

Noorderpoort

GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN
GRONINGEN

OPLEIDING VERZORGENDE

READER EXPRESSIE ACTIVITEITENBEGELEIDING



Inhoudsopgave Reader Activiteitenbegeleiding

1	Inleiding	1
2	Ontwikkelingen in activiteitenbegeleiding	1
2.1	Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen	2
2.2	Ontwikkelingen binnen de activiteitenbegeleiding	5
3	Begeleiding of therapie	6
4	Deelgebieden bij activiteiten begeleiden	8
4.1	Educatie en vorming	8
4.2	Recreatie/ontspanning	10
4.3	Zelfzorg	11
5	Methodisch werken	16
	In de praktijk	17

1 Inleiding

Dat er zoiets als activiteitenbegeleiding bestaat, vindt iedereen tegenwoordig heel normaal. Toch bestaat de activiteitenbegeleiding zoals we die in haar huidige vorm kennen, nog niet zo lang. Vooral de gedachte dat de cliënt centraal moet staan en een grote inbreng heeft in de keuze van activiteiten, is van de laatste tijd.

De kans dat je op kwalificatieniveau 3 een functie uitoefent als zelfstandig activiteitenbegeleider is niet zo groot. De kans dat je op een of andere manier toch met het begeleiden van activiteiten te maken krijgt, is echter wel heel groot.

Misschien wel bij het zelfstandig organiseren van activiteiten voor een groep, afdeling of in een ontmoetingscentrum.

Hoe dan ook; het is belangrijk dat je het nodige weet van activiteitenbegeleiding. In dit thema lees je over de ontwikkelingen in het beroep en methodieken.



Beeldende activiteiten

2 Ontwikkelingen in activiteitenbegeleiding

De laatste twintig tot dertig jaar hebben er allerlei ontwikkelingen in zorg en welzijn plaatsgevonden die ook gevolgen hebben gehad voor de activiteitensector. Rond het midden van de vorige eeuw heette activiteitenbegeleiding nog *welfarewerk*. Het was voornamelijk een taak van vrijwilligers en gericht op het 'bezighouden' van cliënten. Vrijwilligers waren, met de beste bedoelingen, wat eenzijdig bezig. Ze hadden er geen enkele beroepsopleiding voor. Omdat er meer geld beschikbaar kwam voor de gezondheidszorg, konden er later beroepskrachten aangetrokken worden. Nu ziet iedereen wel in dat activiteitenbegeleiding een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van cliënten.

Ontwikkelingen in activiteitenbegeleiding:

- sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen
- ontwikkelingen binnen de activiteitenbegeleiding

2.1 Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen

Net als bij veel andere beroepen gaat activiteitenbegeleiding mee in de sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen. De maatschappij is in beweging en dus ook de welzijns- en zorgsector.

Ontwikkelingen in zorg en welzijn:

- intramurale en extramurale zorg
- zorg op maat
- verschuiving van budgetten

Intramurale en extramurale zorg

Tot ongeveer 1980 waren instellingen in de gezondheidszorg tamelijk besloten. De mensen om wie het ging - verstandelijk beperkten, bejaarden, lichamelijk beperkten, enzovoort - woonden in zo'n instelling. Zij kregen binnen de instelling de zorg die ze nodig hadden. De vakterm hiervoor is intramurale zorg. Intra betekent 'binnen' en intramurale zorg betekent 'zorg die gegeven wordt binnen muren'. Er waren weinig invloeden van buitenaf. Binnen de instellingen bestond als het ware een eigen wereldje.

Rond 1980 verbreidde zich de visie dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig moesten kunnen blijven wonen, desnoods met hulp van instellingen. Zo ontstond bijvoorbeeld het flankerend beleid (aanvullende beleid) bij verzorgings- en verpleeghuizen. Deze instellingen boden hulp en ondersteuning aan groepen die dat nodig hadden. Voor de activiteitenbegeleiding betekende dat ook wekelijks of dagelijks opvang van buurtbewoners die dreigden te vereenzamen.

In het begin kwamen die groepen naar de instelling toe. Hoewel een deel van de zorg dus gericht was op mensen die niet in de instelling woonden, werd de zorg nog steeds binnen de muren van de instelling gegeven. Intramurale zorg dus, die paste in het flankerend beleid van de instellingen.

Er bleken steeds meer mensen in de maatschappij te zijn die professionele hulp of zorg nodig hadden, terwijl het niet nodig en niet wenselijk was dat ze binnen een instelling gingen wonen. Dit kwam door een paar ontwikkelingen die elkaar versterkten.

Ten eerste was er de visie dat mensen zo zelfstandig mogelijk moesten zijn en daarom ook zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen huis moesten blijven wonen. Ten tweede kwam men erachter dat het wonen binnen een instelling betutteling in de hand werkte, waar men nu juist zo op tegen was. Tot slot bleek het wonen binnen een instelling erg kostbaar te zijn. Er kwamen steeds meer bejaarden, Nederland begon te vergrijzen. Bovendien werden mensen gemiddeld ook ouder dan voorheen, maar wel vaak met beperkingen, waardoor verpleeghuisopnames noodzakelijk waren.

De kosten van al deze intramurale zorg waren erg hoog. Het was goedkoper als de instellingen zorg leverden aan mensen in de maatschappij, zonder hen op te nemen. Zo ontstond de extramurale zorg: zorg die buiten (extra) de muren van de instelling gegeven werd.

Zorg op maat

Tegelijk met de verschuiving naar extramurale zorg, ontstond in de jaren tachtig de gedachte aan zorg op maat. Zorg op maat is zorg die is afgestemd op de individuele vraag van een zorgvrager. De gezondheidszorg was nog steeds erg kostbaar en het is niet erg efficiënt om mensen zorg te geven die ze niet nodig hebben.

Het is 1970. Mevrouw Pieterse woont in een zogeheten bejaardencentrum. Ze heeft het er redelijk naar haar zin. Ze is naar het bejaardenhuis gegaan omdat ze dacht dat het gezellig zou zijn om samen met leeftijdgenoten te wonen. Er wordt veel voor haar gedaan. Het personeel maakt haar kamer schoon. Ze krijgt twee keer per dag een broodmaaltijd en één keer per dag een warme maaltijd. Ze vindt dat ze daar op haar leeftijd, ze is tenslotte al 73, best van mag genieten. Er is regelmatig wat te doen in de grote zaal: een toneeluitvoering of een concert. Vroeger ging ze zelden uit, nu gaat ze een avond per week naar de grote zaal.

