende leefgebieden (…)” (Interview 6.7, 2014).

“Ik kom bij mensen thuis als maatschappelijk werker en ik kijk op de 10 levensgebieden, van waaruit we werken, wat de hulpvraag is. En dan gaan we kijken hoe we daar hulp in kun bieden. Dat is het kort” (Interview 8.6, 2014).

Er wordt ook in de interviews uitleg gegeven op welke wijze er met de leefgebieden wordt gewerkt en dat er wordt uitgegaan van de hulpvraag van de cliënt.

“Ja er zijn enkele cliënten waar echt alle levensgebieden aan de orde komen maar er zijn ook cliënten waar het hoofdzakelijk om de financiën gaat en waar lichamelijke gesteldheid een beetje bij hangt. En sociale vaardigheden een beetje bij hangt, maar ik denk dat ik gemiddeld wel met vier levensgebieden tegelijk bezig ben per cliënt” (Interview 1.9, 2014).

“Ik begeleid cliënten thuis in hun thuissituatie op allerlei leefgebieden. Eigenlijk alle leefgebieden die je maar kunt bedenken. En we kijken altijd eerst wat is de belangrijkste hulpvraag die leeft bij de cliënt (…)” (Interview 5.6, 2014).

5.3.3 Afdeling gebonden aanbod

Een onderdeel van het zorgplan van de afdeling ZorgThuis is het onderdeel vrijetijdsbesteding. De afdeling ZorgThuis biedt daarom een aantal mogelijkheden aan voor hun cliënten als het gaat om vrijetijdsbesteding of het omgaan met vrijetijdsbesteding.

5.3.3.1 Liberman Modulen

Een aantal keer per jaar start de training Vrije tijd van Liberman. Professor R.P. Liberman is een Amerikaanse hoogleraar Psychiatrie en directeur van het UCLA Center for Research on Treatment and Rehabilitation of Psychosis in Los Angeles. Samen met zijn team heeft hij meerdere modules ontwikkeld (Liberman, 1999). De training Vrije tijd wordt in groepsverband gegeven. Tijdens deze trainingen wordt de cliënten geleerd hoe ze op een goede manier kunnen omgaan met vrije tijd. Ze worden gestimuleerd om leuke en zinvolle activiteiten op te zoeken en te blijven doen. Het

opbouwen van een sociaal netwerk en het hebben van sociale contacten gaat hiermee gepaard en daarom is hier tijdens de training ook aandacht voor (Leger des heils, z.d.).

De Liberman module werkt volgens vier vaardigheidsdomeinen. Deze domeinen bestaan uit kennis en verschillende technieken die de cliënt helpen om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn vrijetijdsbesteding.

De vier vaardigheidsdomeinen zijn:

1. Het benoemen van voordelen van recreatieve activiteiten: de cliënt leert in dit domein welke voordelen verschillende activiteiten hebben en hoe zij activiteiten kunnen kiezen die voor hen voordeel opleveren.
2. Het verzamelen van informatie over recreatieve activiteiten: de cliënt leert om informatie over activiteiten te zoeken en hoe hij deze informatiebronnen voor zichzelf kan gebruiken.
3. Het uitzoeken van benodigdheden voor een recreatieve activiteit: de cliënt leert bepalen wat er nodig is voor het starten van een activiteit (geld, materiaal, cursussen, etc.).
4. Het evalueren en voortzetten van recreatieve activiteiten: de cliënt evalueert de gedane activiteiten en maakt de keuze met welke activiteiten hij wil verder gaan. Er wordt een plan op lange termijn gemaakt (Liberman, 1999).

Liberman (1999) benoemt bij elk vaardigheidsdomein 7 verschillende activiteiten die de cliënt helpen om het domein te kunnen behalen. Deze activiteiten worden leeractiviteiten genoemd:

- Elk domein begint met een inleiding op het vaardigheidsdomein, dit is activiteit één;
- In de tweede activiteit wordt er een video-demonstratie gegeven en is er een vraag-antwoordsessie;
- In de derde activiteit wordt er geoefend d.m.v. rollenspellen;
- Activiteit vier is dat de keuze van de hulpmiddelen wordt gemaakt;
- De vijfde activiteit is dat er probleemsituaties worden uitgespeeld en worden besproken;
- De zesde activiteit bestaat uit het doen van praktische oefeningen;
- De zevende en daarbij laatste activiteit bestaat uit het doen van huiswerkopdrachten uit het werkboek van de deelnemer (Liberman, 1999).

Om de domeinen te halen en de leeractiviteiten uit te kunnen voeren, onderscheid Liberman (1999) een drietal onderdelen; het handboek voor de trainer, een video en het werkboek van de deelnemer. Het handboek voor de trainer is een handboek waar stap voor stap staat beschreven hoe de trainer de leeractiviteiten per vaardigheidsdomein uit kan voeren.

De video 'omgaan met vrije tijd' is een video waar voorbeelden in worden gegeven van verschillende soorten gedrag die de deelnemers kunnen aanleren omtrent vrijetijdsbesteding. Het werkboek van de deelnemer is een werkboek waar testen, huiswerkopdrachten, evaluatieformulieren oefeningen en probleemttypen beschreven die de cliënt in de training stap voor stap uitvoert (Liberman, 1999). Deze handboeken bevatten de uiteindelijke trainingen en technieken en belangrijke formulieren voor zowel hulpverlener als deelnemer.

5.3.3.2 Buurtsteunpunten

De Buurtsteunpunten zijn ontmoetingsplekken in de regio Apeldoorn die voor iedereen uit de buurt toegankelijk zijn. Het doel van deze buurtsteunpunten is dat mensen met elkaar in contact komen om op deze manier eenzaamheid terug te dringen en sociale cohesie te versterken (Leger des Heils, z.d.). Elk buurtsteunpunt heeft zijn eigen activiteiten, zo heeft Buurtsteunpunt Zuid bijvoorbeeld

activiteiten als een creatieve ochtend, breien, bingo en zijn er meerdere gespreks- en gebedsgroepen.

Ook biedt de afdeling ZorgThuis binnen deze buurtsteunpunten de Liberman training 'Omgaan met Werk' aan en is er ook de mogelijkheid om mee te doen aan de 'stoppen met roken' cursus. Binnen deze ontmoetingsplekken werken veel verschillende zorginstellingen met elkaar samen zoals bijvoorbeeld, IrisZorg, Stichting MEE, 's Heerenloo, Siza, Wisselwerk, Pluryn en Philadelphia. Deze verschillende zorginstellingen geven op verschillende locaties passende spreekuren. Ook hebben veel van de ontmoetingsplekken eigen infopunten waar vrijwilligers actief zijn, deze vrijwilligers helpen mensen met bijvoorbeeld het invullen van belangrijke formulieren of beantwoorden vragen over wonen, welzijn, zorg of vervoer (ontmoetingsplek Apeldoorn, z.d.).

5.3.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het afdeling gebonden aanbod

Uit de interviews is gebleken dat de buurtsteunpunten bekend zijn bij de hulpverleners van ZorgThuis en dat deze veel gebruikt worden. Veel van de hulpverleners proberen hun cliënten te motiveren om naar een buurtsteunpunt te gaan om daar mee te doen aan een activiteit.

"(...) die hebben vooral buurtsteunpunten waar mensen naartoe kunnen gaan, zo contact leggen met elkaar of een bakje koffie gaan drinken, dus daar probeer ik ze wel toe te motiveren, en zo ook contacten te krijgen. (...)" (Interview 3.19, 2014).

"(...) Ik heb 1 cliënt, dat is heel bijzonder, die toch kunnen begeleiden naar een buurtsteunpunt en 1 keer in de week doet ze daar activiteiten. En dat gaan we weleens geleidelijk aan uitbreiden of zoeken. Ze is dol op lezen dus we gaan zoeken of er nog plek is in een bibliotheek, of ze daar vrijwilligerswerk kan doen. (...)" (Interview 4.33, 2014).

"Dat is per buurtsteunpunt heel verschillend. In Zuid, waar deze cliënt naartoe gaat, zijn er verschillende activiteiten en ik kan ze echt niet allemaal opnoemen. Maar ik weet dus wel dat er een creatieve ochtend is. Waarvan ik dacht, dat past wel bij mijn cliënt. En bij het atrium, dat is eigenlijk een beetje mijn wijk, daar weet ik dan wel meer van wat ze daar doen. Bingo, daar is ook een Nederlandse les. Dus dat is voor de allochtonen heel handig om naartoe te gaan. Spreekuur, dat heeft niks te maken met dagbesteding, dat heeft meer te maken met dat ze hun weg kunnen vinden. Als ze met vragen zitten met formulieren, poststukken, stel dat ik even niet beschikbaar ben, dan hebben ze toch een adres waar ze naartoe kunnen. En uiteindelijk moeten ze het ook zelf gaan doen dus is wel de bedoeling dat ze dan richting een hulpverlenende post gaan" (Interview 4.34, 2014).

"Er worden nu al steeds activiteiten vanuit die wijkpunten gedaan en de bedoeling is dat de cliënten daar naar toe krijgen. Er worden veel dingen voor hun vrijetijdsbesteding gedaan. Ook creativiteit, naailes, wandelgroep dat soort dingen" (Interview 5.63, 2014).

5.4 Niet afdeling gebonden aanbod

Het niet afdeling gebonden aanbod houdt in dat dit een aanbod is waar alle afdelingen van het Leger des Heils gebruik van kunnen maken. Het aanbod bestaat uit een aantal activiteiten en programma's waar de afdelingen, zo ook ZorgThuis, cliënten voor kunnen aanmelden. De afdeling ZorgThuis organiseert deze activiteiten niet zelf, maar dit wordt door de verantwoordelijken van de programma's gedaan.

5.4.1 Vrije tijd voor iedereen

‘Vrije tijd voor iedereen’ is een programma van het Leger des Heils die activiteiten en evenementen aanbiedt aan cliënten van alle afdelingen van het Leger des Heils (Leger des Heils, z.d.).

5.4.1.1 De week van Kunst & Theater

Deze week staat in het teken van creatieve talenten. Het doel van deze week is dat cliënten hun eigen creatieve talenten ontdekken en leren hoe ze deze talenten kunnen inzetten in hun dagelijkse leven. De week van Kunst en Theater bestaat uit een aantal workshops waar cliënten zich op in kunnen schrijven.

Er is een grote diversiteit aan workshops zoals bijvoorbeeld een Djembé workshop, een capoeira workshop, drama/mime, kook workshops, schilderen, rappen, bloemschikken cartoon tekenen, fotografie, zeepkettingen maken en dichten.

Het deelnemen aan een workshop kan uiteindelijk leiden tot het opdoen van nieuwe contacten en invulling geven aan de vrije tijd. Deze week is voor alle afdelingen toegankelijk en elke cliënt kan zich inschrijven voor elke activiteit. Aan het einde van de week van Kunst en Theater wordt er een jubileumfeest gehouden, waar de cliënten de mogelijkheid hebben om voor elkaar op te treden (Leger des Heils, z.d.).

5.4.1.2 Het Majoor Bosshardt gala

Het jaarlijks terugkerende Majoor Bosshardt gala staat volledig in het teken van de bekendste heilsoldaat van het Leger des Heils. Elk jaar wordt de Majoor Bosshardt Prijs uitgereikt aan de persoon en organisatie die zich, net als Majoor Bosshardt, inzetten voor de samenleving. Tijdens dit gala vinden er verschillende optredens plaats door Bekende Nederlanders (BN'ers) maar ook door cliënten van het Leger des Heils.

Zoals hierboven beschreven organiseert het Leger des Heils de week van Kunst en Theater.

In deze week kunnen cliënten meedoen aan de voorrondes voor het Majoor Bosshardt gala.

Wanneer zij geplaatst worden voor het Majoor Bosshardt gala zullen zij op de avond zelf een optreden verzorgen of wordt er op het gala een expositie verzorgd waar hun schilderijen, beelden etc. komen te staan (Ham, 2013; Leger des Heils, z.d.).

5.4.1.3 Zomersportprogramma van Caesarea

Het zomersportprogramma van Caesarea is een sportprogramma die in de zomer van 2014, 12 weken lang, op elke woensdagavond wordt georganiseerd. Caesarea is een terrein van het Leger des Heils W&G Gelderland, waar zowel kantooruimtes als woonruimtes voor cliënten aanwezig zijn (Caesarea, z.d.). De activiteiten van het sportprogramma worden georganiseerd door drie medewerkers, die werkzaam zijn op verschillende afdelingen van het Leger des Heils W&G Gelderland. De activiteiten worden op het terrein van Caesarea georganiseerd en hebben als doel dat de cliënt kennismakend met verschillende sporten zodat de cliënt zijn/haar interesses leert kennen. De cliënt zou dan vervolgens op zoek kunnen gaan naar een sportvereniging om zich daarbij aan te melden.

In het 12 weken durende programma worden er zes verschillende sporten aangeboden, namelijk: badminton, hardlopen, voetbal, volleybal, crossfit/bootcamp, en een aantal kleine balspellen. De sporten spelen zich af in een zes weekse cyclus en deze cyclus wordt vervolgens herhaald. Elke sport wordt dus twee keer georganiseerd (Ham, 2013).

5.4.1.4 Dutch Street Cup

Het Dutch Street Cup evenement is een straatvoetbal kampioenschap voor sociaal kwetsbare groepen in de samenleving. In 2013 hebben Ede, Arnhem en Apeldoorn voor het eerst meegedaan aan de wedstrijden van de Dutch Street Cup (Ham, 2013). Deze wedstrijden worden georganiseerd door de stichting Life Goals en zijn bedoeld als voorrondes voor de internationale Homeless World Cup. Met het Homeless World Cup evenement worden de wereldkampioenschappen bedoeld, waar dak- en thuislozen van over de hele wereld tegen elkaar zullen strijden voor de beker. Het Leger des Heils werkt samen met stichting Life Goals om passende begeleiding te geven en cliënten eventueel te motiveren om mee te doen aan het evenement (Stichting Life goals, z.d.).

Elke cliënt kan zich aanmelden voor de Dutch Street Cup trainingen die per stad of dorp georganiseerd worden. Op basis van deze trainingen worden de deelnemers uiteindelijk geselecteerd tot het definitieve team die hun dorp of stad vertegenwoordigen in het voetbaltoernooi. Door heel Nederland worden er wedstrijden georganiseerd, waarvan de finale uiteindelijk op het Museumplein in Amsterdam gespeeld zal worden (Stichting Life Goals, z.d.).

De winnaar van de Dutch Street Cup vertegenwoordigt Nederland in de Homeless World Cup. Elk jaar wordt de Homeless World Cup in een grote wereldstad gehouden. Dit jaar (2014) zal het kampioenschap zich afspelen in Chili en in 2015 zal het evenement zich in Amsterdam afspelen. Het doel van zowel de Dutch Street Cup als de Homeless World Cup is dat de cliënten gestimuleerd worden om door middel van sport te participeren in de samenleving (Stichting Life goals, z.d.).

5.4.2 De hulpverleners van ZorgThuis en vrije tijd voor iedereen

In de Interviews werden door een hulpverlener een aantal van de activiteiten die het programma 'vrije tijd voor iedereen' aanbiedt benoemt. Onder deze activiteiten wordt een kookcursus benoemd en de week van kunst en theater.

"Marja van der Ham doet ook wel dingen daarin. Heb ik nog nooit, ja trouwens wel net een cliënt naar een kookworkshop gekregen. Via haar dan. Misschien ik weet eigenlijk niet eens wat haar rol daarin is of dat structureel is. Maar misschien zou ik iets met haar dan kunnen bespreken. Zou niet de eerste zijn waaraan ik zou denken maar nu je zo vraagt denk ik, oké, zij doet wel wat dingen daarin, af en toe" (Interview 5.28, 2014).

"Maar we hadden die kookworkshop laatst die vond ik echt heel leuk. En dat lukte bij mij ook om in ieder geval 1 cliënt daarvoor aan te melden. Er konden maar vier cliënten naar toe" (Interview 5.35, 2014).

"Maar binnenkort, (...)is dan zo'n, iets met thema week met, toneel en dat soort dingen, kunst en cultuur of zo?" (Interview 5.36, 2014).

5.4.3 50/50 Workcenter

Het 50|50 Workcenter is een re-integratiebureau van het Leger des Heils Gelderland die cliënten begeleid bij het vinden en behouden van een baan. Een cliënt kan hier aangemeld worden en krijgt een intake gesprek met een Jobcoach. Deze Jobcoach biedt de cliënt een veilige werk- en leeromgeving aan en helpt de cliënt om stap voor stap naar een betaalde baan toe te werken. 50|50 heeft een aantal werkplekken ter beschikking waar cliënten leren omgaan met anderen en ze ervaren hoe het is om weer mee te kunnen doen binnen de samenleving. Voor cliënten die

aangemeld zijn bij het 50|50 workcenter is er de mogelijkheid om op verschillende werkplekken te kunnen werken (50|50 workcenter, z.d.).

5.4.3.1 50|50 store

50|50 heeft bijvoorbeeld de 50|50 store, deze winkel in Amsterdam Zuid verkoopt handgemaakte sieraden, gebruikte merkkleding, schoenen en laarzen en geeft begeleiding aan cliënten bij verschillende taken. De 50|50 store biedt dan ook een grote hoeveelheid verschillende taken aan zoals het verkopen van de producten, het adviseren van de klant en het bevoorraden van de winkel. Ook kunnen cliënten bij de 50|50 store sieraden maken voor de verkoop, de kantine beheren en het pand schoonmaken en onderhouden.

Andere taken die uitgevoerd kunnen worden zijn het sorteren van kleding, het prijzen van producten, het etaleren en het strijken en repareren van de kleding. Bij elk onderdeel wordt de cliënt intensief begeleid en wordt de gelegenheid geboden om in hun eigen tempo te ontdekken welke taken bij hem/haar passen. 50|50 biedt ook een budgetstore aan in Amsterdam Oost waar gebruikte kleding en huishoudelijke artikelen voor een lage prijs worden verkocht (50|50 workcenter, z.d.).

