

Motivatie voor het activiteitenprogramma

Onderzoek naar de motivatie van cliënten voor het volgen van het activiteitenprogramma binnen de ouderenpsychiatrie van Emergis

Onderzoeksverslag



Auteur:
Begeleidend docent:
Eerste beoordelaar:
Opdrachtgever:
Instelling:
Opleiding/groep:
Cursusnaam en -nummer:
Studiejaar/semester:
Datum:
Plaats van uitgave:
Versienummer:

Sabrina Vermeirsch
A. Minderhoud
S. de Folter
M. Minnaard namens Emergis afdeling ouderenpsychiatrie
HZ University of Applied Sciences
Social Work, SW5A
Praktijkgericht Onderzoek SW 2, CU16565
2022-2023, semester 8
14 november 2022
Vlissingen
1.0

Motivatie voor het activiteitenprogramma

Onderzoek naar de motivatie van cliënten voor het volgen van het activiteitenprogramma binnen de ouderenpsychiatrie van Emergis

Auteur:	Sabrina Vermeirsch
Studentnummer:	61585
Begeleidend docent:	A. Minderhoud
Eerste beoordelaar:	S. de Folter
Opdrachtgever:	M. Minnaard namens Emergis afdeling ouderenpsychiatrie
Instelling:	HZ University of Applied Sciences
Datum:	14 november 2022
Plaats van uitgave:	Vlissingen
Opleiding/groep:	Social Work, SW5A
Studiejaar:	2022-2023
Studieonderdeel:	Onderzoeksverslag
Versie:	1.0

Samenvatting

Uit overleggen met begeleiders van de ouderenpsychiatrie van Emergis komt naar voren dat cliënten vaak niet gemotiveerd lijken voor deelname aan het activiteitenprogramma. Dit uit zich onder andere in cliënten die niet komen opdagen, piekeren, in bed blijven liggen en uitspreken geen zin te hebben in de activiteit. Cliënten zijn somber, terughoudend en hebben een laag energieniveau. Begeleiders benoemen dat onvoldoende deelname aan dagactiviteiten veel energie kost en de behandeldoelen niet behaald worden. Dit kan het herstelproces belemmeren.

Om te onderzoeken wat cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis nodig hebben om de motivatie voor het activiteitenprogramma te vergroten, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Wat hebben cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis nodig om de motivatie te vergroten voor het volgen van het activiteitenprogramma?* Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief verkennend onderzoek uitgevoerd met gestructureerde interviews.

Uit het onderzoek komt naar voren dat sociaal contact nodig is om het activiteitenprogramma te volgen. Door sociaal contact met andere cliënten, ontstaat meer begrip voor elkaar en een gevoel van saamhorigheid. Het creëren van een goede sfeer is belangrijk. Cliënten hebben behoefte aan een gelijkwaardige benadering van begeleiding en complimenten nodig om deel te nemen aan het activiteitenprogramma. Om het activiteitenaanbod beter aan te laten sluiten, dienen de behoeften van cliënten besproken te worden. Om de begeleiding beter te laten inspelen op de behoeften van cliënten is een evaluatieformulier opgesteld waardoor cliënten gedurende de opname op de kliniek belemmeringen en behoeften kunnen uitwisselen met de begeleiding.

Abstract

Discussions with the staff of Emergis' elderly psychiatric department highlight patients' recurrent lack of motivation to participate in the program of activities. Patients fail to show up, overthink, do not get out of bed, and say that they do not feel like engaging in activities. They feel down, reluctant, and low in energy. The staff says that insufficient participation in daily activities is a drain of energy, and treatment goals are not being met. This can obstruct the patients' recovery.

To explore what motivates patients at Emergis' elderly psychiatric department to engage in the program of activities, the following research question is drafted: *What do patients at the elderly psychiatric department of Emergis need to increase their motivation to engage in the program of activities?* A qualitative research approach is adopted, using structured interviews to answer the research question.

The research indicates that patients need social contact with their peers to follow the program of activities. Social contact between patients leads to a better understanding of each other as well as a sense of solidarity. It is important to create the right atmosphere. Patients need an equal approach in assistance and compliments to participate in the program of activities. To provide more fitting activities demands an open dialogue about the patients' needs. To help the staff play into the patients' needs, an evaluation form is proposed that allows patients to report any obstacles and needs during their admission.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Motivatie voor het activiteitenprogramma'. Vorig jaar ben ik begonnen met het schrijven en uitvoeren van dit onderzoek. In eerste instantie zag ik op tegen het schrijven van deze scriptie, omdat ik niet wist waar ik moest beginnen. Na het eerste gesprek met mijn scriptiebegeleider Andy Minderhoud, kreeg ik gelijk meer vertrouwen in het proces wat ik ging doorlopen. De overleggen die daarop volgden gaven mij veel opheldering en weer kracht om verder te gaan. Ook de video's op de leeromgeving van de HZ University of Applied Sciences hebben daaraan bijgedragen. Ik wil Andy daarom ook hartelijk bedanken voor de fijne begeleiding.

Ook wil ik mijn opdrachtgever Melissa Minnaard bedanken. Zij gaf mij feedback op het verslag en de tijd die ik nodig had om het onderzoek te kunnen afronden. Zowel Melissa als collega's van de afdeling ouderenpsychiatrie waren tijdens het uitvoeren van het onderzoek oprecht geïnteresseerd in de resultaten. Dit heeft een motiverende werking op mij gehad, omdat daardoor bij mij ook het gevoel werd gewekt dat aanbevelingen welkom zijn. Verder wil ik graag de activiteitenbegeleiders en alle andere betrokkenen van de ouderenpsychiatrie bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen gedurende het onderzoeksproces.

Tot slot wil ik ook graag mijn partner, zus en ouders bedanken. Mijn partner en zus wil ik bedanken voor het meelesen, aanmoedigen en het voorzien van feedback. Daardoor is het onderzoeksverslag nog sterker geworden. Mijn ouders wil ik bedanken voor het vertrouwen in mij om de opleiding met succes af te ronden.

Veel leesplezier!

Sabrina Vermeirsch
Vlissingen, 14 november 2022

Inhoudsopgave

H1 Inleiding	1
H2 Theoretisch kader	3
2.1 Ouderenpsychiatrie	3
2.1.1 Biologische veranderingen	3
2.1.2 Psychologische en sociale veranderingen	3
2.2 Dagactiviteiten	3
2.2.1 Belang van dagactiviteiten	3
2.2.2 Belevingsgerichte activiteiten	4
2.3 Motivatie	4
2.3.1 Intrinsieke motivatie	5
2.3.2 Extrinsieke motivatie	5
2.3.3 Zelf-determinatietheorie	6
2.3.4 De behoeftehiërarchie	7
2.4 Begeleiding	7
2.4.1 Motiverende gespreksvoering	7
2.4.2 Oplossingsgericht werken	8
2.4.3 Werkrelatie en houding van de begeleiding	9
2.5 Uitgangspunten voor het onderzoek	9
H3 Methode	11
3.1 Onderzoeksstrategie	11
3.2 Dataverzamelmethode	11
3.3 Onderzoekspopulatie en respondenten	11
3.4 Soort steekproef	11
3.5 Onderzoeksinstrumenten en data-analyse	12
3.6 Betrouwbaarheid	12
3.7 Validiteit	12
3.8 Bruikbaarheid	13
H4 Resultaten	14
4.1 Verloop veldwerk	14
4.2 Biologische veranderingen	14
4.3 Psychologische -en sociale veranderingen	15
4.4 Belang van dagactiviteiten	15
4.5 Belevingsgerichte dagactiviteiten	15
4.6 Intrinsieke motivatie	15
4.7 Extrinsieke motivatie	16
4.8 Zelf-determinatietheorie	16
4.9 Motiverende gespreksvoering	16

4.10 Oplossingsgericht werken	17
4.11 Werkrelatie en houding begeleider	17
H5 Conclusies	18
5.1 Conclusie deelvraag 1	18
5.2 Conclusie deelvraag 2	18
5.3 Conclusie deelvraag 3	19
5.4 Conclusie deelvraag 4	19
5.5 Conclusie onderzoeksvraag	20
H6 Discussie	21
6.1 Methodische discussie	21
6.2 Inhoudelijke interpretatie van de conclusies	21
6.2.1 Ouderenpsychiatrie	21
6.2.2 Belang van dagactiviteiten	22
6.2.3 Motivatie	23
6.2.4 Begeleiding	23
6.3 Nieuwe informatie	24
6.4 Feedback opdrachtgever	24
6.5 Onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag	24
H7 Aanbevelingen	25
7.1 Aanbeveling 1	25
7.2 Aanbeveling 2	25
7.3 Aanbeveling 3	26
7.4 Aanbeveling 4	26
7.5 Aanbeveling 5	26
Bronnenlijst	27
Bijlage 1 Interviewhulp	30
Bijlage 2 Toestemmingsformulier	32
Bijlage 3 Transcript interview	33
Bijlage 4 Feedback opdrachtgever	48
Bijlage 5 Tussenevaluatieformulier aanbeveling 2	49

H1 | Inleiding

In het kader van het afstudeerjaar van de opleiding Social Work aan de HZ University of Applied Sciences is een onderzoek uitgevoerd. Het betreft een kwalitatief onderzoek dat werd uitgevoerd in opdracht de afdeling ouderenpsychiatrie van Emergis in Kloetinge. Emergis is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en heeft als missie samen werken aan een goede geestelijke gezondheid van alle mensen in Zeeland (Emergis, z.d.).

De doelgroep van het onderzoek zijn cliënten van de afdeling ouderenpsychiatrie. Deze cliënten zijn 65 jaar en ouder met ernstige psychiatrische problemen. Psychiatrische problemen kunnen ontstaan door gebeurtenissen die horen bij het ouder worden zoals pensionering, lichamelijke ziekten en verlies van naasten. Ernstige en hardnekkige psychiatrische problemen in de thuissituatie kunnen leiden tot een opname in de kliniek. De opnameduur varieert van acht weken tot een jaar. Een groot deel van de cliënten van de ouderenpsychiatrie gaat na een opname in de kliniek met ontslag naar huis (Emergis, 2019). Om de terugkeer naar huis zo goed mogelijk te laten verlopen, reiken begeleiders van de ouderenpsychiatrie de cliënten een vaste structuur aan met een activiteitenprogramma. Hierop staan activiteiten per dag en tijd genoteerd. Dagactiviteiten zijn activiteiten waar mensen waardering aan ontnemen, ontspanning en plezier ervaren, waardoor mensen zich nuttig voelen of het lerend vermogen wordt gebruikt (Dröes et al., 2017).

De Nederlandse GGZ (2013) beschrijft dat het volgen van activiteiten zorgt voor een stabiel functioneren van mensen met een ernstige psychische aandoening. Cliënten ondervinden op meerdere levensgebieden problemen of hinder, waardoor langere tijd hulp nodig is (GGZ Standaarden, 2017). Cliënten met ernstige psychiatrische problemen die niet of onvoldoende dagactiviteiten hebben, ondervinden negatieve gevolgen op het welzijn (Van der Helm, 2022). Te weinig motivatie is vaak de oorzaak van onvoldoende deelname aan activiteiten (GGZ Standaarden, 2017a). “Motivatatie is de mentale dispositie om een bepaald gedrag na te streven, die het gevolg is van de interactie tussen aangeboren -en aangeleerde eigenschappen en de omgeving waarin een persoon verkeert”, aldus Franzen (2008). Motivatie voor cliënten is belangrijk, omdat dit samenhangt met het persoonlijk en sociaal functioneren tijdens de behandeling en de mate van persistentie na de behandeling (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010).

Vanuit verschillende overleggen met begeleiders van de ouderenpsychiatrie van Emergis komt naar voren dat cliënten vaak niet gemotiveerd lijken voor deelname aan het activiteitenprogramma. Dit uit zich onder andere in cliënten die niet komen opdagen, piekeren, in bed blijven liggen en uitspreken geen zin te hebben in de activiteit. Cliënten zijn somber, terughoudend en hebben een laag energieniveau. Begeleiders benoemen dat onvoldoende deelname aan dagactiviteiten veel energie kost en de behandeldoelen niet behaald worden. Dit kan het herstelproces belemmeren.

Het doel van het onderzoek is het behalen van de behandeldoelen van de cliënten, waardoor cliënten eerder kunnen uitstromen. De nadruk ligt hierbij op het achterhalen wat cliënten nodig hebben om deel te nemen aan het activiteitenprogramma. Met dit onderzoek is nagegaan waarom cliënten wel of niet komen opdagen bij de activiteiten en wat cliënten motiveert om actief mee te doen. Met dit onderzoek is ook gekeken naar de invloed van de begeleiding op de motivatie van cliënten. Om het doel te kunnen bereiken, is een centrale onderzoeksvraag opgesteld:

Wat hebben cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis nodig om de motivatie te vergroten voor het volgen van het activiteitenprogramma?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn vier deelvragen opgesteld. Aan de hand van theoretisch vooronderzoek en interviews met cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis worden de deelvragen en aansluitend de hoofdvraag beantwoord.

1. Hoe ervaren cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis het volgen van het activiteitenprogramma?
2. Wat ontbreekt aan het activiteitenprogramma volgens cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis?
3. Welke belemmeringen ervaren cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis voor het deelnemen aan het activiteitenprogramma?
4. Welke behoeften hebben cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis voor het volgen van het activiteitenprogramma?

Eventuele aanpassingen aan het huidige zorgaanbod kunnen ertoe leiden dat cliënten het activiteitenprogramma als zinvol gaan ervaren en daardoor ook actief en vaker deelnemen, waardoor behandeldoelen beter worden behaald. Een goede daginvulling voor mensen met een psychiatrische achtergrond geeft cliënten zingeving, ontplooiingskansen en levert een bijdrage aan herstel (Zorginstituut Nederland, 2021). Begeleiders van de ouderenpsychiatrie kunnen door middel van de resultaten uit het onderzoek de kwaliteit van het zorgaanbod vergroten. De ouderenpsychiatrielocatie Ferleman van Emergis kan eveneens de resultaten van dit onderzoek gebruiken om cliënten te motiveren voor het volgen van activiteiten. De stimulering van het herstel zorgt voor een snellere doorstroom, waardoor nieuwe patiënten eerder opgenomen kunnen worden (GGZ Standaarden, 2017a).

Hoofdstuk twee beschrijft het theoretisch kader. Het theoretisch kader is een verdieping van kernbegrippen die voortkomen uit de hoofdvraag en deelvragen van het onderzoek. In hoofdstuk drie bevindt zich de methode van het onderzoek. Dit hoofdstuk beschrijft hoe het onderzoek wordt uitgevoerd. Hoofdstuk vier geeft de resultaten weer die uit het veldonderzoek naar voren zijn gekomen. In het vijfde hoofdstuk worden conclusies getrokken door de onderzoeksvraag en deelvragen te beantwoorden. In hoofdstuk zes komt de discussie aan bod. In dit hoofdstuk wordt de theorie vergeleken met het veldwerk. Tot slot komen in hoofdstuk zeven de aanbevelingen aan bod. Deze aanbevelingen kunnen handvatten geven voor in de praktijk.

H2 | Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft het begrippenkader van het onderzoek. Hierin worden de kernbegrippen ouderenpsychiatrie, belang van activiteiten, motivatie en begeleiding beschreven. In de laatste paragraaf bevinden zich de uitgangspunten voor het onderzoek.

2.1 | Ouderenpsychiatrie

Ouderenpsychiatrie is een onderdeel binnen de geestelijke gezondheidszorg en gericht op ouderen met psychiatrische aandoeningen. Ouderen zijn mensen vanaf 65 jaar. Bij ouderenpsychiatrie is sprake van veel veranderingen op biologisch, psychologisch en sociaal gebied. De veranderingen op de gebieden staan in wisselwerking met elkaar en in wisselwerking met psychiatrische en/of psychosociale problematiek (Blanken et al., 2016).

2.1.1 | Biologische veranderingen

Verschillende orgaanfuncties nemen met het ouder worden af. De mobiliteit, algehele fysieke conditie en het geheugen vermindert. Het risico van aandoeningen en ziekten neemt toe, waarbij vaak sprake is van ouderdomsziekten zoals neurocognitieve stoornissen, dementiesyndromen, hart- en vaatziekten, artrose en Parkinson. Binnen de ouderenpsychiatrie is regelmatig sprake van multipathologie en polyfarmacie (Blanken et al., 2016).

2.1.2 | Psychologische en sociale veranderingen

In de derde levensfase (55 tot 75 jaar) vindt een overgang van arbeid naar pensioen plaats. Centraal staan de veranderingen in maatschappelijke rollen, dagbesteding, het opnieuw vinden van evenwicht in de relatie en het meer bewust worden van een veranderend toekomstperspectief (Blanken et al., 2016). Door ernstige psychische problematiek kunnen moeilijkheden ontstaan in het vervullen van maatschappelijke rollen en verrichten van dagelijkse activiteiten (GGZ Standaarden, 2017a). Ouderen krijgen toenemend te maken met het verlies van veelbetekenende relaties, waardoor de zelfwaardering onder druk komt staan (Blanken et al., 2016). Oude Voshaar et al. (2018) voegen hieraan toe dat sociale participatie afneemt met het ouder worden.

2.2 | Dagactiviteiten

Dagactiviteiten zijn activiteiten waar mensen waardering aan ontleen, ontspanning en plezier ervaren, waardoor mensen zich nuttig voelen of het lerend vermogen wordt gebruikt (Dröes et al., 2017). Nederlandse Zorgautoriteit (2021) beschrijft dagactiviteiten als “een structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving verleent”.

2.2.1 | Belang van dagactiviteiten

Passende activiteiten op gebied van niveau en inhoud en zijn bepalend voor succesvolle deelname. Activiteiten moeten flexibel aangeboden worden om de cliënt haalbare stappen te laten zetten en het zelfvertrouwen te vergroten. De diversiteit in verschillende soorten activiteiten en niveau zijn van belang bij het volgen van activiteiten (GGZ Standaarden, 2017a). Voor de oudere doelgroep is het belangrijk dat de inhoud van activiteiten aansluit op de behoefte (Herber et al., 2018). Het is van belang om samen met de cliënt en eventueel naasten te inventariseren wat de dromen, wensen, mogelijkheden en belemmeringen zijn van de cliënt betreft daginvulling (GGZ Standaarden, 2017a). Activiteiten sluiten idealiter aan op de doelen van de cliënt, zodat de activiteiten bijdragen aan het behalen van de doelen (Van Houten, et al., 2017). Cliënten die mogen meedenken over de activiteiten kunnen invloed hebben op het beleid van een voorziening (Davelaar & Van Mierlo, 2013).