Het is 2002. Mevrouw Keizer woont in een verzorgingshuis. Ze is met veel moeite hier komen wonen. Voordat het zover was, zijn er allerlei mensen bij haar langs geweest om te kijken of het verzorgingshuis wel geschikt voor haar was en of ze echt niet zelfstandig kon blijven wonen. Maar dat ging echt niet, daarvoor heeft ze te veel hulp nodig en bovendien raakte ze geregeld in paniek toen ze nog alleen woonde. Ze was bang om te vallen, omdat ze dan zelf niet meer overeind zou kunnen komen. Ook was ze bang om iets te vergeten als de thuishulp er was, die maar een uurtje per dag kwam. Mevrouw Keizer voelt zich veiliger nu ze in het verzorgingshuis woont. Het valt haar alleen wat tegen dat ze nog zoveel zelf moet doen. Ze loopt heel erg moeilijk, maar het personeel vindt toch dat ze zelf moet stoffen bijvoorbeeld. Ze kan er immers bij op een stoel gaan zitten? En haar broodmaaltijden moet ze zelf verzorgen. Ze moet zelf brood en beleg kopen in het winkeltje beneden en zelf haar boterhammen smeren. Dat was vroeger, toen haar moeder in een bejaardenhuis woonde, wel anders. Die kreeg gewoon alles kant-en-klaar aangereikt, terwijl ze lichamelijk veel beter was dan mevrouw Keizer nu. Als ze erover klaagt bij personeelsleden, zeggen die dat ze 'zorg op maat' krijgt.

Zorg op maat zie je niet alleen in de directe verzorging terug, maar ook in de activiteiten-begeleiding. Cliënten worden niet zomaar aan het breien of aan het houtbewerken gezet. De begeleider doet een beroep op de creativiteit, de mogelijkheden en de voorkeuren van de cliënt. Alleen daar waar de cliënt er zelf niet uitkomt, of beperkt wordt in zijn mogelijkheden, biedt de begeleider hulp en ondersteuning. De begeleider stimuleert cliënten, maar schrijft ze niets voor.

Verschuiving van budgetten

De zorg voor de verschillende doelgroepen was tot de jaren tachtig redelijk van elkaar gescheiden. Hulpbehoevende ouderen woonden in een verzorgingshuis, mensen met een ernstige lichamelijke beperking in een verpleeghuis, psychiatrische patiënten in een psychiatrische inrichting, enzovoort. Door de opkomst van de extramurale zorg ontstonden zogenoemde substitutieprojecten. Dat zijn projecten en producten die andere en duurdere zorg vervangen. Hierdoor werden budgetten overgeheveld naar andere instellingen: van de psychiatrie naar verpleeghuizen bijvoorbeeld en van verpleeghuizen naar verzorgingshuizen.

In verzorgingshuizen kwamen steeds meer mensen te wonen die eigenlijk verpleeghuiszorg nodig hadden. De verpleeghuizen zaten helemaal vol. Het was een probleem om de juiste zorg bij de juiste persoon te krijgen. Verpleeghuiszorg is namelijk intensiever en duurder dan verzorgingshuiszorg. Door nu ook in verzorgingshuizen verpleeghuiszorg te bieden aan bewoners, konden deze bewoners in het verzorgingshuis blijven wonen zonder dat er ernstige problemen ontstonden. Tegenwoordig zijn de budgetten nog veel verder samengevoegd in de vorm van woonzorgcentra. Dat zijn grote centra waar mensen wonen en zorg op maat af kunnen nemen.

Voor de activiteitenbegeleiding had dat ook consequenties. Begeleiders die in een verzorgingshuis werkten, moesten hun aanbod aan activiteiten meer gaan variëren. De vaste doelgroep - min of meer zelfstandige ouderen - vormde nog wel de kern. Daarnaast waren er groepen die van buitenaf voor een of meer dagdelen naar het verzorgingshuis kwamen. Voor deze groepen moesten ook activiteiten bedacht worden. Door de substitutieprojecten kwamen er in het verzorgingshuis bovendien steeds meer verpleeghuisbewoners, die ook weer andere activiteiten nodig hadden. Natuurlijk is er wat betreft de activiteiten ook een overlap tussen de verschillende groepen. Maar voor de activiteitenbegeleiders betekende de toestroom van nieuwe groepen cliënten wel dat ze veel kritischer naar hun vaste aanbod moesten kijken en meer activiteiten op maat moesten gaan aanbieden.

2.2 Ontwikkelingen binnen de activiteitenbegeleiding

Van oudsher was de activiteitenbegeleiding gewend activiteiten aan te bieden al naargelang er belangstelling voor was; 'aanbodgericht'. Dat wil zeggen dat de activiteitenbegeleider een aanbod aan activiteiten had waar de cliënten op afkwamen. Maar de ontwikkelingen in de maatschappij en in de zorg en hulpverlening hadden tot gevolg dat de activiteitenbegeleiding zich ook ontwikkelde. Er kwamen verschillende doelgroepen, aan wie verschillende activiteiten aangeboden moesten worden. Cliënten hadden uiteenlopende beperkingen en in sommige gevallen was het wenselijk meer individugericht te werk te gaan. Dat noemen we ook wel 'vraaggericht' te werk te gaan. De vraag van de cliënt staat daarbij centraal en de activiteitenbegeleider organiseert activiteiten op basis van die concrete vraag.

Ontwikkelingen binnen de activiteitenbegeleiding:

- de verschillende doelgroepen
- de verschillende werkvelden

De verschillende doelgroepen

Het werd noodzakelijk de doelgroep duidelijk te definiëren. Wil je verschillende cliënten goed kunnen begeleiden en activeren bij activiteiten, dan moet je de behoeften en mogelijkheden van de cliënten in kaart brengen. Het zal duidelijk zijn dat activiteiten voor kinderen doorgaans niet geschikt zijn voor ouderen. En wat een psychiatrische patiënt leuk vindt om te doen, is voor een lichamelijk beperkte wellicht niet eens mogelijk.