5.4.3.2 50|50 Hotel en Congrescentrum Belmont

Naast de 50|50 stores heeft het 50|50 workcenter ook een hotel en congrescentrum genaamd 50|50 Hotel en Congrescentrum Belmont en is gevestigd in Ede. Hier hebben cliënten de mogelijkheid om te kunnen werken in bijvoorbeeld de bediening, de house keeping, de tuinderij en de technische dienst. 50|50 biedt in dit erkend leerbedrijf de cliënten de mogelijkheid om met inspirerend werk ervaring op te doen om hen op deze manier te laten terugkeren in het arbeidsproces (50|50 Hotel Belmont, z.d.).

5.4.3.3 50|50 Food

Een andere mogelijkheid binnen het 50|50 workcenter is 50|50 Food die gevestigd is in Flevoland, Amsterdam en in de regio Utrecht. Dit is een erkend leerbedrijf die de catering van veel verschillende bedrijven zoals het NOC*NSF, verschillende kerken, de rechtbank van Utrecht, verschillende sportclubs en verschillende brandweerkazernes verzorgd.

Ook worden er kookworkshops gegeven op sommige locaties en wordt er een eigen groentetuin bijgehouden om verantwoord te kunnen koken. Cliënten hebben hier de mogelijkheid om diverse taken uit te voeren en een vak te leren als bijvoorbeeld kok, kelner, gastheer/vrouw, medewerker keuken en keuken assistent. Ook is er de mogelijkheid om bij de cateringservice te werken waar alle facetten van het catering vak worden aangeleerd, zoals bijvoorbeeld vergaderservices, partycatering en hospitalityservices (50|50 Food, z.d.).

5.4.3.4 50|50 Wood

De werkplek 50|50 Wood is gespecialiseerd in het maken van meubels van oud of nieuw steigerhout. De meubels worden op opdracht gemaakt door cliënten die intensieve begeleiding krijgen van een professioneel meubelmaker. De 50|50 Wood werkplekken zijn gevestigd in Rotterdam en in Utrecht (50|50 Wood, z.d.).

5.4.3.5 50|50 Green

Het Leger des Heils is al jaren ervaren op het gebied van groenvoorziening, tuinonderhoud en fruit- en groenteteelt. Het 50|50 workcenter heeft om die reden dan ook een werkplek en tevens erkend leerbedrijf gecreëerd genaamd 50|50 Green. Deze werkplekken zijn gevestigd in Ede, Rotterdam en Lelystad. Cliënten krijgen hier de mogelijkheid om te leren om producten te kweken, landgoederen

te onderhouden, het groenonderhoud te verzorgen van bedrijven, de tuin te onderhouden van particulieren en tevens kunnen zij actief zijn in de bos- en glastuinbouw.

50|50 Green werkt samen met de Universiteit Wageningen, 50|50 Hotel Belmont en LaPlace. Voor de cliënten is het mogelijk om verschillende functies uit te oefenen, zoals hovenier/groen medewerker, uitvoerder of projectleider (50|50 Green, z.d.).

5.4.3.6 50/50 Tech

Bij 50|50 Tech hebben cliënten de mogelijkheid om werkervaring op te doen in de sector Techniek. 50|50 Tech is een erkend leerbedrijf gevestigd in Amsterdam, waar cliënten kunnen leren om fietsen te repareren, fietsen in elkaar te zetten of leren om op de assemblage afdeling te werken.

De cliënt maakt een technisch eindproduct en kan in zijn eigen tempo ontdekken wat zijn interesses zijn en wat bij hem/haar past qua werkzaamheden (50|50 Workcenter, z.d.).

5.4.4 De hulpverleners van ZorgThuis en 50/50

In de interviews komt een aantal keer het 50|50 workcenter naar voren.

De hulpverleners benoemen dat er veel te doen is binnen 50|50 en dat cliënten hier soms naartoe worden doorverwezen.

“Daar werkt nu een cliënt van me, sinds een paar weken” (Interview 1.33, 2014).

“Bij 50/50 hebben ze wel van alles en nog wat te doen, dus je kunt daar mee helpen verhuizen, houthakken, je kunt er meubels maken, het is ook wel echt mannenwerk. Dus dat is ook wel gaaf als een man zijn mannelijkheid een beetje kwijt is. Maar dan moet je hem vooral daar heen brengen” (Interview 1.40, 2014).

“Via 50/50 workforce, dat is gewoon een afdeling. En klusdienst van het leger des heils uit. Ja dan kun je doen wat je wil” (Interview 8.21, 2014).

5.5 Conclusie

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de tweede deelvraag van dit onderzoek, namelijk:

Op welke wijze biedt het Leger des Heils W&G Gelderland mogelijkheden tot gezonde vrijetijdsbesteding aan, aan de cliënten van de afdeling ZorgThuis?

Wij hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop de afdeling ZorgThuis vrijetijdsbesteding aanbiedt, oftewel, met welke methodieken werkt de afdeling ZorgThuis.

De afdeling ZorgThuis maakt gebruik van competenties en taken uit het casemanagement. Deze taken variëren van het onderhandelen met zorginstellingen tot het begeleiden en ondersteunen van de cliënt. Voor de hulpverlener van ZorgThuis is het dan ook belangrijk dat deze competenties bezit als het methodisch en planmatig werken en het kunnen opbouwen van een hulpverleningsrelatie met de cliënt (Bassant & de Roos, 2008; Interview 2.62, 2014).

Ook maakt de afdeling ZorgThuis gebruik van een aantal uitgangspunten vanuit de presentietheorie. De hulpverleners benoemen in de interviews bijvoorbeeld dat zij de methodische kenmerken omschreven in de presentietheorie toepassen in hun dagelijkse begeleiding. Uit de interviews komt naar voren dat de hulpverleners werken met het kenmerk ‘beweging, plaats en tijd’ door bij de cliënt thuis te werken, in plaats van vanuit een kantoor. Ook werken de hulpverleners met het

kenmerk 'ruimte en begrenzing' door veel kennis te hebben op veel verschillende gebieden om op deze manier breed inzetbaar te zijn voor de cliënt. Met het kenmerk 'aansluiting' werken de hulpverleners door op een laagdrempelige manier gesprekken aan te gaan door bijvoorbeeld een wandeling te maken met de cliënt. Ook komt het kenmerk 'betekenis' naar voren waar de hulpverleners een vertrouwensrelatie met de cliënt opbouwen en persoonlijk contact met hen maken.

Het Leger des Heils werkt vanuit een zorgplan waar de einddoelen, subdoelen en acties van een cliënt in beschreven staan. Het zorgplan bestaat uit tien leefgebieden, waarvan er één dagbesteding is. Vrijtijdsbesteding is een onderdeel van dagbesteding en wordt dus in dit leefgebied door de hulpverlener behandeld (Zorgplan, z.d.). Vanuit de interviews komt naar voren dat de hulpverleners de leefgebieden aanpakken waar de grootste hulpvraag van de cliënt ligt (Interview 5.6, 2014). Het is opvallend dat het leefgebied dagbesteding weinig wordt benoemd als leefgebied waar een grote hulpvraag ligt.

De afdeling ZorgThuis biedt diverse mogelijkheden aan de cliënten aan als het gaat om vrijtijdsbesteding. Eén van deze mogelijkheden is de Liberman Module 'Omgaan met vrije tijd'. In deze training wordt de cliënt geleerd hoe om te gaan met zijn eigen vrije tijd (Liberman, 1999). In deze training wordt gebruik gemaakt van een video, huiswerkopdrachten en praktijksituaties. Het is opvallend dat er in de interviews niet wordt gesproken over deze module. Hieruit concluderen wij dat deze training op dit moment niet wordt uitgevoerd door de afdeling ZorgThuis. De tweede mogelijkheid die het Leger des Heils aanbiedt, zijn de buurtsteunpunten in en rondom Apeldoorn. Dit zijn ontmoetingsplekken die voor de gehele buurt toegankelijk zijn. De hulpverleners van ZorgThuis werken samen met andere instellingen en organiseren hier activiteiten, spreekuren, groepsgesprekken en lunch- en koffiemomenten. De buurtsteunpunten zijn bij de hulpverleners van ZorgThuis bekend en de hulpverleners proberen veel van hun cliënten naar deze punten te motiveren en te begeleiden (Interview 4.33, 2014; Interview 4.34, 2014).

het Leger des Heils biedt voor alle cliënten veel mogelijkheden aan tot vrijtijdsbesteding. Eén van deze vrijtijdsprogramma's is het programma 'vrije tijd voor iedereen' (Ham, 2013). Dit programma biedt voor het gehele Leger des Heils activiteiten aan als 'de week van Kunst en Theater', 'de Dutch Street Cup' en 'het majoor Bosshardt gala' (Leger des Heils, z.d.). Uit de interviews blijkt dat weinig van de hulpverleners van ZorgThuis gebruik maken van het aanbod van 'vrije tijd voor iedereen'. Er bestaat onduidelijkheid over de activiteiten en of deze structureel worden aangeboden of dat de activiteiten incidenteel worden aangeboden (Interview 5.28, 2014).

Het Leger des Heils biedt ook de mogelijkheid voor cliënten om zich aan te melden bij het 50|50 workcenter. Dit workcenter heeft een ruim aanbod qua leer-werkplekken waar de cliënt zijn interesses kan ontdekken (50|50 workcenter, z.d.). In de interviews wordt het 50|50 workcenter weinig genoemd. Hier maken wij uit op dat de hulpverleners weinig gebruik maken van de mogelijkheden die 50|50 biedt aan cliënten (Interview 1.40, 2014).

Hoofdstuk 6: Extramurale begeleiding en ondersteuning aangeboden door andere welzijnsinstellingen.

Deelvraag 3: Welke vormen van extramurale begeleiding en ondersteuning, aan cliënten met meervoudige problematiek, worden er binnen andere welzijnsinstellingen gehanteerd omtrent het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding?

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we antwoord geven op de derde deelvraag. We beschrijven op welke wijze de organisaties IrisZorg, ARTA en Het Vrijetijdsclub hun cliënten begeleiden naar vrijetijdsbesteding. Wij hebben deze instellingen gekozen omdat zij met dezelfde doelgroep werken als ZorgThuis, namelijk cliënten met meervoudige problematiek. Daarnaast bieden deze instellingen, net als afdeling ZorgThuis, extramurale zorg aan deze cliënten.

In paragraaf 6.2 tot 6.3 worden de benoemde instelling, de methodieken waarmee ze werken en de werkwijze van deze methodieken beschreven. In paragraaf 6.5 vind u een conclusie en daarmee de beantwoording van deelvraag 3.

6.2 IrisZorg

IrisZorg is een zorginstelling die zich richt op preventie van middelengebruik en het behandelen van mensen die de grip op hun leven kwijt zijn of kwijt dreigen te raken. Ze bieden zowel intramurale als extramurale zorg en werken met de Community Reinforcement Approach (CRA). IrisZorg richt zich op hulp aan mensen met een verslaving of mensen die problemen hebben op het gebied van wonen en/of het vinden en behouden van werk. IrisZorg is werkzaam in de provincie Gelderland, Overijssel en Flevoland. IrisZorg heeft een aantal locaties waar cliënten kunnen werken of activiteiten kunnen verrichten. Ook is het voor de cliënt mogelijk om in overleg met de begeleider werkzaamheden te verrichten bij een extern bedrijf (IrisZorg, z.d.).

Als cliënten dingen lastig vinden dan biedt IrisZorg ook nog een aantal trainingen aan om de cliënt daarin verder te helpen. Deze trainingen kunnen gaan over het omgaan met computers, omgaan met de ander maar ook over het leren timmeren of het leren schoonmaken (IrisZorg, z.d.). Een medewerker van IrisZorg vertelde ons via een e-mail (bijlage 7) het volgende:

‘In de aanpak van IrisZorg is een goede dag invulling onderdeel van het zorg- en begeleidingsplan van iedere cliënt. Het gaat daarbij om dagbesteding, arbeidsgewenning, scholing en werk. Het aanbod van IrisZorg is niet alleen gericht op cliënten van IrisZorg, maar ook cliënten van andere zorgaanbieders, UWV, gemeenten en re-integratiebureaus zijn welkom.’

IrisZorg heeft veel aandacht voor dag- en vrijetijdsbesteding. Ze werken samen met verschillende instellingen om optimale hulp te kunnen bieden aan de cliënt. IrisZorg werk bijvoorbeeld samen met Het Vrijetijdsclub en stichting New Rootz. Samen zijn ze, in november 2013, het project ‘Big Umbrella’ gestart in Nijmegen. Dit project helpt jongeren om hun kansen voor de toekomst te vergroten door de jongeren te laten ontdekken wat hun talenten en dromen zijn (IrisZorg, 2013).

6.2.1 De Community Reinforcement approach (CRA)

Zoals in paragraaf 3.2.1 is beschreven werkt IrisZorg met de Community Reinforcement Approach (CRA). Deze methode is een Amerikaans gedragstherapeutisch behandelprogramma die gebaseerd is op de operante leerprincipes van Skinner en gericht is op de behandeling van mensen met een verslaving. Skinner is een Amerikaanse psycholoog die ervan uit gaat dat de omgeving van een mens een belangrijke oorzaak is van gedrag (behaviorisme). Het gedrag en de omgeving vormen een dynamisch interactieproces waarbij zich continu andere reacties voordoen (Fontein, 2001). Door de veelzijdigheid van de CRA zou deze ook gebruikt kunnen worden voor mensen met meervoudige problematiek. Deze methodiek kan zowel voor intramurale als extramurale zorg gebruikt worden. CRA is een bewezen effectieve behandelmethodiek die in verschillende landen gebruikt wordt (Roozen, Meyers, & Smith, 2012).

Het gebruik van middelen wordt in deze methodiek gezien als gedrag dat bekrachtigd wordt. Bekrachtiging van gedrag maakt de kans groter dat men nog een keer dat gedrag vertoont. Het doel is dat de cliënt een nieuwe levensstijl aanneemt die meer beloning geeft dan de vorige levensstijl (Roozen et al., 2012). IrisZorg gaat hier heel praktisch mee aan de slag door op zoek te gaan naar alternatieve activiteiten om daarmee succeservaringen te bereiken. Motivatie en meer zelfvertrouwen zullen het gevolg zijn van die ervaringen, de nieuwe levensstijl is dan meer belonend dan de oude (IrisZorg, 2013).

De cliënt wordt door middel van CRA geleerd hoe hij/zij een nieuwe levensstijl kan ontwikkelen. Van de hulpverlener wordt gevraagd om op de bekrachtigers in de directe omgeving van de cliënt te interveniëren. Deze bekrachtigers kunnen gevonden worden in het gezin, het werk, de woonomgeving, de vrienden en de (vrije)tijdsbesteding van de cliënt (Roozen, 2006; Roozen et al., 2012). Daarom zijn er twee categorieën interventies binnen de CRA. De eerste categorie bestaat uit een interventie die andere activiteiten versterkt. Door vaardigheidstrainingen, het vergroten en verbreden van het sociale netwerk en het oriënteren op het gebied van dag- en vrijetijdsbesteding wordt de cliënt geholpen om zich meer op de toekomst te richten. De tweede categorie heeft als doel om de bekrachtigende werking van middelengebruik te beperken. De hulpverlener geeft kennis en inzicht over het weigeren van middelen, zelfcontroletechnieken en farmacotherapie aan de cliënt. Niet alle interventies zijn nodig bij elke cliënt (Roozen, 2006; Roozen et al., 2012).

6.2.2 Werkwijze

In het boek 'Community Reinforcement Approach' wordt de werkwijze op een heel praktisch manier weergegeven. Er worden elf procedures beschreven, deze kunnen naar eigen inzicht van de hulpverlener wel of niet behandeld worden. Elke procedure gaat over een ander deel van het leven van de cliënt. Voor elke procedure zijn er praktische handvatten te vinden in het boek (Roozen et al., 2012).

In de elf procedures worden verschillende dwarsverbanden gelegd naar de procedures onderling, hierdoor kunnen de procedures flexibel worden ingezet. Procedure twee tot en met elf werken volgens een vaste structuur. Het bezoek of de sessie begint met het bespreken van het huiswerk van de cliënt, dan worden er één of meerdere CRA-procedures besproken. Vervolgens wordt er minstens één huiswerkopdracht voor de cliënt geformuleerd (Roozen et al., 2012).

In de eerste procedure vindt de kennismaking plaats. Daarnaast vult de cliënt de tevredenheidslijst in (bijlage 6). Aan de hand van deze lijst kan een plan opgesteld worden met daarin ten minste één doel die de cliënt wil behalen, de interventies die de cliënt hiervoor moet doen en in welk tijdsbestek de

cliënt dit gaat doen. De taak van de hulpverlener is om er voor te zorgen dat de doelen positief, haalbaar en kort en bondig zijn (Roozen et al., 2012).

De tweede CRA-procedure is de functieanalyse. Deze procedure gaat over de functie van het middelengebruik van de cliënt en de gevolgen hiervan. In de derde procedure staan de communicatievaardigheden centraal. Door middel van deze procedure wordt de cliënt uitgenodigd om aan zijn of haar sociale vaardigheden te werken.

Aan het probleemoplossend vermogen van de cliënt wordt in de vierde procedure gewerkt. Procedure vijf gaat over het sociale netwerk. Er wordt gekeken hoe het netwerk van de cliënt veiliger en groter gemaakt kan worden. Mensen met een goed en veilig sociaal netwerk hebben meer mogelijkheden om met problemen om te gaan (Roozen et al., 2012).

De zesde CRA-procedure heet Sobriety sampling. In deze procedure leert de hulpverlener de cliënt hoe deze haalbare en duidelijke doelen op kan stellen. Met duidelijke doelen wordt bedoeld dat ze nauwkeurig worden vastgelegd en dat de tijd waarin het doel behaald moet worden is vastgelegd. In de zevende procedure staat het weigeren van middelen centraal (Roozen et al., 2012).

