



Landbouw & Zorg

Lessen over zorglandbouw

Marjolein Elings en Wouter Joop



Voorwoord

De afgelopen jaren heeft de zorglandbouwsector zich enorm ontwikkeld. Dit blijkt uit de toename van het aantal zorgboerderijen maar ook uit de professionaliseringsslag die de sector heeft doorgemaakt. Niet alleen in Nederland is er aandacht voor zorgboerderijen of Social Farming, zoals het in het Engels genoemd wordt, ook internationaal heeft dit onderwerp de belangstelling. Met de groei van de sector als mede de belangstelling, is er ook een start gemaakt met het onderzoek naar landbouw en zorg.

In Nederland kennen we inmiddels verschillende opleidingen waarin studenten geschoold worden als werkbegeleider of ondernemer in de landbouw en zorg. Onze wens was het bestaande onderzoeksmateriaal beter toegankelijk te maken voor studenten en docenten. Wij hopen dat dit document aan deze wens voldoet. We beseffen ons dat we hierin niet volledig kunnen zijn. Daarnaast zal de sector niet stil blijven staan en zich verder ontwikkelen, er zullen nieuwe onderzoeken komen en de overheid maakt nieuw beleid.

Het is daarom goed om te weten dat dit een eerste versie is en dat het document zo is opgesteld dat we dit in samenspraak met het onderwijs kunnen aanpassen. Het is ook goed om te weten dat de verschillende hoofdstukken los van elkaar gelezen en gebruikt kunnen worden. Op die manier kunnen ze ingezet worden in de lessen waarin ze relevant zijn.

Dit document is mede tot stand gekomen door de enthousiaste feedback van een aantal mensen. Wij willen specifiek noemen: Annemarie Heijs en Ewald Nijenhuis van Stoas Hogeschool en Rita Hanekamp van AOC De Groene Welle.

Bij het schrijven van het document hebben we gebruik gemaakt van een drietal basisdocumenten. Dit zijn: de reader Lessen in Landbouw & Zorg van Groenhorst College Dronten, Warmonderhof Opleidingen onder redactie van Wiebe Cool, het boek De Zorgboerderij van Gerard Termaat en het handboek Boerderijzorg van Landmercplus. Uiteraard is daarnaast gebruik gemaakt van diverse andere publicaties en onderzoeken. Deze worden in de tekst genoemd of aan het einde van ieder hoofdstuk onder het kopje 'meer lezen'.

Wij wensen je veel lees- en werkplezier toe in deze boeiende sector!

Marjolein Elings, onderzoeker Landbouw & Zorg, Wageningen UR

Wouter Joop, docent Groenhorst college, Warmonderhof Opleidingen

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1. INTRODUCTIE.....	7
Zorgboerderijen: een korte geschiedenis	7
Hernieuwde belangstelling	8
Een zorgboerderij: wat is dat precies?.....	8
Zorg voor diverse doelgroepen.....	9
Aantallen en getallen	9
Doelgroepen	10
Financiering zorgboerderijen.....	10
HOOFDSTUK 2. GESCHIEDENIS.....	12
Veranderde paradigma's: de jaren zestig	12
Korte geschiedenis van de landbouw	12
Korte geschiedenis van de zorg	13
Relatie tussen arbeid en zorg in de 20 ^{ste} eeuw	14
De eerste initiatieven.....	14
Discussie in de sector.....	15
Keurmerk	15
HOOFDSTUK 3. VENSTERS OP DE WERELD.....	17
Ontwikkelingen in Europa.....	17
Ontwikkelingen in zorg en welzijn in Nederland	22
HOOFDSTUK 4. MULTIFUNCTIONELE LANDBOUW	26
Economische toekomst.....	26
Groeiende werkgelegenheid.....	27

Nieuwe markten	27
Regionaal belang.....	28
Overheidsbeleid	28
Wet- en regelgeving.....	28
HOOFDSTUK 5. WETTEN EN REGELS	30
Wetten- en regels	31
De zorgboer als werkgever	33
HOOFDSTUK 6. ONDERNEMEN	36
Competenties.....	36
Het starten van een zorgboerderij.....	39
Oriëntatie op het werkveld.....	42
Oriëntatie op de zorgketen.....	44
Doelgroepen en financiering van zorg op boerderijen	46
Rechtsvormen	48
HOOFDSTUK 7. FINANCIERING IN DE ZORG	55
7.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.....	55
7.2 Zorgverzekeringswet.....	60
7.3 Wet Maatschappelijke Ondersteuning	61
7.4 Uitkeringsinstantie Werknemers Verzekeringen	63
7.5 Jeugdzorg	68
7.6 Justitie en reclassering.....	70
HOOFDSTUK 8. KWALITEITEN EN EFFECTEN VAN ZORGBOERDERIJEN	72
8.1 Green care: cure, care en health promotion in een natuurlijke setting	72
8.2 Effecten van zorg op boerderijen voor specifieke doelgroepen.....	74
8.3 Mensen uit de psychiatrie en verslavingszorg	78
8.4 Ouderen met dementie	85
8.5 Kwaliteiten van zorgboerderijen.....	89
8.6 Verklarende theorieën.....	94

HOOFDSTUK 9. KENNIS VAN DOELGROEPEN	97
9.1 Ontwikkelingsfasen van het kind	97
9.2 Mensen met een verstandelijke beperking	103
9.3 Stoornissen in het Autistisch Spectrum	106
9.4 Mensen met een lichamelijke beperking	108
9.5 ADD en ADHD bij kinderen en volwassenen	111
9.6 Mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)	115
9.7 Mensen met een verslavingsachtergrond	118
9.8 Mensen met psychische problemen	124
9.9 Kwetsbare ouderen	150

De afgelopen 20 jaar is het aantal geregistreerde zorgboerderijen enorm toegenomen. In 1998 stonden er nog 75 zorgboerderijen bekend terwijl dat er inmiddels meer dan 1100 zijn. Op deze zorgboerderijen ontvangen jaarlijks ongeveer 10.000 tot 15.000 deelnemers zorg of dagbesteding. Naast de groei in Nederland zien we ook een groei van het aantal zorgboerderijen in het buitenland.

Hoofdstuk 1. Introductie

Zorgboerderijen: een korte geschiedenis

Het benutten van natuur of landbouw in de zorg voor mensen is van alle tijden. We weten dat in de Middeleeuwen gevangenissen, ziekenhuizen en kloosters vaak verschillende ruimten hadden die we nu als 'therapeutische buitenruimten' zouden betitelen.

Het oudste bekende 'landbouwzorgprogramma' ontstond rond 1900 in Geel in Vlaanderen. In een landelijke setting werd zorg verleend aan mensen in nood. Zij werkten met gezinnen uit het dorp mee in een dagelijkse structuur en ritme waarin agrarische activiteiten een hoofdrol speelden. Dit programma in Geel is een van de eerste voorbeelden van wat tegenwoordig een therapeutische leefwerkgemeenschap heet. Nog altijd kunnen mensen met een beperking er terecht.

In de veertiger jaren van de vorige eeuw, ontstonden steeds meer therapeutische leefwerkgemeenschappen waar de natuur als belangrijk element in de therapie werd gezien. Met name in Ierland en Groot-Brittannië namen deze therapeutische gemeenschappen een vlucht, door de invloed van de Camphill beweging. De Camphill beweging is in 1939 opgezet met als basis een antroposofische levensbeschouwing. De

Camphill-gemeenschappen bieden zowel mensen met een verstandelijke als lichamelijke beperking een plek om te leven en te werken samen met hun begeleiders en familie. In Groot-Brittannië ontstonden in de jaren '50 en '60 veel tuinprojecten gericht op mensen met een beperking. In deze projecten boden begeleiders en therapeuten tuinieren aan als specifieke dagbestedingsactiviteit.

Ook in Nederland werden therapeutische gemeenschappen opgericht waar mensen met persoonlijke problemen opvang en begeleiding kregen. Deze gemeenschappen begonnen vaak als kleinschalig project met duidelijke idealen (Ketelaars, 2001). De gemeenschappen werden veelal opgericht als protest tegen de massale instellingen.

In de jaren vijftig en zestig veranderden de opvattingen over het feit dat patiënten van zorginstellingen zoals (psychiatrische) ziekenhuizen in het beheer van tuinen en boerderijen werkten. Men zag het als onredelijk om patiënten onbetaald in te zetten voor deze activiteiten. Hierdoor verdwenen veel projecten.

Hernieuwde belangstelling

We zien dat de maatschappelijke vraagstukken die er in de jaren zestig en zeventig waren weer terugkomen. Veel mensen zijn kritisch over het materialisme dat er heerst, de schaalvergroting in de landbouw en de menselijke maat in de zorg. We zien dat de paradigma's, denkwijzen, veranderen. Omgang met mens en natuur en kleinschaligheid zijn belangrijk. De groei van het aantal zorgboerderijen kan ook niet los worden gezien van de huidige maatschappelijke context van verstedelijking, materialisme en bureaucratisering van onze omgeving en mensen verhoudingen. Dit zijn ook de principes van de eerste initiatiefnemers van zorgboerderijen. Daarnaast zijn diverse mensen er van overtuigd dat de kredietcrisis en daarmee het ontstaan van nieuwe kernbegrippen waarin duurzaamheid het sleutelwoord vormt een impuls hebben gegeven. Naast deze bewuste keuze voor een alternatieve vorm van landbouw is er bij boeren ook de economische noodzaak om voor een andere bedrijfsvoering te kiezen.

Een zorgboerderij: wat is dat precies?

Terug naar deze tijd. We zien een groei in het aantal zorgboerderijen. Maar waar hebben we het over als we spreken over een zorgboerderij. Laten we allereerst duidelijk zijn: dé zorgboerderij bestaat niet. De meeste zorgboerderijen ontstaan uit een agrarisch bedrijf dat zich ontwikkelt tot zorgboerderij. Er zijn ook zorgboerderijen die beginnen als tuinproject op een zorginstelling. Een aantal zorgboerderijen is uitgegroeid tot zorginstelling met een eigen AWBZ-erkenning. AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en is in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's.

Het aantal deelnemers dat per dag gebruik maakt van de zorg op een boerderij verschilt. Op sommige boerderijen werken er twee dagen in de

week twee deelnemers met de boer mee, op andere zorgboerderijen vinden veertig deelnemers per dag een geschikte dagbesteding.

De Federatie Landbouw en Zorg beschrijft een zorgboerderij als:

“Een zorgboerderij is een agrarisch bedrijf dat ruimte biedt aan mensen die hulp, zorg of begeleiding nodig hebben. Landbouw en zorg worden gecombineerd in een zorgboerderij [...] Bij hun bedrijfsvoering en bedrijfsontwikkeling houden zorgboeren rekening met mogelijkheden en doelen van deelnemers. Hun werkaanbod en begeleiding sluiten aan bij wat de deelnemer wil en kan.”

In de sector zijn regelmatig discussie wie zich wel of niet een zorgboerderij zou mogen noemen. In sommige studies wordt gesproken over een zorgboerderij als een agrarisch productie bedrijf dat zorg als nevenactiviteit heeft anderen zien een zorgboerderij met hobby-matige agrarische activiteiten ook als zorgboerderij. Het is lastig een conclusie uit deze discussie te trekken, wat volgens ons voorop zou moeten staan is dat deelnemers een voor hen geschikte werkplek op een bedrijf hebben. Met geschikt doelen wij op een plek waar hij of zij zich thuis voelt en waar er voldoende ontwikkelingsmogelijkheden voor handen zijn.

Ben je op zoek naar een korte introductie over de zorgboerderij? Neem een kijkje op Youtube via: <http://www.youtube.com/watch?v=hi7DGB1pd8Q>
Groene zorg: een film over zorgboerderijen in Nederland (Uitgegeven door: SOL FILMproducties in opdracht gemaakt voor de Taskforce Multifunctionele Landbouw en ZLTO).

Zorg voor diverse doelgroepen

Zorgboerderijen richten zich op uiteenlopende doelgroepen. Ze kunnen dagbesteding bieden aan mensen met een verstandelijke beperking of aan ouderen, en er zijn ook mensen met een verslavingsproblematiek die na een detox in de kliniek aan de slag gaan bij de boer. Deelnemers komen voor dagbesteding, een begeleide werkplek, behandeling of een woonplek op de boerderij. Het gaat vaak om mensen die om uiteenlopende redenen tijdelijk niet deelnemen aan de reguliere arbeidsmarkt of behoeften hebben aan respijtzorg. Bij dit laatste kunnen we denken aan een logeerfunctie voor kinderen met een zorgvraag. Op die manier hebben de ouders van deze kinderen even hun handen vrij voor zichzelf of voor hun andere kinderen. Het verblijf en het werken op de boerderij heeft vaak als doel de zelfredzaamheid van deelnemers te herstellen en participatie in de maatschappij of reguliere arbeidsmarkt te realiseren.

De zorgboerderijen verschillen onderling niet alleen in de doelgroep die ze bedienen, maar ook in personeel. Afhankelijk van de doelgroep, het aantal deelnemers en het type zorgboerderij is de begeleiding in handen van de boer(in), van ingehuurde landbouwprofessionals, van zorgprofessionals die zijn ingehuurd of meekomen van de instelling, of van vrijwilligers. Relatief veel deelnemers die op een zorgboerderij komen, maken gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb). In hoeverre dit in de toekomst met alle veranderingen in de zorg zo zal blijven is lastig te voorspellen.

Aantallen en getallen

Zoals eerder vermeld is het aantal zorgboerderijen de afgelopen jaren enorm gestegen. De Federatie Landbouw en Zorg houdt het aantal zorgboerderijen bij. In de onderstaande tabel is te vinden hoeveel zorgboerderijen Nederland kent.

De Federatie Landbouw & Zorg geeft aan dat er een verschil zit tussen het totaal aantal zorgboerderijen in Nederland en het totaal aan

	2001	2005	2009	2011		2013**	
				NL totaal	FLZ	NL totaal	FLZ
Gelderland	77	131	196	220	124	229	112
Zeeland	11	21	37	54	33	55	23
Noord-Brabant	45	78	138	205	140	220	97
Friesland	19	47	86	100	57	120	55
Groningen	13	35	74	81	44	94	34
Noord-Holland	34	43	130	167	106	190	105
Zuid-Holland	30	63	92	123	58	130	57
Flevoland	6	14	27	31	19	38	22
Drenthe	18	30	66	94	63	119	68
Overijssel	31	65	123	135	67	159	80
Utrecht	18	30	49	58	28	60	23
Limburg	15	34	70	77	50	88	59
	317	591	1088	1345*	789	1502*	735

bron: Federatie Landbouw en Zorg (FLZ)
 *Totaal aantal zorgaanbieders in de groene ruimte, sinds 2011 een andere wijze van tellen
 **Stand van zaken september 2013
 Sinds 2011 wordt het aantal zorgboerderijen dat valt onder de FLZ apart bijgehouden

Tabel: Overzicht van het aantal zorgboerderijen per provincie (Bron: Federatie Landbouw & Zorg, www.landbouwzorg.nl)

zorgboerderijen dat aangesloten is bij de Federatie. Niet alle zorgboerderijen in Nederland zijn namelijk aangesloten bij de Federatie. Om een voorbeeld te geven: zorgboerderij De Noorderhoeve, een pionier in deze sector, is een zorgboerderij die al meer dan 15 jaar bestaat met een HKZ certificering en AWBZ-erkenning maar staat niet vermeld in het bestand van de Federatie. De Federatie geeft daarnaast aan dat het aantal zorgboerderijen onder het kopje 'Nederland totaal', breder gezien moet worden en dat hieronder ook zorgaanbieders vallen die zorg aanbieden in de groene ruimte.

Uit de tabel wordt duidelijk dat in de provincies Gelderland en Noord-Brabant het aantal zorgboerderijen door de jaren heen het grootst is. Dit heeft uiteraard te maken met het feit dat dit qua oppervlakte grote provincies zijn maar daarnaast zijn dit provincies die van ouds her veel zorginstellingen hebben. Vroeger was het gebruikelijk dat zorginstellingen in bossen, buiten de grote steden lagen. Verder bevinden zich in beide provincies veel kleinschalige gemengde agrarische bedrijven. Dit zorgde ervoor dat de combinatie tussen landbouw en zorg in deze provincies

wellicht eerder gelegd zijn dan in de rest van Nederland. Opvallend in de tabel is de toename van het aantal zorgbedrijven in de provincie Noord-Holland. Dit valt te verklaren door de komst van Stichting Landzijde in deze provincie, die een sleutelrol speelt tussen vragers naar en aanbieders van zorg op boerderijen.

Doelgroepen

Op de zorgboerderij kunnen verschillende mensen met een zorgvraag terecht. We spreken daarbij vaak over doelgroepen. De volgende tabel geeft aan welke doelgroepen er op een zorgboerderij werkzaam zijn.

Tabel : Aantal zorgboerderijen dat open staat voor verschillende doelgroepen

Doelgroep	Zorgboerderijen die open staan voor doelgroep
Verstandelijke beperking	508
Psychische hulpvraag	429
Lichamelijke beperking	219
(Ex-)gedetineerden	40
(Ex-)verslaafden	110
Jeugdzorg	346
Speciaal onderwijs	326
Ouderen	301
Dementerende ouderen	215
Langdurig werklozen	207
Autisme	478
Niet aangeboren hersenletsel	294
Burn-out	256
Kinderopvang	112
Asielzoekers	42

Het is goed om te weten dat zorgboerderijen kunnen aangeven open te staan voor een bepaalde doelgroep maar dat dit nog niet hoeft te

betekenen dat deze doelgroep ook daadwerkelijk werkzaam is op het bedrijf.

Financiering zorgboerderijen

De zorg op boerderijen wordt op verschillende wijze gefinancierd. Dit is met name afhankelijk van op welke wijze een deelnemer op de boerderij komt en in hoeverre een zorgboerderij bijvoorbeeld een eigen AWBZ-erkenning heeft. In de tabel wordt aangegeven hoeveel bedrijven welke vorm van financiering hebben. Daarbij is het opvallend dat de categorie 'anders', zo hoog uitvalt. Dit heeft waarschijnlijk te maken dat er zoveel verschillende doelgroepen op zorgboerderijen aanwezig zijn en dat daarmee tevens de financiering van de zorg divers is. Ook is het mogelijk dat de vergoeding van de zorg op een zorgboerderij verschilt per deelnemer. Een zorgboerderij kan tegelijkertijd deelnemers hebben die vanuit een instelling komen maar ook zelfstandig met een PGB voor de boerderij kiezen.

Vorm van financiering	Aantal zorgboerderijen
Onderdeel van zorginstelling/ Dagactiviteitencentrum (DAC)	50
Eigen AWBZ-erkenning	50
Zelfstandig bedrijf met samenwerking zorginstelling	275
Zelfstandig bedrijf met financiering middels PGB	556
Geen vergoeding	6
Anders	567

De Federatie Landbouw & Zorg houdt de statistieken van de zorglandbouwsector bij. Aangezien deze statistieken per jaar zullen verschillen raden wij je aan om voor de meest recente cijfers hun website te raadplegen. www.landbouwzorg.nl

Hieronder tref je een overzicht van de cijfers over zorglandbouw in Nederland (Bron: Federatie Landbouw en Zorg, september 2013)



Om het ontstaan van zorgboerderijen beter te begrijpen moeten we terug naar de jaren zestig. Gerard Termaat geeft in zijn boek ‘De zorgboerderij: over de chemie tussen landbouw en zorg’, aan dat de ontwikkelingen in de jaren zestig een klimaat schiepen waarin de eerste initiatieven tot zorgboerderijen konden ontstaan. In de zorg veranderden de verhoudingen tussen cliënten, begeleidend personeel en deskundigen. De zorg werd menselijker en meer gelijkwaardig. Mensen met een handicap werden niet langer als patiënt gezien maar als medemens met een beperking die als ieder ander rechten en mogelijkheden hebben, bijvoorbeeld het wonen in een gewoon huis of het hebben van werk. De zorg moet ‘op maat’ geboden worden waarbij uitgegaan wordt van de autonomie van de zorgvrager. Kleinschalige projecten passen goed bij deze omslag in de zorg.

Hoofdstuk 2. Geschiedenis

Veranderde paradigma's: de jaren zestig

Ook in de landbouw kwam er een tegenbeweging op gang. Deze beweging werd in gang gezet door alternatieve jonge boeren. Boeren die bijvoorbeeld biologisch wilden werken maar ook jongeren uit steden die kleinschalige zelfvoorzienende landbouwprojecten probeerden op te zetten. In de zorglandbouw kwamen deze veranderde visies vanuit zowel de zorg als de landbouw bij elkaar.

Korte geschiedenis van de landbouw

Als we terugkijken in de tijd dan kunnen we zien dat de afgelopen 100 jaar de landbouw een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt. Rond 1900 waren er nog veel mensen die op een boerderij werkten: de meiden en knechten die het ploegen, maaien en melken deden. Zij trokken van boerderij naar boerderij om daar te werken. Tussen 1900 en 1950 verdween deze arbeid. Na de industriële revolutie stroomde het platteland leeg, de meiden en knechten gingen in de stad werken. Het boerenbedrijf werd meer een gezinsbedrijf. In 1968 lanceerde toenmalig landbouwcommissaris van de EEG Sicco Mansholt een tienjarenplan. De doelstellingen van dit plan was om de productiviteit van arbeid, kapitaal en land te vergroten. De grondproductiviteit nam enorm toe. De opbrengsten

van graanproducten verdubbelde per hectare grond. Hierdoor was er minder landbouwgrond en personeel nodig. Dit succesvolle groeimodel leidde op den duur echter tot enorme landbouwoverschotten. De omkeer kwam in de jaren '60 toen het rapport van de Club van Rome uitkwam. Dit rapport gaf een prognose van het grondstof- en voedselverbruik in de wereld. Daarin schetste de Club van Rome een beeld dat deze grondstoffen binnen een aantal decennia zouden opraken. Er ontstond een tegencultuur: de alternatieve landbouw. In de alternatieve of ook wel biologische landbouw worden natuur, cultuur en mens in samenhang gezien, daarbij gaat het niet primair om productie en rendabiliteit maar om gezondheid in al haar aspecten. Dit wordt ook wel holistisch denken genoemd. In die tijd werden de holistische denkers door de reguliere landbouw echter niet als 'echte boeren' gezien. In de jaren '80 gaat ook de reguliere landbouwsector zich zorgen maken en gaat op zoek naar nieuwe wegen. Zij zoekt naar een meer geïntegreerde landbouw en een verbreding van de landbouwdoelstellingen.

Tegenwoordig zien we dat agrariërs steeds meer holistisch te werk gaan. Een boer heeft naast het produceren van agrarische producten ook maatschappelijke taken als bijvoorbeeld het beheren van het landschap of, zoals het geval is bij de zorgboerderij, het bieden van zorg aan mensen met een beperking.

Korte geschiedenis van de zorg

In 1891 werd de eerste zorginstelling voor mensen met psychische problemen opgericht. Destijds heette het nog 'krankzinnigengesticht'. In de tweede helft van de 19^e eeuw ontstonden er steeds meer van deze 'gestichten'. Het waren kolossale, complexe en onpersoonlijke inrichtingen waar het handhaven van rust en orde als belangrijkste taak gezien werd. Uitzicht op genezing was er nauwelijks voor patiënten. Het patiëntenbestand liep uiteen van mensen met een verstandelijke beperking en dementerende ouderen tot aan patiënten met syfilis. Het

krankzinnigengesticht had de functie van verpleeghuis, asiel en gevangenis.

Het onderbrengen van zwakzinnigen in aparte gestichten kenmerkt de ontwikkeling van die tijd, namelijk: de medicalisering en verwetenschappelijking van de zorg. Krankzinnigen werden meer als zieken met een ziekte gezien die een lichamelijke oorsprong hebben en dus medisch behandeld kunnen worden.

Aan het einde van de 19^{de} eeuw ontstond er protest tegen deze massale opsluitingen in gestichten. In België, Schotland en Duitsland ontstond de zogenoemde community care. Mensen met een beperking werden opgenomen in (boeren)gezinnen die samen een gemeenschap woonden. De groei van deze gemeenschappen bleef echter beperkt.

De beide wereldoorlogen veranderden de eenzijdige nadruk op het medisch behandelen van mensen met psychische problemen. Tijdens de oorlog ontdekten ze dat bijvoorbeeld gezonde militairen psychische problemen konden krijgen. Naast de lichamelijke benadering van psychische problemen kwam er meer aandacht voor psychische ziekten die meer te maken had met menselijke interacties dan met fysieke oorzaken. De grote gestichten waren hier echter niet op georganiseerd. Dit leidde tot de antipsychiatrie die zich afzette tegen de inrichtingspsychiatrie waarin volgens de aanhangers mensen onderdrukt werden. Het resultaat van deze tegenbeweging is, dat men in Nederland steeds meer cliënt- in plaats van instellingsgericht is gaan denken. In de (geestelijke) gezondheidszorg gaat het tegenwoordig om begrippen als cliëntgerichtheid, autonomie, zorg op maat en kleinschaligheid. In deze ontwikkeling past de zorgboerderij.

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, destijds zwakzinnigenzorg genoemd, heeft eenzelfde ontwikkeling doorgemaakt. In de jaren '60 kwam de nadruk in deze sector meer te liggen op ontwikkeling en opvoeding in plaats van verzorging en verpleging. De kijk op mensen

met een verstandelijke beperking veranderde, men begon zich meer te richten op wat zij wél kunnen dan op hun beperkingen.

Relatie tussen arbeid en zorg in de 20^{ste} eeuw

Het aantal mensen met psychische problemen nam in de 20^{ste} eeuw toe. Dit kwam door de bevolkingsgroei in het algemeen en daarnaast door de industrialisatie en de afnemende tolerantie voor afwijkend gedrag. De patiënten die in inrichtingen verbleven lagen vrijwel permanent in bed. Dankzij het werk van Hermann Simon (1929) veranderde dit. Hij was van mening dat bij psychiatrische patiënten het gezonde deel moest worden aangesproken. Volgens hem was zinvolle arbeid daarvoor een goed middel. Tussen de twee wereldoorlogen werd arbeid als genezend instrument gemeengoed in de psychiatrische instellingen. Het ging daarbij met name om arbeid die ten goede kwam aan het instituut. Zo hadden veel instellingen hun eigen boerderij om te voorzien in groenten voor de maaltijden. Arbeid werd nog niet gezien als een manier om te re-integreren in de samenleving. Dit veranderde in de jaren '50 en '60 zowel in de psychiatrie als in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Arbeid werd in die tijd gebruikt als tussenstap van ziekte naar herstel in de maatschappij. Maar dit gedachtengoed verdween tien jaar later weer; zorgverleners richtten zich weer primair op de zieke kant van de patiënt. Er ontstonden andere vormen van creatieve therapie die zorgden voor een gevulde dagbesteding. Arbeid maakte daar geen deel meer van uit en werd zelfs gezien als het onderdrukken van de patiënt. Uiteraard was het nog wel mogelijk voor patiënten om in de tuin te werken maar meer ter vermaak en niet voor de productie. Inmiddels is het inzetten van mensen met een beperking in het arbeidsproces een belangrijke stap in hun herstelproces en uiteindelijk om een zelfstandige plek te krijgen in de samenleving.

Aansluiting van de zorgboerderij aan paradigma verschuivingen

De zorgboerderij kan wellicht bijdrage leveren aan het vinden van een nieuwe balans tussen individualisering en socialisering in de zorgsector. De zorglandbouw biedt een concept van kernwaarden waaraan maatschappelijk gezien steeds meer behoefte lijkt te zijn. Zorgboeren beschikken over een jarenlange ervaring in het beoefenen van duurzaamheid en de menselijke maat.

Met betrekking tot de landbouw zien we dat het platteland getransformeerd is van fysieke ruimte om voedsel te produceren naar een platteland als consumptieruimte. In de nota Agenda voor Vitaal Platteland wordt gesproken over: "Het platteland van de toekomst zal niet alleen een weerspiegeling zijn van de activiteiten van boeren en andere plattelanders maar van de activiteiten en behoeften van alle Nederlanders." De zorgboer sluit hierbij aan door zijn bedrijf open te stellen voor andere mensen. Daarentegen vormen de zorgboerderijen met ruim 1.000 zorgboerderijen maar een kleine speler in de landbouwwereld.

De eerste initiatieven

De combinatie landbouw en zorg kent in Nederland een lange traditie. Veel kloosters waren van origine zelfvoorzienende eenheden die hun eigen tuin hadden om in hun dagelijkse behoefte te voorzien. Veel klassieke inrichtingen kenden hetzelfde principe en patiënten in deze instellingen werkten dan ook mee op de tuin. Op het platteland werden boerenzoons en –dochters met een beperking ook vanzelfsprekend meegenomen in het boerenbedrijf en het sociale leven daarom heen.

De eerste initiatieven ontstaan rond 1975. Deze zorgboerderijen hebben een verschillende grondslag: er zijn zorgboerderijen die zich nadrukkelijk op de antroposofie baseren, zij willen een alternatief voor de gangbare landbouw zijn maar er zijn ook zorgboerderijen met een algemene grondslag.

Uit verhalen van de eerste initiatieven blijkt dat zij hebben moeten strijden om een plek te krijgen in zowel de landbouw als zorgwereld. Zij hebben hun weg moeten vinden binnen de financieringsstructuren en wet- en regelgeving waarin de kleinschalige zorgboerderijen op dat moment moeilijk inpasbaar waren.

Meer lezen over deze eerste initiatieven en hoe zij zich ontwikkeld hebben? In hoofdstuk 3: [Een pril huwelijk van het boek 'De zorgboerderij, chemie tussen Landbouw en Zorg'](#) van Gerard Termaat kan je meer lezen.

Discussie in de sector

Sinds het bestaan van zorgboerderijen zijn er een aantal thema's waarover de sector regelmatig discussieert. Een belangrijk thema in deze discussie is het spanningsveld tussen productie en zorg. Dit heeft onder meer te maken met de grote verschillen tussen de zorgboerderijen. Aan de ene kant van het spectrum bevinden zich bedrijven waar de agrarische productie de hoofdrol speelt, eens per week loopt er een deelnemer met een zorgvraag mee op de boerderij. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich zorgboerderijen waar geen agrarische productie plaatsvindt en waar de tuin of dieren aanwezig zijn voor de deelnemers. Bij deze laatste bedrijven komen alle inkomsten uit de zorg. Regelmatig ontstaan er discussies in de sector in hoeverre deze laatste bedrijven échte zorgboerderijen zijn. In hoeverre is hier nog sprake van een boerderij? Het is lastig om in deze discussie 'een kant te kiezen', naar onze mening is dit ook niet nodig. Het allerbelangrijkste is dat deelnemers een plezierige werkplek hebben met voldoende ontwikkelingsmogelijkheden.

Keurmerk

Met de groei van het aantal zorgboerderijen is er ook een toenemende behoefte aan een methode die de kwaliteit van de zorg op een zorgboerderij zichtbaar en meetbaar maakt. Sinds een aantal jaren bestaat er daarom het kwaliteitswaarborg zorgboerderijen. Dit systeem wil boeren

ondersteunen bij het zichtbaar maken van hetgeen zij op hun bedrijf bieden aan begeleiding en zorg. De Federatie Landbouw & Zorg heeft als eis dat alle zorgboerderijen die aangesloten zijn bij de Federatie in de toekomst het kwaliteitskeurmerk bezitten. Als een zorgboerderij voldoet aan het keurmerk 'Kwaliteit laat je zien' dan voldoet het aan: kwaliteitswet zorginstellingen, ARBO wet, wet klachtenrecht, wet bescherming persoonsgegevens en wet medezeggenschap van cliënten zorginstellingen.

Zoals eerder genoemd zijn niet alle zorgboerderijen lid van de Federatie. Dit betekent niet dat zij geen kwaliteit leveren. Deze zorgboerderijen maken vaak gebruik van andere vormen van certificering. Zo moeten zorgboerderijen die een eigen AWBZ-erkenning hebben ook HKZ-gecertificeerd zijn. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Het is een keurmerk dat veel gebruikt wordt in de gezondheidssector. Daarnaast zijn er ook andere mogelijkheden voor zorgboeren om hun kwaliteit te laten zien. Zo kunnen zorgboeren het label 'Hart voor Zorg' ontvangen op basis van geplaatste cliëntenreviews op Beterbijdeboer.nl.

Het heeft overigens een tijdje geduurd voordat een dergelijk keurmerk voor de sector aanwezig was. Het hebben van een keurmerk of certificering stond in de sector lange tijd ter discussie. Zorgboeren waren huiverig omdat zij dachten dat certificering tot meer bureaucratie zou leiden. Zij waren bang dat de eigenheid van de zorgboerderij verloren zou gaan doordat zij door alle regels en wetten kleine zorginstellingen zouden worden en het hoofddoel van hun zorgboerderij: er voor de deelnemers zijn, verloren zou gaan.



In dit hoofdstuk kijken we naar de ontwikkelingen buiten de zorglandbouwsector in Nederland. We gaan in op de brede internationale ontwikkeling van Social Farming en Green Care. Green Care is de Engelse term voor alle zorg en therapeutische activiteiten die plaatsvinden in een groene omgeving. Daarnaast kijken we naar ontwikkelingen in de zorg die aansluiten bij hetgeen er gebeurt op de zorgboerderij.

Hoofdstuk 3. Vensters op de wereld

Ontwikkelingen in Europa

Nederland is niet het enige land waar zorgboerderijen voor komen. Tegelijk met de opkomst van het aantal zorgboerderijen in Nederland gebeurde dit ook in Noorwegen en Italië. Inmiddels vinden we zorgboerderijen door heel Europa: België, Duitsland, Engeland, Ierland maar ook in Frankrijk en Oostenrijk. Niet in alle landen is de groei van het aantal zorgbedrijven even groot. In landen als Portugal en Ierland staat de zorglandbouw nog in de kinderschoenen terwijl in landen als Noorwegen en Italië het aantal zorgboerderijen vergelijkbaar zijn als in Nederland.

In Italië ontstonden de sociale coöperaties vaak na sluiting van psychiatrische instellingen in de jaren '80. Veel van deze sociale coöperaties hadden agrarische activiteiten. In Duitsland zien we dat in de jaren '70 een sterke beweging in opkomst was waarbij erg beschermde werkplekken en Camphill gemeenschappen ontstonden. In Noorwegen en Ierland zijn veel van de pioniers geïnspireerd door de antroposofie of christelijke geloofsovertuiging. Zij zijn veelal ontstaan door de sociale veranderingen in de jaren '60 die zich kenmerkten door de eerder genoemde afkeer van materialisme, autoriteit en vervuiling van de aarde.

Daarnaast speelde de socialisatie van de zorgsector een grote rol. Wat de Social Farming initiatieven met elkaar gemeen hebben is dat zij allen ontstaan zijn vanuit solidariteit met kwetsbare mensen, de wil om mensen te helpen en de hervormingen in de gezondheidszorg in de jaren '60 en '70 van de 20^{ste} eeuw. Ondanks dat het startpunt van de initiatieven hetzelfde is zien we dat zij zich toch verschillend ontwikkeld hebben en dat de Social Farming sector in Europa een grote diversiteit weergeeft.

In Europees verbanden spreken we over 'social farming' of 'green care' als we het hebben over landbouwbedrijven die zorg aan mensen met een beperking bieden. 'Green care' is het paraplu begrip voor activiteiten die te maken hebben met gezondheidsbevordering of het geven van zorg in een natuurlijke setting. Het kan daarbij gaan om een zorgboerderij die zorg verleent aan mensen met een verslavingsprobleem. Maar ook kunnen we denken aan wildernistherapie voor jongeren of lunchwandelen in het park voor kantoormedewerkers. Ondanks dat de setting van deze activiteiten verschillend kunnen zijn, zijn de mechanismen die ervoor zorgen dat deelnemers baat hebben bij de activiteit vaak vergelijkbaar. Over deze achterliggende mechanismen komen we later in dit boek terug. Het begrip 'green care' is een breed paraplu begrip waaronder alle activiteiten vallen

die een relatie hebben met natuur of landbouw. Het onderstaande schema laat zien aan welke activiteiten we kunnen denken.

Het schema laat zien dat zorg op boerderijen een vorm van 'Green Care' is. Green care is het paraplubegrip voor activiteiten die te maken hebben met gezondheidsbevordering of het geven van zorg in een natuurlijke setting. We kunnen zien hoe zorglandbouw zich verhoudt tot andere 'Green Care' activiteiten. Zorgboerderijen bieden bijvoorbeeld niet alleen zorg of dagbesteding maar is ook een interventie die bijdraagt aan behandeling (cure), gezondheidsbevordering (health promotion) en (arbeids)rehabilitatie.

De onderzoekers maken met dit figuur duidelijk welke 'Green Care' activiteiten er zijn. Allereerst maken zij onderscheid in activiteiten in de natuur waarbij deelnemers wel in de natuur aanwezig zijn maar niet zozeer actief gebruik maken van natuurlijke elementen (experiencing natural environment). Een voorbeeld is een groep kantoormedewerkers die tijdens de lunchpauze in het park gaan wandelen. Door het bewegen in het park herstellen mensen van hun werkzaamheden maar ze hebben geen directe interactie met de natuur. Daar tegenover staan activiteiten waarbij er wel een interactie is met de natuur (interacting with natural elements), zoals het verbouwen van groenten in een moestuin. Het werken in de moestuin is dan een middel voor mensen om (weer) een arbeidsritme op te doen.

Deelnemers kunnen ook interactie met dieren hebben. Hierin maken de opstellers van het model onderscheid tussen het dier als middel voor therapeutische doeleinden, zoals bij equine therapy, therapie met paarden. We spreken dan over animal-assisted therapy. Gaat het over het in contact brengen van een cliënt van een zorginstelling met dieren, dan spreken we over animal-assisted interventie. Een voorbeeld zijn de dier-o-theken in sommige verpleeghuizen waar ouderen huisdieren kunnen verzorgen of vertroetelen.

De figuur maakt duidelijk of een activiteit vooral een bijdrage levert aan gezondheidsbevordering (health promotion), behandeling (therapy) of

arbeidsrehabilitatie. Op zorgboerderijen zijn activiteiten aanwezig waarbij deelnemers zowel passief als actief betrokken zijn bij de natuur. Deze activiteiten en dagbesteding kunnen een bijdrage leveren aan de gezondheidsbevordering, behandeling of arbeidsrehabilitatie van deelnemers en daarmee aan hun kwaliteit van leven in het algemeen.

Als we kijken vanuit welke richtingen 'Social Farming' initiatieven in Europa ontstaan dan komen er drie naar voren:

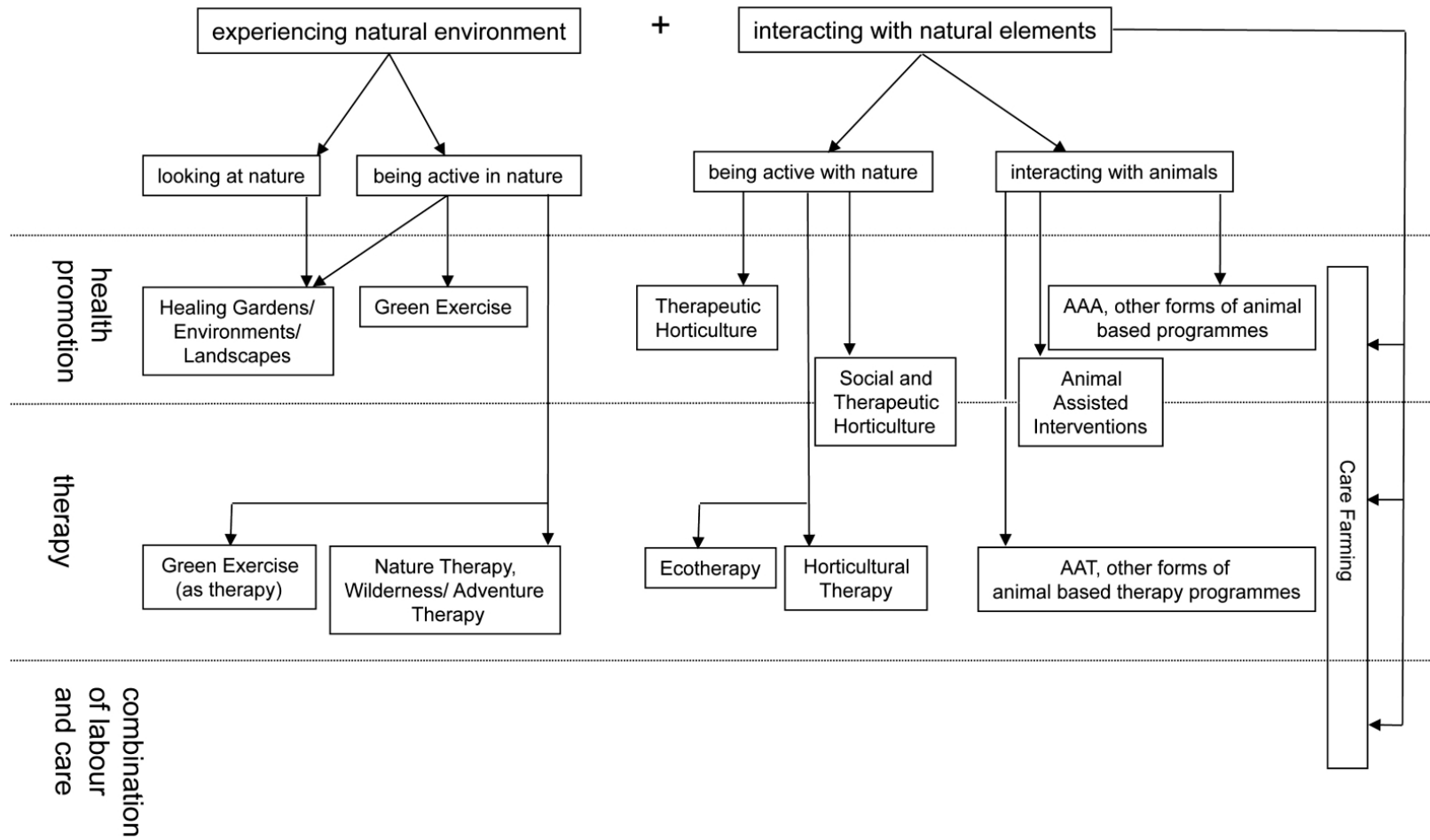
Social farming die ontstaan is als één van de activiteiten op de boerderij en valt onder multifunctionele landbouw

Social farming initiatieven die zich focussen op sociale inclusie, meedoen in de samenleving en arbeidsintegratie

Social farming initiatieven die zijn ontstaan uit de ontwikkeling van grote instellingen naar meer 'community based care services'. Met dit laatste wordt bedoeld, het aanbieden van kleinschalige zorg in de gemeenschap.

Uit verschillende studies komt naar voren dat niet alleen in Nederland maar ook andere Europese landen 'Social Farming' initiatieven moeite hebben om hun plek te vinden binnen zowel de structuren van de landbouw- als zorgsector. Een uitdaging voor de Social Farming beweging in Europa is om verbinding te leggen tussen landbouw-, zorg- en de sociale sector.

Overview Sectors of Green Care



Figuur: Overzicht van 'green care' activiteiten en de relatie met natuur (Aanpassing van: Haubehofer e.a., 2010)

Kijken we naar het aantal zorgboerderijen in verschillende Europese landen dan geven verschillende studies de volgende schatting.

Tabel: Aantal zorgboerderijen in verschillende Europese landen.

Land	Aantal zorgboerderijen
Nederland	1100
Noorwegen	1100
België (Vlaanderen)	595
Italië	700
Frankrijk	500
Ierland	133
Duitsland	162
Oostenrijk	250

Uit deze studies wordt duidelijk dat er een grote variatie is in de wijze waarop deze zorgboerderijen in de verschillende landen tot stand zijn gekomen. Samenvattend zijn er drie 'wegen' waarop deze zorgboerderijen ontstaan zijn. Deze zullen we kort bespreken.

Zorgboerderijen die arbeidsintegratie en sociale inclusie bieden

We zien dat zorgboerderijen in Frankrijk en Italië met name arbeidsintegratie en sociale inclusie als doel hebben. Initiatiefnemers van deze zorgboerderijen zijn vaak sociale coöperaties en andere non-profit organisaties. De deelnemers die op deze boerderijen komen zijn vaak lid om medewerker van deze organisatie en veelal mensen die buiten de samenleving vallen. Te denken valt aan langdurig werklozen, mensen met een verslavingsprobleem en jongeren met gedragsproblemen. De 'social farming' initiatieven zijn vaak organisaties van vrijwilligers waarbij loon en het behalen van winst geen rol speelt. De initiatieven ontvangen subsidies vanuit beleid om werklozen weer aan het werk te krijgen. Bijvoorbeeld in Italië heeft de overheid beleid voor sociale coöperaties. Zij hoeven minder belastingen te betalen en als de overheid opdrachten heeft hebben zij een voorrangpositie. Daar tegenover staat dat 30% van de

medewerkers in dienst van deze sociale coöperaties een beperking moet hebben. In Frankrijk is er een lange traditie van tuinprojecten die bijvoorbeeld door de kerk opgezet zijn voor de arbeiders. Zij zijn veelal vanuit solidariteit ontstaan en niet als een winstgevende organisatie. Deze tuinen kunnen bestaan vanwege beleid rondom sociale inclusie en participatie voor werklozen en worden gerund door non-profit organisaties.

Zowel in Frankrijk als Italië zijn er ook wel individuele boeren die een zorgboerderij opzetten maar zij worden nauwelijks erkent. Ook landbouworganisaties besteden weinig tot geen aandacht aan zorgboerderijen of zien zorglandbouw niet als een onderdeel van multifunctionele landbouw.

Zorgboerderijen die 'community based services' aanbieden

Dit type zorgboerderij vind je veel in landen als Duitsland, Ierland en Oostenrijk. Het overgrote deel van de zorgboerderijen in deze landen zijn opgezet door de tertiaire sector, in het Engels 'third sector' genoemd, vrijwilligersorganisaties als religieuze organisaties, Camphill gemeenschappen of cliëntorganisaties. Het zijn vaak zorg georiënteerde zorgboerderijen die zich ontwikkeld hebben als professionele organisaties die vast zitten aan strikte regels vanuit de zorgsector. Het is daarom voor deze zorgboerderijen lastig om samenwerking met andere sectoren aan te gaan. Zij richten zich veelal op een doelgroep. Te denken valt aan mensen met psychische problemen, mensen met een verstandelijke beperking of mensen met verslavingsproblematiek. De initiatieven zijn veelal ontstaan uit onvrede met heersende medische model en de institutionalisering van cliënten. Zij willen mensen met een beperking een zinvolle dagbesteding bieden in de samenleving.

In Duitsland bestaan de zogenaamde 'Grüne werkstätten'. Voor deze beschermde werkplekken is een speciale wet die ontstaan is vanuit het idee dat mensen met een beperking beschermd moeten worden tegen mishandeling. Volgens deze wet is het daarom belangrijk dat deze

werkplaatsen een minimaal deelnemersaantal van 120 hebben en een gevarieerd pakket aan activiteiten. Deze wet staat echter andere ontwikkelingen zoals het samen werken met individuele boeren in de weg.

Zorgboerderijen als vorm van multifunctionele landbouw door individuele boeren

Dit type zorgboerderij overheerst in Nederlands, België en Noorwegen. Veelal zijn het boeren die naast hun agrarische productie zorg aan bieden aan mensen met een beperking. Het aantal deelnemers dat per dag zorg ontvangt op de boerderij ligt meestal onder de 10, daarnaast komen er diverse doelgroepen gelijktijdig op de boerderij. Het aanbieden van zorg valt onder de verbreding van de landbouw en biedt een extra bron van inkomsten. Daarmee stimuleert het de sociale en economische duurzaamheid van de bedrijven. De financiële vergoedingen verschillen sterk per land.

In Noorwegen kregen zorgboerderijen meer aandacht in de jaren '90. De landbouw autoriteiten gaven aan dat zij 'social farming' als een van de belangrijkste prioriteiten zagen. In Noorwegen wordt het gezien als een belangrijke extra inkomsten bron voor boeren en tevens een effectieve remedie voor gezondheidsproblemen. We zien net als in Nederland dat ook in Noorwegen er een kwaliteitssysteem ontwikkeld is. Zelfs alle boeren die een zorgboerderij willen starten moeten aan bepaalde startkwalificaties voldoen.

In België en dan met name Vlaanderen groeide het aantal zorgboerderijen van 46 in 2003 naar 662 in 2010. België is het enige land dat specifieke wet- en regelgeving heeft voor zorgboerderijen. Dit gebeurde in 2005 met de invoering van de Eerste Vlaamse Ruraal Ontwikkelingsprogramma. In Vlaanderen kunnen boeren een subsidie aanvragen bij het ministerie van landbouw. De subsidie bedraagt €40 per dag onafhankelijk van het aantal deelnemers met een maximum van drie deelnemers. Het wordt gezien als een compensatie voor het verlies aan inkomsten omdat de boer niet aan zijn of haar agrarische productie heeft kunnen werken. Deze compensatie wordt alleen gegeven aan bedrijfsmatige boeren, oftewel minimaal 35%

van hun inkomsten moeten komen uit de landbouw. In tegenstelling tot de Nederlandse zorglandbouwsector waar de financiering anders geregeld is, heeft dit geleid tot een homogene zorglandbouwsector. Dat wil zeggen dat zorgboerderijen veel op elkaar lijken en dat de focus van deze bedrijven bij de agrarische productie is gebleven. Ook Vlaanderen kent een Landelijk Steunpunt voor Groene Zorg maar kent niet zoals in Nederland een nationaal of regionale verenigingen van zorgboeren.

Uit bovenstaande blijkt dat de variëteit aan zorgboerderijen in Europa erg groot is. Daarbij zie je dat de zorgboerderijen in Vlaanderen het meest 'agrarisch' georiënteerd zijn. Aan de andere kant van het pallet bevinden zich de meer zorg georiënteerde landen als Duitsland, Oostenrijk en Ierland waar de agrarische productie beperkt is. Nederland heeft van alle landen de meeste diversiteit aan zorgboerderijen.



Ontwikkelingen in zorg en welzijn in Nederland

Het aanbod van zorgboerderijen sluit aan bij verschillende actuele ontwikkelingen en trends in de zorg- en welzijnssector in Nederland. Het is goed om te weten welke ontwikkelingen dat zijn. Ze zijn te scharen onder twee hoofdtrends: het stimuleren van zorgvragers om te participeren in de maatschappij, en het stimuleren van hun vermogen om voor zichzelf op te komen: empowerment.

Stimuleren van participatie in de maatschappij

Vermaatschappelijking van de zorg

Vermaatschappelijking betekent dat mensen gestimuleerd en in staat gesteld worden om mee te doen in de maatschappij. Het gedachtegoed om mensen met een zorgvraag zo lang mogelijk zelfstandig tussen andere burgers te laten wonen en hen zorg en begeleiding in de buurt te bieden, kreeg al in de jaren 80 van de vorige eeuw vorm. De extramuralisering kwam toen in zwang: het verlenen van zorg buiten de muren van instellingen. De ontwikkeling om zorg te vermaatschappelijken gaat een stap verder. Het verwijst naar een bewuste inspanning van cliënten, hun naastbetrokkenen, professionals en de samenleving als geheel, om plek te maken voor mensen die eerder buiten het maatschappelijke leven stonden.

Vermaatschappelijking heeft in het bijzonder betrekking op mensen met een verstandelijke, lichamelijke of psychische beperking. Het uitgangspunt van zorg is om uit te gaan van hun mogelijkheden in plaats van hun beperkingen. Mensen worden aangesproken op waar ze goed in zijn, wat ze kunnen en waarin ze kunnen groeien. Ook wordt anders aangekeken tegen beperkingen omdat mensen vaak ook van hun beperkingen kunnen leren. Steeds vaker wordt daarom ook ervaringsdeskundigheid van mensen met een beperking ingezet. Gebruik maken van de eigen

ervaringsdeskundigheid is een belangrijk punt geworden voor veel patiënten, cliënten en mensen met een handicap.

Community care

Community care heeft als streven dat mensen met een beperking een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden. Zij ontvangen niet uitsluitend hulp van hulpverleners en zorginstellingen, maar ook van andere partijen in de samenleving. Het principe van community care gaat zowel over care in de community als over care door de community.

Rehabilitatiebenadering

Bij rehabilitatie gaat het om het verbeteren van het functioneren van de cliënt op verschillende levensgebieden. Dat kan bereikt worden door cliënten vaardiger te maken en hun omgeving zo aan te passen dat zij er naar vermogen kunnen functioneren. Rehabilitatie is een stroming die zich met name richt op het creëren van mogelijkheden voor chronisch psychiatrische patiënten. Het streven is er op gericht om patiënt volwaardig burger te laten zijn.

Er bestaan verschillende rehabilitatiebenaderingen. Ze onderstrepen allemaal dat de cliënt in zijn of haar rehabilitatie een belangrijke eigen rol speelt en dat een langdurige aanpak essentieel is. In de afgelopen jaren vatte de gedachte steeds meer post dat rehabilitatieprogramma's vooral gericht moeten zijn op het versterken van de natuurlijke tendens van cliënten om te groeien. De insteek is dan niet zozeer het aanleren van vaardigheden of het geschikt maken van de omgeving, als wel het ondersteunen en stimuleren van het herstelproces bij cliënten zelf. Rehabilitatie richt zich, behalve op de levensgebieden wonen en sociale relaties, vooral op werk en zinvolle dagbesteding vanuit de opvatting dat werken gezondmakende eigenschappen kan hebben.

Empowerment en zelfredzaamheid

Herstelbenadering

Cliënten hebben allemaal hun eigen ervaringen en die moeten leidend zijn voor de aanwezigheid en interventies van hulpverleners. Dit is het uitgangspunt van de herstel of recoverybenadering. De benadering is geïntroduceerd en ontwikkeld door cliënten en consumentenorganisaties in Amerika. Cliënten geven aan dat hoop, empowerment en het inzetten en benutten van hun eigen ervaringsdeskundigheid sleutelcondities zijn voor hun herstel en daarmee zelfredzaamheid.