Mevrouw Fereyra woont in een verzorgingshuis. Ze is moeilijk ter been, maar wil toch graag zo lang mogelijk lichamelijk actief blijven. Ze beseft dat beweging ook goed voor haar lichaam is. Daarom doet ze twee keer per week mee aan de activiteit 'Bewegen voor ouderen'.

Hans is verstandelijk beperkt en woont begeleid zelfstandig. Hans werkt in een wasserij, maar veel lichaamsbeweging is daar niet voor nodig. Hij zit de hele dag achter een tafel allerlei linnengoed op te vouwen en gebruikt dus eigenlijk alleen zijn armen en handen. Hans heeft niet zoveel zin in gymnastiek of een andere vorm van lichaamsbeweging. Toch zou dit wel beter zijn voor hem, anders doet hij niets dan zitten. De activiteitenbegeleider haalt hem over eens een keer mee te doen met een uurtje sport en spel in het zwembad. Dit blijkt Hans heel erg leuk te vinden, omdat hij dan lekker met water mag spatten. En er zijn veel bekenden van zijn eigen leeftijd, waaronder ook een paar huisgenoten van hem. Voortaan gaat Hans regelmatig naar het zwembad.

Adinda verblijft in een psychiatrische instelling. Ze is heel erg rusteloos en heeft moeite zich te concentreren. De begeleider gaat met Adinda in de sportzaal squashen. Adinda kan haar overtolige energie kwijt en heeft daardoor minder concentratieproblemen.

In het algemeen hebben ouderen andere activiteiten nodig dan bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische cliënten. Behalve groepsgericht, moeten activiteiten natuurlijk ook individugericht zijn. Wat de ene oudere leuk vindt, hoeft de andere nog niet leuk te vinden. Dat geldt ook voor de verschillende doelgroepen: wat de een leuk vindt of nodig heeft, kan voor een ander totaal niet belangrijk zijn.

De verschillende werkvelden

Omwillen van de leesbaarheid beperken we ons vooral tot voorbeelden van enkele zorginstellingen. Activiteitenbegeleiding komt echter ook voor in heel wat andere instellingen en voorzieningen.

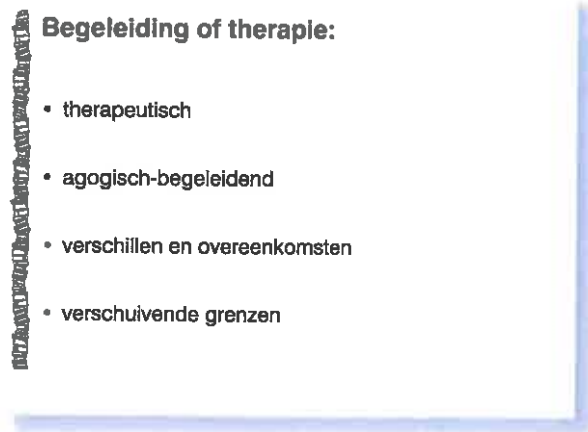
We noemen de volgende:

- justitiële inrichtingen;
- algemene ziekenhuizen (vooral kinderafdelingen);
- jeugdzorginstellingen;
- revalidatiecentra;
- instellingen voor mensen met auditieve of visuele beperkingen.

Natuurlijk zijn de doelgroepen in deze instellingen totaal anders. De uitgangspunten en methodieken voor activiteitenbegeleiding zijn bij alle doelgroepen echter gelijk.

3 Begeleiding of therapie

Binnen de activiteitensector bestaan twee benaderingswijzen: therapeutisch enagogisch-begeleidend. We leggen uit welke dat zijn, geven de verschillen en overeenkomsten aan en laten zien dat de grenzen verschuiven.



De therapeutische benadering zul je niet zelf toepassen, want daar heb je een HBO-opleiding voor nodig of een opleiding op niveau 4 met een vervolgopleiding. Het is echter wel van belang dat je het onderscheid tussen therapie en begeleiding kent.

De therapeutische benadering

Bij een therapeutische benadering worden cliënten *behandeld*. Het doel is genezing te bewerkstelligen of verbetering van bijvoorbeeld gedrag. De therapie is altijd onderdeel van een totale behandeling van de cliënt. Een behandelaar (psychiater, psycholoog, arts) is de regisseur van het behandelteam. Er is een behandelplan en daarbinnen past het behandelplan van een therapeut.

Rika is verstandelijk beperkt en heeft tot haar 35e thuis gewoond. Omdat haar ouders te oud werden om haar de juiste verzorging te bieden, is ze nu opgenomen in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Aan activiteiten is Rika niet veel gewend. Thuis zat ze doorgaans televisie te kijken. Rika heeft een slechte conditie en stijve gewrichten en spieren. Afgeleid van de anamnese en op grond van eigen observatie stelt de psychomotorisch therapeut als doel een verbetering van Rika's conditie. De therapeut stelt vervolgens de middelen (activiteiten) vast om dit doel te bereiken. Die middelen kunnen bijvoorbeeld het meedoen aan sport zijn, maar ook wandelingen of fietstochtjes in de omgeving. De keuze van de middelen is afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking van Rika, van haar voorkeuren en van de mogelijkheden van de instelling.

In Rika's geval worden twee therapeutische doelen gediend. Enerzijds wordt ernaar gestreefd haar conditie te verbeteren. Anderzijds wordt geprobeerd haar gedrag zodanig te veranderen, dat Rika's conditie goed zal blijven doordat ze uit zichzelf meer zal gaan bewegen. Voor dat laatste doel is een psycholoog de behandelaar.

De agogische benadering

De *agogische* benadering heeft geen behandeling op het oog, maar begeleiding. Begeleiding heeft het individueel en psychosociaal welzijn van de cliënt als doel. Binnen dit vrij algemene doel worden natuurlijk specifieke doelen gesteld, gericht op de doelgroep en eventueel op de individuele cliënt.