Procedure acht gaat over het doen van plezierige activiteiten. In deze procedure worden 25 stappen doorlopen die starten met een evaluatie van het huiswerk. Na de evaluatie wordt er een introductie gegeven over plezierige activiteiten om vervolgens tot een assessment te komen. Na het assessment volgt de stap 'systematisch aanmoedigen' om vervolgens de procedure af te sluiten en de cliënt een volgende huiswerkopdracht mee te geven (Roozen et al., 2012). Het stappenplan van procedure 8 is te lezen in bijlage 8 van dit onderzoek.

De negende CRA-procedure gaat over terugvalmanagement. Het gebruik van medicatie staat centraal in procedure tien. Procedure elf is een uitbreiding van procedure drie en gaat over relatietherapie. Deze procedure is gericht op de relatie die de cliënt heeft met zijn of haar partner. Er wordt gekeken hoe deze relatie verbeterd zou kunnen worden (Roozen et al., 2012).

6.3 ARTA

Stichting ARTA is een instelling die extramurale ondersteuning biedt aan kwetsbare jongeren en jongvolwassenen, tussen de 13 en 30 jaar, met een psychiatrische stoornis, gedragsproblemen, ontwikkelingsproblematiek en autisme. De coaches van ARTA leren de jongeren sociale, communicatieve en cognitieve vaardigheden aan en helpen mee met het opbouwen van een aanvullend en ondersteunend sociaal netwerk. Ook werken de coaches van ARTA samen met de jongere aan een normaal dag- en leef ritme, een helder en haalbaar toekomstperspectief en ondersteunt de coach bij het verkrijgen van inzicht in vaardigheden, mogelijkheden en eigen kwaliteiten. Het doel van de aanpak van ARTA is dat de maatschappelijke participatie van de jongeren vergroot worden en dat de jongeren succesvol ondersteund worden naar werk, opleiding of een andere dagbesteding (ARTA, z.d.).

ARTA biedt voor risicojongeren een project aan genaamd Titan - risicojongeren. Het Titan project is oorspronkelijk gestart als losse BV met vestigingen in Ede, Utrecht en Leiden, maar is sinds september 2013 gefuseerd met ARTA en valt nu onder de naam project Titan – risicojongeren. Titan begeleidt jongeren en jongvolwassenen, tussen de 16 en 27 jaar, die problemen ervaren in het vinden en/of behouden van werk of opleiding. Bij jongeren die aangemeld worden bij het Titan project is er veelal sprake van meervoudige problematiek: armoede, onderwijsachterstanden, beperkte verstandelijke capaciteiten, discriminatie, psychiatrische problematiek, verslaving, verwaarlozing en (seksuele) mishandeling. Vaak zijn er bij de jongeren van het Titan project

meerdere hulpverleningstrajecten gestagneerd en zijn ze doorverwezen via verschillende ketenpartners (Honhoff & van den Brink, 2010).

Het project Titan-risicjongeren heeft een eigen methodiek, genaamd Titan. Omdat deze methodiek gericht is op het helpen van de cliënt naar het hebben van werk, opleiding of andere vorm van dagbesteding willen we deze verder uitwerken (Honhoff & van den Brink, 2010).

6.3.1. Titan methodiek

De Titan methodiek is ontwikkeld door meneer Honhoff en mevrouw van den Brink. In 2010 is deze methodiek erkent door de deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie van het Nederlands Jeugd Instituut als werkend en veelbelovende interventie. Het doel van Titan is het laten deelnemen van de jongeren aan de maatschappij doormiddel van werk, opleiding of een andere dagbesteding. De cliënt doorloopt een ambulant traject van maximaal anderhalf jaar waarin de cliënt vijf fases doorloopt. Elke cliënt krijgt een trajectplan waarin acht leefgebieden worden beschreven en de daarbij behorende doelen van de cliënt. Deze leefgebieden zijn gebaseerd op acht ontwikkelingstaken die het competentiemodel beschrijft (Honhoff & van den Brink, 2010).

Het competentiemodel richt zich op het aanleren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden van de cliënt waardoor een problematische ontwikkeling stop kan worden gezet en kan worden omgebogen. Het gaat om het versterken van de krachten van een cliënt zelf en van diens omgeving. Een cliënt is competent als hij/zij voldoende vaardigheden bezit om de taken die de cliënt in het dagelijks leven tegenkomt op een adequate wijze kan uitvoeren (Spanjaard, Lange, & Haspels, 2003). De acht ontwikkelingstaken die het competentiemodel beschrijft en die Titan gebruikt voor het trajectplan zijn:

1. Vormgeven aan veranderende relaties binnen het gezin;
2. Participeren binnen onderwijs of werk;
3. Zinvol invullen van vrije tijd;
4. Creëren en onderhouden van eigen leefsituatie;
5. Omgaan met autoriteiten en instanties;
6. Zorg dragen voor gezondheid en uiterlijk;
7. Opbouwen en onderhouden van sociale contacten en vriendschappen;
8. Vormgeven aan intimiteit en seksualiteit (Spanjaard et al,2003).

Naast deze acht leefgebieden/ontwikkelingstaken heeft Titan nog een overkoepelend aandachtsgebied, namelijk omgaan met mogelijkheden en beperkingen. Dit aandachtsgebied heeft een belangrijke functie binnen het traject. Als de cliënt zich bewust is van zijn mogelijkheden en beperkingen wordt de kans op behoud van dagbesteding vergroot (Honhoff & van den Brink, 2010).

6.3.2 Werkwijze

De vijf fasen die de Titan methodiek beschrijft zullen in deze paragraaf verder uitgewerkt worden. Tijdens al deze fasen wordt er gebruikt gemaakt van het trajectplan.

Fase 1 is de kennismakingsfase. De motivatie van de cliënt wordt in kaart gebracht en er wordt een start gemaakt met het opbouwen van de werkrelatie. De eerste fase van een Titan traject heeft als doel om te oriënteren en informatie in te winnen en duurt gemiddeld een maand. In deze intakefase wordt duidelijk of de jongere aan het traject deel kan nemen. Deze fase begint met een kennismakingsgesprek waarbij de mentor en de gedragsdeskundige uitleg geven over het traject en kennismaken met de jongere, eventuele ketenpartners en ouders (Honhoff & van den Brink, 2010).

Na dit kennismakingsgesprek zal de jongere samen met de toegewezen mentor van start gaan met de motivatietrainingen. Deze motivatietraining is de basis voor de relatie tussen de cliënt en de mentor. Daarnaast wordt de motivatie van de cliënt omtrent de acht leefgebieden in kaart gebracht. De cliënt start gelijk vanaf deze fase met het werken op een werkplaats (Honhoff & van den Brink, 2010).

De tweede fase draait om het stabiliseren van de leefsituatie. Structuur is in deze fase een belangrijk aandachtspunt. De basisbehoeften, zoals Maslow ze beschrijft (zie hoofdstuk 4), moeten in deze fase gegarandeerd worden. Er wordt gekeken naar de mogelijkheden van de cliënt en naar wat de cliënt nodig heeft om de doelen die in het trajectplan staan te kunnen behalen. Zo nodig kan de cliënt deelnemen aan een vaardigheidstraining of agressie regulatietraining (Honhoff & van den Brink, 2010).

Fase 3 gaat om het versterken van vaardigheden en het concretiseren van de wens omtrent dagbesteding. De cliënt werkt al op een werkplaats of heeft een andere dagbesteding maar er wordt steeds meer gekeken naar een passende baan of opleiding. De cliënt leert in deze fase zijn beperkingen steeds meer te accepteren en leert te kijken naar de haalbaarheid van zijn beroepswens. De mentor kan de cliënt ondersteunen door middel van het afnemen van een beroepskeuze test of door mee te gaan naar open dagen (Honhoff & van den Brink, 2010).

In de vierde fase gaat het steeds meer om de participatie van de cliënt binnen de maatschappij. De cliënt heeft een keuze gemaakt voor een opleiding of baan en gaat daar in deze fase mee aan de slag. Door de trainingen van de werkervaring op de werkplaats heeft de cliënt vaardigheden opgedaan die kunnen helpen bij het behouden van dagbesteding (Honhoff & van den Brink, 2010).

Fase vijf gaat om het starten van de cliënt op de dagbesteding plek en deze behouden. De mentor heeft af en toe contact met de cliënt en houdt het proces in de gaten (Honhoff & van den Brink, 2010).

6.4 Het Vrijetijdsclub

Het Vrijetijdsclub is een bureau waar dramatherapie en psychomotorische therapie wordt gegeven. Het doel van Het Vrijetijdsclub is om de positieve kanten van het psychisch functioneren te versterken door middel van recreatieve activiteiten en trainingen. De expertise van dit bureau ligt bij kinderen en jongeren die met verschillende problemen te maken hebben. Het Vrijetijdsclub is een zelfstandig bureau en voert opdrachten uit in de vorm van programma's rondom vrijetijdsbesteding die extramuraal worden aangeboden. Deze opdrachten voeren ze uit voor zorg- en welzijnsinstellingen (waaronder IrisZorg), het onderwijs en particulieren (Het Vrijetijdsclub, 2009).

Het Vrijetijdsclub biedt persoonlijke begeleiding en groepsbegeleiding. Het versterken van de sociale en emotionele vaardigheden heeft een belangrijke plaats binnen de begeleiding. Deze vaardigheden helpen de cliënt om zich staande kan houden in individuele gesprekken of groepen. Het Vrijetijdsclub biedt zorg op maat. Flexibiliteit heeft daarin een belangrijke plaats (Het Vrijetijdsclub, 2009).

Het opbouwen van een hulpverleners relatie met de cliënt is één van de belangrijkste onderdelen van de programma's. Daarnaast vinden ze dat vrije tijd, vrije tijd moet blijven. Als vrije tijd verplicht is dan is het geen vrije tijd meer. De uitdaging voor de hulpverlener is om de cliënt elke dag enthousiast uit te nodigen voor de activiteiten. Vastberadenheid en enthousiasme zijn daarin de speerpunten. Het doel is om door middel van recreatieve activiteiten een hulpverleners relatie op te bouwen met de cliënt. Om vanuit daar te werken aan andere leefgebieden (Het Vrijetijdsclub, 2009).

6.4.1 Motivatieschema van Het Vrijetijdsclub

Door de jaren heen heeft Het Vrijetijdsclub een eigen methodiek ontwikkeld. Deze methodiek bestaat uit vier fasen en is in bijlage 10 te vinden. De eerste fase is de fase waarin de cliënt nog niet deelneemt aan de activiteit. In de tweede fase neemt de cliënt wisselvallig deel aan de activiteiten. De derde fase is de fase waarin de cliënt structureel deelneemt aan de activiteiten. In de vierde en laatste fase neemt de cliënt doelbewust deel aan de activiteiten. Hier zal verder op ingegaan worden in de volgende paragraaf.

Deze methodiek heeft het uitgangspunt dat de hulpverlener zowel binnen als buiten de activiteiten veiligheid biedt aan de cliënt en enthousiast en uitnodigend is naar de cliënt, om op deze manier deelname te stimuleren. Er wordt van de hulpverlener gevraagd om gericht te zijn op de mogelijkheden van de cliënt en om de cliënt positief te bekrachtigen. Er wordt ook gevraagd van de hulpverlener dat zij de beperkingen van de cliënt accepteert. Daarnaast geeft de hulpverlener de cliënt inzicht in zijn gedrag, zo nodig door middel van confrontatie. De hulpverlener ondersteunt de cliënt waar nodig, bewaakt grenzen en respecteert de grenzen van de cliënt (Het Vrijetijdsclub, 2009).

6.4.2 Werkwijze

Fase één is de fase waar de cliënt nog niet deelneemt aan de activiteiten. Deze methodiek gaat er vanuit dat de cliënt in deze fase behoefte heeft aan veiligheid en zekerheid. De hulpverlener legt in deze fase contact met de cliënt en probeert het vertrouwen te winnen door middel van het bieden van veiligheid en enthousiasme. De hulpverlener neemt een transparante houding aan.

Fase twee is de fase waarin deelname aan de activiteiten wisselvallig is. Deze methodiek gaat er vanuit dat de cliënt in deze fase behoefte heeft aan sociale contacten. De hulpverlener legt in deze fase contact met de cliënt en probeert het vertrouwen te winnen door middel van acceptatie, positieve bekrachtiging, stimuleren van deelname en het bieden van structuur.

De derde fase is de fase waarin de cliënt structureel deelneemt aan de activiteiten. Deze methodiek gaat er vanuit dat de cliënt in deze fase behoefte heeft aan waardering en erkenning. De hulpverlener geeft inzicht in positie- en alternatief gedrag door middel van positieve bekrachtiging. In de vierde fase neemt de cliënt doelbewust deel aan de activiteiten. De methodiek van Het Vrijetijdsclub gaat er vanuit dat de cliënt in deze fase behoefte heeft aan zelfontplooiing. In deze fase gaat het om het uitdoven van oud gedrag en het aanleren van nieuw gedrag. De hulpverlener helpt de cliënt door middel van confrontatie, ondersteuning en positieve bekrachtiging. De hulpverlener bewaakt zijn grenzen en respecteert de grenzen van de cliënt (Het Vrijetijdsclub, 2009).

6.5 Conclusie

In deze paragraaf zal antwoord op de derde deelvraag van dit onderzoek worden gegeven:

Welke vormen van extramurale begeleiding en ondersteuning, aan cliënten met meervoudige problematiek, worden er binnen andere welzijnsinstellingen gehanteerd omtrent het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding?

We hebben gekeken naar de instellingen IrisZorg, ARTA en Het Vrijetijdsclub. Zowel IrisZorg, ARTA en het Vrijetijdsclub biedt zowel intramurale als extramurale zorg aan cliënten met meervoudige problematiek. IrisZorg werkt met de Community Reinforcement Approach. Het doel is dat de cliënt een nieuwe levensstijl aanneemt die meer beloning geeft dan de vorige levensstijl. Dag- en Vrijetijdsbesteding hebben daarin een belangrijke plaats. De CRA biedt praktische handvatten voor

de hulpverlener om de cliënt te motiveren en te helpen bij het zoeken naar een vrijetijdsbesteding (Roozen, 2006; Roozen et al., 2012).

ARTA werkt met de Titan methodiek. Het doel van Titan is het laten deelnemen van de jongeren aan de maatschappij doormiddel van werk, opleiding of een andere dagbesteding. De cliënt doorloopt vijf fasen en er is aandacht voor de acht ontwikkelingstaken die gebaseerd zijn op het competentiemodel. Bij het succesvol doorlopen van het traject heeft de cliënt een baan, neemt deel aan een opleiding of heeft een andere dagbesteding. Het deelnemen aan activiteiten in de vrijetijdsbesteding is daar een onderdeel van (Honhoff & van den Brink, 2010; Spanjaard et al., 2003). Het Vrijetijdsclub heeft een eigen methodiek ontwikkeld in de vorm van een motivatieschema. Het doel is om door middel van recreatieve activiteiten een hulpverleners relatie op te bouwen met de cliënt. Om vanuit daar te werken aan andere leefgebieden. De cliënt doorloopt vier fasen. Bij het succesvol doorlopen van deze fasen neemt de cliënt doelgericht deel aan activiteiten in zijn vrije tijd (Het Vrijetijdsclub, 2009).

Hoofdstuk 7: Helpende en belemmerende factoren voor de hulpverlener in de begeleiding

Deelvraag 4: Welke factoren zijn helpend en welke zijn belemmerend voor de hulpverleners van afdeling ZorgThuis Apeldoorn bij het begeleiden van cliënten met meervoudige problematiek naar gezonde vrijetijdsbesteding?

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag van dit onderzoek. In paragraaf 7.2 worden vanuit de theorie drie factoren beschreven die belemmerend kunnen zijn voor de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding. Na elke factor volgen de bevindingen uit de interviews. De belemmerende factoren die wij beschrijven zijn het ‘bestwildenken’, het overvragen van de cliënt en het initiatief van de hulpverlener.

In paragraaf 7.3 worden vanuit de theorie drie factoren beschreven die helpend kunnen zijn voor de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding. Na elke factor volgen de bevindingen uit de interviews. De helpende factoren die wij beschrijven zijn de vermaatschappelijking van de zorg, het gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt en het werken in een team.

In paragraaf 7.4 is de conclusie te lezen. Door middel van deze conclusie willen we antwoord geven op de vierde deelvraag van ons onderzoek.

7.2 Belemmerende factoren voor de begeleiding

7.2.1 Het ‘Bestwildenken’

Het ‘bestwildenken’ houdt in dat de hulpverlener handelt naar datgene wat de hulpverlener denkt dat goed is voor de cliënt. Ook als de cliënt het daar niet mee eens is. Maar in hoeverre wordt de wil van de cliënt gerespecteerd en in hoeverre wordt er gehandeld naar dat wat de hulpverlener denkt dat goed is voor de cliënt? Een casus waarin een cliënt niet gemotiveerd is om iets te ondernemen in de vrije tijd maar waarin de hulpverlener dat wel belangrijk vindt roept deze vragen op. Deze vragen kunnen belemmerend zijn voor de begeleiding (Dam, 2008).

Nys (2007) beschrijft dat het ‘bestwildenken’ niet zo zeer spanning met zich meebrengt op het gebied van respect voor de autonomie van het individu, maar hij vindt dat de persoon die hulp krijgt om die reden al niet volledig autonoom is. Het doel van het ‘bestwildenken’ is het welzijn van de ander te verbeteren. Dit verklaart, volgens Nys, het spanningsveld. Want hoe kunnen de hulpverleners begrijpen wat ‘welzijn’ voor de ander betekent? (Nys, 2007).