Het volgen van dagactiviteiten geeft dag-nachtritme, structuur, zingeving en leidt tot ontmoetingen (GGZ Standaarden, 2017; Van Maanen & Flikweert, 2015). Deelnemen aan activiteiten draagt bij aan zelfvertrouwen, motivatie en persoonlijk -en maatschappelijk herstel (GGZ Standaarden, 2017a). Van Maanen en Flikweert (2015) beschrijven dat activiteiten achteruitgang van de cliënt voorkomen. Het volgen van activiteiten heeft bovendien een ontlastend effect op mantelzorgers (GGZ Standaarden, 2017a; Van Maanen & Flikweert, 2015). Activiteiten helpen ouderen te ontspannen, een goed humeur te behouden en het psychisch welzijn te verbeteren (Muchiri et al., 2018).

Deelname aan activiteiten leidt over het algemeen tot een betere gezondheid en een beter welbevinden dan cliënten die niet of weinig sociaal actief zijn. Het ontmoeten van andere mensen bij activiteiten maakt het sociale netwerk van de cliënt groter en sterker (Boluijt et al., 2012). Muchiri et al. (2018) beschrijven dat het ontmoeten van nieuwe mensen een eerste stap is naar een ondersteunend netwerk. Cliënten zijn daardoor minder kwetsbaar en de kans op een sociaal isolement neemt af (Boluijt et al., 2012). Het volgen van activiteiten leidt tot minder eenzaamheid (Van Maanen & Flikweert, 2015). Bij het verlies van sociale relaties, rollen en activiteiten is het van groot belang om een adequate vervanging te bewerkstelligen. Het activiteitsniveau van ouderen draagt bij aan het realiseren van welzijn (Oude Voshaar et al., 2018). Het sociale aspect van activiteiten is essentieel. Cliënten kijken uit naar gezelligheid en het samenzijn gedurende of na de activiteit. Het creëren van een veilige sfeer is van belang voor cliënten om persoonlijke ervaringen te bespreken (RIVM, 2018). Het herkennen van problemen van andere cliënten creëert een opening voor het uitwisselen van ervaringen (Herber et al., 2018). Uit onderzoek blijkt dat ouderen met een sociaal netwerk meer voldoening halen uit het leven (Winsemius et al., 2016). Emotionele steun is belangrijk om een goede mentale gezondheid te behouden. Hierdoor kunnen ouderen een actieve leefstijl houden (Huxhold et al., 2013).

Om (verdere) fysieke achteruitgang te voorkomen, is het belangrijk dat cliënten deelnemen aan dagelijkse activiteiten en lichamelijke oefeningen (Weldam et al., 2013). Ouderen met weinig sociale participatie hebben een mindere lichamelijke gezondheid dan sociaal actieve ouderen. Ouderen die deelnemen aan activiteiten, zijn actiever en minder vermoeid dan ouderen die geen activiteiten volgen. Deelname aan activiteiten hangt samen met betere lichamelijke gezondheid (Winsemius et al., 2016).

2.2.2 | Belevingsgerichte activiteiten

Een vorm van dagactiviteiten zijn belevingsgerichte activiteiten. Belevingsgerichte activiteiten zijn laagdrempelig op het gebied van ontmoeting en inloop. De activiteiten sluiten aan op de belevingswereld en mogelijkheden van de cliënt. Activiteiten zijn recreatief, sportief, creatief en/of sociaal-cultureel van aard zonder prestatiedruk. Een positieve beleving en gezelligheid voor de cliënt zijn het belangrijkste. Voor cliënten met een ernstig psychisch ziektebeeld zijn belevingsgerichte activiteiten vaak het hoogst haalbare (GGZ Standaarden, 2017a). Belevingsgerichte activiteiten zijn gericht op behoud of ontwikkeling van vaardigheden en vinden plaats onder begeleiding van een zorgverlener. Het niet nakomen van afspraken zoals over dagen, tijden en activiteiten heeft geen ingrijpende gevolgen. Cliënten ontvangen geen financiële vergoeding voor het volgen van activiteiten (Van Houten, et al., 2017).

2.3 | Motivatie

In grote lijnen wordt bij motivatie onderscheid gemaakt tussen intrinsieke -en extrinsieke motivatie (Nelis & Sark, 2021). Robbins en Judge (2020) definiëren motivatie als “het proces in de persoon dat de intensiteit, de richting en volharding bepaalt van zijn pogingen om een of ander doel te bereiken”. Swinnen (2015) omschrijft motivatie als:

Motivatie is dat wat mensen in beweging brengt, ervoor zorgt dat iemand in actie schiet. Het gaat over de redenen waarom iemand een bepaald gedrag stelt, het doel waar je naar streeft. Dat speelt niet alleen mee bij het starten met iets, maar het bepaalt mee de richting die je uitgaat, de intensiteit waarmee je dingen doet en of je gekozen gedrag volhoudt.

2.3.1 | Intrinsieke motivatie

Motivatie bestaat uit verschillende aspecten. Bij intrinsieke motivatie voeren mensen een taak of activiteit uit, omdat mensen het zelf willen. Redenen om een taak te willen uitvoeren zijn om iets te leren kunnen, vanuit interesse of omdat een activiteit als leuk wordt ervaren. Mensen zijn bij intrinsieke motivatie niet bezig met wat het oplevert. Het gaat om het proces van leren en uitvoeren (Nelis & Sark, 2021). De kans dat mensen een activiteit blijven uitvoeren, is vooral groot bij intrinsieke motivatie: “het verlangen om ergens aan te beginnen, omdat ze ervan genieten of het interessant vinden” (Aronson et al., 2018). Verstoring hiervan kan optreden door te veel externe beloningen of te veel controle (Ryan & Deci, 2000).

Een tweede aspect van motivatie is volgens Van Dam en Mulder (2008) intensiteit. Voor het ene doel heeft iemand meer inspanning en moeite over dan voor een ander doel. Intensiteit beschrijft de mate waarop iemand zijn best doet op een bepaald moment. Volgens de self-efficacytheorie heeft de mate van inspanning te maken met het geloof in eigen kunnen. Hoe sterker het geloof in eigen kunnen is, hoe meer iemand zich inspant om een uitdaging te beheersen (Robbins & Judge, 2020).

Het derde aspect is de standvastigheid van gedrag. Bij het ene gedrag wordt na een kleine tegenvaller gestaakt, terwijl bij het andere gedrag wordt doorgegaan ondanks veel tegenslag. De intensiteit en standvastigheid zijn sterker bij intrinsieke motivatie. Allereerst kunnen cliënten moeite hebben met gedragsverandering, omdat het veel inzet en energie kost om vaste patronen te doorbreken en vol te houden. Ten tweede hebben veel intenties een ambivalentie in zich (Van Dam & Mulder, 2008). Robbins en Judge (2020) gebruiken het begrip volharding als dimensie van motivatie. Volharding beschrijft hoelang een cliënt ook bij tegenslag zijn inspanningen volhoudt.

Als vierde aspect zijn activiteiten die leiden tot een flowgevoel intrinsiek motiverend. “Als mensen in een flow zitten, zijn ze helemaal geabsorbeerd in het moment; alles valt weg, behalve datgene waar iemand op dat moment mee bezig is”, aldus Nelis en Sark (2021). Bij een te grote uitdaging ervaren mensen stress of angst. Te eenvoudige taken kunnen leiden tot verveling. Beide manieren heffen het flowgevoel op. Naarmate iemands vaardigheden toenemen, moet de uitdaging evenredig toenemen (Nelis & Sark, 2021). Van den Broeck (2013) voegt hieraan toe dat het ervaren van stressoren de kans vermindert om gestelde doelen te bereiken. Een mogelijk gevolg is een afname van motivatie. Uitdagingen kunnen motiverend werken.

De psychofysiologische toestand van de cliënt heeft ook invloed op de motivatie, zoals angst en vermoeidheid. Faalangst leidt tot te ambitieuze of veilige doelen. Moeilijke taken kunnen ook verlamrend werken. Vermoeide mensen zijn meestal geneigd om keuzes te maken die minder energie vragen en besteden minder energie aan zaken die minder belangrijk zijn (Van Dam & Mulder, 2008).

2.3.2 | Extrinsieke motivatie

Bij extrinsieke motivatie vertonen mensen gedrag, omdat een beloning wordt verwacht, materieel of immaterieel, of om een straf te vermijden. Het gaat bij extrinsieke motivatie om het bereiken van een doel en niet om de activiteit zelf (Nelis & Sark, 2021). Ook zodra een beloning wordt gegeven voor een activiteit die oorspronkelijk werd gevoed vanuit intrinsieke motivatie, wordt deze gestuurd door extrinsieke motivatie: “het verlangen om ergens aan te beginnen vanwege externe beloningen en druk” (Aronson et al., 2018). De zelfperceptietheorie veronderstelt dat de motivatie van mensen

in zulke situaties voortvloeit uit de externe beloningen en niet uit intrinsieke interesse. Het vervangen van intrinsieke motivatie voor extrinsieke motivatie heeft als gevolg dat mensen belangstelling verliezen voor de activiteit, waar ze eerst van genoten. Voor sommige activiteiten zijn mensen zowel intrinsiek als extrinsiek gemotiveerd (Aronson et al., 2018).

Positieve bekrachtiging verhoogt de frequentie van het gedrag door consequente beloningen. Beloningen kunnen gedrag veranderen. Om gedrag te veranderen, moet rekening gehouden worden met wat de beloning bij mensen oproept: hoe mensen over zichzelf denken; zelfconcept en motivatie om in de toekomst het gedrag te blijven uitvoeren. Het gevaar van beloning is dat men de activiteit alleen uitvoert vanwege de beloning, zonder de activiteit leuk te vinden. De kans bestaat dat mensen de activiteit minder gaan uitvoeren zodra de beloning uitblijft, dan voor het beloningsprogramma (Aronson et al., 2018).

2.3.3 | Zelf-determinatietheorie

De zelf-determinatietheorie beweert dat de aangeboren groeitendens alleen tot uiting komt als mensen in een stimulerende omgeving zijn (Van den Broeck et al., 2009). Een vertrouwde omgeving stimuleert tot deelname aan dagactiviteiten (Ramaker & Alderliester, 2021). Mensen functioneren alleen optimaal door uitdaging en ruimte te krijgen om met interessante activiteiten bezig te kunnen zijn. Confrontatie met een controlerende of chaotische omgeving blokkeert de groeitendens en leidt tot frustratie. Een mogelijk gevolg is contraproductiviteit en demotivatie (Van den Broeck et al., 2009). De zelf-determinatietheorie beschrijft dat mensen naast fysieke behoeften, drie belangrijke psychologische basisbehoeften hebben, namelijk behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie. Als aan de drie behoeften wordt voldaan, zijn mensen kwalitatief goed gemotiveerd, gaat de prestatie omhoog en verbetert het mentaal welbevinden (Van den Broeck, 2016). Nelis en Sark (2021) sluiten hierbij aan en voegen toe dat inzet en zin in leren ontstaat bij het voldoen aan de drie basisbehoeften.

De zelfdeterminatietheorie maakt onderscheid tussen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie. Gecontroleerde motivatie wordt gestuurd vanuit beloningen of straffen. Aan de ene kant kan deze gegeven worden door anderen, zoals een bonus of een compliment, ook wel externe regulatie genoemd. Aan de andere kant kunnen cliënten zichzelf straffen of belonen met gevoelens van schuld of trots, ook wel introjectie genoemd. Autonome motivatie is verbonden met de drie basisbehoeften. Kwalitatief goede autonome motivatie wordt in verband gebracht met een optimaal functioneren. Autonoom gemotiveerde cliënten hebben vaak een beter fysiek -en mentaal welzijn, zijn meer betrokken en tevreden tijdens bezigheden. Gecontroleerde motivatie kan daarentegen de behoefte aan autonomie belemmeren. Taken die een cliënt als leuk ervaart bevorderen de autonome motivatie (Van den Broeck, 2013).

2.3.3.1 | Autonomie

Autonomie verwijst naar de behoefte zichzelf mogen zijn en vrij te mogen denken, voelen en handelen. Mensen ervaren keuze- of psychologische vrijheid en staan achter de nagestreefde doelen en ondernomen activiteiten (Brenning et al., 2021). Autonomie kan worden gevoeld bij het zelf mogen kiezen van taken en als het belang wordt ingezien bij opgelegde taken. Als een begeleider taken oplegt met een duidelijke verantwoording waarom het belangrijk is, kan een cliënt autonomie voelen door de zin of meerwaarde van de activiteit in te zien. (Van den Broeck, 2013, 2016; Trougakos et al., 2013). Een autonoom gemotiveerde cliënt heeft meer vooruitgang in de therapie, omdat de cliënt zijn probleem inziet, openstaat voor verandering en vaak zelf initiatief neemt om problemen op te lossen (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). De behoefte aan autonomie wordt gefrustreerd als dagelijkse activiteiten aanvoelen als een aaneenrijging van verplichtingen (Brenning et al., 2021).

2.3.3.2|Verbondenheid

Van den Broeck et al. (2009) definiëren verbondenheid als “de wens om positieve relaties op te bouwen met anderen, zich geliefd en verzorgd te voelen en zelf voor anderen te zorgen”. Van der Veen en Goijarts (2012) voegen hieraan toe dat verbondenheid de wens is om deel uit te maken van een groep of ergens bij te horen. De behoefte aan verbondenheid betreft de relaties met anderen, zoals het ervaren van een prettige sfeer (Van den Broeck, 2016). De behoefte aan verbondenheid wordt gefrustreerd bij het gevoel van uitsluiting of het hebben van oppervlakkige relaties (Brenning et al., 2021).

2.3.3.3|Competentie

De behoefte aan competentie gaat over dingen doen waar iemand goed in is, gebruikmaken van talenten en deze verder kunnen ontwikkelen met als gevolg dat het een effect kan hebben op de maatschappij (Van den Broeck, 2016). Vansteenkiste en Ryan (2013) sluiten hierbij aan en omschrijven competentie als het verlangen naar effectiviteit. Nelis en Sark (2021) voegen hieraan toe dat het belangrijk is dat taken niet te moeilijk zijn, maar ook niet te makkelijk. Het leerproces moet in balans zijn. Brenning et al. (2021) voegen hier doelen realiseren, activiteiten op een juiste manier voltooien, vaardigheden verder ontwikkelen en emoties reguleren aan toe. De behoefte aan competentie wordt gefrustreerd door faalgevoelens en het twijfelen om gestelde doelen te behalen.

2.3.4|De behoeftehiërarchie

Motivatie hangt samen met de behoeften van de mens. Maslow ontwikkelde een behoeftepiramide met een hiërarchische onderverdeling. Als aan de eerste behoefte is voldaan, streeft men naar de volgende. Achtereenvolgend onderscheidt Maslow de lichamelijke behoeften, veiligheid en zekerheid, sociaal contact, waardering en erkenning en als laatste zelfactualisatie (Swinen, 2015). Het ontbreken van behoeften in verschillende lagen van de piramide kan leiden tot ziekte, met name geestelijke gezondheidsproblemen en psychiatrische aandoeningen (Maslow, 2017). De belangrijkste drijfveer van de mens is het uitzicht op ‘beter’. Bij een tekort of onbevredigde behoefte (deprivatie), komt de mens in beweging. Motivatie om te werken ontstaat allereerst vanwege inkomenszekerheid die de primaire behoeften en veiligheid voorziet. Op de tweede plaats is intrinsieke motivatie een drijfveer om te werken, vanwege onder andere de behoefte aan sociaal contact en het krijgen van erkenning. Volgens de theorie van Maslow hebben mensen met een uitkering geen primaire prikkel om te werken, omdat de primaire basisbehoefte al is bevredigd. Veel psychiatrische cliënten leven van een uitkering of pensioen en zullen vanuit de secundaire behoefte intrinsiek gemotiveerd moeten zijn voor het deelnemen aan dagactiviteiten. In beweging komen vanuit deprivatie geldt voor de eerste vier behoeften in de piramide. De zelfactualisatiebehoefte wordt gedreven vanuit een wens om te ontwikkelen tot meest optimale mens-zijn dat is te bereiken (Tijken, 2012).

2.4|Begeleiding

2.4.1|Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een cliënt- en doelgerichte communicatiestijl die de motivatie probeert te vergroten door het verkennen en reduceren van tegenstrijdige gevoelens over verandering, zodat een grotere bereidheid ontstaat om verandering te realiseren (Van der Veen & Goijarts, 2012). Miller en Rollnick (2017) beschrijven motiverende gespreksvoering als “een persoonsgerichte manier van hulpverlening om het veel voorkomende probleem van ambivalentie ten aanzien van verandering aan te pakken”.

Bij motiverende gespreksvoering heeft de hulpverlener een niet-moraliserende en sterk op de eigen verantwoordelijkheid gerichte houding (Blanken et al., 2016). De motiverende gesprekstechniek

bestaat uit vier elementen: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken. Partnerschap betekent dat de begeleider samenwerkt met de cliënt, waarbij de begeleider kennis heeft van het werkgebied en de cliënt van zijn eigen levensgeschiedenis, omstandigheden, voorkeuren en drijfveren. Acceptatie betreft een accepterende grondhouding van de hulpverlener. Belangrijk is een empathische houding. De begeleider probeert de cliënt te begrijpen zonder oordeel en respecteert en ondersteunt de autonomie van de cliënt. Het accent ligt op de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Tijdens het gesprek ligt de nadruk op de sterke kanten en inspanningen van de cliënt. De begeleider streeft naar daadwerkelijke verandering waarbij de cliënt meer zelfvertrouwen krijgt om met belemmeringen om te gaan. Compassie houdt in dat de begeleider handelt vanuit het belang van de cliënt en niet vanuit eigen belang. Vervolgens gaat de begeleider op zoek naar de beweegredenen bij de cliënt door te vragen naar zienswijzen, waarden en doelen van de cliënt (Baron et al., 2015).