Eind jaren negentig werd het concept ook in Nederland geïntroduceerd. De belangstelling voor de benadering nam de jaren daarna sterk toe. Dit kwam onder andere door de activiteiten van het team Herstel-Empowerment-Ervaringsdeskundigheid, het HEE-team. Het HEE-team had als doel mensen met ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen te ondersteunen om zich uit een positie te vechten die ze als ondergeschikt ervaren. Ze leerden van zich te laten horen als gelijken ten opzichte van hun hulpverleners. Het HEE-team zorgde ervoor dat binnen de GZZ verder is nagedacht over herstelgeoriënteerde zorg. De vorm van zorg richt zich op:

- Het centraal stellen van het levensverhaal en ervaringsdeskundigheid van de cliënt naast hun ziektegeschiedenis
- Het versterken van de regie en keuzevrijheid van cliënten (empowerment)
- Het ontwikkelen, formaliseren en implementeren van de inzet en ervaringskennis
- Het betrekken van cliënten bij de zorg

Wilma Boevink geeft aan dat het voor het herstel van cliënten belangrijk is dat hulpverleners hen in het gewone leven leren kennen. Hulpverleners moeten niet vasthouden aan een behandelrelatie maar een relatie

nastreven die gericht is op samenwerken en gelijkwaardigheid. Cliënten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat hulpverleners onbevooroordeeld naar hen luisteren, hen accepteren en een betrokken gesprekspartner zijn. Binnen de herstel- en empowerment-aanpak worden gerichte principes gehanteerd om de eigen kracht van een cliënt te versterken. Het gaat om principes als de focus leggen op integratie in de samenleving en betrokkenheid van die samenleving, op eigen kracht en eigen keuzes. Daarnaast staat ook de erkenning dat herstel mogelijk is centraal net als de erkenning van de waarde van steun van de omgeving en informele netwerken en de nadruk op de relatie tussen de cliënt en begeleider.

Aansluiting van zorgaanbod op boerderijen bij trends in de zorg

Een zorgboerderij biedt zorgvragers een voorziening waar ze essentiële elementen uit de hiervoor besproken stromingen en ontwikkelingen kunnen ervaren. Er ligt op een natuurlijke manier nadruk op empowerment van de deelnemers, op integratie in de samenleving en steun van informele sociale netwerken. De insteek op een zorgboerderij is het meedoen aan gewoon werk. Deelnemers krijgen er een werkplek buiten het reguliere zorgcircuit. Het is een omgeving die zij als minder stigmatiserend ervaren. Ook het accent op de mogelijkheden in plaats van de beperkingen van een deelnemer, de individuele benadering en het onderdeel uitmaken van het leven van boer, gezin en een bredere gemeenschap, sluiten aan bij empowerment en bij maatschappelijk ingebedde zorg.



Hassink en anderen (2011) geven aan dat in de langdurige zorg meer nadruk op zal komen op het voorop stellen van de behoefte van de klant. De zorg zal steeds meer aansluiting moeten vinden bij de belevingswereld van de zorgvrager. De zorg die op boerderijen geboden worden is vaak kleinschalig. Dit maakt het daar goed mogelijk om naar de behoeften van een individuele deelnemer te kijken. In de taken die deelnemers aangeboden krijgen, wordt vooral uitgegaan van hun (individuele) mogelijkheden.

Bennett, D. (2003) Rehabilitatie is mensenwerk. De ontwikkeling van een visie. In: Rehabilitatie, een orientatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen. M. Nuy (ed.), SWP, pp 11-16.

Boevink, W. (2005) Over leven na psychiatrie. In: Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problemen. J. Droës (Ed.) Amsterdam: SWP.

Boevink, W. A. Plooy & S. van Rooijen (2006) Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. Amsterdam: SWP.

Bouduin, D. A. McCulloch & A. Liégeois (2002) Good care in the community: ethical aspects of deinstitutionalisation in mental health care. Utrecht: Trimbos-instituut.

Chamberlin, J. (1997) A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20 (4): 43-46.

Deegan, P.E. (2001) Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In C. Brown (Ed.) *Recovery and wellness: Models of hope and empowerment for people with mental illness*, Haworth Press: New York, p. 5–21.

Haaster, H. van, D. Hidajattoellah, J. Knooren & J.P. Wilken (2009) *Kaderdocument Ervaringsdeskundigheid*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Hassink, J. (2009) Zorgboerderijen dragen bij aan empowerment en eigen kracht van deelnemers. Wageningen: Plant Research International.

Hassink, J., A. van Dijk & D. Klein Bramel (2011) Waarden van Landbouw en Zorg. Wageningen: Plant Research International.

Kal, D. (2001) Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Kendall, K.S. & M.B. Kenkel (1989) Social exchange in the natural helping interaction. *Journal of rural community psychology*. 10: 25-45.

Kwekkeboom, M. H. (2010) De verantwoordelijkheid van de mensen zelf. De (her)verdeling van de taken rond zorg en ondersteuning tussen overheid en burgers en de betekenis daarvan voor de professionele hulpverlening. (Openbare les) Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam

Weeghel, J. van (1995) Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht: SWP.

Wilde, G. de (2002) Erbij horen. Advies Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

In dit hoofdstuk zullen we kort ingaan op de multifunctionele landbouw en belichten een aantal zaken die met name bij zorgboerderijen spelen. Over dit onderwerp is een uitgebreid rapport geschreven voor het MBO-onderwijs. De titel luidt: “Multifunctionele Landbouw: lesmodule omgevingsgericht ondernemen voor het MBO”. Wij verwijzen je dan ook graag door naar dit rapport mocht je meer over de multifunctionele landbouw te weten willen komen.

Hoofdstuk 4. Multifunctionele landbouw

Multifunctionele landbouwbedrijf combineert verschillende functies op het boerenbedrijf. Te denken valt aan melkveehouderij en zorg voor ouderen of akkerbouw en een boerderij camping. De zorgboerderij valt daarmee ook onder het kopje multifunctioneel bedrijf omdat de boer(in) meerdere functies namelijk landbouw en zorg op zijn of haar bedrijf heeft.

De pioniers in de multifunctionele landbouw zijn vaak begonnen vanuit een economische noodzaak of vanuit een gevoel dat zaken anders aangepakt konden worden. De afgelopen jaren is het aantal multifunctionele landbouwbedrijven enorm toegenomen. Ook heeft de sector een duidelijke professionaliseringsslag gemaakt. De ideeën en concepten uit de beginjaren zijn door ontwikkeld. Dit kan zijn op individuele basis maar ook in samenwerkingsverband zoals bijvoorbeeld in franchiseconcepten als Landwinkel, Agrarische Kinderopvang of de Federatie Landbouw & Zorg.

Economische toekomst

In het begin werd multifunctionele landbouw nog wel eens gezien als een manier om je agrarische bedrijf langzaam af te bouwen. Of om de

landbouwsector te verlaten. Inmiddels blijkt uit onderzoek dat de omzet van deze sector 491 miljoen per jaar bedraagt en dat er daarnaast nog meer groei mogelijk is. Het is dan ook niet vreemd dat voor een toenemend aantal ondernemers de multifunctionele tak een volwaardig onderdeel in de bedrijfsstrategie vormt en een substantieel deel van hun inkomen bedraagt. Het blijft echter lastig om de omzet van deze multifunctionele tak te benoemen. Het is bijvoorbeeld voor veel bedrijven moeilijk om de financiën van de verschillende bedrijfsdelen los van elkaar te zien. Het is daarom moeilijk om precies aan te geven wat de multifunctionele landbouw een ondernemer oplevert. Onderzoekers van Wageningen UR hebben in gesprek met 120 boeren in zes gebieden een schatting gemaakt van de gemiddelde omzet en deze bedraagt €195.000 over gemiddeld drie multifunctionele activiteiten. Uit dit onderzoek blijkt ook dat de omzet uit nieuwe takken vaak groeit naarmate het bedrijf langer met deze tak bezig is. Met name voor boeren die een zorgboerderij starten geldt dit. Dat wil zeggen dat hoe langer een boer zorg op zijn boerderij aan deelnemers aanbiedt des te meer inkomsten hij hieruit genereert. Een ander belangrijk punt is dat meerdere takken op je boerderij ervoor zorgen dat het bedrijfseconomisch risico kleiner wordt. De opbrengsten uit de

verschillende takken kan fluctueren, het ene jaar haalt een boer bijvoorbeeld meer inkomsten uit de zorg terwijl een ander jaar de prijzen van zijn gewassen bijvoorbeeld weer beter is. Op die manier verklein je het risico omdat je niet afhankelijk bent van één tak.

Groeiende werkgelegenheid

Opvallend is dat de werkgelegenheid op multifunctionele bedrijven de afgelopen jaren is toegenomen in tegenstelling tot de werkgelegenheid in de landbouwsector. Kijken we naar de arbeidsinzet op multifunctionele bedrijven dan blijkt deze gemiddeld 3,7 fte per bedrijf te zijn.

Multifunctionele bedrijven maken dus meer gebruik van externe arbeid. Door de mechanisatie in de landbouw zijn daar juist minder handen nodig om het werk te verrichten.

Kijken we naar zorgboerderijen dan zien we dat deze bedrijven juist nog vaker gebruik maken van vreemde arbeid dan andere multifunctionele bedrijven. Met vreemde arbeid wordt bijvoorbeeld bedoeld werk in de zorg of dienstverlening in plaats van in de landbouw. In 2012 geeft een enquête onder 430 multifunctionele ondernemers een indicatie van gemiddeld vijf mensen in dienst tegenover minder dan één op reguliere landbouwbedrijven. Bedrijven waarbij meer dan 50% van de omzet uit multifunctionele activiteiten komt hebben zelfs nog meer medewerkers in dienst. Het is daarbij wel goed te noemen dat sommige medewerkers ook parttime werken. Concluderend kunnen we dus zeggen dat multifunctionele landbouwbedrijven een bijdrage leveren aan de werkgelegenheid op het platteland.

Nieuwe markten

De Multifunctionele landbouw wordt opgesplitst in verschillende sectoren: zorglandbouw, agrarische kinderopvang, boerderijverkoop, agrarisch natuurbeheer, recreatie & toerisme en educatie. In 2009 is onderzocht wat de totale marktpotentie is van deze verschillende sectoren. Het potentieel

wordt daarbij geschat op 1,5-4,5 miljard euro. Dat is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de kansen om de afzet van streekproducten via



zorglandbouwsector nog onduidelijk is. Daar staat tegenover dat er nieuwe partners en vraagpartijen opkomen zoals gemeenten, het UWV en re-integratiebedrijven. Het opbouwen van contacten met deze partijen biedt mogelijkheden voor verdere groei.

Regionaal belang

Het is lastig te berekenen wat voor economische betekenis de multifunctionele landbouw heeft voor een regio. Wel zijn er aanwijzingen dat multifunctionele bedrijven de aantrekkelijkheid van een regio kunnen vergroten. Recreatie op de boerderij kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat er meer bezoekers in een gebied komen. Dat heeft ook weer effect op andere bedrijven. Hierdoor kan synergie ontstaan tussen verschillende activiteiten zoals recreatie, eet- en overnachtingsmogelijkheden. Een gebied krijgt daardoor een grotere aantrekkingskracht waar alle ondernemers zowel agrarische als niet-agrarische van kunnen profiteren.

Overheidsbeleid

Als bedrijf in de multifunctionele landbouw ben je vaak aan het pionieren, zeker voor de eerste bedrijven was dit het geval. Multifunctionele bedrijven lopen dan ook meer dan gemiddeld aan tegen beleid van de overheid, te denken valt aan bestemmingsplannen. Deze plannen gaan vaak uit van scheiding van ruimten. Ofwel hier landbouw daar zorg. Bij multifunctionele bedrijven, de naam zegt het al, komen deze functies samen op één plek. Je ziet inmiddels steeds meer gemeenten actief meedenken en beleid ontwikkelen op het gebied van multifunctionele landbouw. Zij gaan bewust nadenken wat zij met het landelijk gebied willen. Toch blijft wet- en regelgeving een lastig punt voor veel bedrijven.

Zoals we eerder schreven zien steeds meer beleidsmakers op nationaal en Europees niveau in dat het platteland meer is dan een plek waar boeren voedsel produceren. Het gaat ook om leefbaarheid van het buitengebied, versterking van de regionale economie, behoud en

ontwikkeling van natuur en landschap, voedselzekerheid en –veiligheid. Dan is het logisch dat agrarische bedrijven meer doen dan alleen het produceren van voedsel.

Wet- en regelgeving

Elke ondernemer die extra producten of diensten wil aanbieden krijgt te maken met regels. De praktijk leert dat deze niet altijd helder zijn en soms met elkaar in tegenspraak. Bijvoorbeeld een boer die zich gaat richten op streekproducten moet zich houden aan hygiënevoorschriften en – protocollen. Kinderopvang op de boerderij is gebonden aan strenge regels, ontworpen voor kinderdagverblijven. Ditzelfde geldt voor een zorgboer die zorg aanbiedt aan verschillende doelgroepen. De ondernemers moeten zich dus naast de regels voor de landbouw aan andere sets van regels houden. Die sets zijn vaak niet afgestemd op een combinatie met agrarische activiteiten (of met elkaar).

Als daarbij de zorg erg kleinschalig is, doet zich nog een ander probleem voor. Het is dan lastiger om aan alle verschillende eisen te voldoen zeker als de zorgboerderij ook nog eens gecombineerd wordt met andere functies. De investeringen zijn duur en er komen meerdere controleurs over de vloer die allemaal betaald moeten worden. Ook voor ambtenaren die het beleid moeten interpreteren is het niet altijd gemakkelijk. Een boer die een kopje koffie of biertje schenkt na afloop van een vergadering van een plaatselijke club die een vergaderruimte heeft gehuurd, is dat horeca? Of valt zoiets onder de normale gastvrijheid van een agrarische bedrijf? Gemeenten worstelen hiermee en ambtenaren stellen dan veel vragen. Terwijl een ondernemer graag zaken open wil houden. Een gemeente wil bijvoorbeeld precies weten wat een boer gaat doen met een schuur die leegstaat. De ondernemer wil de mogelijkheid open houden om die schuur voor verschillende activiteiten te gebruiken. Hetzelfde geldt voor als activiteiten boven de normen uitgroeien. Te denken valt aan een boer die eerst zijn eigen producten in zijn winkel verkocht en inmiddels ook producten van andere collega's verkoopt.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat het niet altijd komt door de wetgeving zelf, als wel in de implementatie en de interpretatie daarvan, waardoor het voor multifunctionele ondernemers lastig is om te voldoen aan alle wet en regelgeving.

Meer lezen over dit onderwerp

Multifunctionele Landbouw: lesmodule omgevingsgericht ondernemen voor het MBO, 2011, Marjo Baeten en Marleen Warnaar, te downloaden via: <http://edepot.wur.nl/169152>

Multifunctionele landbouw in Nederland. Meer dan boeren alleen. 2012 Tijs Kierkels, Tjitske Ypma, Judith Kars, Esther Veen, Marcel Vijn en Marjolein Elings. Zutphen: Roodbont



Zorgboerderijen combineren twee sectoren, de landbouw en zorgsector. Het spreekt dan ook voor zich dat de wet- en regelgeving hier onevenredig hoog is. Gerard Termaat beschrijft in zijn boek ‘De zorgboerderij’ hoe de relatie tot wet- en regelgeving de afgelopen jaren verlopen is. Wij willen kort ingaan op de ontwikkelingen rondom wet- en regelgeving in de zorg- en landbouwsector. Daarnaast willen we een overzicht geven van de wettelijke kaders (wetten) en het beleid (regels) waarmee een zorgboer te maken heeft. Dit overzicht is zeker niet volledig en bovendien een momentopname, wet- en regelgeving verandert tenslotte regelmatig. Het is daarom belangrijk om mochten je voor keuzes in de praktijk staan, de actuele informatie erbij te pakken.

Hoofdstuk 5. Wetten en regels

Ontwikkelingen in de zorg en landbouw

Er is tegenwoordig zoveel afstand tussen wet- en regelgeving en het primaire proces voor de doelgroep dat we vaak zien dat bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen ver van hun eigenlijke werk af komen te staan en zich bijvoorbeeld bezig gaan houden met risicovolle commerciële investeringsactiviteiten die nog nauwelijks een relatie hebben met het primaire proces.

De overheid heeft de afgelopen jaren ervoor gekozen om het toezicht directer bij zorginstellingen neer te leggen. Om dit te kunnen doen heeft zij wel haar eigen verantwoordelijkheid ingedekt door de wet- en regelgeving te detailleren en aan te scherpen. Het terugtrekken van de overheid wordt deregulering genoemd.

Deze deregulering heeft echter bij zorginstellingen, zorgkantoren en indicatiecentra geleid tot een toename van regulering en bureaucrativering. Daarnaast zorgde het ook voor meer fusies en schaalvergroting. Het werd veelal onmogelijk voor kleine zorginstellingen om zonder professioneel specialisme te voldoen aan de complexe wet- en regelgeving. Je moet als zorginstelling wel speciale medewerkers in huis hebben om de complexe regelgeving te begrijpen, als je te klein bent is dat niet mogelijk.

We zien ook dat als zorginstellingen groter worden het lastiger is om uitzonderingen toe te laten. We zien ook een paradox ontstaan: aan de ene kant wordt de zorg steeds cliënt gericht en is zorg op maat het uitgangspunt, aan de andere kant zorgt dit voor een complex registratie- en verantwoordingsstelsel wat weer leidt tot standaardisering waarin cliënten een nummer worden. Het indiceren van een cliënt verloopt tegenwoordig met name achter de computer en de cliënt wordt zelf

nauwelijks gezien of gehoord. En juist dan is het moeilijk om vast te stellen of een cliënt op de juiste plaats zit en er tevreden is.

Naast dat zorgboerderijen te maken hebben met regels in de zorgsector hebben zij als agrarisch bedrijf ook te maken met wet- en regelgeving in de landbouw. Omdat best veel zorgboerderijen vanuit de alternatieve landbouw werken hebben zij naast de licenties die daar gelden ook te maken met de wet- en regelgeving van de reguliere landbouw, dit is dus dubbelop. Overigens wil het niet zeggen dat alle zorgboeren voorstanders zijn van alternatieve landbouwmethoden. De statistieken laten zien dat het merendeel van de zorgboeren de gangbare, reguliere landbouw volgen.

Wetten- en regels

Wat is eigenlijk het verschil tussen wetten en regels? Onder wetten verstaan we zaken die in het wetboek zijn vastgelegd. Deze wetten gelden voor alle burgers en worden met zorg samengesteld en democratisch vastgelegd in de Eerste en de Tweede Kamer. Een wet maken of veranderen kost veel tijd en moeite, vaak is men hier meerdere jaren mee bezig. Al tijdens het ontwerp en de behandeling wordt onderzocht of de uitvoering van een wet ook haalbaar is en niet in strijd met de Grondwet. Regels hebben een ander karakter: deze worden vaak niet democratisch vastgesteld, zij hebben vaak een specifiek karakter en gelden dikwijls niet voor iedereen. Mensen die regels opstellen, bijv. binnen de overheid, moeten zich altijd houden aan het wettelijke kader dat voor iedereen geldt. Regels veranderen makkelijker en worden vaak gebruikt om politieke of beleidsmatige keuzes te ondersteunen.

De belangrijkste domeinen waarin je met wetten en regels te maken hebt zijn:

- Ruimtelijke ordening en milieu
- Werkgeverschap
- Dieren en voedsel

- Zorg- en dienstverlening

De eerstgenoemde domeinen zullen in de loop van dit hoofdstuk aan de orde komen, voor het laatste wordt verwezen naar het hoofdstuk “Financiering van boerderijzorg” .

Ruimtelijke Ordening en Milieu

Nederland is een drukbevolkt land waar vrij nauwkeurig geregeld is wat je op welke plaats wel en niet mag doen. Uitgangspunt hierbij is dat jouw vrijheid ophoudt waar de ander begint en dat datgene wat jij doet een ander nadeel of schade kan berokkenen. Omdat wetten soms oud en gecompliceerd zijn is het soms moeilijk te zien waarom iets wel of niet mag. Ondernemers en andere praktisch georiënteerde mensen lopen vaak aan tegen de mensen die deze regels uitvoeren. Als je hiermee te maken krijgt kan het helpen als je je realiseert dat de uitvoerder van de wet of de regel deze dikwijls niet zelf bedacht heeft.

Ruimtelijk ordening betekent het toewijzen van bepaalde functies in bepaalde gebieden. Dit is in Nederland meestal de een taak van de provincie, en soms, als het nationaal belang betreft, van het Rijk. Het gaat om besluiten waar woningbouw moet komen, waar een snelweg, waar vestigen we industrie, waar mogen windmolens komen en waar juist niet, etc. Gemeentes maken binnen de kaders die de provincie stelt bestemmingsplannen. Deze bestemmingsplannen moeten door de provincie goedgekeurd worden.

De inhoud en definitie van deze bestemmingsplannen staat niet vast, wat er binnen deze plannen mag en niet mag is dikwijls politiek bepaald op gemeentelijk niveau. De bestemming agrarisch staat bijvoorbeeld in de ene gemeente kamperen bij de boer toe, en in de andere gemeente niet. Bestemmingsplannen worden in de regel eens in de 10 jaar aangepast. Bestemmingsplannen en ontwerpbestemmingsplannen kunt je inzien bij de gemeente en via www.ruimtelijkeplannen.nl.

Als je gemeente van plan is om een bestemmingplan te wijzigen, heeft dit mogelijk gevolgen voor (de toekomst van) je bedrijf. Voordat het bestemmingsplan wordt vastgesteld, is de gemeente verplicht een inspraakprocedure te houden. Je hebt 6 weken om het ontwerpplan te bekijken en je mening te geven. De gemeente bekijkt vervolgens de reacties en maakt een definitief bestemmingsplan. Uiteindelijk stelt de gemeenteraad het bestemmingsplan vast.

Het kan zijn dat je schade lijdt doordat een gemeente bijvoorbeeld een pand een andere bestemming geeft. Hierdoor kan je gebouw minder waard worden. In sommige gevallen kunt je in aanmerking komen voor (gedeeltelijke) schadevergoeding van deze zogeheten planschade.

Bouwplannen

Als iemand in Nederland iets wil bouwen kan hij te maken krijgen met het ter plaatse geldende bestemmingsplan. Ieder bouwplan wordt door de gemeente getoetst op het bestemmingsplan. Als het bouwplan niet in het bestemmingsplan past, zal het bouwplan aangepast moeten worden. Een andere oplossing is een nieuw bestemmingsplan (laten) maken. De derde mogelijkheid is een ontheffing (voorheen vrijstelling; de zogenaamde artikel 19-procedure). Dit loopt vooruit op een nieuw bestemmingsplan.

Op een perceel mag uitsluitend gebouwd worden als op de verbeelding/plankaart een bouwblok (of bouwvlak) is aangegeven. Een bouwblok is een ruimtelijke figuur, waarvan het bouwvlak wordt aangegeven op een plankaart. Een gebouw mag alleen geplaatst worden binnen de grenzen van het bouwblok. Het bouwvlak mag tot een bepaald percentage bebouwd worden, bijvoorbeeld 70%.

Bij het ontwerpen van een bouwplan moet men er voor zorgen dat het bouwwerk voldoet aan de bouwtechnische eisen van het Bouwbesluit, aan redelijke eisen van welstand, aan de geldende bouwverordening en aan het bestemmingsplan. Bij bouwplannen in of nabij natuurgebieden, moet

nagegaan worden wat het effect is van uitvoering van het plan op de staat van flora en fauna ter plekke en de nabije omgeving.

Sinds de invoering van de Wet algemene bepalingen omgevingsrecht (WABO) op 1 oktober 2010, zijn veel vergunningen ondergebracht in een omgevingsvergunning.

De WABO integreert een groot aantal (circa 25) vergunningen, ontheffingen en meldingen tot één omgevingsvergunning. De dienstverlening aan burger en bedrijf zou moeten verbeteren als gevolg van de introductie van één omgevingsvergunning voor de betreffende toestemmingsstelsels; één omgevingsvergunning leidt tot de invoering van één loket, één (digitaal) aanvraagformulier, één bevoegd gezag (één aanspreekpunt), één uniforme en in het algemeen ook kortere procedure, één procedure voor bezwaar en beroep en één handhavend bestuursorgaan.

Je hebt een omgevingsvergunning nodig voor alle activiteiten op het gebied van (ver)bouw, monumenten, milieu, natuur en ruimte. Je vraagt de omgevingsvergunning aan bij je gemeente.

De omgevingsvergunning vervangt onder andere de:

- Aanlegvergunning
- Alarminstallatievergunning
- Bestemmingsplan, ontheffing
- Bouwvergunning
- Flora- en Faunawet, ontheffing
- Gebruiksvergunning
- Inritvergunning of uitwegvergunning
- Kapvergunning
- Milieuvergunning
- Monumentenvergunning
- Natuurbeschermingswetvergunning
- Projectbesluit
- Reclamevergunning

- Sloopvergunning.

Via de site www.omgevingsloket.nl kun je toetsen of je een vergunning nodig hebt. Als dat zo is dan kun je deze ook via de site direct aanvragen.

Bouwen zonder vergunning

Niet bij alle bouwwerken is een vergunning verplicht, denk hierbij bijv. aan een klein schuurtje op het achtererf of een kippenhok. Wel moet zo'n bouwwerk voldoen aan de technische eisen die het Bouwbesluit stelt, vooral waar het gaat om de sterkte van de constructie. Het Besluit omgevingsrecht bepaalt precies wat vergunningvrije bouwwerken of bouwactiviteiten zijn.

Ondanks het feit dat er geen formele toestemming nodig is van de gemeente, moet je als bouwer aan eerder gemaakte afspraken houden (privaatrechtelijke overeenkomsten, erfdiensbaarheden e.d.). Overleg met burens is onder alle omstandigheden aan te bevelen. Als je twijfelt of jouw voorgenomen bouwwerk vergunningvrij is, doe dan navraag bij de gemeente. Zo voorkom je problemen achteraf.

Voor werkzaamheden aan een gemeentelijk of rijksmonument is altijd een vergunning nodig.

De zorgboer als werkgever

Een werkgever heeft een aantal verplichtingen jegens zijn werknemers. Als er sprake is van een werksituatie waarin de ene persoon de andere aanstuurt en deze andere is geen zelfstandig ondernemer, dan wordt de aansturende persoon beschouwd als werkgever. Dit geldt voor alle personen die op een bedrijf werken, dus ook zorgvragers en vrijwilligers. Als "werkgever" ben jij verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden op het bedrijf. Dit betekent je moet zorgen voor een veilige werksituatie en erop toezien dat de werknemers goede werkkleding en persoonlijke beschermingsmiddelen (stofbril, oordoppen,

etc.) gebruiken. Voor veilig werken is het vooral belangrijk dat je duidelijk aangeeft wat er wel en niet verwacht wordt van de werknemer. Gebieden en verbieden hoort hierbij. Bedenk dat veiligheid op het werk voor 80% afhankelijk is van cultuur en gedrag en slechts voor 20% van materialen en middelen.

Voor de wet is ben je als zorgboer dus werkgever en heb je personeel. Iedere werkgever is verplicht om een goed ArbO-beleid te voeren voor optimale arbeidsomstandigheden. Een verplicht onderdeel daarvan is een risico-inventarisatie en -evaluatie en een plan van aanpak voor het geval er gezondheidsrisico's zijn vastgesteld in het bedrijf. Daarbij is de werkgever verplicht om zijn werknemers goed voor te lichten over de risico's. Voor de ondersteuning van hun arbobeleid hebben werkgevers de vrijheid om te kiezen uit een Arbo-dienst of een arbodeskundige. Wel moet er altijd een contract met een gecertificeerde bedrijfsarts worden afgesloten.

De Arbo-wet geldt ook voor bedrijven en organisaties die vrijwilligers of deelnemers aan het werk hebben. Los van de ARBO wet, ben je ook volgens het burgerlijk wetboek verantwoordelijk voor de veiligheid om je bedrijf.

Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

De risico's t.a.v. veiligheid, gezondheid en welzijn op jouw bedrijf moet je volgens de Arbo-wet schriftelijk in kaart brengen. Dit doe je aan de hand van de Risico-inventarisatie en –Evaluatielijst die door de Arbo-dienst van jouw sector is ontwikkeld. Op grond van deze RI&E maak je een plan van aanpak. Op basis van de RI&E kan deze Arbo-dienst een toetsing doen op je bedrijf en aanbevelingen doen.

Een onderdeel van de Arbo-wet is dat de bedrijfshulpverlening goed geregeld is. Het BHV diploma moet afgestemd zijn op de ongevalrisico's binnen het bedrijf. Deze moeten dus eerst door middel van de RI&E in kaart zijn gebracht.

Onder invloed van Europese regelgeving is de rol van de Arbo-dienst beperkt tot een toetsende rol en is ieder bedrijf vrij om deskundigheid elders (vaak goedkoper) in te schakelen.

Veiligheid? Regel het!

Een zorgboerderij brengt vele risico's op ongelukken met zich mee. Om deze te voorkomen zijn afspraken tussen werkers van belang. Deze kun je op verschillende manieren vastleggen. Hier bevinden we ons dus duidelijk in het gebied van de regels: de wet schrijft voor dat je voor goede arbeidsomstandigheden moet zorgen, hoe je dit doet kun je grotendeels zelf bepalen. Zorg wel dat je deze regels vastlegt en voor een buitenstaander inzichtelijk maakt. Een eerste stap is het opstellen van algemene huisregels die elke werknemer, zorgvrager of vrijwilliger uitgereikt en toegelicht krijgt. Hierin staat bijvoorbeeld waar je mag roken en waar niet (brandgevaar) en wie er met welke machines mag werken, maar ook hoe je met elkaar omgaat: de sociale veiligheid. Denk hierbij aan vloeken, schelden, pesten of beledigen. Voor mensen met een verslavingsachtergrond kan het bijvoorbeeld belastend zijn als er over alcohol of drugs gepraat wordt.

Om de veiligheid in specifieke werksituaties te bevorderen kun je werken met instructielijsten. Daarop staat beschreven welke maatregelen je moet nemen voordat je met bijv. met een bosmaaier gaat werken. Zorg dat deze instructie niet alleen op de werkplek hangt maar ook bekend is bij alle betrokkenen. Regelmatig oefenen is leuk en bevordert de veiligheid.

Dieren en voedsel

Als zorgboer ben je, zoals elke andere ondernemers, gehouden aan wetten en regels rondom het houden van dieren en de voedselveiligheid. De wet- en regelgeving rondom het houden van dieren laten we in dit boek buitenbeschouwing, wel willen we graag ingaan op voedselveiligheid.

Als zorgboer heb je op verschillende manieren met voedsel te maken. Het kan zijn dat je de zorgvragers maaltijden aanbiedt. Deze moeten bereid

worden in een omgeving die schoon en hygiënisch is. Je moet hier om 2 redenen goed aandacht aanbesteden: ten eerste zijn zorgvragers vaak zelf betrokken bij het bereiden en werken zij niet altijd even schoon, ten tweede hebben zorgvragers over het algemeen een kwetsbare gezondheid.

Ook als zorgvragers zelf eten meenemen is het belangrijk dat je toeziet op het gebruik en het bewaren daarvan. Dit kun je eenvoudig regelen door een koelkast ter beschikking te stellen. Zorg dat je de spullen in de koelkast regelmatig controleert op bederf en dat je de temperatuur bewaakt en bijhoudt d.m.v. een temperatuurlogboek. Een temperatuurlogboek is een lijst waarop je de datum en de gemeten temperatuur noteert zodat je snel in de gaten hebt wanneer de koelkast te warm wordt, d.w.z. hoger dan 7 graden Celsius.

Als je professioneel voedsel wilt bereiden met zorgvragers doe je er goed aan om volgens de HACCP-methode te werken. HACCP staat voor "Hazard Analysis and Critical Control Points". Het is het lokaliseren en herkennen van eventuele gevaren die met voedsel samenhangen, alsmede de controlepunten waarop je meet. Het is geen vastgesteld uniform systeem, maar het baseert zich op 7 stappen die je zelf moet toepassen:

1. Beoordeel de risico's Deze kunnen zijn:
 - Biologische (bv. Salmonella)
 - Fysieke (bv. glas in het eten)
 - Chemische (bv. chemische schoonmaak)
2. Identificeer de Kritische Controle Punten (CCP's).
3. Stel kritische grenzen vast.
4. Bewaak de controle van de CCP's.

5. Bepaal vooraf de te ondernemen corrigerende acties.
6. Stel procedures op om te controleren of het systeem werkt.
7. Stel een systeem op voor het vastleggen van de documenten.

Je kunt je d.m.v. een korte cursus eenvoudig voor HACCP-certificeren. Een certificaat is in principe onbeperkt geldig, maar het verdient de aanbeveling het eens in de 2 á 3 jaar te vernieuwen. Op website van de Voedsel- en Warenautoriteit vind je meer informatie:

<http://www.vwa.nl/onderwerpen/regels-voor-ondernemers-eten-en-drinken/dossier/haccp>

Daarnaast vind je veel toegepaste, actuele informatie op de site www.boerderijwinkels.net

Ventvergunning

Als je aan de deur wilt verkopen of diensten wilt aanbieden, hebt je in sommige gemeenten een ventvergunning van de gemeente nodig. In

sommige gemeenten hoef je alleen een melding te doen. De voorwaarden die aan de ventvergunning of de melding zijn verbonden, kunnen verschillen per gemeente. Ook de aanvraagtermijn, kosten en geldigheidsduur van de ventvergunning verschillen per gemeente. In de meeste gevallen is huisverkoop in het kader van een agrarisch bedrijf toegestaan voor zover het voornamelijk producten van het eigen bedrijf betreft.

Tot slot

Ook in de beste bedrijven kan iets mis gaan. De kans daarop is klein, maar de gevolgen en ook de schade kunnen groot zijn. Het is dan ook aan te raden je te verzekeren tegen productaansprakelijkheid. De kosten daarvan zijn uiteraard afhankelijk van het soort product en de hoeveelheid die je produceert.

Meer lezen

Op de website: www.regelhulp.nl kan je meer vinden over wet- en regelgeving van de overheid.

Als je een zorgboerderij wilt beginnen is het belangrijk om te weten wat je te wachten staat. Hoe zet ik een zorgboerderij op? Maar ten eerste is het belangrijk om te weten: ben ik daar de juiste persoon voor en welke kwaliteiten moet ik als zorgboer of begeleider hebben?

Hoofdstuk 6. Ondernemen

Uiteraard bestaat er geen test om te bekijken of je de geschikte persoon bent om zorgboer of begeleider te worden. Zo werkt het ook niet. Op een zorgboerderij werken vaak diverse mensen en ieder van hen heeft een eigen persoonlijkheid en een set van competenties. Het is juist de combinatie van deze mensen en hun kwaliteiten waardoor een goede werksfeer neergezet kan worden. Echter zijn er wel een aantal kwaliteiten te noemen die van belang zijn als je op een zorgboerderij aan de slag wilt. Hierbij is van belang welke rol je op de boerderij en in de begeleiding van mensen hebt. Als coördinator van een zorgboerderij heb je andere kwaliteiten nodig dan als je puur aangenomen bent voor het begeleiden van mensen in bijvoorbeeld de zuivelverwerking.

In dit hoofdstuk lopen we de verschillende basiskwaliteiten langs, kijken we naar het begrip ondernemerschap en nemen we door hoe een zorgboerderij georganiseerd kan zijn.

Competenties

Kijken we naar een zorgboerderij dan is het meest eigene aan een zorgboerderij dat het produceren van agrarische producten gecombineerd wordt met het verlenen van zorg. Dit gegeven is dan ook meteen de meest essentiële van de vereiste die gesteld worden aan een zorgboer of

begeleider op een zorgboerderij: je moet affiniteit hebben met zowel landbouw als het werken met mensen.

Deze combinatie van werkgebieden zorgt wel voor enige spanning. Op een boerderij zijn werkzaamheden die dagelijks terugkeren en gedaan moeten worden. Te denken valt aan het verzorgen van het vee. Daarnaast moet er ook productie gedraaid worden; groenten moeten naar de winkel en melk moet verwerkt worden tot yoghurt. Op een zorgboerderij heb je echter ook te maken met medewerkers met een beperking. Zij komen met een zorgvraag naar de boerderij. Bijvoorbeeld niet iedere deelnemer kan een toenemende werkdruk aan als een bestelling de deur uit moet. Dit vraagt van jou als zorgboer of begeleider op een zorgboerderij een flexibele en creatieve houding. Daarnaast doe je het samen, samen met je team van collega's en deelnemers. Daarom is werken vanuit gezamenlijkheid, het willen werken binnen een team, een belangrijke competentie.

Daarnaast komt, dat als je een zorgboerderij wilt opzetten en runnen, je ook ondernemerschap moet bezitten. Niet alleen bij het opzetten van een zorgbedrijf maar ook als je bedrijf in ontwikkeling is. Als ondernemer moet je beslissingen nemen, op zoek gaan naar financiering, de administratie bijhouden maar ook netwerken is belangrijk. Je staat als zorgboerderij



tenslotte niet alleen in de omgeving. Het is tegenwoordig van belang dat je samenwerkingsverbanden aan gaat met andere zorgboeren, andere zorginstellingen of partners waarmee je een netwerk vormt. Zeker bij het opzetten van een zorgboerderij is het belangrijk dat je houdt van pionieren.

Als zorgboerderij moet je jezelf ook neerzetten in de markt. Het is daarom van belang dat jijzelf of een andere medewerker op het zorgbedrijf verstand of affiniteit heeft met public relations. Je moet in staat zijn om op het juiste moment met de juiste strategie de publiciteit te zoeken. Het is belangrijk dat de omgeving weet van het bestaan van de zorgboerderij, wat je precies produceert en wie er op de boerderij komen. Om aandacht te vragen voor je zorgboerderij, is durf een belangrijke competentie.

Naast de bovenstaande, meer ondernemerskwaliteiten, moet je als zorgboer of begeleider op een zorgbedrijf kwetsbaar kunnen opstellen. Bij het begeleiden van andere mensen hoort dat je regelmatig zelf in de spiegel kijkt en bereid bent om naar je eigen ontwikkeling te kijken. Naast inzicht in jezelf is het bij het begeleiden van mensen met een beperking ook belangrijk om enige basiskennis te hebben over de algemene ontwikkeling van een mens en ontwikkelingsstoornissen en hun achtergrond.

Specifieke competenties voor werkbegeleider

Het is belangrijk dat je als werkbegeleider thuis bent in je ambacht of werkveld. Het is daarbij goed te beseffen dat je voor veel zorgvragers een rolmodel bent en dat zij het vak van jou leren en jij daarin voor hen een autoriteit bent. Hulpvragers, ongeacht hun beperking, voelen haarfijn aan of je verstand van zaken hebt. Ook hebben zij een zintuig voor echtheid. Echtheid betekent dat je jezelf bent maar ook congruent. Dit betekent dat je meent wat je zegt en doet wat je zegt.

Voor werkbegeleiders is dus een gerichte vakscholing of relevante ervaring van belang. Omdat zorgboerderijen vaak meerdere takken

hebben, van tuinbouw tot kaasmakerij, moeten werkbegeleiders relatief flexibel inzetbaar zijn. Onderlinge vervangbaarheid blijft altijd belangrijk.

Speciaal voor werkbegeleiders is het belangrijk dat zij methodisch kunnen werken met hulpvragers. Dat zij samen met hen werkzaamheden kunnen uitvoeren. Hiervoor moeten zij die werkzaamheden in een overzichtelijke vorm kunnen aanbieden. Ze moeten creatief zijn in het vinden van nieuwe hulpmiddelen waarmee het werk makkelijker kan gebeuren. Ze moeten verder gevoel hebben voor de therapeutische waarde van verschillende werkzaamheden. Ze vertelt een werkbegeleider:

“Er is een groot verschil tussen de werking van vegen, waarbij je dingen samen brengt en zorgt voor orden en van hooi schudden, daarmee verbreek je juist de orde. Het is belangrijk dat je bewust bent van zulke verschillen. Van daaruit weet je beter wie welke taken het beste kan uitvoeren of wie van welk werk het leren. Maar ook waar je op moet letten als een deelnemer bezig is met een bepaalde klus.”

De benaderingswijze van een werkbegeleider is anders dan die van begeleiders binnen zorginstellingen. Als werkbegeleider moet je realiseren dat je ook werkgericht leiding geeft daarom is het van belang dat je over vakkennis beschikt. Zoals je zult begrijpen is het voor zorgboerderijen best lastig om geschikt personeel te vinden omdat zij eigenlijk op zoek zijn naar het schaap met de vijf poten. Dit probleem speelt niet alleen bij de aanstelling van nieuwe medewerkers maar ook bij het vinden van geschikte vervanging in geval van ziekte. Sommige mensen uit de sector geven aan dat zij de ervaring hebben dat het vaak beter werkt om echte vakman met grote affiniteit voor het werken met mensen op te leiden tot werkbegeleider dan bijvoorbeeld een verpleegkundige met affiniteit voor de landbouw. Dit wil uiteraard niet zeggen dat verpleegkundigen uiteindelijk geen goede werkbegeleiders kunnen zijn!

Competenties voor groepsbegeleiding

Vooraf bij zorgboerderijen waar ook 24-uurs opvang is, komt de functie van groepsbegeleider voor. De taak van groepsbegeleiders is onder andere gericht op de woon- en gemeenschapsfunctie. Zij begeleiden de hulpvragers op het gehele levensgebied: gezondheid, medicatie, contact met ouders en familie, eventuele persoonlijke conflicten en andere zaken. Ook deze taken vragen gerichte kwaliteiten. Groepsbegeleiders moeten affiniteit hebben met groepswerk en verzorging. Als mens moeten ze evenwichtig zijn, stevig in hun schoenen staan en een zekere levenservaring of ‘rijpheid’ hebben. Ze hebben ook een opleiding nodig in deze richting of vergelijkbare ervaring.

De externe ambassadeur

Een aantal taken kan niet worden vervuld door mensen die op de zorgboerderij werken. Veel zorgboerderijen zijn daarom ‘gezegend’ met een of enkele ‘externe ambassadeurs’. Dit zijn mensen van buiten de zorgboerderij die achter de schermen veel werk verrichten en ondersteuning verlenen. Het zijn bijvoorbeeld bestuursleden, sympathisanten, donateurs of vrijwilligers die incidenteel meehelpen bij verbouwingen, het bij elkaar brengen van geld of andere klussen.

Specifieke competenties bij verschillende doelgroepen

In de praktijk zijn er veel overkomsten in de kwaliteiten die je in huis moet hebben voor verschillende doelgroepen. Maar er zijn ook zeker verschillen. Zo is de opzet van een zorgboerderij voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen met psychiatrische problemen niet heel verschillend, echter de begeleiding die je aan deze doelgroepen geeft kan wel sterk verschillen. Bij het opvangen van mensen met een verstandelijke beperking is het belangrijk dat je hen een eigen plek geeft. Bij de deelnemers met psychiatrische problemen gaat het veelal om genezing. Zo vertelt een zorgboer:

“De hulpvragers met psychiatrische problemen komen bij ons binnen als ze nog ‘vrij ver van huis zijn’. Wij moeten enorm veel energie investeren

om hen te laten wennen en in een ritme te krijgen. Juist als ze dat gelukt is gaan ze weer weg. Je kunt dan van voren af aan beginnen met de volgende groep. Voor de bedrijfsvoering is dat een ramp. Bij ons is veel minder harmonie dan op de boerderijen waar mensen met een verstandelijke beperking werken.”

Bij het begeleiden van mensen met psychiatrische problemen komen verschillende ziektebeelden voor daarvan moet je kennis hebben. Mensen met psychiatrische problemen doen een sterker beroep op begeleiders. Dit zorgt wel eens voor hectische toestanden en begeleiders moeten dan ook om kunnen gaan met crisissituaties. Wellicht zijn mensen met psychische problemen tot meer fysiek en ingewikkelde arbeid in staat maar daardoor hoeft de begeleiding niet automatisch minder intensief te zijn. Het is belangrijk dat je in ziet dat iedere doelgroep andere kwaliteiten van jou als begeleider vraagt.

Het starten van een zorgboerderij

Voordat je een zorgboerderij begint of begeleider wordt op een zorgboerderij is het belangrijk goed stil te staan bij of dit echt iets voor je is. Daarbij kunnen wij je natuurlijk niet helpen maar willen wel een aantal aandachtspunten geven waar je rekening mee kunt houden in je afwegingen. Deze punten kunnen je wellicht ook helpen bij de start van het opzetten van een zorgboerderij of je loopbaan als begeleider op een zorgboerderij.

Drijfveer

Wat is je drijfveer om een zorgboerderij te starten of om begeleider op een zorgboerderij te worden? Stel jezelf daarbij de volgende vragen:

- Hoe ben je op het idee gekomen om een zorgboerderij te beginnen en waarom?
- Hoe lang ben je al met dit idee bezig?
- Hoe sterk is je enthousiasme om te starten?

- Het realiseren van een zorgboerderij is een lange weg. Is je enthousiasme voldoende om dit vol te houden?
- Zijn er bepaalde momenten in je leven belangrijk of bepalend geweest voor je keuze?

Hoe gaat de zorgboerderij eruit zien?

- Hoe zou je zorgboerderij er over tien jaar uit kunnen zien?
- Hoeveel deelnemers zijn er dan en uit welke doelgroep?
- Met hoeveel deelnemers begin je of groei je langzaam naar een bepaald aantal toe?
- Hoeveel begeleiders/medewerkers zijn er en wat voor werk doe je zelf? Wat wordt de taakverdeling tussen jou en je partner (in het geval de zorgboerderij tevens je woonplek is)?
- Welke werkzaamheden zullen de deelnemers voornamelijk doen?
- Waarom juist dat werk?
- Wat is het gevolg voor uw privé-leven, hoeveel tijd wil je voor jezelf hebben en hoe om te gaan met vakanties?
- Hoe ga je de zorg en begeleiding regelen?
- Hoe zal de samenwerking met zorginstellingen zijn?
- Hoe gaat alles er organisatorisch uitzien, wat wordt bijvoorbeeld de rechtsvorm (bedrijf of stichting)?

Hoe reageert je omgeving?

- In hoeverre wordt het leven van je gezinsleden/partner beïnvloed door uw plannen?
- Wat vinden zij van je plannen?
- Hoe uitgebreid heb je hier al samen over gesproken?
- Zijn hieruit knelpunten boven tafel gekomen en zo ja, zijn er al ideeën om deze op te lossen?
- Hoe reageren mensen uit je verdere omgeving? In hoeverre ben je daarvan afhankelijk?

Wat moet er allemaal nog gebeuren voor het zover is?

- Welke externe partijen moet u nog meekrijgen om een en ander te realiseren?
- Hoeveel geld heb je nodig, hoeveel geld is er al beschikbaar en hoe wil je de financiering gaan regelen?
- Welke aanpassingen in de bestaande bedrijfsvoering zijn aan de orde?
- Aan welke investeringen denk je; moet er nog verbouwd worden; wat moet er verder worden aangeschaft?
- Moeten er nog aanpassingen worden gedaan voor de veiligheid van de deelnemers en medewerkers?

Is het allemaal haalbaar?

- Is je huidige uitgangssituatie zodanig dat het realistisch is om te starten?
- Als je beschikt over een bestaand agrarisch bedrijf: is dit bedrijf geschikt voor het opzetten van een zorgboerderij?
- Zijn de plannen financieel haalbaar?
- Kun je de noodzakelijke vergunningen krijgen?
- Als je alle bovenstaande punten overweegt, kun je je dan nog steeds voorstellen dat je een zorgboerderij kunt realiseren?

Persoonlijke eigenschappen

Naast de bovenstaande afwegingen is het natuurlijk ook belangrijk om te kijken naar jezelf als persoon. Er zijn een aantal persoonlijke eigenschappen waarvan wij denken dat deze belangrijk zijn als je een zorgboerderij gaat runnen of begeleider wordt op een zorgboerderij. Zoals we eerder schreven, het schaap met de vijf poten bestaat niet, dus ook hier geldt: je kunt niet over al deze eigenschappen bezitten. Mochten sommige eigenschappen minder op jou van toepassing zijn dan betekent dit in de praktijk vaak dat je deze moet compenseren met eigenschappen waar je wel in uitblinkt. Daarnaast is het mogelijk om sommige competenties te ontwikkelen door middel van

ervaring of opleiding. Dit geldt natuurlijk niet voor alle competenties, zo zal een competentie als 'empathie' lastiger te ontwikkelen zijn als een competentie 'delegeren'.

De volgende persoonlijke eigenschappen kunnen van belang zijn bij het realiseren en runnen van een zorgboerderij:

- geduld
- uithoudingsvermogen
- hart voor het werken met mensen
- inlevingsvermogen (empathie)
- positieve levensinstelling
- goede contactuele eigenschappen
- creativiteit, vindingrijkheid
- humor
- realisme, nuchterheid
- flexibiliteit
- in staat om grenzen te stellen
- in staat te organiseren en te delegeren

Daarnaast is het in de samenwerking met anderen belangrijk om:

- Kun je een ander meenemen in jouw wereld?
- Kan je je goed inleven in de wereld van een ander? Ben je ontvankelijk voor andermans ideeën?
- Laat je jezelf makkelijk begeleiden?
- Ben je bereid en in staat om je plannen steeds opnieuw ter discussie te stellen en bij te stellen als hier aanleiding toe is?

(Agrarisch) ondernemerschap en vakmanschap

Aangezien je naast de zorg een boerderij runt is het belangrijk om na te denken over een aantal vragen omtrent agrarisch ondernemerschap en vakmanschap. Te denken valt aan:

- Ben je in staat de agrarische productie zodanig te organiseren, dat daarnaast nog voldoende aandacht overblijft voor de combinatie met zorg?

- Wat is jouw kennis en ervaring op agrarisch gebied, is deze voldoende om een boerderij te runnen?
- Heb je een idee (visie) waar je in de toekomst met je bedrijf naar toe wilt en hoe je het bedrijf verder wilt ontwikkelen?
- Ben je ondernemend, durf je risico's aan?
- Is het voor je een uitdaging om zelfstandig ondernemer te zijn?
- Heb je financieel inzicht?
- Ben je een vakman of vakvrouw op je bedrijf en kun je de liefde voor en de kneepjes van jouw vak overbrengen op anderen?

Zorgverlening

Het is ook belangrijk om stil te staan bij hoe je de zorg op je boerderij hebt geregeld en welke ideeën jij zelf hebt over de zorg:

- Wat is jouw visie op zorg?
- Op welke manier is volgens jou het werk op een zorgboerderij helend voor hulpvragers?
- Wat wil je op jouw eigen boerderij doen om ervoor te zorgen dat deelnemers werkelijk een stap verder komen/een goede plaats hebben?
- Wat wil je deelnemers vooral meegeven en hoe ga je dat realiseren?
- Wat is je feitelijke kennis van en ervaring met zorgverlening (kennis van ziektebeelden, inrichten van goede werkplaatsen, etc.)? Is dat voldoende om een zorgboerderij te beginnen?

Naast alle bovenstaande punten denken wij dat het belangrijk is om de volgende opmerkingen mee te nemen in je afwegingen of je toekomstplannen:

- Voordat je je überhaupt kunt bezinnen op je plannen is het belangrijk dat je voldoende kennis en informatie hebt over zorgboerderijen. Ga dus op bestaande zorgboerderijen kijken, vraag informatie op en ga erover lezen. Kortom: zorg dat je een beeld krijgt van de mogelijkheden, variaties en achtergronden van zorgboerderijen.
- Om door te gaan met je initiatief is het niet noodzakelijk dat je op alle vragen al een helder antwoord hebt. Alsof je dan ineens geslaagd

zou zijn voor het toelatingsexamen. Je zit zonder meer op het goede spoor als de vragen je werkelijk aan het denken zetten, als ze je boeien, wanneer je het leuk vindt om ermee bezig te zijn en wanneer je merkt dat je al denkend steeds een stapje dichterbij jouw uiteindelijke plan komt.

- Bezinning op uw plannen is niet iets wat je even snel in een achternamiddag doet. Neem de tijd om je plannen te laten rijpen. De keus om al dan niet met een zorgboerderij te starten is geen beslissing van een moment. Het is een proces. Bij bezinning hoort dat je jouw plannen af en toe laat bezinken, er eens een periode minder intensief of helemaal niet mee bezig bent. In zo'n periode merk je vaak het beste hoe diep geworteld je plannen zijn. Bij sommige mensen verdwijnen de plannen als vanzelf. De aandacht gaat spontaan een andere richting uit. Bij anderen steken de plannen iedere keer weer de kop op. Het is belangrijk dit bij jezelf te merken. Het geeft je veel informatie over jouw motivatie.
- Het beantwoorden van bovenstaande vragen moet niet alleen een activiteit zijn van het hoofd, van alleen maar denken, redeneren en rekenen. Een keus om al dan niet te starten met een zorgboerderij moet natuurlijk goed doordacht zijn, maar het is vooral ook een gevoelsmatige keus. Heb je het gevoel dat je op het goede spoor zit, krijg je een blij gevoel als je jezelf voorstelt dat jouw bedrijf een zorgboerderij is geworden?
- In tegenstelling tot een aantal andere beslissingen over bedrijfsverandering of investeringen speelt bij de keuze om al dan niet te starten met een zorgboerderij de 'binnenkant' van je motivatie een hoofdrol: is er een dieper enthousiasme, is het idee voldoende gerijpt, heb je het gevoel dat deze stap werkelijk past in de ontwikkeling van je leven op dit moment? Natuurlijk is ook de 'buitenkantmotivatie' van belang: heb ik klanten, zijn er financiën, is het praktisch uitvoerbaar? De ervaring leert dat deze buitenkant pas op de tweede plaats komt.
- De vraag of je geschikt bent, kan je niet beantwoorden door te bekijken of je voldoende lijkt op de voorbeelden die je kent of op de verhalen die je leest in dit boek. Het meest eigene aan de al bestaande zorgboerderijen is dat ze stuk voor stuk uniek zijn. De vraag is dus niet of je hetzelfde kunt doen als wat al bestaat, maar of

jouw eigen inspiratie, motivatie en visie zo sterk zijn dat je op jouw eigen manier een nieuwe unieke zorgboerderij wilt op zetten.

Oriëntatie op het werkveld

Naast dat je bij jezelf als persoon te raden moet gaan in hoeverre het runnen van een zorgboerderij of het begeleiden van mensen op een zorgboerderij bij je past, is het ook belangrijk om je te oriënteren op het werkveld. In het onderstaande hoofdstuk proberen we je daar een aantal tools voor aan te bieden. Daarbij is het goed om te weten dat de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zich met name richt op mensen die al een bedrijf hebben.