Het ‘bestwildenken’ kan belemmeringen met zich meebrengen in de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding. Als de cliënt namelijk iets opgelegd wordt vanuit de gezondheidszorg, bijvoorbeeld het participeren binnen de maatschappij door middel van vrijetijdsbesteding, ervaart de cliënt dit als negatief. De cliënt krijgt daarom ook vaak het idee dat het niet gaat om het bevorderen van zijn eigen welzijn maar dat het gaat om het bevorderen van het welzijn van anderen. Dit maakt dat de cliënt niet gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen of dat de cliënt zelfs weerstand biedt (Nys, 2007; Terlouw, 2012).

Daarnaast kan het ook zijn dat het ‘bestwildenken’ van de hulpverlener verlammend werkt voor de cliënt. Als de hulpverlener namelijk te veel initiatief toont dan krijgt de cliënt geen ruimte meer om

zelf na te denken. Hij stelt zich dan afhankelijk op en wacht af wat de hulpverlener gaat doen (Terlouw, 2012).

7.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en Het Bestwildenken

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke belemmeringen in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot 'Het bestwildenken', en de dingen die van bovenaf opgelegd worden, zijn hieronder weergegeven.

"Dat is toch de centrale vraag van waaruit bestaan over drie jaar of over vijf jaar de taken van de hulpverlener. Die veranderen. Dan heb je het over vrijwilligers coördinator. Wat versta je onder het coördineren wat valt er wel onder of wat valt er niet onder? Stel dat een vrijwilliger een relatie krijgt met een cliënt, ja dat was niet je bedoeling. Het was niet je bedoeling maar is dat erg? Is dat niet erg? Moet je daar ingrijpen? Moet je niet ingrijpen? En als ze nou allebei verslaafd zijn moet je dan wel weer ingrijpen? En als de ene wel verslaafd is en die ander niet moet je dan wat?" (Interview 1.79, 2014)

"En ik denk dat dat ook een beetje te maken heeft met dat het weer zo'n overheidsdingetje is waar we wat mee moeten" (Interview 2.39, 2014).

"En voor mij werkt het om te kijken waarom wil ik dit, gaat het puur omdat wij denken dat het goed voor die ander is. Ik vind het heel belangrijk dat de motivatie vanuit iemand zelf komt, anders beklijft het niet, en daar zit wel mijn worsteling vaak in. Van, ja, wie ben ik om daar van alles van te vinden. En wie is de gemeente om te zeggen hoe die zou moeten leven. Dus, ja, daar ben ik dan wel heel erg in aan het zoeken" (Interview 8.33, 2014).

"Want daarnaast denk ik ook, wij zijn ook wel heel erg lief. Dus dat was wat ik gisteren ook tegen iemand zei van, ja, misschien moeten we mensen ook wel verplichten. Alleen in hoeverre gaan we dan mee met de cliënt, dus dat is de oude manier van werken. Je hoort wel daar zit wel een verschuiving. Dus wat verplicht je ook? Zo van ik wil je best begeleiden, maar dat betekent wel dat jij op maandag of op woensdag daar en daar bent" (Interview 8.17, 2014).

7.2.3 Overvragen van de cliënt

Ego-depletion wil zeggen dat er een limiet zit aan de capaciteit om bepaald gedrag te kunnen onderdrukken. Als iemand een verslaving onderdrukt dan betekent dit dat die persoon zich waarschijnlijk minder lang kan concentreren op andere taken. De vraag die dan ook boven komt is of het, vanuit dit oogpunt, wel verstandig is om van een cliënt te vragen om iets te gaan doen in zijn vrije tijd als de cliënt ander gedrag onderdrukt. In ieder geval vraagt het van de hulpverlener om hier rekening mee te houden. En om een de cliënt niet te overvragen (Baumeister & Vosh, 2007). Csikszentmihalyi (2003) beschrijft dat als de uitdaging niet aansluit bij de vaardigheden van de cliënt de activiteit waarschijnlijk niet als positief ervaren zal worden door de cliënt. Dit zorgt voor een negatieve ervaring waardoor de drempel om nog eens een activiteit te ondernemen groter wordt. Voor de hulpverlener is het dus belangrijk om te weten welke vaardigheden een cliënt heeft en hoeveel uitdaging de cliënt nodig heeft. Daarnaast is het voor de hulpverlener belangrijk om te kijken waar een cliënt in kan groeien zodat de activiteit leuk blijft (Csikszentmihalyi, 2003).

7.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het overvragen van de cliënt

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke belemmeringen in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het overvragen van de cliënt zijn hieronder weergegeven.

“Als iemand echt met recht gewoon nog heel erg bezig is met zichzelf. Dat heb ik ook wel zien gebeuren dat ik dat dan iets ga beginnen met die persoon en dat hij mij assisteert of dat hij andere dingen gaat doen. En dat hij toch weer makkelijk terugvalt. Nou dan moet ik wel eens concluderen dat ik te vroeg gestart ben gegaan. Ik heb gewoon teveel van hem gevraagd. Dat is bij mij eerder een risico dan wanneer ik te lang wacht, dat weet ik van mezelf, daar moet ik rekening mee houden” (Interview 1.52, 2014).

“(…) Er wordt veel van hun gevraagd en ik vraag me af of onze doelgroep dat al kan ik het stadium waarin wij ze aantreffen” (Interview 2.12, 2014).

“(…) Nu is het zo dat hij dan 1 keer komt als ik er ben dan kom ik een keer bij hem thuis dan gaat hij nog een keer in de week maar dan alleen. Dat hebben we hiervoor ook al een tijdje gedaan en dat is uiteindelijk niet goed gegaan. Dat hebben we toen weer een poosje stop gezet omdat hij dan ook met de taxibus moest en die ging dan steeds voor niets. Nu gaat het weer beter merk ik. Nu zijn we het weer gaan doen en nu lijkt het beter te gaan, dus dan gaat hij ook een dag zonder dat ik er ben” (Interview 6.14, 2014).

“(…) Toen zijn we via Talentis, van de gemeente Apeldoorn. Een prikbord waar participatiebanen op staan, hebben we hem daarvoor aangemeld. Maar dat was weer te hoog gegrepen want dan had ie weer zo’n druk dat ie niet kwam(…)” (Interview 8.16, 2014).

7.2.5 Initiatief van de hulpverlener

Een hulpverlener die op de omgeving van de cliënt let en kansen en obstakels signaleert is waarschijnlijk een hulpverlener die initiatiefrijk is (Hout et al., 2012). Door de omgeving van de cliënt in de gaten te houden komt deze hulpverlener namelijk met voorstellen en oplossingen. De hulpverlener weet namelijk welke activiteiten waar aangeboden worden en welke voorwaarden er zijn om deel te nemen aan die activiteiten. Sommige cliënten tonen, uit zichzelf, geen initiatief om iets te gaan ondernemen in hun vrijetijdsbesteding. Deze cliënten hebben een hulpverlener nodig die hen de kansen en mogelijkheden laat zien en hen aanspoort om iets te gaan ondernemen. Doet de hulpverlener dit niet dan is de kans klein dat de cliënt iets gaat ondernemen in zijn vrije tijd (Terlouw, 2012). Als de hulpverlener geen initiatief neemt of de motivatie niet heeft om initiatief te nemen kan dit belemmerend zijn voor de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding (Hout et al., 2012; Terlouw, 2012).

7.2.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het initiatief van de hulpverlener

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke belemmeringen in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het initiatief van de hulpverlener zijn hieronder weergegeven.

“Als ik ff kijk naar mijn stijl van hulpverleners is het heel erg eerst de puin opruimen en dan vind ik een casus niet meer leuk, dat dan de eerste rotzooi is opgeruimd is en dan is het wat mij betreft klaar (...)” (Interview 2.25, 2014).

“En ik denk ja misschien ook wel meer inzichtelijk van welke vacatures zijn er op welke ontmoetingsplekken. wat kan ik mijn cliënt aanbieden, behalve dat ik een schema heb met dit zijn de activiteiten die er worden aangeboden. Dat ik ook sneller de koppeling kan maken tussen iemand die van koken houdt en een vacature die op een bepaalde ontmoetingsplek is. Dat ik dat ergens terug kan vinden. Soort van vacaturebank krijg je dan. ik denk dat er heel veel initiatieven zijn, dat we daar nog te weinig gebruik van maken, ik denk dat dat met name er ook heel erg ermee te maken heeft” (Interview 2.70).

“We hebben natuurlijk wel hartstikke druk dus je bent vaak ook bezig met de eerste noot te dempen. En dit komt allemaal later. En dan wandel je ook de wegen die jou het bekendst zijn. Of ik kom er niet uit dan ga ik met collega's over hebben heb jij nog ideeën? Maar doordat je het gewoon druk hebt ga je er zo de bekende paden af. En ik heb geen tijd om dat allemaal nog eens uit te zoeken zelf. Wat is er meer mogelijk” (Interview 4. 46, 2014).

“ Meer qua tijd. En ik kies er ook weleens voor om het te laten liggen (...)” (Interview 5 .39, 2014).

7.3 Helpende factoren voor de begeleiding

7.3.1 De vermaatschappelijking van de zorg

De vermaatschappelijking van de zorg heeft met zich meegebracht dat er meer aandacht is voor de vrijetijdsbesteding van mensen met een beperking (Vister et al., 2013). Vrije tijd kwam in de jaren zestig op de agenda te staan en er ontstond een vrijetijdsindustrie. In de afgelopen dertig jaar is er steeds meer aandacht voor de toegankelijkheid van vrijetijdsbesteding ontstaan zodat iedereen er aan kan deelnemen. Vrijetijdsbesteding brengt arbeid en soms ook educatie met zich mee maar het brengt ook de mogelijkheid tot participatie en zelfverwerkelijking met zich mee (Vister et al., 2013). De overheid stimuleert participatie enorm door te investeren in mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding buitenshuis (Vister et al., 2013). Daarom zijn de mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding buitenshuis aanzienlijk meer dan een aantal jaren geleden. De mogelijke vormen van vrijetijdsbesteding buitenshuis waar de overheid in heeft geïnvesteerd zijn: openlucht recreatie, sport, cultuur, horeca, attracties, evenementen, winkelen, wellness, hobby, cursus, vereniging, vrijwilligerswerk, visite, weekendrecreatie en vakanties.

De mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding buitenshuis zijn toegenomen en de toenemende aandacht voor deelname van mensen met een beperking ook. Dit maakt het voor de hulpverlener makkelijker om een passende vrijetijdsbesteding te vinden voor de cliënt (Vister et al., 2013).

De veranderingen in de zorg maken ook dat de cliënt steeds meer centraal komt te staan. Dat betekent voor de zorginstellingen dat ze meer samen moeten gaan werken met andere zorginstellingen. Vaak is er een hulpverlener werkzaam als casemanager, deze casemanager zorgt ervoor dat het gehele (zorg)netwerk werkt aan een gemeenschappelijk plan. Deze samenwerking maakt ook dat de hulpverleners meer te weten komen over de mogelijkheden die andere instellingen aanbieden omtrent vrijetijdsbesteding (Hout et al., 2012).

7.3.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de vermaatschappelijking van de zorg

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke helpende factoren in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot de vermaatschappelijking van de zorg zijn hieronder weergegeven.

“Je palet wordt veel breder, je komt er achter dat er in Apeldoorn veel meer mogelijkheid van vrijetijdsbesteding aangeboden wordt dus het aanbod is gewoon veel groter dan dat ik dacht. Ik zat alleen maar in dat beperkte wereldje. En ja de wereld is groter dan het Leger des Heils. En ja dat helpt dat maakt mij ook tot een betere hulpverlener “ (Interview 1.86).

“Waar we nu mee bezig zijn is de ontmoetingsplekken in Apeldoorn. De gemeente Apeldoorn heeft een aantal punten aangewezen, van nou daar moeten mensen elkaar ontmoeten. En daarin werken we samen met andere partners. En worden er programma’s in elkaar gezet van hee wat past bij je doelgroep en hoe kun je mensen daarheen begeleiden. En dat gaat over eten, samen eten, koffie drinken, zorgen dat er een spreekuur is, schaken, dammen weet ik veel. Er is heel veel mogelijk” (Interview 8.19, 2014).

7.3.3 Gericht op de mogelijkheden van de cliënt

In de begeleiding naar vrijetijdsbesteding is het helpend als de hulpverlener zich richt op de mogelijkheden van de cliënt in plaats van de belemmeringen. Als de hulpverlener zich richt op de belemmeringen van de cliënt dan is de kans groot dat de cliënt afhankelijk wordt van de hulpverlener. Als de hulpverlener zich richt op de mogelijkheden van de cliënt dan draagt dit bij aan het herstel van het gewone leven waar vrijetijdsbesteding een plaats in heeft (Bassant & Roos, 2008).

Als de hulpverlener in staat is om de cliënt in te laten zien welke kwaliteiten hij heeft krijgt een cliënt een positievere kijk naar zichzelf. Het zelfvertrouwen van de cliënt groeit als hij gaat zien welke kwaliteiten hij bezit. Zelfvertrouwen maakt weerstand voor het onbekende minder. Daarmee maakt het de weerstand om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd ook minder (Scheffers, 2010). Het vragen naar de positieve ervaringen die een cliënt heeft gehad omtrent vrijetijdsbesteding is ook erg helpend. In de succesvolle ervaringen is namelijk af te leiden welke kwaliteiten de cliënt heeft. Door positieve bekrachtiging van die kwaliteiten wordt de cliënt zich daar steeds meer bewust van. Deze bewustwording vergoot het oplossend vermogen van de cliënt, waardoor de cliënt uiteindelijk zelf problemen rondom vrijetijdsbesteding kan oplossen (Scheffers, 2010). Daarnaast zou de hulpverlener samen met de cliënt kunnen kijken naar de moeilijke situaties die de cliënt heeft doorstaan. Hoe heeft de cliënt deze situatie doorstaan? Wat hield hem op de been? Welke kwaliteiten zijn daarin verborgen? Op deze manier leert de cliënt te zien dat hij in die situatie niet machteloos was maar dat hij wel degelijk invloed had op de situatie. En dat hij in nieuwe situaties ook weer invloed heeft. Dit kan de levensstijl van de cliënt doen veranderen, waardoor hij actie wil ondernemen om iets te veranderen aan de situatie waar hij nu in zit. En bijvoorbeeld op zoek te gaan naar een vrijetijdsbesteding waar hij voldoening uit haalt (Scheffers 2010).

7.3.4 De hulpverleners van ZorgThuis en het op de mogelijkheden van de cliënt gericht zijn

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke belemmeringen in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt zijn hieronder weergegeven.

“Ik denk dat dat ook af hangt van de stijl die je hanteert. Ik ben de afgelopen maand ziek geweest en dan maak je eigenlijk twee soorten mensen mee, eentje die zegt van ‘aah, wat is dat erg, aah gaat het wel goed met je’. Die spreekt jou eigenlijk aan op dat wat niet goed gaat. En er kwamen ook wel mensen over de vloer en die waren heel nuchter en ook relativeren van ‘het is niet erg maar het is gewoon lastig’. En daar wordt je gezond van” (Interview 1.45, 2014).

“In ieder geval met ze erachter te komen wat ze leuk vinden. Dus waar hun kwaliteiten zijn, of waar ze wat voldoening uit kunnen halen, hoe kun je ze in hun kracht weer zetten. En als ze dat weten, of als ik daar een idee over heb bijvoorbeeld en ze gaan daar akkoord mee om het een kans te geven om dat dan eens te gaan proberen om iets passends te zoeken. En dat is vaak een hele weg” (Interview 3.13, 2014).

“Maar bijvoorbeeld een gesprek over nou wat vond je vroeger als kind leuk. Waar was je mee bezig? Waren er vroeger hobby’s die je had? Proberen dat daar dan iets naar boven komt wat de cliënt misschien wil” (Interview 5.21, 2014).

“Ik ben met 1 cliënt heel erg mee bezig te werken, van voor jezelf zorgen, dingen voor jezelf doen die heel leuk zijn en niet nuttig, jezelf de moeite waard vinden maar dan blijft het lastig” (Interview 7.15, 2014).

7.3.5 Werken in een team

Hoewel de hulpverleners van ZorgThuis veel individueel werken maken ze wel deel uit van een team. Een team kan een aantal helpende factoren in de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding met zich mee brengen. In een team zitten namelijk veel verschillende mensen en ieder mens heeft verschillende kwaliteiten. Met deze kwaliteiten kunnen collega’s elkaar aanvullen. Een heel team weet meer dan één persoon. Er kunnen zich moeilijke situaties voor doen. Waarin de hulpverlener niet goed weet wat hij moet doen. Door het te bespreken in een team kan de hulpverlener tot nieuwe inzichten komen. Daarnaast kan een team steun bieden. Collega’s kunnen namelijk tips geven over het motiveren van een cliënt en kunnen de hulpverlener steunen in het blijven motiveren van de cliënt om iets te gaan doen in zijn vrije tijd (Leijenhorst, 2011).

Door de verschillende kwaliteiten kunnen collega’s ook weer van elkaar leren. Werken aan je eigen ontwikkelingsproces kan heel goed in een team. De verschillen tussen collega’s kunnen uitdagen om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen. Enthousiasme van een collega over bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding kan aanstekelijk werken. Dit motiveert de hulpverlener om iets te gaan doen met de vrijetijdsbesteding van de cliënt (Leijenhorst, 2011; Dam, 2008).

7.3.6 De hulpverleners van ZorgThuis en het werken in een team

In de interviews hebben wij aan de hulpverleners van afdeling ZorgThuis gevraagd welke belemmeringen in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding zij ervaren. Een aantal antwoorden op deze vraag met betrekking tot het werken in een team zijn hieronder weergegeven.

“(…) Maar je hebt ook , ik denk dat het voor iedere hulpverlener wel geldt, dat je specialiteit hebt. En als je dat van elkaar weet is dat wel fijn” (Interview 1.7, 2014).

“Iedereen heeft in het team ook een beetje zijn kwaliteiten en bij (...) is dat denk ik heel duidelijk vrijetijdsbesteding” (Interview 3.48, 2014).