Bartelink (2013) bevestigt dit en voegt ontwikkelen van discrepantie, omgaan met weerstand en ondersteunen van self-efficacy hieraan toe. Discrepantie tussen het huidige gedrag en de doelen en waarden van de cliënt is nodig voor gedragsverandering. De hulpverlener moet de cliënt laten inzien waarom verandering belangrijk is. Het is van belang dat de cliënt argumenten benoemt om te veranderen. Een tegengestelde uitkomst ontstaat wanneer de hulpverlener in discussie gaat en hem probeert over te halen. De hulpverlener moet de self-efficacy van de cliënt ondersteunen. Self-efficacy is het geloof in eigen capaciteiten die nodig zijn voor gedragsverandering. Een cliënt die weerstand heeft tegen de aanpak van de hulpverlener, betekent een verkeerde afstemming van de hulpverlener op de cliënt. Selffulfilling prophecy werkt als de hulpverlener duidelijk laat merken vertrouwen te hebben in de cliënt en zijn capaciteiten. Bij selffulfilling prophecy krijgt ook de cliënt vertrouwen in eigen kunnen. De overtuiging van de cliënt is een belangrijke vereiste voor gedragsverandering.

2.4.2 | Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken is gericht op sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt. De begeleider stimuleert de cliënt bij het vinden van zijn eigen oplossingen en anders tegen zijn problemen aan te kijken (Bartelink, 2013a). Praten over problemen gebeurt enkel als de cliënt dat als helpend ervaart. Als een cliënt over zijn problemen praat, vraagt de hulpverlener naar positieve elementen en welke vooruitgang de cliënt heeft gemaakt. Positieve aspecten die voortkomen uit het gesprek zijn reden om de cliënt te complimenteren en waarderen. De waarneming van de cliënt verplaatst vanuit het probleem naar een positieve kant. Het zien en onderzoeken van de dingen die goed gaan, geven zowel de cliënt als de begeleider hoop en vertrouwen voor de toekomst en de huidige hulpverlening. De begeleider helpt de cliënt bij het inbeelden van een gewenste toekomst. Vervolgens zoekt de begeleider met de cliënt naar positieve uitzonderingen. De cliënt wordt zich bewust van wie of wat hem eerder in zijn leven hielp en probeert keuzes te maken richting de gewenste situatie. De begeleiding monitort de cliënt door gerichte vragen te stellen over wat beter gaat. De cliënt wordt zich daardoor bewust welke hulpbronnen zijn ingezet en welke vaardigheden en eigenschappen de cliënt daarvoor heeft ingezet. Het zelfvertrouwen neemt daardoor toe. Het krachtigste hulpmiddel van oplossingsgericht werken zijn het stellen van open vragen. Andere belangrijke interventies van de methodiek zijn: veel erkenning geven, veerkracht en perceptie van de cliënt, veel complimenteren en waarderen (De Vries et al., 2017).

Oplossingsgericht werken is een positieve vorm van cognitieve gedragstherapie (Bannink, 2012). De analyse gebeurt vanuit dat wat de cliënt voor het probleem in de plaats wil. De begeleiding formuleert samen met de cliënt een doel, zoekt uitzonderingen op het probleem en bouwt voort op de sterke kanten en wat al (of nog) werkt. Oplossingsgerichte gespreksvoering bestaat uit verschillende elementen: het doel analyseren, uitzonderingen zoeken, competenties vinden, inschalen van progressie met betrekking tot het doel en motivatie om hiermee aan de gang te gaan.

Oplossingsgerichte gespreksvoering met ouderen heeft enkel een wijziging in de uitvoering indien sprake is van cognitieve beperkingen, zoals afname van executief functioneren, leervermogen, taalbegrip, concentratie of waarnemen. Het executief functioneren omvat het: overzicht bewaren, plannen, organiseren, monitoren, ziekte-inzicht en de innerlijke zelfwaarneming. Nieuwe gedragingen aanleren bij complexe problemen is vaak moeilijk oplosbaar. Oplossingsgerichte gespreksvoering is geschikt voor cliënten met chronische en complexe psychische aandoeningen. De gesprekstechniek maakt gebruik van reeds aanwezige uitzonderingen van de cliënt, waardoor nieuw gedrag aanleren niet nodig is. De gedragingen die de cliënt bedenkt, zijn passender en motiveert om de gedragingen te herhalen. De vragen aan cliënten met cognitieve beperkingen dienen zo concreet en kort mogelijk te zijn. Ondersteunende technieken zijn de gewenste situatie en de stappen richting het doel uitbeelden of visualiseren en tekenen (Pot & Visser, 2014).

2.4.3 | Werkrelatie en houding van de begeleiding

Een belangrijke voorspeller voor effectieve hulpverlening is een co-operatieve werkrelatie met de cliënt. In de samenwerkingsrelatie met de cliënt is de begeleider expert in het proces van de hulpverlening en de cliënt in het maken van inhoudelijke keuzes, stellen van eigen doelen het zelfgekozen stappen zetten (Wampold & Imel, 2015; Lambert, 2013). Volgens Pot en Visser (2014) volgt de begeleider de visie van de cliënt, zonder de visie te beïnvloeden. Invloed uitoefenen op de visie kan de samenwerkingsrelatie benadelen. De Vries et al. (2017) beschrijven dat de ervaringen en inzichten van de cliënt centraal staan waarbij de begeleiding de 'niet weten houding' aanneemt door middel van authentieke nieuwsgierigheid. De houding is respectvol en gericht op de zelfbeschikking en eigenheid van de cliënt. De begeleiding dient daarnaast een congruente houding aan te nemen waarin op een persoonlijke wijze uiting wordt gegeven aan de gevoelens en ideeën die nodig zijn voor het onderhouden van de relatie en het opbouwen van oplossingen. Het monitoren van de relatie wordt regelmatig met de cliënt geëvalueerd. De Vries (2018) voegt hier aandachtig betrokken aanwezigheid en uitgaan van het krachtenperspectief aan toe. De motivatie van de cliënt versterkt als de cliënt zich begrepen voelt in het contact met de begeleider. De begeleider stimuleert de cliënt bij het uitspreken van eigen mogelijkheden en redenen om te veranderen (Van der Veen & Goijarts, 2021).

2.5 | Uitgangspunten voor het onderzoek

Dit onderzoek is gericht op het behalen van de behandeldoelen van cliënten in de ouderenpsychiatrie, waardoor cliënten eerder kunnen uitstromen. De nadruk ligt hierbij op het achterhalen wat cliënten nodig hebben om deel te nemen aan het activiteitenprogramma. De veranderingen waar cliënten in de ouderenpsychiatrie mee kampen, bevinden zich zowel op biologisch als psychosociaal gebied (Blanken et al., 2016).

Dagactiviteiten zijn activiteiten waar mensen waardering aan ontleen, ontspanning en plezier ervaren, waardoor mensen zich nuttig voelen of het lerend vermogen wordt gebruikt (Dröes et al., 2017). Deelname aan activiteiten draagt bij aan zelfvertrouwen, motivatie en persoonlijk -en maatschappelijk herstel van de cliënt (GGZ Standaarden, 2017a). Om (verdere) fysieke achteruitgang te voorkomen, is het belangrijk dat cliënten deelnemen aan dagelijkse activiteiten en lichamelijke oefeningen (Weldam et al., 2013). Over het algemeen leidt het volgen van activiteiten tot een betere gezondheid en een beter welbevinden dan cliënten die niet of weinig sociaal actief zijn (Boluijt et al., 2012). Een vorm van dagactiviteiten zijn belevingsgerichte activiteiten. Belevingsgerichte activiteiten zijn laagdrempelig op het gebied van ontmoeting en inloop. De activiteiten zijn recreatief, sportief, creatief en/of sociaal-cultureel zonder prestatiedruk (GGZ Standaarden, 2017a).

De literatuur beschrijft vanuit verschillende theorieën wat de motivatie van cliënten kan beïnvloeden. In grote lijnen wordt bij motivatie onderscheid gemaakt tussen intrinsieke -en extrinsieke motivatie. Bij intrinsieke motivatie voeren mensen een taak of activiteit uit, omdat

mensen het zelf willen. Bij extrinsieke motivatie vertonen mensen gedrag, omdat een beloning wordt verwacht, materieel of immaterieel, of om een straf te vermijden (Nelis & Sark, 2021).

De zelf-determinatietheorie beschrijft dat mensen naast fysieke behoeften, drie belangrijke psychologische basisbehoeften hebben, namelijk behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie. Als aan de drie behoeften wordt voldaan, zijn mensen kwalitatief goed gemotiveerd, gaat de prestatie omhoog en verbetert het mentaal welbevinden (Van den Broeck, 2016).

De behoeftehiërarchie van Maslow is ook betrokken bij de motivatie van cliënten. Volgens de theorie van Maslow hebben mensen met een uitkering geen primaire prikkel om te werken, omdat de primaire basisbehoefte al is bevredigd. Veel psychiatrische cliënten leven van een uitkering of pensioen en zullen vanuit de secundaire behoefte intrinsiek gemotiveerd moeten zijn voor het deelnemen aan dagactiviteiten (Tijken, 2012).

De begeleiding kan de motivatie van de cliënt positief beïnvloeden door gebruik te maken van motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken. Motiverende gespreksvoering is een cliënt- en doelgerichte communicatiestijl die de motivatie probeert te vergroten door het verkennen en reduceren van tegenstrijdige gevoelens over verandering, zodat een grotere bereidheid ontstaat om verandering te realiseren (Van der Veen & Goijarts, 2012). Oplossingsgericht werken is gericht op sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt. De begeleider stimuleert de cliënt bij het vinden van eigen oplossingen en anders tegen problemen aan te kijken (Bartelink, 2013a). Voor effectieve hulpverlening is de werkrelatie van de begeleider van belang (Wampold & Imel, 2015; Lambert, 2013). De Vries et al. (2017) beschrijft dat de houding van de begeleider respectvol is en gericht op de zelfbeschikking en eigenheid van de cliënt.

Kernbegrip	Topic
Ouderenpsychiatrie	• Biologische veranderingen • Psychologische -en sociale veranderingen
Dagactiviteiten	• Belang van dagactiviteiten • Belevingsgerichte dagactiviteiten
Motivatie	• Intrinsieke motivatie • Extrinsieke motivatie • Zelf-determinatietheorie
Begeleiding	• Motiverende gespreksvoering • Oplossingsgericht werken • Werkrelatie en houding begeleider

Tabel 1: topicschema

H3 | Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methode voor de uitvoering van het onderzoek. Hierin komen de onderdelen onderzoeksstrategie, dataverzamelmethode, onderzoekspopulatie, soort steekproef, onderzoeksinstrumenten, data-analyse, betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid aan bod. Afsluitend wordt het tijdsplan voor het veldwerk weergegeven.

3.1 | Onderzoeksstrategie

Het doel van het onderzoek is het behalen van de behandeldoelen van de cliënten van de ouderenpsychiatrie, waardoor cliënten eerder kunnen uitstromen. De nadruk ligt hierbij op het achterhalen wat cliënten nodig hebben om deel te nemen aan het activiteitenprogramma. Om te achterhalen hoe cliënten het activiteitenprogramma ervaren en wat cliënten motiveert, is gekozen voor een kwalitatief verkennend onderzoek. Het betreft een kwalitatief survey, omdat door middel van interviews meningen en ervaringen van cliënten worden verzameld (Baarda B. , 2014).

3.2 | Dataverzamelmethode

Voor het uitvoeren van dit onderzoek, zijn gestructureerde interviews gehouden met cliënten. Gestructureerde interviews bevatten zowel open als gesloten vragen (Verhoeven, 2018). De interviewvragen zijn vooraf opgesteld en er was ruimte om door te vragen op antwoorden van de cliënt (De Bil, 2011). Deze dataverzamelmethode is geschikt voor een kwalitatief onderzoek, omdat het onderzoek is gericht op ervaringen, meningen en gevoelens (Baarda B. , 2014). Tijdens het voeren van de interviews werd rekening gehouden met de privacy en veiligheid van de cliënt. Om die reden worden de respondenten afzonderlijk van elkaar geïnterviewd in een aparte ruimte. Tijdens de fieldresearch werd ook rekening gehouden met de covid-19-maatregelen van de afdeling waar de cliënten verbleven. Dat betekent dat de interviews face-to-face zijn gehouden met 1,5 meter afstand of een mondkapje op binnen 1,5 meter afstand.

3.3 | Onderzoekspopulatie en respondenten

De Bil (2011) beschrijft een onderzoekspopulatie als alle situaties of mensen waarover een onderzoek uitspraken doet. De onderzoekspopulatie omvat alle cliënten van de afdeling ouderenpsychiatrie binnen Emergis in Kloetinge (N= 48). Voor de uitvoering van het onderzoek zijn acht cliënten van de ouderenpsychiatrie geïnterviewd. De respondenten zijn door middel van steekproeven geselecteerd.

3.4 | Soort steekproef

Van de onderzoekspopulatie is een selecte steekproef genomen. Verhoeven (2018) definieert een selecte steekproef als “een niet-willekeurige steekproef”. Inclusiecriteria zijn cliënten die kunnen praten en toestemming geven deel te nemen aan het onderzoek. Cliënten die uitgesloten werden van de steekproef zijn cliënten van de gesloten afdeling, cliënten in crisis, cliënten met achterdocht en cliënten met een cognitieve stoornis. Deze cliënten worden uitgesloten, omdat deze groep niet in staat is om deel te nemen aan de interviews. Vervolgens is een aselechte steekproef uitgevoerd. Binnen de aselechte steekproef zijn vier mannen en vier vrouwen gekozen. Op de aselechte steekproef wordt daarom een quota uitgevoerd. Verhoeven (2018) definieert een quota als een “steekproefmethode waarbij je een maximumaantal eenheden met een bepaald kenmerk selecteert”. Voor de uitvoering van de aselechte steekproef is een willekeurige naamkiezer gebruikt waaruit acht cliëntnamen (n=8) voortkwamen. De naamkiezer werd net zolang ingezet totdat vier mannen en vier vrouwen zijn geselecteerd. Dit onderzoek bevat een quota steekproef, omdat de opdrachtgever wil weten of mannen en vrouwen een verschillend zorgaanbod behoeven voor het

deelnemen aan het activiteitenprogramma. Als dit het geval is, kan het zorgaanbod specifiek worden aanpast op mannen en vrouwen.

3.5|Onderzoeksinstrumenten en data-analyse

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een vooraf opgestelde vragenlijst, welke te vinden is in bijlage 1. De vooraf opgestelde vragen fungeerden voortdurend als startpunt tijdens het interview, waarbij doorgevraagd werd op de antwoorden die de cliënt gaf (Baarda B. , 2014). De interviewvragen komen voort uit de subtopics. In de interviewhulp bevinden zich de kernbegrippen uit hoofdstuk twee, de topics, subtopics, interviewvragen en onderwerpen om op door te kunnen vragen.

Voor het vastleggen van de interviews is gebruikgemaakt van een spraakrecorder op een mobiele telefoon. De verkregen informatie is vervolgens teruggeluisterd en getranscribeerd in Microsoft Office Word op een laptop. Voorafgaand aan het interview is elke respondent om toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview via een toestemmingsformulier, welke te vinden is in bijlage 2. Bij de start van het interview is de toestemming van de respondent nogmaals geverifieerd. Door de interviews op te nemen, konden de transcripten letterlijk worden overgenomen tijdens het transcriberen (Baarda B. , 2014). In bijlage 3 is een transcript opgenomen.

De verwerking van de data verliep via een inhoudsanalyse. De analyse verliep via het proces open-, axiaal- en selectief coderen. Dit leidde tot een overzicht van de resultaten van de verschillende interviews. Aansluitend zijn de resultaten vergeleken met de bestaande literatuur en ontstond nieuwe kennis voor de afdeling ouderenpsychiatrie. Na het verwerken van de resultaten, zijn conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de afdeling ouderenpsychiatrie (Verhoeven, 2018).

3.6|Betrouwbaarheid

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van een gestandaardiseerde interviewvragenlijst. Dit betekent dat voor elk interview dezelfde vragen zijn gesteld, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Doordat de vragen voortkomen uit literatuur is de betrouwbaarheid ook vergroot (Baarda, 2014; Verhoeven, 2018). Voorafgaand aan het veldwerk is eerst een proefinterview afgenomen. Vanuit het proefinterview is nagegaan of de interviewvragen aanpassing nodig hadden. Het proefinterview leidde eveneens tot het verhogen van de betrouwbaarheid. De afgenomen interviews voor het onderzoek zijn nadien letterlijk getranscribeerd. Dit heeft de kwaliteit van de interviews bevorderd (Verhoeven, 2018).

3.7|Validiteit

De interne validiteit is verhoogd door bij elk interview gebruik te maken van de interviewhulp. Daardoor kreeg elke respondent dezelfde vragen en werd op dezelfde manier doorgevraagd. Het uitvoeren van de inhoudsanalyse en het letterlijk transcriberen van de gemaakte spraakopnames van de interviews verhogen eveneens de interne validiteit (Baarda B. , 2014). Het ontvangen van sociaal wenselijke antwoorden is vermeden door middel van doorvragen. Dit vergroot de validiteit. De externe validiteit is verlaagd doordat gebruik is gemaakt van een selecte steekproef. Daardoor was een deel van de populatie uitgesloten voor het deelnemen aan de interviews. Anderzijds is de externe validiteit verhoogd door de aselechte steekproef, omdat niet alle cliënten de mogelijkheid hadden om deel te nemen aan het interview. De begripsvaliditeit is verhoogd, omdat de kernbegrippen zijn geschreven uit bestaande literatuur. De kernbegrippen zijn vervolgens geoperationaliseerd tot topics en subtopics (Verhoeven, 2018).

3.8 | Bruikbaarheid

De instrumentele bruikbaarheid voor dit onderzoek is gewaarborgd, doordat het onderzoek is uitgevoerd vanuit een praktijkprobleem wat zich voordoet op de afdeling ouderenpsychiatrie. Stapsgewijs volgde vanuit de onderzoeksvraag conclusies en aanbevelingen, die de opdrachtgever kan inzetten om het zorgaanbod voor cliënten te verbeteren (Verhoeven, 2018).

Gedurende het onderzoek was de opdrachtgever nauw betrokken bij het onderzoeksproces. Tijdens overlegmomenten met de opdrachtgever is regelmatig om feedback gevraagd, zijn gemaakte keuzes toegelicht en vragen beantwoord (Verhoeven, 2018).