Wegen voor vernieuwing

Vrijwel elk bedrijf of organisatie is op een bepaald ogenblik aan vernieuwing toe. Oorzaken kunnen zijn: een stagnerende markt, teruglopende omzet of het op zoek zijn naar nieuwe kansen. Als je je bedrijf wilt vernieuwen kan je verschillende wegen inslaan:

- Aanboren van een nieuwe markt voor het bestaande product. Je kunt denken aan multiculturele ouderenzorg of het begeleiden van ex-gedetineerden
- Verbreding van de dienstverlening of het product voor de bestaande markt. Bijvoorbeeld door voor dementerende ouderen naast dagbesteding ook logeeropvang/respijtzorg te gaan bieden of ook equintherapie (therapie met behulp van paarden) aan kinderen te bieden.
- De combinatie. Een nieuw product in een nieuwe markt. Deze combinatie is vergelijkbaar met het starten van een zorgboerderij of het starten van een tweede locatie. Bijvoorbeeld een gezinshuis voor opvang van kinderen uit de jeugdzorg.
- Andere organisatie of bedrijfsvoering voor bestaande markt. De zorgboerderij kan bijvoorbeeld omgevormd worden tot een

bezoekboerderij. De winkel en de theetuin worden onderdeel van de dagbesteding door cliënten.

- Nieuwe boerderijzorgconcepten zoals het aanbieden van zorg op een landgoed (landgoedzorg) waarbij cliënten ook werk doen buiten de grenzen van de zorgboerderij op een nabijgelegen landgoed.

Oriëntatie op de zorgketen

Als je van plan bent een zorgboerderij te starten of te verbreden is het belangrijk om goed beeld te krijgen van je doelgroep. Zorg en ondersteuning wordt steeds vaker door verschillende disciplines en organisaties verleend. Daaraan ten grondslag liggen trends in zorg en welzijn als: vermaatschappelijking van zorg, toenemende zeggenschap van de zorgvrager en betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Voor zijn zorgbehoefte is de zorgvrager daarmee aangewezen op de verschillende zorgaanbieders en verwijzers en hun onderlinge samenwerking.

Samenwerking vindt overwegend op twee manieren plaats: in *netwerken* en in *ketens*.

Bij netwerken heeft men regelmatig overleg over gezamenlijke cliënten en stemt men uitvoeringstrajecten op elkaar af. Bij ketens stemt men de werkwijze en de interventiemethoden op elkaar af. Samenwerken in netwerken is meer vrijblijvend; samenwerken in ketens brengt meer verplichtingen met zich mee en is een intensievere vorm van samenwerking.

Het begrip *ketenbenadering* is te omschrijven als 'samenwerkingsverbanden van verschillende organisaties zoals gemeenten, zorg- en welzijnsinstellingen, woningcorporaties enz. gebaseerd op gelijkwaardigheid en erkenning van onderlinge

afhankelijkheid bij het verbeteren van de zorg, hulp- en dienstverlening aan de cliënt.’

Onder *ketenkwiteit* wordt verstaan de mate waarin de verschillende onderdelen binnen een keten op elkaar zijn afgestemd en er sprake is van klantgerichte zorg, hulp- en dienstverlening. Het werken in ketens is steeds belangrijker geworden in de gezondheidszorg.

De oriëntatie op de zorgketen start bij de doelgroep en de bijbehorende zorgvraag. Van belang is dat de doelgroep waarop je je oriënteert bij jou past en dat je affiniteit hebt met cliënten uit die doelgroep. Daarnaast moet je een beeld hebben van de aard van de zorg. Aan bijvoorbeeld het begeleiden van jonge kinderen met leerproblemen worden andere eisen gesteld dan aan het bieden van dagbesteding en logeeropvang aan kinderen met een specifieke vorm van autisme.

Vervolgens is het van belang dat je een duidelijk beeld krijgt van de verschillende instanties in de betreffende zorgketen. Hoe is de zorg geregeld en door welke instellingen en instanties? Hoe zit het met de financiering en wat zijn de beslissende instanties. Het is daarbij belangrijk om de omslag te maken van het eventueel het denken vanuit de boerderij (*inside out* denken) naar het denken vanuit de zorgbehoefte (*outside in* denken).

Oriëntatie op de zorgboerderij

Na de oriëntatie op de doelgroep, zorgvraag en zorgketen komt de volgende stap: de vertaling naar een zorgboerderij:

- Hoe past de agrarische tak of andere verbredingactiviteiten hier in?
- Welke zorg op de boerderij kan ik bieden en met welke meerwaarde?
- Hoe bied ik deze zorg aan en in welke omvang?

- Welke voorzieningen horen daarbij, is daar extra personeel voor nodig?

Zoals eerder in dit hoofdstuk aangegeven is het goed om te rade te gaan bij initiatieven bij jou in de regio of elders in het land. Neem echter ook eens een kijkje bij organisaties of instellingen die een vergelijkbare vorm van zorg bieden. Je kunt bijvoorbeeld denken aan een verzorgingshuis of reguliere kinderopvang.

Oriëntatie op de markt

De volgende stap in de oriëntatie richt zich op de markt. Zijn er in jouw regio wel cliënten voor de door jou aangeboden zorg? Zijn er mogelijkheden om de geboden zorg gefinancierd te krijgen? Voor een zorgboerderij die dagbesteding biedt zal de reisafstand een rol spelen. Voor wonen en logeeropvang speelt dat minder.

Bij deze oriëntatie zal je op zoek moeten gaan naar de vindplaatsen. In welke kaartenbak bevinden zich de potentiële cliënten? Deze vraag hangt ook samen met de financieringsvorm. Moet voor de betreffende doelgroep aangeklopt worden bij de gemeente, een zorginstelling, of jeugdzorg? Of zitten de cliënten vanwege een PGB (Persoonsgebonden Budget) niet in een specifieke kaartenbak, maar komen ze langs bepaalde punten in de zorgketen, zoals MEE, een bemiddelingsbureau of een thuiszorgorganisatie? In het hoofdstuk over doelgroepen heb je al meer kunnen lezen over de instellingen die zich bezig houden met de verschillende doelgroepen.

Als je eenmaal de vindplaatsen kent, is de volgende stap het leggen van contacten. Het is belangrijk om je daarbij goed voor te bereiden. Zo moet je als zorgondernemer duidelijk kunnen aangeven wat je te bieden heeft en welke oplossingen je hebt voor de knelpunten van de andere partij. Zorgboerderijen die een (in)formeel lokaal samenwerkingsverband aangaan zijn vaak zeer succesvol. In een dergelijke samenwerking zijn

zorg- en welzijnsinstellingen geen concurrent maar een ketenpartner. De cliënt is sterk gebaat bij een lokaal goed functionerend netwerk. Het resultaat van deze oriëntatie is een onderbouwing van de marktkansen en de haalbaarheid van jouw initiatief.

Als je bovenstaande stappen hebt doorlopen heb je een eigen plan en ontwikkelstrategie waarin je keuzes hebt gemaakt ten aanzien van jouw persoon (wat past er bij mij?), de doelgroep en de markt.

Oriëntatie op de zorgketen

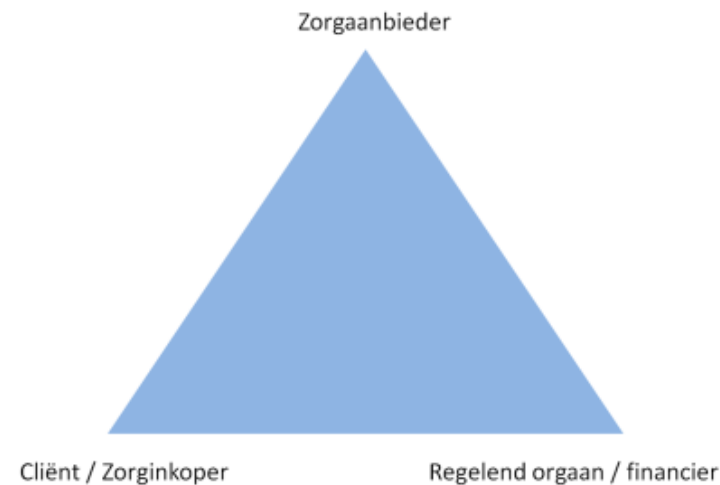
Als de dakgoot lekt, wordt meestal een loodgieter gebeld om de reparatie uit te voeren. Nadat de klus is geklaard, ligt de rekening van die loodgieter op de deurmat. Er is een directe klant - leverancier verhouding.

In de sectoren zorg, welzijn en arbeidstoeleiding ligt dat anders. De geboden zorg wordt niet door de cliënt zelf betaald. Daarvoor moet worden aangeklopt bij uitvoeringsinstanties in het kader van de ABWZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), de IRO (Individuele Re-integratie Overeenkomst), de ziektekostenverzekering etc. De instanties die deze wetten moeten uitvoeren (onder andere de regionale zorgkantoren, de provinciale bureaus voor jeugdzorg, de gemeenten en het UWV) regelen de financiën van de klant. Deze organen zijn door de overheid aangewezen om de financiën te regelen. De geboden zorg en ondersteuning wordt niet direct door de zorgontvangende cliënt betaald. Er is dus sprake van een regelend orgaan en daardoor van een driehoeksverhouding.

In de zorg zijn drie regelprincipes: de WTZi-toelating voor zorg in natura, de DBC-markt van de zorgverzekeraars, en de PGB-markt. Elke regeling heeft zijn eigen voorwaarden en voorschriften. Meer over deze regelingen kan je lezen in het hoofdstuk over wet- en regelgeving.

De zorgboer heeft te maken met verschillende afstemmingswegen. Deze wegen lopen parallel aan elkaar. Weg 1 gaat richting cliënt, weg 2 richting regulerende instantie c.q. financier. Beide wegen hebben hun eigen interne dynamiek, wat betreft de belangen, de jargons, de procedures en de manier van communiceren.

Daarnaast is er nog een derde weg, namelijk die naar de partners in de zorgketen rondom de cliënt. Als zorgaanbieder moet je oriënteren op deze verschillende wegen om succesvol te zijn.



Ketenpartners

Elke vraag om zorg of ondersteuning is tot op zekere hoogte specifiek en reikt vaak over de grenzen van een doelgroep. Problemen van jongeren uit de jeugdzorg hangen soms samen met een psychisch probleem als ADHD maar kunnen ook voortkomen uit verslavingsproblemen. Om goede zorg en ondersteuning te leveren is het van belang dat de specifieke zorgvraag van de cliënt centraal staat en dat deze wordt bekeken door de partijen die een rol in het dienstverleningstraject spelen. Het kan daarbij gaan om enkele ketenpartners maar ook wel om meerdere.

Soms zal er veel, soms weinig over de sectorale grenzen of indeling naar doelgroepen gekeken moeten worden. Bij vraagsturing staat immers de vraag centraal, niet de beleidscategorieën of cliëntindelingen die door de zorgaanbieder of de regelende instanties worden gehanteerd.

In het onderstaande overzicht zijn de ketenpartners benoemd, geordend naar doelgroepen en mate waarin de beperking impact heeft op het functioneren. De regelende en verwijzende instanties en financiers (zoals overheden, MEE's, CIZ, Verzekeringswezen) zijn hier buiten beschouwing gelaten. In het hoofdstuk over doelgroepen wordt deze informatie per doelgroep nader uitgewerkt.

	Ketenpartners bij een lichte beperking (hieronder vallen zorgboerderijen)	Aanvullende ketenpartners bij een impactvolle beperking	
<i>Mensen met een verstandelijke / zintuiglijke beperking</i>	<ul style="list-style-type: none"> • mantelzorg, vrijwilligers en/of onbetaalde respijtzorg • welzijn, burgerorganisaties • recreatieve sector, • gezondheidswerkers in de eerste lijn (bijv. huisarts) • ambulante zorgaanbieder 	<ul style="list-style-type: none"> • behandelaar (orthopedagoog, psycholoog) • institutionele zorgaanbieder • ouders, verwanten, vrienden 	
<i>Mensen met een lichamelijke beperking / NAH</i>		<ul style="list-style-type: none"> • medicus • institutionele zorgaanbieder • ouders, verwanten, vrienden 	
<i>Mensen met een psychische beperking</i>		Voor mensen met psychiatrisch probleem: <ul style="list-style-type: none"> • behandelaar (psycholoog, psychiater), institutionele zorgaanbieder • ouders, verwanten, vrienden 	
<i>Ouderen met beperkingen</i>		<ul style="list-style-type: none"> • behandelaar (gerontoloog, geriater) • institutionele zorgaanbieder • verwanten, vrienden 	
<i>Jongeren met sociaal-maatschappelijke beperkingen</i>		<ul style="list-style-type: none"> • mantelzorg, vrijwilligers en/of onbetaalde respijtzorg • welzijn, burgerorganisaties • recreatieve sector 	<ul style="list-style-type: none"> • probleemgerelateerde deskundigen
<i>Mensen met arbeids-beperkingen</i>		<ul style="list-style-type: none"> • organisaties voor arbeidstoeleiding, in te delen naar de participatieladder • uitstroomorganisaties 	<ul style="list-style-type: none"> • probleemgerelateerde deskundigen

Doelgroepen en financiering van zorg op boerderijen

De zorg kan globaal worden ingedeeld in cure en care.

Cure

Bij cure ligt de focus op de behandeling van de klacht, van het probleem. Het gaat hier bijvoorbeeld om de zorg die wordt verleend in o.a. ziekenhuizen. Bij cure hoort het begrip genezing. De bekostiging van deze zorg vindt plaats met financiering op basis van de Zorgverzekeringswet (ZVW). De bekostiging gebeurt op basis van diagnose-behandel combinaties (DBC's). Voor zorgboerderijen is cure van zeer beperkt belang. Mensen met een burn-out vormen hier wellicht een uitzondering op.

Care

Bij care gaat het om zorg en ondersteuning van mensen met langdurige beperkingen, gericht op een zo normaal mogelijk functioneren in een zo normaal mogelijke omgeving: mensen met een verstandelijke, zintuiglijke, lichamelijke, psychische of psychiatrische beperking. Indien de verzorging niet meer in de thuissituatie kan plaatsvinden zijn deze cliëntgroepen aangewezen op langdurige zorg in zorginstellingen, zogenaamde intramurale zorg. De financiering van deze zogenaamde onverzekerbare zorg vindt plaats vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

Ongeveer 1/3 van deze onder care vallende zorg wordt verleend door instellingen in de vorm van intramurale zorg. De zorg wordt dan in de regel in natura aangeboden: geïndiceerd en bekostigd via de zogenoemde zorgzwaarte pakketten (ZZP'S). Cliënten hebben voor AWBZ-gerelateerde zorg de keuzemogelijkheid om zelf de zorg in te kopen via een persoonsgebonden budget (PGB). Het overige 2/3 deel wordt ambulante (buiten een instelling) gegeven.

Een groot deel van de zorg op boerderijen in de vorm van dagbesteding en tijdelijk verblijf wordt verleend op basis van PGG (Persoonsgebonden Budget).

AWBZ-toelating

Voor het leveren van AWBZ-zorg in natura is een toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) nodig plus een productieafspraken met het regionale Zorgkantoor. Veel zorgboerderijen kiezen er voor om zich als onderaannemer aan te sluiten bij een AWBZ-toegelaten instelling.

De AWBZ-tarieven worden jaarlijks vastgesteld en gepubliceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het bedrag dat de zorgaanbieder kan declareren is afhankelijk van de productieafspraken met het zorgkantoor (voor zorg in natura) of in geval van een PGB van de afspraken met de cliënt zelf.

Mensen met een sociale en/of maatschappelijke beperking

Naast bovengenoemde Cure en Care is er het brede terrein van welzijn en arbeidsre-integratie.

Mensen die zodanig zelfredzaam zijn, dat ze niet (meer) in aanmerking komen voor een bijdrage vanuit de AWBZ, of mensen met een hulpvraag op het gebied van welzijn en sociale participatie zijn voor dagbesteding op de boerderij aangewezen op Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waarvan het budget wordt beheerd door de gemeente. Het beleid en de toewijzing verschillen van gemeente tot gemeente.

WSW

Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking kunnen voor werk een beroep doen op de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW). Men komt dan in dienst bij een SW-bedrijf (ook wel sociale werkplaats genoemd), die daarvoor een bijdrage uit de WSW ontvangt.

Ook hiervoor kan bij de gemeente een PGB-WSW worden aangevraagd: een persoonsvolgend budget dat aan een werkgever naar keuze als bijdrage in de loonkosten wordt uitgekeerd. Ook zorgboerderijen kunnen mensen met een PGB-WSW in dienst nemen.

Bureau Jeugdzorg

Verder hebben we te maken met de groep kinderen tot 18 jaar die onder de Jeugdzorg vallen. Kinderen met verschillende achtergronden en problematische thuissituaties komen in de tweede lijn bij de Jeugdzorg terecht. De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) wijzen de zorg toe; de provinciale Bureaus Jeugdzorg geven de indicatie af voor begeleiding in de thuissituatie, voor 24-uurs plaatsing of voor behandeling. De uitvoering wordt veelal bij een erkende jeugdzorginstelling gelegd en bekostigd vanuit de provincie. Kinderen uit de jeugdzorg met een psychische of licht

Overzicht financieringsbronnen van zorgboerderijen

Doelgroep / Financierings-vorm	Zorg-kantoor AWBZ	Verzekeraars ZVW	Gemeente WMO	UWV IRO, e.a.	Provincie Jeugd-zorg	Justitie & Reclassering
Mensen met een verstandelijke beperking	x		X	x		
Mensen met een lichamelijke beperking	x		X	x		
Mensen met NAH	x		x	x		
Mensen met psychische problemen	x		x	x		
Mensen met een verslavingsachtergrond	x		x	x	x	x
Kwetsbare ouderen	x		x			
Dementerende ouderen	x		x			
Kinderen en jongeren uit de jeugdzorg	x				x	x
Kinderen en jongeren met een autistisch spectrum stoornis	x		x	X		
Mensen met arbeidsgerelateerde problemen				x		
Mensen met een burn-out	x	x		x		
Ex-gedetineerden en reclassering				x		x

verstandelijke beperking worden eventueel gefinancierd vanuit de AWBZ. Kinderen die door omstandigheden met justitie in aanraking komen worden geholpen op basis van een bekostiging door Justitie.

Match tussen doelgroep en financiering

Zoals aangegeven is de financiering van zorg, sociale participatie of leerwerk trajecten afhankelijk van de voorzieningen vanuit de sociale wetgeving, zoals de AWBZ, de WMO, het Participatiefonds, een IRO (Individuele Re-integratie overeenkomst), de Jeugdzorg etc. Deze is afhankelijk van de doelgroep en de zorgvraag. Op het internet is veel informatie beschikbaar.

In de onderstaande tabel is per doelgroep aangegeven welke financieringsvormen daarbij horen.

Rechtsvormen

Als je een zorgboerderij wilt starten moet je ook een keuze maken in welke rechtsvorm je gaat aannemen als bedrijf. Bij het vestigen van een zorgboerderij zijn verschillende rechtsvormen mogelijk. Welke je kiest hangt van een aantal factoren. De eerste vraag die zich meestal aandient is de keuze voor het vestigen van een particulier bedrijf of een stichting. Dit hangt vooral af van:

- Voorgeschiedenis: gaat het om een bestaand boerenbedrijf waaraan een zorgtak wordt toegevoegd?
- Doelstelling: is het een doel om winst te maken?
- Eigendom: wie investeert of brengt middelen in?

Voor een startend bedrijf zijn enkele bedrijfsvormen mogelijk, elk met hun pluspunten en minnen. Bij een particulier, bedrijfsmatig initiatief past doorgaans een risicodragende bedrijfsvorm het beste. De ondernemer levert de inspanning en geniet ook volledig van de opbrengsten. Als de initiatiefnemer meerdere mensen wil betrekken en het risico wil delen dan kan ook gekozen worden voor een stichting waarbij de medewerkers in dienst zijn of op declaratiebasis bijdrage aan de doelstellingen van de stichting. Andersom kan een stichting met een bepaalde doelstelling besluiten om een project in een eigen bedrijfsmatige rechtsvorm onder te brengen, bijvoorbeeld om winst te kunnen maken of om risico's te beperken.

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op een aantal rechtsvormen en deze aan de hand van praktijkvoorbeelden illustreren.

In Nederland bestaan een aantal rechtsvormen naast elkaar met bepaalde eigenschappen die op het eerste gezicht niet zo duidelijk een samenhang vertonen. In de geschiedenis zijn deze vormen afzonderlijk ontstaan. Ze zijn toegesneden op bepaalde verhoudingen die in de samenwerking tussen mensen kunnen ontstaan wanneer ze een gezamenlijk initiatief, transactie of taak proberen te verwezenlijken.

Wanneer we naar de eigendomsverhoudingen kijken, die vooral in deze rechtsvormen worden geregeld, kan een zeker onderling verband worden gevonden. Wanneer we de verenigingen als rechtsvorm buiten beschouwing laten, blijkt er een soort continuüm te bestaan van eenmanszaak tot stichting, waarbij de verhouding tussen ondernemer en vermogen steeds losser wordt en waarbij de zeggenschap over het vermogen van aard verandert. Dit continuüm proberen we te beschrijven door de belangrijkste eigendomskenmerken van de verschillende rechtsvormen te noemen.

De Nederlandse wet maakt een onderscheid tussen *natuurlijke personen* en *rechtspersonen*. Natuurlijke personen zijn mensen. Een ondernemer is een natuurlijk persoon, een groep ondernemers wordt ook gezien als een natuurlijk persoon. Rechtspersonen zijn organisaties die zelf rechten en plichten hebben. Rechtspersonen kunnen zelfstandig handelingen verrichten, zoals het afsluiten van contracten of het aantrekken van kapitaal. Bij een eventueel faillissement hebben schuldeisers het recht de bezittingen van de rechtspersoon te liquideren (=te gelde maken), de bezittingen van de bij de rechtspersoon betrokkenen bestuurders blijven daarbij buiten schot. Bij een natuurlijke persoon kan een bedrijfsmatige schuld verhaald worden op één of meerdere personen. Of zij individueel aansprakelijk zijn voor de gehele schuld of slechts een gedeelte daarvan hangt af van de vorm die gekozen wordt.

Rechtsvormen zonder rechtspersoonlijkheid:

- eenmanszaak
- vennootschap onder firma (VOF)
- maatschap
- commanditaire vennootschap (CV)

Rechtsvormen zonder rechtspersoonlijkheid hebben geen publicatieplicht. Dat betekent dat deze ondernemingen geen balans of resultatenrekening openbaar hoeven te maken.

Rechtsvormen met rechtspersoonlijkheid

- besloten vennootschap (BV)
- naamloze vennootschap (NV)

- stichting
- vereniging

De eenmanszaak

De eenmanszaak is de meeste simpele rechtsvorm. Aan de oprichting van een eenmanszaak worden geen bijzondere eisen gesteld. De eigenaar moet zich wel inschrijven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. Dit is een openbaar register dat iedereen kan inzien. Het begrip eenmanszaak betekent dat slechts één persoon eigenaar is. In een eenmanszaak kunnen wel meerdere mensen werken, deze zijn dan in dienst bij de eigenaar. Het voortbestaan is volledig afhankelijk van deze eigenaar. Zij of hij neemt de beslissingen en heeft de leiding.

Het eigen vermogen van de eenmanszaak wordt ingebracht door de eigenaar, dit zal doorgaans een bescheiden bedrag zijn. Om het bedrijf te financieren kan de eigenaar vreemd vermogen aantrekken, dit zal altijd terug te vorderen zijn op de eigenaar. Voor financiers is dit zowel een zekerheid als een risico: er is immers maar één persoon die het geleende geld kan terugbetalen.

De eigenaar van eenmanszaak betaalt inkomstenbelasting over de winst, of deze nu wordt opgenomen of in de vorm van geld of goederen in het bedrijf blijft zitten.

Een natuurlijk persoon kan eigendomsrechten uitoefenen op zaken die in zijn bezit vallen. Met het accepteren en beschermen van dit recht is het tot stand komen van vele wetten en regels verklaard. Het moet namelijk duidelijk zijn wanneer iets al dan niet in zijn bezit valt, met als gevolg erfrecht, handelsrecht en eigendomsrecht. Bij een eenmanszaak wordt onderscheid gemaakt tussen de privé activiteiten van een persoon en de zakelijke activiteiten. Consequenties van zakelijke transacties worden uiteindelijk toch in privé gedragen, zodat juridisch gezien het zakelijk vermogen en het privé vermogen met elkaar verbonden blijven.

Eigendom vermogen:	ondernemer
Zeggenschap:	ondernemer
Belasting van de winst:	inkomstenbelasting
Aansprakelijkheid:	hoofdelijk
Winstverdeling:	ondernemer

Vennootschap onder firma

Wanneer twee of meer natuurlijke personen gaan samenwerken, kan deze samenwerking de vorm aannemen van een vennootschap onder firma. In dit geval zijn beide vennoten hoofdelijk aansprakelijk voor de consequenties van hun zakelijk handelen. Dit betekent dat elk der vennoten in privé kan worden aangesproken voor de gevolgen van de 'daden' van elk der vennoten, voor zover deze gebeuren in naam van het bedrijf. Doorgaans worden de bevoegdheden vastgelegd in een vennootschapscontract waarbij de vennoten afspreken voor welke handelingen een gezamenlijk besluit nodig is, bijvoorbeeld het aangaan van verplichtingen boven een bepaald bedrag, het aangaan van leningen, het aankopen van onroerend goed, etc. Dit contract wordt gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel en is door iedereen op te vragen. Iemand die te maken krijgt met een bepaald bedrijf kan zo uitvinden of degene met wie hij zaken doet wel bevoegd is om bepaalde afspraken te maken.

Een VOF is een samenvoeging van verschillende eenmanszaken, waarbij het samenwerken een verzwaaring geeft in de verantwoordelijkheden van elk der vennoten, omdat ook verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de medevennoten. De winstkansen kunnen echter ook vergroot worden door bundeling van krachten.

Het voortbestaan van de vennootschap onder firma is beter gegarandeerd dan bij een eenmanszaak omdat er meerdere personen betrokken zijn. Waar bij een eenmanszaak de eigenaar overal verstand van moest hebben, kunnen de vennoten in een VOF taken verdelen. Toch kunnen als één van de vennoten wegvalt grote problemen optreden. De werkzaamheden die de vennoot verrichtte

moeten door de anderen worden overgenomen, evenals het vermogen dat de vennoot in de firma had zitten.

De winst van de VOF wordt over de eigenaren verdeeld. Zij zijn vrij om deze winstverdeling elk jaar opnieuw vast te stellen. Over het toegerekende aandeel betalen zijn inkomstenbelasting. Ook bij een VOF moet elke euro winst aan één van de eigenaren worden toegerekend, het bedrijf zelf kan geen vermogen bezitten.

In sommige VOF's richten de eigenaren een stichting op welke vennoot wordt in de VOF. Deze stichting, waarvan de eigenaren de bestuurders zijn, kan delen in de winst.

Alle vennoten zijn hoofdelijk aansprakelijk voor de volledige schuld van de onderneming. Een vennoot die voor 30% eigenaar is, kan dus wel voor 100% van de schulden worden aangesproken.

Eigendom vermogen:	ondernemers, vennoten
Zeggenschap:	ondernemers, vennoten volgens contract
Belasting van de winst:	inkomstenbelasting
Aansprakelijkheid:	hoofdelijk naar buiten volgens contract naar binnen
Winstverdeling:	ondernemers, vennoten volgens contract

Maatschap

De maatschap is een samenwerkingsvorm tussen twee of meer personen, de "maten" die ieder iets inbrengen. Het voordeel dat hieruit voortvloeit wordt verdeeld. De inbreng kan arbeid, geld of goederen zijn.

Het is niet verplicht om een akte op te stellen bij de oprichting van een maatschap. Het is wel aan te raden om de afspraken van tussen de maten schriftelijk vast te leggen. Bij het opstellen van deze akte kan

een accountant, juridisch adviseur of notaris behulpzaam zijn. Het is verstandig om de akte bij de notaris te laten vastleggen.

Maatschappen moeten zich sinds 2008 inschrijven in het Handelsregister. Anders dan bij de VOF is de aansprakelijkheid niet hoofdelijk voor het geheel, maar hoofdelijk voor een gelijk deel. Iedere maat die daartoe bevoegd is kan een overeenkomst sluiten waarbij alle maten voor een gelijk deel aansprakelijk zijn. Als een maat onbevoegd handelt, zijn de andere maten in beginsel niet aansprakelijk. De onbevoegd handelende maat heeft in dat geval slechts zichzelf gebonden.

Wanneer bij het samenwerken van mensen wordt gekozen voor een maatschap structuur, verandert er iets in de aansprakelijkheidsverhoudingen. Wanneer niet anders is afgesproken (via een maatschap-contract) is elk der maten aansprakelijk voor een gelijk percentage van de gevolgen van zakelijke activiteiten, zowel winst als verlies. We zien hier dus een eerste verandering optreden ten opzichte van het volledig aansprakelijk zijn voor de consequenties van je daden. De maat wordt namelijk medeaansprakelijk voor een percentage van de transactie. Ofwel een maat handelt ook met dat vermogen van een medevennoot. Het vermogen van de zaak is echter nog wel volledig in het bezit van diegenen die daar ook mee ondernemen, die zelf de zakelijke transacties aangaan. Dit verandert wanneer wordt gekozen voor de volgende rechtsvorm.

Eigendom vermogen:	ondernemers, maten
Zeggenschap:	ondernemers, maten volgens contract
Belasting van de winst:	inkomstenbelasting
Aansprakelijkheid:	procentueel naar buiten volgens contract naar binnen
Winstverdeling:	ondernemers, maten volgens contract

Naast het verschil in aansprakelijkheid tussen een VOF en een maatschap, kan gesteld worden dat een VOF een maatschap is waarin een bedrijf wordt uitgeoefend. Dit in tegenstelling met de maatschap waarin, meestal, een beroep wordt uitgeoefend.

Commanditaire Vennootschap (CV)

Deze rechtsvorm laat een eigendomsverhouding toe, waarbij degene die vermogensrechten in een zaak heeft niet dezelfde is als degene die met het vermogen werkt. De stille vennoot brengt waardevolle zaken een samenwerkingsverband binnen en verwerft daarmee een mederecht op winst en een medeaansprakelijkheid tot maximaal het ingebracht vermogen. We zien dus op twee manieren een soort scheiding ontstaan tussen vermogen en ondernemen. De beherende vennoten zijn wel in privé aansprakelijk, maar kunnen ook een stukje aansprakelijkheid afwentelen op het ingebrachte vermogen van de stille vennoot. De stille vennoot is in staat om mee te doen in een onderneming, zonder zijn hele privé vermogen te betrekken bij de risico's die met dit ondernemen gepaard gaan.

Eigendom vermogen:	ondernemers, vennoten, stille vennoot volgens balans
Zeggenschap:	ondernemers, vennoten volgens contract
Belasting van de winst:	inkomstenbelasting
Aansprakelijkheid:	hoofdelijk behorend vennoten, stille vennoot maximaal inbreng
Winstverdeling:	vennoten volgens contract

Faillissement en surseance van betaling

Een organisatie die in de financiële problemen komt hoeft niet meteen failliet te gaan. Een organisatie kan een faillissement voorkomen door tijdig bij de rechter surseance van betaling aan te vragen. Surseance van betaling betekent uitstel van betaling. Als de rechter de surseance toestaat krijgt de aanvrager de tijd om de financiën op orde te krijgen.

De rechter benoemt een bewindvoerder die toezicht houdt op de financiële gang van zaken bij de organisatie. Tijdens de surseance van maximaal 18 maanden kunnen schuldeisers hun vordering niet opeisen. Zijn na deze periode de financiële problemen nog niet opgelost dan wordt alsnog het faillissement uitgesproken.

Wanneer een organisatie haar schulden niet kan betalen kan een faillissement worden aangevraagd. Dit kan gebeuren door de eigenaar zelf, door twee of meer schuldeisers of door het Openbaar Ministerie. Bij een faillissement zeggen de schuldeisers het vertrouwen in de organisatie op en verzoeken zij om uitbetaling van hetgeen zij geleend hebben. In dit geval wordt de organisatie geliquideerd; dat betekent dat alle bezittingen te gelde worden gemaakt ten einde de schuldeisers te kunnen betalen. Een faillissement wordt uitgesproken door de rechter, deze benoemt ook een curator die het faillissement moet afwikkelen.

Alleen organisaties mét een rechtspersoonlijkheid kunnen failliet worden verklaard. De eigenaar is dan alleen dat gedeelte van zijn vermogen kwijt dat hij in de organisatie heeft zitten. Als een organisatie geen rechtspersoonlijkheid bezit dan worden ook de privé-bezittingen van de eigenaar of eigenaren betrokken om de schuld aan te zuiveren. Als dit niet kan of onvoldoende is dan kan een persoonlijk faillissement worden uitgesproken. Ook dan wordt door de rechter een curator benoemd die een lijst maakt van al je persoonlijke bezittingen, bepaalt wat je noodzakelijk nodig hebt en legt beslag op de rest. Als een persoonlijk faillissement wordt opgeheven aanvragen

Besloten Vennootschap (B.V.)

In een B.V. wordt de scheiding tussen het privé vermogen en het vermogen van de onderneming verder doorgevoerd. De directeur van een B.V. is in loondienst bij deze onderneming en derhalve in deze functie niet met zijn privé vermogen aansprakelijk voor zijn daden (behalve bij wanbeheer). Alleen het vermogen van de onderneming is als aansprakelijk vermogen beschikbaar om de consequenties te dragen. De B.V. kent aandeelhouders die bekend zijn en meestal

beperkt in aantal. Deze aandeelhouders brengen een deel van hun vermogen in de onderneming. Zij zijn alleen voor dit afgescheiden deel van hun vermogen aansprakelijk. Er zijn statutaire beperkingen afgesproken met betrekking tot de overdracht van aandelen, zodat de oorspronkelijke aandeelhouders kunnen bepalen wie wel of niet in de kring van eigenaars kan worden opgenomen en voor welk bedrag. In feite is de directeur ondernemend met het vermogen van de aandeelhouders, hij kent deze mensen en gaat er mee akkoord dat ze een zekere invloed uit willen oefenen op de gang van zaken. Deze invloed is echter wel beperkt. De dagelijkse gang van zaken wordt door de directie bepaald.

Eigendom vermogen: aandeelhouders volgens balans
Eigen vermogen BV
Aandelen niet vrij verhandelbaar,
aanbiedingsprocedure



Landbouw & Zorg

Zeggenschap: directeur
Aandeelhouders winstbestemming
en
aanstelling directeur
Belasting van de winst: vennootschapsbelasting
Directeur loonbelasting
Aansprakelijkheid: BV is aansprakelijk
Winstverdeling: winstbestemming aandeelhouders,
dividendrecht

Naamloze vennootschap (N.V.)

Bij een naamloze vennootschap wordt de verhouding tussen aandeelhouders en onderneming losser. De aandelen zijn vrij verhandelbaar (op een beurs), zodat niet meer exact bekend is wie de aandeelhouders zijn. De invloed van de aandeelhouders wordt beperkt en kan alleen via een (jaarlijkse) aandeelhoudersvergadering worden uitgeoefend. Het dividendrecht, ofwel het recht op winstuitkering, blijft wel overeind. De onderneming met zijn directie is dus veel zelfstandiger geworden. Via een raad van commissarissen kan nog een soort verhouding worden bereikt, zoals die bij de B.V. wordt nagestreefd. Deze rechtsvorm heeft er toe geleid dat zeer grote ondernemingen konden ontstaan, omdat bij een groot aantal aandeelhouders een groot bedrag aan risicodragend vermogen kan worden aangetrokken.

Eigendom vermogen: aandeelhouders volgens balans
eigen vermogen N.V.
aandelen wel vrij verhandelbaar
Zeggenschap: directeur en aandeelhouders
winstbestemming en
aanstelling directeur
Belasting van de winst: vennootschapsbelasting
directeur loonbelasting
Aansprakelijkheid: N.V. is aansprakelijk
Winstverdeling: winstbestemming aandeelhouders,
dividendrecht

Stichting

Bij een stichting is de scheiding tussen het persoonlijk eigendomsrecht en de onderneming compleet. Mensen die aan een dergelijke rechtsvorm geld ter beschikking stellen, zodanig dat het als risicodragend vermogen beschikbaar komt, kunnen dat nagenoeg alleen via een schenking verwerklijken, zodat voor hen geen enkel eigendomsrecht overblijft. Ook de bestuurders van een stichting kunnen geen eigendomsrechten op het vermogen doen gelden. In het algemeen is statutair bepaald welke bestemming het vermogen krijgt bij het verwerklijken van de doelstellingen en bij eventuele opheffing van een stichting.

In bovenstaande beschrijvingen van de rechtsvormen is hopelijk duidelijk geworden dat bij de eenmanszaak een sterke binding bestaat tussen de eigenaar, de ondernemer en de onderneming. Bij de stichting is deze binding geheel verbroken, terwijl de andere beschreven rechtsvormen een overgangsfase laten zien tussen deze twee uitersten.

Eigendom vermogen:	stichting
Zeggenschap:	bestuur als uitvoerder van statuten eventueel aanstelling directeur
Belasting van de winst:	vennootschapsbelasting directeur loonbelasting
Aansprakelijkheid:	stichting is aansprakelijk
Winstverdeling:	winstbestemming volgens statuten

Natuurlijke vereniging

Wanneer mensen samen verantwoordelijkheid nemen voor een handeling of transactie, is er sprake van een natuurlijke vereniging.

Dat wil zeggen dat zij gezamenlijk bevoegd, verantwoordelijk en aansprakelijk zijn. Voor zover er afspraken gemaakt zijn, gelden de afspraken. Verder is hoofdelijke aansprakelijkheid van toepassing.

Wanneer mensen gezamenlijk gaan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer kunnen zij een vereniging oprichten. Dat wil zeggen dat zij statuten opstellen waarin zij tal van zaken regelen, waaronder de rechten en de bevoegdheden van de leden en van een

eventueel te benoemen bestuur. Bij deze manier van samenwerken ontstaat er geen rechtspersoon, maar blijven de natuurlijke personen aansprakelijk. Ook rechtspersonen kunnen lid worden van een vereniging.

Eigendom vermogen:	leden
Zeggenschap:	leden volgens afspraken
Belasting van de winst:	inkomstenbelasting
Aansprakelijkheid:	hoofdelijk
Winstverdeling:	leden volgens afspraken

Koninklijk goedgekeurde vereniging

Wanneer mensen gezamenlijk gaan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, kunnen zij een vereniging oprichten. Dat wil zeggen dat zij statuten opstellen waarin zij tal van zaken regelen, waaronder de rechten en de bevoegdheden van de leden en van een eventueel te benoemen bestuur. Wanneer de statuten bij een notaris worden gepasseerd en de vereniging is ingeschreven in het verenigingsregister bij de kamer van koophandel, verkrijgt de vereniging de status van Koninklijk goedgekeurd. Daarmee wordt de vereniging een rechtspersoon en kan eigen vermogen bezitten.

Eigendom vermogen:	vereniging
Zeggenschap:	bestuur, namens de leden volgens statuten
Belasting van de winst:	vennootschapsbelasting
Aansprakelijkheid:	vereniging
Winstverdeling:	volgens statuten en reglementen

Coöperatieve vereniging

Wanneer mensen gezamenlijk gaan deelnemen aan het economisch verkeer kunnen zij een coöperatieve vereniging oprichten. Dat wil zeggen dat zij statuten opstellen waarin zij tal van zaken regelen, waaronder de rechten en de bevoegdheden van het bestuur worden beschreven en de rechten en plichten van de leden. De statuten moeten bij een notaris worden gepasseerd en de vereniging moet worden ingeschreven in het verenigingsregister bij de kamer van koophandel. Daarmee wordt de vereniging een rechtspersoon en kan eigen vermogen bezitten. Bij een toevoeging “ua” (uitgesloten aansprakelijkheid) aan de naam zijn de leden niet aansprakelijk. Bij een toevoeging “ba” zijn ze beperkt aansprakelijk en zonder toevoeging zijn ze hoofdelijk aansprakelijk.

Eigendom vermogen:	coöperatieve vereniging
Zeggenschap:	bestuur, namens de leden volgens statuten
Belasting van de winst:	vennootschapsbelasting
Aansprakelijkheid:	coöperatieve vereniging
Winstverdeling:	volgens statuten en reglementen



De begeleiding van deelnemers op de zorgboerderij wordt op diverse manieren gefinancierd. De wijze van financiering hangt allereerst af van de zorgvraag. Daarnaast worden er binnen deze financieringsvormen verschillende tarieven toegepast. Dit heeft veelal te maken met de begeleiding die een deelnemer nodig heeft. Zo zal een zorgboer voor een deelnemer die één op één begeleiding nodig heeft meer vergoeding ontvangen. In dit hoofdstuk worden de verschillende vormen van financiering uit de zorg behandeld.

Hoofdstuk 7. Financiering in de zorg

7.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Beleid

Iedere Nederlander is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd voor zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Met een indicatiebesluit kan de cliënt vervolgens kiezen of hij de betreffende Zorg In Natura (ZIN) ontvangt of zelf inkoop met een persoonsgebonden budget (PGB).

Mensen die in aanmerking willen komen voor één of meerdere vormen van AWBZ-zorg moeten hiervoor eerst worden geïndiceerd. Dit betekent dat eerst moet worden beoordeeld of iemand recht heeft op zorg. Die beoordeling wordt in een indicatiebesluit verwoord door aan te geven wat de zorgbehoefte is in termen van functies (aard van de zorg), hoeveel zorg verleend wordt en voor welke periode.

Wat wordt gefinancierd?

Functies die voor zorgboerderijen van toepassing kunnen zijn:

- persoonlijke verzorging;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf;
- (zieken)vervoer;
- langdurig verblijf.

De indicatiestelling wordt uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Persoonlijke verzorging

Persoonlijke verzorging is ondersteuning bij de dagelijkse verzorging. Denk daarbij aan douchen, scheren, aankleden, eten en drinken, het naar de wc gaan, het aanbrengen van prothesen of het doen van oefeningen.

Ook de zorg die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging, behoort tot deze functie, zoals het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige cliënt en het stimuleren van de zelfredzaamheid.

Begeleiding

De functie Begeleiding heeft als doel hulp te bieden bij zelfredzaamheid. Dit houdt in dat alleen mensen met een matige of zware beperking aanspraak kunnen maken op begeleiding vanuit de AWBZ. Hierbij worden mensen beoordeeld op de ernst van de beperkingen op vijf onderdelen:

- sociale redzaamheid: de regie over het eigen leven;
- bewegen en verplaatsen: het zelfstandig voortbewegen;
- probleemgedrag: agressief of dwangmatig;
- psychisch functioneren: denken, concentreren en waarnemen;
- geheugen- en oriëntatiestoornissen: geheugen en bewustzijn.

Behandeling

Behandeling is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, bijvoorbeeld langdurige revalidatie na een beroerte. Behandeling op een zorgboerderij kan alleen indien hier gekwalificeerd medisch personeel voor is aangesteld, bijvoorbeeld een fysiotherapeut, arts, psycholoog, paramedicus of orthopedagoog.

Verblijf

De functie verblijf is bedoeld voor mensen die vanwege een aandoening of beperking niet meer thuis kunnen wonen. Opname in een instelling is dan nodig omdat de verzorging thuis te zwaar wordt en familie of vrienden (mantelzorg) dit niet meer op kunnen brengen. Of omdat iemand door ernstige gedragsproblemen of dementie een gevaar is voor zichzelf en zijn omgeving. In een instelling krijgen deze cliënten therapie, bescherming en toezicht.

Onder verblijf valt:

- tijdelijk verblijf;
- logeren voor een dag én nacht;
- beschermd wonen.
- langdurig verblijf

Cliënten die voldoen aan de voorwaarden voor een indicatie voor langdurig verblijf, worden geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket (ZZP). De zorgzwaartebekostiging is voor mensen die niet langer zelfstandig kunnen wonen, een beschermende woonomgeving willen, continu toezicht en/of een therapeutisch leefklimaat nodig hebben. Een ZZP is een volledig pakket aan zorg, met daaraan verbonden een budget waarmee de cliënt zijn hulp kan financieren. Een zorgzwaartepakket omvat één of meer van bovengenoemde functies. Ook in instellingen voor jeugd-GGZ wordt geïndiceerd in de vorm van zorgzwaartepakketten.

Het ZZP bestaat ook in de vorm van een PGB. Het PGB-ZZP is van betekenis voor bewoners van kleinschalige woonvormen zoals eigen woning of aanleunwoning, geclusterde woningen, kleinschalig wonen in groepsverband, Thomashuizen en bewoners van zorgboerderijen. In het nieuwe kabinetsbeleid worden per 01-01-2011 de zwaarste ZZP's niet meer in de vorm van een PGB geïndiceerd. Wel als Zorg In Natura.

Vervoer

Mensen met een handicap die naar een AWBZ-gefinancierde dagbesteding gaan voor begeleiding kunnen het vervoer vergoed krijgen. Het moet dan wel gaan om medisch noodzakelijk vervoer. Dat houdt in dat iemand niet zelfstandig kan reizen maar gebracht en gehaald moet worden.

7.1.1 Persoonsgebonden budget

Met een persoonsgebonden budget (PGB) kan een cliënt zelf zijn zorg inkopen. De cliënt krijgt zelf het geld voor de zorg op zijn bankrekening. In sommige gevallen heeft de cliënt een bewindvoerder die de financiële zaken voor hem regelt.

Zorgboeren en PGB

Cliënten met een PGB kunnen de begeleiding op een zorgboerderij zelf inkopen. Zij betalen dan rechtstreeks aan de zorgboerderij.

Tarieven PGB

Als een cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget (PGB), zijn voor dagbesteding van cliënten die thuis wonen de PGB-tarieven voor de functie *begeleiding* (en soms *behandeling*) van toepassing. Dit zijn de tarieven die de cliënt uitgekeerd krijgt. Het is aan de zorgboer en de cliënt samen om te bepalen of zij deze tarieven exact overnemen of dat er een gedeeltelijke eigen bijdrage is van de cliënt. De PGB-tarieven zijn te vinden op www.pgb.nl

Langdurig verblijf

Wanneer een PGB cliënt in een instelling verblijft, maar voor dagbesteding naar een zorgboerderij wil, kan de cliënt dit in afstemming met de hoofdaanbieder zelf rechtstreeks organiseren of via de zorgaanbieder waar hij verblijft. In het laatste geval koopt de hoofdaanbieder dan de dagbesteding in bij de zorgboer. Ook deze tarieven zijn onderhandelbaar.

Voorwaarden voor het leveren van zorg aan PGB cliënten

In toenemende mate zal er vanuit de overheid meer regelgeving worden ontwikkeld voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning door kleinschalige voorzieningen, zoals een zorgboerderij.

Instanties en loketten

Per Saldo

Voor meer informatie omtrent PGB's kunt u terecht bij Per Saldo, de belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget: www.pgb.nl

CIZ

De indicatiestelling wordt uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Het CIZ is door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het CIZ heeft meerdere vestigingen. Deze kunt u vinden op www.ciz.nl.

Toekomstig beleid

Het kabinet is van plan om in 2013 de uitvoering van de AWBZ functies begeleiding en dagbesteding over te hevelen naar de gemeentes (WMO). In principe maakt dit weinig uit voor cliënten met een PGB, want zij mogen zelfstandig hun zorg inkopen. De indicatiestelling blijft een taak van het CIZ.

In de zorgzwaartepakketten van cliënten die een indicatie hebben voor langdurig wonen kan een budget voor dagbesteding zijn opgenomen. Dit budget zal worden losgemaakt van het totale ZZP bedrag. Dat betekent dat deze cliënten straks met een voucher de dagbesteding kunnen inkopen bij een andere organisatie dan waar zij de andere functies inkopen.

7.1.2 Zorg In Natura

Cliënten die hebben gekozen voor Zorg In Natura (ZIN) kunnen voor hun zorg alleen terecht bij een AWBZ toegelaten instelling.

Zorgboeren en ZIN

Om cliënten met ZIN op de zorgboerderij te kunnen ontvangen zijn er drie mogelijkheden:

- zelf een AWBZ-toelating aanvragen;
- aansluiten bij een organisatie van zorgboeren die gezamenlijk een AWBZ-toelating hebben;
- werken in onderaannemerschap voor een zorginstelling die een AWBZ-toelating heeft.

Een AWBZ toelating aanvragen

Voor dagbesteding kan rechtstreeks een toelating worden aangevraagd bij de eenheid Toelating Zorginstellingen van VWS. Dit gebeurt in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De toelating wordt – als de procedure en de formaliteiten voor elkaar zijn – in de regel verstrekt. U heeft dan weliswaar een toekenning maar nog geen contract en productieafspraken met het zorgkantoor. Dat is een afzonderlijk traject. Daarvoor moet u een offerte indienen bij het zorgkantoor samen met een bestuursverklaring, waaruit onder meer blijkt dat het toezicht goed geregeld is en dat u een cliëntenraad heeft. Na gunning bespreekt u met het zorgkantoor hoeveel zorg u dat jaar gaat leveren. Dit wordt een productieafpraak genoemd. Productieafspraken met het zorgkantoor kunnen maar eens per jaar gemaakt worden, op een vast moment. Daarom is het van belang tijdig met de aanvraag te beginnen. Veel zorgboeren krijgen begeleiding bij het maken van de afspraken met het zorgkantoor.

Tarieven ZIN

De tarieven voor Zorg In Natura worden vastgesteld door de Nederlandse Zorg Autoriteit. De volgende tarieven zijn van toepassing:

- voor cliënten, die (zelfstandig) thuis wonen en die een indicatie hebben voor *begeleiding*, is de richtlijn ‘Prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ’ van toepassing;
- voor cliënten met een indicatie voor (langdurig) verblijf die dagbesteding willen gebruiken bij een zorgboerderij die in onderaannemerschap werkt van een zorginstelling, is de beleidsregel ‘Prestatiebeschrijving en tarieven zorgzwaartepakketten’ van toepassing;
- Voor cliënten die wonen op een zorgboerderij is de beleidsmaatregel ‘Prestatiebeschrijving en tarieven zorgzwaartepakketten’ van toepassing.

De beleidsregels zijn te vinden op www.nza.nl In de beleidsregels genoemde tarieven zijn richtinggevend. Het werkelijke tarief dat de zorgaanbieder van het zorgkantoor ontvangt, is afhankelijk van onderhandeling. Dit geldt ook voor het tarief dat een zorgboer als onderaannemer met een hoofdaannemer afspreekt.

Voorwaarden voor het leveren van zorg aan ZIN cliënten

Er zijn vanuit de overheid een aantal belangrijke voorwaarden verbonden aan het leveren van zorg aan ZIN cliënten. Hieronder worden de belangrijkste genoemd. Voor zorgaanbieders die in onderaannemerschap werken gelden dezelfde voorwaarden als voor zorgaanbieders met een eigen AWBZ-toelating. De hoofdaannemer is er in dat geval verantwoordelijk voor dat de zorg die geleverd wordt door de onderaannemer, voldoet aan de gestelde eisen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst nieuwe en reeds bestaande zorginstellingen om te kijken of zij voldoende maatregelen hebben getroffen om verantwoorde zorg te kunnen bieden. Bij de beoordeling hiervan richt de inspectie zich op drie aspecten:

- de aanwezigheid van een klachtenregeling conform de vereisten van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- de aanwezigheid van een zorgplan conform het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg;

- medezeggenschap voor cliënten conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Wet Toelating Zorginstellingen

Een belangrijke voorwaarde voor het leveren van zorg aan cliënten met Zorg in Natura is het hebben van een AWBZ toelating. De Wet Toelating Zorginstellingen stelt eisen aan het bestuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen en aan de financiële administratie. De eisen in het kort:

- er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat;
- indien de instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging heeft, dient er een cliëntenraad ingesteld te worden;
- de instelling heeft schriftelijk vastgelegd welke organen van de instelling welke bevoegdheden hebben ten aanzien van de verschillende onderdelen van de bedrijfsvoering;
- de instelling heeft schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder de verdeling van verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden;
- de activiteiten van de instelling waarvoor de toelating geldt, worden in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling;
- in de financiële administratie van de instelling zijn ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan.

Instanties en loketten

Zorgkantoren

De uitvoering van de AWBZ is in handen van de zorgkantoren. Zorgkantoren zijn in het leven geroepen door de gezamenlijke zorgverzekeraars. De AWBZ-zorg is regionaal georganiseerd. Per regio voert een zorgkantoor namens alle

zorgverzekeraars de AWBZ uit. Er zijn in Nederland 32 regio's met elk een eigen zorgkantoor. Een zorgkantoor maakt afspraken met regionale zorgaanbieders over welke zorg zij gaan leveren. De zorgkantoren en hun rayons zijn te vinden via de website van Zorgverzekeraars Nederland: www.zn.nl.

CIZ

De indicatiestelling wordt uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Het CIZ is door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het CIZ heeft meerdere vestigingen. Deze kunt u vinden op www.ciz.nl.

NZA

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt de tarieven vast voor Zorg In Natura. De tarieven zijn te vinden op www.nza.nl.

CIBG

Het CIBG behandelt de aanvragen voor een AWBZ toelating. Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De letters CIBG stonden oorspronkelijk voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, maar die betekenis is niet meer ladingdekkend. Daarom wordt alleen de afkorting nog als naam gebruikt. Aanvraagformulieren en andere informatie kunt u vinden op www.wtzi.nl.

Het ministerie van VWS heeft in de Wet Toelating Zorginstellingen geregeld wie een AWBZ toelating kan krijgen en wat de voorwaarden daarvoor zijn. Meer informatie over de WTZi vindt u op: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-toelating-zorginstellingen

Toekomstig beleid

In de kabinetsplannen is opgenomen dat de uitvoering van de AWBZ-functies *persoonlijke verzorging, behandeling en verblijf* in 2013 zal overgaan van de zorgkantoren naar de zorgverzekeraars. Indien deze

wetgeving doorgang vindt, betekent het dat zorgboeren voor deze functies in de toekomst afspraken zullen moeten maken met de verschillende zorgverzekeraars in plaats van met het regionale zorgkantoor.

Ook is het kabinet van plan de uitvoering van de AWBZ functies begeleiding en dagbesteding over te hevelen naar de gemeentes. Deze functies zullen dan worden opgenomen in de WMO. Dit betekent dat zorgboeren in de toekomst zullen moeten onderhandelen met de gemeenten over plaatsing van cliënten voor dagbesteding.

Het is aan te raden zich vroegtijdig en bij voorkeur samen met collega-aanbieders in de regio te oriënteren op deze verandering. Er worden grote verschillen verwacht tussen de manieren waarop gemeenten hun beleid zullen ontwikkelen en vormgeven. Het is zaak om daar vroegtijdig zicht op te krijgen zodat er op kan worden geanticipeerd en het beleid kan worden beïnvloed.