“Ik wou eerst zeggen mijn collega’s dan. Je vraagt aan elkaar om meedenken en advies dus dan collega’s. Maar Arie zou misschien een leuke zijn. (...)Maar toch mijn team” (Interview 5.27, 2014).

“Ik heb altijd momenten met mijn collega’s, in het werkoverleg. Lennart onze senior of Dineke onze leidinggevende, mijn collega’s zo op kantoor. Daar roep je heel vaak van goh ik zit hiermee, weet iemand een oplossing? En zo kom je al achter heel veel dingen” (Interview 7.32, 2014).

“Ik heb het nodig om daar heel vaak met mensen te over te hebben. Wat mij helpt nu is in als het in de vergaderingen terugkomt. Van hee wat doet ie, wat doe je nu op de ontmoetingsplekken met die mensen, wat is er mogelijk op dagbesteding of elke keer weer met ideeën aankomen” (Interview 8.25, 2014).

7.4 Conclusie

In deze paragraaf zal er antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag van dit onderzoek:

Welke factoren zijn helpend en welke zijn belemmerend voor de hulpverleners van afdeling ZorgThuis Apeldoorn bij het begeleiden van cliënten met meervoudige problematiek naar gezonde vrijetijdsbesteding?

We hebben gekeken naar drie belemmerende factoren bij de begeleiding naar vrijetijdsbesteding. Deze factoren zijn: het ‘bestwildenken’, het overvragen van de cliënt en het initiatief van de hulpverlener. We hebben gekeken naar drie helpende factoren bij de begeleiding naar vrijetijdsbesteding. Deze factoren zijn: de vermaatschappelijking van de zorg, het gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt en het werken in een team. Per factor hebben we gekeken naar wat de interviews hierover zeggen.

Het ‘bestwildenken’ houdt in dat de hulpverlener handelt naar datgene wat de hulpverlener denkt dat goed is voor de cliënt. Ook als de cliënt het daar niet mee eens is. Vanuit de maatschappij wordt gevraagd dat de cliënt meer participeert door middel van vrijetijdsbesteding. De hulpverlener moet handelen naar die vraag ongeacht of de cliënt het daar mee eens is. De cliënt krijgt hierdoor het gevoel dat het niet om zijn welzijn te doen is maar om het welzijn van anderen. Dit kan de cliënt demotiveren of verlammen om iets te gaan doen in zijn vrije tijd (Nys, 2007). Uit de interviews komt naar voren dat de hulpverleners nog veel vragen hebben over wat de maatschappij van de cliënt vraagt en in hoeverre zij hierin mee willen gaan (Interview 8.33, 2014). Wij concluderen vanuit de interviews en vanuit de literatuur dat de hulpverleners van ZorgThuis hierin een ‘bestwildenkende’ houding aannemen wat als risico heeft dat de cliënt gedemotiveerd raakt.

Naast het ‘bestwildenken’ kan het zijn dat de hulpverlener de cliënt overvraagt. Dit kan komen omdat er een limiet zit aan de capaciteit om bepaald gedrag te kunnen onderdrukken. Het onderdrukken van negatief gedrag kost veel energie. Iets ondernemen in de vrije tijd kan dan te veel zijn. De uitdaging is dan groter dan de vaardigheden die de cliënt bezit (Baumeister & Vosh, 2007; Csikszentmihalyi, 2003).

Ook in de interviews wordt het overvragen van cliënten meerdere malen benoemd (Interview 1.53, 2014; Interview 8.16, 2014). Wij kunnen vanuit de literatuur en de interviews concluderen dat het overvragen van een cliënt binnen ZorgThuis een voorkomende factor is, waarbij de hulpverleners nog zoekende zijn naar hoeveel en wat ze van een cliënt kunnen vragen.

Als de hulpverlener geen initiatief neemt of de motivatie niet heeft om initiatief te nemen kan dit belemmerend zijn voor de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding. Sommige cliënten tonen

namelijk uit zichzelf geen initiatief. Als zowel de hulpverlener als de cliënt geen initiatief tonen dan gebeurt er weinig op het gebied van vrijetijdsbesteding.

Uit de interviews komt naar voren dat de hulpverleners van ZorgThuis niet altijd initiatief toont om de cliënt naar vrijetijdsbesteding te begeleiden (Interview 2.70, 2014; Interview 4.46, 2014). Onze conclusie is dan ook dat het tonen van initiatief van de hulpverlener erg belangrijk is en dat sommige hulpverleners van ZorgThuis dit niet altijd tonen. Dit kan ervoor zorgen dat cliënten die zelf ook geen initiatief tonen niet actief met vrijetijdsbesteding bezig zullen zijn.

De vermaatschappelijking van de zorg heeft met zich meegebracht dat er meer aandacht is voor de vrijetijdsbesteding van mensen met een beperking. De overheid heeft geïnvesteerd in de mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding die men buitenshuis kan doen. Daarnaast wordt er van de hulpverleners gevraagd om met andere instellingen samen te werken. Dit maakt dat de hulpverleners meer te weten komen over de mogelijkheden die andere instellingen aanbieden omtrent vrijetijdsbesteding (Vister et al., 2013).

Uit de interviews is ook op te merken dat er veel samengewerkt wordt met andere zorginstellingen en dat dit voordelen met zich mee brengt (Interview 1.86, 2014). Opvallend is dat veel hulpverleners aangeven niet goed in kaart te hebben welke activiteiten er in Apeldoorn aangeboden worden, terwijl dit wel van hen gevraagd wordt.

Als de hulpverlener zich richt op de mogelijkheden van de cliënt dan draagt dit bij aan het herstel van het gewone leven waar vrijetijdsbesteding een plaats in heeft. Als de cliënt gaat zien welke mogelijkheden hij heeft dan vergroot dit het zelfvertrouwen en het oplossend vermogen van de cliënt. Dit zijn factoren die maken dat de weerstand voor het gaan ondernemen van activiteiten in de vrije tijd afneemt (Scheffers, 2010; Bassant & Roos, 2008). Uit de interviews blijkt dat de hulpverleners de cliënten proberen weer in hun kracht te zetten door het zelfvertrouwen en het oplossend vermogen van de cliënt te vergroten (Interview 1.45, 2014). Wij kunnen concluderen dat de hulpverleners hier soms nog wel moeite mee hebben en de belemmerende factoren nog op de voorgrond liggen.

Het werken in een team brengt helpende factoren met zich mee omdat iedere collega weer andere kwaliteiten heeft die ingezet kunnen worden en waar van geleerd kan worden. Collega's bieden steun, nieuwe inzichten en houden de hulpverlener gemotiveerd. Dit zijn helpende factoren in de begeleiding naar vrijetijdsbesteding (Leijenhorst, 2011; Dam, 2008).

Uit de interviews blijkt dat veel hulpverleners veel waarde hechten aan collega's. En dat ze regelmatig advies aan elkaar vragen (Interview 7.32, 2014; Interview 8.25, 2014). We concluderen dan ook dat collega's, het werken in een team, erg belangrijk is voor de hulpverleners en er ook veel gebruik van elkaar wordt gemaakt om advies te vragen en ideeën op te doen als het begeleidingsproces stagneert.

Hoofdstuk 8: Het product

Deelvraag 5: Op welke wijze kan een product verbetering bieden aan hulpverleners in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding?

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal er antwoord gegeven worden op de vijfde deelvraag van dit onderzoek. We beschrijven in dit hoofdstuk op welke wijze een product verbetering kan bieden aan de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding.

In overleg met onze opdrachtgever hebben wij er voor gekozen om als product een stappenplan te maken voor de hulpverlener. Dit stappenplan is gebaseerd op de literatuur, de uitkomsten van de interviews en de methoden die andere instellingen hebben gebruikt. De plezierige activiteiten procedure van Roozen (CRA, 2012) (Zie hoofdstuk 6.2), de theorie van Csikszentmihalyi (2003) over de flow-ervaring en de theorie van Maslow (1974) over groei zijn het meest gebruikt.

Het stappenplan bestaat uit vier fasen: oriënteren, realiseren, evalueren en optimaliseren. Door van elk woord de eerste letter te nemen is de naam O.R.E.O ontstaan, het O.R.E.O. stappenplan. Elke fase bestaat uit meerdere onderdelen. Deze onderdelen bevatten praktische handvatten die de hulpverlener kan toepassen in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding.

In paragraaf 8.2 wordt een uitleg gegeven over het O.R.E.O stappenplan. Vervolgens wordt elke fase onderbouwt vanuit de literatuur en de methodieken van andere instellingen. Daarna worden de uitkomsten vanuit de interviews beschreven. Per fase worden de bijbehorende onderdelen beschreven.

In paragraaf 8.3 is een conclusie te vinden die antwoord zal geven op de vijfde deelvraag.

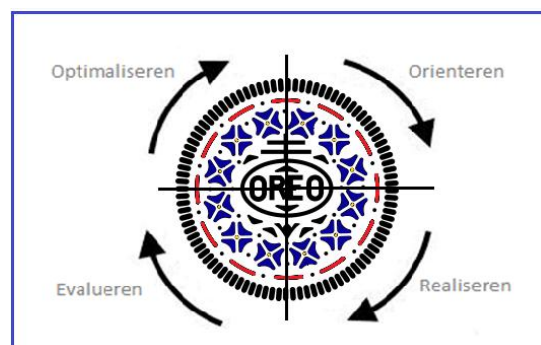
8.2 Het O.R.E.O stappenplan

Uit de literatuur en de interviews blijkt dat cliënten met meervoudige problematiek meerdere problemen kunnen hebben die invloed hebben op verschillende leefgebieden. Dit maakt dan ook dat elke casus weer anders is (Honhoff et al., 2010; Bos, 2010; Interview 1.9, 2014).

Een aantal onderdelen uit de vier fasen kunnen pas toegepast worden wanneer de hulpverlener een vertrouwensband met de cliënt heeft opgebouwd.

Om deze reden zijn wij van mening dat er pas met dit stappenplan gestart kan worden als de hulpverlener alle problemen van de cliënt in kaart heeft gebracht en een vertrouwensrelatie met de cliënt heeft opgebouwd (van de Geijn, z.d.; Ofman, 2007).

De hulpverlener kan er voor kiezen om de fasen een aantal keer te doorlopen met de cliënt. Bij de eerste keer van het doorlopen van de fasen kan de hulpverlener er voor kiezen om weinig van de cliënt te vragen. Als de fasen voor de tweede keer doorlopen worden kan er wat meer gevraagd worden van de cliënt. Zo kan de hulpverlener elke keer iets meer van de cliënt vragen.



Afbeelding 3 Het O.R.E.O. stappenplan

Deze werkwijze creëert ruimte voor groei van de cliënt. Het risico om de cliënt te overvragen wordt daarmee kleiner. De kansen en capaciteiten van de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding blijven in balans. Als de activiteit namelijk te makkelijk is dan verveelt de cliënt zich snel. Is de activiteit te moeilijk dan reageert de cliënt door zich angstig te voelen (Csikszentmihalyi, 2003). Elke fase bestaat uit meerdere onderdelen. Deze onderdelen bevatten praktische handvatten. De hulpverlener is vrij om onderdelen wel of niet te gebruiken. Bij de ene cliënt zullen onderdelen namelijk wel toepasbaar zijn en bij de andere cliënt niet.

8.2.1 De oriëntatie fase

De eerste fase is de oriëntatie fase. Deze fase heeft als doel dat de hulpverlener en de cliënt zich gaan oriënteren op de interesses van de cliënt met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Daarnaast is het in deze fase belangrijk dat er gewerkt wordt aan de motivatie en het enthousiasme van de cliënt om vrijetijdsbesteding te gaan doen en kan er gewerkt worden aan het zelfvertrouwen van de cliënt. De hulpverlener kan in deze fase gebruikmaken van meerdere onderdelen.

Het ontdekken van de interesses van de cliënt dragen bij aan de zelfontplooiing van de cliënt. Het maakt dat de cliënt zich kan onderscheiden van anderen (Maslow, 1974; Voster et al., 2013). Door het bewust worden van de eigen kwaliteiten krijgt de cliënt een positievere kijk naar zichzelf.

Daarmee groeit zijn zelfvertrouwen. Zelfvertrouwen maakt de angst en weerstand om iets te gaan ondernemen in de vrije tijd kleiner (Scheffers, 2010; Maslow, 1974; Csikszentmihalyi, 2003).

De motivatie van een persoon bepaald het gedrag van een persoon. Als de cliënt niet gemotiveerd is om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd dan zal hij in zijn vrije tijd ook niets ondernemen (Apollo 2007; Dam, 2008). Daarom is het belangrijk dat de hulpverlener de cliënt motiveert, door de tijd heen enthousiast blijft en initiatief neemt op het gebied van vrijetijdsbesteding (Hout et al., 2012; Terlouw, 2012; Het Vrijetijdslab, 2009).

8.2.1.1 De hobbylijst

Wanneer de cliënt het lastig vindt om te benoemen wat zijn/haar interesses en hobby's zijn, kan er gebruik worden gemaakt van een hobbylijst (Bijlage 11). Deze lijst kan samen met de cliënt ingevuld worden of als hulpmiddel gebruikt worden om het gesprek aan te gaan met de cliënt. Een hobbylijst is een lijst waar verschillende hobby's staan beschreven met daarbij voorbeelden van activiteiten. De cliënt kan achter elke activiteit een kruisje zetten als hij/zij de activiteit leuk lijkt om te doen.

Uiteindelijk zal aan het einde van de lijst een overzicht zijn waar de interesses liggen van de cliënt.

De activiteiten van de hobbylijst zijn gebaseerd op de Plezierige Activiteiten Lijst uit de Community Reinforcement Approach (Roozen, Meyers & Smith, 2012). Daarnaast zijn er activiteiten en hobby's toegevoegd die bij de buurtsteunpunten aangeboden worden (Ontmoetingsplek, z.d.). De hobbylijst is korter gemaakt dan dat de Plezierige Activiteiten Lijst is en is in taalgebruik aangepast, zodat deze ook bij cliënten met een lager intelligentieniveau gebruikt kan worden.

8.2.1.2 Het kwaliteitenspel

Een spel die gebruikt kan worden om samen met de cliënt zijn kwaliteiten te verkennen is het Kwaliteitenspel van Peter Gerrickens. Er zijn meerdere spelvormen te kiezen, de spelvorm hangt af in welke mate de spelers elkaar kennen en vertrouwen (kwaliteitenspel, z.d.). Het kwaliteitenspel werkt met in totaal 140 kaartjes waar zowel kwaliteiten als vervormingen van kwaliteiten ontstaan. Er zijn meerdere spelvormen waar de vervormingen van kwaliteiten, oftewel valkuilen, niet aan bod komen, maar die volledig gericht zijn op de kwaliteiten van de spelers (Gerrickens, 2010). Ook bestaat het

kwaliteiten PLUS spel, dit is een vereenvoudigde versie die het ook voor cliënten met een licht verstandelijke beperking mogelijk maakt om het spel te kunnen spelen.

8.2.1.3 Het bespreken van succeservaringen

Een andere mogelijkheid voor de hulpverlener in de eerste fase is het bespreken van succeservaringen van de cliënt. De hulpverlener bevraagt de cliënt op eerdere ervaringen met vrijetijdsbesteding en hoe dit toentertijd is verlopen. De nadruk ligt in dit gesprek op de ervaringen die succesvol zijn geweest (Eskes & van de Vegte, 2008). Eventuele voorbeeldvragen staan hieronder beschreven.

Voorbeeldvragen
Wat heb jij gedaan om dit tot een succes te maken?
Waar ben je het meest tevreden over?
Wat met name maakt dit voor jou tot een succes?
Hoe wist je dat het zo moest aanpakken?
Heb je het al vaker zo aangepakt?

Nadat er een aantal succeservaringen van de cliënt naar voren zijn gekomen is er de mogelijkheid om deze ervaringen voor de cliënt op te schrijven en op een centrale plek op te hangen. Dit opschrijven heeft als doel dat de cliënt ervan bewust wordt dat hij/zij

kwaliteiten heeft, deze bewustwording vergroot ook het oplossend vermogen van de cliënt (Scheffers, 2010). Dit onderdeel kan ook ingezet worden bij de derde fase: evalueren.

Bij het bespreken van succeservaringen kan er ook gebruik gemaakt worden van het 'succesvol veranderen' schema. Dit schema wordt vaak binnen organisaties gebruikt die een verandering willen. Het kan echter ook gebruikt worden binnen de hulpverlening (Masselink, 2008; Talenten-toolbox, 2013).

Bij de stap 'ontdekken' vraagt de hulpverlener naar de succeservaringen van de cliënt. Bij de volgende stap (droom) vraagt de hulpverlener wat de dromen van de cliënt zijn. Hoe zou het kunnen zijn? Vervolgens vraagt de hulpverlener in de stap 'ontwerpen' naar het ideaal plaatje voor de cliënt op dit moment. In de stap 'doen' wordt er gekeken naar hoe het ideaalplaatje bereikt zou kunnen worden. Er wordt naar de droom van de cliënt toegewerkt (Masselink, 2008; Talenten-toolbox, 2013). De afbeelding hebben wij vanuit het Engels vertaald naar het Nederlands (Masselink, 2008).



8.2.1.4 Het belang van vrijetijdsbesteding

Als de hulpverlener geen initiatief neemt of de motivatie niet heeft om initiatief te nemen kan dit belemmerend zijn voor de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding (Hout et al., 2012; Terlouw, 2012). Als de hulpverlener geen initiatief toont dan is de kans klein dat de cliënt iets gaat ondernemen in de vrijetijdsbesteding (Terlouw, 2012). Daarom is het belangrijk dat zowel de hulpverlener als de cliënt op de hoogte zijn van het belang van vrijetijdsbesteding. Wij hebben in bijlage 11 beschreven wat het belang is van vrijetijdsbesteding.