Verschillen en overeenkomsten

Behalve verschillen zijn er ook overeenkomsten tussen de therapeutische en de agogische benadering. Met agogische begeleiding streef je natuurlijk ook vaak een verbetering na van het gedrag van een cliënt of groep cliënten. Die verbetering past alleen niet binnen een plan voor genezing van een ziektebeeld, zoals dat bij therapie wel het geval kan zijn.

Verschuivende grenzen

Zoals je in de vorige subparagraaf hebt kunnen zien, zijn er verschillen en overeenkomsten tussen de therapeutische en de agogisch-begeleidende benadering. Waar liggen nu de grenzen tussen beide benaderingen?

Grenzen tussen begeleiding en therapie:

doelen agogische activiteiten:

- individueel en psychosociaal welzijn
- achteruitgang voorkomen of beperken
- eenvoudige gedragsverbetering

doelen therapeutische activiteiten:

- genezing door behandeling
- gedragsverbetering in complexere context

De laatste ontwikkeling binnen de activiteitenbegeleiding is dat er planmatig en methodisch gewerkt wordt. Dat betekent dat er ook activiteitenplannen gemaakt worden met duidelijke doelen, die vergelijkbaar zijn met de doelen van therapeutische plannen. Vaak is een verbetering van de toestand van de cliënt of een gedragsverbetering het doel. Naast genezing, worden ook gedragsverbeteringen vaak als doel genoemd in therapeutische plannen. De agogisch gerichte activiteitenplannen moeten evenals therapeutische plannen aan een aantal kwaliteitseisen voldoen en volgens bepaalde regels opgesteld zijn.

De grens tussen de agogische benadering en de therapeutische benadering is aan het vervagen. In tegenstelling tot in de agogische benadering, passen in de therapeutische benadering doelen die genezing op het oog hebben. Op dit gebied is de grens tussen agogie en therapie nog heel duidelijk. Genezing kan nooit een doel zijn binnen de agogische benadering. Daarvoor is specifieke kennis nodig die je niet in een agogische opleiding kunt opdoen.

Als activiteitenbegeleiding een therapeutisch doel heeft of een therapeutisch-ondersteunend doel wordt ook wel gesproken van *activiteitentherapie*.

4 Deelgebieden bij activiteiten begeleiden

Als je alle mogelijkheden en doelen van activiteiten begeleiden op één hoop zou gooien, zou je een gigantische, onoverzichtelijke berg krijgen. Een van de mogelijkheden om meer ordening te krijgen, is het begeleiden van activiteiten onderverdelen in deelgebieden.

- Deelgebieden activiteiten begeleiden:**
- arbeid
 - educatie en vorming
 - recreatie/ontspanning
 - zelfzorg

Op arbeidsmatige activiteiten gaan we nu niet verder in.

4.1 Educatie en vorming

Vroeger ging men ervan uit dat de kindertijd er was om te leren. Als volwassene moest je het geleerde dan in praktijk brengen. De gedachte dat je als volwassene niet hoeft te leren, hebben we allang achter ons gelaten. In onze cultuur en maatschappij is het zelfs zo dat je je leven lang blijft leren. Bij- en nascholing zijn tegenwoordig de normaalste zaak van de wereld en er zijn tal van mensen die uit pure interesse een cursus volgen in hun vrije tijd. We spreken dan ook wel van permanente educatie: je leven lang blijf je opleidingen en trainingen volgen. Deels voor je werk, deels uit interesse en tijdverdrijf. We behandelen nu de educatie en vorming, en gaan in op doelen en activiteiten.

Educatie

Het opdoen van kennis en vaardigheden behoort vooral tot de educatie. Een andere taal leren bijvoorbeeld is voor een deel kennis opdoen. Je moet enige woordkennis opdoen, je moet een aantal grammaticale regels kennen, zoals de vervoeging van werkwoorden. Daarnaast moet je ook spreekvaardigheid opdoen. Je moet niet alleen weten dat 'tot ziens' in het Frans 'au revoir' is en dat je dat uitspreekt als 'oo revwaar', je moet ook nog de vaardigheid hebben deze woorden op het juiste moment op de juiste manier uit te spreken.

Vorming

Met alleen de juiste kennis en vaardigheden, red je het niet in het leven. Het juiste gedrag en de juiste attitude horen er ook bij. Door middel van vorming leert iemand zich op de juiste manier te gedragen. Voor veel beroepen is een bepaalde attitude nodig. Heb je die attitude niet, dan kun je je werk wel doen, maar je wordt er dan nooit echt goed in. Door het ontbreken van de juiste attitude kun je bij cliënten en collega's op weerstand stuiten. Een attitude is doorgaans niet zomaar in één woord uit te leggen. Het gaat om een aantal eigenschappen waardoor je tegenover de cliënt een bepaalde houding aanneemt.

Een begeleider met een behulpzame en dienstverlenende attitude die geen respect heeft voor de normen en waarden van de cliënt, zal al snel aan het betuttelen gaan. Daarentegen zal een begeleider die veel respect heeft voor de normen en waarden van de cliënt, maar een weinig behulpzame en dienstverlenende instelling heeft, de cliënt al gauw met de beste bedoelingen aan zijn lot overlaten. Dat is dus ook niet goed.

Respect voor de ander en een dienstverlenende instelling moeten **samen**gaan om een juiste attitude voor een begeleider te hebben. Het is echter niet exact aan te geven waar de grenzen liggen. Wanneer ben je dienstverlenend en wanneer gaat dat over in betutteling? Wanneer heb je nog respect voor de ander en waar begint het 'de ander aan zijn lot overlaten'? Je kunt dat eigenlijk alleen per situatie aangeven. Je kunt geen **lijn** trekken 'tot hier en niet verder', omdat iedere situatie weer een andere aanpak nodig kan hebben.

Bij vormingsactiviteiten leer je de juiste attitude. Voor cliënten kan dat betekenen dat ze leren hoe ze zich in een groep moeten gedragen. Dat kan nuttig zijn voor arbeidssituaties, maar ook voor ontspanning en samenleven in groepsverband.

Educatieve en vormingsdoelen beogen altijd dat de cliënt iets leert. Cliënten moeten, op welke manier dan ook, wijzer worden van educatieve en vormingsdoelen.