7.2 Zorgverzekeringswet

Beleid

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een ziektekostenverzekering voor iedereen die in Nederland woont of werkt. Iedereen moet zich verzekeren voor ziektekosten. Het is verplicht in ieder geval een verzekering voor het basispakket af te sluiten. Wat er precies in dat basispakket zit, staat in de Zvw. Als iemand zich niet verzekert, dan worden ziektekosten niet vergoed. De zorgverzekeraar biedt meestal ook een aanvullende verzekering aan. Het is niet verplicht een aanvullende verzekering te nemen. De zorgverzekeraar is ook niet verplicht om iemand voor de aanvullende verzekering te accepteren.

In de Zorgverzekeringswet is een basispakket voor medische zorg vastgelegd. Het gaat vooral op genezing gerichte zorg, de zogenoemde curatieve zorg. Dit is bijvoorbeeld zorg door de huisarts, verpleging in het ziekenhuis, geneesmiddelen en hulpmiddelen. Deze vorm van zorg moet voor iedereen die het nodig heeft beschikbaar zijn. Daarom is in de wet

vastgelegd waaruit het basispakket moet bestaan. Ook staat in de wet dat iedereen zich voor dit basispakket zonder voorwaarden moet kunnen verzekeren. Het mag niet uitmaken of iemand oud of jong, ziek of gezond, arm of rijk is. De zorgverzekeraars bieden dit basispakket aan in een verzekering die meestal basisverzekering of standaardverzekering wordt genoemd.

Wat wordt gefinancierd?

De Zorgverzekeringswet is bedoeld voor curatieve zorg: zorg die gericht is op genezing van de patiënt. De zorg wordt geleverd in zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties. Dit is een code die een medisch specialist gebruikt voor de administratie. In de DBC zit de hele behandeling voor een bepaalde aandoening. Vanaf het eerste bezoek aan de specialist, het onderzoek, de behandeling tot en met de laatste controle. Aan elke DBC hangt een prijskaartje. Via de DBC's worden bijvoorbeeld het ziekenhuis en de medisch specialisten betaald. Voor een aantal DBC's stellen ziekenhuizen zelf hun prijs vast. Voor alle andere DBC's geldt dat de prijs landelijk is vastgesteld en voor alle ziekenhuizen gelijk is.

Voor specialistische behandelingen buiten het ziekenhuis, zoals door fysiotherapeuten of psychotherapeuten worden aan de cliënt toegekend in het aantal verrichtingen.

Zorgboeren en de ZVW

Voor bepaalde aandoeningen kan bijvoorbeeld therapeutisch werken op een zorgboerderij onderdeel zijn van de behandeling. Te denken valt aan mensen met burn-out. Zorgboeren zullen hiervoor individueel afspraken moeten maken met de zorgverzekering van de betreffende patiënt.

Voorwaarden voor het leveren van zorg vanuit de ZVW

Voor het leveren van zorg vanuit de ZVW gelden dezelfde voorwaarden als voor het leveren van zorg door zorginstellingen. Zie daarvoor de informatie in hoofdstuk 1.2 van dit handboek.

Instanties en loketten*De zorgverzekeraars*

De zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over de zorg die zij leveren. Contactinformatie is te vinden op de websites van de zorgverzekeraars.

CIBG

Het ministerie van VWS heeft in de Wet Toelating Zorginstellingen geregeld wie een AWBZ toelating kan krijgen en wat de voorwaarden daarvoor zijn.

Meer informatie over de WTZi vindt u op:

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-toelating-zorginstellingen.

Het CIBG behandelt de AWBZ toelatingen voor het ministerie van VWS.

Aanvraagformulieren en andere informatie kunt u vinden op www.wtzi.nl.

Toekomstig beleid

Het basispakket van de ziektekostenverzekering zal door de tijd heen hoogstwaarschijnlijk kleiner worden. De verzekerde heeft dan de keus om het risico op zorgkosten zelf te dragen dan wel zichzelf bij te verzekeren via aanvullende verzekeringspakketten.

7.3 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Beleid

De invulling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ligt bij de gemeenten. Het gemeentelijk beleid is veelal op de website van betreffende gemeente te vinden. Gemeenten zijn door de WMO verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. De WMO is er voor iedereen. Dus voor gezonde mensen, maar ook voor mensen met beperkingen en ouders en kinderen met opvoedproblemen. Verder vallen ook de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de bestrijding van huiselijk geweld onder de WMO.

Een belangrijk verschil tussen de AWBZ en de Zvw enerzijds en de WMO anderzijds is het vervallen van het recht op zorg. Onder de AWBZ en Zvw geldt de regel dat zorg geleverd moet worden als iemand daartoe is geïndiceerd. Dat principe vervalt in de WMO. De zekerheid dat zorg en ondersteuning daadwerkelijk wordt geleverd, is onder de WMO dus niet meer gegarandeerd.

Maatschappelijke ondersteuning omvat activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Dat kan bijvoorbeeld doordat de gemeente vrijwilligers en mantelzorgers ondersteunt, maar ook met informatie en advies, opvoedingsondersteuning en huishoudelijke hulp.

Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de WMO verwoord in negen prestatievelden:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.



Een omschrijving van deze negen prestatievelden is te vinden op:
www.invoeringWMO.nl

Wat wordt gefinancierd?

In de WMO worden maatregelen voor de 9 prestatievelden gefinancierd. Elke gemeente kan hier een eigen invulling aangeven. Voor specifieke informatie over de maatregelen in uw gemeente kunt u terecht bij het gemeenteloket.

Zorgboeren en de WMO

Voor zorgboeren ligt het voor de hand aan te sluiten bij prestatievelden 4, bijvoorbeeld met respijtzorg voor mantelzorgers; en 6 bijvoorbeeld met dagbesteding voor ouderen. De invulling van de WMO verschilt per gemeente. Om een goed beeld te krijgen van waar u op zou kunnen inspelen bij uw gemeente kunt u het beste het WMO-beleidsplan opvragen.

Daarna kunt u individueel of in samenwerking met een aantal zorgboeren het gesprek aangaan met de gemeente. Hierbij is het belangrijk dat u duidelijk kunt verwoorden wat u de gemeente te bieden heeft met uw zorgboerderij.

Tarieven

Er zijn geen vaste tarieven voor bijvoorbeeld dagbesteding die u kunt bieden in het kader van de WMO. De tarieven voor uw diensten moeten worden onderhandeld met de gemeente.

Voorwaarden voor het leveren van zorg vanuit de WMO

Deze worden door elke gemeente zelf bepaald. Voor meer informatie hierover kunt u terecht bij de betreffende gemeenteambtenaar.

Instanties en loketten

Voor uitgebreide informatie over de WMO wordt verwezen naar de website www.invoeringWMO.nl.

Voor informatie over de invulling van de WMO door uw eigen gemeente kunt u terecht bij het gemeenteloket of op de website van uw gemeente.

Toekomstig beleid

Het kabinet is van plan vanaf 2013 de AWBZ functies voor begeleiding en dagbesteding over te hevelen naar de gemeente. De functies zullen dan vallen onder de WMO. Dit betekent dat zorgboeren in de toekomst veel meer met de gemeente te maken krijgen als het gaat om dagbestedingsplaatsen die nu gefinancierd worden vanuit de AWBZ. Dit betreft voornamelijk zorgboeren die werken met cliënten die Zorg In Natura ontvangen.

Het is aan te raden voor zorgboeren om zich vroegtijdig en bij voorkeur samen met collega-aanbieders in de regio te oriënteren op deze verandering. Er worden grote verschillen verwacht tussen de manieren waarop gemeenten hun beleid zullen ontwikkelen en vormgeven. Het is zaak om daar tijdig zicht op te krijgen zodat er op kan worden geanticipeerd en het beleid nog beïnvloed kan worden.

7.4 Uitkeringsinstantie Werknemers Verzekeringen

Beleid

De Uitkeringsinstantie Werknemers Verzekeringen (UWV) voert in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de werknemersverzekeringen uit, zoals de Wajong en de WIA. Daarnaast voert het UWV ook alle op werk gerichte activiteiten uit die onder verantwoordelijkheid vallen van de gemeenten, zoals de WSW en de re-integratie van mensen met een WWB of WIJ uitkering. Iedereen die onder deze regelingen valt komt terecht bij het UWV Werkbedrijf.

UWV heeft kerntaken op vier gebieden:

- werk: het aan het werk houden of helpen van de klant, in nauwe samenwerking met de gemeenten;
- sociaal-medische zaken: het beoordelen van ziekte en arbeidsongeschiktheid volgens eenduidige criteria;
- uitkeren: het verzorgen van uitkeringen wanneer werk niet mogelijk is;
- gegevensbeheer: ervoor zorgen dat de klant nog maar één keer gegevens over werk en uitkering aan de overheid hoeft te geven.

Hieronder meer over de verschillende regelingen die onder het UWV vallen.

7.4.1 Wet Wajong

De Wet Wajong biedt jonggehandicapten en studenten die arbeidsongeschikt zijn een uitkering op minimumniveau. Het betreft de groep arbeidsongeschikten die zich niet kunnen beroepen op de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) omdat ze geen arbeidsverleden hebben. Jongeren van 18 tot 30 jaar kunnen een Wajong uitkering aanvragen. De Wajong-uitkering kan in principe doorlopen tot 65 jaar.

De Wajonggroep is zeer divers wat betreft type aandoeningen en beperkingen. Het betreft mensen met een verstandelijke beperking, psychische aandoeningen en lichamelijke beperkingen. De grootste groep die instroomt in de Wajong komt rechtstreeks van school of verblijft in een instelling. Ruim 20% van de jaarlijkse instroom is afkomstig van een werksituatie. Werk vinden en houden staat centraal in de Wet Wajong.

Wat wordt gefinancierd?

Re-integratie

De Wajonger krijgt van het UWV ondersteuning bij het vinden en houden van werk. Het UWV kan hiervoor eigen deskundigen inschakelen of een extern re-integratiebureau in de arm nemen waarmee UWV een contract afsluit. Ook kan de Wajonger zelf een IRO, een Individuele Re-integratie Overeenkomst, aanvragen. Met het IRO-budget kan de Wajonger zelf een re-integratiebureau inschakelen en ondersteuning inkopen.

Job coaching

Als een Wajonger werk gevonden heeft bij een reguliere werkgever, dan kan tijdelijke of blijvende ondersteuning plaatsvinden door middel van jobcoaching. Jobcoaching wordt aangevraagd en geïndiceerd door het UWV. Een jobcoach ondersteunt zowel Wajonger als werkgever en collega's op de werkvloer. Voor de werkgever van de Wajonger zijn er diverse voordelen en vergoedingen om het in dienst nemen van een Wajonger te stimuleren

Zorgboeren en Wajong: mogelijkheden

In samenwerking met een re-integratiebureau of jobcoach kan een zorgboer een leer/werktraject aanbieden op de boerderij.

7.4.2 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen

Na twee jaar ziekte in loondienstverband komt de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) in beeld.

Wat wordt gefinancierd?

Het UWV biedt ondersteuning bij het vinden en behouden van werk. Het UWV kan hiervoor eigen deskundigen inschakelen of een extern re-integratiebureau in de arm nemen waarmee het UWV een contract afsluit. Ook kan de uitkeringsgerechtigde zelf een IRO, een Individuele Re-integratie Overeenkomst, aanvragen. Met het IRO budget, dat wordt aangevraagd bij het UWV, kan de uitkeringsgerechtigde zelf een re-integratiebureau inschakelen en ondersteuning inkopen.

Zorgboeren en WIA: mogelijkheden

Als je als zorgboer wilt inspelen op de re-integratiemogelijkheden, is het interessant om met regionale, potentiële werkgevers afspraken te maken over het re-integratieaanbod. Een zorgboer kan bijvoorbeeld samen met een regionale werkgever een re-integratietraject op maat van de regionale werkgever aanbieden. De zorgboer neemt een deel van het re-integratietraject voor zijn rekening en de regionale werkgever neemt de WIA-er na succesvolle afronding van het traject in dienst. Belangrijk is voldoende deskundigheid op het gebied van re-integratie in huis te hebben of te halen.

7.4.3 Wet Sociale Werkvoorziening

De Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) maakt het mogelijk dat mensen die begeleid willen werken, dat ook daadwerkelijk kunnen doen, in een zo normaal mogelijke arbeidsomgeving. Het gaat om mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische handicap, die op de WSW zijn aangewezen om te kunnen werken. De sociale werkvoorziening is alleen bestemd voor mensen die daar ook echt thuishoren. Het UWV bepaalt dit via de WSW-indicatie. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering.

In de regel komen mensen met een WSW-indicatie in dienst bij een Sociale Werkvoorziening. Mensen met een WSW-indicatie kunnen ook kiezen voor een persoonsgebonden budget. Met het PGB kunnen WSW-

ers zelf een begeleide werkplek regelen. Dit kunnen ze doen door zelf een reguliere werkgever voor te stellen bij de gemeente, of door de gemeente te vragen of zij een zelf gekozen begeleidingsorganisatie kunnen laten zoeken naar een werkplek bij een reguliere werkgever. Als de begeleide werkplek, de begeleiding op de werkvloer en de daarmee gemoeide kosten voldoen aan de voorwaarden van de wet en de gemeentelijke verordening, moet de gemeente de begeleide werkplek bekostigen en kan de WSW-er aan de slag bij de reguliere werkgever. Het WSW-pgb is dus geen rugzakje met geld dat de WSW-er zelf in handen krijgt, maar een budget dat de WSW-er volgt.

Wat wordt gefinancierd?

Een werkgever die een werknemer met een WSW-indicatie in dienst neemt, kan daarvoor een loonkostensubsidie krijgen. Ook kan de WSW-subsidie worden gebruikt voor aanpassingen en begeleiding op de werkplek. Werkgevers lopen geen financieel risico als de werknemer ziek of arbeidsongeschikt wordt. Meer informatie over de WSW is te vinden op www.aanhetwerkmetdewsw.nl.

Zorgboeren en WSW

Het WSW-pgb biedt mensen ruimere mogelijkheden om zelf een plek voor begeleid werken te kiezen. Bijvoorbeeld bij een zorgboer. Dan is het wel noodzakelijk dat de activiteiten op de boerderij gericht zijn op arbeid.

7.4.4 Wet Werk en Bijstand

Wanneer mensen onvoldoende middelen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien, kunnen zij een uitkering aanvragen in het kader van de Wet Werk en Bijstand. Dit zijn in de regel mensen die werkloos zijn en geen recht hebben op een werkloosheidsuitkering. De Wet Werk en Bijstand (WWB) heeft twee doelen:

- het ondersteunen bij arbeidsinschakeling aan personen die bijstand ontvangen;

- het verlenen van bijstand aan personen die in omstandigheden zijn of dreigen te raken dat zij niet over de middelen beschikken om in hun levensonderhoud te voorzien.

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de WWB en een uitkering is bedoeld als overbrugging naar werk. Een uitkering wordt onder voorwaarden verstrekt en dient te worden aangevraagd bij het UWV Werkbedrijf (voorheen arbeidsbureau of CWI).

Een groot deel van de mensen die gebruik maken van de WWB staat op grote afstand tot de arbeidsmarkt. De problematiek betreft vooral langdurige werkloosheid, verouderde kennis, gebrekkige vaardigheden en geen of zeer weinig arbeidservaring. Ongeveer zeventig procent van deze categorie heeft medische of psychosociale klachten, in zodanige mate dat deze klachten de activeringskansen nog verder negatief beïnvloeden. Daarnaast komen combinaties van medische en psychosociale klachten voor, die de weg naar arbeidsparticipatie verder bemoeilijken. Ook komen andere klachten voor, zoals schulden en mishandeling. Slechts enkele personen hebben te maken met alleen een arbeidsmarktgerelateerde achterstand.

Wat wordt gefinancierd?

De financieringssystematiek van de WWB bestaat uit een inkomensdeel en een werkdeel.

Het Inkomensdeel is bedoeld om te voorzien in levensonderhoud van de WWB-er. Het werkdeel is het budget voor re-integratievoorzieningen. Mensen met een WWB uitkering worden gestimuleerd om zo snel mogelijk weer zelf in hun inkomen te gaan voorzien. Hiervoor kan de gemeente verschillende stimuleringsmaatregelen inzetten:

Participatieplaats

Bij een participatieplaats gaat het om een onbetaalde baan waarbij mensen vooral additionele werkzaamheden uitvoeren: de werkzaamheden die anders blijven liggen. Er worden eisen gesteld aan de begeleiding,

want deze mensen zijn minder productief dan gewone medewerkers. De werkgever betaalt geen loon en sluit geen arbeidsovereenkomst af. Sommige gemeenten betalen een vergoeding voor de begeleiding.

Sociale activering

Sociale activering komt in beeld als een re-integratietraject nog een brug te ver is. En dat geldt voor een groot deel van de groep mensen die in de WWB zit. Bij sociale activering gaat het er vooral om de sociale vaardigheden op de werkvloer te vergroten als eerste stap naar re-integratie. Dit kan door stageplaatsen, vrijwilligerswerk en leerwerktrajecten.

Re-integratie

Gemeenten kunnen verschillende mogelijkheden aanbieden voor re-integratietrajecten, al dan niet in samenwerking met externe re-integratiebureaus. Een gemeente kan ervoor kiezen om een Persoonsgebonden Re-integratiebudget (PRB) te verstrekken waarmee de WWB-er zelf zijn re-integratietraject kan opstellen, inkopen en uitvoeren.

Zorgboeren en WWB

Gemeenten bieden verschillende mogelijkheden aan WWB-ers. Zorgboeren kunnen hierop inspelen door in samenspraak met de gemeente plaatsen aan te bieden voor participatie, sociale activering en/of re-integratie.

Hoe dit aanbod aan sociale activering eruit zal zien en welke financiële vergoedingen mogelijk zijn, zal per gemeente onderzocht en besproken moeten worden. Voor WWB-ers met een Persoonsgebonden Re-integratiebudget kan een zorgboer een reïntegratietraject aanbieden op de boerderij. Zorgboeren kunnen ook inspelen op re-integratiemogelijkheden door met regionale potentiële werkgevers afspraken te maken over het re-integratieaanbod. Een zorgboer kan bijvoorbeeld samen met een regionale werkgever een re-integratietraject op maat van de regionale werkgever aanbieden.

7.4.5 Wet Investeren in Jongeren

Voor jongeren tot 27 jaar geldt de Wet Investeren in Jongeren (WIJ). Deze wet verplicht gemeenten om jongeren van 18 tot 27 jaar die zich melden voor een uitkering een aanbod te doen. Dit kan een baan zijn, een vorm van scholing of een combinatie van beide, afgestemd op de situatie van de jongere. Als zij werk accepteren krijgen ze salaris van de werkgever. Bij acceptatie van het leeraanbod krijgen ze waar nodig een inkomen dat even hoog is als de bijstandsuitkering. Als zij het aanbod niet accepteren dan krijgen zij ook geen uitkering van de gemeente.

Ook jongeren van 16 tot en met 17 jaar die geen scholing of opleiding volgen en minder dan 16 uur per week werken, hebben recht op een werkleeraanbod. De regeling geldt niet voor jongeren die niet kunnen werken of leren. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om jongeren met een handicap. Met deze wet wil het kabinet jongeren stimuleren hun school af te maken, werken en leren te combineren of een baan te aanvaarden. De maatregelen in de Wet Investeren in Jongeren zijn bedoeld om te bevorderen dat jongeren duurzaam aan de slag komen en te voorkomen dat ze afhankelijk worden van de bijstand.

Wat wordt gefinancierd?

Werkleeraanbod

Gemeenten moeten jongeren een werkleeraanbod doen. Het recht op een werkleeraanbod is meer dan een recht op een eenmalige voorziening. Het is zo nodig een recht op een reeks van voorzieningen met als doel duurzame arbeidsinschakeling van de jongere. Het werkleeraanbod kan allerlei vormen hebben. Variërend van een echte baan, tot vakgerichte scholing of een combinatie van beide.

Een werkleeraanbod bestaat uit het aanbieden van:

- algemeen geaccepteerde arbeid;
- een voorziening gericht op arbeidsinschakeling: scholing, opleiding, sociale activering;
- ondersteuning bij arbeidsinschakeling.

Dit betekent dat het aanbod vrij breed kan zijn. Er zijn geen verdere eisen gesteld aan de vorm van het aanbod. Dit is een verantwoordelijkheid van de gemeente. Juist omdat de beleidsruimte van gemeenten groot is bij de invulling van het werkleeraanbod is aanpassing op de lokale situatie en het organiseren van maatwerk goed mogelijk.

Naast scholing of een opleiding kan een werkleeraanbod inhouden: stages, begeleiding op de werkplek, inburgering, schuldhulpverlening, werknemersvaardigheden en nazorg. Sociale activering kan ingezet worden voor jongeren die nu of in de nabije toekomst de stap naar betaalde arbeid nog niet kunnen maken. Een gemeente kan aan jongeren één of meerdere werkleeraanbiedingen doen met voorzieningen die zelfstandige participatie als doel hebben.

Ondersteuning bij arbeidsinschakeling

Het inzetten van loonkostensubsidies is een middel om jongeren te ondersteunen bij de arbeidsinschakeling. In de toelichting op de wet is aangegeven dat er rekening mee wordt gehouden dat 25% van het totale aanbod gedaan zal worden in de vorm van een loonkostensubsidie. In de praktijk blijkt dat jongeren zonder begeleiding snel weer kunnen uitvallen. Inzet van jobcoaches en het bieden van een goede nazorg kunnen dit voorkomen.

Zorgboeren en WIJ

De beleidsruimte van gemeenten is groot bij de invulling van het werkleeraanbod. Daarmee is aansluiting op de lokale situatie en het organiseren van maatwerk goed mogelijk. Zorgboeren kunnen inspelen op mogelijkheden van de WIJ door in samenspraak met de gemeente een werkleeraanbod te ontwikkelen en aan te bieden, evenals trajecten voor sociale activering. Ook hier geldt dat het interessant is om te kijken naar de behoeften op de regionale arbeidsmarkt en mogelijkheden te onderzoeken om samen met regionale werkgevers een werkleeraanbod te ontwikkelen.

Voorwaarden voor het werken met UWV-klanten

Het is belangrijk voldoende deskundigheid op het gebied van re-integratie in huis te hebben of te halen.

Instanties en loketten

Op de website van het UWV vindt u meer informatie over de verschillende regelingen: www.uwv.nl Onder het kopje 'werkgevers' kunt u ook de diverse regelingen inzien die gelden voor een werkgever die iemand met een uitkering in dienst neemt.

Voor informatie over de WWB, de WIJ en de WSW kunt u naast het UWV ook bij uw eigen gemeente terecht.

Toekomstig beleid

Het kabinet wil toe naar één regeling voor de onderkant van de arbeidsmarkt, die de WWB, de WIJ, de Wajong en de WSW hervormt en die decentraal wordt uitgevoerd door gemeenten. Hierdoor kunnen de gemeenten meer mensen laten participeren, budgetten gericht en effectiever inzetten en kosten besparen. Voor jongeren die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn, blijft de Wajong bestaan. Huidige WSW'ers worden niet herkeurd. Mensen met een indicatie voor een beschermde werkplek houden toegang tot de WSW.

Arbeidsgehandicapten met een beperkte verdien capaciteit worden zoveel mogelijk via loondispensatie aan de slag geholpen bij reguliere werkgevers. Voor deze groep is een regeling voor begeleid werken beschikbaar, met loonaanvulling tot maximaal het wettelijk minimumloon en persoonlijke voorzieningen (begeleiding, aanpassing werkplek). Overige middelen voor re-integratie worden alleen nog selectief ingezet voor kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt.

Het is op het moment van schrijven van dit handboek nog onduidelijk hoe deze regeling precies ingevuld zal worden en wat de gevolgen zullen zijn. Een aantal trends zijn:

- het aantal uitkering wordt omlaag gebracht;

- iedereen die kan werken, wordt ingeschakeld bij het arbeidsproces;
- aanscherping van de criteria op basis waarvan de arbeidscapaciteit wordt vastgesteld;
- er worden meer sancties ingezet bij mensen die (volgens de instanties) onvoldoende meewerken;
- kortere looptijd van werkloosheids- en ziektebewijzen, een snellere doorstroom naar de WWB;
- vermindering van WSW plekken bij de SW en stimulering van het werken bij reguliere werkgevers.

7.5 Jeugdzorg

Beleid

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie van Justitie zijn samen verantwoordelijk voor de jeugdzorg. VWS richt zich op de vrijwillige hulpverlening, de hulpverlening aan licht verstandelijk gehandicapten en jongeren met psychische problemen. Justitie houdt zich bezig met kinderen en jongeren die extra bescherming nodig hebben (voogdij en gezinsvoogdij) of in contact zijn gekomen met het jeugdstrafrecht.

Op 1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de Jeugdzorg ingegaan. In deze wet staan de cliënt en zijn hulpvraag centraal. Cliënten zijn kinderen, jongeren en hun ouders of opvoeders die opgroei- en opvoedingsproblemen hebben. De Wet op de Jeugdzorg heeft als doel om de jeugdzorg samenhangend en vraaggericht te maken. De zorg moet zo dicht mogelijk bij het kind of de jongere gebeuren, zo kort mogelijk duren en zo licht mogelijk zijn.

Bureau Jeugdzorg is de toegangspoort tot de gehele jeugdzorg. Elke provincie krijgt geld van het Rijk. De provincie financiert met dat geld Bureau Jeugdzorg en daarmee de toegang tot de jeugdhulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd (jeugd-GGZ), de

jeugdbescherming en de jeugdreclassering. De provincie koopt zorg voor kinderen, jongeren en ouders in bij de jeugdzorginstellingen. De provincie maakt met gemeenten resultaatgerichte afspraken over de verantwoordelijkheden voor jongeren met problemen.

De doelgroep bestaat uit jeugdigen tot 18 jaar, die hulp of een behandeling nodig hebben vanwege gedragsproblemen als gevolg van ontwikkelingsstoornissen, omgevingsfactoren of psychiatrische aandoeningen. Vormen waarin hulp en behandeling wordt geboden zijn:

- ambulante begeleiding;
- dagbehandeling;
- pleegzorg: opname in een pleeggezin;
- residentieel: wonen in een woongroep.

Het Bureau Jeugdzorg beoordeelt of de jeugdige in aanmerking komt voor jeugdzorg. Als dat zo is, leidt dat tot een indicatiebesluit: een formeel besluit dat specialistische hulp nodig is voor de geconstateerde problematiek. Vervolgens stelt het Bureau vast welke zorg dat moet zijn, wie die zorg kan leveren, hoe lang de zorg moet duren en op welke wijze de zorg moet worden uitgevoerd.

Na het opstellen van de indicatie helpt Bureau Jeugdzorg de cliënt de juiste zorg te vinden.

De zorg wordt geboden door een jeugdzorginstelling. Dat kan in het gezin, maar ook bij de jeugdzorginstelling zelf zijn. De jeugdzorg is als volgt onder te verdelen:

- jeugdhulpverlening: zorg aan jongeren en hun ouders die problemen hebben op het vlak van opvoeden en opgroeien;
- geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen: zorg aan jeugdigen met psychische en psychosociale problemen;
- zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen: zorg voor jeugdigen met een laag IQ;
- jeugdzorg aan jongeren in justitiële jeugdinrichtingen: zorg aan jongeren in een vrijheidsbeperkende instelling.

Wat wordt gefinancierd?

Het brede scala aan gespecialiseerde hulp dat de Wet op de Jeugdzorg biedt, wordt betaald vanuit verschillende wettelijke kaders. Bureau Jeugdzorg stelt in alle gevallen de indicatie, maar de financiering van de zorg komt uit verschillende bronnen:

Jeugdhulpverlening

Het gaat hier om ernstige opvoed- en opgroei-problematiek. De provincies zijn hiervoor verantwoordelijk, inclusief de grootstedelijke regio's Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Zij ontvangen het noodzakelijke geld van het Rijk. Ze betalen hiermee de hulp die de jeugdzorginstellingen bieden aan jeugdigen en hun ouders.

Jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ). Deze zorg wordt betaald uit de AWBZ. Hiervoor zijn niet de provincies, maar de zorgverzekeraars verantwoordelijk.

Licht verstandelijk gehandicapten jeugdigen (jeugd-LVG)

Ook deze zorg wordt betaald uit de AWBZ en de zorgverzekeraars zijn er verantwoordelijk voor. Bureau Jeugdzorg stelt indicaties voor deze zorg.

Plaatsingen in justitiële inrichtingen

De justitiële jeugdinrichtingen vallen rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. De Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen regelt de taken en verantwoordelijkheden voor deze inrichtingen.

Zorgboeren en Wet op de jeugdzorg

In het geval van jeugd-GGZ en jeugd LVG geldt hier hetzelfde als voor cliënten vanuit de AWBZ. In het geval van jeugdhulpverlening kunnen zorgboeren een rol spelen door samen te werken met de provincie of justitie en jeugdzorginstellingen. Er bestaan zelfstandige jeugdzorgboerderijen. De meeste jeugdzorgboerderijen zijn echter gelieerd

aan of vormen een onderdeel van een jeugdzorginstelling. Ze fungeren als onderaannemer en de financiering verloopt via de jeugdzorginstelling.

Voorwaarden om te werken met cliënten vanuit de jeugdzorg

In het geval van jeugd-GGZ en jeugd LVG geldt hier hetzelfde als voor cliënten vanuit de AWBZ. In het geval van jeugdhulpverlening gelden de voorwaarden van justitie of de jeugdzorginstellingen.

Instanties en loketten

Meer informatie over de jeugdzorg is te vinden op www.bureaujeugdzorg.info

Toekomstig beleid

Gemeenten worden financieel en uitvoeringstechnisch verantwoordelijk voor de uitvoering van alle jeugdzorg. Alle gelden die hier momenteel in omgaan zullen worden overgeheveld naar gemeenten. Door het samenvoegen van de verschillende financieringsstromen en het laten vervallen/anders vormgeven van het recht op zorg zijn gemeenten in staat maatwerk te leveren en kan het stelsel van zorg voor jeugdigen doelmatiger en doeltreffender worden vormgegeven.

Binnen de jeugdzorg wordt een eigen bijdrage ingevoerd. Bij uithuisplaatsing wordt deze bijdrage ten minste gelijk gemaakt aan de besparing die in een gezin optreedt als gevolg van het uithuis plaatsen van een kind. Concreet wordt uit gegaan van een eigen bijdrage van 3400 euro per kind per jaar. Daarnaast wordt er een eigen bijdrage ingevoerd voor ouders van jeugdigen die AWBZ zorg ontvangen. En verder wordt een eigen bijdrage ingevoerd in de extramurale jeugdzorgverlening.

7.6 Justitie en reclassering

Beleid

Per jaar keren ongeveer 33.000 ex-gedetineerde burgers terug in de maatschappij. Veel van hen vallen na hun detentie terug in strafbaar gedrag. Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) stelde een aantal jaren geleden vast dat ongeveer 70 procent van de volwassen ex-gedetineerden binnen zes jaar recidiveert. Recidive is een belangrijke bron van overlast en onveiligheid en brengt hoge kosten met zich mee voor burgers, overheden en maatschappelijke instellingen. Tot voor kort keerden veel ex-gedetineerde burgers onvoorbereid terug in de maatschappij, zonder te beschikken over noodzakelijke basisvoorzieningen als: een geldig identiteitsbewijs, inkomen, huisvesting, passende verslavings- of psychiatrische zorg. Uit onderzoek blijkt dat bij het ontbreken van deze basisvoorzieningen de kans op recidive toeneemt.

Organisatie van nazorg

De nazorg aan ex- gedetineerde burgers is op dit moment vaak in regionaal verband georganiseerd. Ook werken veel regiogemeenten samen op dit vlak en zijn veel uitvoeringsorganisaties op regionale schaal georganiseerd. Nazorg in de strikte zin van het woord - zorg na afloop van de detentie - is primair een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De gemeente heeft immers een zorgplicht voor ál haar burgers. Tijdens de detentie is het Gevangeniswezen eerstverantwoordelijk voor de (na)zorg. In alle inrichtingen screenen medewerkers nieuwe gedetineerden op de noodzakelijke basisvoorzieningen. Het Gevangeniswezen is niet alleen zelf actief op dit gebied, maar geeft ook gemeenten en maatschappelijke partners de gelegenheid met gedetineerde burgers aan hun re-integratie te werken. Om dit te bevorderen, wordt de gedetineerde burger tijdens de laatste fase van zijn detentie zo veel mogelijk in de eigen regio geplaatst.

Reclassering

Reclassering is hulpverlening aan mensen die verdacht worden van of veroordeeld zijn wegens een strafbaar feit. Reclasseringstaken kunnen



worden uitgevoerd vanaf het moment van in verzekeringstelling op het politiebureau tot na beëindiging van de opgelegde straf.

De reclassering richt zich op verdachten en daders van een delict die 18 jaar of ouder zijn. Reclasseringswerk is geen hulpverlening maar ook geen politiewerk. Iemand wordt gedwongen zich te melden bij de reclassering en zich te houden aan de afspraken, aanwijzingen en bijzondere voorwaarden die aan het reclasseringscontact zijn verbonden.

Reclasseringsbemoeienis is dus niet vrijblijvend, maar wordt afgedwongen door de overheid. Als iemand niet meewerkt, kan alsnog detentie volgen.

De reclassering in Nederland heeft drie hoofdtaken:

- toezien op de uitvoering van werkstraffen;
- diagnose en advies aan rechters en officieren van justitie;
- toezicht op daders en verdachten.

Vier organisaties vormen samen de reclassering.

- Stichting Reclassering Nederland: is georganiseerd in tien regio's die de justitiële arrondissementen beslaan. Reclassering Nederland richt zich op alle mogelijke dadergroepen en delictachtergronden.
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG): richt zich op verslaafden en helpt hen met afkicken.
- Het Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering: richt zich voornamelijk op de begeleiding van 'sociaal zwakkeren'. Onder deze groep vallen bijvoorbeeld dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders, veelplegers en mensen met ernstige psychiatrische problematiek.
- Bureau Jeugdzorg: voert jeugdreclasseringstaken uit.

Wat wordt gefinancierd?

Er zijn geen vaste tarieven voor boerderijtrajecten voor mensen met een justitiële achtergrond. De tarieven zullen onderhandeld moeten worden met de organisaties waarmee wordt samengewerkt.

De reclasseringsorganisaties worden gefinancierd door het Ministerie van Justitie en krijgen aanvullende bijdragen van andere ministeries. Het Leger des Heils wordt ook deels gefinancierd uit giften van particulieren. Gemeenten financieren enkele activiteiten van de reclassering, maar het leeuwendeel is afkomstig van het Ministerie van Justitie.

Zorgboeren en justitie en reclassering

Door samenwerking met reclasseringsorganisaties zouden zorgboeren een rol kunnen spelen bij re-integratie van ex-gedetineerden. Ook kunnen er mogelijkheden zijn in het kader van de WMO of via het UWV.

Instanties en loketten

Voor meer informatie zie: www.reclassering.nl

Wat is precies het effect van het werken op een zorgboerderij op mensen? Is de invloed ervan op gezondheid en welbevinden van verschillende cliëntgroepen hard te maken? Het wetenschappelijke onderzoek naar de effecten van zorg op boerderijen staat nog in de kinderschoenen. In dit hoofdstuk zullen we een overzicht geven van het onderzoek dat gedaan is naar effecten en kwaliteiten van zorgboerderijen. Deze zullen we bespreken aan de hand van de belangrijkste doelgroepen die op de boerderij werkzaam zijn.

Hoofdstuk 8. Kwaliteiten en effecten van zorgboerderijen

Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in de effecten van zorgboerderijen. Allereerst om na te gaan of zorggelden goed (kunnen) worden besteed. Daarnaast om zorgvragers inzicht te geven in de mogelijkheden van zorg op boerderijen. De groeiende sector zelf is in staat om op basis van onderzoeksresultaten verder te professionaliseren.

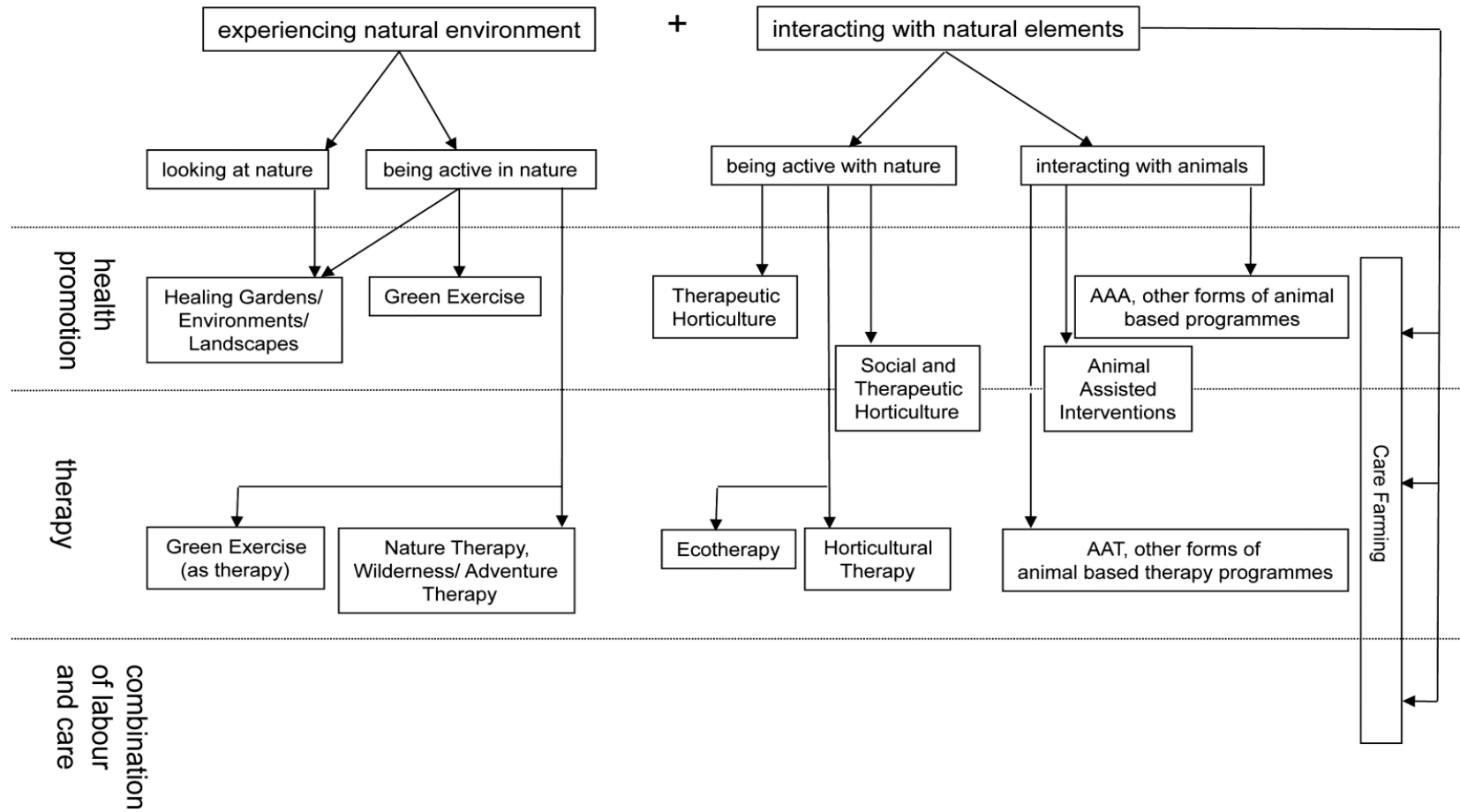
8.1 Green care: cure, care en health promotion in een natuurlijke setting

Eerder in dit boek hebben we gesproken over het paraplubegrip 'Green Care' dat staat voor alle activiteiten die te maken hebben met gezondheidsbevordering of het geven van zorg in een natuurlijke setting. We gaven aan dat het kan gaan om de zorg voor verslaafden op een boerderij, maar ook om wildernistherapie voor jongeren of

lunchwandelingen in het park voor kantoormedewerkers. We verwijzen hier naar dit begrip omdat er naar meerdere soorten green care activiteiten onderzoek is gedaan. De mechanismen achter de werking van deze verschillende activiteiten komen vaak overeen. Dat maakt dit onderzoek interessant voor de zorglandbouw. Daarom zullen we in dit hoofdstuk niet alleen onderzoek bespreken naar zorgboerderijen maar ook naar andere vormen van 'Green Care'.

Nogmaals vind je hieronder de figuur die aangeeft hoe zorglandbouw zich verhoudt tot andere green care activiteiten. Het maakt duidelijk dat zorglandbouw niet alleen zorg of dagbesteding biedt, maar ook is te zien als interventie die bijdraagt aan behandeling (cure), gezondheidsbevordering (health promotion) en (arbeids)rehabilitatie.

Overview Sectors of Green Care



Figuur 2: Overzicht van 'green care' activiteiten en de relatie met natuur (Aanpassing van: Haubenhof e.a., 2010)

er zijn. Allereerst maken zij een onderscheid in activiteiten in de natuur waarbij deelnemers wel in de natuur aanwezig zijn, maar niet zozeer actief gebruik maken van de natuurlijke elementen (experiencing natural environment). Een voorbeeld is een groep kantoormedewerkers die tijdens de lunchpauze in het park gaat wandelen. Door het bewegen in het park herstellen mensen van hun werkzaamheden maar ze hebben geen directe interactie met de natuur. Daar tegenover staan activiteiten waarbij er wel een interactie is met de natuur (interacting with natural elements), zoals het verbouwen van groenten in een moestuin. Het werken in de moestuin is dan een middel voor mensen om (weer) een arbeidsritme op te doen.

Deelnemers kunnen ook interactie met dieren hebben. Hierin maken de opstellers van het model onderscheid tussen het dier als middel voor therapeutische doeleinden, zoals bij equine therapy, therapie met paarden. We spreken dan over animal-assisted therapy. Gaat het over het in contact brengen van een cliënt van een zorginstelling met dieren, dan spreken we over animal-assisted interventie. Een voorbeeld zijn de dier-o-theken in sommige verpleeghuizen waar ouderen huisdieren kunnen verzorgen of vertroetelen.

De figuur maakt duidelijk of een activiteit vooral een bijdrage levert aan gezondheidsbevordering (health promotion), behandeling (therapy) of arbeidsrehabilitatie. Op zorgboerderijen zijn activiteiten aanwezig waarbij deelnemers zowel passief als actief betrokken zijn bij de natuur. Deze activiteiten en dagbesteding kunnen een bijdrage leveren aan de gezondheidsbevordering, behandeling of arbeidsrehabilitatie van deelnemers en daarmee aan hun kwaliteit van leven in het algemeen.

Haubenhof, D.K., M. Elings, J. Hassink and R. Hine (2009) The development of green care in Western European countries. *Explore* 2010; 6: 106-111.

8.2 Effecten van zorg op boerderijen voor specifieke doelgroepen

Op zorgboerderijen kunnen verschillende groepen zorgvragers terecht: mensen met een verstandelijke beperking, mensen met psychische problemen, ouderen met dementie, jongeren met gedragsproblemen enzovoorts. Iedere groep vraagt om een specifiek aanbod van zorg: activiteiten en begeleiding.

Voor diverse doelgroepen is de afgelopen jaren (wetenschappelijk) onderzoek gedaan naar de effecten die het meewerken of -wonen op een zorgboerderij voor hen heeft. De onderzoeken geven inzicht in of de interventie voor een doelgroep werkt (het effect) en waarom (kwaliteiten).

8.2.1 Jongeren

De doelgroep (kwetsbare) jeugd kan steeds vaker voor hulp en opvang terecht op zorgboerderijen. Deze jeugdzorgboerderijen leveren zorg aan kinderen en jongeren in de leeftijden van 2 tot 18 jaar. Sommige hebben speciale programma's op woensdagmiddag of in het weekend voor jonge kinderen met ADHD of met problemen op het gebied van autisme. Andere boerderijen bieden crisisopvang voor jongeren die voor een bepaalde periode uit huis geplaatst moeten worden. Rond deze laatste doelgroep is recent onderzoek verricht om de effecten en specifieke kwaliteiten van de boerderij in kaart te brengen.

8.2.2 Kwaliteiten van zorgboerderijen voor jongeren met gedragsproblemen

Het Platform Jeugdzorgboerderijen (2010) heeft in samenwerking met de Wageningen UR onderzocht welke kwaliteiten zorgboerderijen hebben om ondersteuning te bieden aan jongeren met gedragsproblemen. Deze jongeren zijn vaak vastgelopen in de gezinssituatie (ruzie en agressie, wegloupedrag), op school of werk (ze gaan niet meer naar school of

werk) of hebben verkeerde vrienden en geen positieve invulling van hun vrije tijd (drugs, criminaliteit).

Duidelijkheid en veiligheid

De dagelijkse terugkerende activiteiten op de boerderij en de rust die een landelijke omgeving uitstraalt, bieden jongeren structuur, duidelijkheid en veiligheid die nodig zijn om zich positief verder te kunnen ontwikkelen. De structuur komt op de boerderij bijna vanzelfsprekend tot stand, waar dit in een andere (zorg)setting meer gecreëerd moet worden. Het helpt de jongere om in een veilige omgeving de draad van hun leven op te pakken.

Op de boerderij is ook veel minder agressie dan binnen een school of een instelling. Daar komen de jongeren meer in contact met andere probleemjongeren, wat de kans op conflicten vergroot.

Continuïteit in begeleiding

De boer of boerin is altijd aanwezig. Als de jongere uit school komt kan hij zijn verhaal kwijt. Op reguliere instellingen hebben zij vaak te maken met wisselende begeleiders. Die hebben ieder hun eigen normen en waarden, en eigen methoden en ideeën. Dit kan met name lastig zijn voor jongeren die op zoek zijn naar duidelijkheid en structuur.

Rolmodel

De boer kan een goed voorbeeld zijn voor jongeren die met hun identiteit worstelen. Over het algemeen gesproken is de boer trots op zijn bedrijf en op wat hij heeft bereikt. Het boerenleven is zijn identiteit. Dit straalt van hem af. De boer is een vakman en de jongere kan van hem leren. De ervaring leert dat Marokkaanse jongeren die een plek vinden om mee te werken op de boerderij, makkelijker autoriteit toekennen aan de boer dan aan een begeleider in de jeugdhulpverlening (Hassink, e.a., 2011).

Ook het boerengezin kan dienen als rolmodel. Medewerkers uit de jeugdzorg noemen het belang van het gezin voor de jongeren (Platform Jeugdzorgboerderijen, 2010). Jongeren zelf geven aan dat zij het contact met het boerengezin waarderen.

Betrokkenheid en verantwoordelijkheid

Op de boerderij werkt de jongere samen met de boer. Hij is onderdeel van het leven van het boerengezin. Hierdoor ontstaat een sfeer van gelijkwaardigheid. Door dit samen werken en soms ook samen wonen, bouwen de boer en de jongere een persoonlijke relatie op.

Jeugdzorgboeren geven aan dat zij het normaal vinden om tijdens werkzaamheden te praten over hun eigen leven en ervaringen. In instellingen wordt hiervoor nog wel eens gewaarschuwd: een te persoonlijke relatie is niet professioneel en kan leiden tot teleurstelling. Boeren geven aan dat zij de vrijheid hebben om zaken op hun manier aan te pakken, en daardoor soms meer risico's durven te nemen. Zij zoeken zo wat meer de grenzen op van de jongeren, wat het verantwoordelijkheidsgevoel van de jongeren kan stimuleren.

Uit eerder onderzoek in de jeugdzorg blijkt dat jongeren de aandacht van begeleiders, luisteren, serieus genomen worden, open en eerlijk zijn, vertrouwen en samen gewone dingen doen erg belangrijk vinden (Meerdink, 1999).

Nadruk op wat de jongere wél kan

De boer stelt over het algemeen niet het probleem van de jongere centraal, maar kijkt vooral naar wat de jongere kan betekenen. Hierdoor ontstaat er positieve aandacht. Jongeren zelf ervaren dat ze op de boerderij de rol van medewerker hebben en niet die van cliënt. Ze kunnen leren ervaren dat ze kwaliteiten hebben en dat ze die kunnen toepassen.

Leren in het echte leven

Op een boerderij hoeven geen kunstmatige situaties gecreëerd te worden om iets te leren voor de jongeren. Jeugdzorgmedewerkers wijzen er op dat een boerderij het echte leven is. Jongeren die vervreemden van de samenleving, kunnen op de boerderij weer opnieuw betrokkenheid ervaren. Het 'back to basics gaan' is een goed alternatief voor vervreemding. De boerderij is ook een omgeving vol levensprocessen

(geboren worden en doodgaan van dieren, de cyclus van de seizoenen, het zorgen voor) die jongeren inzicht kan geven in hun eigen leven.

Aansluiten bij interesses

Jongeren die afhaken op school, vinden de lessen op school vaak te abstract. Het verzorgen van dieren en planten op de boerderij is heel concreet: het is duidelijk waarom het moet gebeuren en dieren reageren direct. Dit stimuleert de verantwoordelijkheid van de jongere.

Jongeren hebben vaak behoefte aan een omgeving die 'niet af' is en die zij zelf kunnen invullen. De boerderij biedt deze omgeving, waardoor jongeren ook hun eigen creativiteit kunnen gebruiken. Met name jongens vinden het leuk om 'te sleutelen' of ander ambachtelijk werk te doen. Op de boerderij is vaak vanzelfsprekend ruimte voor dit soort activiteiten.

Buiten de eigen omgeving

Een voordeel van het verblijf op een boerderij is dat die vaak letterlijk en figuurlijk ver weg is van de omgeving waar een jongere uitkomt en in de problemen is geraakt. Hierdoor komen ze minder in de verleiding 'het slechte pad weer op te gaan'.

8.2.3 Effectstudie naar individuele leerwerktrajecten op boerderijen voor probleemjongeren tussen 16 en 20 jaar

Jan Hassink van Plant Research International (Wageningen UR) (2010) heeft samen met verschillende instellingen voor jeugdzorg de effecten en meerwaarde van zorgboerderijen voor probleemjongeren onderzocht. Eén van de onderzoeken is verricht bij Topaze, een jeugdzorgaanbieder in Schijndel. Topaze biedt jongeren individuele woon-werktrajecten aan op de boerderij. Hierin staat het ervaren leren centraal. Jaarlijks gaan ongeveer 25 jongeren naar 25 boerderijen. De laatste vijf jaar hebben circa 100 jongeren een woon-werktraject op de boerderij afgerond. Bijna alle jongeren hebben bij aanvang slecht contact met de ouders, hebben vaak geen dagbesteding in de vorm van school of werk en geen goede vrijetijdsinvulling. Ze vertonen gedragsproblemen, gebruiken drugs en hebben contacten met de politie. Hun zelfvertrouwen is gering.

De jongere die aan het traject meedoet, woont in een woonunit op de boerderij die hij zelf moet onderhouden en werkt mee op het boerenbedrijf. De jongere gebruikt de warme maaltijd bij het boerengezin, voor de rest woont hij op zichzelf. Het traject duurt een jaar, waarvan een half jaar op de boerderij en een half jaar nabegeleiding, waarbij de jongere in de meeste gevallen thuis woont. Zowel de jongere als de ouders ontvangen dan ambulante begeleiding.

Van de ruim 100 jongeren die werden aangemeld voor het traject in 2009, sloot 69% het traject planmatig af. 19% stopte voortijdig en 13% is uiteindelijk niet gestart. De jongeren die het traject afsloten waren voornamelijk (89%) jongens, en waren van Nederlandse afkomst (90%).

Gekeken is of de deelnemende jongeren zelf een verbetering zien op de punten die kenmerkend zijn voor 'ervarend leren': hun dagelijks functioneren, zelfwaardering en zelfbepaling, het zelf ervaren probleemgedrag, omgaan met problemen en stressvolle gebeurtenissen en met hevige gedachten en gevoelens. De begeleiders van Topaze rapporteerden hoe de jongeren scoorden op contact met het eigen gezin, deelname aan school of werk, de verblijfplaats, politiecontacten, schulden, besteding van vrije tijd, alcohol- en drugsgebruik, welzijn, gedragsproblemen en zelfwaardering.

De vragenlijsten zijn bij de start en afloop van het boerderijtraject, en aan het einde van het natraject afgenomen. Als referentie voor de uitkomsten dienden de gegevens van normgroepen

Resultaten

- Afname van probleemgedrag

Uit de vragenlijsten die de jongeren zelf invullen blijkt dat het boerderijtraject een positief effect heeft op hun probleemgedrag en zelfwaardering (tabel 1). Deze positieve effecten blijven ook een jaar na het beëindigen van het boerderij traject zichtbaar. De effecten op het

omgaan met problemen (copinggedrag) zijn geringer. De zelfbepaling verandert niet significant (tabel 1).

Voor zowel de jongeren die een individueel woontraject volgen als zij die tijdelijke opvang krijgen op de boerderij, verminderen de gedragsproblemen. Het traject leidt ook tot een verbetering in het contact met het eigen gezin, de eigenwaarde en het welbevinden van de jongere. In veel situaties gaat het ook beter op school of pakt de jongere werk of school weer op. Voor de oudere jongere zien we ook een sterke afname in middelengebruik.

Medewerkers van Topaze geven aan dat door het boerderijtraject er forse verbeteringen optreden in het contact met het gezin, schooluitval of werk, politiecontact, gebruik van drugs, invulling van de vrije tijd, welzijn, gedragsproblemen en zelfvertrouwen (tabel 2). Na afloop van het natraject vlakken deze verbeteringen wel wat af maar het percentage jongeren dat drugs gebruikt, politiecontact of gedragsproblemen heeft, is echter aanzienlijk lager dan bij de start van het traject (tabel 2).

Tabel 1. Veranderingen na Ervarend leren op de jeugdzorgboerderij (%PG verwijst naar het percentage jongeren dat scoort op probleemgebied)

Aspect	Start		Einde
	N	%PG	%PG
Probleemgedrag			
Internaliseren ¹	53	32	8
Externaliseren	53	45	15

¹ Internaliserend gedrag is gedrag dat zich naar binnen keert en dat zich uit in angst, depressie, teruggetrokkenheid en lichamelijke klachten.