8.2.1.5 Kaarten op tafel

Dit is een spel wat gebruikt kan worden om in gesprek te gaan met de cliënt over de cliënt zelf, over de ander en over God. Het spel bevat 25 vraagkaarten over ontspanning, 25 kaarten over relaties, 25 kaarten over persoonlijkheid en 25 vragen over ontmoeting. Daarnaast zijn er nog honderd beeldkaarten. Op deze kaarten zijn verschillende beelden te zien. Deze kaarten kunnen de cliënt helpen bij het antwoord geven op de vragen. Dit spel biedt de mogelijkheid om op een leuke, ontspannen en prikkelende manier met elkaar in gesprek te gaan over waar de interesses van de cliënt liggen en welke waarden en normen de cliënt heeft (De evangelische omroep, 2006).

De hulpverlener kan, voor dat het spel gespeeld gaat worden, de vraagkaarten uit zoeken en de minder relevante vragen er uit halen. Een andere mogelijkheid is om alle kaarten in het spel te laten en de cliënt de keuze te geven of hij de vraag wil beantwoorden. Er kan ook alleen gebruik gemaakt worden van de beeldkaarten. De hulpverlener kan dan vragen welke kaart bij de cliënt past of welke kaart de cliënt het meest aanspreekt. Vervolgens kan de hulpverlener daar dieper op in gaan. Het doel van dit spel is dat de cliënt zich meer bewust wordt van zijn eigen kwaliteiten en van zijn eigen normen en waarden (De evangelische omroep, 2006).

8.2.1.6 TA-DA lijst

Een TA-DA lijst is het tegenovergestelde van een TO-DO lijst. Het gaat er bij deze lijst niet om wat de cliënt allemaal moet gaan doen maar wat de cliënt in het verleden heeft bereikt. Het gaat om het vastleggen van de ervaringen en momenten die kostbaar zijn voor de cliënt. Het doel is dat de cliënt meer bewust wordt van zijn eigen mogelijkheden. In de bijlage is een format voor de TA-DA lijst te vinden (Cate, 2012; Talent College, z.d.). Vragen die in de TA-DA lijst staan zijn:

- Wat is het mooiste complimentje dat je hebt ontvangen?
- Waar ben je trots op?
- Wat is het liefste wat je ooit hebt gedaan voor een ander?
- Wat is het liefste wat je ooit hebt gedaan voor jezelf?
- Wat heb je overwonnen?
- Welke kwaliteiten hebben jou geholpen bij die overwinning?
- Wat heeft jezelf verbaasd? (Talenten-toolbox, 2013).

8.2.2 De hulpverleners van ZorgThuis en de oriëntatiefase

Wij hebben de hulpverleners van ZorgThuis gevraagd welke mogelijkheden zij bij de cliënten zien en welke factoren helpend zijn in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vragen met betrekking tot de oriëntatiefase zijn hieronder de te lezen.

“Ik denk dat dat ook af hangt van de stijl die je hanteert. Ik ben de afgelopen maand ziek geweest en dan maak je eigenlijk twee soorten mensen mee, eentje die zegt van ‘aah, wat is dat erg, aah gaat het wel goed met je’. Die spreekt jou eigenlijk aan op dat wat niet goed gaat. En er kwamen ook wel mensen over de vloer en die waren heel nuchter en ook relativeren van ‘het is niet erg maar het is gewoon lastig’. En daar wordt je gezond van” (Interview 1.45, 2014).

“Het weer enthousiast worden (...)” (Interview 2.81, 2014).

“In ieder geval met ze erachter te komen wat ze leuk vinden. Dus waar hun kwaliteiten zijn, of waar ze wat voldoening uit kunnen halen, hoe kun je ze in hun kracht weer zetten. En als ze dat weten, of

als ik daar een idee over heb bijvoorbeeld en ze gaan daar akkoord mee om het een kans te geven om dat dan eens te gaan proberen om iets passends te zoeken. En dat is vaak een hele weg” (Interview 3.13, 2014).

“Dat ze er inzicht in krijgen” (Interview 4.17, 2014).

8.2.3 De realisatie fase

De tweede fase is de realisatie fase. Deze fase heeft als doel dat de wensen die de cliënt heeft met betrekking tot vrijetijdsbesteding worden gerealiseerd. Er wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt. Er wordt op zoek gegaan naar waar de cliënt terecht kan bij het doen van de vrijetijdsbesteding en wat er nodig is om tot het doen van vrijetijdsbesteding te komen. Het netwerk van de cliënt kan in deze fase ingezet of vergroot worden.

Een hulpverlener die gericht is op de mogelijkheden en kansen van de cliënt komt met voorstellen en oplossingen (Terlouw, 2012). De cliënt zal daarom zelf de mogelijkheden en kansen ook beter gaan zien en ontwikkeld daarom meer zelfvertrouwen (Scheffers, 2010; Hout et al., 2012; Terlouw, 2012). Het helpt de hulpverlener om op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en het aanbod van vrijetijdsbesteding in de omgeving van de cliënt (Bassant et al., 2008). Door advies te vragen aan collega's kan de hulpverlener tot nieuwe inzichten komen over de mogelijkheden en het aanbod van vrijetijdsbesteding (Leijenhorst, 2011).

Het netwerk van de cliënt kan zowel op psychisch als materieel vlak steun bieden. Door middel van deze steun kan er meer ruimte ontstaan voor herstel (Sonnentag, 2001; Voster et al., 2013). De cliënt kan bij de ander om advies vragen en kennis op doen als het gaat om vrijetijdsbesteding (Spanjaard, Lange & Haspels, 2003; Slot & Spanjaard, 2010).

8.2.3.1 Inzetten van andere cliënten of ex-clieñten

Het inzetten van een cliënt die al een vrijetijdsbesteding heeft kan helpend zijn in de begeleiding. Het is een nieuw sociaal contact die de cliënt kan ondersteunen bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding (Voster et al., 2013). Een cliënt voelt zich meestal beter begrepen door een andere (ex)cliënt (Bovenberg, 2011). Bovenberg beschrijft dat het inzetten van ervaringsdeskundigen het mentale welbevinden van mensen met een psychische stoornis verhoogt, dat het de kwaliteit van leven verhoogt en dat het de maatschappelijke zelfstandigheid verbetert.

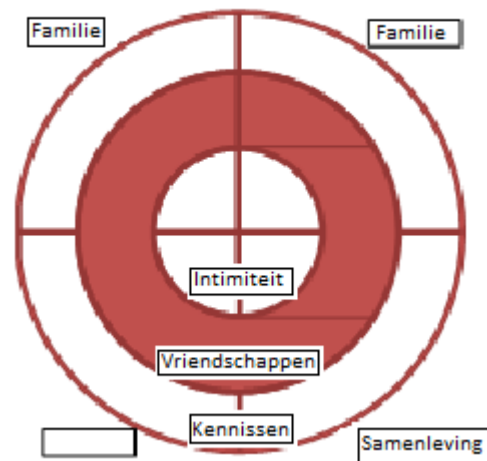
8.2.3.2 Het voordoen en oefenen vaardigheden

Het voordoen en oefenen van vaardigheden kan een cliënt zekerder maken (Spanjaard & Vught, 2000). Angst en onzekerheid maken dat de cliënt niets gaat ondernemen in zijn vrije tijd (Dam, 2008). Het oefenen van bijvoorbeeld gesprekken door middel van bijvoorbeeld rollenspellen kan deze angst en/of onzekerheid minder maken (Roozen et al., 2012; Spanjaard & Vught, 2000). Daarnaast krijgt de hulpverlener bij het samen oefenen van de vaardigheden een beeld van de capaciteiten van de cliënt (Spanjaard & Vught, 2000). Een volgende stap zou kunnen zijn om de cliënt, waar de hulpverlener bij is, naar een instelling of vereniging te laten bellen (Roozen et al., 2012).

8.2.3.3 Werken aan het netwerk van de cliënt

Doordat er een nieuwe invulling wordt gegeven aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) moet de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënt vergroot worden. Dit houdt in dat er meer gericht moet worden op het sociale netwerk van de cliënt (Invoeringwmo, 2007). Het Netwerkscan is

een model die gebruikt kan worden om het bestaande sociale netwerk van de cliënt overzichtelijk in beeld te krijgen (van de Geijn, z.d.). Door het sociale netwerk in beeld te krijgen, kunnen mensen die dichtbij de cliënt staan worden ingeschakeld om de cliënt eventueel te helpen bij het uitvoeren van de activiteit. Het Netwerkscaan Cliëntsysteem bestaat uit vier vakken, namelijk: Familie, Hulpverleners, Samenleving en een blanco vak wat ingevuld kan worden door de cliënt. Het volledige schema is ingedeeld in drie verschillende ringen. De kleinste ring wordt intimiteit genoemd, de tweede ring wordt vriendschappen genoemd en de laatste ring wordt kennissen genoemd. Hoe dichterbij de personen bij de cliënt staan, hoe meer de personen in de binnenste ring (intimiteit) horen. De mogelijkheid is er ook om iemand buiten het schema te schrijven, dit zijn personen die volgens de cliënt ook niet bij de ring kennissen horen (van de Geijn, z.d.).



Afbeelding 4 De netwerkscaan 1

8.2.3.4 Overzicht websites

Om te helpen bij het realiseren van de activiteit met de cliënt is het belangrijk om een plek te vinden waar de cliënt de activiteit kan uitvoeren. Eén van de taken van het casemanagement is dat de hulpverlener goed op de hoogte is van het aanbod en de mogelijkheden van verschillende instellingen om op een goede manier tussen de instelling en de cliënt te kunnen bemiddelen (Bassant, de Roos, 2008). In bijlage 11 zijn twee tabellen te vinden waar websites van andere instellingen instaan die een ruim aanbod qua vrijetijdsbesteding hebben. Er is onderscheid gemaakt tussen instellingen die een aanbod hebben voor cliënten met een indicatie en instellingen die een aanbod hebben voor cliënten zonder indicatie.

8.2.4 De hulpverleners van ZorgThuis en de realisatiefase

Wij hebben de hulpverleners van ZorgThuis gevraagd welke mogelijkheden zij bij de cliënten zien en welke factoren helpend zijn in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vragen met betrekking tot de realisatiefase zijn hieronder de te lezen.

“Wat ik ook wel ben gaan doen is dat cliënten iets voor elkaar kunnen betekenen. Dus ik breng ook cliënten met elkaar in contact” (Interview 1.29, 2014).

“Voor cliënten, het aanbod moet bekend zijn. ik denk dat dat voor cliënten wel belangrijk is” (Interview 2.43, 2014).

“ik probeer altijd in eerste instantie wel dat cliënten in ieder geval contact met iemand krijgen, gewoon een positief opbouwend contact, dus nog geeneens dan helemaal vrijetijdsbesteding met dat ze naar buiten gaan en van alles doen maar dat ze één keer in de week dat er een half uurtje bijvoorbeeld iemand op bezoek komt of dat ze ergens koffie gaan drinken met diegene, en dat dat zeg maar de eerste stap is” (Interview 3.14, 2014) .

“Dan weten ze niet hoe het werkt en dan laat maar. Dus dat soort dingen. Sommigen hebben ook dat stukje uitleg nodig. Gewoon even laten zien van zo werkt het. En dan durven ik het toch alleen” (Interview 6.43, 2014).

“Ik heb het nodig om daar heel vaak met mensen te over te hebben. Wat mij helpt nu is in als het in de vergaderingen terugkomt. Van hee wat doet ie, wat doe je nu op de ontmoetingsplekken met die mensen, wat is er mogelijk op dagbesteding of elke keer weer met ideeën aankomen” (Interview 8.25, 2014).

8.2.5 De evaluatie fase

De derde fase is de evaluatie fase. Deze fase heeft als doel om in kaart te brengen of de cliënt overvraagd wordt of dat de cliënt zich nog verder kan ontwikkelen. Er wordt gekeken naar wat de cliënt heeft ondernomen in zijn vrije tijd. Daarnaast wordt er gekeken naar hoe de cliënt dit heeft ervaren: wat ging er goed, wat ging er minder goed en wat kan er beter.

Als de activiteit niet aansluit bij de vaardigheden van de cliënt dan wordt deze niet als positief ervaren. Door deze negatieve ervaring wordt de drempel om nog eens een activiteit te ondernemen groter (Csikszentmihalyi, 2003). De cliënt wordt dan overvraagd of ondervraagd. Er wordt in beide gevallen dan iets van de cliënt gevraagd waar hij niet toe in staat is (Baumeister & Vosh, 2007).

Als de activiteit goed is gegaan dan is het van belang dat de hulpverlener dit bekrachtigt zodat de cliënt het als een succeservaring gaat zien. Door positieve bekrachtiging wordt de cliënt zich steeds meer bewust van zijn kwaliteiten. Deze bewustwording vergoot het oplossend vermogen van de cliënt, waardoor de cliënt uiteindelijk zelf problemen rondom vrijetijdsbesteding kan oplossen (Scheffers, 2010).

Als de activiteit te weinig uitdaging biedt dan gaat de cliënt zich vervelen. Als de cliënt kan blijven groeien omdat hij steeds weer wordt uitgedaagd dan blijft de activiteit leuk (Csikszentmihalyi, 2003). Groei maakt dat de cliënt zichzelf ontwikkelt, dit draagt bij aan het herstel van de cliënt (Bassant & de Roos, 2008).

8.2.5.1 Evaluatie model

Een manier van evalueren is het evaluatie model van de Community Reinforcement Approach (CRA) (2012). Dit model is oorspronkelijk bedoeld om een huiswerkopdracht met de cliënt te evalueren, maar wij hebben hem aangepast zodat het model ook toegepast kan worden bij het evalueren van activiteiten. In het originele schema stonden de vragen op dezelfde wijze geformuleerd als bij onderstaand schema. Wij hebben alleen de woorden ‘huiswerkopdracht’ vervangen met het woord ‘activiteit’. De vragen zijn en de stappen zijn hetzelfde gebleven zoals beschreven staat in het originele CRA model.

Stappen	Voorbeeldvragen
1. Vraag naar de uitvoering van de activiteit.	- Is het gelukt om de activiteit uit te voeren?
2. Inventariseer de daarbij behorende strategieën die de cliënt heeft toegepast. Bekrachtig iedere poging en inzet die de cliënt heeft gedaan om de activiteit uit te voeren.	- Welke manieren heb je gebruikt om de activiteit uit te kunnen voeren?

3. Evalueer het eindresultaat, bespreek potentiële obstakels die het uitvoeren van de activiteit in de weg staan.	- Waar ben je tegenaan gelopen bij het uitvoeren van de activiteit? - Wat hield je tegen om de activiteit uit te voeren? - Wat ging er goed bij het uitvoeren van de activiteit? - Wat is het eindresultaat? - Wat vind je van het eindresultaat?
4. Pas het plan eventueel aan.	-
5. Vraag wat het uitvoeren van de activiteit de cliënt uiteindelijk heeft opgeleverd.	- Wat heeft het uitvoeren van de activiteit je uiteindelijk opgeleverd? - Waar zou je nog aan willen werken? - Waar ben je tevreden over?

8.2.5.2 De tevredenheidslijst

Tijdens de evaluatie kan de hulpverlener ook de tevredenheidslijst invullen met de cliënt. Deze lijst is gebaseerd op de tevredenheidslijst van Roozen (2012). Wij hebben hem aangepast zodat de lijst alleen voor vrijetijdsbesteding te gebruiken is. Bij de

tevredenheidslijst van Roozen (2012) moet de cliënt het levensgebied een cijfer geven van 1 tot 10. Wij hebben dit verandert. De cliënt kan nu kiezen uit drie keuzemogelijkheden waardoor

Vragen:	Ja	Nee	Een beetje
Is de activiteit leuk?			
Kun je doen wat je wilt?			
Wil je de activiteit vaker doen?			
Leer je iets van de activiteit?			
Kun je er makkelijk komen?			
Is het betaalbaar?			
Leer je er andere mensen kennen?			

het invullen van de lijst makkelijker wordt. De vragen van de lijst hebben wij toegespitst op vrijetijdsbesteding. Daarbij hebben we tijdens het bedenken van de nieuwe vragen gekeken naar de behoeftehiërarchie van Maslow (1973), zodat we vragen stellen die betrekkingen hebben op meerdere behoeften of lagen van vrijetijdsbesteding.

Door het invullen van de lijst krijgt de hulpverlener een beeld van hoe de activiteit ervaren wordt en wat het de cliënt oplevert. Ook kan de hulpverlener er achter komen wat er nog verbeterd zou kunnen worden. Als de activiteit namelijk niet makkelijk te bereiken is dan zou de hulpverlener daarop in kunnen spelen. Na het invullen van de lijst kan de hulpverlener vragen waarom de cliënt dat antwoord heeft ingevuld om zo een nog duidelijker beeld te krijgen. In de vierde fase kan er een oplossing gezocht worden voor de dingen die beter kunnen.

8.2.5.3 Het netwerk betrekken bij de evaluatie

Nadat in de realisatie fase het netwerk betrokken is bij de cliënt, kan er in deze fase wederom gebruik gemaakt worden van het netwerk van de cliënt. Het netwerk wat opgebouwd is en heeft geholpen bij het realiseren van de activiteit kan bevraagd worden op het verloop van de activiteit. Het is belangrijk om contact te blijven houden met de personen uit het sociale netwerk, terwijl de cliënt met het uitvoeren van de activiteit bezig is. Dit is belangrijk omdat de hulpverlener eventueel het netwerk op die manier kan blijven motiveren en van afstand begeleiding kan blijven geven aan de

cliënt (Baars, Uffing, Dekkers, 1990). Dit moet van te voren duidelijk zijn afgesproken met de cliënt dat de hulpverlener en het netwerk soms contact met elkaar hebben. de cliënt moet volledig op de hoogte zijn van het contact tussen beide partijen (Dillen, 2004). Nadat er gesproken is met het netwerk, dan wordt de informatie ook weer teruggekoppeld aan de cliënt. Dit is mogelijk door samen met de cliënt en het netwerk te evalueren of door dit apart te doen maar naderhand de cliënt op de hoogte te brengen en de informatie te bespreken (Baars, Uffing, Dekkers, 1990).