Doelen en activiteiten

Het belangrijkste doel van educatieve en vormingsactiviteiten is de autonomie van de cliënt. Immers, door bepaalde activiteiten leert de cliënt iets waardoor hij zelfstandiger wordt. Voor iemand met een verstandelijke beperking kan dat bijvoorbeeld zijn dat hij of zij zelfstandig naar de supermarkt kan gaan om boodschappen te doen en **daar** ook nog de goede boodschappen doet. En dat hij op de juiste manier met het budget kan omgaan. Voor een psychiatrische cliënt die erg van lezen houdt, maar geen geld heeft om iedere week een paar nieuwe boeken te kopen, betekent het misschien dat hij wegwijs wordt gemaakt in de bibliotheek. Een cliënt die meedoet aan een training agressiebeheersing, kan hierdoor leren zich beter in de maatschappij te handhaven en niet meer bang te zijn om door de politie opgepakt te worden vanwege een uitbarsting van agressie.

Educatieve activiteiten en vormingsactiviteiten zijn er in vele vormen en soorten. Ze worden aangeboden aan groepen en kunnen ook afgestemd zijn op een individuele cliënt. Een verstandelijk beperkte die vanuit een thuissituatie in een instelling voor verstandelijk beperkten terechtkomt, moet de weg leren op het terrein van de instelling. Hij moet weten waar hij het activiteitencentrum kan vinden, waar de tuin is, waar de receptie is, waar bezoekers binnenkomen, enzovoort. De training is dan gericht op deze ene cliënt.

De middelen (activiteiten) die je kunt gebruiken, lopen zeer uiteen. Voor geheugentraining gebruik je heel andere materialen dan voor een training waarin iemand de weg leert kennen op het terrein van de instelling. In het laatste geval is het terrein zelf het materiaal.

Voor zuiver educatieve activiteiten heb je vaak vaste leermiddelen, zoals boeken. Voor gedragstrainingen kun je veel uiteenlopende materialen gebruiken. Vaardigheden als samenwerken leer je immers vooral door samen iets te doen. Of het dan gaat om samen in de tuin werken, samen koken, of samen een toneelstuk in elkaar zetten, maakt voor het doel niet uit. Het heeft allemaal wel te maken met de interesse en de mogelijkheden van de cliënt. Een cliënt die het afschuwelijk vindt om in de tuin te werken en smerige handen te krijgen, leert natuurlijk niet samenwerken door tuinactiviteiten. Hij zal hoogstens leren hoe hij onder de activiteiten uit kan komen.

4.2 Recreatie/ontspanning

Mensen die **alleen** maar werken, eten en slapen, passen niet goed meer in onze maatschappij. Vroeger was dat echter heel gewoon, zeker voor de arbeidersklasse. Je stond 's morgens op, je ontbeet en ging aan je werk. Mannen gingen naar hun werk, vrouwen gingen aan het werk in het huishouden. Dat huishouden was vroeger stukken zwaarder dan het nu is. Er waren vroeger geen huishoudelijke apparaten als stofzuigers, wasmachines, vaatwasmachines en magnetrons, en je kon ook geen kant-en-klaar gesneden groenten krijgen, of schoonmaakspullen waarmee vet- en kalkaanslag in een handomdraai verdwijnen. In arme gezinnen moest de vrouw vaak toch nog buitenshuis werken, omdat er anders niet genoeg geld was voor het levensonderhoud van het gezin. Man en vrouw waren 's avonds dus doodmoe en gingen vroeg naar bed. Werken, eten en slapen, meer bestond er niet. Iets als recreatie was alleen weggelegd voor de betere standen en die deden soms weer niets anders dan recreëren.

Die situatie is tegenwoordig ondenkbaar. We raken al gestresst als we er alleen al aan **dén**-ken dat ons leven alleen maar uit werken, eten en slapen zou bestaan. Dat komt omdat we tegenwoordig veel sneller leven. Fysiek hoeven we ons minder in te spannen, maar geestelijk doen we veel meer. We moeten aan veel meer dingen denken, we gaan met veel meer mensen om en begeven ons in veel meer verschillende situaties. Situaties die niet altijd even duidelijk zijn. Daardoor spannen we ons geestelijk veel meer in en ligt stress op de loer. Dat geldt ook voor cliënten.

Recreatieve activiteiten zorgen ervoor dat je de opgeladen spanning weer kwijt kunt raken. Je denkt dan misschien dat het enige doel van recreatieve activiteiten het kwijtraken van die spanning is, ont-spanning dus. Nu is dat ook wel een belangrijk doel van recreatieve en creatieve activiteiten, maar er kunnen ook andere doelen zijn. Bijvoorbeeld het aanleren van bepaalde vaardigheden, samenwerken, gevoelens uitdrukken en hobby's ontwikkelen in het kader van vrije tijdsbesteding. En bij sport ook het op peil houden of ontwikkelen van de lichamelijke conditie.

Tot slot: recreatie is ook gewoon een manier om verveling tegen te gaan en je tijd zinvol te besteden. Niet alles in het leven hoeft expliciete doelen te hebben.

Doelen en activiteiten

Recreatieve activiteiten komen we in alle werkvelden tegen. Cliënten die vanwege een justitiële maatregel een straf opgelegd hebben gekregen, hebben ook ontspanning nodig. Bovendien kan het ontwikkelen van hobby's een middel zijn om het doel 'zelfstandig functioneren in de maatschappij' te bereiken.

Voor cliënten uit de psychiatrie, uit de zorg voor verstandelijk of lichamelijk beperkten is het belangrijk de lichamelijke conditie op peil te houden door sportactiviteiten. Daarnaast spelen nog andere doelen een rol, zoals het ontwikkelen van bepaalde hobby's en vaardigheden, samenwerken, tijdverdrijf en zingeving en natuurlijk ook ontspanning.

Ook bij de ouderenzorg spelen recreatieve activiteiten een belangrijke rol. Je denkt misschien dat cliënten in de ouderenzorg geen recreatieve activiteiten nodig hebben, omdat ze constant vrije tijd hebben en niets anders hoeven te doen dan recreëren. Dat mag misschien zo zijn, maar dat wil dan nog niet zeggen dat mensen ook weten **hóé** ze dat moeten doen. Veel ouderen vinden het moeilijk hun tijd zinvol te besteden. Door activiteiten op dit vlak aan te bieden kun je een doel als 'tijdverdrijf' bereiken.