H4 | Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek. De resultaten komen voort uit de transcripten van de gehouden interviews. Allereerst komt het verloop van het veldwerk aan bod. Vervolgens worden de resultaten per topic beschreven. Voor iedere topic is minimaal een citaat opgenomen om de inhoud van de resultaten te verhelderen en ondersteunen.

4.1 | Verloop veldwerk

De start van het veldwerk is twee maanden uitgesteld in verband met persoonlijke omstandigheden en de volledige focus op de afstudeerstage bij de opdrachtgever. Bij het opstellen van de interviewvragen bleek de topic behoeftiehierarchie geen toevoeging voor het onderzoek. De literatuur over de behoeftiehierarchie is daarom voor de uitvoering van het onderzoek achterwege gelaten.

Begin juli 2022 is een respondent benaderd om het eerste interview te plannen. Vijf dagen later vond het interview plaats. Zes interviews konden bij de uitnodiging voor deelname dezelfde of de volgende dag worden gehouden. Zeven interviews vonden plaats op de kliniek van de ouderenpsychiatrie van Emergis in Kloetinge in een kantoorruimte of op de slaapkamer van de respondent. Eén interview vond plaats per telefoon, omdat de respondent met ontslag ging. Om de betrouwbaarheid van het telefonische interview te waarborgen, is voorafgaand aan het interview getest met de opdrachtgever of een spraakopname via de luidspreker van de telefoon voldoende verstaanbaar was voor transcriptie. Aangezien geen andere mannen op de kliniek van de ouderenpsychiatrie pasten binnen de inclusiecriteria van het onderzoek, is gekozen om het telefonische interview na een succesvolle test uit te voeren. Het plannen en afnemen van de interviews nam in totaal drie weken in beslag. De respondenten waren snel benaderbaar vanwege opname in de kliniek en stemden gelijk in voor deelname.

Bij het afnemen van de interviews is getracht een tijdsduur van 30 à 45 minuten aan te houden. Bij het eerste interview was de tijd moeilijk te bewaken. Voor twee respondenten kostte het interview veel inspanning, waardoor het niet haalbaar was om 30 minuten in gesprek te blijven. Het aanpassen van de vraagstelling naar eenvoudigere taal was hierin helpend. De overige interviews verliepen volgens de geplande tijdsduur. Naargelang de interviews vorderden, werden de tijdsduur, structuur en de vraagstelling toenemend succesvol bewaakt.

Na afname van het eerste interview is begonnen met transcriberen. Naarmate de transcripten vorderden, werden de volgende transcripten spoediger voltooid. Ondanks deze aanpak heeft het transcriberen meer tijd in beslag genomen dan verwacht. Het verloop van het veldwerk is echter niet beperkt door de verlengde tijdsduur van het transcriberen.

4.2 | Biologische veranderingen

Wanneer respondenten wordt gevraagd welke lichamelijke veranderingen worden ervaren, geven zeven van de acht respondenten aan lichamelijke klachten te ervaren. Zes van de acht respondenten ervaart achteruitgang in de mobiliteit: *“Ik merk toch wel dat dat minder uh... Ik was vroeger straatmaker geweest, maar dat ik minder kan dan vroeger. Eerder pijn in m’n rug, minder rechtkomen met m’n knieën, versleten een beetje... Dat ervaar ik dat dat allemaal wat minder wordt.”* (Respondent 8). Drie van de acht respondenten ervaren cognitieve achteruitgang. Respondenten geven aan vergeetachtig te zijn en niet op woorden en namen te komen.

4.3 | Psychologische -en sociale veranderingen

Bij de vraag welke psychische belemmeringen de respondenten afgelopen periode ervaren hebben, gaven alle respondenten aan psychische problemen te hebben ondervonden: *“Ik ben totaal in de war geweest. Daarvoor ben ik hier binnengebracht. Ik dacht dat de wereld zou vergaan, dat de regering oorlog had veroorzaakt.”* (Respondent 8). Zeven van de acht respondenten ervoeren depressieve klachten. Klachten die respondenten aangeven zijn somberheid, verminderde interesse in activiteiten, uitzichtloosheid, verminderde eetlust, passiviteit en suïcidale gedachten. Op sociaal vlak geven drie van de acht respondenten aan minder te participeren in de maatschappij. Respondenten noemen bij een verminderde sociale participatie het gescheiden gaan leven van partner wegens ziekte en het laten verwaarlozen van het volgen van activiteiten. Twee van de acht respondenten geven aan voldoende deel te nemen aan de samenleving. Het regelmatig afspreken met mensen en het hebben van een goed sociaal netwerk worden genoemd door deze respondenten.

4.4 | Belang van dagactiviteiten

Volgens zes van de acht respondenten levert het meedoen aan het activiteitenprogramma sociaal contact op. Deze respondenten geven aan dat het sociaal contact gezelligheid oplevert en de contacten zich voortzetten na het volgen van de activiteiten. Eén respondent geeft echter aan behoefte te hebben aan meer sociaal contact. In het interview komt naar voren dat deze respondent moeite heeft met het starten van een gesprek en meer stimulatie nodig heeft vanuit de begeleiding. Drie van de acht respondenten ervaart een gevoel van saamhorigheid bij de activiteiten: *“Alleen ja het heeft mij toch geholpen, want je zit toch in een kring. Dus je zit allemaal wat te doen. En er wordt toch het een en ander gesproken, niet altijd. Maar je hebt toch een gevoel van ik hoor ergens bij.”* (Respondent 3). Sociaal contact met andere cliënten leidt volgens twee van de acht respondenten ook tot begrip voor elkaar. Respondenten benoemen tijdens het interview elkaar beter te leren kennen door het uitwisselen van ervaringen en herkennen van eigen problematiek in het verhaal van andere cliënten: *“Ja, misschien herkenning? En, respect. Dus... Dat is altijd uh... Je kijkt gauw op iemand neer hè. Van ‘doe eens normaal’ of ‘waarom doe je zo?’ Als je goed naar een persoon luistert, begrijp je waarom die zo doet.”* (Respondent 3). Zes van de acht respondenten geven aan een goede sfeer te ervaren bij de activiteiten. De goede sfeer is volgens de respondenten het resultaat van de omgang met andere cliënten en het in vertrouwen kunnen delen van eigen ervaringen. Eén respondent voelde aan het begin van de opname geen veilige sfeer bij de activiteiten. De respondent was bang, maar kan niet benoemen waar het onveilige gevoel vandaan kwam.

4.5 | Belevingsgerichte dagactiviteiten

Tijdens de interviews komt naar voren dat cliënten geen druk ervaren vanuit de begeleiding tijdens de activiteiten, aldus vier van de acht respondenten: *“Je mag gewoon zitten. Misschien zal het wel opgemerkt worden, maar het is niet van heb je die puzzel nog niet af?”* (Respondent 5). Zes van de acht respondenten ervaart keuzevrijheid tijdens de activiteiten. Respondenten ervaren keuzevrijheid door zelf de moeilijkheidsgraad te bepalen, eigen invulling te hebben tijdens activiteiten en eigen thema's in te brengen bij het themagesprek.

4.6 | Intrinsieke motivatie

De helft van de respondenten gaat naar de activiteiten, omdat deze als leuk worden ervaren: *“...want als het leuk is, dan verlang je weer naar de dag van morgen. Dan vind je het leuk om te doen. Als ik met die projecten met die Jeep bezig was, dan keek ik uit naar de dag van morgen om er weer mee verder te kunnen. Om het af te hebben, want dat verliep goed.”* (Respondent 8). Drie van de acht respondenten volgen het activiteitenprogramma vanuit interesse. Zeven van de acht respondenten gaan naar de activiteiten om iets te leren. Drie van de acht respondenten geven aan zingeving, ergotherapie en hersentraining als zinvol te ervaren binnen het activiteitenprogramma. Volgens deze respondenten dragen deze activiteiten bij aan iets leren. Zingeving zorgt volgens de respondenten

ook voor het beter leren kennen van andere cliënten. Zeven van de acht respondenten ervaart structuur door het volgen van het activiteitenprogramma. Structuur biedt volgens de respondenten dagritme en het activiteitenprogramma is een reden om uit bed te komen. De helft van de respondenten benoemt zelfvertrouwen te krijgen door het volgen van activiteiten. Respondenten krijgen zelfvertrouwen door het opdoen van succeservaring. Voor vijf van de acht respondenten geven het volgen van de activiteiten afleiding. Respondenten noemen tijdens het houden van de interviews minder te piekeren door deel te nemen aan het activiteitenprogramma.

4.7 | Extrinsicke motivatie

Vijf van de acht respondenten benoemt aan het begin van de opname op de kliniek met tegenzin naar de activiteiten te gaan: *“Nou ja, ten eerste moet je uit je bed komen. Dan praat ik over de beginfase. En dat is heel, heel lastig om uit je bed op te staan. En uh ja ik had in het begin ook helemaal geen zin in wat voor activiteit ook. Ik kon het gewoon niet opbrengen, maar ik ben toch uit bed gekomen, toch naar die woonkamer gegaan en toch meedoen aan de activiteiten.”* (Respondent 3). Twee van de acht respondenten gingen op de hometrainer fietsen om het deelnemen aan activiteiten te mijden. Volgens deze respondenten was de begeleiding akkoord als de cliënt op de hometrainer ging, omdat de cliënt dan met iets bezig was. Eén van de acht respondenten geeft tijdens het interview aan behoefte te hebben aan evaluatie ten aanzien van het activiteitenprogramma. Een evaluatiemoment tussen de begeleiding en de cliënt met betrekking tot het activiteitenprogramma vindt volgens deze respondent niet plaats. Het evalueren levert volgens de respondent duidelijkheid op en ruimte om de eigen mening te delen. Vier van de acht respondenten geven aan dat de verpleging komt vragen waarom de cliënt niet deelneemt aan de betreffende activiteit. Drie van de acht respondenten geven aan geen interesse te hebben in een creatieve activiteit. De creatieve activiteit bestaat volgens deze respondenten uit handwerken, kleuren, puzzels maken, spelletjes doen en knutselen. Twee van deze respondenten geven aan dat twee uur creativiteit te lang is. Twee van de acht respondenten gaan naar dagbesteding de Motte vanwege de interesse in houtbranden. De activiteit houtbranden wordt enkel aangeboden bij de Motte. De behoefte aan meer beweging is door drie van de acht respondenten genoemd. Volgens deze respondenten wordt er één á twee keer per week bewogen tijdens de activiteiten. Eén respondent benoemt dat de beweging meer buiten mag plaatsvinden.

4.8 | Zelf-determinatietheorie

Als bij de interviews wordt gevraagd of het niveau voldoende aansluit, geven vijf van de acht respondenten aan dat het niveau van de activiteiten niet aansluit op de eigen behoeften. Vier respondenten ervaren het niveau als te makkelijk: *“Dan had het niveau wat hoger gemogen ja. Als we hersengymnastiek hebben dan uhm krijg je dus vragen van: “Welke maand van het jaar is een schrikkelmaand?” Dat niveau dus ja.”* (Respondent 2). Respondenten bestempelen activiteiten met een te laag niveau als saai. Eén respondent ervaart het niveau als te moeilijk. Deze respondent geeft aan erg vergeetachtig te zijn en daardoor niet kan functioneren op het niveau dat wordt aangeboden.

4.9 | Motiverende gespreksvoering

Op de vraag of begeleiders zich voldoende richten op de krachten van de cliënt, antwoordt de helft bevestigend. De krachten worden volgens deze respondenten waargenomen doordat de begeleiding behendigheid waarneemt en cliënten herhaaldelijk vraagt om een bepaalde taak uit te voeren waar de cliënt goed in is. Eén respondent geeft echter aan dat de begeleiding niet op de hoogte is van de vaardigheden van de cliënt: *“Ja dat weet ik niet. Zo goed kennen ze mij ook niet hè. Nee. Kijk wanneer je op een school... dat is heel wat anders. Dan weten ze wat je doet en wat je kan. Maar eigenlijk hier ja... ze weten hoe ik heet en voor de rest ja. En ze vragen of we mee willen doen en dat is het eigenlijk ook.”* (Respondent 6). Zeven van de acht respondenten geven aan dat de begeleiding bij afwezigheid

bij de activiteiten cliënten vraagt om alsnog deel te nemen. Eén respondent geeft aan dat de begeleiding daarbij het belang van het volgen van het activiteitenprogramma uitlegt: *“Nou dan praten ze met je van uhm ook als het nodig is, waarom je naar die activiteiten dient te gaan En dan uh... ja dan ga je het misschien... dringt er wat tot je door dat je beter wel kan gaan. Want de één praat en de ander denkt ja en dan gaat het toch.”* (Respondent 3).

4.10 | Oplossingsgericht werken

Zeven van de acht respondenten geven aan complimenten te krijgen van de begeleiding: *“Nou in het begin wel, als je zo diep zit. Dan krijg je dat zeker te horen, want dan vinden ze het al heel fijn en knap dat je dat hebt kunnen opbrengen. Zeker! Dat hebben ze zeker gedaan. En dat doen ze bij iedereen die nog in die beginfase zit. En als je... gaandeweg dat je beter wordt, ja dan gaat alles automatisch en dat zien ze ook. Dan heb je niet... geen uh uh uh hoe noemen ze dat uh... pluimpje meer nodig.”* (Respondent 3). Eén respondent heeft behoefte aan het ontvangen van meer complimenten vanuit de begeleiding, omdat dit een stimulerende werking heeft. Drie van de acht respondenten ervaren waardering van de begeleiding bij het uitvoeren van activiteiten. De waardering wordt waargenomen door het gevoel van acceptatie en uitgesproken dankbaarheid vanuit de begeleiding.

4.11 | Werkrelatie en houding begeleider

Twee van de acht respondenten geeft aan dat de begeleiding empathisch is en goed luistert. Twee andere respondenten ervaren de houding van de begeleiding als betrokken. Eén respondent geeft aan dat een begeleider te veel over het eigen privéleven praat: *“De activiteitenbegeleider die was wel altijd bezig over der eigen familie en der kindjes en... Ja, dat vond ik toch niet zo aangenaam eigenlijk. Dan denk ik ook ja, ik voel mij net zo’n afluisteraar. Ik heb daar helemaal niks mee te maken. Ik kan er ook niks aan doen dus. Als ze dan zoveel over der familie... ja en der uitjes en hoe het toen is geweest ja...”* (Respondent 2). Bij drie van de acht respondenten komen tijdens de interviews naar voren dat de houding van de begeleiding te belerend is. Deze respondenten ervaren de belerende houding als superieur. Eén van de acht respondenten geeft aan behoefte te hebben aan een gelijkwaardige benadering vanuit de begeleiding. Eén respondent benoemt dat de begeleiding de eigen opdracht niet begrijpt.

H5 | Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusies geformuleerd aan de hand van de resultaten uit hoofdstuk vier. Eerst worden de vier deelvragen beantwoord. Aan de hand van de conclusies op de deelvragen vindt een beantwoording plaats op de centrale onderzoeksvraag.

5.1 | Conclusie deelvraag 1

Hoe ervaren cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis het volgen van het activiteitenprogramma?

Cliënten geven aan minder te participeren in de maatschappij door het gescheiden leven van partner wegens ziekte en het laten verwaarlozen van het volgen van activiteiten. Opvallend is dat cliënten benoemen dat het deelnemen aan het activiteitenprogramma sociaal contact oplevert. Het sociaal contact wat in de privésfeer wordt gemist, lijkt te worden bevredigd door het activiteitenprogramma. Activiteiten binnen een mobiel toegankelijk bereik van andere cliënten lijken een positieve invloed te hebben op het vormen en voortzetten van sociale contacten. Activiteiten binnen handbereik zijn toegankelijker voor cliënten met lichamelijke achteruitgang in de mobiliteit.

Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten zingeving als zinvol ervaren. Zingeving draagt volgens cliënten bij aan het beter leren kennen van andere cliënten op de afdeling. Het beter leren kennen ontstaat doordat cliënten eigen ervaringen delen en herkenning vinden in de problematiek van andere cliënten. Sociaal contact met andere cliënten heeft als gevolg dat cliënten meer begrip kunnen opbrengen voor elkaar, wat resulteert in een gevoel van saamhorigheid. Cliënten geven aan een goede sfeer te ervaren, omdat cliënten met elkaar omgaan en in vertrouwen informatie met elkaar delen.

Ondanks dat cliënten depressieve klachten hebben, blijkt uit de resultaten dat het volgen van het activiteitenprogramma structuur geeft. Cliënten hebben daardoor een vast dagritme en een reden om uit bed te komen. Ondanks dat cliënten aan het begin van de opname op de kliniek met tegenzin naar de activiteiten gaan, zorgt het volgen van de activiteiten voor afleiding en draagt het bij aan minder piekeren. Cliënten ontvangen complimenten van de begeleiding wanneer wordt deelgenomen aan de activiteiten. Volgens cliënten zijn complimenten van de begeleiding vooral in de beginfase van de opname nodig, omdat het volgen van de activiteiten in het verloop van de opname meer automatisch gaat. Uit de resultaten blijkt ook dat de begeleiding het belang van het volgen van de activiteiten toelicht voldoende aandacht richt op de krachten van de cliënt. Door te mogen doen waar cliënten goed in zijn, wordt het zelfvertrouwen vergroot. Cliënten doen succeservaring op en dat wordt signaleerd door de begeleiding. De begeleiding uit waardering door het uitspreken van dankbaarheid naar cliënten.

5.2 | Conclusie deelvraag 2

Wat ontbreekt aan het activiteitenprogramma volgens cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis?

Een begeleider praat tijdens de activiteiten over eigen familie, kinderen en uitjes. Doordat de begeleider te veel over eigen privéleven praat, is voor cliënten te weinig ruimte om eigen inbreng te hebben. Het evalueren van de activiteiten vindt niet plaats met de begeleiding, terwijl cliënten daardoor wel meer duidelijkheid kunnen krijgen en een eigen mening kunnen delen. De invoer van evaluatiemomenten met betrekking tot het activiteitenprogramma is gewenst. Volgens een klein aantal cliënten heeft de begeleiding geen kennis over de vaardigheden van de cliënt.

5.3 | Conclusie deelvraag 3

Welke belemmeringen ervaren cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis voor het deelnemen aan het activiteitenprogramma?