Zelfwaardering	48	21	4
----------------	----	----	---

Tabel 2. Veranderingen per prestatie-indicatoren (% verwijst naar het percentage van deze jongeren met een positieve score op de indicator)

Prestatie-indicator	Start	Einde	Natraject
	%	%	%
Goed contact met vader	12	58	73
Goed contact met moeder	33	83	81
Dagbesteding	14	88	87
Goede invulling van vrije tijd	5	51	58
Welzijn	16	80	81
Zelfvertrouwen	9	83	81
Geen Politiecontact	22	95	81
Geen drugs	12	80	50
Geen gedragsproblemen	3	50	46

- *Minder agressie en conflicten*

Jongeren geven aan dat zij op de boerderij minder prikkels en minder agressie ervaren dan op de traditionele (zorg)voorzieningen of op school. Ook zijn er minder conflicten. In reguliere instellingen hebben ze vooral contact met andere jongeren die problemen hebben. Daar is de kans groter dat er conflicten ontstaan.

- *Preventie van respijtzorg en preventie*

Door de laagdrempelige opvang op de boerderij worden soms zwaardere vormen van hulpverlening voorkomen. Bij jeugdigen die dag- weekend- of logeeropvang ontvangen is er ook sprake van een sterke ontlasting van de thuissituatie (Platform Jeugdzorgboerderijen, 2010).

Literatuur

Platform Jeugdzorgboerderijen (2010) De jeugdzorgboerderij. Een wenkend perspectief. Wageningen: Wageningen UR

Hassink, J., R. de Meyer, P. van der Smam & J. Veerman (2011) Effectiviteit van ervarend leren op de boerderij. Tijdschrift voor de Orthopedagogiek 50 (2):51-63.

Hassink, J. (2009) Zorgboerderijen dragen bij aan empowerment en eigen kracht van deelnemers. Wageningen: Plant Research International.

Meerdink, J. (1999) Weet u wat een hulpverlener moet doen? Kinderen en jongeren over de kwaliteit van uitvoerend medewerkers in de (semi-) residentiële hulpverlening. Utrecht: SWP.

8.3 Mensen uit de psychiatrie en verslavingszorg

Mensen met psychische problemen of verslavingsproblematiek komen om verschillende redenen op de zorgboerderij. In veel gevallen werken zij op de zorgboerderij om een zinvolle tijdsbesteding te hebben en daarmee structuur en ritme aan hun week te geven. Meestal heeft deze dagbesteding als achterliggend doel resocialisatie, rehabilitatie of herstel. Sommige deelnemers uit deze doelgroep werken op de boerderij als onderdeel van een arbeidsreïntegratietraject waarbij het uiteindelijke doel doorstroom naar (regulier) werk is.

Natuur en kinderen met ADHD

Een Amerikaanse studie van Nancy Wells (Cornell University, 2000) heeft gekeken naar een verband tussen natuur en het voorkomen van ADHD bij kinderen. Kinderen van 7 tot 12 jaar die voor een programma naar een groenere omgeving verhuisden, bleken na de verhuizing minder ADHD-verschijnselen te vertonen. In een andere studie hebben onderzoekers een experiment uitgevoerd met kinderen met AD(H)D in dezelfde leeftijdsgroep. Zij maakten onder begeleiding individuele wandelingen van twintig minuten in drie verschillende omgevingen: een natuurlijke omgeving (stadspark) en twee niet-natuurlijke omgevingen (binnenstad en woonwijk). Na afloop van elke wandeling volgde een aandachtstest. De resultaten laten zien dat de kinderen na de wandeling door het park meer getallen konden onthouden dan na de wandeling door de binnenstad of de woonwijk (Faber, Taylor & Kuo, 2008). Overigens hadden alle bovengenoemde studies methodologische tekortkomingen waardoor de ondersteuning van de relatie tussen natuur en AD(H)D niet geheel overtuigend is.

Faber Taylor, A. & F. Kuo (2008) Children with attention deficits concentrate better after walk in the park. Journal of Attention Disorders: online published.

Wells, N.M. (2000) At home with nature. Effects of 'green-ness' on children's cognitive functioning. Environment and Behaviour, 32: 775-795.

Van den Berg, A. & E. de Hek (2009) Groene kansen voor de jeugd. Stand van zaken onderzoek jeugd, natuur, gezondheid. Wageningen: Alterra

In deze weergave van de resultaten uit onderzoek naar zorg op boerderijen voor deze groep, zijn mensen uit de psychiatrie en verslavingszorg als één groep samengenomen. Het onderzoek naar effecten van zorgboerderijen is tot nu toe vooral op de gezamenlijk groepen gericht, zonder een nader onderscheid te maken. Uit onderzoek blijkt dat bij ongeveer 70% van de deelnemers uit de verslavingszorg tevens sprake is van psychische problematiek en daarmee van een dubbele diagnose.

8.3.1 Kwaliteiten van zorgboerderijen voor mensen uit de psychiatrie en verslavingszorg

Plant Research International (Wageningen UR) heeft in samenwerking met het Trimbos-instituut onderzocht welke kwaliteiten op de zorgboerderij belangrijk zijn voor mensen met psychische- of verslavingsproblemen. Zij verrichtten een vergelijkbare studie samen met het Louis-Bolk Instituut. In beide studies heeft de onderzoeker in focusgroepgesprekken of diepte-interviews aan deelnemers gevraagd welke elementen en kwaliteiten van de boerderij belangrijk zijn geweest voor hun herstelproces. Hieruit kwamen de volgende kwaliteiten van zorgboerderijen voor deze doelgroep naar voren:

Zinvol werk en afleiding

Het werken op de boerderij helpt deelnemers met een verslavingsprobleem om van hun verslaving af te komen doordat zij hun gedachten ergens anders op kunnen richten. Zij hebben de dag dat ze op de boerderij zijn een doel en hoeven niet thuis te zitten of op straat te hangen. Op straat of thuis is de verleiding groot om aan drugs of alcohol te denken. Ook deelnemers uit de psychiatrie ervaren dat het werk hen afleidt van hun ziekte. Zij staan tijdens het werken minder stil bij hun problemen.

Het hebben van werk biedt deelnemers uit de verslavingszorg de mogelijkheid om hun oude wereldje achter zich te laten. Het is voor hen vaak moeilijk om de oude 'vriendenkring' achter te laten. Die kunnen ze nu

Nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid

Jaap van der Stel (2005) schrijft in zijn boek 'Pillen, praten en bewegen' over de achtergronden van de bewegingsarmoede die de huidige levenswijze van veel mensen met zich meebrengt. Hij beschrijft wat daarvan de gevolgen zijn voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Hij toont aan dat méér bewegen de fysieke gesteldheid van cliënten met psychiatrische problemen kan laten toenemen en dat bewegen ook leidt tot afname van psychische symptomen.

Fysieke activiteiten, zo geeft hij aan, hebben als voordeel dat mensen er veel plezier aan blijken te beleven als zij het verstandig doen. Bij zorg in de vorm van medicijnen en 'praten' kan niet op eenzelfde manier gesproken worden van plezier en genot. De positieve gevoelens die bij bewegen horen, zijn vaak ook de drijvende krachten die ervoor zorgen dat mensen doorgaan met hun inspanningen.

Van der Stel, J. (2005) Pillen, praten en bewegen: Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

's avonds weren door te zeggen dat ze 's ochtends weer vroeg naar hun werk moeten en daardoor geen tijd hebben. Het hebben van werk fungeert zo als een belangrijk stok achter de deur.

De werkzaamheden op een boerderij zijn vaak gevarieerd, waardoor deelnemers verschillende activiteiten kunnen uitproberen. Het zet hen aan het denken over welke interesses en kwaliteiten ze hebben.

Structuur en ritme

Het merendeel van de deelnemers in het onderzoek heeft lange tijd thuis, in een kliniek of instelling gezeten en weinig gedaan. Voor hen is het prettig om weer te werken en een doel voor de dag te hebben. De werkzaamheden op de boerderijen zorgen ervoor dat deelnemers weer een ritme opbouwen. Begeleiders zien het doorzettingsvermogen en de motivatie van deelnemers toenemen. Zij komen ook hun afspraken na, wat als gevolg heeft dat er meer werk uit hun handen komt. Vooral het verzorgen van dieren stimuleert deze verantwoordelijkheid.

Andere omgeving

De boerderij biedt deelnemers een andere omgeving dan zij gewend zijn. Velen van hen komen uit de stad. Zij geven aan dat in de stad continue prikkels aanwezig zijn. Op de boerderij is er rust en ruimte, deelnemers beleven bijvoorbeeld de seizoenen veel meer dan in de stad. Zij komen tot rust en vinden de ruimte om over zichzelf na te denken.

Sociale gemeenschap

Voor zowel mensen uit de psychiatrie als verslavingszorg is de boerderij een veilig oefenterrein tussen hun ziekte of verslaving en de stap naar regulier of vrijwilligerswerk of naar de maatschappij in het algemeen. Zij geven aan dat het plezierig is om deel uit te maken van een gemeenschap: het boerengezin, de begeleiders en de collega's op de boerderij. Ze oefenen zo met het leggen van sociale contacten. Ook komen zij op de boerderij niet alleen in contact met lotgenoten maar met verschillende mensen die op de boerderij aanwezig zijn of langskomen.

Kleinschaligheid

Begeleiders uit de verslavingszorg geven aan dat zij de ervaring hebben dat deelnemers meer stoer gedrag gaan vertonen naar mate de groep groter is. Stoer gedrag leidt vaak tot agressie of onbeschoft taalgebruik. Op zorgboerderijen zijn de groepen vaak klein waardoor dit gedrag minder vaak voorkomt. Daarnaast geven de begeleiders aan dat de klussen op de boerderij bij deelnemers het 'wij' gevoel stimuleert: het gevoel van samen de klus klaren.

Houding boer(in) en begeleiders

De waardering die de boer(in) en begeleiders geven aan deelnemers zorgt ervoor dat deelnemers zelfvertrouwen krijgen en zich welkom voelen. Deze waardering wordt versterkt doordat de boer zijn bedrijf openstelt, ze zijn welkom en worden geaccepteerd zoals ze zijn. Deze acceptatie door 'normale' mensen wordt zeer op prijs gesteld door de deelnemers.

8.3.2 Effectstudie naar het werken op zorgboerderijen voor deelnemers uit de psychiatrie en verslavingszorg

In een effectstudie naar het werken op zorgboerderijen voor mensen met een achtergrond in de psychiatrie en/of verslavingszorg heeft Marjolein Elings (2011) deelnemers gevolgd op zowel zorgboerderijen als andere dagbestedings- en werkprojecten voor deze doelgroep. De veronderstelling van de onderzoekster was dat het sociaal functioneren, de kwaliteit van leven en het voedingspatroon van deelnemers op zorgboerderijen zou verbeteren en meer zou toenemen dan die van deelnemers op andere werkprojecten.

In een quasi-experimenteel onderzoek volgde ze een jaar lang deelnemers uit beide groepen. Die vulden bij de start op de zorgboerderij of werkproject een vragenlijst in (nulmeting). Daarna volgde een tweede meting na een half en een derde meting na een jaar.

De totale vragenlijst bestond uit verschillende veelgebruikte en gestandaardiseerde vragenlijsten in de zorg. Zij meten de kwaliteit van leven en het psychisch- en sociaal functioneren van deelnemers. In het onderzoek is ook gevraagd naar sociaal-demografische kenmerken, het medicijn, zorg- en middelengebruik. Naast deze kwantitatieve methodiek zijn ook focusgroepgesprekken gevoerd en diepte interviews afgenomen.

In totaal hebben 149 deelnemers de nulmeting ingevuld, daarvan werkten 113 op een zorgboerderij en 35 op een ander werkproject. De tweede meting, na een half jaar is ingevuld door 67 deelnemers; 53 deelnemers van zorgboerderijen en 14 van andere werkprojecten. De laatste meting na een jaar, is ingevuld door 28 deelnemers, hiervan was het merendeel van 21 deelnemers werkzaam op een zorgboerderij en 7 op een ander werkproject.

Kwantitatieve resultaten

Kwaliteit van leven

Bij de start op de zorgboerderij of werkproject is de score van de deelnemers van beide groepen op de kwaliteit van leven, sociaal- en psychisch functioneren ongeveer hetzelfde. Gedurende het jaar dat zij gevolgd zijn, gaan de deelnemers op zowel de zorgboerderij als andere werkprojecten op de verschillende domeinen er niet significant op vooruit of achteruit. Tussen de beide groepen zijn geen verschillen gevonden. Wel gebruiken beide groepen gedurende het jaar minder frequent verslavende middelen en hebben ze minder contact met hulpverleners of -instanties.

Tevredenheid

De tevredenheid van deelnemers op zorgboerderijen is gemeten door een vertaling van de GGZ-thermometer voor deelnemers op zorgboerderijen (Van Erp, 2004). De resultaten laten zien dat deelnemers na een jaar op de boerderij te hebben gewerkt erg tevreden zijn met het werk op de boerderij en de begeleiding. Het werk krijgt gemiddeld een 7,8 als rapportcijfer en de begeleiding een 7,9. Resultaten van 45 deelnemers die

Doen van onderzoek

In het onlangs verschenen proefschrift van Sorana Iancu geeft zij aan dat er nog te weinig onderzoek is verricht om aan te tonen dat zorgboerderijen effectief zijn in het verlenen van zorg. Dit heeft te maken met het feit dat de ontwikkeling van zorgboerderijen en daarmee de sector nog in de kinderschoenen staat. Hierdoor is er nog onvoldoende tijd geweest om studies te doen met grote impact, bijvoorbeeld studies waar veel zorgboerderijen en cliënten aan mee hebben gewerkt zodat er een grote dataset is waarmee statistische analyses gedaan kunnen worden. Ook zijn er nog onvoldoende resultaten uit onderzoek gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften waardoor wetenschappelijk bewijs of 'evidence' onvoldoende te vinden is. Dit heeft te maken met de volgende punten:

- Er zijn nog niet veel effectstudies verricht naar zorgboerderijen voor verschillende doelgroepen
- De effectstudies die er zijn hebben te weinig respondenten waardoor er met statistiek weinig te zeggen valt.
- De meetinstrumenten (bijvoorbeeld vragenlijsten) die gebruikt zijn, zijn niet te vergelijken met bestaande instrumenten en worden daardoor als minder gezien door wetenschappers.
- Het is lastig om een effect te meten bij een heterogene onderzoeksgroep als zorgboerderijen, of wel: zorgboerderijen zijn onderling erg verschillend en daarnaast komt er een grote diversiteit aan deelnemers op deze boerderijen.

Dit zijn enkele punten waardoor het onderzoek doen naar de effectiviteit van zorgboerderijen niet gemakkelijk is.

Iancu, Sorana (2013) New dynamics in mental health recovery and rehabilitation. The case of care farms. Phd-thesis, Amsterdam, VU University Amsterdam

langer dan een jaar werkzaam zijn op de boerderij laten zelfs zien dat de tevredenheid toegenomen is. Zij geven het werk op de boerderij een 8,2 en de begeleiding een 8,3.

De kwantitatieve gegevens uit deze studie laten zien dat er geen significante verbetering maar ook geen verslechtering van de kwaliteit van leven, sociaal- en psychisch functioneren en voedingspatroon van deelnemers op zorgboerderijen zichtbaar is. Dit kan komen door de uitval van deelnemers aan de studie waardoor het aantal respondenten te klein is om significanties aan te tonen.

Kwalitatieve resultaten

Opvallend is dat de resultaten uit de interviews met ruim 50 deelnemers, zorgboeren en begeleiders wel heel duidelijk op een gunstige invloed van de boerderij wijzen. Daaruit komen de volgende effecten van het werken op een zorgboerderij naar voren:

Toename conditie: deelnemers voelen zich fitter, bouwen spierkracht op en krijgen weer energie. Voor de mensen met een verslavingsprobleem zorgt het niet-gebruiken ervoor dat hun lichaam zich weer kan herstellen.

Toename eetlust: het werken op de boerderij zorgt voor een betere eetlust. Met name voor de deelnemers uit de verslavingszorg is dit belangrijk omdat zij zichzelf vaak korte of langere periodes verwaarloosd hebben. Op de boerderij is een duidelijke structuur van koffie, lunch en thee aanwezig. Zo bouwen deelnemers weer een normale structuur in hun voeding op. Dit wordt versterkt doordat deelnemers op sommige boerderijen gezamenlijk koken. Het werken in de buitenlucht wekt ook de eetlust op.

Meer uit handen krijgen: deelnemers moeten wennen aan het werkritme op de boerderij, maar daarna zien begeleiders dat ze productiever worden. Ze leren zelf aan de slag te gaan, keuzes te maken en hun energie beter te verdelen zodat zij het werken de hele dag volhouden.

Tot rust komen: deelnemers geven aan tot rust te komen op de boerderij. Die biedt hen een veilige omgeving waar voldoende ruimte aanwezig is.

Het fysieke werk in de buitenlucht zorgt ervoor dat zij moe en voldaan naar huis gaan en daardoor beter slapen.

Toename zelfvertrouwen en zelfrespect: het zelfvertrouwen en zelfrespect van de deelnemers neemt toe door het werken op de boerderij. Waardering en acceptatie door de boer en begeleiders maar ook het behalen van positieve resultaten door het werk dragen hier aan bij. Het gevoel nuttig bezig te zijn en een positief resultaat te zien van het werk, geeft deelnemers een versterkt gevoel van zelfrespect en eigenwaarde. Ze hebben een bepaald doel voor ogen. Ook het feit dat de buitenwereld zoals familie en vrienden anders naar hen gaat kijken draagt hieraan bij.

Vertonen van socialer gedrag: begeleiders zien het gedrag van deelnemers veranderen. Begeleiders in de verslavingszorg kennen de deelnemers ook uit de gebruikersruimten of sociaal pension. Zij zien dat deelnemers socialer worden en op de boerderij meer saamhorigheid laten zien. Deelnemers sporen elkaar aan naar de boerderij te komen. Dit is een enorm verschil met de egocentrische houding die begeleiders veelal zien bij deelnemers op de gebruikersruimten of pensions. Op de boerderij gebruiken de deelnemers ook andere taal en praten zij over andere onderwerpen. Ze houden meer rekening met elkaar en hebben nettere omgangsvormen.

Toename doorzettingsvermogen, betrokkenheid en verantwoordelijkheid: het doorzettingsvermogen neemt toe naarmate deelnemers langer op de boerderij werken. Ze leren om op tijd op te staan en afspraken na te komen en doen positieve werkervaring op. Doordat deelnemers bepaalde taken toegewezen krijgen ontwikkelen zij hun verantwoordelijkheidsgevoel. Het verzorgen van de dieren en gewassen zorgt voor een toename van de betrokkenheid.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat deelnemers uit de doelgroep verslaafden en mensen met een psychiatrische achtergrond zich fitter en nuttiger voelen als zij meewerken de zorgboerderij. Het is daarbij vooral de combinatie van de verschillende factoren die boerderijen anders maakt dan andere werk- of dagbestedingsprojecten. De zorgboerderij lijkt voor veel deelnemers een plezierige en veilige halte te zijn tussen hun ziekte en/of verslaving en de maatschappij in het algemeen en regulier (vrijwilligers)werk in het bijzonder.

M. Elings, D. Haubenhofers, J. Hassink, P. Rietberg & H. Michon (2011) Effecten van zorgboerderijen en andere dagbestedingsprojecten voor mensen met een psychiatrische of verslavingszorgachtergrond. Wageningen: Plant Research International en Trimbos-instituut.

E. Baars, M. Elings & J. Hassink (2008) De Hoge Born verbindt: kwaliteiten en effecten van zorgboerderij De Hoge Born. Wageningen: Plant Research International en Louis Bolk instituut.

Ketelaars, D. E. Baars & H. Kroon (2001) Werkend Herstellen: Een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen voor mensen met psychiatrische problematiek. Utrecht: Trimbos-instituut en Louis-Bolk Instituut.

Erp, van N. (2004) Instrument voor tevredenheidsonderzoek onder deelnemers op zorgboerderij. Utrecht: Trimbos instituut.

8.3.3 Effectstudie naar landbouwhuisdieren in de behandeling van mensen met psychiatrische problemen

De Noorse onderzoekster Bente Berget deed in 2008 onderzoek naar de effecten van landbouwhuisdieren in de behandeling van mensen met psychiatrische problemen. De belangrijkste diagnoses van de cliënten

Respijtzorg: mantelzorg en preventie

De zorg voor een naaste met ernstige psychische problematiek is vaak behoorlijk belastend voor zijn of haar omgeving. Volgens een onderzoek van het Expertisecentrum Mantelzorg komt dit doordat bij veel mensen met psychische aandoeningen sprake is van veranderingen in persoonlijkheid, snel overprikkeld zijn en gebrek aan ziekte-inzicht. Veel mantelzorgers hebben daarom behoefte aan respijtzorg, maar veel respijtzorgvoorzieningen sluiten niet aan bij de doelgroep GGZ-cliënten. Het onderzoek toont aan dat de zorgboerderij hierop een uitzondering vormt. De zorgboerderij is een kleinschalige en laagdrempelige voorziening die veel GGZ-cliënten een passende dagbesteding biedt. De zorgboerderij kan daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan het ontlasten van mantelzorgers.

M. Vermaas (2009) Respijt voor de mantelzorger-kansen voor zorgboeren. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg

M. Vermaas (2009) Werken bij de zorgboer-een adempauze voor de mantelzorger (folder). Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg

waren schizofrenie, affectieve stoornis², angststoornis en persoonlijkheidsstoornis. Zij gingen gedurende 12 weken 2 dagen per week naar de boerderij om er 3 uur per dag met de koeien te werken. Dit gebeurde in aanvulling op hun 'standaard' behandeling. Het onderzoek was een veranderingsonderzoek met een voormeting, een meting aan het einde van het traject na 12 weken en een nameting, 6 maanden later.

De cliënten vulden vragenlijsten in om angst, depressie, coping gedrag (omgaan met stressvolle gebeurtenissen), self efficacy (doeltreffendheid) en kwaliteit van leven te meten. Naast de vragenlijsten zijn er filmopnamen gemaakt van het contact tussen de cliënten en de dieren.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat de hoeveelheid werk dat de cliënten verzetten en de kwaliteit van hun werk toenamen tijdens het traject. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen in afname van angst of depressie. Ook de resultaten op het gebied van doeltreffendheid, coping gedrag en kwaliteit van leven lieten geen verschil tussen de behandel- en controlegroep zien.

Voor de groep cliënten met een affectieve stoornis werd wel een positieve verandering gemeten op gebied van doeltreffendheid en kwaliteit van leven. Zij scoorden ook hoger dan de controlegroep. Deze groep cliënten lijkt het meest te profiteren van het contact met dieren.

In een literatuurstudie naar de effectiviteit van dierondersteunende interventies voor een bredere doelgroep blijkt dat voor verschillende groepen cliënten interventies met dieren effectief werken. Effecten die gevonden worden zijn een verbetering van de kwaliteit van leven, vermindering van stress, verbetering van schoolprestaties en intellectuele

vaardigheden, verbetering van verbale- en sociale vaardigheden en sociale interactie. (Mansfeld, 2002; Janssen & Bakker, 2007).

In een studie van Enders-Slengers (2000) zijn de effecten van gedomesticeerde dieren zoals honden en katten in beeld gebracht voor de doelgroep ouderen. Een van de conclusies dat mens-dierrelaties sommige sociale behoeften kunnen vervullen waarbij emotionele en zorgaspecten op de voorgrond staan. Het onderzoek toont ook aan dat huisdieren voor een deel een beschermende werking kunnen hebben tegen stressvolle gebeurtenissen.

B. Berget (2008) Animal assisted therapy: effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals. Ass: University of Life Sciences of Ass, Noorwegen.

Enders-Slengers, J.M.P. (2000) Een leven lang goed gezelschap. Empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen (proefschrift). Utrecht: Universiteit van Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen.

Janssen, M. & F. Bakker (2007) De therapeutische werking van huisdieren bij psychiatrische problemen: een literatuurstudie. Amsterdam: AdSearch.

Mansfeld, K. (2002) Metaanalyse zur Tiergestützten Therapiue. Eine Literaturübersicht unter der besonderen Berücksichtigung potentieller Wirkfaktoren sowie der therapeutischen Indikation. Wenen: Universität Wien.

² Stoornissen waarbij de (langdurige) emotionele toestand van iemand versterkt of juist onderdrukt is. Hierbij kan men zeer somber (depressief) of juist zeer vrolijk (manisch) zijn.

8.4 Ouderen met dementie

De toenemende groep ouderen met dementie kan in Nederland op meerdere plekken terecht op een zorgboerderij. In totaal gaat het om ruim 150 boerderijen. De meeste van deze zorgboerderijen verzorgen vooral dagbesteding voor deze doelgroep. Een aantal biedt ook intensievere vormen van ondersteuning, zoals begeleid wonen. Kenmerkend voor de zorg van ouderen op boerderijen is de kleinschaligheid. Het gaat meestal om 6 tot 10 deelnemers.

8.4.1 Kwaliteiten van zorgboerderijen voor ouderen met dementie

Het aanbod van zorg op boerderijen voor dementerende ouderen betekent een vergroting van het aantal opties waar zij terecht kunnen voor opvang. Dat versterkt de keuzevrijheid die zij en hun mantelzorgers hebben. Dagverzorging op de boerderij lijkt een andere doelgroep, met name mannen, aan te spreken dan reguliere dagverzorging.

Kleinschaligheid

Kleinschalige zorg heeft positieve effecten op de groep ouderen met dementie bleek uit onderzoek van het Trimbos-instituut en EMGO-instituut (VU mc) (2007). Deze groep heeft een sterke behoefte aan een vertrouwde, herkenbare woonomgeving met een huiselijke sfeer. In zorgboerderij biedt zo'n omgeving. De kleinschaligheid maakt het soms wel lastiger om deskundig personeel aan te trekken.

Het normale leven

De ouderen ervaren het verblijf op de boerderij als het normale leven. Zij doen er dagelijkse activiteiten die ze eerder ook zelf thuis deden, zoals licht opruimwerk en samen koken. In de reguliere opvang is voor deze gewone aspecten minder ruimte; eten wordt bijvoorbeeld meestal opgediend uit een centrale keuken.

Bij ouderen kleeft nog wel eens een stigma aan hulpverlening. De zorgboerderij kan voor sommige ouderen die huiverig zijn voor dagopvang, een optie zijn om toch mee te doen aan een dagactiviteitenprogramma.

8.4.2 Effecten van zorgboerderijen voor ouderen met dementie

In twee studies is specifiek gekeken naar de effecten van een verblijf op de zorgboerderij voor dementerenden. Simone de Bruin (Wageningen Universiteit, 2009) vergeleek de ontwikkeling van 30 ouderen in dagopvang op de boerderij met die van 23 ouderen in de reguliere dagverzorging. De Bruin volgde de deelnemers vanaf de start op de boerderij of reguliere dagverzorging, na een half jaar en na een jaar. De ouderen gingen gemiddeld 2 tot 3 dagen per week naar de boerderij en waren per dag 6 uur aanwezig. De ouderen in de vergelijkingsgroep verbleven dezelfde tijden op een reguliere dagverzorging. Hassink en anderen (Plant Research International, 2007) beschreven in hun studie de meerwaarde van zorgboerderijen voor verschillende doelgroepen waaronder ouderen met dementie. Deze studies geven het volgende beeld van de effecten van opvang op zorgboerderijen voor de gezondheid en het welzijn van ouderen met dementie.:

Voeding

Een belangrijk aandachtspunt bij (dementerende) ouderen is de hoeveelheid eten en drinken die ze tot zich nemen. Veel dementerende ouderen lopen risico op ondervoeding of ongewenst gewichtsverlies. Uit het onderzoek van De Bruin bleek dat dementerende ouderen die deelnamen aan dagverzorging op een zorgboerderij, een hogere inname van energie (1.2Mj per dag hoger), koolhydraten (39 gram per dag meer) en vocht (441 gram per dag meer) te hebben dan dementerende ouderen in de reguliere dagverzorging. Hun verblijf op de zorgboerderijen zorgde voor een significant betere voedingsstatus. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005 blijkt dat 1 op de 4 patiënten in het ziekenhuis, 1 op de 5 cliënten in de thuiszorg en 1 op de 6 patiënten in verpleeg- en woonzorgcentra in een slechte voedingstoestand verkeert.

Dagopvang op de zorgboerderij kan een belangrijke betekenis hebben in de preventie van uitdroging, ongewild gewichtsverlies en ondervoeding.

Gevarieerde activiteiten

De zorgboerderijen bieden ouderen een gevarieerder dagprogramma dan de reguliere dagopvang. Dit gevarieerde programma sluit zo goed mogelijk aan op het normale, vertrouwde leefritme van ouderen. Zij kunnen de activiteiten die worden aangeboden individueel of in groepjes uitvoeren, waar veel activiteiten in de reguliere instellingen voor dagopvang overwegend met de hele dagverzorgingsgroep uitgevoerd worden. Ouderen op de zorgboerderij zijn ook vaker buiten.

Meer sociale contacten

Veel ouderen met dementie komen steeds minder vaak het huis uit en verliezen zo hun sociale contacten. Op de boerderij doen ze weer nieuwe contacten op. De oudere bouwt makkelijker een vertrouwensband op met de boer en boerin. In de reguliere dagopvang is vaak sprake van veel wisselende begeleiders. Op sommige boerderijen komen ouderen ook in contact met mensen uit het dorp. De boer of boerin neemt hen bijvoorbeeld mee als hij of zij boodschappen gaat doen.

Fysieke conditie

De activiteiten op zorgboerderijen zoals het voeren van de dieren, het harken van bladeren, kosten over het algemeen meer fysieke inspanning dan de activiteiten op de reguliere dagopvang. Dergelijke activiteiten zijn ook meer continu aanwezig. Voorbeelden zijn dieren kijken en voeren, tuinieren, wandelen en helpen met het bereiden van de maaltijd. Ouderen op de zorgboerderij voelen meer stimulans om mee te doen en actief te blijven, waardoor ze hun fysieke conditie beter op peil houden. Jan Auke Walburg (2010) vertelt in zijn boek ' Jong van geest' dat verschillende onderzoeken aanwijzingen geven dat lichamelijke

Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie

Het Trimbos-instituut heeft samen met EMGO Instituut van het VUmc een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. De afgelopen jaren is het aantal kleinschalige woonvormen voor ouderen toegenomen. Dit heeft te maken met het groeiende besef dat een traditioneel verpleeghuis niet voldoet aan de wensen en behoeften van mensen met dementie. Huiselijkheid, vertrouwdheid en herkenbaarheid ontbreken er vaak omdat de verpleeghuizen van oorsprong gebaseerd zijn op het ziekenhuismodel met grote afdelingen en lange gangen.

Aan het onderzoek deden 19 kleinschalige woonvormen mee, 7 traditionele verpleeghuizen dienden als vergelijkingsgroep. 160 bewoners en hun mantelzorgers zijn vóór opname en na 6 maanden gevraagd naar functioneren en kwaliteit van leven (bewoner), en gezondheid, zorgbelasting en tevredenheid over de zorg (mantelzorg). Daarnaast zijn 380 verzorgenden gevraagd naar de mate van autonomie, verkeisen en sociale steun van collega's en leidinggevenden.

Bij de bewoners komt een positief, maar genuanceerd beeld naar voren. Het blijkt dat bewoners van kleinschalig wonen minder hulp nodig hebben bij activiteiten van het dagelijks leven. Ook zijn zij meer sociaal betrokken dan bewoners van reguliere verpleeghuizen. Verder blijkt dat bewoners van kleinschalige woonvormen meer van de omgeving genieten en dat zij vaker iets om handen hebben. Op het vlak van gedragsproblemen en gebruik van psychofarmaca zijn geen verschillen gevonden.

Mantelzorgers van bewoners in kleinschalig wonen geven aan meer tevreden te zijn over bepaalde aspecten van de zorg, zoals persoonlijke aandacht voor zowel bewoner als mantelzorg.

Verzorgenden blijken zeer positief over kleinschalig wonen. De werkkenmerken blijken in kleinschalig wonen gunstiger te zijn: er is meer autonomie, er zijn minder verkeisen en er is meer sociale steun van collega's.

Boekhorst, te S. (2007) Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een kwaliteitsverbetering? Tijdschrift Kwaliteit in Beeld: 8-10.

beweging de kans op dementie verkleint.

Cognitief functioneren, emotioneel welbevinden, gedragsproblemen

De Bruin constateerde in haar onderzoek dat het cognitief functioneren, het emotioneel welbevinden en gedragsproblemen van zowel de groep ouderen op de zorgboerderij als de ouderen in de reguliere dagopvang geen verbetering vertoonde na een jaar. Ook werden geen verschillen voor deze domeinen gevonden tussen de ouderen op de zorgboerderij en die op de reguliere dagopvang.

Conclusie

Zorgboerderijen bieden ouderen met dementie een afwisselender programma dan de reguliere dagopvang, en het verblijf op de boerderij stimuleert de voedselconsumptie en vochtinname van dementerende ouderen. Op de andere domeinen in het onderzoek zijn geen significante verschillen gevonden tussen mensen op een zorgboerderij en een reguliere opvang. De afwezigheid van verschillen kan te maken hebben met het geringe aantal respondenten. Daarnaast verschillen de ouderen die naar de boerderij gaan (vaker getrouwde en jongere mannen) met de ouderen die naar de reguliere dagopvang gaan (vaker verweduwd vrouwen).

Bruin, S., de (2009) Sowing in the autumn season. Exploring benefits of green care farms for dementia patients. Wageningen: Wageningen Universiteit.

Driest, P., A. Jans, A. Roest & K. Oltmer (2010) Thuis op de zorgboerderij. Handreiking kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Bennekom: Taskforce Multifunctionele Landbouw.

Hassink, J., M. Elings, R. Ferwerda & J. Rommers (2007) Meerwaarde Landbouw en Zorg. Wageningen: Plant Research International

Walburg, J.A. (2010) Jong van geest. Optimistisch ouder worden is geen kunst. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers

8.4.3 Mensen met een verstandelijke beperking

Al van oudsher werken mensen met een verstandelijke beperking mee op boerderijen. Mensen uit het dorp die niet in het reguliere arbeidsproces konden meekomen, waren vaak welkom op de boerderij. Ook nu vormen mensen met een verstandelijke beperking de grootste groep die gebruik maakt van het zorgaanbod op boerderijen. Het is opvallend dat juist de effecten van de zorg voor deze doelgroep het minst vaak onderzocht zijn. Wellicht heeft dit te maken met moeilijkheden in het onderzoek zoals het ontbreken van geschikte vragenlijsten die in te vullen zijn voor mensen met een verstandelijke beperking.

Ook is de te verwachte verandering van de aangeboden zorg voor deze groep misschien minder groot dan bij andere doelgroepen. Voor veel deelnemers is bijvoorbeeld toeleiding naar reguliere arbeid te hoog gegrepen.

Kwaliteiten van zorgboerderijen voor mensen met verstandelijke beperking

Marjolein Elings (WUR, 2004) onderzocht de specifieke waarden van een bedrijfsmatige zorgboerderij voor mensen met een verstandelijke beperking. Zij liep mee op zes zorgboerderijen en voerde gesprekken met deelnemers, de zorgboeren en de begeleiders. De doelgroep blijkt erg tevreden over de dagbesteding op de boerderij. Elings identificeerde vijf kwaliteiten die belangrijk zijn om de zorg tot een positieve ervaring voor deze groep te maken.

De boer als rolmodel

De aanwezigheid van een 'echte boer' blijkt van groot belang voor de zorgdeelnemers. Hij fungeert voor hen als rolmodel. Hij is de baas op de boerderij en heeft kennis en kunde in huis over wat er moet gebeuren. In onverwachte situaties, die regelmatig voorkomen, kan hij daardoor creatief handelen. De boer is ook bij uitstek een ondernemer. Dit

ondernemerschap komt goed van pas bij het aanbieden van zorgdiensten waarbij vaak aanpassingen nodig zijn, wil een cliënt goed mee kunnen doen. Een voorbeeld is een zorgboer die een systeem ontwikkelde waarmee de deelnemers in staat waren om zelfstandig de varkens te voeren.

De bedrijfsvoering: zinvol werk

Het werken op een bedrijfsmatige zorgboerderij, een boerderij waar werkelijk agrarische productie plaatsvindt, heeft een belangrijke meerwaarde voor deelnemers. Dit geldt in het bijzonder voor degenen met een hoog niveau verstandelijke beperking. Het verrichten van noodzakelijke en nuttige werkzaamheden geeft hen waardering en voldoening. Ze werken samen met de boer en begeleiders aan een kwaliteitsproduct. Deelnemers komen vaak in aanraking met alle aspecten van een boerderij. Voor sommige deelnemers is het werken op een zorgboerderij dan ook een goede opstap om door te stromen naar een regulier landbouwbedrijf.

Kleinschalig

Op de meeste bedrijfsmatige zorgboerderijen is de opvang kleinschalig. Cliënten ervaren dat er veel persoonlijke aandacht voor hen is en ook veel aandacht tijdens het werk.

Sociaal netwerk

Deelnemers komen op de zorgboerderij in contact met verschillende mensen. Dit verbreedt hun sociaal netwerk. Vooral het contact met het boerengezin is belangrijk.

Op de boerderij voeren deelnemers veel werkzaamheden gezamenlijk uit. Dit zorgt voor een gevoel van saamhorigheid tussen deelnemers, zorgboer en begeleiders. De deelnemers ervaren het als heel stimulerend dat ze 'samen de klus klaren'. In het samenwerken leren ze ook van elkaar.

Veel mensen met een verstandelijke beperking wonen én werken vaak op dezelfde plek, bijvoorbeeld in een instelling. Deelnemers op een zorgboerderij zijn tijdens de uren van de werkdag in een andere setting; voor hen zijn wonen en werken gescheiden. Op die manier komen ze in contact met andere mensen en zijn ze even weg van het instellingsterrein of huisgenoten.

Cliënten worden aangesproken op hun mogelijkheden

Deelnemers worden in hun werkzaamheden op een zorgboerderij vooral aangesproken op wat ze kunnen en niet op hun beperkingen. Sommige werkzaamheden brengen een bepaalde werkdruk met zich mee. Deelnemers ervaren dit als uitdagend en prettig. Het geeft hen zelfvertrouwen als een klus geklaard is.

Begeleiders met kennis van de landbouw

Zorgboeren en begeleiders geven aan dat kennis van de landbouw essentieel is om mensen goed te kunnen begeleiden. Het zorgt er voor dat zij alle werkzaamheden zo kunnen aanbieden dat die goed aansluiten bij de mogelijkheden van cliënten met een beperking. Het hebben van landbouwkundige kennis en ervaring zijn ook een voorwaarde om flexibel te kunnen inspelen op onverwachte omstandigheden.

M. Elings (2004) Boer, zorg dat je boer blijft! Een onderzoek naar de specifieke waarden van een bedrijfsmatige zorgboerderij. Wageningen: Wetenschapswinkel Wageningen UR.

8.5 Kwaliteiten van zorgboerderijen

Zorgboerderijen hebben karakteristieke kenmerken of kwaliteiten die, zoals blijkt uit de studies die in hoofdstuk 2 zijn beschreven, sterk van invloed zijn op de gezondheid en het welzijn van deelnemers. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op vier van de meest in het oog springende kwaliteiten.

De specifieke kwaliteiten van zorgboerderijen

Uit interviews met cliënten, begeleiders en zorgboeren (Hassink, 2007) komt duidelijk naar voren dat zij de zorgboerderij ervaren als een unieke voorziening, omdat die de volgende kwaliteiten verenigt:

- een persoonlijke en betrokken houding van de zorgboer
- een veilige sociale gemeenschap
- aanbod van zinvolle en diverse werkzaamheden
- een groene omgeving

Deze kwaliteiten zorgen voor een informele context die lijkt op het gewone leven. Eerdere studies laten zien dat deze specifieke kwaliteiten belangrijk kunnen zijn in het herstelproces van deelnemers.

Hassink, J. M. Elings, R. Ferwerda & J. Rommers (2007) Meerwaarde Landbouw en Zorg. Wageningen: Plant Research International.

Hassink, J., A. van Dijk & D. Klein Bramel (2011) Waarden van Landbouw en Zorg. Wageningen: Plant Research International.



Figuur 3: Kwaliteiten van zorgboerderijen (een bewerking van Hassink (2010))

Relatie zorgboer- cliënt

De relatie tussen hulpverlener en cliënt is een belangrijk thema in het onderzoek naar behandeling en zorg voor mensen. Zo noemen Bachelor en Horvath (1999) empathie, begrip, betrokkenheid, warmte en vriendschap als de meest bepalende factoren voor een succesvolle behandeling en tevredenheid van de cliënt. Hoogleraar psychotherapie Leyssen (2007) sluit hierbij aan. Volgens Leyssen is oprechte en authentieke belangstelling, empathie en echtheid van groot belang in het contact tussen hulpverlener en cliënt. Uit effectiviteitsonderzoek naar behandeling van cliënten blijkt dat de therapeutische verhouding en de mate waarin de patiënt actief kan deelnemen aan een behandeling, zeer bepalend is voor een positief resultaat (Verhaeghe, 2010). Een review naar verschillende effectstudies laat zien dat 30% van het effect van een behandeling veroorzaakt wordt door de relatie tussen behandelaar en cliënt (Ketelaars e.a., 2001; Bohart, 2000; Lambert, 1992).

Ook op een zorgboerderij blijkt de relatie tussen deelnemer en zorgboer belangrijk te zijn. In interviews geven deelnemers aan dat zij de boer juist waarderen in zijn rol als niet-zorgprofessional. Er is nog weinig onderzoek verricht naar de rol van niet-professionals in de begeleiding van cliënten. Onderzoek laat wel zien dat vrijwilligers door mensen met chronische

psychiatrische problemen gewaardeerd werden als goede luisteraars, betrouwbaar, vriendelijk, respectvol en steunend. Clienten hebben zelf minder stereotypen over niet-professionals en zijn daardoor eerder bereid tot samenwerking (Kendall, 1989; Piat e.a., 2006; Walter & Petr, 2006).

Bachelor, A. & A. Horvath (1999) The therapeutic relationship. In: A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (eds), The heart and the soul of change. What works in therapy. American Psychological Association, Washington.

Bohart, A.C.(2000) The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. Journal of Psychotherapy Integration 10: 127-149.

Ketelaars, D., E. Baars & H. Kroon (2001) Werkend herstellen: een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen voor mensen met psychiatrische problematiek Dronten: Stichting Omslag en Trimbos-instituut.

Lambert, M.J.(1992) Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: J.C. Norcross and M.R. Goldstein (eds.). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.

Leyssen, M.(2009) Tijd voor de ziel. Tiel: Lannoo uitgeverij.

Verhaege, P.(2010) Het einde van de psychotherapie. Amsterdam: De Bezige Bij.

Boerderij als sociale gemeenschap

Het meewerken op een boerderij zorgt ervoor dat deelnemers deel uit maken van een sociale gemeenschap: de andere deelnemers, de boer, boerin en andere medewerkers. De boerderij is zelf ook weer onderdeel uit van een grotere gemeenschap. Het hebben van sociale relaties is essentieel voor een mens. De socioloog Durkheim (1951) geeft aan dat het mensen een rol geeft als ze onderdeel zijn van een gemeenschap en banden met anderen onderhouden. Deze rol (rollen) bepalen hun identiteit en de mate waarin ze zich sociaal geïntegreerd weten. Relaties bieden naast fysieke bescherming ook emotionele bescherming (Schachter, 1959).

De 'social exchange theorie' (Vaux, 1998) beredeneert dat sociale relaties belangrijk zijn omdat ze lonen en belonen. Mensen vullen elkaar aan en zijn voor elkaar waardevolle bronnen waaruit zij wederzijds uit putten.

Ook vanuit de ontwikkelingspsychologie wordt belang gehecht aan veilige en stabiele gehechtheidsrelaties. Weiss (1973) stelt dat er zes basale intermenselijke behoeften zijn die binnen relaties in meer of mindere mate worden vervuld:

- emotionele gehechtheid (attachement)
- ingebed zijn in een sociaal netwerk (social integration)
- bevestigd worden door anderen (reassurance of worth)
- het hebben van een betrouwbare band (reliable alliance)
- advies, informatie en bescherming krijgen (guidance)
- de behoefte te kunnen zorgen voor een ander (opportunity for nurturance)

Wanneer deze behoeften niet vervuld worden kan dit volgens Weiss leiden tot psychisch onwelzijn. Onderzoek laat zien dat veiligheid en positieve relaties stress verminderen en herstel bespoedigen (Caplan, 1974; Eriksen, 1994; Kulik & Mahler, 1989; Winefield, e.a., 1992).

Caplan, G. (1974) *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Durkheim, E. (1951) *Suicide: a study in sociology*. New York: The Free Press.

Eriksen, W. (1994) *The role of social support in the pathogenesis of coronary heart disease: a literature review*. *Journal of Family Practice* 11: 201-209.

Kendall, K.S. & M.B. Kenkel (1989) *Social exchange in the natural helping interaction*. *Journal of Rural Community Psychology*, 10 (2): 25-45.

Kulik, J.A. & H.I.M. Mahler (1989) *Social support and recovery from surgery*. *Health Psychology* 8: 221-238.

Piat, M., S. Wohl & D. DuRuisseau (2006) *The use of volunteers to promote community integration for persons with serious mental illness*. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10 (2): 49-57.

Schachter, S. (1959) *The psychology of affiliation: experimental studies of the sources of gregariousness*. Stanford: Stanford University Press.

Vaux, A. (1988) *Social support: theory, research and intervention*. New York: Preager Publishers.

Walter, U.M. & C.G. Petr (2006) *Lessons from research on paraprofessionals for attendant care in children's mental health*. *Community mental health journal*. 42 (5): 459-75.

Voorzieningen dichterbij

Movisie, kenniscentrum op gebied van maatschappelijke ontwikkeling, inventariseerde welke voorzieningen en methoden in Nederland gebruikt worden om de sociale contacten van mensen in kwetsbare posities te bevorderen. In deze inventarisatie vermeldt zij de zorgboerderij als voorziening waar deze mensen dichtbij huis een geschikte dagbesteding vinden. Het meedoen op een zorgboerderij is voor hen een goede mogelijkheid om sociale contacten te hebben. Ook biedt het de mogelijkheid voor om contact te hebben met lotgenoten.

Van der Zwet, R. (2009) *Voorzieningen dichtbij, een verkenning*. Utrecht: Movisie, kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Weiss, R.S. (1973) *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

Winefield, H.R., A.H. Winefield & M. Tiggemann (1992) *Social support and psychological well-being in younger adults. The multi-dimensional support scale*. *Journal of Personality Assessment*, 58(1):198-210.

Zinvolle dagbesteding en werk

Op zorgboerderijen werken deelnemers mee met de normale werkzaamheden die dagelijks aanwezig zijn, ieder naar zijn of haar eigen capaciteiten. Het hebben van een zinvolle dagbesteding of werk heeft een positieve invloed op zowel het fysiek als psychisch welbevinden van mensen (Bartley, 1994; Cable, e.a., 2008). Van Weeghel (1995) en Boardman (2003) noemen in hun studies dat werk mensen structuur, identiteit en de mogelijkheid om zich te ontwikkelen geeft. Het verbreedt hun horizon, zorgt voor sociale contacten en bevordert het gevoel erbij te

horen. Het werk dwingt mensen actief te zijn, waardoor ze de mogelijkheid hebben om fysiek moe te worden. Dit leidt normaal gesproken tot een betere fysieke gezondheid.

Uiteraard is het niet zo dat iedere werksituatie een positieve uitwerking heeft. Mensen beoordelen hun werk positiever als het zinvol is en als er voldoende variatie in zit. Kielhofner (2002) geeft aan dat mensen een aangeboren verlangen hebben om zinvol bezig te zijn. Zinnige en betekenisvolle activiteiten zorgen voor structuur en ritme in het leven. Daarnaast stimuleren en bevorderen ze de ontwikkeling van fysieke en sociale vaardigheden. Hierdoor krijgen mensen het gevoel deskundig en competent te zijn.

Christiansen en anderen (2005) ontwikkelden een model dat laat zien dat mensen identiteit en een gevoel van zinvolheid ontleen aan dagelijkse activiteiten. Dit 'person-environment-occupation-performance' (PEOP)-model bestaat uit vier elementen:

- Person: de intrinsieke factoren van de persoon
- Environment: de omgevingsfactoren
- Occupation: dat wat iemand graag doet
- Performance: de wijze waarop iemand dit doet

Door het opdoen van betekenisvolle en liefst succesvolle ervaringen, kan iemand zelfvertrouwen en een gevoel van autonomie en deskundigheid ontwikkelen. Deze eigenschappen zijn nodig om weer andere uitdagingen aan te kunnen gaan (Christiansen e.a., 2005).

Bartley, M. (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. Journal of Epidemiology and Community Health, 48: 333-337.

Boardman, J. (2003) Work, employment and psychiatric disability. Advances in psychiatric treatment, 9: 327-334.

Cable, N., A. Sacker & M. Bartley (2008) The effect of employment on psychological health in mid-adulthood: findings from the 1970 British Cohort Study. Journal of Epidemiology and Community Health, 62.

Christiansen, C.H., C. M. Baum & J. Bass-Haugen (eds.) (2005) Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being, 3rd edition. Thorofare NJ: SLACK Incorporated.

Kielhofner, G. (2002) Model of Human Occupation. 3rd edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Weeghel, van J. (1995) Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht: SWP.

Groene natuurlijke omgeving

Een van de meest wezenlijke kenmerken van zorg op een boerderij is dat mensen er 'weer in contact met de natuur komen'. De Gezondheidsraad concludeerde in 2004 dat mensen steeds minder in contact met natuur zijn. Tegelijkertijd, en misschien niet toevallig, verschijnen er steeds meer studies die aantonen dat het contact met de natuur kan zorgen voor een verbetering van gezondheid en welzijn. We noemen hier op hoofdlijnen de effecten die natuur of groen op mensen heeft zoals die uit diverse onderzoeken naar voren komen. Daarna beschrijven we kort drie theorieën die de mechanismen achter de effecten proberen te verklaren.

Resultaten uit onderzoek naar de natuur en menselijke gezondheid

Betere stemming

Meerdere onderzoeken laten sterke aanwijzingen zien dat zowel het kijken naar afbeeldingen van de natuur als het wandelen in de natuur, de stemming van mensen verbetert. Gevoelens van angst en kwaadheid

verminderen en positieve gevoelens nemen toe (Hartig, 2003; Ulrich, 1991; Hartig, 1991). De herstellende effecten treden zowel op bij stedelijke natuur (parkachtige en waterrijke omgevingen) als bij natuurlijke bossen.

Meer concentratie

Uit onderzoek blijkt dat als mensen in contact zijn geweest met natuur dit een significant positief effect heeft op hun aandacht en concentratie. Als zij vanuit hun woning uitzicht hebben op natuur of als er planten in de kantoorruimte aanwezig zijn, bevordert dit het cognitief functioneren (Van den Berg, 2003). De studies van Kuo en Sullivan (2001) geven een vergelijkbaar beeld. Zij deden onderzoek in een achterstandswijk in Chigago met identieke flatwoningen. Uit hun studie bleek dat uitzicht op meer groen het concentratievermogen van de bewoners verbeterde en dat daarmee onderlinge agressie afnam.

Sneller herstel

Enkele onderzoekers onderzochten de effecten van het bekijken van natuur via videobeelden en concludeerden dat dit leidt tot een lagere hartslag, lagere bloeddruk en minder spierspanning in het gezicht (Laumann, 2003). Hartig (2003) bestudeerde de lichamelijke reactie van mensen als zij wandelen. Daaruit bleek dat mensen lichamen herstellen als zij in een natuurgebied wandelen; tijdens wandelingen in een stedelijke omgeving gaat hun bloeddruk omhoog.

Gezonder door bewegen

Het contact met de natuur kan de gezondheid van mensen ook positief beïnvloeden omdat het stimuleert om fysiek actief te zijn (Gezondheidsraad, 2004). Op dit moment ontbreekt het nog aan goed onderzoek dat het verband tussen de fysieke omgeving en beweging aantoonst. Wel zijn studies verricht naar de omgevingsfactoren die aanzetten tot bewegen (Sallis, e.a., 1998). Daaruit blijkt dat in het algemeen natuurlijke omgevingen hogere waarderingen krijgen dan

stedelijke omgevingen. De Gezondheidsraad oordeelt daardoor dat een natuurlijke of groene omgeving meer uitnodigt tot bewegen en tevens stimuleert om langer te bewegen. Uit onderzoek van De Vries (2002) blijkt echter deze relatie niet hard aantoonbaar.

Gezondheidsraad en Raad voor Ruimtelijke, Milieu- en Natuuronderzoek (2004) Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamenlijk welbevinden. Den Haag: Gezondheidsraad en RMNO.

Hartig, T., G.W. Evans, L.D. Jamner (2003) Tracking restoration in natural and urban field settings. Journal of Environmental Psychology, 23:109-123.

Hartig, T. M. Mang & G.W. Evans (1991) Restorative effects of natural environment experiences. Environment and Behaviour, 23: 3-27.

Kuo, F.E., & Sullivan, W.C. (2001) Aggression and violence in the inner city: Impacts of environment via mental fatigue. Environment & Behavior, 33(4), Special Issue on Restorative Environments, 543-571

Laumann, K., T. Garling & K.M. Stormark (2003) Selective attention and heart rate responses to natural and urban environments. Journal of Environmental Psychology, 23: 125-134.

Sallis, J.F. A. Bauman & M. Pratt (1990) Determinants of exercise behavior. Exercise and Sport Sciences Reviews. 18: 307-330.

Ulrich, R.S., R.F. Simons, B.D. Losito, E. Fiorito, M.A. Miles & M. Zelson (1991) Stress recovery during exposure to natural and urban environments. Journal of Environmental Psychology, 11: 201-203.

De Vries, S., R.A. Verheij, P.P. Groenewegen & P. Spreeuwenberg (2003) Natural environments, healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. Environment and Planning, 35:1717-31.

Van den Berg, A.E., Koole, S.L. and Van der Wulp, N.Y. (2003) *Environmental preference and restoration: (How) are they related?* Journal of Environmental Psychology 23(2) 135-146

8.6 Verklarende theorieën

Hoe is de positieve invloed van contact met de natuur op gezondheid te verklaren? Onderzoekers menen dat in de natuur zijn mensen vooral helpt te herstellen van stress (Gezondheidsraad, 2004). De belangrijkste theorieën over hoe dit herstel van stress tot stand komt zijn de Attention Restoration Theory (ART) van Kaplan en Kaplan (1989), het psycho-evolutionaire model van Ulrich (1984) en de Biophilia theorie (Wilson, 1984). Deze theorieën gaan uit van een evolutionaire, aangeboren basis voor herstellende effecten van natuur.