Bij dementerende ouderen denken buitenstaanders wel eens dat het niet uitmaakt wat je met deze mensen doet, omdat ze het toch weer vergeten. Die gedachte is allang achterhaald. Zelfs al vergeten mensen wat ze gedaan hebben, de activiteit zelf laat een bepaald gevoel achter. Cliënten kunnen zich door een recreatieve activiteit prettig gaan voelen en zich ontspannen. Dat prettige, ontspannen gevoel blijft 'hangen', ook als de activiteit al enige uren afgelopen is.

4.3 Zelfzorg

Direct of indirect zul je als saw'er ook te maken krijgen met ondersteunen bij de zelfzorg. Daarvoor moet je de verzorgingsbehoefte van je cliënten in kaart brengen.

Als je cliënten ondersteunt of begeleidt bij de zelfzorg, kun je daar verschillende doelen mee hebben.

Doelen van begeleiding bij zelfzorg zijn:

- het welzijn van de cliënt vergroten of handhaven;
- de zelfstandigheid en autonomie van je cliënt verhogen.

Het gevoel van welzijn van de cliënt gaat erop vooruit als hij schoon, verzorgd gekleed en goed gevoed is. Iemand die zichzelf niet kan wassen en aankleden, kan niet zelfstandig functioneren in de maatschappij. Als zo'n cliënt geen hulp zou krijgen, zou hij zich niet eens op straat kunnen vertonen. Daar zou hij nog hulpelozer door worden. Door een goede verzorging kan de cliënt zich wellicht in zijn elektrische rolstoel zelfstandig voortbewegen, zelfstandig naar de bank gaan bijvoorbeeld, of naar het park, of wat hij ook maar wil. Door deze cliënt te verzorgen, heb je dus de autonomie van deze cliënt vergroot.

Door nauwkeurig de verzorgingsbehoefte te bepalen en regelmatig te controleren of die behoefte niet veranderd is, kun je de cliënt optimaal begeleiden bij de zelfzorg. In de meeste instellingen zijn er zelfzorglijsten, waarop je kunt aangeven welke levensverrichtingen iemand zelfstandig kan uitvoeren en welke maar half of helemaal niet. Die lijsten helpen je de verzorgingsbehoefte in kaart te brengen.

Er zijn verschillende soorten zelfzorg te onderscheiden.

Soorten zelfzorg:

- ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- PDL: Persoonlijke Dagelijkse Levensverrichtingen
- HDL: Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
- ADML: Algemene Dagelijkse Maatschappelijke Levensverrichtingen

We lichten de verschillende soorten zelfzorg hierna toe. ADL, PDL en HDL vragen een soortgelijke benadering. Daarom behandelen we die in één subparagraaf. De ADML behandelen we apart.

ADL, PDL en HDL

In sommige instellingen maakt men onderscheid tussen lijsten voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), Persoonlijke Dagelijkse Levensverrichtingen (PDL) en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL). Dat onderscheid is vooral van belang als cliënten (begeleid) zelfstandig wonen. Huishoudelijk werk maakt dan een belangrijk deel uit van het dagelijkse leven. Boodschappen doen, eten klaarmaken, wassen, afstoffen en stofzuigen zijn dingen die regelmatig terugkeren. Sommige wekelijks, andere dagelijks.

ADL-lijsten gelden voor iedereen. Daarom heten de verrichtingen ook Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Zowel de persoonlijke als de huishoudelijke punten worden hierin genoemd. In het voorbeeld zie je een voorbeeld van zo'n ADL-lijst. In dit voorbeeld zie je telkens een H of een P staan bij de activiteit waar het om gaat.

ADL - Lijst

Naam:

Afdeling:

Bijzonderheden:

H	afwassen en afdrogen	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
H	afstoffen	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
H	vuil wasgoed sorteren voor de wasserij en in wasboekje opschrijven	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
H	schoon wasgoed opbergen	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	wassen boven	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	wassen onder	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	aankleden boven (ondergoed)	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	aankleden onder (ondergoed)	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	aankleden boven (bovenkleding)	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	aankleden onder (bovenkleding)	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	kousen/sokken aantrekken	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	schoeisel aantrekken	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>
P	gebitsverzorging	zelfstandig	<input type="checkbox"/>
		met hulp	<input type="checkbox"/>
		niet	<input type="checkbox"/>

De huishoudelijke activiteiten zijn bij begeleid wonen uiteraard veel uitgebreider. Cliënten moeten dan ook zelf de was doen bijvoorbeeld, de tuin op orde houden en ander huishoudelijk werk in het huis doen. In een verzorgingshuis wonen geen mensen die nog zelf de ramen kunnen lappen of kunnen stofzuigen. Zouden ze dat nog wel zelf kunnen, dan hadden ze geen verzorgingshuis nodig.

Hoe een ADL-lijst eruitziet, verschilt per instelling. Er kunnen in plaats van een ADL-lijst ook aparte lijsten zijn voor PDL en HDL. De items die in de lijst genoemd worden, zullen ook per instelling verschillen.

Welke activiteiten bij zelfzorg horen en welke middelen daarvoor nodig zijn, hoeven we niet uitgebreid uit te leggen. Jij kunt jezelf verzorgen, je weet welke activiteiten daarvoor nodig zijn en welke middelen. Dan kun je dat, als het nodig is, ook voor je cliënten bedenken. Op ADL-, PDL- en HDL-lijsten staan de activiteiten trouwens al genoemd.

Let erop dat de middelen voorhanden zijn, als je iemand begeleidt. Als je iemand moet helpen bij het douchen is het heel vervelend als jij nog naar de winkel moet voor zeep of douchegel, als je cliënt al in zijn blootje staat. Materialen die je nodig hebt, leg je dus altijd klaar voordat je met een activiteit begint. Dat geldt niet alleen voor de zelfzorg, maar voor alle activiteiten.



Leg materialen klaar

ADML

Er is nog een aspect dat belangrijk is om je in de maatschappij te kunnen handhaven. Dat zijn de Algemene Dagelijkse Maatschappelijke Levensverrichtingen (ADML).