Aan het begin van de opname op de kliniek bij de ouderenpsychiatrie van Emergis hebben cliënten gevoelens van somberheid, verminderde interesse in activiteiten, uitzichtloosheid, verminderde eetlust, passiviteit en suïcidale gedachten. Het ervaren van deze depressieve gevoelens maakt dat cliënten aan het begin van de opname moeite hebben om naar het activiteitenprogramma te gaan. Bij het niet komen opdagen van cliënten komt de begeleiding alsnog de reden vragen van afwezigheid. Vervolgens vraagt de begeleiding ook om deel te nemen. Cliënten gaan dan met tegenzin naar de activiteiten.

Uit de resultaten blijkt dat bij cliënten sprake is van cognitieve achteruitgang. De vergeetachtigheid die gepaard gaat met de cognitieve achteruitgang, heeft als gevolg dat het niveau van de activiteiten voor sommige cliënten als te moeilijk wordt ervaren.

5.4 | Conclusie deelvraag 4

Welke behoeften hebben cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis voor het volgen van het activiteitenprogramma?

Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten lichamelijke klachten ervaren. De lichamelijke klachten uiten zich onder andere in achteruitgang van de mobiliteit. Opvallend is dat cliënten ondanks de verminderde mobiliteit graag meer willen bewegen binnen het huidige activiteitenprogramma. Maximaal twee keer per week bewegen, is volgens cliënten onvoldoende. Het beweegaanbod mag omhoog en meer buiten de muren van de kliniek plaatsvinden.

Cliënten die niet zijn gemotiveerd voor het volgen van creatieve activiteiten, lijken bewust op de hometrainer van de afdeling te fietsen om zo niet naar het activiteitenprogramma te hoeven. Deze cliënten zijn niet geïnteresseerd in handwerken, kleuren, puzzels maken, spelletjes doen en knutselen. Begeleiders zijn akkoord als cliënten fietsen tijdens het activiteitenprogramma, omdat cliënten dan actief bezig zijn. Cliënten zoeken naast het fietsen op de hometrainer zelf afleiding door naar dagbesteding de Motte te gaan. De Motte biedt de activiteit houtbranden aan waar de interesse van deze cliënten ligt. De motivatie lijkt wel aanwezig, maar niet voor alle activiteiten binnen het huidige programma.

Cliënten ervaren keuzevrijheid tijdens de activiteiten door eigen invulling te hebben en zelf de moeilijkheidsgraad te bepalen. Opvallend is dat cliënten ook aangeven dat het niveau van de activiteiten als te makkelijk wordt ervaren. Cliënten hebben behoefte aan een niveau wat meer aansluit op de eigen capaciteiten. Cliënten geven ook aan dat de houding van de begeleiding soms te belerend is. De belerende houding komt voor cliënten over als superieur. Een meer gelijkwaardige benadering vanuit de begeleiding is gewenst. Ook hebben cliënten behoefte aan het ontvangen van meer complimenten. Complimenten van begeleiders hebben een stimulerende werking.

Aan het begin van de opname ervaart een klein deel van de cliënten een onveilige sfeer. Het gevoel wat daarmee gepaard gaat is angst. Opvallend is dat ook een klein deel van de cliënten aangeeft meer behoefte te hebben aan sociaal contact en behoefte heeft vanuit de begeleiding om hierin gesimuleerd te worden. Moeite hebben met het leggen van sociaal contact lijkt een connectie te hebben met het ervaren van een onveilige sfeer. Geconcludeerd kan worden dat elkaar leren kennen bijdraagt aan het ervaren van een goede sfeer.

5.5 | Conclusie onderzoeksvraag

Wat hebben cliënten van de ouderenpsychiatrie van Emergis nodig om de motivatie te vergroten voor het volgen van het activiteitenprogramma?

Uit de beantwoording van de deelvragen blijkt dat sociaal contact nodig is om het activiteitenprogramma te volgen. Door het hebben van sociaal contact met andere cliënten, ontstaat meer begrip voor elkaar en een gevoel van saamhorigheid. Het creëren van een goede sfeer is daarbij belangrijk, omdat cliënten in vertrouwen informatie met elkaar kunnen delen. Zingeving draagt bij aan het leren kennen van andere cliënten op de afdeling. Stimulatie voor het leggen van sociaal contact is een belangrijke rol voor de begeleiding.

Aan het begin van de opname op de kliniek bij de ouderenpsychiatrie van Emergis ervaren cliënten depressieve gevoelens, waardoor cliënten met tegenzin naar de activiteiten gaan. Het ontvangen van complimenten van de begeleiding is helpend om deel te nemen aan het programma. Een gelijkwaardige benadering vanuit de begeleiding is belangrijk, omdat cliënten de benadering soms als te belerend ervaren of zich niet gehoord voelen.

Cliënten willen evaluatiemomenten met de begeleiding over het activiteitenprogramma dat wordt gevolgd. Cliënten kunnen daardoor meer duidelijkheid krijgen, eigen mening delen en begeleiding op de hoogte brengen van de behoeften ten aanzien van de activiteiten. Ook blijkt dat de begeleiding niet altijd op de hoogte is van de vaardigheden van de cliënt. Door evaluatiemomenten kunnen begeleiders cliënten beter leren kennen en inspelen op de kwaliteiten van cliënten.

Cliënten hebben behoefte aan een meer passend activiteitenaanbod. Cliënten willen meer bewegingsactiviteiten binnen het huidige activiteitenprogramma. Maximaal twee keer per week bewegen, is volgens cliënten onvoldoende. Ook mogen de beweegactiviteiten meer buiten plaatsvinden. Cliënten die gedemotiveerd zijn voor het volgen van creatieve activiteiten op de afdeling, hebben andere interesses. De begeleiding mag beter inspelen op de interesses van de cliënten.

Het niveau wat wordt aangeboden sluit niet aan bij de capaciteiten van cliënten. Cliënten ervaren keuzevrijheid tijdens de activiteiten door zelf de moeilijkheidsgraad te bepalen. Opvallend is dat cliënten ook aangeven dat het niveau van de activiteiten als te makkelijk wordt ervaren. Cliënten hebben behoefte aan een niveau wat meer aansluit op de eigen capaciteiten. De begeleiding mag meer sturing geven bij het bepalen van een passend niveau voor de activiteiten.

H6 | Discussie

In dit hoofdstuk wordt de methode ter discussie gesteld en worden de resultaten van het onderzoek vergeleken met bestaande literatuur. Tot slot bevat dit hoofdstuk een evaluatie en reflectie op het onderzoek.

6.1 | Methodische discussie

Voor het kwalitatief onderzoek is een steekproef ($n=8$) genomen van de populatie ($N=48$). De betrouwbaarheid is enerzijds afgenomen, omdat de aselechte steekproef achterwege is gelaten. In de praktijk bleek het voor de resultaten van het onderzoek gewenst om respondenten te interviewen die het activiteitenprogramma al volgen of hebben gevolgd. De verwachting was dat respondenten die nog niet deelnamen aan het activiteitenprogramma geen uitspraken konden doen over eigen ervaringen binnen de activiteiten. Anderzijds is de betrouwbaarheid vergroot, omdat alle respondenten tijdens het interview ervaring hadden met het activiteitenprogramma. De conclusies zijn daardoor allen gebaseerd op ervaringen met het volgen van de activiteiten.

Op het moment van het plannen van de interviews bleken tien respondenten in aanmerking te komen voor het onderzoek. Tijdens het selecteren van respondenten bleken voornamelijk vrouwen binnen de steekproef te vallen. Eén interview met een man heeft plaatsgevonden via de telefoon om quotasteekproef te kunnen aanhouden. De betrouwbaarheid is gewaarborgd door voorafgaand aan het interview de verstaanbaarheid van een spraakopname te testen per telefoon. Voor het uitvoeren van dit onderzoek zijn gestructureerde interviews gehouden met respondenten, waardoor zowel open als gesloten vragen zijn gesteld (Verhoeven, 2018). Aan alle respondenten zijn dezelfde vooraf opgestelde interviewvragen gesteld en is gebruikgemaakt van doorvragen (De Bil, 2011). De betrouwbaarheid is vergroot doordat respondenten gelijke vragen zijn gesteld (Verhoeven, 2018).

De interne validiteit is verhoogd door bij elk interview gebruik te maken van de interviewhulp die gebaseerd is op bestaande literatuur. Het uitvoeren van de inhoudsanalyse en het letterlijk transcriberen van de gemaakte spraakopnames van de interviews hebben eveneens de interne validiteit verhoogd (Baarda B., 2014). Het ontvangen van sociaal wenselijke antwoorden is vermeden door middel van doorvragen. Dit vergroot de validiteit. De externe validiteit is verlaagd doordat gebruik is gemaakt van een selecte steekproef. Daardoor is een deel van de populatie uitgesloten voor het deelnemen aan de interviews (Verhoeven, 2018). Enerzijds is de validiteit verlaagd doordat geen proefinterview heeft plaatsgevonden. Anderzijds is de validiteit verhoogd doordat de interviewhulp voorafgaand aan het veldwerk kritisch is doorgenomen met een onafhankelijk persoon (Baarda et al., 2009). Om onduidelijkheden zoveel mogelijk weg te nemen bij respondenten is voorafgaand en tijdens de interviews gedegen uitleg gegeven over het onderzoek.

De opdrachtgever was gedurende het onderzoek betrokken bij het onderzoeksproces. Tijdens overleggen met de opdrachtgever is regelmatig om feedback gevraagd, zijn gemaakte keuzes toegelicht en vragen beantwoord. Dit vergroot de bruikbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2018).

6.2 | Inhoudelijke interpretatie van de conclusies

6.2.1 | Ouderenpsychiatrie

Uit het onderzoek blijkt dat cliënten lichamelijke klachten ervaren. De lichamelijke klachten uiten zich in een verminderde mobiliteit en cognitieve achteruitgang. Deze uitkomsten komen overeen met de literatuur van Blanken et al. (2016). De mobiliteit, algehele fysieke conditie en het geheugen verminderen met het ouder worden.

Aan het begin van de opname op de kliniek ervaren cliënten gevoelens van somberheid, verminderde interesse in activiteiten, uitzichtloosheid, verminderde eetlust, passiviteit en suïcidale gedachten. Het ervaren van deze depressieve gevoelens maakt dat cliënten aan het begin van de opname moeite hebben om naar het activiteitenprogramma te gaan. Cliënten geven aan minder te participeren in de maatschappij door het gescheiden leven van partner wegens ziekte en het laten verwaarlozen van het volgen van activiteiten. De uitkomsten van het onderzoek komen overeen met wat GGZ Standaarden (2017a) beschrijft. Door ernstige psychische problematiek kunnen moeilijkheden ontstaan in het vervullen van maatschappelijke rollen en het verrichten van dagelijkse activiteiten. Betreft de doelgroep was het aannemelijk dat de resultaten van het onderzoek overeenkomen met de literatuur. Cliënten ervaren psychische problemen en dat heeft gevolgen op het sociaal welzijn.

6.2.2 | Belang van dagactiviteiten

Uit de conclusies blijkt dat cliënten sociaal contact op doen door het volgen van activiteiten. Het sociaal contact wat in de privésfeer wordt gemist, lijkt te worden bevredigd door het activiteitenprogramma. Oude Voshaar et al. (2018) bevestigen deze resultaten van het onderzoek. Bij het verlies van sociale relaties, rollen en activiteiten is het van groot belang om een adequate vervanging te bewerkstelligen. Voor cliënten van de ouderenpsychiatrie is het volgen van het activiteitenprogramma een tijdelijke vervanging van de daginvulling. Cliënten ontmoeten nieuwe contacten en zetten de contacten na de activiteiten voort. Dit komt overeen met de literatuur. Boluijt et al. (2012) geven aan dat het ontmoeten van andere mensen bij activiteiten het sociaal netwerk van de cliënt groter en sterker maakt.

Het volgen van activiteiten draagt bij aan het beter leren kennen van andere cliënten op de afdeling. Het beter leren kennen ontstaat doordat cliënten eigen ervaringen delen en herkenning vinden in de problematiek van andere cliënten. Herber et al. (2018) bevestigen dat het herkennen van problemen van andere cliënten een opening creëert voor het uitwisselen van ervaringen. De resultaten van het onderzoek komen ook overeen met GGZ Standaarden (2017a) en Van Maanen en Flikweert (2015). Het volgen van activiteiten geeft zingeving en leidt tot ontmoetingen.

Uit het onderzoek blijkt dat het volgen van het activiteitenprogramma de cliënten structuur geeft. Het biedt cliënten een vast dagritme en een reden om uit bed te komen. Dit komt overeen met de literatuur. GGZ Standaarden (2017a) en Van Maanen en Flikweert (2015) beschrijven dat het volgen van activiteiten dag-nachtritme en structuur geeft. Ondanks dat cliënten aan het begin van de opname op de kliniek met tegenzin naar de activiteiten gaan, zorgt het volgen van de activiteiten voor afleiding en een afname van piekergedachten. Dit komt overeen met de literatuur van Muchiri et al. (2018). Activiteiten helpen ouderen te ontspannen, een goed humeur te behouden en het psychisch welzijn te verbeteren. Cliënten hebben door afleiding van activiteiten minder ruimte om te piekeren, wat het psychisch en sociaal welzijn verbetert.

Uit de conclusies komt naar voren dat cliënten meer behoefte hebben aan beweging binnen het activiteitenprogramma. Ook mag de beweging meer buiten plaatsvinden. Dit komt overeen met de literatuur. Om (verdere) fysieke achteruitgang te voorkomen, is het belangrijk dat cliënten deelnemen aan dagelijkse activiteiten en lichamelijke oefeningen (Weldam et al., 2013). Uit het onderzoek blijkt ook dat cliënten behoefte hebben aan een niveau wat meer aansluit op de eigen capaciteiten. Volgens Herber et al. (2018) is het belangrijk dat de inhoud van de activiteiten aansluit op de behoefte. GGZ Standaarden (2017a) beschrijft dat het niveau van belang is bij het volgen van activiteiten. Op de afdeling ouderenpsychiatrie sluiten het niveau en de inhoud niet aan op de behoeften van cliënten.

6.2.3 | Motivatie

Clënten die niet zijn gemotiveerd voor het volgen van creatieve activiteiten in het activiteitenlokaal, lijken bewust op de hometrainer van de afdeling te fietsen om het activiteitenprogramma te mijden. Nelis en Sark (2021) beschrijven dat cliënten een activiteit willen uitvoeren vanuit interesse of omdat een activiteit als leuk wordt ervaren. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten niet geïnteresseerd zijn in het volgen van creatieve activiteiten in het activiteitenlokaal, waardoor cliënten niet intrinsiek gemotiveerd zijn.

Begeleiders zijn akkoord als cliënten fietsen tijdens het activiteitenprogramma, omdat cliënten dan actief bezig zijn. Cliënten zoeken naast het fietsen op de hometrainer zelf afleiding door naar dagbesteding de Motte te gaan. De Motte biedt de activiteit houtbranden aan waar de interesse van deze cliënten ligt. Literatuur van Nelis en Sark (2021) bevestigt dat cliënten gedrag vertonen, omdat een beloning wordt verwacht, materieel of immaterieel, of om straf te vermijden. Doordat cliënten andere activiteiten doen dan de activiteiten die horen bij het activiteitenprogramma, komt de begeleiding niet nogmaals vragen om deel te nemen aan de activiteit waar de cliënt geen interesse in heeft. De beloning is dat cliënten daardoor niet hoeven deelnemen aan de activiteit die op dat moment op het programma staat.

Clënten ervaren keuzevrijheid tijdens de activiteiten door eigen invulling te hebben en zelf de moeilijkheidsgraad te bepalen. Trougakos et al. (2013) en Van den Broeck (2013, 2016) bevestigen dat autonomie kan worden gevoeld met het zelf mogen kiezen van taken. Opvallend is dat cliënten ook aangeven dat het niveau van de activiteiten niet aansluit op de eigen capaciteiten. Het niveau wordt als te moeilijk of te makkelijk ervaren. Nelis en Sark (2021) bevestigen dat het belangrijk is dat taken niet te moeilijk zijn, maar ook niet te makkelijk.

Uit de conclusies komt naar voren dat cliënten een goede sfeer ervaren door het omgaan met andere cliënten en het delen van vertrouwelijke informatie. Op de afdeling wordt een gevoel van saamhorigheid ervaren. Eén van de drie psychologische basisbehoeften is verbondenheid, de wens om deel uit te maken van een groep of ergens bij te horen (Van der Veen & Goijarts, 2012). De behoefte aan verbondenheid betreft relaties met anderen zoals het ervaren van een prettige sfeer (Van den Broeck, 2016). De resultaten uit het onderzoek betreft verbondenheid komen overeen met de literatuur. Uit de conclusies blijkt dat een klein deel van de cliënten een onveilige sfeer ervaart en behoefte heeft aan meer sociaal contact. Literatuur van Brenning et al. (2021) bevestigt dat de behoefte aan verbondenheid wordt gefrustreerd bij het gevoel van uitsluiting of het hebben van oppervlakkige relaties.

6.2.4 | Begeleiding

Uit het onderzoek komt naar voren dat een begeleider tijdens de activiteiten praat over eigen familie, kinderen en uitjes. Ook ervaren cliënten de houding van de begeleiding als te belerend. Uit onderzoek blijkt dat cliënten te weinig ruimte ervaren om eigen inbreng te hebben, maar hier wel behoefte aan hebben. Dit is in overeenstemming met De Vries et al. (2017). De houding van de begeleiding dient gericht te zijn op de zelfbeschikking en eigenheid van de cliënt. Ook geven Van der Veen en Goijarts (2021) aan dat de begeleider de cliënt stimuleert bij het uitspreken van eigen mogelijkheden en redenen om te veranderen. Opvallend is dat in het onderzoek niet naar voren komt dat de begeleiding op zoek gaat naar positieve uitzonderingen met de cliënt, terwijl dit een belangrijke vaardigheid is binnen het oplossingsgericht werken (De Vries, Prüst, Joosen, & Hoeffgen, 2017).

Aan het begin van de opname hebben cliënten moeite om naar het activiteitenprogramma te gaan. Bij het niet komen opdagen van cliënten komt de begeleiding de reden vragen van afwezigheid. Vervolgens vraagt de begeleiding om deel te nemen en het belang van het volgen van activiteiten

wordt toegelicht. Cliënten gaan daarna met tegenzin naar de activiteiten. De literatuur beschrijft het tegenovergestelde. Om gedrag te veranderen, is het van belang dat de cliënt argumenten benoemt (Bartelink, 2013).