1. Attention restoration theorie: natuur herstelt overbelasting van de geest

Volgens Kaplan en Kaplan (1989) herstellen mensen in de natuur met name van aandachtsmoeheid. Aandachtsmoeheid ontstaat bij het uitvoeren van cognitieve taken waarvoor langdurig gerichte aandacht nodig is en irrelevante informatie actief onderdrukt moet worden. Als iemand lang zijn aandacht gericht moet vasthouden raakt hij overbelast. Hierdoor verminderen prestaties en ontstaat irritatie.

Contact met natuurlijke omgevingen draagt volgens Kaplan en Kaplan op twee manieren bij aan het herstel van aandachtsmoeheid. Allereerst biedt natuur de mogelijkheid om afstand te nemen van routinematige bezigheden en gedachten ('*being away*'). Ten tweede trekt natuur automatisch de aandacht zonder dat het moeite kost ('*soft fascination*'). Het verblijf of actief bezig zijn in de natuur heeft daarom een herstellende werking op de mens.

Kaplan, S. (1995) *The restorative benefits of nature: towards an integrative framework.* Journal of Environmental Psychology. 15:169-182.

Verschillende mechanismen spelen tegelijkertijd een rol

Het effect dat het contact met natuur op mensen kan hebben, komt voort uit verschillende mechanismen die naast elkaar plaatsvinden. Een goed voorbeeld is het contact maken met dieren. Veel mensen vinden het prettig om dieren te aaien, voor ze te zorgen en in hun gezelschap te zijn. Het hebben van dieren zorgt er vaak voor dat andere sociale contacten ontstaan. Daarnaast brengt de verzorging werkzaamheden met zich mee die kunnen leiden tot een groter zelfvertrouwen van de verzorger. Zorg voor dieren leert iemand zorgen voor anderen. Het spreekt diegene aan op een zorgtaak en breng hem of haar in een andere rol: in plaats van zelf verzorgd te worden, zorgt die nu voor een ander. Via verschillende wegen kan het contact met dieren dus leiden tot een toename van de kwaliteit van iemands leven.

Janssen, M. & F. Bakker (2007) *Huisdieren in de psychiatrie: een enquête onder GGZ-instellingen.* Amsterdam: AdSearch.

2. Stressreductie: natuur zorgt voor sneller herstel

De onderzoeker Roger Ulrich (1991) gaat in zijn studies uit van een biologisch / evolutionair principe. Hij stelt dat de menselijke evolutie heeft plaatsgevonden in een natuurlijke omgeving. Degenen die positief reageerden op de natuurlijke omgeving en snel herstelden van stress, waren evolutionair gezien in het voordeel. Hij kwam tot deze hypothese na zijn beroemde ziekenhuisexperiment waar patiënten die op groen uitkeken eerder herstelden dan zij die uitzicht hadden op een muur. In een andere studie ontdekte hij dat de hartslag van mensen na het bekijken van een stressvolle misdaadfilm sneller herstelde na het zien van een video met natuurbeelden, dan na het bekijken van een video met daarop verkeersbeelden (Ulrich, 1983).

Ulrich, R.S., R.F. Simons, B.D. Losito, E. Fiorito, M.A. Miles & M. Zelson (1991) Stress recovery during exposure to natural and urban environments. Journal of Environmental Psychology, 11: 201-230.1.

Ulrich, R.S. (1983) Aesthetic and affective response to natural environment. In: I. Altman & J.F. Wohlwill (Eds.) Human Behavior and Environment. New York: Plenum.

Groen in de woonomgeving en gezondheid

Een onderzoek naar de relatie tussen de hoeveelheid groen in de woonomgeving en de gezondheid van de bewoners liet zien dat er een relatie is tussen de hoeveelheid groen in de woonomgeving en de ervaren gezondheid van bewoners. Mensen met meer groen in de omgeving voelen zich gezonder (Maas, 2009). Deze conclusie sluit aan bij een studie van De Vries en anderen (2003), die daarin aantonen dat mensen met meer groen in hun woonomgeving minder gezondheidsklachten en een betere geestelijke gezondheid ervaren. Dit positieve verband vinden zij voor de bevolking als geheel, en blijkt bovendien relatief sterk te zijn onder ouderen, huisvrouwen en personen uit lager sociaal-economische groepen. De onderzoekers veronderstellen dat dit komt doordat deze groepen de meeste tijd in de woonomgeving doorbrengen.

De studie van Maas laat ook zien dat mensen met meer groen in hun woonomgeving zich minder eenzaam voelen en minder een tekort aan sociale steun ervaren. Dit geldt met name voor mensen met een lage sociaal-economische status. Uit eerder onderzoek van Vreke en anderen (2006) blijkt er tevens een relatie te zijn tussen groen in de woonomgeving en het voorkomen van overgewicht bij kinderen.

J. Maas (2009) Vitamine G: Green environment, healthy environment. Utrecht: Nivel.

De Vries, S., J. Maas & H. Kramer (2009) Effecten van nabije natuur op gezondheid en welzijn. Wageningen: Alterra.

De Vries, S., R.A. Verheij, P.P. Groenewegen & P. Spreeuwenberg (2003) Natural environments, healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. Environment and Planning, 35:1717-31.

Vreke, J., J.L. Donders, F. Langers, I.E. Salverda & F.R. Veeneklaas (2006) Potenties van groen! De invloed van groen in en om de stad op overgewicht bij kinderen en op het binden van huishoudens met midden- en hoge inkomens aan de stad. Wageningen: Alterra.

3. De Biophilia theorie: behoefte aan natuur is aangeboren

De Engelse onderzoeker Edward Wilson (1984) ontwikkelde de Biophilia hypothese of theorie. Daarin stelt hij dat mensen een natuurlijke behoefte hebben aan natuur. Ze zouden zich van nature aangetrokken voelen tot andere levende wezens. Wilson concludeert uit zijn onderzoek dat deze aantrekkingskracht aangeboren is en biologisch bepaald. Ze vloeit voort uit de evolutie die de mens heeft doorgemaakt.

Onderzoeker Charles Lewis sluit hierbij aan door te zeggen dat de mens van oorsprong is opgegroeid in een natuurlijk omgeving. Tegenwoordig bestaat de leefomgeving voornamelijk uit dichtbevolkte steden en is het

contact met de natuur zeldzaam geworden. Lewis stelt dat de omgeving sneller is veranderd dan dat de mens zelf is geëvolueerd. Het gebrek aan contact met de natuur kan volgens hem leiden tot verschillende problemen als vetzucht en gedragsproblemen.

Lewis, C.A. (1996) Green Nature, Human Nature: The meaning of plants in our lives. Verenigde Staten: Universiteit van Illinois

Wilson, E.O. (1984) Biophilia: The human bond with other species. Cambridge: Harvard University Press.

Op een zorgboerderij kun je, afhankelijk van de doelgroep, te maken krijgen met uitéénlopende problematiek. Dit hoofdstuk is bedoeld als introductie en benadert het thema zowel vanuit de diagnostiek (bijv. autisme) als 'doelgroep' in de meer letterlijke zin van het woord. Daarnaast zien we dat, omdat zorgboerderijen een aantrekkelijke en geschikte plek zijn voor zorgvragers met complexe zorgvragen, er op zorgboerderijen vaak sprake is van meervoudige problematiek. Daarom is het noodzakelijk om de belangrijkste kenmerken te kennen en te herkennen.

Hoofdstuk 9. Kennis van doelgroepen

Gehandicapt of niet gaat elk groeiend mens een aantal stappen in zijn ontwikkeling door. Inzicht daarin kan helpen om bepaalde problematiek beter te begrijpen. Als er stappen in de ontwikkeling zijn overgeslagen kan namelijk sprake zijn van regressie. Anderzijds wordt vaak bij mensen met een ontwikkelingsstoornis gesproken van een "leeftijd van functioneren", zo kan het zijn dat iemand van 40 functioneert als een kind van 9. De ontwikkelingspsychologie kan helpen om bepaald gedrag beter te begrijpen. In dit hoofdstuk zullen we daarom naast kennis van ziektebeelden en doelgroepen allereerst in gaan op de ontwikkelingspsychologie.

9.1 Ontwikkelingsfasen van het kind

In dit hoofdstuk geven wij een kort overzicht van de ontwikkelingsfasen die een mens in de eerste levensperioden doormaakt. We laten zien wat er gebeurt als deze ontwikkeling niet 'gezond' verloopt en welke stoornissen

daaruit voort kunnen komen. Daarnaast kijken we hoe der z zorgboerderij bij kan dragen aan herstel van evenwicht.

We bespreken de gezonde ontwikkeling van de mens in 3 fasen van 7 jaar: 0-7 jaar, 7-14 jaar en 14 – 21 jaar.

Het gaat in die jaren om een gezonde lichamelijke groei als grondslag voor de volgende psychische functies:

- Goed in je lijf zitten, het lichaam als instrument kunnen gebruiken
- Waarnemen, herinneren, denken, kunnen leren, gewoontes kunnen integreren
- Gevoelsleven hebben en kunnen oordelen
- Kunnen willen, liefhebben
- Seksualiteit en voortplanting

Het kind van 0 tot 7 jaar

In de babyfase is het kind geheel afhankelijk van de ouder. Deze is van groot belang en geeft omhulling, warmte, veiligheid, liefde, zorg, raakt aan, geeft op tijd eten en drinken, houdt je op temperatuur en verschoont. Ritme en regelmaat geeft vertrouwen. De wereld is goed.

In de eerste 6 maanden leert het kind ademen, slapen en eten. Het kind is nog helemaal in zichzelf gekeerd en gericht op het eigen welbevinden. Het neemt beelden van de moeder in zich op: een moeder die zorgt en de behoefte bevredigt is een goede moeder (lees ook vader). De moeder die niet komt en geen eten brengt, is geen goede moeder.

Het jaar daarop vindt intensivering van de hechting plaats en bouwt het kind vanuit de eenheid met verzorgers een gevoel van basale veiligheid op. Het kind ervaart de grens tussen hemzelf en de ander en leert de moeder als 'iemand anders' kennen. Het ziet ook andere mensen, de normale angst voor vreemden ontstaat, wat leidt tot de zogenaamde eenkennigheid. In deze fase is een goede moeder ook een consequente moeder: niet iemand die een kind altijd zijn zin geeft, maar iemand die constant en betrouwbaar is.

In de periode van 18 maanden tot 3 jaar leert het kind onderscheid te maken tussen 'ik' en 'jij' en neemt het soms afstand van lichamelijk contact. Het kind gaat op ontdekkingsstocht weg van de moeder, maar kijkt nog wel om of moeder er is. Het slaapt een knuffel met zich mee die moeder 'vervangt'. Het kind heeft moeder zo altijd bij zich. Het gaat in deze fase om de juiste aandacht, de juiste mate van vrijheid, kunnen/mogen vallen en opstaan en tegelijkertijd veiligheid ervaren. Na de ontdekkingsstochten gaat het kind de moeder weer opzoeken, komt dingen brengen naar moeder. Het is erg belangrijk hoe moeder dan reageert. Dit is de eerste relatie van het kind en het grote voorbeeld voor alle andere relaties.

Het fundament van het hechten is met deze eerste drie jaar gelegd. Als er sprake is van een veilige hechting zien we dat het kind een basisvertrouwen heeft, dat het zich veilig voelt, dat het zich kan toevertrouwen en getroost kan worden, dat het een beginnend

zelfvertrouwen en zelfstandigheid ontwikkeld heeft. Dan kan de creativiteit zich ontplooiën, de fantasie en het eigen spel komen tot volle bloei.

Wat zijn de voorwaarden om tot een veilige hechting te komen?

- Het kind moet gezien worden en aandacht krijgen.
- Een liefdevolle verzorging en aanrakingen krijgen.
- Een ritme aangeboden krijgen.
- Af en toe met rust gelaten worden.
- Veiligheid krijgen en bescherming.
- Ruimte geboden krijgen om uitdagingen op te zoeken en te mogen experimenteren, mogen vallen en opstaan.

Samenvattend:

Het kind gaat in de eerste levensjaren het hechtingsproces aan.

Het eerste jaar leert het zich oprichten en lopen.

Het tweede jaar leert het spreken.

Het derde jaar leert het denken en wordt het eigen 'ik' geboren.

Lopen, spreken en denken ontwikkelen zich in de eerste drie levensjaren.

De eerste 21 jaren wordt op dit fundament verder voortgebouwd.

De wijze van hechten heeft een grote invloed op het verdere leven.

Hechtingsproblemen en hechtingsstoornissen

Onveilige hechting is nog geen hechtingsstoornis. Onveilige hechting is een kenmerk van een relatie. Zo kan het kind aan de ene ouder veilig gehecht zijn en aan de andere ouder onveilig gehecht.

Hechtingsproblemen kunnen veroorzaakt worden door een onveilige opvoeding van de ouders, maar het kan ook zijn dat het kind zelf problemen meebrengt om zich veilig te kunnen verbinden met zijn lichaam en/of de wereld.

Onveilige hechting kan een hechtingsstoornis worden. Dat zie je als de onveilige hechting zich voortzet na het vierde, vijfde levensjaar en als het een gedragspatroon wordt. Als er geen bodem wordt gelegd wordt er ook wel gesproken over het 'geen bodem-syndroom'.

Onveilige hechting

We kennen drie typen onveilige hechting:

1^e type: onveilig angstig, ambivalent (tegenstrijdig)

Het kind/de volwassene vraagt veel aandacht, is moeilijk te troosten en is ook vaak zeer emotioneel en boos.

2^e type: onveilig angstig en vermijdend

Het kind/ de volwassene gaat het contact uit de weg, is schijnbaar zelfstandig, loopt soms weg en is bang voor afwijzing.

3^e type: onveilig gedesorganiseerd

Het kind/de volwassene is verward en weet niet wat te doen, soms ook verdoofd of 'bevoren'.

In deze drie typen kun je het grondpatroon herkennen van vechten, vluchten of bevriezen. Het zijn drie manieren om te overleven in stressvolle situaties. Dit gedrag kun je ook bij dieren zien.

Reactieve hechtingsstoornis

Bij verwaarlozing, mishandeling en/of seksueel misbruik in de eerste kinderjaren ontstaat een hechtingsstoornis. Dit wordt een reactieve hechtingsstoornis genoemd, omdat het ontstaat als reactie op een onjuiste opvoeding. Als dit het geval is dan zie je dat, als het kind ouder wordt hij of zij vaak last heeft van grote vernielzucht. Agressie naar spullen of naar mensen en soms ook naar zichzelf. Tevens kan er sprake zijn van liegen en stelen.

Hechtingsproblematiek bij gehandicapte kinderen en volwassenen

Je kunt door de bril van hechting naar veel problemen kijken en je daarbij de volgende vragen stellen: hoe zit het kind/deze mens in zijn vel? Hoe is de verbinding met het eigen lijf? Hoe verbindt hij/zij zich met de wereld? Kinderen met een ontwikkelingsstoornis of een handicap zijn kwetsbaarder in het krijgen van hechtingsproblemen. Moeilijk behandelbaar gedrag bij mensen met een verstandelijke handicap wordt volgens onderzoekers voor zestig procent veroorzaakt door hechtingsstoornissen.

Waardoor ontstaan er veel vaker hechtingsstoornissen bij mensen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke handicap?

- Vaak zijn er in de eerste levensjaren medische onderzoeken en ziekenhuisopnames die traumatisch kunnen zijn.
- Door alle problemen die de handicap met zich meebrengt komt de verbinding met het eigen lichaam moeilijker tot stand.
- Ook de verstandelijke beperking maakt het moeilijker om de laatste fase van de hechting goed te doorlopen. In deze laatste fase speelt de bevestiging van de taal en het kunnen denken en voorstellen een belangrijke rol. Innerlijk het troostende beeld 'mama' te kunnen voorstellen helpt om los te laten. Veel gehandicapte kinderen kunnen dat niet goed.
- Ouders hebben soms moeite om hun gehandicapte kind te accepteren en er op een juiste manier mee om te gaan.

Begeleiding en behandeling van hechtingsstoornissen

Je hebt als boer/begeleider te maken met moeilijk gedrag, soms met vernielen en agressie, met liegen en stelen. Belangrijk om te weten is dat de zorgvrager allereerst basisveiligheid nodig heeft.

Een zorgvrager met hechtingsproblemen heeft veel duidelijkheid en bevestiging nodig en wil gezien worden. Soms lukt het om de basisveiligheid nog in te halen. De grote uitdaging in de begeleiding van mensen met hechtingsstoornissen is om de ander niet af te wijzen en zijn boosheid niet persoonlijk te nemen. Afwijzing, agressie of claimend gedrag heeft met jou als begeleider en opvoeder niets te maken, maar is een voortzetting van 'oud zeer'. Het opbouwen van vertrouwen verloopt via vier fasen:

1. Opbouw van het basisvertrouwen

De eerste stap is om dit patroon te leren zien, te herkennen.

Hoe gaat de zorgvrager om met de ander, met zijn kleding en de spullen, met moraliteit (wat is goed en wat is niet goed)?

Om de basisveiligheid alsnog op te bouwen is het belangrijk dat jij als begeleider een houding hebt die bevestiging en acceptatie uitstraalt, dat je aanwezig (present) bent. Op die manier voelt de ander zich gezien en bevestig je met jouw contact zijn bestaan. Ook het verwoorden van wat je denkt dat de zorgvrager denkt, voelt en wilt, kunnen helpen om de basisveiligheid te versterken.

2. Opbouw van het toevertrouwen

De tweede stap is duidelijkheid scheppen en het hebben van een gezond ritme.. Ritme in de werkzaamheden van de dag, de week en natuurlijk de seizoenen. Het werk op de boerderij is bij uitstek geschikt om op dit gebied te ondersteunen.

3. Opbouw van het zelfvertrouwen

Als de basisveiligheid voldoende aanwezig is, kan er verder gewerkt worden aan het opbouwen van zelfvertrouwen. Misschien eerst nog samen doen en prijzen en langzamerhand steeds meer overlaten aan de zorgvrager. Dat vraagt een andere houding: je moet meer stimuleren en vrijlaten. Het contact met de natuur, de dieren en de mensen op de boerderij werkt verbindend. De boer kan een voorbeeld zijn voor mensen met hechtingsproblemen. Hiermee kan de zorgboerderij een bijdrage leveren aan het verminderen van de hechtingsstoornis.

4. Opbouw van zelfstandigheid

In deze fase is loslaten belangrijk daardoor kan de ander het werk zelfstandig uitvoeren. Natuurlijk gaat er wel eens iets mis, dat is niet erg maar je mag de zorgvrager daarmee ook confronteren. Maak duidelijk afspraken en laat het dan weer aan de zorgvrager over.

In de begeleiding gaat het om de balans te vinden tussen enerzijds veiligheid bieden en anderzijds het aanbieden van voldoende uitdagingen.

Het kind van 7 tot 14 jaar

Het kind wordt schoolrijp en gaat naar school. Het is in staat om kennis op te nemen. Het kind neemt waar, kan zijn herinnering gebruiken, dingen leren waaronder veel gewoontes in de gezonde zin van het woord. Het leert enorm veel op sociaal gebied: hoe gedragen we ons in de klas, wat zijn de gebruiken, wat mag wel en wat mag niet?

Hetzelfde geldt voor thuis. Is er ritme en regelmaat of gaat het er chaotisch of onvoorspelbaar aan toe? Is er saamhorigheid of gaat iedereen zijn eigen gang? Het kind moet weten waar het aan toe is. Het is daarbij belangrijk om een dagritme te hebben. Bijvoorbeeld samen ontbijten, samen opruimen, naar school gebracht worden en weer opgehaald, lekker

spelen. Is het gezellig tijdens het avondeten, is er aandacht voor elkaar, mag je vertellen wat je meegemaakt hebt, naar bed gebracht worden met een verhaaltje, een gebedje, krijg je een kus voor het slapengaan? Ritme en regelmaat geven een kind vertrouwen.

Naast het dagritme is er ook een weekritme: woensdagmiddag hebben we vrij, op zaterdag en zondag ook, op zaterdag doen we de boodschappen, op dinsdag is er zwemles.

Zo is er ook een jaarritme met feesten, verjaardagen en seizoensgebonden activiteiten.

Ieder kind heeft ook een sociaal leven met alle gevoelens die daarbij horen, zoals blij zijn, boos zijn, bang zijn, verdrietig zijn, je groot voelen, je klein voelen etc. Het kind zal leren vriendjes te maken, erbij willen horen en ook wel eens alleen willen zijn, ruzie maken en het weer goed maken, leren omgaan met boosheid, zich inleven in de ander, en dit alles binnen veilige grenzen. De ouder heeft de belangrijke rol om het kind hiermee om te leren gaan. Is de ouder er ook? Begrijpt de ouder het kind, neemt hij het kind wel serieus? (Of zeg hij steeds: stel je niet aan!) Moet het kind aan verwachtingen voldoen van de ouder? Mag het wel alle gevoelens hebben of mogen jongens niet huilen en meisjes geen stoere taal uitslaan? Het gevoelsleven en het sociale leven worden belangrijk, het kind vindt dingen aangenaam of onaangenaam, lelijk of mooi. Het leven in deze fase is nog behoorlijk zwart-wit.

Het kind zal moeten leren dat er grenzen zijn: iedereen heeft zo zijn beperkingen, de één is beter in tekenen terwijl de ander beter is in sport. Het kind moet leren winnen, verliezen en angsten overwinnen. Als je nooit over je grens gaat, blijf je altijd hetzelfde doen.

Wat belangrijk is, is hóe dit geleerd wordt. Kinderen zijn erg gevoelig en leergierig en ze hebben een autoriteit nodig; iemand om tegenop te kijken. Waarom luistert een kind? Is het omdat de meester zo boeiend kan vertellen en zoveel weet of dat hij het kind overal mee kan helpen? Heeft het kind eerbied voor de meester? Of is de meester een strenge autoriteit en is het kind bang voor straf?

Hetzelfde geldt voor de ouders: wat voor soort autoriteit zijn zij? Zijn het liefdevolle helpers? Als de opvoeding in deze periode te autoritair is, dan kan het kind angstig worden en gesloten. Het kost later veel energie om dit te veranderen. Is de opvoeding te los, dan ontspoot een kind enzoekt

uiteindelijk toch zijn grenzen op. Het kind wil tegen grenzen aanlopen. Bescherming, houvast geven en duidelijkheid maakt de wereld overzichtelijk en begrijpelijk.

Kinderen zoeken graag naar iemand om zich mee te identificeren, een 'held' die alles kan: leiding geven, helpen bij oneerlijke ruzies, hutten bouwen, vuren maken, klimmen, een tent opzetten, banden plakken, een stekker aan een snoer zetten, enzovoort. Dit biedt het kind een rolmodel, het wil graag ook zo worden.

Het kind vindt een verhouding tot zichzelf, zijn medemensen en de wereld om hem heen.

Rond het negende levensjaar is er een moment van eenzaamheid. Het kind wordt zich sterk bewust van zichzelf als individu. Het ervaart dat het anders is dan anderen. Dit eehft ook een spannende kant: er ontstaan dan ook op deze leeftijd heel wat geheime clubs, geheime dagboeken, schatkisten waar je dingen in bewaart, briefjes op de deur met: verboden toegang of 'alleen voor meisjes.

Het kind kiest een vriendje of vriendinnetje met wie het de geheimen deelt en verder mag niemand het weten.

Het kind van 14 tot 21 jaar

Rond het veertiende jaar begint de puberteit: een turbulente tijd waarin er van alles verandert en gebeurt. Het kind vraagt van volwassenen in zijn omgeving betrokkenheid, ruimte en respect. Het kind wordt geslachtsrijp en krijgt het vermogen om nieuw leven te scheppen. Deze "creativiteit" wordt ook op andere manieren zichtbaar, bijv. in de kunst of in de muziek. Tegelijkertijd komt alles wat ooit zeker was ter discussie te staan. De puber is zowel overmoedig als onzeker en zoekt in de buitenwereld de houvast die het in zijn binnenwereld ontbeert.

Er liggen in deze fase negen grote taken:

- Algemene emotionele rijping
- Bewerkstelligen van seksuele relaties
- Algehele sociale rijpheid
- Emancipatie van het ouderlijk huis
- Intellectuele rijpheid

- Beroepskeuze
- Gebruik leren maken van vrije tijd
- Ontwikkelen van een individueel geweten en plichtsbesef
- Identificatie van het zelf, de levensloop en de lotsbestemming

Het zoeken naar waarheid begint. Ouders en leraren worden getest: Zijn zij wel echt wat ze zeggen te zijn? Alle eventuele spanningen in het gezin worden gesignaleerd en benoemd. Het is belangrijker dat de ouder iemand is die staat voor wat hij zegt, dan dat hij maar wat roept en er niet naar handelt.

Ook de waarheid van de wetenschap en het geloof zijn zaken die onderzocht en getoetst zullen worden.

Onvermijdelijk gaat het kind zich afzetten en dat moet ook. Het kind is groot (onafhankelijk) en klein tegelijk (kan nog op schoot komen zitten.)

Idealen en integriteit

De puber krijgt grote idealen en wil de wereld verbeteren. Hij maakt zich druk over het milieu, sociaal onrecht, oorlog, enzovoort. Hij vraagt de volwassenen in zijn omgeving daarin kleur te bekennen. Heeft de ouder nog idealen? Heeft deze zin in wat hij doet? Zet hij zich ergens voor in?

Het is belangrijk dat kinderen dromen en idealen hebben, een toekomst om naar toe te leven, een uitdaging, iets waar het zich voor in zou willen zetten. Als volwassene moet je deze idealen koesteren en met enthousiasme begroeten. Hoe ongevormd en ongenueanceerd ze soms ook zijn.

De puber doet de puber een sterk beroep op de rechtschapenheid van de volwassenen in zijn omgeving. Het vraagt om zijn eigen privacy en het is enorm belangrijk dat deze door de omgeving wordt gerespecteerd. Tegelijkertijd zoekt de puber grenzen en moet hij leren dat vrijheid en verantwoordelijkheid hand in hand gaan

Als er sprake is van verwaarlozing, agressie, fysiek of emotionele mishandeling of traumatische ervaringen in het jonge leven dan veroorzaakt dat psychische klachten en later mogelijk ook lichamelijke problemen.

Trauma gerelateerde problematiek kan zich uiten in gebrekkige waarneming, zich niet kunnen inleven in een ander (gebrek aan empathie) of een complex, onberekenbaar gevoelsleven.

9.2 Mensen met een verstandelijke beperking

Wanneer het intellectueel functioneren al voor het achttiende levensjaar duidelijk onder het gemiddelde ligt (IQ tot 70 à 75) en er problemen zijn in de zelfredzaamheid op meerdere terreinen zoals wonen, werk of sociale vaardigheden, is er sprake van een verstandelijke beperking.

Mensen met een verstandelijke beperking ondervinden problemen in de sociale zelfredzaamheid. Ze vinden het erg moeilijk om hun leven zelfstandig vorm te geven en contacten met anderen te onderhouden. Vrije tijd, werk en opleiding kunnen ze zelf niet (goed) invullen. De beperking kan voor of na de geboorte ontstaan zijn, maar ook later door bijvoorbeeld een hersenbloeding of een ongeluk met als gevolg een ernstig hersenletsel. In de paragraaf “Mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel” gaan we in op de specifieke problematiek die dit met zich mee brengt. Mensen met een verstandelijke beperking hebben bijvoorbeeld ondersteuningsvragen met betrekking tot werk, aanpassingen aan hun huis, regie over het dagelijks leven, opvoeding, etc.

De groep mensen met een verstandelijke beperking is zeer heterogeen. Ernst en oorzaak van de beperking kunnen verschillen, evenals de leeftijd waarop deze zich manifesteert en de aard van de bijkomende problemen. Een bekende aangeboren aandoening die gepaard gaat met een verstandelijke handicap is het Syndroom van Down. Dit syndroom wordt aan het eind van dit hoofdstuk nader belicht. Verder gaat een zeer groot aantal relatief zeldzame genetische aandoeningen gepaard met een verstandelijke handicap, zoals het Fragiele-X-syndroom, het Rett-syndroom en het Angelmansyndroom. Bepaalde bijkomende problemen komen bovengemiddeld vaak voor onder mensen met een verstandelijke handicap: zintuigstoornissen, huidproblemen, tandheelkundige problemen, vroegtijdige dementie, autisme en psychische aandoeningen.

Kinderen en volwassenen met een ernstige verstandelijke handicap hebben vaker een psychische stoornis dan mensen met een lichte of geen verstandelijke handicap. Helaas worden deze door hun beperkte communicatie nog wel eens over het hoofd gezien.

Een verstandelijk beperkte kan ook nog een lichamelijke beperking hebben. Dat heet meervoudig complex gehandicapt (MCG). Jongeren met een lichte verstandelijke handicap en ernstige gedragsproblemen vallen onder de groep licht verstandelijk gehandicapt. In de DSM VI (een internationaal classificatiesysteem) is het niveau van intellectueel functioneren als volgt onderverdeeld:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • zwakbegaafd: | IQ 70/75 - 85/90 |
| • lichte verstandelijke handicap: | IQ 50/55 - 70 |
| • matige verstandelijke handicap: | IQ 35/40 - 50/55 |
| • ernstige verstandelijke handicap: | IQ 20/25 - 35/40 |
| • diepe verstandelijke handicap: | IQ lager dan 20/25 |

Tegenwoordig is er steeds meer aandacht voor het begrip ‘ondersteuningsbehoeften’ als aanvullend criterium naast het IQ. Ondersteuningsbehoeften verwijzen naar de ondersteuning die nodig is om te functioneren op een manier die past bij zijn eigen leeftijd en cultuur in verschillende levensdomeinen (wonen, leren, werken, sociale interactie e.d.)

Een schatting uit 2008 gaat met de nodige voorzichtigheid uit van ongeveer 115.000 personen met een verstandelijke handicap in Nederland, waarvan ongeveer 60.000 mensen met een ernstig verstandelijke handicap en minimaal 55.000 mensen met een licht verstandelijke handicap .

Op grond van de demografische ontwikkeling zal het aantal van ongeveer 115.000 naar verwachting de komende 15 jaar vrijwel stabiel blijven. Deze

groep zal wel vergrijzen: het aantal vijftigplussers zal toenemen van 16.000 in 2002 naar 26.000 in 2020.

Op veel zorgboerderijen wordt dagbesteding aangeboden voor mensen met een verstandelijke beperking. De aard van de dagbesteding varieert. Voor sommigen is het doel vooral een prettige daginvulling, terwijl voor anderen de activiteiten vooral bedoeld zijn om bepaalde vaardigheden te leren. Veel voorkomende activiteiten zijn het verzorgen van dieren en het werken in de groentetuin.

Naast de boerderijactiviteiten is er ook het sociale aspect van het samen koffie drinken en het (leren) samenwerken.

Naast dagbesteding op zorgboerderijen zijn er in beperkte mate mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke beperking om te wonen op een zorgboerderij.

De verschillen in deze groep zijn erg groot. Een veilige, overzichtelijke omgeving is voor elke doelgroep belangrijk, maar zeker voor deze doelgroep. Mensen met een diep verstandelijke handicap zullen behoefte hebben aan volledige verzorging, terwijl licht- of matig verstandelijk gehandicapten met enige hulp van zorgprofessionals of mantelzorgers zelfstandig zullen kunnen wonen en begeleid kunnen werken.

Lees meer

Elings, M., 2004: *Boer, zorg dat je boer blijft! Een onderzoek naar de specifieke waarden van een bedrijfsmatige zorgboerderij*. Rapport 194B Wetenschapswinkel Wageningen UR, Wageningen.

www.vgn.nl

Website van de brancheorganisatie voor verstandelijk en lichamenlijk beperkten.

Nader belicht: Het Syndroom van Down

In wezen betreft het hier mensen met een lichamenlijke handicap. In de cellenopbouw van het lichaam heeft iemand met het syndroom van Down een chromosoom te veel, namelijk 47 in plaats van 46, of een chromosoom te weinig of een mozaïekpatroon in de chromosom. Mensen met het Syndroom van Down blijven in veel opzichten afhankelijk van de mensen in hun omgeving. Hoewel hun gezondheid kwetsbaar is zijn ze in aanleggezond en kunnen ze een eigen ontwikkeling gaan, zij het wel in een eigen tempo. Hierbij zijn het eigen karakter van de persoon en de bereidheid van de omgeving hen te accepteren belangrijke voorwaarden tot succes.

Kenmerken

Mensen met het syndroom van Down maken in algehele zin een vertraagde ontwikkeling door, zowel wat betreft hun lichamenlijke groei en het leren zitten en lopen, als het leren spreken of het gebruik maken van hun verstandelijke vermogens. Daarnaast krijgen ze ook eerder last van verouderingsverschijnselen zoals diabetes en dementie.

Er zijn een aantal opvallende lichamenlijke kenmerken.

- De oogstand met soms een dubbele oogvouw, waardoor een "mongoloïde" uiterlijk ontstaat
- Brede handen met vaak slechts één huidvouw aan de binnenkant
- Een kromme pink
- Ruime opening tussen de grote en de een na grootste teen
- Elastische gewrichten
- Steil, stug haar
- Een stijl achterhoofd
- Matig of slecht ziend
- Matig of slecht horend

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Accepteer ze en bevestig ze in wat ze doen in hun eigen tempo en prijs ze de hemel in
- Heb plezier met ze maar nooit om ze.
- Zoek terugkerende werkzaamheden die aangepast zijn aan hun mogelijkheden. Een éénmaal opgebouwde routine kan trouw en met vreugde voor lange tijd worden volgehouden Zoek naar situaties waarin hun sociale bijdrage zo volledig mogelijk tot zijn recht komt. De warmte en humor van mensen met het Syndroom van Down zijn waardevol in elk sociaal verband.

9.3 Stoornissen in het Autistisch Spectrum

Mensen met autisme hebben een eigen blik op de wereld rondom hen. Aan de buitenkant daar vaak weinig van te zien, maar wel in het gedrag en het spreken van de persoon. Autisme is een aangeboren stoornis in de hersenen. Alles wat mensen met autisme waarnemen wordt op een andere manier verwerkt dan normaal. Om die reden wordt het ook wel een waarnemingsstoornis genoemd. Naar schatting heeft ca. 1% van de Nederlandse bevolking een vorm van stoornis in het autistische spectrum (ASS), ca. 75% daarvan heeft ook een verstandelijke beperking.

Prikkelverwerking

Zo hebben mensen met autisme vaak een goed oog voor detail, zijn ze eerlijk, recht door zee, analytisch en hardwerkend, maar hebben ze moeite met overzicht houden en sociale contacten en hebben ze een opvallend beperkt aantal interesses of activiteiten.

De meeste mensen zien de wereld in een bepaalde samenhang waarbij belangrijke en minder belangrijke prikkels door het brein worden gefilterd. Bij iemand met autisme komen al deze prikkels even sterk binnen. Een gesprek voeren in een rumoerige omgeving kan daarom lastig zijn. Ook kan plotseling iemands aandacht worden getrokken door een detail dat een ander over het hoofd ziet. Kort gezegd: waar veel mensen de wereld om hen heen als een film zien, nemen mensen met autisme hem eerder waar als een stapel losse foto's. Hierdoor kost het hen veel moeite om te begrijpen wat er gebeurt.

Sociale interactie en communicatie

Sommige mensen met autisme zoeken weinig contact met anderen. Anderen doen dit juist heel actief, maar vaak op een manier die 'vreemd' overkomt. Er zijn mensen met autisme en een (lichte) verstandelijke beperking maar ook mensen met een hoge intelligentie. Sommigen kunnen een behoorlijk zelfstandig leven leiden, anderen hebben hun leven lang veel hulp nodig. Maar voor iedereen met autisme geldt dat het knap

lastig is om te leven in een wereld die je niet begrijpt, en die jón niet begrijpt.

Menselijke interactie en communicatie heeft een formele kant (-datgene wat er daadwerkelijk gedaan of gezegd wordt-) en een informele kant (datgene wat een goed verstaander "tussen de regels door leest"). Met name deze informele boodschappen zijn voor iemand met autisme moeilijk te begrijpen en te herkennen. Daardoor nemen zij dingen dikwijls letterlijk, waar ze figuurlijk bedoeld zijn.

Behoeftte aan routine en voorspelbaarheid

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat het dagelijks leven van mensen met autisme meer vraagt dan mensen zonder autisme. Hierdoor zijn veranderingen moeilijk en geven vaste gewoontes of rituelen houvast.

Vroeger werd er wel gezegd dat mensen autistisch werden doordat ouders te afstandelijk waren. Gelukkig weten we nu dat dit een fabeltje is. Autisme is aangeboren en openbaart zich al vroeg in de ontwikkeling van het kind.

Kenmerken.

De combinatie van autisme en persoonlijkheidskenmerken zorgen ervoor dat autisme veel verschillende uitingen heeft. Hoe verschillend mensen met autisme ook zijn, toch zijn er een aantal essentiële kenmerken te onderscheiden:

- Het niet of moeilijk ontwikkelen van verbale en non-verbale communicatie
- Problemen in de sociale omgang met anderen
- Moeite met het inleven in een ander
- Ongewoon reageren op omgeving, met drang naar herhaling, beperkte interesse en een hekel aan veranderingen.

Wat kun je er aan doen?

Autisme is nog niet te genezen. Wel kan iemand met autisme steeds beter gaan functioneren door er mee te leren omgaan en de sociale interactie te blijven volhouden. Er zijn veel therapieën die worden gebruikt om autisten te helpen, maar er is nog geen één die autisten geneest. Tot nu toe is gebleken dat het belangrijk is om mensen te leren begrijpen, dus je in te leven in de wereld van de autist.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

-
- Wees bereid met deze mensen samen te werken en klussen te klaren, los van de verwachting dat ze veel zullen veranderen, laat staan beter worden.
- Zie je eigen persoonlijkheid als hun anker, wees dus wakker en waarachtig.
- Probeer te realiseren wat autisme voor de persoon betekent. Probeer zijn wereld te begrijpen.
- *“Doe wat je zegt en zeg wat je doet!”*. Dit is een uitspraak van een autist over de vraag hoe je het beste iemand met autisme kan helpen.
- Bied duidelijkheid; vaak kunnen mensen met autisme de dingen beter begrijpen als je ze visualiseert, tekent, foto's etc.
- Bied structuur, stel duidelijke grenzen, maar stel je ook flexibel op.
- Gedraag je voorspelbaar en toon begrip.
- Vermijd het overnemen van taken en verantwoordelijkheden. Als een autist er de tijd voor krijgt, kan hij of zij het meestal zelf.

9.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Mensen met een lichamelijke beperking ondervinden belemmeringen in het lichamenlijk functioneren. Er wordt onderscheid gemaakt in motorische handicaps en zintuiglijke handicaps. Motorische handicaps zijn handicaps ten gevolge van een stoornis in het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld een spasme of een verlamming. Zintuiglijke handicaps zijn beperkingen ten gevolge van stoornissen in een of meer zintuigen, bijvoorbeeld doof of blind zijn. Het kan gaan om mensen met een aangeboren beperking, maar ook om mensen waarbij de beperkingen pas op latere leeftijd zijn ontstaan door een ziekte of een ongeval.

Motorisch beperkt wil zeggen dat iemand (veel) moeite heeft met de algemene dagelijkse levensverrichtingen, de mobiliteit, de huishoudelijke verzorging of het langdurig zitten en staan.

Mensen met een matige of ernstige visuele beperking hebben, ook als zij een bril gebruiken, moeite met bijvoorbeeld het lezen van krantenkoppen of het herkennen van een gezicht aan de andere kant van de kamer. Gezichtsbeperkingen komen veel vaker voor bij ouderen dan bij jongeren en vaker bij vrouwen dan bij mannen.

Er is sprake van een matige of ernstige gehoorbeperking als mensen moeite hebben om een gesprek met één persoon te volgen of niet in staat zijn een gesprek met vier personen te volgen. Gehoorbeperkingen komen veel vaker voor bij ouderen dan bij jongeren. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn gering. (Klerk, M. de, 2007).

In totaal geven ongeveer 1,5 miljoen mensen die zelfstandig wonen aan dat zij matige of ernstige motorische beperkingen hebben. Er zijn in Nederland naar schatting 430.000 mensen met matige of ernstige visuele beperkingen, en naar schatting 360.000 mensen met een matige of ernstige gehoorbeperking. (Klerk, M. de, 2007).

Relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking maken gebruik van het aanbod aan dagbesteding op zorgboerderijen. Enerzijds wellicht doordat in het reguliere arbeidsproces vaak aanpassingen mogelijk zijn waardoor mensen met een lichamelijke beperking hun werk kunnen doen, anderzijds doordat op een boerderij vaak toch de nodige obstakels zijn waardoor het aantal geschikte activiteiten beperkt blijft.

Kenmerken

Er zijn veel verschillende soorten lichamelijke beperkingen. Er is ondersteuning nodig bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals eten, zich wassen, naar het toilet gaan en het voeren van een huishouden. Dit varieert van persoonlijke verzorging tot het nodig hebben van hulpmiddelen.

Indien mensen met beperkingen een beroep doen op de zorg, betreft dit vooral langdurige zorg. Deze zorg kan in instellingen worden geleverd, maar ook in de eigen woonomgeving. Het merendeel van de mensen met een beperking verblijft buiten een instelling. De zorg voor deze mensen is erop gericht dat men zo goed mogelijk ondersteund wordt bij zijn beperkingen. Een belangrijk doel van deze ondersteuning is het bevorderen van de zelfredzaamheid. De zorgvorm en de duur van de zorg hangt af van de aard en de ernst van de beperking.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Wees je er van bewust dat mensen door hun lichamelijke beperking ook vaak als minderwaardig of zelf soms verstandelijk beperkt worden benaderd. Benader mensen daarom zo gelijkwaardig mogelijk en probeer je voor te stellen dat je zelf voor veel dingen afhankelijk zou zijn van anderen.
- Zorg voor goede toegankelijkheid van het erf en de gebouwen, een goede erfverharding, schuifdeuren, geen drempels, werkbanken op hoogte en een gehandicapentoilet.

- Zoek samen met degene die je begeleidt naar praktische oplossingen die de zelfstandigheid van de persoon vergroten: bijv. technische hulpmiddelen, mallen of aangepast gereedschap. Dit geeft zowel bij degene die je begeleidt als bij jouzelf een gevoel van succes.
- Realiseer je dat veel mensen met een lichamenlijk beperking minder snel herstellen van blessures en verwondingen. Wees daarom extra waakzaam in het voorkomen ervan.

Lees meer

www.vgn.nl Website van de brancheorganisatie voor verstandelijk en lichamenlijk beperkten.

Nader belicht: Epilepsie

Epilepsie is een chronische aandoening die bij ca. 7 op de 1000 mensen voorkomt. Bij mensen met een verstandelijke beperking ligt dit veel hoger, namelijk 235 op de 1000. Ook op zorgboerderijen is het een groeiende groep. Het is voor alle betrokkenen belangrijk om te weten hoe een aanval verloopt, evenals te weten wat te doen om de kans op een aanval voor te zijn en waar mogelijk te verkleinen. Meestal wordt na de eerste aanval en de diagnose epilepsie beschreven hoe aanvallen bij de betreffende persoon verlopen en wanneer je moet ingrijpen.

Bij iemand die voor het eerst epileptische verschijnselen krijgt is het belangrijk om zoveel mogelijk observaties te doen over het verloop van de aanval. Mede daarop baseert de behandelaar zijn diagnose en behandeling. Moderne medicatie heeft het probleem van de aanvallen voor een groot deel gereduceerd. Deze medicatie moet wel worden ingesteld en waar nodig worden bijgesteld.

In nieuwe en bestaande gevallen is het van groot belang een objectieve waarneming te krijgen van het verloop van de aanval, ook op zorgboerderijen.

Kenmerken

Enkele dingen waarop je moet letten:

- De duur van de aanval
- Verlies of behoud van bewustzijn
- Is er sprake van verstijving
- Hoe is de ademhaling?
- Wordt het gezicht bleek of juist blauw?
- Draait iemand hoofd of ogen weg?

Ook kan het behulpzaam zijn om met bijvoorbeeld een telefoon video-opnamen te maken. Doe dit alleen als je met z'n tweeën bent, zodat er altijd één persoon hulp kan verlenen.

Op de website <http://www.epilepsie.nl/diagnose/> vind je meer informatie waar onder een instructiefilmje dat vertelt wat je moet doen bij een epileptische aanval.

Er is sprake van twee soorten aanvallen, te weten de tonisch-clonische aanval en de absence.

Tonisch staat voor een sensatiebeleving van lichtflitsen, verkramping en bewustzijnsverlies. Het lichaam strekt zich, vaak onder het slaken van een luide kreet. Er is geen ademhaling, de duur is ca. 20 seconden. Clonisch staat voor de fase daarna, waarin wisselend ontspanning en krampen optreden. De adem is hortend en stotend. Door zuurstofgebrek ontstaan blauwe lippen en slijmvorming.

Bij een absence is de persoon even "afwezig"; hij valt enkele seconden tot een halve minuut weg en raakt soms bewusteloos.

Over het algemeen geeft dit geen problemen in de verder omgang binnen het werk. Uiteraard dient de aard van het agrarische werk door absences geen onveilige situaties op te leveren

Wat te doen bij een tonisch clonische aanval

- Breng de persoon in veiligheid t.o.v. vuur, glas, gereedschap
- Probeer iemand zonder te laten vallen op de grond leggen, zo mogelijk in een stabiele zijligging.
- Draai het hoofd vrij wanneer de ademhaling weer komt
- Blijf in de buurt
- Stel mogelijke toeschouwers gerust

- Laat waar mogelijk vrij bewegen
- Praat geruststellend
- Kijk na afloop naar verwondingen en behandel deze zo nodig
- Raadpleeg zonodig een arts
- Zorg dat iemand warm ligt als hij uitrust van de aanval.

Tips voor het werken op een zorgboerderij

- Voorkom schrik- of schokervaringen en andere vormen van sterke zintuigprikkelingen, deze vergroten de kans op een aanval
- Bescherm mensen tegen fel zonlicht
- Bespreek met iemand zijn eigen ervaringen m.b.t. signalen die een aanval aankondigen

9.5 ADD en ADHD bij kinderen en volwassenen

Rondrennen, de aandacht ergens niet bij kunnen houden, niet luisteren: het hoort bij kinderen. Ook volwassenen kunnen zich soms moeilijk concentreren, maken slordigheidfouten of zitten onrustig te schuiven tijdens een vergadering. Maar bij sommige kinderen en volwassenen overheerst het gebrek aan concentratie en rust. Ze hebben moeite het dagelijks leven te organiseren en te plannen. Schoolprestaties en werk lijden hier ernstig onder. Ze hebben ook problemen in contacten met leeftijdgenoten en zijn thuis moeilijk hanteerbaar. Zulke kinderen en volwassenen lijden aan een “aandachttekort-stoornis met hyperactiviteit”, vaak afgekort tot ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ook wel vertaald met Alle Dagen Heel Druk) .

Een kind of volwassene kan ADHD hebben wanneer meerdere van onderstaande verschijnselen aanhoudend sterk aanwezig zijn, zowel thuis als op school of in sociale contacten moeilijkheden.

- Aandachts- en concentratieproblemen
- Hyperactiviteit of overbeweeglijkheid
- Impulsiviteit

ADD (Attention Deficit Disorder) is een subtype van ADHD. De aandoening valt minder op (-de hyperactiviteit ontbreekt immers-) en is ook lastiger te diagnosticeren.

Aandachts- en concentratieproblemen

Kinderen en volwassenen met ADHD zijn snel afgeleid. Elke prikkel, de telefoon, een kat in de tuin of een klasgenoot die zit te giechelen, maar ook de eigen fantasie en gedachtegang - laat hun aandacht afdwalen, waardoor ze vergeten waar ze mee bezig waren. Daardoor maken ze dingen niet af, beginnen om de haverklap aan iets anders en maken veel fouten. Verder kunnen kinderen en volwassenen met ADHD moeilijk luisteren en dingen onthouden, waardoor andere mensen het gevoel

hebben nauwelijks contact met hen te krijgen. Let op, het is geen kwestie van niet willen luisteren, maar niet kunnen.

Hyperactiviteit of overbeweeglijkheid

Kinderen met ADHD wiebelen, draaien of friemelen voortdurend of tikken steeds met hun voet op de grond. Ze praten veel en druk en kunnen erg doordraven.

Bij volwassenen met ADHD lijkt de hyperactiviteit op het oog vaak afgenomen. Van binnen voelen ze zich echter nog even onrustig als vroeger. Ze hebben geleerd de neiging tot bewegen te onderdrukken. Mensen met ADHD kunnen zich moeilijk ontspannen.

Impulsiviteit

Kinderen en volwassenen met ADHD handelen vóór ze denken. Ze doen onbezonnen dingen. Ze vallen mensen in de rede, flappen dingen eruit, geven antwoord voordat de vraag helemaal is gesteld en dringen voor zonder dit in de gaten te hebben.

Overige verschijnselen

- heftige en onvoorspelbare emotionele uitbarstingen, bijvoorbeeld driftbuien en huilbuien. Dit komt ten dele door de ADHD, ten dele uit frustratie doordat veel dingen niet lukken.
- moeite onderscheid te maken tussen hoofd- en bijzaken.
- moeite sociale signalen op te vangen.
- weinig gevoel voor tijd hebben en moeilijk kunnen plannen. Dit uit zich bijvoorbeeld in te laat komen op afspraken en opdrachten niet op tijd afkrijgen.
- onhandigheid, houterigheid: vaak vallen en knoeien.

Verskillende vormen van ADHD

Sommige kinderen en volwassenen met ADHD hebben wel grote problemen hun aandacht ergens bij te houden, maar zijn niet hyperactief. Ze zijn juist opvallend stil, dromerig en passief. Deze vorm van ADHD wordt ook wel ADD genoemd, attention deficit disorder. ADHD kan zich ook uiten in grote impulsiviteit en hyperactiviteit zonder aandachtsproblemen.

Achtergronden van ADHD

ADHD ontstaat vóór het zevende jaar. Bij het ontstaan spelen biologische factoren een belangrijke rol. De verwerking van informatie uit de buitenwereld in de hersenen verloopt bij mensen met ADHD anders dan bij mensen zonder ADHD. Bij het ontstaan hiervan is aanleg, met name erfelijkheid van groot belang: ADHD komt in bepaalde families vaker voor. Soms kan de aandoening het gevolg zijn van een hersenbeschadiging, bij de geboorte of door infectie of ernstig hoofdletsel. Verder kunnen persoonlijkheid en temperament de ADHD versterken: sommige mensen zijn 'van nature' impulsiever, opvliegender, beweeglijker of dromeriger dan anderen. Sociale factoren kunnen maken dat de ADHD tot uiting komt of verergert. Bijvoorbeeld spanningen tussen ouders, een chaotische opvoedingssituatie, veel afkeuring of pestgedrag op school.

Zeker 3 op de 100 kinderen in Nederland heeft last van ADHD, waarvan 1 ernstig. De diagnose ADHD wordt vier keer zo vaak gesteld bij jongens als bij meisjes. Mogelijk wordt de stoornis bij meisjes minder snel herkend dan bij jongens, omdat ze vaker ADD hebben; ze zijn minder agressief en hyperactief en komen daardoor minder snel in de problemen.

Bijkomende klachten of problemen

ADHD gaat bij meer dan de helft van de kinderen en volwassenen gepaard met andere psychische klachten, zoals depressie en angst- en dwangstoornissen. Bij kinderen komt de combinatie met leerproblemen, zoals dyslexie (leesblindheid), en agressief gedrag nogal eens voor. Volwassenen hebben soms ook een persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld borderline. ADHD kan verder samengaan met eet-, gok-, drugs- of alcoholverslaving.

Kinderen met ADHD zijn vaak eenzaam of worden gepest, omdat ze spelletjes verstoren of te wild zijn. Ook hebben ze veel conflicten met de

omgeving. Veel mensen met ADHD lukt het niet een opleiding af te ronden. Ze hebben vaak moeilijkheden met het houden van werk of relaties. Ze komen bij anderen over als onattent en egocentrisch, omdat ze ongepaste opmerkingen maken of (onopzettelijk) afspraken niet nakomen. Velen hebben faalangst, het gevoel 'het niet goed te doen' en 'het niet voor elkaar te krijgen', terwijl ze weten dat ze het kunnen. Ook hebben ze grotere kans op verslavingen, verkeersongelukken en lopen ze meer risico in aanraking te komen met criminaliteit. ADHD gaat zelden vanzelf over.

ADHD of niet?

Vaststellen of een kind ADHD heeft of niet, is niet eenvoudig. Het onderscheid met de normale, bij de leeftijd horende problemen en drukte is moeilijk te maken.

Bovendien kan het kind zich in contact met vreemden, zoals een hulpverlener, in eerste instantie rustig en aangepast gedragen. De situatie is dan zo nieuw en spannend dat het kind geconcentreerd het gesprek kan volgen en opdrachten kan maken. Ook dat bemoeilijkt het stellen van de diagnose. Wanneer ADHD niet op jonge leeftijd is herkend, is de diagnose op volwassen leeftijd eveneens moeilijk. Vaak zijn er allerlei andere problemen ontstaan, zoals depressie of angsten, waarvan de oorzaak na al die jaren moeilijk te achterhalen is.

De diagnose

Er bestaat nog geen test voor ADHD. De diagnose wordt gesteld door een gespecialiseerde arts (psychiater, psycholoog) op basis van gesprekken met en onderzoek van het kind of de volwassene zelf, informatie van familieleden en school(rapporten). Ook bij volwassenen met ADHD wordt voor de diagnose gekeken naar het gedrag als kind. ADHD ontstaat namelijk vóór het zevende jaar. Verhalen van ouders, broers en zussen en de partner zijn belangrijk, omdat iemand met ADHD zelf vaak te weinig zicht heeft op de eigen bijdrage aan de problemen. Ook wordt vaak lichamelijk onderzoek gedaan om andere oorzaken uit te sluiten.



Therapie

De behandeling van ADHD bestaat allereerst uit psycho-educatie. Deze voorlichting over de stoornis helpt inzicht te krijgen in de verschijnselen ervan.

Bij kinderen met ADHD wordt geprobeerd het gedrag bij te sturen door de ouders te leren op een bepaalde manier om te gaan met hun kind via Parent Management Training (PMT) of groepstherapie. Eventueel gebeurt dit in combinatie met sociale vaardigheidstraining en psychotherapie. De school wordt vaak ook betrokken in de behandeling. De behandeling kan worden gecombineerd met medicijnen.