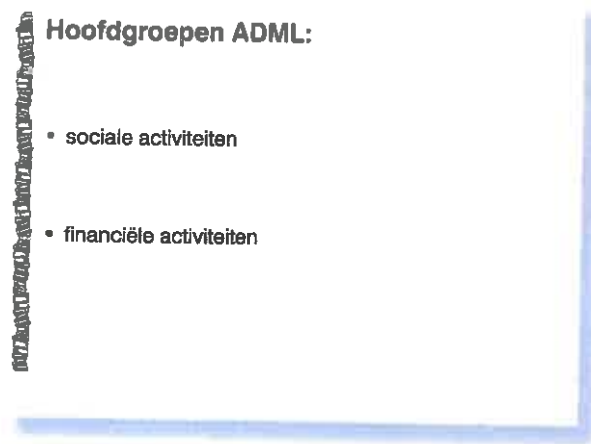
De overheid vindt dat zoveel mogelijk mensen in de maatschappij moeten kunnen integreren. Veel mensen die vroeger in inrichtingen verbleven, wonen nu temidden van anderen, in een gewone straat en in een gewone stad. Omdat dit nog maar een ontwikkeling van de laatste tijd is, zijn er veel cliënten die er helemaal niet aan gewend zijn zelfstandig te functioneren. Hoe licht de beperking ook is, het wonen in een instelling werkt nu eenmaal hospitalisatie ('vastroesten' in de instelling) in de hand. Tegenwoordig is er wel aandacht voor om die hospitalisatie te voorkomen of tegen te gaan. Vroeger werd het onbewust juist extra in de hand gewerkt. Met de beste bedoelingen zorgde het personeel voor de bewoners. Dit zorgen ging zo ver, dat het personeel ook besliste wat het beste voor de bewoners was (betutteling). De organisatiecultuur was erop gericht dat bewoners van een instelling zelf nog maar weinig besluiten hoefden te nemen. Als je deze betutteling maar lang genoeg volhoudt, kunnen mensen geen besluiten meer nemen en kunnen ze dus ook niet meer goed voor zichzelf zorgen.

Bij begeleiden zijn de zelfzorg, zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten belangrijk. Deze begrippen hebben alles te maken met (on)afhankelijkheid en met het vertrouwen om goed in de maatschappij te kunnen integreren.

Zelfzorg is de zorg die je aan jezelf besteedt om goed, gezond en redelijk comfortabel te kunnen leven. De mate waarin iemand dit zelf kan, noemen we de zelfredzaamheid. Hoe lichter de beperking, hoe groter de zelfredzaamheid. Iemand die een hoge zelfredzaamheid heeft, kan zelfstandig, dus onafhankelijk functioneren in deze maatschappij.

Tot de zelfredzaamheid behoren ook sociale en financiële vaardigheden. Een sociale vaardigheid is bijvoorbeeld het onderhouden van familie- en vriendschapsrelaties of het aangaan van nieuwe relaties. Financiële vaardigheden zijn bijvoorbeeld je boodschappen kunnen afrekenen in een winkel of het op tijd betalen van gas en licht. Die sociale en financiële vaardigheden heb je nodig om in de maatschappij te kunnen functioneren. Zonder die vaardigheden kun je je niet zelfstandig handhaven.

De maatschappelijke levensverrichtingen kunnen we indelen in twee hoofdgroepen.



Wat houden deze hoofdgroepen in?

Sociale activiteiten

Wil je je in de maatschappij kunnen handhaven, dan heb je een baan nodig. Maar in die baan kun je je alleen handhaven als je redelijk, of beter nog, goed met andere mensen kunt omgaan. Vaak moet je ook kunnen samenwerken met anderen. Alleen in een eenmansbaantje hoeft dat niet. Maar zelfs dan moet je wel redelijk kunnen omgaan met de leidinggevende en eventueel klanten.

Activiteiten waarbij de cliënten samen iets moeten doen of samen iets moeten maken, zijn bijzonder nuttig om de sociale vaardigheid te vergroten. Ook activiteiten waarin cliënten beurtelings iets voor elkaar moeten doen om tot een eindresultaat te komen, hebben in dit kader een bijzondere waarde. Sommige cliënten moeten leren dat je best ook eens iets belangeloos voor een ander kunt doen.

Een belangrijk onderwerp is ook het onderhouden van een sociaal netwerk. Sommige cliënten moeten zo'n netwerk eerst nog opbouwen. Deze cliënten begeleid je hier dan bij. Je stimuleert ze om contacten te leggen en vooral te onderhouden. Daarvoor is het nodig dat je ze feedback geeft op de manier waarop ze dat doen. Voor sommige cliënten maak je misschien een duidelijk stappenplan waarbij ook duidelijk de doelen aangegeven zijn. Die doelen formuleer je samen met je cliënt concreet als werkdoelen. Je kijkt daarbij naar het kennis-, houdings- en gedragsaspect.

Bij het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk is het van belang dat je oplet of er mensen tussen zitten die de cliënt behulpzaam kunnen zijn als er problemen dreigen. Voor sommige cliënten kan het nuttig zijn een duidelijke vertrouwenspersoon te hebben bij wie ze altijd terecht kunnen. Dat kan bijvoorbeeld een broer of een zus zijn, maar ook een goede vriend of vriendin.

Financiële activiteiten

Veel van onze financiële zaken hebben we automatisch geregeld. We hebben onze bank opdracht gegeven vaste, regelmatig terugkerende kosten voor ons te betalen. Zo worden telefoonkosten, gas en licht, woonlasten en dergelijke bij de meeste mensen automatisch van hun bankrekening afgeschreven. Wat dan nog overblijft, wordt per acceptgiro of via internetbankieren betaald. Voor veel mensen is het afhandelen van financiële zaken een heel gewone bezigheid. Voor cliënten kan dat anders liggen. Ook hiervoor geldt dat cliënten die uit de intramurale zorg komen, enorm moeten wennen aan het gewone maatschappelijke leven.

Je zult je cliënten moeten begeleiden in het afhandelen van financiële zaken. Voor iedere cliëntgroep kan die begeleiding een andere vorm hebben. Bij een groepje verstandelijk beperkten dat voor het eerst dit soort dingen zelf moet gaan doen, kun je een soort rollenspelen gaan doen. Hiermee train je de cliënten in het uitvoeren van de juiste handelingen, in de juiste volgorde.