Uit het onderzoek blijkt dat cliënten complimenten van de begeleiding ontvangen zodra wordt deelgenomen aan de activiteiten. Het ontvangen van complimenten werkt stimulerend, maar mag meer plaatsvinden. De Vries et al. (2017) bevestigen dat veel complimenteren een belangrijke interventie is bij oplossingsgericht werken. De begeleiding heeft aandacht voor de krachten van cliënten. Uit de conclusies komt ook naar voren dat de begeleiding cliënten beter moet leren kennen om in te kunnen spelen op de kwaliteiten van de cliënt. Volgens De Vries (2018) is het belangrijk binnen de werkrelatie met een cliënt uit te gaan van het krachtenperspectief van de cliënt.

6.3 | Nieuwe informatie

Uit de conclusies komt naar voren dat activiteiten binnen een mobiel toegankelijk bereik van andere cliënten een positieve invloed hebben op het vormen en voortzetten van sociale contacten. Dit komt overeen met de literatuur van Blanken et al. (2016). Afname van de mobiliteit leidt tot minder sociaal contact. Uit het onderzoek blijkt ook dat het evalueren van activiteiten niet plaatsvindt. Volgens Van Halem en Groot (2014) kunnen op basis van evaluatie, activiteiten worden afgerond of bijgesteld. Evalueren is noodzakelijk voor de formulering van nieuwe doelen en activiteiten. Nieuwe behoeften en problemen komen aan bod. Dit komt niet overeen met de resultaten uit het onderzoek.

6.4 | Feedback opdrachtgever

In bijlage 4 is de feedback van de opdrachtgever te raadplegen.

6.5 | Onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag

Om met een objectieve blik te blijven kijken naar het onderzoek, zijn de stappen die horen bij het onderzoek in volgorde uitgewerkt. De transcripten kregen dusdanig veel codes, dat is besloten om alles opnieuw te coderen. Het opnieuw coderen heeft ertoe geleid dat de resultaten zorgvuldig zijn uitgewerkt. Alles is herlezen. Met de verkregen informatie van cliënten is integer te werk gegaan. Voorafgaand aan elk interview is om toestemming gevraagd via een toestemmingsformulier (bijlage 2) en aan het begin van het interview is nogmaals om toestemming gevraagd om een spraakopname te maken en te controleren of de cliënt nog akkoord is. De spraakopnames zijn na transcriberen definitief verwijderd en de transcripten zijn geanonimiseerd.

Na de interviews is geëvalueerd met iedere cliënt met welk gevoel een cliënt het interview verlaat. Cliënten is aangeraden na de interviews om naar de activiteiten te gaan om ontspanning op te zoeken en gedachten te kunnen verzetten. Ook is tijdens de interviews gevraagd of het gesprek nog vol te houden was of dat een pauze ingelast moest worden om rekening te houden met de mentale belastbaarheid. Tot slot is rekening gehouden met bestaande afspraken van cliënten in de kliniek, zodat behandelaars geen hinder ondervonden van de interviews.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is geleerd om kleine stapjes te nemen. Dit heeft te maken met mijn persoonlijke situatie, waardoor ik gedwongen was om rustig aan te doen. Door meerdere dagen in de week een paar uur te besteden aan onderzoek, kwam ik steeds dichterbij mijn uiteindelijke doel. Aan het begin van dit onderzoek zag ik er tegenop om weer aan de slag te gaan met scriptie, omdat ik vorig jaar vastliep in het opstellen van de conceptinleiding. Door toch door te zetten en op tijd om hulp te vragen bij mijn scriptiebegeleider, is het gelukt om mijn onderzoeksverslag in te leveren. Ik heb geleerd om door te zetten als iets onmogelijk lijkt en kleine stapjes te zetten als grote niet mogelijk zijn. Als ik nog een keer een onderzoek mag doen, dan houd ik vast aan het zetten van kleine stappen en heb ik vertrouwen in mijn eigen kunnen.

H7 | Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn vijf aanbevelingen gedaan voor de afdeling ouderenpsychiatrie van Emergis. De aanbevelingen komen voort uit de conclusies van het onderzoek.

7.1 | Aanbeveling 1

Aansluiten op interesses

Op 8 november 2022 heeft de onderzoeker contact gehad met de activiteitenbegeleiders van de ouderenpsychiatrie. Hieruit komt naar voren dat activiteitenbegeleiders aan het begin van de opname door cliënten een interesselijst laten invullen. Uit het onderzoek blijkt dat het huidige activiteiten aanbod niet altijd aansluit bij de interesses van cliënten. Om in te spelen op de behoeften van de cliënten is het belangrijk dat de interesselijst naast het huidige activiteitenprogramma wordt gelegd om na te gaan of het huidige aanbod voldoende aansluit bij de interesses van de cliënt. Indien nodig kan de activiteitenbegeleider met de cliënt op zoek gaan naar meer passende activiteiten, zodat de behoeften meer kunnen worden bevredigd.

7.2 | Aanbeveling 2

Evaluëren van activiteiten

Uit het onderzoek komt naar voren dat cliënten behoefte hebben aan het evalueren van activiteiten met de begeleiding. Het huidige activiteitenprogramma sluit niet altijd aan bij de behoeften, waardoor cliënten niet gemotiveerd zijn om de activiteiten te volgen. Ook is het evalueren van de relatie met de begeleiding belangrijk, omdat uit het onderzoek blijkt dat cliënten de begeleiding als te belemmerend kunnen ervaren of geen ruimte voelen om eigen inbreng te hebben. Om beter in te spelen op de behoeften van cliënten is het belangrijk dat begeleiders van de ouderenpsychiatrie evaluatiemomenten met cliënten hebben.

Om na te gaan of de aanbeveling implementeerbaar is, heeft de onderzoeker contact opgenomen met begeleiders, de opdrachtgever en de teamleider van de afdeling. Hieronder volgt hoe de stappen zijn doorlopen en welke stappen nog gezet worden.

- **Stap 1:** Op 8 november 2022 had de onderzoeker contact met de activiteitenbegeleiders van OD¹ en VKB². Beide afdelingen vormen de populatie van het onderzoek. Uit het contact met begeleiders blijkt dat OD gedurende de opname activiteiten mondeling evalueert. Zodra een cliënt met ontslag gaat, krijgt de cliënt de kans om de activiteiten te evalueren door middel van een eindevaluatieformulier. Uit het contact met de activiteitenbegeleiders van VKB blijkt dat op de afdeling VKB geen evaluatiemomenten heeft met cliënten. Voor beide afdelingen kan het als handig hulpmiddel fungeren.
- **Stap 2:** Op 10 november 2022 had de onderzoeker een overlegmoment met de opdrachtgever om de aanbeveling voor te leggen. De opdrachtgever heeft ingestemd met de aanbeveling. Uit het gesprek met de opdrachtgever komt naar voren dat de activiteitenbegeleiders in 2023 één team gaan vormen. Voor het evalueren van de activiteiten is het praktisch om één formulier te hanteren.
- **Stap 3:** Op 11 november 2022 heeft de onderzoeker de aanbevelingen doorgesproken met de teamleider van de afdeling. Het gesprek had als doel om na te gaan of de aanbevelingen implementeerbaar zijn op de afdeling. De teamleider is enthousiast over de aanbeveling.
- **Stap 4:** In bijlage 5 bevindt zich het tussenevaluatieformulier. Het voorstel is om de activiteiten voorafgaand aan elk MDO³ te evalueren door middel van het evaluatieformulier,

¹ OD: Opname en Diagnostiek

² VKB: Voortgezette Klinische Behandeling

³ MDO: Multi Disciplinair Overleg, overleg met behandelaren van de cliënt.

zodat het evalueren op een vast moment terugkomt. Bij VKB wordt elke cliënt na zes weken geëvalueerd en bij OD na drie weken. De begeleider gaat na het invullen met de cliënt in gesprek om bijzonderheden te bespreken. Tijdens het MDO worden de uitkomsten van de tussenevaluatie besproken met het team. Aan de hand van de uitkomsten wordt maatwerk geboden aan cliënten door in te spelen op de behoeften. Het formulier is in een groot lettertype opgemaakt, zodat het goed leesbaar is voor de doelgroep. Ook is gekozen voor meerdere schaalvragen, omdat bij het interviewen bleek dat open vragen niet gelijk te beantwoorden waren.

7.3 | Aanbeveling 3

Activiteitsaanbod in het activiteitenlokaal uitbreiden

Uit het onderzoek blijkt dat de activiteiten in het activiteitenlokaal niet altijd voldoen aan de interesse van cliënten. Cliënten zoeken afleiding door op de hometrainer te fietsen of naar de Motte te gaan. Bij de Motte kunnen cliënten houtbranden. Op de afdeling ouderenpsychiatrie wordt deze activiteit niet aangeboden. Uit een gesprek met de teamleider is naar voren gekomen dat de Motte definitief gaat sluiten. Cliënten kunnen daardoor in de toekomst geen hout meer branden, terwijl de behoefte aanwezig is om deze activiteit uit te voeren. De teamleider geeft aan budget te hebben voor het aanschaffen van materiaal. Na het afronden van het onderzoek geeft de onderzoeker een presentatie voor de afdeling. Mogelijkheden voor het investeren in nieuwe activiteiten worden dan besproken.

7.4 | Aanbeveling 4

Presentatie motiverende gesprekstechnieken

Uit het onderzoek komt naar voren dat begeleiders de gesprekstechnieken vanuit motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken beter mogen toepassen. Om cliënten te motiveren, is het van belang dat cliënten argumenten benoemen om gedrag te veranderen. Volgens cliënten mogen begeleiders vaker complimenteren, omdat dit een stimulerende werking heeft. Het is van belang dat de begeleider op zoek gaat naar positieve uitzonderingen met de cliënt en inspeelt op de kwaliteiten van de cliënt. Om de motiverende gesprekstechnieken te verbeteren, legt de onderzoeker tijdens de presentatie bij Emergis de belangrijkste facetten van motiverende gesprekstechnieken uit.

7.5 | Aanbeveling 5

Aanvullend onderzoek

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat cliënten behoefte hebben aan meer beweging. Volgens cliënten biedt het huidige activiteitenprogramma één à twee beweegmomenten per week aan. Uit een gesprek met de teamleider van de afdeling blijkt op de afdeling VKB eenmaal per week een beweegagoog groepstherapie te geven. De activiteitenbegeleiders gaan vier keer per week wandelen met cliënten. Bij OD gaat een beweegagoog tweemaal per week met cliënten naar de fitness op het terrein van Emergis. De activiteitenbegeleider gaat eenmaal per week wandelen met cliënten. Onduidelijk is wat maakt dat cliënten aangeven maximaal twee keer per week te bewegen, terwijl beweegactiviteiten vaker op het programma staan. Met aanvullend onderzoek kan de oorzaak hiervan duidelijk worden.

Bronnenlijst

- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R., & Sommers, S. (2018). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Baarda, D., Teunissen, J., & Goede, M. d. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bannink, F. (2012). *Practicing positive CBT*. Oxford: Wiley.
- Baron, E., De Jonge, J., & Schippers, G. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Gedragstherapie*, 48(2), 138-152.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C. (2013a). *Wat werkt: oplossingsgerichte therapie?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Blanken, C., Clijisen, M., Garenfeld, W., Te Paske, I., & Van Piere, M. (2016). *Psychiatrie voor de sociaal werker*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boluijt, P., De Rover, C., & Lezwijn, J. (2012). *Sociale participatie bij ouderen in de regio Gelre-IJssel*. Apeldoorn: GGD Gelre-IJssel, Kennis- en Expertisecentrum.
- Brenning, K., Coorevits, N., Van der Kaap-Deeder, J., & Vansteenkiste, M. (2021). Hoe een ABC-mindset de klinische praktijk kan verrijken. *Klinische psychologie*, 51(1), 22-34.
- Davelaar, M., & Van Mierlo, J. (2013). *Clënten keuren de dagbesteding*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- De Bil, P. (2011). *Onderzoek in 15 stappen*. Den Haag: Uitgeverij Nelissen.
- De Nederlandse GGZ. (2013). *Hervorming langdurige zorg: de positie van de ggz*. Amersfoort: De Nederlandse GGZ.
- De Vries, S. (2018). Wat iedere sociaal werker moet weten. *Vakblad Sociaal Werk*, 19, 21-23.
- De Vries, S., Prüst, H., Joosen, W., & Hoeffgen, M. (2017). *Oplossingsgericht werken in het sociaal werk*. Utrecht: Movisie.
- Dröes, R., Scheltens, P., & Schols, J. (2017). *Meer kwaliteit van leven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emergis. (2019). *Ouderenpsychiatrie: passende zorg bij complexe problematiek*. Goes: Emergis.
- Emergis. (z.d.). *Missie en visie*. Opgeroepen op oktober 7, 2021, van <https://www.emergis.nl/over-emergis/missie-en-visie/>
- Franzen, G. (2008). *Motivatatie: denken over drijfveren sinds Darwin*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- GGZ Standaarden. (2017). *EPA (ernstige psychische aandoeningen)*. Opgeroepen op november 7, 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/inleiding>
- GGZ Standaarden. (2017a). *Daginvulling en participatie*. Opgeroepen op november 8, 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/daginvulling-en-participatie/uitwerking-van-aandacht-voor-een-zinnige-daginvulling-en-werk>
- Herber, G., Lemmens, L., & Spijkerman, A. (2018). *Preventieve activiteiten voor ouderen die onvoldoende bereikt worden: wat zijn kansrijke elementen?* Bilthoven: RIVM.
- Huxhold, O., Fiori, K., & Windsor, T. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being and health: the costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and aging*, 28(1), 3-16.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Maslow, A. (2017). *A Theory of Human Motivation*. Hawthorne: BN Publishing.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2017). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Muchiri, W., Olutende, O., Kweyu, I., & Vurigwa, E. (2018). Meaning of Physical Activities for the Elderly: A Review. *American Journal of Sports Science and Medicine*, 6(3), 79-83.

- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). *Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021*. Opgeroepen op april 16, 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312894_22/2/
- Nelis, H., & Sark, Y. v. (2021). *Motivatatie binnenstebuiten* (Vol. Achtste herziene druk). Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers.
- Oude Voshaar, R., Van der Mast, R., Stek, M., Verhey, F., & Vandenbulcke, M. (2018). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pot, A., & Visser, S. (2014). *Ouderen in de geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ramaker, L., & Alderliester, H. (2021). *Zinvolle dagactiviteiten voor mensen met dementie*. Utrecht: Movisie.
- RIVM. (2018). *Handvatten om meer ouderen te bereiken met preventieve activiteiten*. Opgeroepen op maart 22, 2022, van <https://www.rivm.nl/nieuws/handvatten-om-meer-ouderen-te-bereiken-met-preventieve-activiteiten>
- Robbins, S., & Judge, T. (2020). *Gedrag in organisaties*. Amsterdam: Pearson.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American psychologist*, 55, 68-78.
- Swinnen, L. (2015). *(Geen) goesting?!* Leuven: Uitgeverij Van Halewyck.
- Tijken, H. (2012). *Aan het werk! Over trajectbegeleiding en re-integratie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Trougakos, J., Hideg, I., Cheng, B., & Beal, B. (2013). Lunch Breaks Unpacked: The Role of Autonomy as a Moderator of Recovery during Lunch. *Academy of Management Journal*, 57(2), 405-421.
- Van Dam, A., & Mulder, N. (2008). *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van den Broeck, A. (2013). Het Job Demands-Resources model: een motivationele analyse vanuit de Zelf-Determinatie Theorie. *Gedrag & Organisatie*, 26(4), 449-466.
- Van den Broeck, A. (2016). De basisbehoeften van de Zelf-Determinatie Theorie: een samenvatting van de literatuur. *Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 26(2), 67-74.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en organisatie*, 22(4).
- Van der Helm, P. (2022, januari 13). *Nieuw financieringsmodel ggz dreigt fataal te worden voor dagbesteding*. Opgeroepen op maart 13, 2022, van <https://www.socialevraagstukken.nl/nieuw-financieringsmodel-ggz-dreigt-fataal-te-worden-voor-dagbesteding/>
- Van der Veen, M., & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaalagogisch werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Veen, M., & Goijarts, F. (2021). *Praktijkgids motiverende gespreksvoering social work*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Halem, N., & Groot, S. (2014). *Planmatig zorg verlenen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Houten, M., Verweij, S., Hanzon, C., Lammersen, G., Nourozi, S., Briels, B., & Van Middelaar, M. (2017). *Dagbesteding in ontwikkeling*. Utrecht: Movisie.
- Van Maanen, M., & Flikweert, M. (2015). *Monitor dagbesteding 2015*. Gouda: Zorgbelang Zuid-Holland.
- Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedragsverandering. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 36, 171-189.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. (2013). On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle. *Journal of Psychotherapy*, 23(3), 262-280.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.

- Verstuyf, J., & Vansteenkiste, M. (2008). Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora*, 24, 7-22.
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate*. New York: Routledge.
- Weldam, S., Lammers, J., Decates, R., & Schuurmans, M. (2013). Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 190.
- Winsemius, A., Ballering, C., Scheffel, R., & Schoorl, R. (2016). *Wat werkt bij sociaal en gezond?* Utrecht: Movisie.
- Zorginstituut Nederland. (2021). *GGZ daginvulling en participatie*. Opgeroepen op november 17, 2021, van <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-daginvulling-en-participatie>

Bijlage 1 | Interviewhulp

Algemene informatie	
Respondentnummer	
Geslacht	
Datum	
Locatie	
Interviewer	

Dit onderzoek heeft als doel het behalen van de behandeldoelen van cliënten van de ouderenpsychiatrie, waardoor cliënten eerder kunnen uitstromen. De nadruk ligt hierbij op het achterhalen wat cliënten nodig hebben om deel te nemen aan het activiteitenprogramma. Met dit onderzoek wordt nagegaan waarom cliënten wel of niet komen opdagen bij de activiteiten en wat cliënten motiveert om actief mee te doen.