Volwassenen hebben vaak tevergeefs geprobeerd hun leven aan te passen aan hun hyperactiviteit en concentratieproblemen. Behandeling kan er toe leiden dat de verschijnselen van ADHD verminderen. Samen met de behandelaar onderzoekt de persoon hoe hij of zij eigenschappen als originaliteit, creativiteit en intuïtie beter kan gebruiken, bijvoorbeeld in een nieuwe opleiding of baan. Er is ook aandacht voor rouw om gemiste kansen. Begeleiding thuis of door een coach kan helpen de dagen te ordenen en het huishouden, werk en relaties te organiseren.

De therapie gaat ook in op stresshantering, ontspanning, verbetering van sociale vaardigheden en het stimuleren van een positief zelfbeeld.

Volwassenen met ADHD en ouders van kinderen met ADHD kunnen verder veel steun en hulp hebben aan contact met lotgenoten.

Medicijnen

Medicijnen kunnen ADHD niet genezen, maar wel de verschijnselen verminderen. Ze moeten meestal jarenlang gebruikt worden. Het meest gebruikte medicijn bij ADHD is methylfenidaat (Ritalin). Dit medicijn helpt bij meer dan 70 procent van de kinderen en volwassenen met ADHD de onrust, impulsiviteit en concentratieproblemen te verminderen. Ook kan het de stemmingswisselingen en agressieve uitbarstingen beperken. Andere veelgebruikte medicijnen bij ADHD zijn antidepressiva en Clonidine.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

Het leven van iemand met ADHD bestaat uit chaos. Probeer aan de hand van de onderstaande tips zoveel mogelijk duidelijkheid te verschaffen.

- Zorg voor een duidelijke dagindeling, vaste regels en vaste plaatsen voor dingen in huis, en vaste dagstructuur.
- Schrijf samen de regels die jullie afspreken op. Neem deze regels zeer regelmatig door met de zorgvrager.
- Geef eenvoudige, korte opdrachten en regels.
- Geef complimenten voor goed gedrag en stimuleer leuke eigenschappen.
- Toon begrip en steun de zorgvrager als hij/zij zich niet aan de afspraken houdt, veroordeel niet.

Inzicht krijgen in het eigen gedrag is belangrijk. Dieren zijn hiervoor ontzettend functioneel, wat voor dieren dan ook. Er komt altijd respons op het gedrag van een zorgvrager. Als ze druk zijn dan zullen de dieren niet zo snel naar de zorgvrager toe komen. Benoem hierin wat je ziet.

9.6 Mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)

Niet aangeboren hersenletsel is een beschadiging van het hersenweefsel die op enig moment na de geboorte is ontstaan en die niet samenhangt met zwangerschap en bevalling.

De definitie van het Nederlands Centrum Hersenletsel luidt: “Hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening”.

Er bestaat ook aangeboren hersenletsel. Dit is schade aan de hersenen die ontstaan is rond of na de geboorte, door zuurstofgebrek of een infectie. Dit wordt beschouwd als een verstandelijke beperking.

Hoe kan NAH ontstaan?

Niet-aangeboren hersenletsel is schade aan de hersenen, ontstaan in de loop van het leven en is te verdelen in *traumatisch* en *niet-traumatisch* hersenletsel.

Bij traumatisch hersenletsel is het letsel ontstaan door een oorzaak van *buiten* het lichaam. Voorbeelden zijn: een val van de trap, een botsing in het verkeer, een harde klap op het hoofd, het binnendringen van botgedeeltes bij schedelbreuken, het binnendringen van voorwerpen zoals een kogel, steekwapen of ijzeren voorwerp.

Niet-traumatisch hersenletsel ontstaat door een proces *in* het lichaam. Bijvoorbeeld een hersenbloeding, een herseninfarct), zuurstoftekort, een tumor of een ontsteking, maar ook dementie, Multiple Sclerose (MS) of Korsakov.

CVA / beroerte

Een beroerte of CVA is een van de meest voorkomende oorzaken van niet-traumatisch hersenletsel door een verstoring van de doorbloeding van de hersenen. Hierdoor treedt zuurstofgebrek op wat tijdelijke of blijvende schade aan de hersenen veroorzaakt. Het gevolg is dikwijls een éézijdige verlamming en in meer of mindere mate een taal- of spraakgebrek. Verder kunnen de gevolgen voor gedrag en karakter zeer ernstig zijn. Een CVA zonder blijvende gevolgen noemt men een TIA. Bij een CVA knapt een bloedvat in de hersenen (hersenbloeding) of raakt het verstopt (herseninfarct). In beide gevallen wordt de toevoer van bloed naar de hersenen verstoord. Daardoor krijgt het getroffen gedeelte van de hersenen te weinig zuurstof en raakt het beschadigd.

Ongezond leven (drinken, roken, stress, ongezond voedsel) verhogen de kans op een beroerte. Een beroerte kondigt zich vaak aan via veranderingen in iemands gezicht, m.n. de mond, zijn spraak of zijn armen. Hiervoor kun je de volgende checklist gebruiken:

- Let op of de mond scheef staat of een mondhoek naar beneden hangt. Vraag de persoon om zijn tanden te laten zien.
- Let op of een arm of been verlamd is. Laat de persoon beide armen naar voren strekken en de binnenkant van de handen naar boven draaien. Kijk of een arm wegzakt.
- Let op of de persoon onduidelijk spreekt of niet meer uit de woorden komt. Laat de persoon een zin uitspreken.

Twijfel je naar aanleiding van deze signalen aarzel dan niet om een arts of ambulance te bellen.

Gevolgen van Niet Aangeboren Hersenletsel

De problemen die het meest voorkomen zijn:

- moeilijk of zelf niet kunnen lopen; onduidelijk praten, verward; problemen met kracht en controle over de handen;
- hoofdpijn; vermoeidheid; overgevoelig voor geluid; overgevoelig voor licht; overgevoelig voor geluiden;

- slaapproblemen; concentratie problemen; vertraagd denkvermogen; geheugenproblemen; planning en organisatie problemen;
- prikkelbaar, opstandig, stemmingswisselingen; impulsief (iets zeggen of doen zonder na te denken);
- onzeker en angstig; depressief of juist overenthousiast; wil soms meer doen dan zijn gezondheid aankan;
- druk in gedrag of juist terughoudend; verminderd gehoor, zicht, smaak, reuk;
- minderwaardigheidsgevoel;
- seksuele gevoelens kunnen verminderen.

Naar schatting lopen per jaar 85.000 mensen traumatisch hersenletsel op. Hiervan worden ongeveer 16.000 mensen in het ziekenhuis opgenomen. De meeste mensen die traumatisch hersenletsel krijgen gaat alleen naar de huisarts, spoedeisende hulp of zoekt helemaal geen hulp. Jonge kinderen tussen 0 en 4 jaar vormen de grootste risicogroep. Andere kwetsbare leeftijdsgroepen zijn jong-volwassenen van 15 tot 24 jaar en mensen ouder dan 80 jaar.

Ieder jaar krijgen ruim 41.000 mensen een CVA, circa 7000 mensen worden opnieuw met een CVA geconfronteerd. In 2010 was een CVA de doodoorzaak nummer 1 bij vrouwen en de grootste oorzaak voor invaliditeit. In Nederland moeten circa 500.000 mensen met de gevolgen ervan leven.

In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 130.000 mensen te maken met hersenletsel als gevolg van een herseninfarct, ongeluk, tumor, hartstilstand, hersenbloeding of operatie.

Het huidige aanbod aan boerderijzorg voor mensen met NAH is vooral gericht op dagbesteding. Afhankelijk van de aard en mate van beperking varieert dit van het uitvoeren van eenvoudige activiteiten onder begeleiding, bijvoorbeeld het onkruid vrij houden van de groentetuin, tot

het zelfstandig uitvoeren van meer ingewikkelde werkzaamheden, bijvoorbeeld las- en onderhoudswerkzaamheden aan machines.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

Er worden drie fasen onderscheiden die iemand met NAH doormaakt: de acute fase, de herstelfase en de maatschappelijke integratiefase. (Carlier e.a., 2000) In dit verband kijken we naar de zorgvraag bij de herstelfase en de maatschappelijke integratiefase. Het verschil in aard, omvang en plaats van het hersenletsel heeft tot gevolg dat de stoornissen, beperkingen en handicaps van patiënt tot patiënt verschillen. Dit leidt tot een gedifferentieerde hulpvraag die zich over meerdere levensgebieden uitstrekt.

Als mogelijke hulpvragen worden genoemd: deskundige thuiszorg, ambulante begeleiding thuis, begeleid wonen, arbeidsintegratie, zinvolle dagbesteding, beschermd wonen, opvanggarantie als systeem wegvalt, tijdelijke opvang.

Lees meer

Carlier, J.M., Zeggelt, F.C. en Harmsen, J., 2000: *Een kwestie van toeval en geluk*. Utrecht: Prismant,

Prismant heeft onderzoek gedaan naar de jongere (12-45 jaar) NAH-getroffenen en geconcludeerd dat de zorg voor hen voor verbetering vatbaar is, omdat zij veelal zijn aangewezen op zorgvoorzieningen die gericht zijn op ouderen. Onderwerpen als (om)scholing, werkbegeleiding, opvoeding van kinderen etc. zijn voor hen zeer belangrijk, maar zijn in de ouderenzorg vanzelfsprekend niet aan de orde. Het onderzoeksrapport gaat hier uitgebreid op in en geeft aanbevelingen voor verbetering.

Vilans, 2006: *Arbeidsintegratie voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Stand van zaken en instrumenten voor sluitende aanpak, werkwijze en financiering*. Utrecht: Vilans

De uitgave bestaat uit vier onderdelen die los van elkaar te lezen zijn:

- arbeidsparticipatie van mensen met NAH. Een inventarisatie van de stand van zaken;
- sluitende aanpak. Trajecten richting betaald werk voor (jonge) mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- arbeids(re)integratie van mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Werkwijze in fasen. In de bijlage bij dit onderdeel vindt u formulieren, hulpmiddelen en instructies voor gebruik;
- handvatten voor financiering. Mogelijkheden en knelpunten in de financiering van trajecten naar betaald werk voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Het rapport is te downloaden op: www.vanwajongnaarwerk.nl

9.7 Mensen met een verslavingsachtergrond

Er is sprake van een verslaving bij onaangepast gebruik van middelen als alcohol of drugs, of onaangepast deelnemen aan activiteiten als gokken of internetten waarbij er ernstige gevolgen zijn voor het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Kenmerkend is de behoefte aan een steeds grotere hoeveelheid van het middel. Ook kenmerkend is het ontstaan van onthoudingsverschijnselen bij staken van of onvoldoende inname of handelen, het besteden van veel tijd, energie en geld aan het verkrijgen van het middel of het uitvoeren van de handeling en verwaarlozing van werk, school of sociale activiteiten.

Overmatig gebruik – probleemgebruik – verslaving

Veel mensen drinken alcohol of gebruiken drugs. Bij de meesten is het gebruik gematigd, maar bij een deel is het gebruik langzamerhand overgegaan in overmatig gebruik, probleemgebruik, misbruik of zelfs afhankelijkheid. De grenzen zijn niet altijd even duidelijk en het stadium van de afhankelijkheid of de verslaving wordt lang niet altijd bereikt. Het overmatig gebruik van alcohol, drugs of andere middelen brengt een scala aan problemen met zich mee. De verslaving zelf en de lichamelijke en psychische gevolgen voor de verslaafde vormen slechts één aspect van het probleem. Andere problemen zijn bijvoorbeeld verkeersongelukken die drinkers en gebruikers van sommige drugs veroorzaken en overlast en criminaliteit die samenhangen met het gebruik ervan.

Psychische gevolgen van overmatig alcohol- of druggebruik

Ten gevolge van overmatig alcohol- of druggebruik kunnen diverse psychische stoornissen optreden, zoals een delirium, blijvende dementie, depressie, angststoornis of psychose.

In 2007 werden 77.900 cliënten met een verslaving behandeld; 19.400 van hen ontvingen ook andere vormen van zorg. Vier van de vijf cliënten ontving een ambulante behandeling.

De uitvoering van de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid is sinds 1994 de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De belangrijkste taak van de maatschappelijke opvang in Nederland is het aanbieden van onderdak en begeleiding aan mensen die zich in sociaal kwetsbare situaties bevinden. Het verslavingsbeleid bestaat uit ambulante hulpverlening, gericht op verslavingsproblemen en preventie van verslavingsproblemen, inclusief activiteiten in het kader van de bestrijding van overlast door verslaving.

De gemeenten gaan over het uitvoerend werk in de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid. In 1994 werden 48 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang aangewezen en 25 voor de verslavingszorg. Deze gemeenten kregen hiervoor financiële middelen van de overheid. Sinds 2001 zijn er 43 centrumgemeenten die zowel voor de maatschappelijke opvang als de verslavingszorg financieel verantwoordelijk zijn voor hun regio.

Boerderijzorg voor mensen die van hun verslaving af zijn betreft vooral dagbesteding, vaak met het doel om weer (werk)ritme, structuur en zo nodig sociale vaardigheden op te bouwen en zo te werken aan re-integratie in de maatschappij en zo mogelijk het reguliere arbeidsproces. Ook mensen die van hun verslaving af willen komen, maken gebruik van dagbesteding op de boerderij.

Wat zijn de behoeften van deze doelgroep?

De zorgvraag kan bestaan uit behandeling voor het afkicken van de verslaving. Ook kan hulp nodig zijn om de levensgebieden die door de verslaving zijn beschadigd, te herstellen.

Verslaving komt nooit alleen. Weinig mensen melden zich bij een hulpverleningsinstantie omdat ze last hebben van het drinken van alcohol, het roken van een joint of het snuiven van cocaïne. Mensen melden zich wel aan vanwege de gevolgen van het gebruik van middelen. De gevolgen kunnen inhouden dat mensen:

- door het middelengebruik niet meer aan hun verplichtingen op het werk, school of thuis kunnen voldoen;
- het middel in gevaarlijke situaties nemen;
- in contact komen met justitie;
- problemen krijgen in contacten met anderen.

Kenmerk is dat het middel niet centraal staat, maar de gevolgen van het gebruik. Misbruik of afhankelijkheid van een middel brengt per definitie sociaal-maatschappelijke problemen met zich mee, die vaak een reden vormen voor het zoeken van professionele hulp.

Lees meer

www.ggznederland.nl : Website van de brancheorganisatie van de GGZ en de Verslavingszorg

www.trimbos.nl : Kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg en verslaving

Nader belicht: Verslaving

Dat drugs inwerken op de hersenen is een onomstreden wetenschappelijk feit, dat zowel bij de mens als bij proefdieren is aangetoond. Voor vele stoffen bestaan in het lichaam specifieke aangrijpingspunten, die men receptoren noemt. Voor morfine en morfineachtige stoffen heeft men dergelijke receptoren aangetoond in het centraal zenuwstelsel (ruggenmerg en hersenen) maar ook in de maag en darmen.

Harddrugs worden als veel gevaarlijker beschouwd dan softdrugs. Onder softdrugs verstaat men dan gewoonlijk de henneproducten, die geen gewenning of lichamelijke afhankelijkheid veroorzaken. De harddrugs,

zoals heroïne, doen dat wel. Mensen raken niet van de een op de andere dag verslaafd. Daar gaat een heel proces aan vooraf.

Eigenschappen van drugs

Drugs zijn stoffen die ondanks hun sterk uiteenlopende oorsprong, vorm en uitwerking een aantal punten met elkaar gemeen hebben:

- Afgezien van een mogelijk gerichte medische toepassing, worden ze door de gebruikers vooral op eigen initiatief en niet voor strikt medische doeleinden gebruikt.
- Naast eventuele andere medische eigenschappen, bezitten ze vooral een op de geest of psyche gerichte werking en juist deze werking wordt door de gebruikers gezocht.
- Ze vallen buiten het cultuurpatroon zoals dat door de "westerse" gevestigde of georiënteerde orde wordt aanvaard.

Wanneer spreek je van een verslaving

Gebruikelijk is om van gewoonte te spreken wanneer er sprake is van gedrag - in dit geval het regelmatig gebruik van een middel - dat zonder veel moeite kan worden gestaakt. Met andere woorden: wanneer er slechts een geringe afhankelijkheid bestaat. Is dit niet het geval en kost het veel moeite om het gebruik van het middel te staken, dan kan van verslaving worden gesproken.

De belangrijkste kenmerken van verslaving

Het beeld van verslaving vertoont een aantal specifieke kenmerken:

- een toestand van afhankelijkheid;
- een veranderde houding van de gebruiker ten opzichte van zichzelf en zijn omgeving, dus een persoonlijkheidsverandering;
- een toenemende tolerantie, dat wil zeggen dat steeds hogere doses nodig zijn om dezelfde uitwerking te bereiken;
- onthoudingsverschijnselen

Tevens hebben drugs tot gevolg dat mensen zich vaak niet aan afspraken kunnen houden. Bij het afkicken hoort ook dat er bijna altijd sprake is van terugval, en dat meerdere malen. Bij veel mensen met een verslaving is er

een dubbele diagnose vanuit de psychiatrie, denkend aan bijvoorbeeld mensen met psychoses en met ADHD.

Psychische verschijnselen van verslaving

Er bestaat een onweerstaanbare behoefte aan het middel. Men heeft het gevoel dat men het middel nodig heeft en men verlangt naar het effect. De hele dag wordt er gedacht aan het gebruik. Ontkennen en gebruiken wisselen elkaar af. Tevens gaat verslaving regelmatig gepaard met symptomen als angst, depressie en verwardheid.

Lichamelijke verschijnselen van verslaving

Men kan na regelmatig gebruik tolerant worden. Dus steeds meer gebruiken om het zelfde effect te verkrijgen. Tevens ontstaan er ontwenningverschijnselen. Deze verschijnselen verdwijnen na twee weken van onthouding van het middel. Zodra er weer gebruikt gaat worden verdwijnen de ontwenningverschijnselen.

Sociale verschijnselen van verslaving

Omdat de gebruiker niet meer goed functioneert, kunnen conflicten met de omgeving en op het werk ontstaan, op allerlei gebied. Tevens wordt er door de omgeving veroordelend gereageerd.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Houd er rekening mee dat er een grote kans is op gedeeltelijke terugval als mensen aan het afkicken zijn. Om van een verslaving af te komen ga je door diepe dalen.
- Veroordeel mensen niet, maar toon respect en begrip voor de moeilijke tijden
- Afleiding is belangrijk.
- Bied structuur en maak duidelijke afspraken. Bijvoorbeeld: "Als je gebruikt hebt, is dat jouw keuze, maar dan kun je deze dag niet op de boerderij komen voor dagbesteding."
- Als mensen een dubbele diagnose hebben is het goed om ook deze ziektebeelden door te lezen.

- Blijf afspraken herhalen en meld dat als er niet aan de afspraken gehouden wordt, dat u het begrijpt, maar dat het niet netjes is. Hepend op verbetering.
- Spreek uw zorg uit over eventueel gebruik, maar ga niet in discussie over al of niet teveel gebruiken.

Nader belicht: Verschillende soorten drugs

Er zijn tal van drugssoorten die allemaal hun eigen kenmerken bevatten. Om een beeld te krijgen van verslaving zijn hieronder de meest voorkomende drugs omschreven.

Heroïne

Heroïne is de meest (lichamelijk en geestelijk) verslavende drug die er bestaat. Je lichaam went er snel aan, je hebt steeds meer nodig om hetzelfde effect te voelen. Als je na een tijdje stopt met gebruiken word je behoorlijk ziek. De onthoudingsverschijnselen waar je dan last van krijgt zijn:

- een lopende neus
- misselijkheid
- niet kunnen slapen
- het vreselijk koud hebben
- buikkrampen
- diarree
- geeuwen
- spierpijn

En soms nog meer dan dit soort grieperige toestanden. Ook voel je je vreselijk onrustig. Een verslaafde ziet meestal maar één manier om van de onthoudingsverschijnselen af te komen, namelijk weer heroïne gebruiken. Zodra je dat doet is je lichaam weer tevreden. Tenminste, voor een uur of zes. En zo kom je heel gemakkelijk in een cirkel terecht. De eindeloze cirkel van de heroïneverslaafde is: gebruiken > geld versieren (hosselen) > drugs kopen (scoren) > gebruiken > enzovoort.

Heroïne ziet eruit als korrelig, grijsbruin poeder. Voordat het op straat verkocht wordt, is het door de handelaren vermengd met allerlei andere - soms gevaarlijke - stoffen zoals cafeïne, suikers, zemelen, stophoest en paracetamol. De zuiverheid van de straatheroïne in Nederland ligt rond de 30-40 procent, met uitschieters naar 60 procent. In de drugswereld wordt heroïne ook wel "bruin" of "smack" genoemd.

Methadon

Methadon wordt veel gebruikt bij de hulpverlening aan druggebruikers. Methadon is een middel dat de onthoudingsverschijnselen onderdrukt. Het werkt op ongeveer dezelfde manier als heroïne, alleen wat langer. Heroïne werkt ongeveer 6 uur, methadon werkt 24 uur. Het is net als heroïne een zwaar verdovend en verslavend middel. Het valt ook, net als heroïne, onder de Opiumwet.

Een verschil tussen heroïne en methadon is dat je methadon ook bij de dokter kunt krijgen. Heroïne kun je alleen maar op de zogenaamde zwarte markt kopen. In enkele steden heb je methadonbussen waar verslaafden hun methadon kunnen halen. Het voordeel hiervan is dat de gebruiker niet meer zo bang hoeft te zijn om ziek te worden. Hij of zij kan wat meer tijd overhouden om te zoeken naar andere bezigheden.

Tripmiddelen

Een tripmiddel is een drug die een roes veroorzaakt of een hallucinerende ervaring teweeg brengt. Er zijn een groot aantal sterke tripmiddelen. De bekendste zijn LSD, mescaline en psilocybine. Mescaline en psilocybine zijn stoffen die in de natuur voorkomen. Mescaline zit in een bepaald soort cactus. En psilocybine zit in een paddestoel. Het meest gebruikte tripmiddel is LSD. LSD is een stof die in het laboratorium gemaakt wordt.

LSD

De werking van LSD lijkt op het trip effect van hasj. LSD werkt alleen veel en veel sterker en de effecten kun je niet zelf veranderen. Het verandert je gevoel voor tijd. Je hoort en ziet dingen om je heen heel anders dan normaal. Ook kun je dingen zien die er in werkelijkheid helemaal niet zijn. Je kunt het misschien wel vergelijken met dromen. Kleuren veranderen,

dingen gaan er anders uitzien, mensen ook.

Als je LSD inneemt, begin je er na een half uur wat van te merken. Een LSD trip duurt meestal zo'n 8 uur. Het kan ook wel eens een hele dag duren voordat de LSD helemaal is "uitgewerkt".

Het is niet zo dat er urenlang hetzelfde gebeurt en allemaal even sterk. Het gaat meer in golven, het wisselt zoals eb en vloed. Gebruikers van LSD vinden de uitwerking van dit middel leuk of spannend. Je weet nooit van tevoren wat er gaat gebeuren.

Het gebeurt ook regelmatig dat een LSD ervaring heel beangstigend en angstaanjagend is. Dan heb je een slechte trip, ook wel "bad trip" genoemd. Een angstige ervaring waar je behoorlijk op kunt "flippen". Dat flippen is echt een nachtmerrie, het kan zo erg zijn dat je denkt dat je stapelgek wordt. Je kunt er vreselijk van in paniek raken.

Behalve de kans op flippen zijn er nog een paar nadelen van trippen. Een groot nadeel is dat je een paar dagen of weken nadat je getript hebt een "flash back" kunt krijgen. Je kunt dan zonder dat je wat genomen hebt ineens gaan trippen, maar dan korter. Dat kan vervelend zijn, stel je maar eens voor dat je voor de klas een spreekbeurt staat te houden en je ziet ineens allemaal groen gespikkelde olifantjes in de klas zitten.

Trips zijn niet echt schadelijk voor je lichamelijke gezondheid. Als je veel tript, weet je soms het verschil tussen een trip en de gewone wereld niet meer goed. Je kunt er echt gek van worden.

XTC en ecstasy

XTC of ecstasy is een speciale drug die moeilijk in te delen is. De drug lijkt wel een beetje op speed, pept dus op, maar verandert ook het bewustzijn. XTC is een afgeleide van amfetamine. Het komt in de vorm van pilletjes en capsules ("gabberbollen", "salmiakjes", "chevronnetjes", "olifantjes") op de markt. Het werkt ongeveer een uur of zes.

Een pilletje ecstasy gaat na ongeveer een half uur werken. Eerst veroorzaakt het een lichte roes en soms ook misselijkheid. Daarna krijg je een helder gevoel en een positieve stemming. Je voelt je positief tegenover jezelf en anderen. Een pil werkt ongeveer 4 tot 6 uur.

XTC is een middel dat het gevoel versterkt. Als je slikt wanneer je in een nare stemming bent is de kans groot dat dit alleen maar erger wordt. Als je het gebruikt samen met mensen bij wie je jezelf niet op je gemak voelt,

dan wordt dit gevoel juist versterkt.

Het tweede en derde uur van het effect van XTC wordt meestal de "rush"fase genoemd. Die openbaart zich met een tranceachtig gevoel: je denkt dat je niet stuk kunt. Maar ook worden negatieve ervaringen gemeld, zoals koudevlagen en emotionele labiliteit. Wie op dat moment thuis is, probeert contact te maken met anderen. Wie in de disco zit, gaat uit zijn dak. Daarom wordt XTC ook wel als "dansdrug" aangeduid. Rond het vierde uur gaat de plateau fase in. Het effect vlakkt af. Sommigen rapporteren een doorbraak in het denken. Een negatieve ervaring is een opkomende neerslachtigheid. In het vijfde en zesde uur gaat de pret geleidelijk over. Er is een gevoel van leegheid en depressie. Een paar dagen later wacht de meesten een kater.

Je kunt een gespannen gevoel of pijn in je spieren krijgen. Ook misselijkheid en een gevoel van rusteloosheid komen voor. Het middel is gevaarlijk voor mensen die last hebben van hun hart, maar ook als je suikerziekte, epilepsie of hoge bloeddruk hebt.

Als je ooit erge angstaanvallen hebt gehad kun je beter geen XTC proberen, omdat deze angsten door XTC terug kunnen komen. Soms hebben mensen na het gebruik, de volgende dag (of dagen) last van vermoeidheid, depressieve gevoelens en angst. Ook komt het voor dat ze dan slecht kunnen slapen.

Je kunt aan XTC geestelijk verslaafd raken, net als aan alle andere drugs. Op een gegeven moment zijn feesten dan alleen maar leuk met XTC. Het is niet bekend of je er lichamenlijk verslaafd aan raakt. Wel kunnen zich lichamenlijke klachten voordoen.

Niet alles wat onder de naam XTC verkocht wordt is XTC. Naar schatting is zelfs minder dan 50 procent van de als XTC verkochte pillen echte XTC, dat wil zeggen: MDMA (methyleen-dioxy-methyl-amfetamine). Omdat de kwaliteit van XTC onbetrouwbaar is, brengt het gebruik risico's met zich mee. De gebruiker weet niet zeker wat voor stof er in een pil zit. Bij problemen weet je dus niet zeker of het aan MDMA ligt of aan een andere stof. Het feit dat er doden zijn gevallen tijdens of na houseparty's is dus niet zomaar toe te schrijven aan MDMA. Waar nog eens bijkomt, dat XTC soms tegelijk met andere middelen zoals alcohol gebruikt wordt.

Snuiven

Sommige mensen (ook kinderen) vinden het leuk om te snuiven aan de meest vreemde spullen zoals: benzine, tri, verfverdunder, nagellakremover en lijmsorten zoals Solutie, Velpen en Bisonkit. De dampen van deze stoffen hebben een effect op zenuwcellen, speciaal in de hersenen en zijn dus te beschouwen als drugs.

Als je de damp van deze stoffen inademt, wordt een aantal hersencellen zo sterk gestimuleerd dat ze worden beschadigd, waardoor je het gevoel krijgt dat je ineens heel dronken bent. Je voelt je dus dronken. Je krijgt last van evenwichtsstoornissen en je gaat vaak lallen. Soms val je ervan in slaap. Sommigen denken dat snuifmiddelen ongevaarlijk zijn omdat je ze zomaar kunt kopen, maar dat is fout gedacht. Lijm is gemaakt om te lijmen en niet om te snuiven. Er zitten stoffen in die heel schadelijk zijn voor je gezondheid. Als je veel snuift loop je kans op beschadiging van hersenen, nieren en longen. Je kunt er zelfs verlammingen van krijgen of een plotselinge ademstilstand. Het snuiven van zulke stoffen leidt tot gewenning. Er is geen lichamenlijke verslaving. Wel een flinke kans op geestelijke verslaving.

In seksshops worden wel eens chemische stoffen verkocht die ze poppers noemen. Als je daaraan snuift, gaat je hart eventjes heel snel te keer en krijg je het gevoel of je een heel groot en warm hoofd hebt. Soms krijg je er ook de slappe lach van. De chemische stoffen die er in zitten heten officieel amylnitriet en butylnitriet. Dit zijn gifstoffen die knap ongezond zijn. Als je vaak poppers gebruikt kun je last krijgen van duizeligheid, misselijkheid, hoofdpijn, verwardheid. Ook kun je er bloedarmoede van krijgen. Het snuiven van poppers is niet lichamenlijk verslavend, maar je hebt wel kans op een geestelijke verslaving.

Khat

Het kauwen van khat (ook wel geschreven als qat of khaat) is in een aantal landen een volstrekt geaccepteerde gewoonte, die met vluchtelingen mee naar Nederland gekomen is. Khat bestaat uit de verse groene blaadjes en twijgjes van de khatstruik. De gebruiker neemt een handvol blaadjes of bast van de twijgjes en kauwt daar langdurig op. Het sap wordt doorgeslikt, de uitgekauwde rest wordt na een tijd uitgespuwd. Khat is een licht stimulerend middel. De gebruiker wordt eerst alerter, minder moe en heeft veel energie. Hongergevoelens worden onderdrukt. Na zo'n twee uur komt

de gebruiker in een rusttoestand terecht, raakt in zichzelf teruggetrokken en wordt later soms neerslachtig.

Crack

Crack is een harddrug, namelijk gezuiverde cocaïne die gerookt kan worden. Crackgebruik komt in Nederland vrijwel niet voor. In de Verenigde Staten is het een van de belangrijkste drugs. Crack komt via de longen direct in het bloed en zorgt voor hevige, heel kortdurende effecten. De psychische afhankelijkheid is zeer groot. Omdat het zo kort werkt, wordt het zeer frequent gebruikt. De lichamelijke risico's die bij cocaïne gelden, zijn bij crackgebruik extra aanwezig. De laatste jaren stijgt het aantal herseninfarcten en hersenbloedingen bij relatief jonge mensen ten gevolge van cocaïnegebruik. Dit komt onder andere door de toename van het zogenaamde "freebasen" (roken van crack). De inhalatie van de door verhitte van het cocaïne-alkaloïd ontstane rook, die over het algemeen 95 procent puur is, geeft zeer snel een hoge bloedspiegel, waardoor het aantal complicaties sterk is toegenomen. Hersenbloedingen en -infarcten bij gebruik van cocaïne kunnen verschillende oorzaken hebben. Ze worden onder andere toegeschreven aan een verhoogde tromboseneiging en aan de hoge bloeddruk die ontstaat door de hoge concentratie in het bloed.

9.8 Mensen met psychische problemen

Bij psychische problemen wordt onderscheidt gemaakt in *psychosociale problemen* en *psychische stoornissen*.

Psychosociale problemen

Psychosociale zijn problemen die samenhangen met het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld angst, eenzaamheid en emotionele problemen. Psychosociale hulpverlening betreft hulpverlening volgens de methoden van de sociale psychologie, die het accent legt op de wisselwerking tussen het gedrag van de mens en zijn omgeving.

Psychische stoornissen

Psychische stoornissen is de overkoepelende term voor ziekelijke stoornissen van het denken, voelen, willen, oordelen of doelgericht handelen. Denk aan gedragsstoornissen en identiteitsstoornissen.

Ook dementie is een psychische stoornis. De psychiatrie is het medische specialisme dat zich bezighoudt met de bestudering en behandeling van psychische stoornissen.

Mensen met psychische problemen hebben moeite om zich in het maatschappelijk verkeer te handhaven.

Mensen met psychosociale problemen en mensen met psychische stoornissen vallen onder de GGZ (geestelijke gezondheidszorg). De GGZ is het deelgebied binnen de gezondheidszorg dat behandeling, begeleiding en verpleging en verzorging biedt aan mensen met psychosociale problemen en met psychische stoornissen. De GGZ biedt tevens preventie.

Ontstaan van psychische problemen

Psychische problemen kunnen op verschillende manieren ontstaan of getriggered worden. Niet zelden is er sprake van een combinatie van factoren:

Psychosociale factoren

- traumatische ervaringen
- relationele factoren
- opvoeding en gezinsfactoren
- cultureel-maatschappelijke factoren

Aanlegfactoren

- erfelijkheid
- persoonlijkheid, temperament

Organische factoren

- lichamelijke factoren
- biochemische en hormonale factoren

Indeling van psychische problemen

- Angst- en dwangstoornissen;
- Psychotische problemen; gevoel voor de werkelijkheid kwijt, dingen horen en zien
- Stemningsstoornissen; depressiviteit, manisch depressiviteit, manie
- Verslavingsproblemen en stoornissen; afhankelijkheid van bepaalde stof, of handeling
- Persoonlijke stoornissen; eigenaardigheden in de persoonlijkheid, borderline, antisociaal
- Gedragsproblemen; herhalend en aanhoudend gedragspatroon, sociale normen worden overtreden

Bij angst en dwangstoornissen staat de angst (bezorgdheid, nervositeit) centraal en de manier waarop de persoon met die angst omgaat. Men kan de angst proberen te vermijden (fobieën) of te bezweren door zeer geconcentreerd bepaalde handelingen uit te gaan voeren (dwanghandelingen).

Iemand die psychotisch is, is het gevoel van de werkelijkheid kwijt. Hij kan dingen horen of zien die er in werkelijkheid niet zijn of kan zeer vreemde gedachten hebben. Meestal is normaal contact erg moeilijk en is het denken erg verward. Het is een voor de persoon zeer beangstigende toestand. Voorbeelden zijn: schizofrenie en paranoïde psychose

Bij stemmingsstoornissen gaat het om stoornissen in de gemoedstoestand of de stemming. Voorbeelden zijn:

- depressiviteit (neerslachtigheid)
- manische depressiviteit (geestesziekte waarbij opgewekte en neerslachtige stemmingen elkaar afwisselen)
- manie (een ziekelijke voorliefde voor iets)

Centraal bij verslavingsproblemen en stoornissen in de impulscontrole (jezelf niet kunnen bedwingen) staat de afhankelijkheid van een bepaalde stof (nicotine, cafeïne, alcohol, drugs) of van een bepaalde handeling (gokken, stelen, hardlopen)

Bij persoonlijkheidsstoornissen gaat het om eigenaardigheden in de persoonlijkheid van mensen. Om uiteenlopende redenen gaan deze mensen meestal op een aparte wijze om met anderen, ze hebben vaak een aparte kijk op de wereld en tonen hun emoties opvallend anders dan gebruikelijk. Belangrijke voorbeelden zijn de borderline persoonlijkheid, de narcistische persoonlijkheid en de antisociale persoonlijkheid.

Hoe is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) georganiseerd?

De GGZ richt zich op vier zaken:

- het voorkomen van psychische aandoeningen;
- het behandelen en genezen van psychische aandoeningen;
- het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving;
- het bieden van ongevraagde hulp aan mensen die ernstig verward of verlaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Binnen deze vier domeinen kan onderscheid gemaakt worden naar de zwaarte van de zorg. In de eerste lijn wordt zorg verleend door onder meer de huisarts, het maatschappelijk werk en de eerstelijns-psychologen. Deze

eerstelijnszorg is generalistisch, snel en gemakkelijk toegankelijk. De eerstelijns-hulpverleners kunnen advies inwinnen bij gespecialiseerde GGZ-instellingen.

Gespecialiseerde zorg

Is meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan verwijst de huisarts de patiënt door naar de tweede lijn, de gespecialiseerde GGZ. In 2007 werden hier ruim 840.000 mensen behandeld. GGZ-instellingen hebben vaak aparte circuits voor volwassenen (18-65 jaar), ouderen en kinderen en jeugd. Bijna 90% procent van de patiënten wordt ambulante behandeld. Dat betekent dat de patiënt tijdens de behandeling thuis blijft wonen en aan het werk blijft. Is er meer zorg nodig, dan kan iemand voor kortere of langere tijd deeltijdbehandeling krijgen. In dat geval gaat iemand een aantal dagen per week naar de GGZ-instelling toe (anderhalf procent). In drie procent van de gevallen krijgt een patiënt gemengd residentiële zorg, een combinatie van klinische en ambulante behandeling. Tenslotte ontvangt bijna negen procent van de patiënten residentiële zorg. Hierbij gaat het om klinische behandeling of het wonen in een beschermde woonomgeving.

Crisisopvang

Een belangrijke functie van de GGZ is acute of spoedeisende hulp, ook wel crisisopvang genoemd. Patiënten kunnen zich vrijwillig aanmelden voor opname maar ook gedwongen worden opgenomen. De rechter toetst aan de hand van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) of er reden is voor gedwongen opname. Een reden voor gedwongen opname kan zijn als patiënten een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun omgeving.

Complexe aandoeningen

Patiënten met een zeldzame of zeer complexe psychische aandoening (circa twee à drie procent) kunnen terecht bij een beperkt aantal gespecialiseerde instellingen die meestal een landelijk bereik hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om depressie, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. Deze topklinische zorg is sterk in ontwikkeling.

In ons land hebben 170.000 volwassenen een chronisch psychisch probleem. Hiervan wonen er 120.000 zelfstandig. Mensen met chronische psychische problemen kampen langdurig met psychosociale of psychische problemen.

In de GGZ sector werden in 2007 840.000 patiënten behandeld, waarvan 60 procent tussen de 18 en 64 jaar oud. De meest voorkomende diagnoses waren persoonlijkheids- en gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen en neurotische stoornissen. 218.000 patiënten waren langer dan een jaar in behandeling.

De website www.ggzbeleid.nl geeft uitgebreide informatie over beleidsontwikkelingen binnen de gezondheidszorg voor zover van belang voor de geestelijke gezondheidszorg.

Op de site staat informatie over de ontwikkelingen op het gebied van financiering, verantwoording en de arbeidsmarkt in de GGZ.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

Mensen met psychische problemen maken vooral gebruik van boerderijzorg in het kader van een zinvolle dagbesteding en in mindere mate in het kader van re-integratie. In beperkte mate zijn er ook mogelijkheden om te wonen op zorgboerderijen.

Afhankelijk van de aard van de problematiek en de ernst ervan, kunnen mensen met psychische problemen eerstelijnszorg of tweedelijnszorg ontvangen. Eerstelijns hulpverlening betekent laagdrempelige, ambulante en generalistische hulpverlening. Deze hulp wordt uitgevoerd door onder meer de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Tweedelijnszorg wordt verleend vanuit gespecialiseerde GGZ-instellingen. Het grootste deel van de cliënten ontvangt ambulante behandeling, waarbij de cliënt thuis blijft wonen en aan het werk blijft.

Is er meer zorg nodig, dan kan iemand voor kortere of langere tijd deeltijdbehandeling krijgen.

Deelnemers die vanuit de psychiatrie op zorgboerderijen werken hebben vaak een chronische psychiatrische achtergrond. Dat wil zeggen dat zij vaak een groot deel van het zorgcircuit hebben gezien en dat daarbij de ziekte stabiel blijft. Zij zoeken een plezierige dagbesteding en vinden afleiding.

Lees meer

www.ggznederland.nl

Website van de brancheorganisatie van de GGZ en de verslavingszorg.

www.trimbos.nl

Kennisinstituut Geestelijke Gezondheidszorg en Verslaving

Nader belicht: Depressie bij jongeren

'Het hoort erbij...' of toch niet?

Geen zin hebben in contact met vrienden of om uit te gaan, met slaande deuren weglopen, spijbelen en experimenteren met drank en drugs: het komt allemaal voor bij jongeren in de puberteit. Net als pessimisme en zwaarmoedigheid. Maar een jongere die langere tijd somber is of zich blijft afzetten tegen de wereld, heeft mogelijk een depressie.

Het verhaal van Marieke (16)

Mariekes ouders zijn twee jaar geleden gescheiden. Sindsdien woont Marieke (16) bij haar moeder. In het weekend gaat ze naar haar vader. Kort geleden vond haar moeder Marieke s'avonds bewusteloos op bed. Ze had alle pillen geslikt die ze in huis kon vinden. Ze was zo wanhopig dat ze er liever niet meer was.

Haar ouders hadden niet in de gaten gehad dat hun dochter zich zo ellendig voelde. Marieke wilde hen ook niet met haar gevoelens belasten. Ze was al wel een tijd erg stil, sloot zich soms dagenlang op in haar kamer of hing lusteloos op de bank. Haar moeder dacht dat dit kwam omdat Mariekes vriend het onlangs had uitgemaakt. Door concentratieproblemen gingen Mariekes schoolresultaten ook snel achteruit.

Aan haar vriendinnen durfde Marieke niet te laten merken dat ze down was, bang dat ze haar ongezellig zouden vinden. Ze ging hen steeds meer uit de weg. Als ze wel uitging, kwam ze uren te laat thuis. Dat gaf ruzies en spanningen.

In het ziekenhuis vertelt Marieke de psychiater dat ze het gevoel heeft niets waard te zijn en op alle fronten tekort te schieten. Haar vader is ongelukkig in zijn eentje. Marieke voelt zich schuldig omdat ze hem niet kan helpen. En de band met haar moeder lijkt wel helemaal weg. "Het is één grijze mist van rotgevoelens."

Door gezamenlijke gesprekken bij een psychotherapeut krijgen Mariekes ouders geleidelijk meer inzicht in wat er in hun dochter omgaat. Marieke leert haar gevoelens te delen en beter voor zichzelf te zorgen. Nu ze hen

vertelt wat haar dwars zit, blijkt dat haar vriendinnen haar heel goed begrijpen. Ze bieden haar veel steun en gezelligheid. Op school is ze hard bezig haar achterstand in te halen. Het ziet er naar uit dat ze ondanks alles toch overgaat.

Een periode van grote veranderingen

In de puberteit - de levensfase tussen twaalf en achttien jaar - ontdekken jongeren hun identiteit en gaan ze hun persoonlijke mogelijkheden, wensen en grenzen verkennen. Tegelijkertijd maken ze lichamelijke en hormonale veranderingen door. Soms komen ze hierdoor in een identiteitscrisis. Pubers schamen zich vaak voor hun uiterlijk en weten niet goed raad met hun lichaam. Jongeren zoeken hun eigen weg, maken zich steeds meer los van thuis en trekken het liefst met leeftijdsgenoten op. Waarden en normen van thuis trekken ze in twijfel. Daardoor is de puberteit vaak een tijd van heftige emoties en conflicten. Dat kan gepaard gaan met onzekerheid, eenzaamheid en angst. Het ene moment is de jongere vrolijk en opgewonden, het volgende moment down en chagrijnig. Kenmerkend is dat die sombere en negatieve gevoelens voorbij gaan: de dip is tijdelijk. Bij een depressie blijven de klachten aanhouden of zijn ze ongewoon hevig. Ook bestaan er dan meerdere klachten tegelijkertijd.

Verschijselen van een depressie

Een jongere met een depressie voelt zich langere tijd rot, neerslachtig en lusteloos. Ook is hij vaak verdrietig, heeft hij huilbuien of het gevoel te willen huilen. Op school, thuis, met vrienden en met zichzelf loopt het niet lekker. De toekomst ziet er somber uit. Een jongere met een depressie heeft de neiging zich te isoleren. Sommigen gaan blowen of drinken. Ook piekeren, faalangst, gevoelens van wanhoop en besluiteloosheid komen veel voor. Een depressie gaat ook gepaard met lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, hoofdpijn en vage buikklachten. De ene jongere heeft geen zin om te eten, de andere eet juist extreem veel. Dat kan samengaan met enorm afvallen of aankomen. Veel meer slapen dan gebruikelijk en toch de hele dag moe zijn of juist erg weinig

slapen horen er ook bij. Deze lichamelijke klachten komen bij gewoon 'puberen' minder vaak voor. De depressie komt vaak tot uiting in schuldgevoelens en het gevoel tekort te schieten. Depressieve jongeren hebben meestal een negatief zelfbeeld. Ze voelen zich mislukt, minderwaardig aan hun leeftijdsgenoten en buitengesloten. Ook met hun uiterlijk zijn ze ongelukkig.

Jongeren met een depressie kunnen zo somber worden dat ze niet meer willen leven. Soms loopt dat uit op een poging tot zelfdoding. Van alle 12- tot 18-jarigen heeft bijna 1 op de 20 één of meerdere suïcidepogingen gedaan.

De verborgen depressie

Jongeren met een depressie verbergen en ontkennen vaak hun depressieve gevoelens. Dat maakt de depressie moeilijk te herkennen. Zo kan de puber zijn depressieve gevoelens met negatief gedrag overschreeuwen, overigens zonder dat bewust te doen. De jongere is dan prikkelbaar, agressief, vijandig, voortdurend onrustig en maakt veel ruzie. Ook is hij voortdurend op zoek naar afleiding, bijvoorbeeld in de vorm van feesten, drank en drugs, gevaarlijk (seksueel) gedrag en - in het uiterste geval - criminaliteit. De jongere zet zich af tegen de omgeving en zendt het signaal uit niets of niemand nodig te hebben. Dit 'afzetten tegen' komt vaker voor bij jongens. Meisjes trekken zich eerder terug, en worden stil, somber of angstig.

Jongeren met een depressie zijn vaak lusteloos en lamlendig. Ze kunnen een houding aannemen van eindeloze verveeldheid en afwijzing van de buitenwereld. Ook dat is een manier om de sombere stemming te verbergen. Deze houding gaat meestal samen met een groot gebrek aan inzet voor werk of school, slecht voor zichzelf zorgen en asociaal gedrag.

Bijna alle jongeren met een depressie hebben leerproblemen en - daardoor - slechte schoolresultaten. Ze kunnen zich slecht concentreren en hebben weinig energie, waardoor ze hun huiswerk niet afkrijgen of niet goed maken. Ook spijbelen ze vaak. In de klas of op hun werk gedragen ze zich afwezig, ongeïnteresseerd of onbeschoft.

Depressie bij kinderen

Jongere kinderen kunnen ook depressief zijn. Van alle kinderen in de basisschoollleeftijd (6 -12 jaar) heeft 1 à 2% een depressie. Deze kinderen zeggen zich rot of leeg te voelen en zijn moeilijk op te vrolijken. Ze willen geen leuke dingen doen en hebben geen plezier in zaken die ze normaal wel leuk vinden. Ze barsten soms zomaar in huilen uit, zijn afwezig en trekken zich terug. Ze denken negatief, over zichzelf ("dat zal me wel niet lukken") en voelen zich snel schuldig en onbemind ("niemand houdt van me").

Kinderen met een depressie zijn vooral prikkelbaar en onrustig in plaats van somber en futloos. Ze zijn opstandig, opvliegend, boos of driftig zonder dat ze zelf weten waarom.

Bij kinderen kan de depressie verborgen blijven achter verschijnselen zoals angsten, hangerigheid, afhankelijk gedrag, bedplassen en slechte schoolprestaties. Kinderen met een depressie hebben weinig vriendjes en worden regelmatig gepest. Ze hebben vaker last van slaapproblemen, nachtmerries, verminderde eetlust en klagen over onverklaarbare lichamelijke pijn doordat ze zich zo rot voelen (buikpijn, rugpijn, hoofdpijn).

Achtergronden van depressie

Depressies bij jongeren hangen onder meer samen met de ingrijpende veranderingen in de puberteit, maar deze zijn nooit de enige oorzaak. De depressie wordt veroorzaakt door een combinatie van sociale, psychische en biologische factoren.

De belangrijkste sociale factoren zijn schokkende of traumatische ervaringen. Echtscheiding van de ouders, het verlies van een ouder, broer of zus, een ernstige ziekte op jonge leeftijd, seksueel of lichamenlijk geweld of langdurige pesterijen op school, het kan allemaal leiden tot een depressie.

Hetzelfde geldt voor verandering van school, slechte schoolresultaten, leven in twee culturen of discriminatie. Een gezinssituatie waarin de jongere geen steun of waardering krijgt, kan een rol spelen. Andersom kan voldoende steun uit de omgeving helpen psychosociale problemen op te vangen en een buffer vormen tegen depressie.

Persoonlijke eigenschappen van de jongere zijn eveneens van invloed op het ontstaan van een depressie (de psychische factor). Depressieve jongeren besteden meer aandacht aan negatieve informatie. Ze leggen de schuld voor teleurstellingen en mislukkingen vaak bij zichzelf. Ze hebben meestal een negatief zelfbeeld, maken niet gemakkelijk contact en weten niet goed hoe ze problemen kunnen oplossen.

Als laatste zijn biologische factoren van invloed. Kinderen van depressieve ouders hebben meer kans op een depressie dan andere kinderen. Erfelijke aanleg speelt daarbij een belangrijke rol.

Vicieuze cirkel

Een jongere met een depressie voelt zich waardeloos. Maar met zijn gedrag roept hij meestal reacties op die dit gevoel nog versterken. Onverschilligheid en slechte schoolprestaties leiden bij ouders tot verwijten. Jongeren laten een vriend die agressief is en altijd moeilijkheden maakt, of juist heel stil en teruggetrokken is, al snel links liggen. Het gevoel nergens voor te deugen en nergens bij te horen neemt hierdoor toe. Zo ontstaat een vicieuze cirkel.

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem

Volgens onderzoeken heeft 3 tot 8 procent van de jongeren tussen 12 en 18 jaar een depressie. Dit zijn 30.000 tot 80.000 jongeren. Nog veel meer jongeren hebben mildere depressieve klachten. Meisjes hebben tweemaal zo vaak last van een depressie als jongens.

Eenzaamheid, verbroken vriendschappen: zulke ervaringen ondergraven het zelfvertrouwen en het zelfbeeld, soms nog jarenlang. Door slechte schoolprestaties en vroegtijdige schoolverlating verslechteren de toekomstperspectieven. Een depressie brengt verder flinke risico's met zich mee. De jongere kan door gedragsproblemen, criminaliteit, drugs- of alcoholgebruik verslaafd raken of in aanraking komen met de politie. In het uiterste geval kan hij proberen een einde aan zijn leven te maken. Bovendien neemt door een depressie de kans op een nieuwe depressie op latere leeftijd toe.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Biedt binnen het werkproces ruimte om te praten
- Jongeren zijn bezig zich los te maken van thuis en zoeken hun eigen weg. Dat maakt het moeilijk voor hen om met een volwassene te praten en toe te geven dat het niet goed gaat. Een jongere met een depressie zal dan ook vaak hulp weigeren. Initiatief van de ander is dan belangrijk. De jongere moet het gevoel hebben dat de omgeving wil luisteren, begrijpen, helpen en te vertrouwen is. Dat kan door ruimte te bieden om te praten zonder een gesprek af te dwingen. Of door de jongere te stimuleren om met iemand anders te praten.
- Probeer niet boos op moeilijk gedrag te reageren, maar ga op zoek naar de oorzaken.
- Beloon positief gedrag.
- Help de jongere structuur in de dag te brengen.
- Stimuleer de jongere dingen te doen die hem een positief en actief gevoel geven. Wat voor soort dingen dat ook zijn, probeer die dingen ook samen te doen. Stimuleer de jongere in beweging te blijven en dingen te ondernemen.

Therapie.

Gemiddeld duurt een onbehandelde depressie 6 tot 9 maanden, soms nog langer. Dat is niet nodig, want depressieve klachten bij jongeren zijn goed te behandelen. Gespreksterapie en medicijnen geven goede resultaten. Tijdige behandeling vergroot de kans op herstel en verkleint de kans dat de depressie terugkomt. Zonder behandeling is die kans op herhaling groot: 40% van de jongeren maakt binnen twee jaar een nieuwe depressieve periode door.

Veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz zoals de Riagg) organiseren een cursus voor jongeren voor het omgaan met depressieve klachten, zoals 'Stemmingmakerij' (15-19 jaar) en 'Grip op je dip' (18-24 jaar).

Deze cursussen helpen jongeren te begrijpen hoe sombere en negatieve gedachten ook een sombere stemming oproepen. Ze leren meer activiteiten aan te



pakken, waardoor ze zich beter voelen, en positiever en realistischer naar zichzelf te kijken. Daarnaast leren ze beter omgaan met andere mensen en met conflicten. Het contact met lotgenoten tijdens de cursus biedt vaak veel steun.

Ook gesprekstherapie, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, groepsbehandeling en gezinstherapie, kan jongeren goed helpen. Vaak is er ook begeleiding van de ouders en zijn er voorlichtingsavonden voor ouders en docenten.

Medicijnen

De meest gebruikte medicijnen zijn antidepressiva. Ze worden voorgeschreven bij ernstige depressies, als gesprekstherapie of andere therapieën onvoldoende werken. Het effect van deze medicijnen wordt vier tot zes weken na het eerste gebruik merkbaar. Antidepressiva zijn niet verslavend, maar hebben wel bijwerkingen. Deze verschillen per gebruiker en per soort. Overleg met de arts over het best geschikte middel is daarom belangrijk. Verder is het noodzakelijk het gebruik langzaam af te bouwen, in overleg met de behandelaar. In het begin worden soms kalmerende- of slaapmiddelen voorgeschreven om een aantal verschijnselen direct te verminderen.

Nader belicht: Depressie bij ouderen

Als grijstinten de oude dag beheersen

De oude dag gaat gepaard met vergeetachtigheid, weinig energie, lichamelijke ongemakken en pijn en stramheid. Ook hebben veel ouderen last van somberheid, lusteloosheid en eenzaamheid. Dat is niet zo vreemd. Door de jaren heen zijn allerlei mensen die hen dierbaar zijn gestorven. Dat brengt verdriet en rouw met zich mee. En omdat de sociale contacten afnemen, neemt ook het alleen zijn toe. Toch is het niet vanzelfsprekend dat ouderen somber en lusteloos zijn of veel lichamelijke klachten hebben. Zulke verschijnselen kunnen ook wijzen op een depressie. Een depressie wordt bij ouderen vaak niet herkend. Dat komt omdat de klachten aan de leeftijd worden toegeschreven, maar ook omdat ze verschillen van die bij jongeren. Hierdoor krijgen depressieve ouderen vaak niet de juiste hulp.