8.2.6 De hulpverleners van ZorgThuis en de evaluatiefase

Wij hebben de hulpverleners van ZorgThuis gevraagd welke mogelijkheden zij bij de cliënten zien en welke factoren helpend zijn in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vragen met betrekking tot de evaluatiefase zijn hieronder de te lezen.

“Wat ook helpt zijn goede ervaringen die zij hebben in hun leven. Die je dan groter kunt maken (Interview 1.62, 2014)”.

“Maar dat is wel mooi want dan heb je het ook over praktijksituaties. Dan komt de cliënt zelf in de praktijksituatie van. De cliënt zegt: ‘Die leidinggevende die zegt mij een beetje wat ik moet doen’. En dan zeg ik ‘ja dat doet een leidinggevende’. En daar ga je over doorpraten en dan heb je het over autoriteit bijvoorbeeld. En dat ze daar moeite mee hebben en dan is het makkelijker praten omdat het ingebed is in de praktijk. En omdat er voor hun ook belangrijk is want er staan voor hun ook belangen op het spel. Misschien hebben ze het wel naar hun zin. En dan moet je leren” (Interview 1.17, 2014).

“De haalbaarheid, de laagdrempeligheid. Het moet aansluiten. Ik denk dat het sowieso ook moet groeien. Ik denk dat je daardoor, door ermee te gaan werken denkt van hee dit past niet bij” (Interview 7.50, 2014).

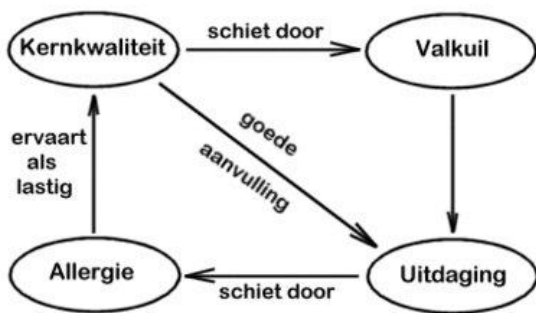
“(…) En hele kleine stapjes. Niet van je moet nu zorgen dat iemand dagbesteding heeft, maar wat is dan passend, hoe kan ik dat op krijgen. Als we het zorgplan bespreken ga ik het weer bespreken. Het moet een beetje inbedden” (Interview 8.27, 2014).

8.2.7 De optimalisatie fase

De vierde fase is de fase van de optimalisatie. Het doel van deze fase is om het traject rondom vrijetijdsbesteding te optimaliseren. Er wordt een oplossing gezocht voor de dingen die nog niet goed gingen. Daarnaast wordt er gekeken naar wat er nodig is om de dingen die goed gingen zo te houden. Ook wordt er in deze fase gekeken of de cliënten de capaciteiten heeft om zich nog verder te ontwikkelen door bijvoorbeeld nieuwe of vaker activiteiten te gaan doen.

De dingen die niet goed gingen brengen negatieve ervaringen met zich mee. De hulpverlener biedt veiligheid en bescherming door hierop in te spelen (Csikszentmihalyi, 2003). Dat zorgt er voor dat de angst om opnieuw iets te gaan ondernemen in de vrije tijd minder wordt (Maslow, 1974).

Door datgene wat wel goed ging uit te bouwen of er voor te zorgen dat deze stabiel blijven krijgt de cliënt zelfvertrouwen. Het zien dat dingen goed gaan maken dat de cliënt (meer) in zichzelf gaat geloven (Scheffers, 2010; Maslow, 1974; Csikszentmihalyi, 2003). Het maakt de cliënt bewust van zijn eigen kwaliteiten en mogelijkheden (Voster et al., 2013).



Afbeelding 5 kernkwadrant (Ofman, 2007)

8.2.7.1 Kernkwadranten

Om de cliënt bewust te maken van zijn eigen kwaliteiten en mogelijkheden kan er gebruik gemaakt worden van de kernkwadrant van Daniel Ofman (2007). De kernkwadranten bestaan uit vier onderdelen, namelijk: Kernkwaliteiten, Valkuilen, Uitdagingen en Allergieën (Ofman, 2000). In fase 1 (Oriëntatie) is er een mogelijkheid geweest om met het kwaliteitspel te werken om zo de kwaliteiten van de cliënt te leren kennen. Ook binnen de kernkwadranten zijn

kwaliteiten van de cliënt belangrijk. Ofman (2000) heeft een lijst (Bijlage 11) samengesteld met kernkwaliteiten die een mens kan bezitten en heeft daarbij ook beschreven wat er gebeurt als een persoon doorschiet in zo'n kernkwaliteit: dit wordt de valkuil of vervorming genoemd. Hiernaast heeft elk mens ook een uitdaging, dit is een kwaliteit die een persoon nog kan ontwikkelen om niet in zijn valkuil terecht te komen. Ook heeft elk mens een allergie, dit is een vervorming of valkuil van een ander persoon die irritaties oproept. Een allergie zorgt ervoor dat een persoon sneller in zijn valkuil trapt. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld 'drammerig' als valkuil heeft en iemand tegenkomt die veel passiviteit vertoont, dan is de kans groot dat de cliënt reageert met nog erger drammen (Ofman, 2007).

Nadat de cliënt de activiteit heeft uitgevoerd, of heeft gepoogd deze uit te voeren, kunnen de kernkwadranten helpen om te optimaliseren. In de evaluatie fase is de situatie uitgevraagd. In de vierde fase is het belangrijk om te weten welke kernkwaliteiten de cliënt bezit om op deze manier ook te kunnen zien welke valkuilen, uitdagingen en allergieën hierbij horen. De elementen kunnen los bevraagd of besproken worden maar kunnen ook aan elkaar gekoppeld worden. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld afwachting is als het gaat om het doen of regelen van een activiteit, kan de hulpverlener aangeven dat dit betekent dat de cliënt de kernkwaliteit 'rustig' bezit maar dat de cliënt op dit moment is doorgeschoten naar de valkuil. Een uitdaging voor de cliënt zou dus zijn dat de cliënt meer initiatief gaat nemen. Bij de kernkwadranten is het belangrijk dat de kernkwaliteiten op de voorgrond staan in het gesprek, om de cliënt op deze manier positief te bekrachtigen.

8.2.7.2 Het beloningssysteem

Een beloningssysteem kan helpen bij het motiveren van de cliënt. Het kan helpen om de cliënt over een drempel te krijgen. De hulpverlener en de cliënt spreken duidelijk af onder welke voorwaarden de cliënt een beloning krijgt. Hoe vaak moet de cliënt iets ondernemen en wat moet de cliënt dan ondernemen voordat deze een beloning krijgt. Het is belangrijk dat de cliënt de beloning ook als belonend ervaart. Daarnaast is het belangrijk dat er ruimte is voor onderhandeling. Als de cliënt het niet met de afspraken eens is zal hij minder gemotiveerd zijn om de afspraken na te komen (Spanjaard & Vught, 2000). Hieronder is een voorbeeld te zien van een beloningskaart. Deze beloningskaart is afgeleid van de gedragskaart van Spanjaard (2000). Als de cliënt op maandag de afgesproken activiteit heeft uitgevoerd dan zet hij daar een kruisje. Afhankelijk van de afspraak met de hulpverlener krijgt de cliënt een beloning bij een x aantal kruisjes.

Het zetten van de kruisjes is al een kleine beloning. Het geeft de cliënt inzicht in zijn gedrag en het versterkt het gedrag. De cliënt leert namelijk dat het uitvoeren van de afspraak die gemaakt is met de hulpverlener belonend is (Spanjaard & Vught, 2000). De cliënt leert dus dat dit nieuwe gedrag

meer belonend is als de oude. De CRA beschrijft dat dit belangrijk is voor het herstel van de cliënt (Rozen et al., 2012).

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
De activiteit	X						

8.2.7.3 Advies vragen aan collega's

Als de hulpverlener er zelf niet uit komt is het verstandig om advies te vragen aan collega's. Collega's kunnen namelijk tips geven over het motiveren van een cliënt. Daarnaast weten collega's misschien wel oplossingen voor de dingen die minder goed gaan omtrent vrijetijdsbesteding (Leijenhorst, 2011).

8.2.8 De hulpverleners van ZorgThuis en de optimalisatiefase

Wij hebben de hulpverleners van ZorgThuis gevraagd welke mogelijkheden zij bij de cliënten zien en welke factoren helpend zijn in de begeleiding met betrekking tot vrijetijdsbesteding. Een aantal antwoorden op deze vragen met betrekking tot de realisatiefase zijn hieronder de te lezen.

"Op zich willen ze best wel wat doen. Ik heb 1 cliënt, dat is heel bijzonder, die toch kunnen begeleiden naar een buurtsteunpunt en 1 keer in de week doet ze daar activiteiten. En dat gaan we weleens geleidelijk aan uitbreiden of zoeken. Ze is dol op lezen dus we gaan zoeken of er nog plek is in een bibliotheek, of ze daar vrijwilligerswerk kan doen. En ze proberen dan op die vlakken geleidelijk aan uit te bereiden" (Interview 4.33, 2014).

"Ik merk dus zelf dat meegaan in het begin. En letterlijk bij wijze van spreken bijna bij de hand nemen en daar afspreken. Bij sommige betekend dat zelfs ik haal je op, dat we er samen heen gaan en ik breng je weer terug. Gewoon aanmoedigen. Je kan iemand natuurlijk afleveren bij een activiteit en dan weer ophalen maar ook gewoon mee gaan en proberen om dan op dat moment ze met anderen in verbinding te brengen. Want je kan er natuurlijk heel leuk gaan zitten met z'n tweeën maar dan zitten ze nog aan jou vast. Dus meegaan ze proberen te verbinden aan anderen. Ja stimuleren om ook een keer te gaan als je er niet bent al is het misschien maar 1 keer in het begin, dat soort dingen en ook dat een beetje faciliteren" (Interview 6.34, 2014).

"(...) naar een vereniging gaan is misschien wel zo bedreigend, dan moeten we daar eerst aan werken dus daar gaat je energie dan ook aan op" (Interview 7.17, 2014).

"(...) Kijken van waar komt iemand vandaan, waar wordt ie enthousiast van, kunnen we dat vergroten. Zodat er op de probleemgebieden daar weer energie ontstaat" (Interview 8.15, 2014).

8.3 Conclusie

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de vijfde deelvraag van dit onderzoek, namelijk:

Op welke wijze kan een product verbetering bieden aan hulpverleners in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding?

Het O.R.E.O stappenplan bestaat uit vier fasen die uitgevoerd kunnen worden door de hulpverlener. De fasen kunnen meerdere malen achter elkaar worden doorgevoerd waarbij elke keer de verwachtingen naar de cliënt hoger kunnen worden. De eerste fase is de Oriëntatie fase waar de hulpverleners op zoek gaan naar de interesses van de cliënt. Vanuit de literatuur wordt er beschreven dat het kennen van de interesses van de cliënt meehelpt aan zelfontplooiing (Maslow, 1974; Voster et al., 2013). Ook wordt er in de interviews benoemd dat er inzicht gegeven moet worden in de interesses van de cliënt (Interview 2.81, 2014). In de fase wordt daarom gekozen voor verschillende onderdelen die gebruikt kunnen worden in het zoeken naar de interesses van de cliënt. Deze onderdelen zijn: een hobbylijst, het kwaliteitspel, het bespreken van succeservaringen en het duidelijk maken van het belang van vrijetijdsbesteding.

De tweede fase van het O.R.E.O stappenplan is de Realisatiefase. In deze fase is het belangrijk dat er voldaan wordt aan de behoeften en wensen van de cliënt en dat dit gedaan wordt vanuit een positieve houding van de hulpverlener. De hulpverlener richt zich op de mogelijkheden van de cliënt en is op de hoogte van het aanbod en de mogelijkheden van vrijetijdsbesteding (Scheffers, 2010; Bassant et al., 2008). Ook vanuit de interviews komt naar voren dat het belangrijk is dat voor zowel de cliënt als de hulpverlener het belangrijk is dat het aanbod van vrijetijdsbesteding bekend is (interview 2.49, 2014). Ook in deze fase zijn er voor de hulpverleners meerdere onderdelen mogelijk om toe te passen op de cliënt. De onderdelen zijn: het inzetten van andere cliënten of ex-clianten, het voordoen en oefenen van vaardigheden, werken aan het netwerk van de cliënt en er is een overzicht met websites waar de hulpverlener verschillende activiteiten kan vinden.

De derde fase van het O.R.E.O stappenplan is de Evaluatiefase. In deze fase is het belangrijk dat er wordt geëvalueerd op het verloop van de vorige fase. De hulpverlener richt zich erop dat de cliënt niet overvraagd wordt en op welke punten de cliënt zich nog verder kan ontwikkelen. Wanneer een activiteit niet goed aansluit bij de vaardigheden van de cliënt, dan zorgt dit voor een negatieve ervaring en wordt de drempel om de activiteit te herhalen groter, de cliënt wordt dan overvraagd (Csikszentmihalyi, 2003). Daarnaast zijn succeservaringen bij een cliënt ook erg belangrijk, met deze ervaringen wordt de cliënt bewust van zijn kwaliteiten die het oplossend vermogen van de cliënt vergroot (Scheffers, 2010). Ook vanuit de interviews komt naar voren dat het belangrijk is om goed te kijken naar de haalbaarheid van de activiteiten voor cliënten (Interview 7.50, 2014) en om succeservaringen te bekrachtigen (Interview 1.62, 2014). De onderdelen die in de evaluatiefase toegepast kunnen worden zijn: het evaluatiemodel en een tevredenheidslijst.

De vierde fase van het O.R.E.O stappenplan is de Optimalisatiefase. In deze is het belangrijk om het traject rondom vrijetijdsbesteding te optimaliseren. Er wordt gezocht naar oplossingen voor obstakels en er wordt gekeken naar de capaciteiten van de cliënt. Het is voor de hulpverlener belangrijk om veiligheid en bescherming te bieden door op negatieve ervaringen in te spelen waardoor de angst om opnieuw te beginnen vermindert (Csikszentmihalyi, 2003; Maslow, 1974). Hetgene wat wel goed verliep dient uitgebouwd te worden waardoor het zelfvertrouwen van de cliënt wordt opgebouwd en de cliënt meer in zichzelf gaat geloven (Voster et al., 2013). Ook vanuit de interviews komt naar voren dat het belangrijk is om de positieve ervaringen uit te bouwen zodat

er op de probleemgebieden wat ruimte ontstaat (Interview 8.15, 2014). De onderdelen die in de Optimalisatiefase toegepast kunnen worden zijn: de kernkwadranten, een beloningssysteem en het vragen van advies aan collega's.

Hoofdstuk 9: Conclusie: Beantwoording hoofdvraag

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk:

Op welke wijze kunnen hulpverleners van de afdeling ZorgThuis Apeldoorn van het Leger des Heils W&G Gelderland de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding verbeteren en op welke wijze kan een product daarbij ondersteuning bieden?

In deze paragraaf willen we een conclusie geven van de beantwoording van alle deelvragen. In zijn geheel vormt die conclusie een antwoordt op onze hoofdvraag.

Deelvraag 1: Welke beperkingen en mogelijkheden zijn er voor cliënten met meervoudige problematiek op het gebied van vrijetijdsbesteding?

Uit de literatuur en de interviews blijkt dat de hoeveelheid problemen (Maslow, 1974; Dam, 2008) , angst (Hayes, 2007) en psychiatrische stoornissen (Anderson et al., 2012) belemmerend zijn voor de cliënt om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd. Daarnaast blijkt dat het vergeten van problemen door het doen van activiteiten (Csikszentmihalyi, 2003), de wil om te ontwikkelen (Voster et al., 2013) en het sociale netwerk van de cliënt (Slot & Spanjaard, 2010) mogelijkheden zijn voor de cliënt om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd. In de interviews kwamen aanzienlijk meer belemmeringen dan mogelijkheden van de cliënt naar voren. Daaruit concluderen wij dat de hulpverleners nog meer op de mogelijkheden van de cliënt gericht zouden kunnen zijn.

Deelvraag 2: Op welke wijze biedt het Leger des Heils W&G Gelderland mogelijkheden tot gezonde vrijetijdsbesteding aan, aan de cliënten van de afdeling ZorgThuis?

De hulpverleners van ZorgThuis maken gebruik van een aantal competenties en taken van het casemanagement en de presentietheorie (Bassant & de Roos, 2008; Baart, 2004). Daarnaast werken de hulpverleners met zorgplannen die bestaan uit tien leefgebieden. Onder het leefgebied 'dagbesteding' hoort vrijetijdsbesteding (Zorgplan, z.d.). Vanuit de buurtsteunpunten biedt ZorgThuis verschillende activiteiten aan en ZorgThuis biedt een Libermann Module 'Omgaan met vrije tijd' aan. ZorgThuis kan gebruik maken van het programma "Vrije tijd voor iedereen" en 50|50 workcenter (Leger des Heils, z.d.) . Uit de interviews blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over het programma 'Vrije tijd voor iedereen' en 50|50 workcenter (Interview 5.28, 2014). Ook blijkt dat hulpverleners van ZorgThuis weinig gebruik maken van deze programma's (Interview 1.40, 2014).

Deelvraag 3: Welke vormen van extramurale begeleiding en ondersteuning, aan cliënten met meervoudige problematiek, worden er binnen andere welzijnsinstellingen gehanteerd omtrent het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding?

We hebben gekeken met welke methodieken IrisZorg, ARTA en Het Vrijetijdsclub werken. IrisZorg werkt met de Community Reinforcement Approach. Het doel is dat de cliënt een nieuwe levensstijl aanneemt die meer beloning geeft dan de vorige levensstijl. Vrijetijdsbesteding heeft daarin een belangrijke plaats (Roozen, 2006; Roozen et al., 2012).