Introductie
• Informatie over inhoud onderzoek en wat met resultaten wordt gedaan • Geen goede/foute antwoorden • Ook negatieve aspecten mogen aan bod komen • Verkregen transcripten worden geanonimiseerd • Duurt ongeveer 45 minuten • Toestemming voor spraakopname tijdens interview

KERNBEGRIJP	TOPIC	SUBTOPIC	INTERVIEWVRAAG	DOORVRAGEN
OUDEREN- PSYCHIATRIE	Biologische veranderingen	Lichamelijke conditie	1. Hoe zit u erbij vandaag? 2. Welke lichamelijke veranderingen ervaart u momenteel met het ouder worden?	
	Psychologische - en sociale veranderingen	Psychische problematiek Sociale participatie	3. Welke psychische problemen heeft u afgelopen periode ervaren? 4. Vindt u dat u voldoende deelneemt aan de maatschappij?	
DAGACTIVITEITEN	Belang van dagactiviteiten	Passende activiteiten	5. Wat vindt u van de activiteiten op de afdeling?	<i>Niveau, inhoud, flexibel, diversiteit</i>
		Meerwaarde activiteiten	6. Wat levert het meedoen aan de activiteiten voor u op?	<i>Sociaal contact, structuur, zelfvertrouwen, ontspanning, psychisch welzijn, fysiek belang</i>
		Veilige sfeer	7. Hoe vindt u de sfeer bij de activiteiten?	

	Belevingsgerichte activiteiten	Aansluiting op behoeften	8. Sluiten de activiteiten aan op uw behoeften?	<i>Aansluiting op doelen, bijdrage aan herstel</i>
MOTIVATIE	Intrinsieke motivatie	Het zelf willen	9. Wat zijn voor u redenen om het activiteitenprogramma te volgen?	<i>Interesses, iets leren</i>
		Intensiteit	10. Sluiten de activiteiten voldoende aan bij wat u kan?	
	Extrinsieke motivatie	Beloning	11. Krijgt u een beloning als u deelneemt aan het activiteitenprogramma?	<i>Waardering begeleiding/cliënten, gevolgen niet-deelnemen</i>
	Zelf-determinatietheorie	Autonomie	12. Heeft u zelf voldoende inspraak bij de activiteiten?	<i>Keuzes, meerwaarde inzien van de activiteit, achter nagestreefde doelen staan</i>
		Verbondenheid	13. Hoe ervaart u de onderlinge relaties met de andere cliënten tijdens de activiteiten?	
		Competentie	14. Hoe vindt u het niveau waarin u wordt uitgedaagd?	<i>Te moeilijk/te makkelijk (balans)</i>
BEGELEIDING	Motiverende gespreksvoering	Motiveren	15. Wat doet de begeleiding om u te motiveren voor het volgen van de dagactiviteiten?	
	Oplossingsgericht werken	Interventies	16. Welke interventies past de begeleiding toe om deel te nemen aan activiteiten?	<i>Erkennen, complimenteren en waarderen</i>
	Werkrelatie en houding begeleider	Krachtenperspectief	17. Richten de begeleiders zich voldoende op uw krachten?	
			18. Heeft u nog aanvullingen op dit interview?	

Bijlage 2 | Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Ik heb informatie gekregen over het onderzoek. Ik ben op de hoogte dat er een spraakopname wordt gemaakt van het interview en dat deze anoniem wordt verwerkt. De spraakopname wordt na verslaglegging definitief verwijderd. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord en ik kon aanvullende vragen stellen. Ik weet dat het meedoen helemaal vrijwillig is en dat ik geen reden hoeft te geven om niet mee te doen.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor het onderzoek.

☐ Ja ☐ Nee

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum:

__/__/__

In te vullen door de onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum:

__/__/__

Bijlage 3 | Transcript interview

I: Ik heb u informatie gegeven over het onderzoek en u heeft net toestemming gegeven om een spraakopname te maken en dat deze anoniem verwerkt wordt. Bent u het daarmee eens?

R: Ja, daar dan ben ik het mee eens.

I: Oké, helemaal goed. Uhm nou dan wil ik eerst even een algemene vraag stellen. Hoe zit u er vandaag bij?

R: Ja goed. Ik voel me goed en uhm ja ik ben vrolijk.

I: Nou fijn! Uhm welke lichamelijke veranderingen ervaart u momenteel met het ouder worden?

R: Ja ik krijg meer uhm gewrichtsklachten maar ik heb ook reuma dus dat is wel gekoppeld aan elkaar.

I: Uhu.

R: Ja dat krijg ik wel ja.

I: En hoe uit zich dat dan?

R: Ja, pijn.

I: Pijn.

R: Ja.

I: En heeft u dan ook moeite met bewegen?

R: Soms wel ja.

I: Ja.

R: Klopt. Ja, en vooral ik ben natuurlijk een wandelaarster, maar soms dat wandelen is uh soms pijnlijk en dat gaat dan niet weg als je loopt en dat was natuurlijk vroeger wel het geval.

I: Ja.

R: Ja, dan is dat in die zin uh voel ik dat wel ja.

I: Ja.

R: Ja.

I: En zijn er daarnaast nog lichamelijke veranderingen die u ervaart met het ouder worden?

R: Hmm nee eigenlijk niet nee.

I: Oké, dan gaan we door naar de volgende vraag. Welke psychische problemen heeft u de afgelopen periode ervaren?

R: Ja ik heb uh aanleg voor een depressie en uh manie. En uh, maar ik ben de laatste veertien jaar stabiel geweest...

I: Uhu.

R: ...en toen ben ik door een ziekte eigenlijk uh het pad afgeraakt, zal ik maar zeggen.

I: Uhu.

R: ...en toen ben ik hier gekomen.

I: Dus u kreeg er een ziekte bovenop?

R: Ja ja ja ja ja. Ja uhm voordat de depressie tot uiting kwam hoor.

I: Oké.

R: Ja door de ziekte, het was gordelroos, maar die had ik in hele hevige mate. Over de hele linkerkant.

I: Ja.

R: En uh ik kon die pijn niet meer dragen en de artsen kregen die pijnen niet onder controle.

I: Uhu.

R: Dus toen hebben ze me eerst naar het ziekenhuis gebracht. Daar heb ik een week in gelegen. Ook nog dingen gedaan met injecties in je rug en zo. Maar het ging niet weg.

I: Nee.

R: En uh ja ik kon het gewoon niet meer houden.

I: Nee.

R: Maar het was geestelijk gewoon heel sterk, want we zijn daarvoor ook verhuisd vanaf de ... Den Haag naar hier. Dat is allemaal prima verlopen en er waren omstanders juist bang voor dat... dat ik dat allemaal niet aankon...

I: Oké.

R: ...maar dat kon ik prima aan.

I: Ja.

R: Maar toen is die gordelroos gekomen en toen ben ik geknapt.

I: Ja ja, oké helder. En zijn er verder nog psychische problemen die u heeft ervaren de afgelopen periode?

R: Nee nee nee, nu was het echt de depressie.

I: Ja.

R: Ja.

I: Oké. Uhm en vindt u dat u voldoende deelneemt aan de maatschappij?

R: Ja ik ben gepensioneerd...

I: Uhu.

R: ...dus uh in die zin uh ben ik gewoon thuis, maar ik kan me thuis prima vermaken. Ik heb vele dingen wat ik doe, vooral buitenactiviteiten. Ik ben een buitenmens. En uh ja die dagen vliegen ook thuis uh om eigenlijk...dus uh.

I: Ja, vindt u dat u dan genoeg sociaal participeert?

R: Ja denk het wel, want we zijn natuurlijk hiernaartoe gekomen en we woonden in een klein dorpje en uh ja denk wel dat uh wij daar zijn met de omstanders en de burens en met uh mensen van het hele dorp. Daar groet dus iedereen iedereen en dan maak je een praatje en spreek je eens af met elkaar.

I: Ja.

R: Ja ik denk het wel.

I: Ja oké. Nou dat was een stukje over ouderenpsychiatrie.

R: Ja.

I: En dan wil ik het nu graag hebben over de activiteiten van hier op de afdeling.

R: Ja.

I: Uhm wat vindt u van de activiteiten op de afdeling? Dat gaat over het hele activiteitenprogramma.

R: Ja ja nee dat snap ik. Nou dat is een ruim aanbod vind ik zelf. Uh en ja de ene activiteit vind ik meer bij me passen als de andere activiteit...

I: Uhu.

R: ...maar dat ... dat blijft. Dat is gewoon een gegeven. Dat is logisch. Dat heb je in gewoon buitenleven ook. Dat uh...

I: Ja.

R: ...wat de een past en de ander past. Maar voor de rest ik... ik... ik denk dat uh wij hebben begrepen als open afdeling dat er op die gesloten, want daar ben ik natuurlijk binnengekomen. Daar werd er ook uh een keer in de week gezongen.

I: Ja.

R: En ik denk dat dat net zo goed uh... goed kan met de mensen op de open afdeling.

I: Ja.

R: Dat is weer een hele andere soort activiteit als wat er geboden wordt.

I: Want als ik het goed begrijp, werd op de gesloten afdeling gezongen en op de open afdeling niet?

R: Ja klopt.

I: Oké.

R: Ja ja. Ze hebben het er wel eens over hoor, maar uh tot nu toe is er nog niks gebeurd eigenlijk. En uh ja dat heb ik wel gemist. Niet dat ik zo goed kan zingen, maar het geeft wel iets uh...

I: En wat geeft het u dan?

R: Nou ja als je heel erg in de put zit, dan uh kan een melodie of een gezang kan wel eens eerder doordringen dan mensen die tegen je aanpraten.

I: Ja ja. En u bedoelt dan vooral op het moment dat u in een dal zit, dat het u dan vooral zou helpen om uhm...

R: Nou ja kijk het is natuurlijk een groot woord om te zeggen van het helpt je er bovenop. Zo werkt het natuurlijk niet.

I: Nee dat snap ik.

R: Maar het kan een meerwaarde betekenen in het aanbod van uh de activiteiten.

I: Oké, wat goed dat u dat zegt.

R: Ja, dat lijkt mij wel wat voor... ook voor de open afdeling.

I: Ja.

R: Ja, want vaak ben je zo in jezelf gekeerd ook en een muziekje of een dingetje kan toch iets meer betekenen denk ik.

I: Ja ja.

R: Maar goed dat is een kleine opmerking denk ik.

I: En verder? Want u zegt uhm er zijn een heleboel activiteiten. De een sluit aan en de ander niet...

R: Ja ja ja.

I: Sluit het aan bij uw interesses?

R: Muziek?

I: In het algemeen de activiteiten.

R: Oh nou ja ik ben niet ben een mens van creativiteit. Dat sluit niet bij mij aan, maar dat is ook wel goed overgekomen bij degene die dat begeleidde.

I: Werd daar dan rekening mee gehouden?

R: Ja ik mag doen wat ik wil.

I: Oké.

R: Ja hoor, ja. Een krant lees ik. Ik zit dan een uurtje iets te doen in dat uh terrein. En daarna mag ik de krant lezen. Bijvoorbeeld maandag heb ik twee uur. Dat vind ik op zich wel erg lang hoor 2 uur, want je zit maar stil natuurlijk. En ik ben natuurlijk een mens die toch wel iets meer beweging wil hebben, dus dat is wel lang vind ik. Veel mensen vinden dat te lang. Een uur, anderhalf uur is te doen. Maar net die 2 uur, dat moet je echt uitzitten.

I: Ja.

R: Ja ja. Dat zou bijvoorbeeld een uurtje creativiteit en een uurtje zingen kunnen zijn.

I: Ja.

R: Je zou het ook staand kunnen doen natuurlijk voor degene bij wie dat kan.

I: Ja.

R: Dus dat uur is er eigenlijk.

I: Zijn dat altijd blokken van twee uur in het activiteitenprogramma?

R: Nee nee, alleen maandagochtend.

I: Alleen de maandagochtend.

R: En ik denk dat dat te maken heeft, want dat is ook wel uhm te analyseren waarom dat is. Ze hebben hier maandagochtend altijd overleg, de artsen en...

I: Klopt.

R: ... en dat duurt natuurlijk wel eens langer, dus moeten wij een beetje zoet gehouden worden. Ja zo is het gewoon, klaar.

I: Ja.

R: Dus die tijd staat twee uur, dan hebben zij volop de ruimte om te vergaderen. En wij zitten lekker met elkaar met elkaar opgeborgen. Zo noemen we dat. En dan uh...gaan we die twee uurtjes gewoon zitten doorbrengen.

I: Ja.

R: Ja.

I: Begrijp ik dan goed dat u vindt dat er te weinig afwisseling is in die twee uur?

R: Ja, denk ik wel. Daarom zou ik dat zingen bijvoorbeeld daarin kunnen schuiven. Dat zou ik gewoon doen, want de therapeuten laat maar zeggen die dat uh uh begeleidt, dat zijn er twee. Die ene begeleidt ook die muziek in die gesloten afdeling dus de kennis is er of er zijn zelfs boekjes gemaakt en zo. Hartstikke leuk!

I: Ja.

R: Dus het zou makkelijk, in mijn ogen makkelijk kunnen. Maar goed.

I: Ja goede die neem ik mee. En wat vindt u over het algemeen van de diversiteit qua wat wordt aangeboden.

R: Ja nou ja, die hersentrainingen vind ik heel prettig, want dan kun je ook uh bij jezelf nagaan van uh hoe werkt het. Maar bij mij werkt het toch al minder, omdat ik ... Ik heb in 2008, 36 ECT's gehad, dus mijn korte en lange termijn is wel beschadigd, dus vandaar dat ik veel opschrijf en uhm uhm... Wat wou ik nou zeggen. Zie je het naja...

I: Maakt niet uit. Denk op uw gemakje na.

R: Nee nee, stel de vragen nog even opnieuw.

I: Uhm of u vindt dat er genoeg diversiteit is in het aanbod?

R: Nou ik weet ik het weer. De hersentraining vind ik heel fijn. Dat ik er zelf natuurlijk ook alert op ben. Dat ik toch meer kan onthouden... uhm toe. Uhm hebben we nog meer. Nou zingeving vind ik, dat past niet bij me. Dat vind ik te... ja... langdradig.

I: Uhu.

R: Ja dat hoeft voor mij niet.

I: Helemaal niet of?

R: Nee dat hoeft voor mij niet. Nee, nee, nee, nee.

I: En kunt u aangeven waarom dat niet bij u aansluit?

R: Ja ik vind het saai. En het duurt ook heel.... langdradig uh ja. Ja ik heb weinig geduld, dus daar loop ik dan tegenaan. Maar dat zegt meer ook iets over mij als over degene die dat geeft natuurlijk.

I: Maar het gaat over uw ervaring, dus het is goed dat u het zegt.

R: Ja ja ja, maar dat uh... we hebben ergotherapie geloof ik hè.

I: Ja.

R: Dat is heel zinvol

I: Ja.

R: Ja, heel zinvol.

I: Kunt u uitleggen wat u dat geeft?

R: Ja dat geeft inzicht in je eigen hebben en houden, noem ik het hè. De belasting, de belastbaarheid uh die je van buitenaf kunt krijgen en... ja. Je komt erachter gaandeweg hoe het bij jezelf werkt en ook wat eigenlijk je valkuilen zijn.

I: Ja.

R: En dat is heel zinvol. In het begin vond ik dat heel moeilijk, omdat ik helemaal vast zat, maar gaandeweg ging het met mezelf beter en toen kon ik het beter behappen.

I: Ja.

R: Dus dat is zinvol, absoluut! Want ongeacht wie, je kunt er allemaal iets uithalen voor jezelf. Dat is heel belangrijk. Dat zou wel meer kunnen in uh ja.

I: Nog meer ergotherapie?

R: Ja ja dat denk ik wel. Ja ja ja.

I: Ja.

R: Plus je hebt ook tijd om erover na te denken en ook op te schrijven en dat zou uh degene die dat geeft eens kunnen bekijken hoe dat bij jou zit. Dan weet je of dat... Het is heel compact allemaal in elkaar uh uh in elkaar geschoven de lesstof.

I: Uhu. Uhm, volgens mij dat wordt in een groep gegeven toch?

R: Ja in een groep.

I: En wat bedoel je dan met dan kan diegene met je naar kijken?

R: Nou, als je bijvoorbeeld twee keer dat in de week zouden geven...

I: Uhu.

R: ...dan, je moet ook dingen opschrijven voor jezelf. En dan zou die persoon daar even naar kunnen kijken van oh dat... Dan krijg diegene ook veel meer inzicht in... Nu is het allemaal vlug vlug vlug, wat op het bord geschreven wordt. Daar moet je wat mee doen. En dan wordt het opgeschreven en dan is het klaar.

I: Ja en bedoel je dan diegene, bedoel je dan ergotherapeut?

R: Ja ja ja ja ja ja ja...

I: Oké.

R: Maar ik begrijp ook die komt van buitenaf ook. Die zit natuurlijk ook vol met der uurtjes, dus dat ...die tijd is er gewoon niet.

I: Nee.

R: Maar wat dat betreft zou er voor meer tijd ingeruimd kunnen worden.

I: Ja, want wat zou u dat opleveren als u daar meer tijd in zou steken?

R: Nou, dat je nog meer inzicht krijgt in jezelf en dan kun je nog eens vragen dat en dat en dat. Je kunt meer vragen.

I: Ja.

R: Ja ja ja.

I: Oké helder. Uhm en wat levert het meedoen aan de activiteiten voor u op?

R: Nou ja, ten eerste moet je uit je bed komen. Dan praat ik over de beginfase. En dat is heel heel lastig om uit je bed op te staan. En uh ja ik had in het begin ook helemaal geen zin in wat voor activiteit ook. Ik kon het gewoon niet opbrengen, maar ik ben toch uit bed gekomen, toch naar die woonkamer gegaan en toch meedoen aan de activiteiten. Ik heb er wel wat gemist, maar verhoudingsgewijs ik heb er toch niet veel gemist. En uiteindelijk heeft me dat toch opgeleverd dat ik gaandeweg beter werd...

I: Ja.

R: ... dus èn medicatie èn activiteiten.

I: Ja dus als ik het goed begrijp draagt het activiteitenprogramma ook bij aan uw herstel?

R: Ja, ja, ja mooi woord. Dat is het. Ja zeker, ja. Ja zeker, ja.

I: Oké, mooi.

R: Ja.

I: En uhm, want u zegt ik kwam daardoor uit mijn bed. Ik had uh... ik volgde daar de activiteiten. Uhm.. Kunt u ook iets zeggen of u dat structuur gaf?