Ex-psychiatrische patiënten weten soms heel goed wat er allemaal gebeuren moet op het financiële vlak, je moet het bij hen alleen weer 'naar boven halen'. Je kunt samen met je cliënten een plan maken om ze te leren hoe ze op tijd alle noodzakelijke dingen kunnen betalen.

Het op tijd betalen van alle vaste lasten is een noodzakelijke voorwaarde voor zelfstandig wonen. Cliënten die hier eerst moeite mee hebben, maar het wel onder de knie krijgen, zullen zich een stuk zelfverzekerder voelen. Hun zelfredzaamheid, en daarmee hun zelfstandigheid, is hiermee vergroot. Maar je moet aan meer denken.

Sommige cliënten hebben er moeite mee op iets langere termijn te denken. Vooral bij verstandelijk beperkten speelt dat een rol. Je kunt je dan voorstellen dat het moeilijk is voor de cliënt om de vijftig euro die hij in zijn hand heeft, niet uit te geven, maar te bewaren voor bijvoorbeeld de volgende week. Als de cliënt erg bij de dag leeft, kan hij niet zo goed bedenken dat hij de volgende week ook geld nodig heeft om te leven. Dit moet je hem door middel van training aanleren. Het kan helpen als de cliënt het stapsgewijze leert. Eerst geef je geld voor een paar dagen, als dat goed gaat, voor een week. Gaat dat ook goed, dan geef je geld voor twee weken en ten slotte voor de hele maand.

5 Methodisch werken

Ook bij het begeleiden van activiteiten moet je methodisch te werk gaan. Bij het methodisch werken, zet je de volgende drie stappen.

Stap 1

Doelgroepanalyse; inclusief specifieke cliëntgroep en eventuele individuele cliëntgegevens. Bijvoorbeeld: ouderen met een lichamelijke beperking, vrouwen in de vrouwenopvang, volwassenen met een alcoholverleden.

Stap 2

Begeleidingsbehoefte of hulpvraag analyseren en daar doelen aan koppelen. Begeleidingsbehoefte en doelen rubriceren in deelgebieden:

- arbeid;
- educatie en vorming;
- recreatie/ontspanning;
- zelfzorg: ADL, PDL, HDL of ADML.

Bedenk dat doelen zich niet binnen één deelgebied hoeven te bevinden. Vaak zijn er doelen in meer deelgebieden.

Stap 3: strategie bepalen

Begin met het ordenen van mogelijke activiteiten die je kunt koppelen aan de deelgebieden. Dit kun je doen aan de hand van een matrix. In die matrix kun je bijvoorbeeld met plustekens aangeven welke activiteitensoort je zou kunnen inzetten: één plus = geschikt, twee plussen = bijzonder geschikt. We geven een voorbeeld voor een willekeurige cliëntgroep. Uiteraard is de invulling voor elke doelgroep en cliëntgroep anders.

	arbeid	educatie	recreatie	zelfzorg
beeldend		+		
muziek		+		
drama		++		
sport		++		
audiovisueel				
arbeidsmatig	++			
ambachtelijk	+			
groenvoorziening	+			
algemeen begeleiden				ADML

De cliënt(groep) in dit voorbeeld heeft geen recreatieve doelen.

Het invullen van zo'n matrix dwingt je per deelgebied alle mogelijkheden na te gaan die kunnen bijdragen aan het bereiken van de doelen en er een eerste ordening in aan te brengen.

Vervolgens maak je een keuze, ofwel: je gaat wikken en wegen, voor- en nadelen afwegen. In principe kies je eerst voor die activiteiten waarbij je in eerste instantie een dubbele plus hebt gezet. Als die bij het wikken en wegen afvallen, ga je verder met activiteiten die je een enkele plus hebt gegeven.

Als laatste ga je de vorm en de structuur van de activiteiten bepalen. Het geheel werk je uit in een werkplan. Daarna kun je met de uitvoering beginnen. Vergeet niet, voor je dat doet, te zorgen voor afstemming met de werkplannen van andere disciplines.

In de praktijk

Hierna lees je tips voor het begeleiden van activiteiten in de praktijk.

Tip 1 Theorie en praktijk

In dit thema heb je verschillende theoretische achtergronden gelezen, onder andere over de verschillen tussen therapie enagogisch begeleiden. Nu kan het in de praktijk best gebeuren dat je ergens gaat werken, waar ze een gezamenlijke kerstviering ook therapie noemen. Of waar een activiteitenbegeleider die alleen maar basisbegeleiding geeft, zich activiteitentherapeut noemt. Ga daar dan niet over in discussie, maar leg je neer bij de begrippen die in de instelling waar je werkt gangbaar zijn.

Tip 2 Werken met vrijwilligers

Als je activiteiten begeleidt, krijg je ongetwijfeld te maken met vrijwilligers. Aan de meeste instellingen zijn vrijwilligers verbonden die helpen bij feestelijke vieringen, dagjes uit, spelavonden, muziekactiviteiten, enzovoort. Vrijwilligers hebben echter geen arbeidsovereenkomst en ze krijgen niet betaald. Dit betekent onder andere dat je een vrijwilliger niet zomaar opdrachten kunt geven. Ga na wat het vrijwilligersbeleid is in de instelling waar je werkt.

Tip 3 Milieuwetgeving

Bij het begeleiden van activiteiten gebruik je vaak allerlei soorten materialen als papier, verf en inkt. Je hebt ook altijd afval. Hou bij het verzamelen en weggooien van afval rekening met de voorschriften van de instelling of de gemeente.

Tip 4 Ordelijk bewaren

In het verlengde van de voorgaande tip nog een andere tip. Bij begeleiden van activiteiten gebruik je veel hulpmiddelen, materialen en gereedschappen. Zorg voor een goed systeem om al die middelen op te bergen. Anders ben je binnen de kortste keren van alles kwijt. Let er bij lijm, verf en inkt ook op dat je de potten en tubes goed afsluit. Anders droogt het materiaal snel uit en het is over het algemeen duur materiaal.