ARTA werkt met de Titan methodiek. Het doel van Titan is het laten deelnemen van de jongeren aan de maatschappij door middel van werk, opleiding of een andere dagbesteding. Het deelnemen aan activiteiten in de vrijetijdsbesteding is daar een onderdeel van (Honhoff et al., 2010; Spanjaard et al., 2003).

Het Vrijetijdslab heeft een eigen methodiek ontwikkeld in de vorm van een motivatieschema. Het doel is om door middel van recreatieve activiteiten een hulpverleningsrelatie op te bouwen met de cliënt. Vanuit deze hulpverleningsrelatie werken zij aan andere leefgebieden, waaronder vrijetijdsbesteding (Het Vrijetijdslab, 2009).

Deelvraag 4: Welke factoren zijn helpend en welke zijn belemmerend voor de hulpverleners van afdeling ZorgThuis Apeldoorn bij het begeleiden van cliënten met meervoudige problematiek naar gezonde vrijetijdsbesteding?

Zowel uit de interviews als uit de literatuur blijkt dat het 'bestwildenken' (Nys, 2007), het overvragen van de cliënt en het initiatief van de hulpverlener belemmerende factoren zijn in de begeleiding van de cliënt naar vrijetijdsbesteding. Ook blijkt uit de interviews en de literatuur dat de vermaatschappelijking van de zorg (Vister et al., 2013), het gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt (Bassant & de Roos, 2008) en het werken in een team (Leijenhorst, 2011) helpende factoren zijn in de begeleiding. Opvallend is dat er bij de hulpverleners nog veel vragen spelen over in hoeverre ze mee willen gaan in wat de maatschappij van de cliënt vraagt omtrent vrijetijdsbesteding en wat ze wel en niet van de cliënt kunnen vragen (Interview 8.33, 2014; Interview 1.53, 2014). Daarnaast zien we dat overleg met collega's erg belangrijk is voor de hulpverleners (Interview 7.32, 2014; Interview 8.25, 2014).

Deelvraag 5: Op welke wijze kan een product verbetering bieden aan hulpverleners in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding?

Het O.R.E.O. stappenplan kan verbetering bieden aan de hulpverleners in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding. Dit stappenplan bestaat uit vier fasen die uitgevoerd kunnen worden door de hulpverlener. Bij elke fasen zijn verschillende onderdelen beschreven die als praktisch handvat dienen voor de hulpverlener. De fasen kunnen meerdere malen achter elkaar worden doorgevoerd waarbij elke keer de verwachtingen naar de cliënt hoger kunnen worden. Het gevaar om de cliënt te overvragen wordt hiermee kleiner en het kan daardoor toegepast worden op elke casus (Maslow, 1974; Voster et al., 2013).

Hoofdvraag: Op welke wijze kunnen hulpverleners van de afdeling ZorgThuis Apeldoorn van het Leger des Heils W&G Gelderland de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek bij het vinden en behouden van vrijetijdsbesteding verbeteren en op welke wijze kan een product daarbij ondersteuning bieden?

Het nog meer gericht zijn op de mogelijkheden van de cliënt zou de begeleiding kunnen verbeteren. Een hulpverlener die gericht is op de mogelijkheden van de cliënt creëert zelfvertrouwen bij de cliënt. Zelfvertrouwen maakt angst voor het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd kleiner (Scheffers, 2010; Hout et al., 2012; Terlouw, 2012). Het beter op de hoogte zijn van wat het programma 'vrije tijd voor iedereen' en 50|50 workforce aanbiedt kan de mogelijkheden tot activiteiten voor de cliënten vergroten.

Het O.R.E.O. stappenplan helpt de hulpverlener om meer gericht te zijn op de mogelijkheden van de cliënt. Het biedt namelijk verschillende handvatten om achter de interesses en kwaliteiten van de cliënt te komen. Daarnaast biedt het handvatten bij het vinden van een passende plaats voor de cliënt. Het nog meer gebruik maken van het team van ZorgThuis en het inschakelen van het netwerk van de cliënt heeft daarin ook een belangrijke plek in het stappenplan.

Hoofdstuk 10: Evaluatie

10.1 Evaluatie doelstelling

Het doel van het onderzoek was om in kaart te brengen hoe de hulpverleners de cliënten op dit moment begeleiden naar vrijetijdsbesteding en waar de begeleiding verbeterd zou kunnen worden. Dit hebben we door middel van de interviews geprobeerd te bewerkstelligen. Door ook te kijken naar wat de literatuur over begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding zegt hebben we belemmerende en helpende factoren in kaart gebracht. Ons doel was ook om een product te ontwikkelen voor de hulpverleners dat praktische handvatten bevat. Dit product hebben we ontwikkeld en is onderbouwd vanuit de literatuur en interviews. We hebben de effectiviteit van het product echter nog niet kunnen onderzoeken. Vanuit de literatuur en de interviews gezien zou dit product kunnen helpen bij de begeleiding zodat meer cliënten een vrijetijdsbesteding krijgen. Dit moet in de praktijk nog bewezen worden.

10.2 Evaluatie probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek is dat te weinig cliënten van afdeling ZorgThuis een vrijetijdsbesteding hebben. De hulpverleners hebben behoeften aan concrete handvatten zodat de begeleiding van de cliënten naar vrijetijdsbesteding verbeterd wordt. Met het behalen van de bovenstaande doelstelling is dit probleem opgelost. We hebben de cliënten niet geïnterviewd. Dit zou bij kunnen dragen aan het optimaliseren van de begeleiding en daarmee het product.

10.3 Persoonlijke visie

Wij zijn allebei van mening dat vrijetijdsbesteding een belangrijk onderdeel in het leven van een mens is en dat het op meerdere vlakken het leven leuker kan maken. Vrijetijdsbesteding kan ervoor zorgen dat symptomen van psychiatrische stoornissen op de achtergrond blijven en het zorgt ervoor dat de cliënt zijn problemen even vergeet en bezig is met iets leuks. Wij vinden het dan ook erg belangrijk dat een cliënt gemotiveerd wordt richting vrijetijdsbesteding en dat hier vanuit de hulpverlener energie in gestoken moet worden. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat de hulpverlener ook op een positieve manier te werk gaat in de begeleiding naar vrijetijdsbesteding. Beiden hebben wij ervaring met cliënten met meervoudige problematiek en wij hebben vanuit onze minor GGZ, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang en vanuit onze stages geleerd om met een positieve kijk op de cliënt te werk te gaan. Wij hebben bijvoorbeeld veel met empowerment en met competentiegericht werken gewerkt en we hebben gezien dat dit voor een cliënt een hele positieve uitwerking heeft. Wij denken dat het vooral zo belangrijk is om naar de kwaliteiten van de cliënt te kijken omdat dit hen weer in hun kracht zet en omdat ze zelf vaak alleen maar negatief over zichzelf denken. Naast het positief denken vinden wij ook het muzisch werken erg belangrijk. In ons product zijn veel muzische middelen te vinden zoals verschillende kwaliteitspellen en creatieve modellen die gebruikt kunnen worden. Voor ons is het muzisch werken zo belangrijk omdat het een laagdrempelige en creatieve manier is om toch met een cliënt verder of in gesprek te komen. Wij kunnen ook allebei onze creativiteit kwijt in het muzisch werken en vinden het belangrijk om dit over te brengen in dit onderzoek op de andere hulpverleners.

Hoofdstuk 11: Discussie

In dit hoofdstuk zullen we de validiteit en de betrouwbaarheid van ons onderzoek bespreken. Validiteit gaat over de vraag of we gemeten hebben wat we wilden meten. Betrouwbaarheid gaat over de vraag of bij herhaling van dit onderzoek dezelfde resultaten geboekt zullen worden (Vaus, 2001).

We hebben aan de betrouwbaarheid en de interne validiteit gewerkt door de concepten die wij in de interviewvragen hebben gebruikt te operationaliseren. Het operationaliseren van de concepten draagt bij aan de betrouwbaarheid omdat bij het herhalen van het onderzoek duidelijk zal zijn wat er precies bedoeld wordt met een concept. Wij hebben bijvoorbeeld beschreven wat wij onder 'vrijtijdsbesteding' verstaan. Bij herhaling van dit onderzoek zal er dan ook van die definitie uitgegaan moeten worden om tot hetzelfde resultaat te komen. Het operationaliseren van de concepten heeft bijgedragen aan de interne validiteit. Wij wisten beiden wat we met de concepten bedoelden. Op deze manier zijn misverstanden over de definitie van de concepten voorkomen. Vooral bij het afnemen van de interviews heeft dit bijgedragen aan de interne validiteit.

Bij het opstellen van de interview vragen hebben we aan de interne validiteit gewerkt door interviewvragen op te stellen die antwoord gaven op de deelvragen. Op deze manier hebben we antwoord gekregen op de deelvragen die wij in dit onderzoek wilden beantwoorden.

We hebben een half gestructureerd interview afgenomen. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid omdat we de belangrijkste vragen die we hebben gesteld hebben opgeschreven. Bij herhaling van het onderzoek kunnen deze vragen weer gesteld worden. De resultaten zullen daarom overeenkomen als de interviews in hetzelfde team afgenomen worden. Er is bij een half gestructureerd interview echter ook ruimte voor eventuele andere vragen. De interviewer mag dan vragen stellen die niet zijn opgesteld maar die aansluiten op datgene wat de hulpverlener verteld. Deze vragen zijn dus niet opgeschreven. Bij het herhalen van het onderzoek kunnen deze vragen dus niet gesteld worden. Dat kan maken dat de resultaten anders kunnen zijn.

Bij het afnemen van de interviews hebben we aan de externe validiteit gewerkt door de resultaten van de interviews te vergelijken. Na vijf interviews hebben we de resultaten vergeleken. Wij vonden dat de antwoorden van de vijf interviews te veel verschilden om te kunnen generaliseren. Na vijf interviews vonden wij dat de antwoorden op de vragen niet het hele team representeerden.

Daarom hebben we er voor gekozen om nog drie interviews af te nemen om zo een breder beeld te schetsen.

Bij drie instellingen hebben wij gevraagd welke methodieken zij gebruiken bij het begeleiden van cliënten naar vrijtijdsbesteding. Door navraag te doen bij instellingen die op een ambulante manier hulp bieden aan dezelfde doelgroep als afdeling ZorgThuis hebben wij aan de validiteit gewerkt. Als het onderzoek herhaalt wordt en informatie gevraagd wordt aan dezelfde instellingen (deze hebben wij in ons onderzoek vermeldt) zal dat leiden tot dezelfde resultaten. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van ons onderzoek.

Bij het doen van het literatuuronderzoek hebben wij gewerkt aan de validiteit door theorieën te onderbouwen met meerdere bronnen. Als meerdere bronnen hetzelfde zeggen dan is de kans op de juistheid van de theorie groter. Door de bronnen die wij hebben gebruikt in APA-normen op te schrijven hebben wij aan de betrouwbaarheid van ons onderzoek gewerkt. Bij het herhalen van dit onderzoek kan men precies dezelfde bronnen raadplegen wat zal leiden tot dezelfde resultaten.

Bij het doen van het literatuuronderzoek hebben wij keuzen moeten maken. Het aantal mogelijkheden en belemmeringen van de cliënt waren, vanwege de beperkte tijd voor het onderzoek, te veel om allemaal uit te werken. Dit geldt ook voor het aantal helpende en belemmerende factoren voor de hulpverlener in de begeleiding. Deze keuze hebben wij gebaseerd op literatuur waarbij we de belangrijkste punten beschreven hebben.

Het onderzoek zou echter sterker worden als alle mogelijkheden en belemmeringen van de cliënt en alle helpende en belemmerende factoren voor de hulpverlener uitgewerkt zouden worden. Dit zou namelijk nog een breder en duidelijker beeld schetsen van de situatie. Waardoor ook de kleinere punten in de begeleiding verbeterd zouden kunnen worden.

Tijdens het onderzoek hebben wij gekeken naar hoe de begeleiding van de cliënten naar vrijetijdsbesteding beter zou kunnen. Vanuit de literatuur hebben we gekeken naar zowel de cliënt als de hulpverlener. Bij het doen van de interviews hebben we ons alleen gericht op de hulpverlener. Dit vanwege de beperkte tijd en de vraag van onze opdrachtgever om ons te richten op de hulpverleners. Wij zijn echter van mening dat het interviewen van cliënten ons onderzoek sterker zou maken. Op deze manier krijgt niet alleen de persoon die de begeleiding geeft de kans om zijn mening te vertellen maar ook de persoon die de begeleiding krijgt.

Hoofdstuk 12: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen beschreven. Deze aanbevelingen zijn per deelvraag beschreven. We hebben ook aanbevelingen gedaan over eventueel vervolgonderzoek en de implementatie van het product.

Deelvraag 1: Beperkingen en mogelijkheden van de cliënt

Tijdens de interviews hebben we gemerkt dat de cliënten met een grote hoeveelheid en met complexe problemen te maken hebben. Wij hebben gezien dat de hulpverleners zich daar dan ook vaak op richten. Onze aanbeveling is dat hulpverleners zich nog meer gaan richten op de mogelijkheden de cliënt. Een hulpverlener die gericht is op de mogelijkheden van de cliënt creëert zelfvertrouwen bij de cliënt. Zelfvertrouwen maakt angst voor het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd kleiner (Scheffers, 2010; Hout et al., 2012; Terlouw, 2012).

Deelvraag 2: Het aanbod van het Leger des Heils

Tijdens de interviews hebben we ook gemerkt dat de hulpverleners het heel druk hebben en daarom soms missen wat het aanbod van het programma 'vrije tijd voor iedereen' en 50|50 workforce is. Onze aanbeveling is dat de hulpverleners goed op de hoogte zijn van de mogelijke activiteiten. Door de omgeving van de cliënt in de gaten te houden komt de hulpverlener namelijk met voorstellen en oplossingen. Cliënten kunnen het nodig hebben dat de hulpverlener voorstellen doet om iets te gaan ondernemen in zijn vrije tijd (Hout et al., 2012; Terlouw, 2012). Uit de interviews blijkt dat alleen een e-mail met informatie vaak niet voldoende voor de hulpverlener is om iets met die informatie te doen. Een aantal hulpverleners hebben aangegeven dat ze het nodig hebben om de informatie op meerdere momenten te horen en te zien (Interview 5.52, 2014).

Deelvraag 3: Extramurale begeleiding en ondersteuning aangeboden door andere welzijnsinstellingen

Tijdens ons onderzoek hebben we gemerkt dat veel verschillende instellingen methodieken gebruiken voor het begeleiden van cliënten naar vrijetijdsbesteding. Vanuit de interviews is naar voren gekomen dat de hulpverleners van ZorgThuis nog niet goed op de hoogte zijn van de methodieken en de werkwijzen van andere instellingen, maar wel met meerdere instellingen samenwerken (Interview 1.86, 2014). Onze aanbeveling is dan ook om zich te gaan verdiepen in hoe andere instellingen te werk gaan. Het Vrijetijdslab heeft bijvoorbeeld aangegeven dat zij ook presentaties geven over hun werkwijze. Het zou dan mogelijk zijn om hen uit te nodigen voor een kennis uur of een vergadering om op deze manier ideeën op te doen in de begeleiding van cliënten naar vrijetijdsbesteding.

Deelvraag 4: Helpende en belemmerende factoren voor de hulpverlener in de begeleiding

Vanuit de interviews en de literatuur kwam naar voren dat de maatschappij veel vraagt van de cliënt en van de hulpverlener als het gaat om vrijetijdsbesteding (Nys, 2007; Interview 8.33, 2014). De hulpverleners van ZorgThuis gaven aan nog veel vragen te hebben over wat de maatschappij van de cliënt vraagt en in hoeverre zij hierin mee willen gaan. Onze aanbeveling is dan ook om als team zijnde meer duidelijkheid proberen te verschaffen in deze vragen die bij de hulpverleners spelen. Op deze manier zal het team meer op één lijn liggen qua werkwijze en zal het initiatief van de hulpverlener vergroot worden (Terlouw, 2012).

Deelvraag 5: Het product

Tijdens het onderzoek hebben we een product ontwikkeld. Dit product hebben we nog niet kunnen testen op werkbaarheid en effectiviteit. Onze aanbeveling is dan ook dat het team van ZorgThuis het product regelmatig evalueert. Er kan dan onderzocht worden op welke manier het product verbeterd zou kunnen worden. Het regelmatig evalueren van het product en de ruimte om onderdelen te verbeteren/veranderen is bevorderlijk voor de implementatie. De hulpverleners worden dan meer betrokken bij het product en voelen zich serieus genomen (Grol & Wensing, 2006).

Voor de implementatie van het product is het belangrijk dat de hulpverleners inzicht krijgen in de onderbouwing van het product. Op deze manier wordt het nut van het gebruiken van het product duidelijk gemaakt. Mensen die het nut van een product inzien zullen het product ook sneller gaan gebruiken. Onze aanbeveling is dan ook dat wij een presentatie houden voor alle teamleden om uitleg te geven over het product. Tijdens deze presentatie is er ruimte voor vragen en zullen wij ons best doen om de hulpverleners het nut van het product duidelijk te maken (Grol & Wensing, 2006).

Vervolgonderzoek

In ons onderzoek hebben we geen cliënten geïnterviewd. Onze aanbeveling is dan ook om bij een vervolgonderzoek de cliënten te interviewen. Begeleiden van mensen heeft namelijk twee kanten. De kant van de persoon die de begeleiding geeft en de kant van de persoon die de begeleiding krijgt. Vanuit de literatuur hebben we beide kanten bekeken. Echter hebben we alleen de hulpverleners geïnterviewd. Het interviewen van de cliënten zou in kaart kunnen brengen waar de behoeften van de cliënt liggen en wat de mening van de cliënt is.