R: Ja dat geeft structuur en een dele van de dag geeft het structuur. Niet de hele dag door, want uh ik heb ook wel gehad na de ochtendactiviteiten. Dan heb je eten natuurlijk.

I: Uhu.

R: Nou tot dan toe is het redelijk ingevuld. Nou dan ging ik weer even naar mijn bed.

I: Ja.

R: Zo was het gewoon.

I: Ja en was die ruimte er ook of moet je dan op dat moment eigenlijk naar de activiteiten gaan?

R: Nee nee, dat begon om 14 uur weer, dus dan kon ik even een uurtje op bed liggen op bed liggen ja.

I: Oké, dus u vond het eigenlijk ook wel fijn dat het programma niet helemaal gevuld was, maar dat u ook nog ruimte had om te rusten?

R: Ja ja, en maar na de na de activiteiten van de middag, ja dan ging ik vaak gewoon maar even liggen weet je, omdat ik dacht ja... Maar nu moet ik daar niet aan denken dat ik dat gedaan heb. Het is zo anders geworden. Ik ben levendig en ik praat met iedereen en uh ik ga lekker naar buiten om te wandelen en.... Het is anders, maar die activiteiten die hebben wel ook mede geholpen aan het opknappen van jezelf.

I: Ja.

R: Ja absoluut.

I: Ja oké. Uhm...

R: Ook al vond ik ze niet altijd passend, maar toch hebben ze geholpen.

I: Ja, dus ook de activiteiten die u eigenlijk niet aanstonden...

R: Ja ja achteraf hè, zie je dat. Alleen ja het heeft mij toch geholpen, want je zit toch in een kring. Dus je zit allemaal wat te doen. En er wordt toch het een en ander gesproken, niet altijd. Maar je hebt toch een gevoel van ik hoor ergens bij.

I: Ja.

R: Want in een depressie kun je je heel eenzaam voelen, ...

I: Ja ja

R: ...en dan helpt dat wel.

I: Oké. Uhm en heeft het u verder nog iets opgeleverd? Want ik heb u nu een aantal dingen horen noemen. Zijn er nog meer dingen die het activiteitenprogramma u heeft opgeleverd?

R: Nee. Nou ja de vrijheid had ik wel gekregen van het sporten. Dat is natuurlijk ook een activiteit.

I: Ja zeker.

R: Daar nam ik geen deel aan, maar in plaats daarvan ging ik uh wandelen en dat uh heb ik besproken en dat werd goed bevonden. Als je maar beweegt, want ze zouden... Dat is wel iets om mee te nemen. Er zou wel meer bewogen kunnen worden met de mensen, want dat is ook summier.

I: Ja?

R: Nu hebben we sinds kort twee momenten in de week. Dat uh ongeveer een kwartiertje denk ik uh, wandelen met elkaar...

I: Ja.

R: ... maar eigenlijk is dat te weinig.

I: Ja.

R: ...want heel veel mensen die zitten maar eigenlijk hè. En die ja... die moeten echt gestimuleerd worden in mijn ogen om eruit te gaan, want anders blijf je in die kamer zitten en... Daar zou wat meer op gelet kunnen worden. Ja.

I: Oké ja. En hoe vindt u de sfeer tijdens de activiteiten?

R: Ja die sferen zijn goed hoor.

I: Ja?

R: Ja zeker!

I: Kunt u daar iets over zeggen?

R: Nou iedereen uh kan aan het woord komen of komt aan het woord. Dat is gewoon zo. En uh ja dan gaat de uh... het is toch ook een vertrouwenskwestie als je het nodige over jezelf verteld en dat gevoel heb ik wel dat dat kan bij uh alle activiteiten.

I: Oké.

R: Je kunt iets over jezelf vertellen wat je gewoon uh tegen en ander niet kunt vertellen. Dat dat dat is aanwezig en dat geldt voor de hele verpleging. Ja.

I: Kan ik daarmee mee uhm zeggen dat u zich veilig voelde bij de activiteiten?

R: Ja zeker. In het begin niet hoor.

I: Nee.

R: In het begin voelde ik mij hoogst onveilig, maar ik voelde me hier ook onveilig. En in de huiskamer, overal. Ik was... ik bibberde als ik weet niet wat en uh dat is gaandeweg toch weggegaan en nou ja ik denk waarom ben ik nou bang geweest.

I: Nee.

R: Dat weet je niet meer. Nee dat is zonder meer waar. Veilig, ja absoluut! In het begin niet, dat zal voor de meeste mensen denk ik wel gelden.

I: Ja.

R: Ja.

I: Uhm, ja deze vraag is wel al een beetje beantwoord, maar ik ga hem toch nog stellen. Sluiten de activiteiten aan op uw behoeften?

R: Ja nou ja die dingen heb ik gezegd, wat ik uh zelf ervan vind. Maarja dat sluit aan ja. Ja, ja, ja.

I: En wat zijn voor u redenen om het activiteitenprogramma te volgen?

R: Nou de reden is natuurlijk uh dat je structuur daardoor krijgt en houvast biedt. Het biedt houvast en dat is denk ik essentieel.

I: Ja en zijn er nog andere dingen waarom u het activiteitenprogramma volgt?

R: Nou ja je steekt natuurlijk wel het nodige ook op hè, bijvoorbeeld ergotherapie en hersentraining. Dat vind ik ook heel erg... heel prettig. Ontspanningsoefeningen dat wordt ook geboden. Nou dat is een prima uh... activiteit. Dat vergeet ik eigenlijk, maar dat is een prima activiteit. Ja en uh ja zo zijn er nog wel meer denk ik maar ik kan er even niet opkomen.

I: Maakt niet uit. U zegt al hele goede dingen.

R: Ja (lacht).

I: En sluiten de activiteiten voldoende aan bij wat u kunt?

R: Ja ik denk het wel.

I: Dus qua niveau zeg maar.

R: Ja ja ja ja ja dat zeker.

I: Wordt u voldoende uitgedaagd?

R: Ja zeker ja ja. Ja zeker.

I: Dus is het is niet te moeilijk of te makkelijk?

R: Nee nee nee, ik kan het allemaal prima volgen. Ja. Het is goed. Het is voor iedereen te volgen, ook mensen die wat minder goed ook in hun vel zitten. Maar het wordt het zo gebracht dat... en als je het niet begrijpt, dan kun je erom vragen. Die ruimte is er ook. En dat is ook belangrijk.

I: Uhm en krijgt u een beloning als u deelneemt aan het activiteitenprogramma?

R: Nou ja de beloning is voor jezelf natuurlijk. Dat uh dat je langzamerhand uh... ja toch beter in je vel komt te zitten op de een of andere manier, maar helpen daar helpen toch die activiteiten bij, dus dat is de beloning. En dat is het natuurlijk wel waard, zeker als je het zelf gaat voelen, want nu vind ik het helemaal niet zo erg om uh bij die creativiteit te zitten. Nee ik denk ach, het gaat wel. Dat is een heel verschil hoe je begint en hoe je eindigt eigenlijk, want volgende week ga ik natuurlijk weg. Daar zit een heel verschil tussen.

I: Dus u staat er eigenlijk nu heel anders in dan dat u er toen in stond?

R: Ja, absoluut! Absoluut ja. Klopt!

I: Oké, uhm en zijn er ook gevolgen als u niet deelneemt?

R: Ja dan uh wordt er gevraagd waarom je niet deelneemt en uhm als daar een geldige reden voor is dan is dat prima. En anders ja moet je gewoon alsnog gaan. Dan komt de verpleging naar je toe.

I: Uhu.

R: Nou prima. Als je een geldige reden hebt, dan is er niks aan de hand. En ja wil je een beetje beetje verzaken, noem ik het maar, ja. Daar gaan ze niet mee akkoord.

I: En hoe vindt u dat de verpleging dat doet?

R: Ja dat doen ze keurig. Ja hoor.

I: En kunt u uitleggen, wat doen ze dan precies?

R: Nou dan praten ze met je van uhm ook als het nodig is, waarom je naar die activiteiten dient te gaan En dan uh... ja dan ga je het misschien...dringt er wat tot je door dat je beter wel kan gaan. Want de een praat en de ander denkt ja en dan gaat het toch.

I: Ja.

R: En wat het voornaamste is, dat ze natuurlijk altijd zeggen als het niet lukt dan kun je altijd nog terug. Dus er is ruimte tussen. En dat is wel belangrijk dat dat ook geboden wordt.

I: Ja oké. En heeft u zelf voldoende inspraak bij de activiteiten?

R: Ja hoor. Ja ik kan... ja want ik wist helemaal niet wat ik daar ging doen bij het creativiteitsgebeuren. En uh hebben ze eigenlijk ook gezocht met mij samen wat nou wel lukt. Weetje nou je begint met een beetje kleuren. Daar heb ik er een paar van gedaan, met die mandala's. En uh... nou ben ik met een soort mozaïekstukje bezig op stukjes papier plakken en moet het iets voor gaan stellen.

I: Ja.

R: Nou ja en ik vind het eigenlijk wel leuk dat laatste. Ja dus, ik heb er eigenlijk ook wel wat van opgestoken. Maar dat was niet de vraag geloof ik.

I: Dat maakt niet uit.

R: Oh god (lacht)

I: Of u zelf voldoende inspraak heeft bij de activiteiten?

R: Oh ja! Nou ja die inspraak heb ik wel gehad, ja hoor! Ja ja ja.

I: Maar ik hoor u ook eigenlijk een beetje zeggen – als ik het niet goed zeg, moet u het zeggen hoor-, dat u in eerste instantie de creatieve activiteit niet leuk vond, maar dat u wel ook een weg erin hebt gevonden waarin u sommige dingen van creatief leuk vond.

R: Ja ja dat plakken dat vind ik wel leuk ja. Ik merk dat ik uh ... Daar kijk wel naar uit ja.

I: Dus u hebt eigenlijk ook nieuwe activiteiten leren ontdekken?

R: Nou voor hier wel. Ik zou het voor thuis niet doen, maar voor hier wel.

I: Ja ja nee precies.

R: Ik neem het niet mee naar huis (lacht).

I: Nee dat hoeft ook niet.

R: Ja dat klopt wat je zegt ja.

I: Ja uhm, staat u zelf achter uw doelen die u bij de activiteiten heeft?

R: Ja ik had natuurlijk helemaal geen doel. Maar uiteindelijk ben ik toch tot iets gekomen. Maar dat heb ik natuurlijk al gezegd.

I: En hoe ervaart u de onderlinge relaties met de andere cliënten tijdens de activiteiten?

R: Ja we hebben uh uh twee keer bij die creatieve activiteit ruimte met elkaar even te bespreken of te praten of te lachen of muziek te luisteren. Die ruimte is er. Ja bij de andere is dat natuurlijk minder aan de orde, omdat je daar dingen opneemt uh uh uh... in je hoofd wat je gevraagd wordt eigenlijk. Waar ook wel ruimte is, dat is toch bij de hersentraining, want dan moet je dingetjes optellen of aftrekken of opschrijven en daar is ook wel ruimte voor... we hebben ook wel lol daar. Ja dat gaat wel goed. Ja die ruimte is er.

I: En doet u dan daarna ook nog iets met de mensen die u tijdens de activiteiten heeft leren kennen... Ik bedoel levert het daarna ook nog iets op?

R: Ja ik ga met een aantal wandelen. Ik ben een wandelaarster en uh ja dat zijn er... een zeker en twee als we korte stukjes lopen, gaan wij wandelen. Ja ja ja, dat doen we en we praten natuurlijk ook onderling of als de een iets vraagt in vertrouwen, dan maken we ruimte voor elkaar. Die saamhorigheid is momenteel heel groot.

I: Ja, oké. En dragen die activiteiten daaraan bij?

R: Ja ik denk het wel. Ja, want je leert er allemaal dingen ook en dan je daar eens op terugkomen met elkaar. Ja zeker ja.

I: Oké, uhm doet de begeleiding verder nog iets anders om u te motiveren voor de activiteiten, naast wat u al gezegd heeft?

R: De verpleging?

I: Ja en ook de begeleiding tijdens de activiteiten.

R: Ja ja ja ja ja. Nou ja ik denk dat ze toch wel goed in de gaten houden wat er reilt en zeilt zo binnen de open afdeling. Ja dat weet ik eigenlijk wel zeker.

I: Ja u heeft het eigenlijk al een beetje gezegd hè.

R: Ja.

I: Uhm en als u dus wel naar de activiteiten gaat, krijgt u dan van de begeleiding of van de verpleging daarop iets te horen?

R: Nou in het begin wel, als je zo diep zit. Dan krijg je dat zeker te horen, want dan vinden ze het al heel fijn en knap dat je dat hebt kunnen opbrengen. Zeker! Dat hebben ze zeker gedaan. En dat doen ze bij iedereen die nog in die beginfase zit. En als je... gaandeweg dat je beter wordt, ja dan gaat alles automatisch en dat zien ze ook. Dan heb je niet... geen uh uh uh uh hoe noemen ze dat uh... pluimpje meer nodig.

I: Nee.

R: Dat gaat vanzelf en dan nemen zij ook een stapje terug. Dat voelen ze feilloos aan.

I: Ja, oké. En wat vindt u van de houding van de begeleiding?

R: Ja goed. Ze zijn gewoon goed, stuk voor stuk.

I: En kunt uitleggen wat dan maakt dat hun houding goed is?

R: Betrokkenheid en uhm en stimuleren doen ze natuurlijk ook. En uhm... bij een activiteit, dat zou wel wat anders kunnen denk ik. De ergotherapeut noem ik dat maar. Die heeft de neiging als schooljuffrouw op te treden. Beetje ergens op wijzen en dat zou wel wat minder kunnen denk ik.

I: En hoe zou ze dat dan anders kunnen doen?

R: Nou niet voor mij maar ik heb meegemaakt dat ze bij anderen die werden ze ja toch een beetje uh kribbig, omdat ze dingen zei die een ... die die die persoon uh... kriegelig maakte. En dat is niet een keer gebeurd, dat is wel een paar keer gebeurd. En ik begrijp dat ook wel. Dus zij zou wat uh uh uh ... uh ja misschien wat genuanceerder iets kunnen zeggen. Laat ik het heel netjes zeggen.

I: Ja u mag het gewoon zeggen zoals u denkt hoor.

R: Ja ja nou ja ik heb het gezien. En toen dacht ik ja dat is natuurlijk ook wel zo.

I: Ja.

R: Ja, maar ik heb daar zelf... Ik heb er niet mee te maken gehad gelukkig.

I: U heeft het zelf niet zo ervaren?

R: Nee nee nee nee. Nou ja ik heb wel ervaren natuurlijk dat zij zo uh dat brengt. Dat heb ik wel ervaren.

I: En u zag wat het met die ander deed als ik het goed begrijp?

R: Ja wel met meerdere...ja ja.

I: Uhm dan heb ik nog een een-na-laatste vraag: richten de begeleiders zich voldoende op uw krachten? Dus op waar u goed in bent.

R: Ja ja hoor.

I: En hoe doen ze dat?

R: Ja dan zeggen ze dat gewoon. Van oh heb je dat gedaan? Ze zijn altijd enthousiast. Ja dat doen ze. Ze brengen wel een bepaald support ja.

I: Ja.

R: Ja, ja, ja.

I: Oké, dat waren mijn vragen. Heeft u nog aanvulling op dit interview?

R: Nee, ik denk dat in de hoofdlijnen alles wel aan bod gekomen en ik vind het ook belangrijk dat deze onderzoeken gedaan worden, want dat kan alleen maar ten goede komen voor het hele instituut Emergis. Dus in die zin heb ik daar graag aan meegewerkt.

I: Nou ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking.

R: Ja, graag gedaan!

Bijlage 4 | Feedback opdrachtgever

Beste Andy,

Mijn feedback op het onderzoek van Sabrina is hieronder te lezen.

Sabrina is een onderzoeker die met kleine stappen goede diepgang bereikt. Oog heeft voor de opdrachtgever, respondenten en het activiteitenteam waar het onderzoek de meeste meerwaarde voor zal hebben. De start was onzeker en zoeken naar een goede formulering van de hoofdvraag en deelvragen. Maar de literatuur was snel en kundig gevonden en goed verwerkt tot begrijpbare taal. Het doen van de interviews was het moment dat het onderwerp ging leven en er steeds meer diepgang en een kritische houding kwam ten opzichte van de vragen en het doel wat voor ogen was. Sabrina is een studente die kritisch naar dingen durft te kijken en vragen stelt die anderen niet zo snel zullen stellen.

Het onderzoek komt op een zeer bruikbaar moment. Er staan grote veranderingen te gebeuren binnen ouderenpsychiatrie. Het activiteitenaanbod zal waarschijnlijk compleet omgegooid worden. Het onderzoek kan daarom in het ontwikkelen van Ouderen GGZ binnen Emergis een zeer waardevolle toevoeging zijn. De conclusies en de daaruit volgende aanbevelingen zijn deels verrassend en deels verwacht. De combinatie maakt dat het een bruikbaar naslagwerk wordt om het activiteitenaanbod te verbeteren en voornamelijk beter te laten aansluiten op onze cliëntengroep.

Ik kijk uit naar de presentatie van het onderzoek en de reacties van de collega's van het activiteitenteam. Hiermee dus ook mijn bevestiging dat ik akkoord ben met het onderzoeksverslag van Sabrina.

Met vriendelijke groet,

Melissa Minnaard - van Tilbeurgh

Tussenevaluatie activiteiten



1. Hoe vindt u het niveau waarin u wordt uitgedaagd bij de activiteiten? Plaats een kruisje op de lijn voor wat van u van toepassing is.

[illegible]

Kruis hieronder aan in welke mate de stellingen voor u van toepassing zijn.

2. De activiteiten sluiten aan bij mijn interesses.

☐ Eens ☐ Beetje eens ☐ Neutraal ☐ Beetje oneens ☐ Oneens

3. Ik heb voldoende inspraak bij de activiteiten.

☐ Eens ☐ Beetje eens ☐ Neutraal ☐ Beetje oneens ☐ Oneens

4. De begeleiding stimuleert mij voldoende om contact te leggen met andere cliënten.

☐ Eens ☐ Beetje eens ☐ Neutraal ☐ Beetje oneens ☐ Oneens

5. Hoe ervaart u de relatie met de begeleiding?

6. Heeft u verbeterpunten voor het activiteitenprogramma? Zo ja, welke?

Opmerkingen