Het verhaal van mevrouw Van Dam

Mevrouw Van Dam (81) woont nog steeds zelfstandig. Ze heeft last van reumatische gewrichtspijnen en onverwachte evenwichtsstoornissen. Daardoor komt ze niet meer zoveel buiten als vroeger, maar ze redt zich nog goed. De laatste jaren is het stiller geworden om haar heen. Na haar man zijn ook haar broer en enkele vriendinnen overleden. Daar heeft ze nog steeds veel verdriet van. Zin in bezoek heeft ze nauwelijks meer. Ze hield altijd het nieuws bij en puzzelde veel, maar tegenwoordig interesseert haar dat weinig.

De laatste maanden komt mevrouw Van Dam steeds vaker op het spreekuur van haar huisarts. Haar klachten zijn dezelfde als de jaren daarvoor, maar toen vroeg ze er nauwelijks aandacht voor. De huisarts vindt dat mevrouw een matte, lusteloze indruk maakt. Op zijn vraag hoe ze zich voelt, antwoordt ze dat ze wat eenzaam is. Gewoon, niets bijzonders. Na enig aandringen vertelt ze ook dat ze de laatste tijd veel vergeet. Ze heeft nauwelijks zin in eten en ligt 's nachts uren wakker. De huisarts concludeert dat ze een depressie heeft. Mevrouw Van Dam is verbaasd maar ook opgelucht. Is er dan misschien toch iets aan te doen?

De huisarts schrijft mevrouw Van Dam medicijnen voor en verwijst haar naar een cursus voor ouderen met een depressie. Drie maanden later is zij een stuk opgeknapt. Haar lichamelijke klachten lijken minder belangrijk. Ze vindt het weer fijn als er bezoek komt en haalt daarvoor lekkers in huis dat ze zelf ook met smaak opeet. Bovendien is ze minder moe, omdat ze beter slaapt. Op de cursus waar mevrouw van Dam één keer per week naartoe ging, heeft ze geleerd haar gevoelens te uiten. Ze heeft er nuttige tips gekregen over hoe ze iets kan doen tegen haar depressieve klachten en een paar leuke contacten opgedaan.

Algemene verschijnselen van depressie

Mensen hebben een depressie als ze zich minstens twee weken achter elkaar erg somber voelen en last hebben van meerdere van onderstaande verschijnselen:

- concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid
- moeite met inslapen of doorslapen (of moeilijk uit bed kunnen komen)
- lichamelijke klachten zoals verstopping, een droge mond, onverklaarbare pijn, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst, en hoofd- en rugpijn
- lusteloosheid en prikkelbaarheid
- denken aan de (eigen) dood en het hiernamaals
- gebrek aan interesse en plezier
- sterke neiging tot piekeren
- grote vermoeidheid
- gebrek aan eetlust en gewichtsverlies, of juist overdreven eetlust en gewichtstoename
- traagheid in praten, denken en bewegen (of juist lichamelijke onrust)
- het gevoel van binnen dood of leeg te zijn
- gevoelens van machteloosheid, wanhoop en angst
- huilen zonder dat dit oplucht of graag willen huilen maar dit niet kunnen
- schuldgevoelens en het gevoel niets waard te zijn
- nauwelijks of geen zin in seksueel contact

De eerste vijf verschijnselen komen speciaal veel voor bij ouderen met een depressie.

Moeilijk te herkennen

Ouderen met een depressie hebben niet zozeer last van extreme somberheid en het gevoel van binnen leeg of dood te zijn. Hun stemming is eerder mat en gelaten en lusteloos. In gezelschap voelen ze zich vaak beter, waardoor hun vlakke stemming verborgen kan blijven.

Depressieve ouderen hebben vaker last van de beschreven lichamelijke klachten, zoals benauwdheid of hoofdpijn en vergeetachtigheid. De depressie kan ook blijken uit kleine gedragsveranderingen, zoals afnemende zorg voor het uiterlijk en weinig belangstelling voor de dagelijkse bezigheden en hobby's. Veel ouderen vinden het logisch dat ze somber of verdrietig zijn. Ze hebben immers zoveel moeten inleveren. Ze benoemen hun somberheid als eenzaamheid en besteden er verder geen aandacht aan.

Ouderen praten ook niet zo snel over hun gevoelens. Vaak hebben ze van jongs af aan geleerd 'niet te klagen, maar te dragen'. Hooguit vragen ze aandacht voor lichamelijke klachten.

Een depressie bij ouderen wordt ook nog wel eens aangezien voor (beginnende) dementie. Dat komt doordat de concentratieproblemen en besluiteloosheid gemakkelijk kunnen worden aangezien voor de geheugenstoornissen en verwardheid van dementie.

Verschillen in depressies

Depressies variëren in zwaarte, van licht tot zwaar. Ook de duur wisselt: soms houdt een depressie een paar weken aan, andere keren maanden of zelfs jaren. Bij sommige mensen is de depressie seizoensgebonden en speelt deze vooral op tijdens de herfst- en wintermaanden. Bij ouderen ontstaat een depressie vaak heel geleidelijk.

Achtergronden van depressie

Een depressie heeft niet één duidelijke oorzaak, maar ontstaat door een combinatie van biologische, sociale en psychische factoren.

Een belangrijke biologische factor is erfelijkheid: in sommige families komt depressie vaker voor dan in andere. Ook het gebruik van bepaalde stoffen, zoals hormonen, medicijnen en alcohol, kan het ontstaan van een depressie uitlokken.

Een biologische factor die bij ouderen vaak een rol speelt, is invaliditeit of ziekte. Mensen die een beroerte hebben gehad en mensen met hart- en vaatziekten, de ziekte van Parkinson, diabetes of schildklier- en bijnierschorsafwijkingen, lopen een grotere kans een depressie te krijgen. Dit is een direct lichamelijk gevolg van de ziekte, maar ook het verlies van mogelijkheden en verandering van levensperspectief speelt mee.

Sociale factoren, met name verdrietige of schokkende gebeurtenissen, kunnen een depressie oproepen. Een voorbeeld is het overlijden van een partner, familielid of vriend(in). Wanneer het verdriet hierover na verloop van tijd niet minder wordt, kan de rouw stilte zijn overgegaan in een depressie.

Ook ingrijpende veranderingen zoals pensionering of een verhuizing, bijvoorbeeld naar een verzorgingshuis, kunnen ouderen kwetsbaarder maken voor een depressie. Dat geldt nog meer als ze hun oude sociale contacten moeten missen of niet kunnen wenen aan hun nieuwe omgeving. Bij allochtone ouderen speelt heimwee naar hun land van herkomst vaak een rol.

Tenslotte zijn psychische factoren, iemands persoonlijke eigenschappen, van invloed op het wel of niet krijgen van een depressie. Bijvoorbeeld het vermogen om problemen op te lossen, verdriet te verwerken en steun te vragen.

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem

Twee tot drie procent van de ouderen heeft een ernstige depressie. Een veel groter aantal, vijftien tot twintig procent, heeft een lichte vorm. Van de 1200 mensen die jaarlijks als gevolg van een depressie hun leven beëindigen, is eenderde ouder dan zestig jaar. Depressie komt onder vrouwen twee keer zo veel voor als onder mannen.

Een onbehandelde depressie duurt gemiddeld vier tot zes maanden, maar kan ook langer, soms zelfs jaren, aanhouden. Dat is niet nodig, want een depressie is meestal goed te behandelen, ook bij oudere mensen.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Het is belangrijk dat mensen weten wat de oorzaak is waarom er een depressie is. Het is belangrijk dat dit geaccepteerd wordt en de gevoelens niet weg gestopt worden.
- Praat over de gevoelens waar deze mensen tegen aan lopen.
- Stimuleer om iets te ondernemen, probeer mensen over te halen om activiteiten te ondernemen.
- Zorg voor regelmaat en veel verschillende activiteiten op een dag, zodat iemand het gevoel heeft veel nuttige dingen gedaan te hebben.
- Elke dag een stuk wandelen of fietsen kan de stemming verbeteren.
- Doe elke dag iets wat iemand leuk vindt.
- Let op de draagkracht van deze mensen, ga niet over hun grenzen heen. Spreek duidelijk af dat mensen aangeven wanneer ze over hun grenzen heen gaan.
- Ga niet veel adviezen en tips geven, maar toon begrip, sympathie en geduld.
- Laat blijken dat u wellicht niet altijd weet wat u moet zeggen of doen, maar dat de depressieve persoon op u kan rekenen.

Therapie

Gesprekstherapie en medicijnen, vaak in combinatie, geven goede resultaten. In veel plaatsen bestaan speciale therapiegroepen en cursussen voor ouderen. Deelnemers leren praktisch te werken aan het tegengaan van de depressie. Het contact met lotgenoten in deze groepen biedt herkenning en steun.

Medicijnen

De antidepressiva die veelal worden voorgeschreven, beïnvloeden het evenwicht van de stoffen in het lichaam die gevoelens en stemmingen bepalen. Bij meer dan de helft van de patiënten leiden deze medicijnen tot vermindering van de klachten. Dit effect is merkbaar vanaf vier tot zes weken na het begin van het gebruik. De omgeving ziet vaak al eerder veranderingen.

Antidepressiva zijn niet verslavend. Ze hebben wel bijwerkingen. Deze verschillen per gebruiker en per soort en verdwijnen meestal na verloop van tijd. Met de arts dient overlegd te worden over het antidepressivum dat het beste bij iemand past.

Totdat de antidepressiva beginnen te werken, kan de arts kalmerings- of slaapmiddelen voorschrijven. Deze middelen werken direct en helpen tegen slapeloosheid, angstgevoelens, spanning en onrust. Het gebruik van deze medicijnen wordt bij voorkeur beperkt tot enkele weken. Meestal zijn ze daarna ook niet meer nodig.

Nader belicht: Angststoornissen

Het verhaal van Caroline

Caroline (30) woont met haar zontje Stefan bij haar ouders. Ze durft de deur niet uit en is liever ook niet alleen thuis. In het afgelopen jaar is ze alleen buitenshuis geweest voor een bezoek aan de tandarts en toen Stefan in het ziekenhuis lag. Buiten krijgt ze na een paar stappen al last van benauwdheid, hartkloppingen en duizeligheid. Als ze daaraan denkt, raakt ze al in paniek.

Die angst is begonnen na de zwangerschap, acht jaar geleden. Daarvoor was Caroline actief, ondernemend en dol op flinke wandeltochten. Ze had een goede baan als directiesecretaresse en een leuk huis. Toen ze zwanger was, ging de vader van Stefan er vandoor met een goede vriendin van haar. Ze dacht: 'Ik red me wel'. Maar na de geboorte van Stefan veranderde er iets. Ze durfde zich steeds minder te vertonen, alsof je aan haar kon zien dat ze wel een kind maar geen echtgenoot had. Eerst ging ze alleen wat minder vaak naar feestjes, maar na verloop van tijd durfde ze steeds minder. Zo raakte ze haar baan kwijt en de meeste van haar vrienden. Gelukkig ontfermden haar ouders zich over haar en Stefan. Zij brengen Stefan overal naar toe en gaan naar ouderavonden. Caroline wil dolgraag meer met haar zoon ondernemen, maar het gaat gewoon niet.

Tijdens een huisbezoek aan haar moeder ontdekt de huisarts bij toeval Caroline's klachten. Caroline krijgt een paniekaanval als ze hem wil binnenlaten. Door de medicijnen die ze nu heeft tegen de angst, kan ze een psycholoog bezoeken en deelnemen aan groepsbehandeling. Stap voor stap oefent ze al die dingen die ze niet meer durfde. Door de therapie komen allerlei diepe emoties naar boven waarvan ze niet wist dat ze had. Voorzichtig bouwt Caroline zo aan een gezonde, zelfstandige toekomst met Stefan.

Angst als belemmering

Iedereen is wel eens bang. Gelukkig maar, want angst waarschuwt mensen voor naderend gevaar. Ze brengt het lichaam in staat van paraatheid, zodat een snelle reactie mogelijk wordt. Zo schrikken mensen wanneer ze een brandlucht ruiken, zodat ze snel het vuur kunnen blussen of vluchten. In zo'n geval is angst een gezonde reactie op dreigend gevaar. Maar sommige mensen zijn bang wanneer de omstandigheden daar weinig aanleiding toe geven. Ze durven hun huis niet uit zonder tien keer te controleren of het gas uit is. Of het zweet breekt hen uit bij de gedachte dat ze een telefoontje moeten plegen. Mensen met zulke buitensporige angsten neigen ertoe om de vaak doodgewone situaties te vermijden die ze met de angst in verband brengen. Die vermijding gaat hun leven steeds meer bepalen, terwijl hun angst er niet door afneemt. Iemand met zulke angsten heeft een angststoornis.

Verschijnselen van angst en paniek

Veel voorkomende klachten bij een angststoornis zijn: hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen, gebrek aan eetlust en concentratieproblemen. Ook hebben mensen vaak last van een bang voorgevoel, bezorgdheid, onbehagen, prikkelbaarheid, nervositeit, spanning en onrust. Tijdens een angst- of paniekaanval zijn de meest voorkomende lichamelijke verschijnselen:

- hartkloppingen
- pijn of beklemd gevoel op de borst
- zweten
- ademnood, het gevoel te stikken
- snel en hijgend ademhalen

- duizeligheid of het gevoel flauw te vallen
 - trillen of beven
 - misselijkheid of diarree
 - een doof gevoel of tintelingen in de ledematen
 - een gevoel van onwerkelijkheid, alsof men naar een film kijkt.
- Mensen denken zelf vaak dat ze een hartaanval krijgen.

Hyperventilatie

Angstaanvallen gaan vaak gepaard met hyperventilatie. De angst maakt dat mensen te diep en te snel gaan ademhalen. Daardoor krijgen ze last van duizeligheid, benauwdheid, het gevoel flauw te vallen en hartkloppingen. Iemand die dit meemaakt, denkt op zo'n moment vaak dat hij doodgaat, waardoor de angst of paniek nog groter wordt.

Soorten angststoornissen

De grens tussen gewone angst en een angststoornis is moeilijk te trekken. Bang zijn voor slangen is verstandig. Maar wanneer iemand al verstijft bij het zien van een slang op de televisie, is er sprake van abnormale angst. Kenmerkend voor een angststoornis is dat de angst buitensporig is en duidelijk niet realistisch, terwijl de persoon er zoveel last van heeft dat het dagelijks leven er ernstig door wordt belemmerd. Er bestaan verschillende soorten angststoornissen.

Fobieën

Een fobie is een gerichte angst voor bepaalde dingen, dieren of situaties. Die angst kan gepaard gaan met heftige lichamelijke verschijnselen en paniekgevoelens. De persoon in kwestie weet meestal goed dat zijn angst niet reëel is, maar de angst wint het van het gezonde verstand. Een fobie gaat vrijwel altijd gepaard met vermijdingsgedrag: fobische mensen gaan de situaties uit de weg waarin ze de angst hebben meegemaakt of waarin ze vrezen de angst te voelen. Daardoor worden ze belemmerd in hun dagelijks functioneren. Mensen met een fobie hebben ook vaak last van verwachtingsangst: alleen al bij de gedachte dat ze in een beangstigende situatie zullen komen, krijgen ze last van de angstklachten.

Enkelvoudige fobieën

Iemand met een enkelvoudige fobie heeft een buitengewone angst voor één bepaald ding, dier of situatie. Bekende fobieën zijn: hoogtevrees, vlieg angst, claustrofobie, angst voor de tandarts en voor spinnen of muizen. Met een enkelvoudige fobie valt vaak goed te leven. Vliegtuigen en slangen zijn immers vrij gemakkelijk te vermijden. Eén op de 10 Nederlanders heeft in meer of mindere mate last van een enkelvoudige fobie.

Hypochondrie

Hypochondrie (ziektevrees) lijkt sterk op een enkelvoudige fobie. Iemand met hypochondrie is bang een ernstige ziekte onder de leden te hebben, ook al kunnen artsen geen enkele afwijking vinden. Veelvuldig, uitgebreid lichamelijk onderzoek in het ziekenhuis helpt niet. De angst dat het dan wel een hele zeldzame ziekte is wordt er eerder door versterkt.

Sociale fobie

Mensen met een sociale fobie (sociale angststoornis) wekken vaak de indruk extreem verlegen te zijn. Ze voelen zich vooral in (onbekend) gezelschap kritisch bekeken en hebben steeds het gevoel het 'niet goed' te doen. De angst om vreemd gevonden te worden en af te gaan beheerst hun hele doen en laten. Contacten leggen is een groot probleem. Sociale fobieën kunnen op allerlei situaties betrekking hebben, zoals de angst mensen te ontmoeten, te telefoneren, in het openbaar te spreken of in een restaurant te eten. Bijna 8 procent van de Nederlandse bevolking heeft in zijn leven een tijdlang last van een sociale fobie.

Straatvrees

Straatvrees wordt ook wel agorafobie of pleinvrees genoemd. Iemand met straatvrees is bang voor plaatsen waar hij niet gemakkelijk weg kan komen en vreest geen hulp te krijgen als hem plotseling iets overkomt. Op straat of in grote drukke ruimtes voelt zo iemand zich weerloos en doodsbang. Hij kan dan door paniek worden overvallen. Maar straatvrees kan ook optreden zonder angstaanvallen. Mensen met straatvrees durven bijvoorbeeld niet op straat te komen, naar een bioscoop te gaan, of met de bus of trein te reizen. Sommige mensen zijn zo bang dat ze niet alleen thuis durven te zijn. Meer dan 3 procent van alle Nederlanders krijgt in zijn leven ooit straatvreesklachten.

Paniekstoornis

Iemand die een paniekstoornis heeft, kan op volkomen onverwachte momenten overvallen worden door grote angst. Ze hebben dan het gevoel de controle over zichzelf te verliezen. De gewaarwording flauw te vallen, dood te gaan of gek te worden is overweldigend. De plotselinge paniek gaat gepaard met angstaanjagende lichamelijke verschijnselen, die het gevoel nog versterken. Een paniekaanval kan overal opkomen, zonder directe aanleiding. In Nederland heeft 4 procent van de mensen wel eens een paniekaanval meegemaakt. Maar er is pas sprake van een paniekstoornis als de angst voor paniekaanvallen het leven gaat beheersen. Bij veel mensen gaat een paniekstoornis samen met straatvrees.

Dwangstoornis

Iemand met een dwangstoornis (obsessieve compulsieve stoornis) herhaalt steeds bepaalde handelingen en gedachten. Voorbeelden zijn: de handen wassen, controleren of het gas uit staat, het huis schoonmaken of alle gele stoeptegels tellen, desnoods honderd keer op een dag. De dwanghandelingen en dwanggedachten moeten bescherming bieden tegen een enorme angst en onrust en het gevoel dat er iets vreselijks gaat gebeuren. 1 tot 4 procent van alle Nederlanders krijgt ooit dwangklachten.

Gegeneraliseerde angststoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis (piekerstoornis) maken zich langere tijd ernstig zorgen over zaken die horen bij het dagelijks leven, zoals geld en gezondheid, terwijl in hun leven objectief gezien alles goed gaat. Zo iemand heeft bange voorgevoelens, gaat piekeren, wordt somber en overbezorgd en kan zich gejaagd en rusteloos gaan voelen. Naar schatting 2 procent van alle Nederlanders heeft in zijn leven last van een gegeneraliseerde angststoornis.

Achtergronden van angststoornissen

Angststoornissen worden veroorzaakt door een combinatie van biologische, sociale en psychische factoren. Ze komen in bepaalde

families meer voor dan in andere. Erfelijkheid speelt daarin een rol, maar ook de opvoeding.

Een angststoornis begint vaak na een ingrijpende levensgebeurtenis, zoals een ernstige ziekte, een sterfgeval, verhuizing of ontslag. Ook iemands persoonlijke eigenschappen zijn van invloed op het wel of niet krijgen van een angststoornis. Zulke eigenschappen zijn onder andere: slecht voor jezelf opkomen, moeilijk gevoelens kunnen uiten en de neiging hebben probleemsituaties en conflicten uit de weg te gaan. Je spreekt van een angststoornis als het gaat om serieuze klachten, die de kwaliteit van het leven ernstig aantasten.

De deur niet uit durven, niemand durven aankijken, dagelijks het hele huis controleren op spinnen: iemand met een angststoornis kan geen gewoon leven meer leiden. Mensen die lange tijd last hebben van een angststoornis, raken vaak hun werk en vrienden kwijt en vereenzamen. De kans daarop is vooral groot als zij de angst voor iedereen verborgen houden. Dertig procent van de mensen met een angststoornis kampt ook met depressiviteit of alcoholmisbruik.

Ook voor een partner, kinderen en vrienden is de angst vaak een zware belasting, bijvoorbeeld wanneer hun partner, ouder of vriend(in) nooit zonder hun begeleiding de straat op durft of voortdurend het huis blinkend schoon wil houden. Het ontlopen van de angst begint meestal met het vermijden van een paar onopvallende situaties, maar uiteindelijk kan een angststoornis het leven van de 'patiënt' en zijn omgeving geheel beheersen.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Erken de enorme angst van de ander, ook al lijkt die overdreven of niet reëel. Probeer de angstgevoelens niet weg te praten, toon begrip en probeer je voor te stellen wat zo'n iemand doormaakt. Bijvoorbeeld door te zeggen dat jij je daar zelf niet zo druk over maakt, maar dat het vervelend is voor de zorgvrager dat hij/zij zich daar druk over maakt.
- Blijf de ander steeds stimuleren zelf dingen te doen en de angstige situaties tegemoet te treden, maar dwing niet.
- Stimuleer hem of haar professionele hulp of ondersteuning te zoeken of te blijven zoeken.
- Houd er rekening mee dat de medicatie tegen angststoornissen tot gevolg heeft

dat de mensen duf en moe worden.

Therapie

Angststoornissen zijn goed te behandelen met behulp van gedragstherapie en medicijnen. Tijdens de therapie gaat de behandelaar in op je klachten, de mogelijke oorzaken, de situaties waarin de angst of paniek optreedt en de gedachten die je daarbij hebt. Verder geeft hij je oefeningen mee waarmee je kunt werken aan het overwinnen van de angst en het bestrijden van angstopwekkende gedachten. Verder kun je met behulp van ademhaling- en ontspanningsoefeningen de angst leren beheersen en bijvoorbeeld hyperventilatie leren voorkomen.

Medicijnen

Er zijn twee soorten medicijnen die veel worden gebruikt bij angststoornissen. Ten eerste zijn dat de zogenaamde antidepressiva. Deze medicijnen tegen depressie helpen ook tegen angstgevoelens. Ze zijn goed te combineren met gedragstherapie en verhogen de kans van slagen van de therapie.

Ten tweede worden soms angstremmende middelen voorgeschreven: kalmerende middelen of anxiolytica. Deze medicijnen verminderen de angstgevoelens en geven een rustiger gevoel. De angstklachten komen echter terug zodra met deze medicijnen wordt gestopt. Bovendien werken ze verslavend. Bijwerkingen van deze medicijnen zijn sufheid en moeheid.

Nader belicht: Dwangstoornissen

Als kiezen niet meer lukt

Controleren of het gas uit is, de kleren netjes opruimen, alle rode auto's tellen of voortdurend hetzelfde deuntje in je hoofd hebben, niemand die daar gek van opkijkt. En geen mens is verbaasd wanneer een kennis zegt nu geen tijd te hebben om gezellig te winkelen omdat de schoonmaak voor gaat. De ene persoon is wat schoner en opgeruimder dan de ander, maar iedereen heeft wel bepaalde vaste gewoonten of rituelen in huis. Bij sommige mensen nemen deze gewoonten echter extreme vormen aan. Ze schrobben hun handen tot bloedens toe. Of ze gaan urenlang door totdat ze alle kleren precies recht opgevouwen hebben. Anderen moeten steeds weer terug naar huis om te controleren of de deur wel echt op slot is. Dan is het gewone dagelijkse 'moeten' een ongezonde dwang geworden. Die dwang kan zo ver gaan dat ze alle tijd opslokt en een normaal dagelijks functioneren onmogelijk maakt. Mensen die dit hebben, lijden aan een dwangstoornis, ook wel obsessiecompulsieve stoornis genoemd (vroeger dwangneurose).

Het verhaal van Herman

Herman (42) heeft al meer dan tien jaar een eigen kapperszaak. Hij is een hartelijke man met veel geduld. Op het voetbalveld, als hij met zijn favoriete sport bezig is, vecht hij fanatiek voor de overwinning. In de loop der jaren hebben veel tegenstanders het tegen hem moeten afleggen. Vier jaar geleden moest Herman door een knieblesure stoppen met voetballen. Sindsdien is hij geleidelijk minder opgewekt geworden. Tegen zijn werk lijkt hij steeds meer op te zien. Zo ontspannen als hij vroeger was, zo verkrampd is hij nu vaak. Hij kijkt zijn klanten nauwelijks nog aan en belt ze ook steeds vaker op om afspraken te verzetten. Na maandenlang ontwijken en ontkennen vertelt Herman zijn zus uiteindelijk wat er aan de hand is: hij is bang dat hij zijn klanten ziek zal maken. Hij vertelt dat hij onder het knippen van een klant soms plotsklaps de gedachte krijgt: "ik bezorg jou kanker". Alsof hij met de kracht van zijn gedachten iemand ziek zou kunnen maken! Deze gedachten komen onverwachts, zonder enige aanleiding, bij hem op.

Na het vertrek van de klant schrobt Herman al zijn kammen, mesjes en scharen grondig schoon. Ondertussen probeert hij enkel 'goede' gedachten te hebben. Maar die vreselijke gedachten raakt hij maar niet kwijt. Langzamerhand is Herman ten einde raad.

Hermans zus dringt aan op een bezoek aan de huisarts. Deze verwijst hem naar een psychiater, die Herman medicijnen voorschrijft om zijn neiging tot schoonmaken te bedwingen. Herman gaat ook naar een psycholoog, waar hij leert zijn gevoelens te uiten, vooral boosheid en frustratie. Hij traint nu elftallen van zijn oude voetbalclub. Daar kan hij heel wat spanning in kwijt. Zijn stemming is geleidelijk verbeterd en hij heeft minder vaak dwanggedachten. Zijn werk doet hij weer met plezier, zonder door angst te verkrampen.

Verschijselen van de dwangstoornis

Er is een geleidelijke overgang van 'normale' dwangmatige eigenschappen naar 'ziekelijke' dwang. Iemand heeft een dwangstoornis wanneer hij of zij dwanggedachten of dwanghandelingen heeft die veel tijd opslokken, veel last veroorzaken en het dagelijks functioneren verstoren. Kenmerkend is ook het gevoel van de persoon in kwestie dat de gedachten en het gedrag niet bij hem of haar horen. Ze zijn bovendien ongewenst. De meeste mensen met een dwangstoornis hebben zowel dwanggedachten als dwanghandelingen.

Dwanggedachten (obsessies)

Dwanggedachten zijn steeds terugkerende, hardnekkige gedachten of (denk)-beelden. Ze zijn akelig en storend en veroorzaken een gevoel van spanning, angst en onrust. Iemand met zulke gedachten kan proberen ze te negeren of te onderdrukken. Maar vaak stoppen ze pas als bepaalde handelingen uitgevoerd worden.

Dwanghandelingen (compulsies)

Dwanghandelingen zijn handelingen of regels die iemand bewust op een bepaalde manier uitvoert of toepast om de angst en de onrust te stoppen. Een voorbeeld is dat iemand alle nummerborden van rode auto's hardop moet opnoemen om te voorkomen dat een familielid ernstig ziek wordt of een ongeluk krijgt. Dwanghandelingen kunnen ook voor de buitenwereld onzichtbaar, als gedachterituelen worden uitgevoerd. Een gedachteritueel is bijvoorbeeld dat iemand van zichzelf een vraag eerst drie keer moet herhalen en dan pas antwoord mag geven.

Dwang in allerlei vormen

Bepaalde gedachten en handelingen komen bij dwangstoornissen veel voor. Hieronder staan de meest voorkomende beschreven. Vaak hebben mensen last van meerdere vormen.

Was-, schoonmaak- of poetsdwang

Iemand met deze dwang is zo bang voor vuil en besmetting, dat zij of hij de onzichtbare, microscopisch kleine vuildeeltjes en bacteriën op allerlei manieren te lijf gaat. Sommige mensen schrobben urenlang hun handen, vermijden contact met kranen en wc's of durven niemand meer een hand te geven. Anderen moeten na elk uitstapje opnieuw douchen. Weer anderen stofzuigen elke dag urenlang.

Controledwang

Iemand met controledwang controleert steeds opnieuw of het gas uit is, de voordeur wel op slot is en of de auto wel in de garage staat. Vaak moet hij of zij de handeling een aantal keren herhalen en bijvoorbeeld de sleutel perse vijfmaal in het slot omdraaien.

Dwanggedachten over geweld

Iemand met deze dwanggedachten ziet in zijn hoofd beelden dat hij iemand aanvalt, in elkaar slaat of aanrijdt. Of is bang met een schaar of mes de eigen kinderen iets aan te doen. Zo iemand vreest dat hij de zich opdringende beelden echt gaat uitvoeren. Die beelden en gedachten roepen meestal veel angst op. Die angst zakt pas wanneer een flink aantal keren een tegengedachte of rituele handeling is uitgevoerd. Vaak leidt de angst tot vermijding van bepaalde situaties of van de middelen waarmee iemand de daad bij het woord zou kunnen voegen. De persoon in kwestie sluit dan bijvoorbeeld alle scharen en messen weg en geeft de sleutel aan iemand anders.

Dwangmatige perfectie of netheid

Iemand die hieraan lijdt moet constant denken aan dingen die zij of hij niet netjes, perfect of goed genoeg heeft gedaan. Zo iemand is constant bezig dingen recht te zetten en op te ruimen. Hij kan daardoor enorm traag worden en bijvoorbeeld urenlang bezig zijn om zich precies goed te scheren of telkens opnieuw de bloemen in een vaas schikken.

Achtergronden van dwangstoornissen

Dwangstoornissen ontstaan meestal door een combinatie van psychische, sociale en biologische factoren.

Een belangrijke biologische factor is aanleg. Eén aspect daarvan is erfelijkheid: dwangstoornissen komen in bepaalde families vaker voor. Ook verlopen bepaalde biochemische processen in de hersenen anders bij mensen met een dwangstoornis dan bij andere mensen.

Belangrijke sociale factoren zijn ingrijpende gebeurtenissen of ervaringen, zoals het overlijden van een dierbare, een bevalling, ontslag of zelfstandig gaan wonen. Zij kunnen een dwangstoornis uitlokken.

Psychische factoren die een rol spelen bij het ontstaan van dwangstoornissen zijn onder meer persoonlijke eigenschappen zoals slecht raad weten met emoties en spanningen.

Een dwangstoornis ontstaat meestal ongemerkt. Vaak gebeurt dat nadat iemand ontdekt dat bepaalde gedachten of handelingen in een vervelende of angstaanjagende situatie helpen de angst en onrust te bezweren. Die persoon zal in vergelijkbare situaties de rustgevende gedachten of handelingen opnieuw gebruiken. Steeds vaker, totdat uiteindelijk de oorspronkelijke situatie vergeten is en de gedachte of handeling 'moet' omdat er anders een ondraaglijke angst ontstaat. Vervolgens maakt de persoon met de dwangstoornis steeds hetzelfde proces door. Hij of zij krijgt ongewild steeds dezelfde angstaanjagende gedachten, bijvoorbeeld dat het huis zal ontploffen omdat de gaskraan open staat. Ook al weet de persoon in kwestie dat hij deze zojuist nog heeft gecontroleerd, toch heeft hij nu geen rust meer. Even kan hij de gedachte misschien negeren, maar dan worden de angst en de onrust ondraaglijk. Toegeven aan de dwang en de gaskraan opnieuw controleren lijkt dan de enige oplossing. Dat brengt tijdelijk verlichting. Maar na verloop van korte of langere tijd begint hetzelfde proces van voor af aan.

Nauw verwant aan dwangstoornissen zijn angststoornissen. Mensen met een angststoornis hebben door hun angsten of paniekaanvallen evenmin een gewoon (sociaal) leven. Hun angst brengt hen ertoe bepaalde situaties te vermijden. Mensen met een dwangstoornis vermijden eenzelfde ondraaglijke angst door dwanghandelingen uit te voeren.

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem

Dwangstoornissen worden nog niet zo lang (h)erkend als ziekte. De afgelopen jaren heeft onderzoek uitgewezen dat ongeveer twee procent van de bevolking last heeft van dwangstoornissen. Dit zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen.

Bepaalde dwangstoornissen, zoals was- en schoonmaakdwang, komen vaker bij vrouwen voor. Mannen hebben meer last van controledwang. Dwangstoornissen ontstaan vaak al op jonge leeftijd, voor het vijftiende jaar. Soms komen ze op de lagere schoolleeftijd al tot uiting.

De meeste mensen met een dwangstoornis schamen zich voor hun gedachten en gedrag en doen hun uiterste best hun probleem te verbergen. Gedachterituelen verhullen ze zelfs vaak voor hun partner. Tegelijkertijd zijn ze een groot deel van hun tijd met de dwang bezig. Ze vermijden vaak situaties waarin dwanggedachten of -handelingen opgeroepen kunnen worden. Daardoor kunnen ze geen gewoon sociaal leven meer leiden en soms ook niet meer werken. Een dwangstoornis gaat bovendien vaak gepaard met een depressie en met lichamelijke klachten zoals moeheid, hoofdpijn en maagklachten. Ook de partner en anderen in de directe omgeving hebben last van de dwang. Iemand met smetvrees kan bijvoorbeeld het hele gezin terroriseren door extreme hygiënische eisen te stellen en bijvoorbeeld alle gezinsleden te dwingen bij thuiskomst steeds schone kleren aan te doen. De omgeving onderwerpt zich vaak aan het regime van de persoon met een dwangstoornis. Dwangstoornissen verdwijnen vrijwel nooit vanzelf. De kans is zelfs groot dat de dwang erger wordt.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Geef geen adviezen of tips, maar reageer met begrip, sympathie en steun.
- Er zijn zoveel verschillende omgangsvormen dat het niet op te papier te zetten is hoe je moet reageren. Het is belangrijk om informatie hierover te verkrijgen door middel van het functioneringsplan.
- Veel mensen met een dwangstoornis wordt geadviseerd om zichzelf te ontspannen. Creëer een zo ontspannen mogelijke situatie. Bespreek van te voren met de persoon waar hij/zij van kan ontspannen en houdt dit in de gaten.
- Bedenk dat het geen zin heeft om te praten over "wilskracht om je er over heen te zetten". Het is geen kwestie van wilskracht.

Therapie

Gedragstherapie is de meest aangewezen vorm van behandeling bij dwangstoornissen. Soms is de dwang zo ernstig dat opname in een gespecialiseerde kliniek nodig is. In de therapie wordt de persoon (in gedachten of in het echt) blootgesteld aan de situaties of voorwerpen die de dwanggedachten en de angst en onrust oproepen. De persoon wordt getraind om het in die situaties uit te houden en dwanggedachten te ondergaan zonder dwanghandelingen uit te gaan voeren. De behandeling gaat meestal gepaard met huiswerk. De therapie kan zich ook richten op de angsten die tot de dwanggedachten en -handelingen leiden. Ondersteunende technieken die ingezet kunnen worden zijn ontspanningsoefeningen, assertiviteitstrainingen en technieken om te leren relativeren en gevoelens te uiten. Ook contact met lotgenoten kan veel steun bieden. De behandeling vraagt grote inzet van de patiënt en zijn omgeving, maar de resultaten zijn in veel gevallen goed. Bij 80 procent van de mensen verminderen de dwangklachten dusdanig dat ze er goed mee kunnen leven.

Medicijnen

Bij een ernstige vorm van dwangstoornis bestaat de behandeling meestal eerst uit medicijnen, later gecombineerd met gedragstherapie. De medicijnen moeten soms jarenlang gebruikt worden. De meest gebruikte medicijnen zijn de zogenaamde antidepressiva. Met name de nieuwere soorten antidepressiva (die inwerken op de stof serotonine) blijken de dwangklachten bij ongeveer 50 procent van de mensen met een dwangstoornis sterk te verminderen.

Nader belicht: Borderline

Van het ene uiterste in het andere

Een leven waarin alles van een leien dakje gaat, is eerder uitzondering dan regel. Iedereen krijgt te maken met tegenslagen: zakken voor een examen of afgewezen worden voor een baan. Ook heeft elk mens wel eens een fikse ruzie met een familielid, vriend, vriendin of collega. Maar bij sommige mensen zijn veranderingen, mislukkingen en heftige conflicten eerder regel dan uitzondering. Ze beginnen impulsief en vol enthousiasme aan een nieuwe opleiding of vertellen dolgelukkig over hun nieuwe grote liefde. Vaak is de situatie een paar maanden later helemaal veranderd: ze zijn gestopt met de opleiding omdat die niets opleverde, de vriend bleek bij nader inzien een waardeloze kerel. Mensen die dit vaak overkomt en steeds opnieuw vastlopen in hun chaotische leven, hebben mogelijk een borderline persoonlijkheidsstoornis, meestal kortweg borderline genoemd.

Het verhaal van Marian

Marian (32) heeft een bewogen leven achter zich. Haar ouders gingen uit elkaar toen zij nog klein was, na een nare periode vol ruzies waarvan Marian zich weinig herinnert. Samen met twee broertjes bleef ze bij haar moeder wonen. Tot haar twaalfde ging het goed met Marian, maar daarna werd ze plotseling extreem veeleisend en kreeg ze woedeaanvallen. Ze experimenteerde met alcohol en drugs. Op haar zestiende werd ze wegens onhandelbaar gedrag van school gestuurd. Voor het eerst probeerde Marian een einde aan haar leven te maken: ze dronk een groot glas whisky, met alle pillen erin die haar moeder in huis had.

In de jaren daarna 'versleet' Marian menig therapeut. Een behandelaar die ze aanvankelijk grenzeloos bewonderde, kon even later geen goed meer doen. Ook privé volgden er veel korte, stormachtige relaties en wisselende periodes van alcohol en druggebruik. Meerdere malen voelde Marian zich zo ellendig dat ze opnieuw impulsief probeerde haar leven te beëindigen. Ze begon zichzelf in armen en benen te snijden als de spanning te groot werd.

In haar goede perioden werkte ze als serveerster. Dat ging haar uitstekend af. Haar collega's kenden Marian als een spontane, charmante en

intelligente meid. Via het werk leerde ze ook Rob, haar vriend, kennen. Rob liep niet weg voor haar moeilijke gedrag als het slecht ging, maar bleef bij haar. Heel voorzichtig begon Marian te geloven in een betere toekomst.

Marian en Rob trouwden toen Marian 28 was. Na de huwelijksreis kreeg ze nog een keer een terugval. Ze voelde zich wanhopig en kon haar zelfmoordneiging alleen bedwingen door zich te snijden. Dankzij een stabiel contact met een vaste behandelaar, ondersteunende medicatie en de veiligheid die Rob haar biedt, is Marian ook deze zware periode doorgekomen. Geleidelijk aan wordt Marian rustiger en evenwichtiger.

Kenmerken

Borderline kenmerkt zich door instabiliteit en veel en abrupte veranderingen in gevoelens, stemmingen, relaties, zelfbeeld en gedrag. Mensen die last hebben van meerdere van de onderstaande verschijnselen, kunnen een borderline-stoornis hebben.

Impulsiviteit

Iemand met borderline kan zich halsoverkop in een nieuwe relatie storten of na het lezen van een interessante vacature plotseling van baan veranderen, zonder goed na te denken over de gevolgen van zo'n beslissing. Geen maat kunnen houden hoort bij die impulsiviteit. Dat kan tot uiting komen in smijten met geld, zich te buiten gaan aan alcohol of drugs, eetstoornissen en snel wisselende seksuele contacten. Ook woede-uitbarstingen kunnen erbij horen.

Stemmingswisselingen

Borderline kenmerkt zich voorts door snelle stemmingsveranderingen. De stemming kan gemakkelijk omslaan van somberheid en angst in gespannen opwindung of andersom. Iemand met borderline lijkt 'overgevoelig' te reageren op gebeurtenissen en uitspraken. Een ogenschijnlijk onschuldige opmerking kan tot een woede-uitbarsting leiden, korte tijd later gevolgd door een vrolijke bui, alsof er niets gebeurd is.

Zwart-wit denken

Bij borderline wordt de wereld opgedeeld in uitersten: zwart en wit, goed en slecht, mooi en lelijk, alles of niets. Er bestaan geen grijstinten. Iemand

is of fantastisch leuk of onuitstaanbaar. De mening over één en dezelfde persoon kan in korte tijd helemaal omslaan.

Verschijnselen van borderline

Extreme angst om verlaten te worden

Mensen met een borderline stoornis hebben een grote behoefte aan intieme relaties, maar zijn daar tegelijkertijd bang voor. Ze zijn extreem bang om in de steek gelaten te worden. Ze stellen mensen daarom voortdurend op de proef. Zo testen ze als het ware of en wanneer iemand hen in de steek laat. Op zich neutrale uitspraken of acties leggen ze al snel uit als een persoonlijke afwijzing. Mensen met borderline leggen vaak makkelijk contacten. Maar hun verwachtingen zijn zo hooggespannen dat niemand eraan kan beantwoorden. Alleen zijn vinden ze vaak erg moeilijk en kan hen in grote paniek brengen. Ze eisen daarom iemands aandacht en liefde volledig op. Hun relaties zijn vaak heftig, maar kort.

Opzettelijke zelfverwonding (automutilatie)

Veel mensen met borderline krassen zichzelf met scherpe voorwerpen of branden zich met een sigaret. Ook gedachten over of pogingen tot zelfdoding komen veel voor.

Identiteitsproblemen

Mensen met borderline hebben meestal weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld en zijn buitengewoon gevoelig voor opmerkingen die ze als kritiek ervaren. Ze twijfelen constant over wat ze zullen aanpakken en wat ze met hun leven willen.

Dissociatieve verschijnselen

Mensen met borderline kunnen momenten van vervreemding hebben, het gevoel 'er niet echt te zijn' of een sterk en beangstigend gevoel van innerlijke leegte. Soms weten ze even echt niet wat ze gedaan hebben of hoe ze ergens zijn gekomen.

Psychotische verschijnselen

Soms krijgen mensen met borderline last van psychotische verschijnselen, zoals in de war of achterdochtig zijn en stemmen horen. Deze verschijnselen kunnen enkele uren of dagen duren.

Moeilijk te herkennen

Mensen met borderline kunnen heel succesvol, aantrekkelijk en sociaal overkomen, door de spontaniteit en het gemak waarmee ze contacten leggen. Onderliggende angsten blijven zo verborgen. De stoornis gaat verder vaak gepaard met andere psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen, eetstoornissen, posttraumatische stress of drugs- of alcoholverslaving, waardoor de diagnose borderline niet snel wordt gesteld.

De ziekte komt meestal geleidelijk tot uiting tussen het zeventiende en vijfentwintigste jaar. In die periode gaan mensen een zelfstandig leven opbouwen, met allerlei nieuwe contacten. Mensen met borderline hebben grote moeite met het opbouwen van stabiele relaties. Maar heftige emoties en snelle veranderingen horen ook bij de leeftijdsfase. Dit maakt dat de borderline-stoornis niet gemakkelijk te herkennen is. Daar komt bij dat de ene persoon met borderline erg expressief en impulsief is, de ander juist extreem introvert en depressief.

Achtergronden van de borderline-stoornis

Borderline wordt veroorzaakt door een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren. De belangrijkste biologische factor is aanleg. Impulsief gedrag, heftige emoties en stemmingswisselingen kunnen in aanleg aanwezig zijn. Dit heeft te maken met de verwerking van prikkels in de hersenen. Psychische en sociale factoren spelen eveneens een belangrijke rol, met name ingrijpende ervaringen en gevoelens van grote onveiligheid in de kindertijd. Om die reden hebben mensen met deze stoornis vaak moeite anderen te vertrouwen. Het gevoel van onveiligheid kan een duidelijk aanwijsbare oorzaak hebben, zoals lichamelijke verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik of een scheiding van de ouders. Maar het kan ook minder duidelijk zijn waar het onveilige gevoel vandaan komt, bijvoorbeeld wanneer er sprake was van emotionele

verwaarlozing of wanneer een gebeurtenis of persoon onbewust als onveilig ervaren is.

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem

In Nederland hebben 150.000 tot 250.000 mensen een borderline-stoornis. De diagnose wordt drie tot viermaal vaker gesteld bij vrouwen dan bij mannen. Bij mannen wordt de stoornis minder snel herkend, doordat ze vaak door agressie, geweld en verslavingen, eerder met de politie en de verslavingszorg in aanraking komen. Vrouwen komen vaker bij de geestelijke gezondheidszorg, als gevolg van zelfverwondend gedrag en eetstoornissen. Bij veel mensen met borderline nemen de verschijnselen tussen het dertigste en veertigste jaar geleidelijk af.

Mensen met borderline hebben in hun leven veel te maken met teleurstellingen, mislukkingen en veranderingen in relaties, werk en hobby's. Door verslaving of schulden kunnen ze ernstig in de problemen raken. Ongeveer 10 procent van de mensen met borderline maakt uiteindelijk een eind aan het leven.

De extreme en snelle wisselingen in het leven van iemand met borderline zijn voor mensen in hun omgeving vaak moeilijk te begrijpen. Ze weten niet welke stemming ze kunnen verwachten, voelen zich soms gemanipuleerd, onzeker of gefrustreerd en kunnen het slachtoffer worden van onterechte beschuldigingen, leugens en woede-uitbarstingen. Dan gaan ze er soms toe over het contact te verbreken, waardoor de persoon met borderline in een isolement terecht kan komen.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

- Maak duidelijke afspraken over het contact met de persoon met borderline. Geef daarbij duidelijk uw grenzen aan, vooral wat betreft woede-uitbarstingen, zelfbeschadiging en dreiging met zelfdoding.
- Geef duidelijk aan waarvoor en wanneer de persoon wel en niet bij u terecht kan.
- Pas op dat u niet in de rol van hulpverlener kruipt.
- Geef geen adviezen of tips. Begrip, sympathie en steun zijn het belangrijkste.

- Houd u aan de gemaakte afspraken en aan uw grenzen. Dat maakt u betrouwbaar.
- Maak samen met de persoon in kwestie en de behandelaar een noodplan voor crisissituaties en leg daarin vast wanneer er sprake is van een crisis en hoe dan te handelen.

Therapie

Iemand met borderline heeft veelal het meeste baat bij een ambulante of poliklinische behandeling. Wanneer de spanningen te hoog oplopen, de persoon zichzelf ernstig verwondt, gevaarlijk gedrag vertoont of de neiging heeft tot zelfdoding, is een tijdelijke opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk. Hiertoe wordt besloten in samenspraak met de patiënt, de huisarts, de behandelaar en de familie. De behandeling richt zich allereerst op het opbouwen van een stabiele vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar. Voldoende tijd nemen en geduld hebben zijn hiervoor van groot belang. Want ook in het contact met de behandelaar houdt de patiënt last van angst voor verlating en voor hechting, zwart-wit oordelen en te hoge verwachtingen. Duidelijke afspraken over bereikbaarheid van de behandelaar, de frequentie en duur van behandeling en beoogde doelen zijn dan ook belangrijk. In de volgende fase van de behandeling staan inzicht geven in de stoornis, acceptatie en het creëren van evenwicht en stabiliteit centraal. De relatie met de therapeut vormt de basis waarop de patiënt kan werken aan andere relaties, het denken in uitersten en de angst om alleen te zijn. Ook verschillende vormen van gedragstherapie, individueel of in groepsverband, kunnen zinvol zijn. Gezin- of relatietherapie kan het contact met de omgeving verbeteren. Psychomotorische therapie kan ertoe bijdragen goed om te gaan met spanningen en woede.

Medicijnen

Bij de behandeling van de borderline-stoornis zijn medicijnen een belangrijk hulpmiddel. Ze verminderen een aantal borderlineverschijnselen. Kalmerende medicijnen worden het meeste voorgeschreven. Ook worden regelmatig antipsychotica voorgeschreven. Deze verminderen de

impulsiviteit, de heftige emoties, zoals angst en depressiviteit, en de psychotische verschijnselen zoals verwardheid en stemmen horen. Antidepressiva kunnen helpen bij langdurige somberheid en grote impulsiviteit.

Soms worden medicijnen voorgeschreven om de stemmingswisselingen te verminderen, bijvoorbeeld lithium of carbamazepine.

Nader belicht: Dementie

Als het geheugen vervaagt

Iedereen is wel eens wat kwijt, bijvoorbeeld de huissleutels of zijn bril. En dat iemand zich even niet kan herinneren waar hij die persoon toch van kent, isgewone vergeetachtigheid. Het wordt zorgelijker wanneer iemand niet meer weet dát hij een persoon ergens van kent. Geheugenverlies dat verder gaat dan gewone vergeetachtigheid, kan een signaal zijn van dementie.

Het verhaal van mevrouw Van Vliet

Sinds de dood van haar man besteedt mevrouw Van Vliet (75) haar tijd aan haar tuin, haar poes en aan haar burens. Elk jaar maakt ze een mooie seniorenbusreis. Tijdens een reis naar het Zwarte Woud breekt ze na een lelijke val haar heup. Ze wordt direct geopereerd. De dagen daarna is ze verward. Aan haar zoon Rogier, die haar dagelijks bezoekt, vraagt ze steeds wat ze in het ziekenhuis doet. Ze is voortdurend haar spullen kwijt en haalt soms ook gebeurtenissen uit de oorlog en het heden door elkaar. Een ambulance brengt haar naar een verpleeghuis in haar woonplaats. In deze vertrouwde omgeving knapt ze goed op.

Als mevrouw Van Vliet weer thuis is, komt Rogier bij zijn moeder eten. Ze hebben meerdere keren gebeld over de afspraak. Desondanks is Rogiers bezoek een blijde verrassing voor zijn moeder. Opgetogen toont ze haar vakantiefoto's. Ze vertelt honderduit, over de mooie Poolse bossen en de armoede van het Oostblok. En ze zet Rogier hachee voor, zijn 'lievelingskostje'. Alleen is hij al vijftien jaar vegetariër... Rogier begint zich zorgen te maken. Hij herinnert zich zijn moeders vergeetachtigheid in het afgelopen jaar. Volgens de wijkverpleegkundige wast zijn moeder zich al een tijdlang slecht. Ook is ze snel boos en belt ze hem op rare tijden. Hierna vallen Rogier steeds meer vreemde dingen op: zijn moeder verwaarloost haar tuin, overlaadt haar koelkast met brood en haalt gekke boodschappen. Na een bezoek aan de huisarts en het onderzoek dat daarop volgt wordt duidelijk wat er aan de hand is: moeder heeft dementie. Mevrouw van Vliet komt op een wachtlijst voor het verpleeghuis. In afwachting van opname komt de thuiszorg dagelijks langs en gaat mevrouw drie ochtenden per week naar een psychogeriatrische dagbehandeling. In het weekend houdt Rogier een oogje in het zeil.

Verschijnselen van dementie

Dementie is een proces van achteruitgang van de hersenfuncties, veroorzaakt door onherstelbare aantasting van de hersenen. Kenmerkend zijn een voortschrijdend verlies van het geheugen en van het denk- en oordeelsvermogen, en persoonlijkheidsveranderingen. De volgorde waarin de verschijnselen optreden kan per persoon enigszins verschillen.

Beginnende dementie

Kenmerkend voor beginnende dementie zijn:

ernstige vergeetachtigheid

Iemand met beginnende dementie heeft aanvankelijk vooral problemen met het korte termijngeheugen en vergeet zowel details, als hele delen van de meest recente gebeurtenissen. Mensen in deze fase van dementie zijn voortdurend spullen kwijt, vergeten afspraken, stellen steeds dezelfde vragen en vertellen telkens dezelfde verhalen.

problemen met complexe en nieuwe situaties

zoals een vakantie of ziekenhuisbezoek. Dementerende mensen raken sneller het overzicht kwijt doordat het ordenen van gedachten niet lukt. Ze kunnen dingen niet meer goed organiseren en nemen vaker verkeerde beslissingen.

verlies van het besef van tijd

Beginnende dementie uit zich ook doordat iemand niet meer weet welke dag of hoe laat het is. Ook inschatten hoelang iets duurt gaat moeilijker; een bezoek van een kwartier lijkt wel uren te duren.

Deze verschijnselen zijn aanvankelijk moeilijk te onderscheiden van gewone vergeetachtigheid en ouderdomsklachten. Bij een jonger iemand wijst de omgeving deze problemen gemakkelijk aan drukte en stress. Extra lastig is het dat veel verschijnselen van beginnende dementie op die van een depressie lijken, zoals gebrek aan interesse en plezier, prikkelbaarheid en concentratieproblemen.

De naaste omgeving, veelal de partner, ontdekt meestal het eerst dat er iets mis is. Voor de buitenwereld proberen mensen hun problemen te verbergen of te bagatelliseren: 'Ach, dat is toch onbelangrijk' of 'al zo lang geleden', zeggen ze bijvoorbeeld. Ze ontwijken onderwerpen waar ze moeite mee hebben met slimme opmerkingen. Verder proberen ze de gaten in hun geheugen te vullen met verhalen van vroeger. De dementie

kan ook gepaard gaan met achterdocht, agressie en het verstoppen of verzamelen van spullen.



Voortgaande dementie

Kenmerkend voor voortgaande dementie zijn:

kwijtraken van het gevoel voor plaats

Bij voortschrijdende dementie herkent de persoon in kwestie plekken niet en weet bijvoorbeeld niet meer waar de auto geparkeerd is. Eerst geldt dat alleen voor relatief nieuwe plaatsen, later zelfs voor de eigen woning.

problemen met het uitvoeren van dagelijkse handelingen

Dementerende mensen kunnen handelingen met een bepaalde volgorde steeds slechter uitvoeren, zoals zichzelf wassen en aankleden of eten koken.

problemen met rekenen

Omgaan met geld wordt duidelijk een probleem.

taalproblemen

Ook de woordenschat verdwijnt beetje bij beetje. Dementerende mensen maken kortere zinnen en vreemde zinsconstructies. Het valt hen steeds moeilijker dingen onder woorden te brengen of te begrijpen wat anderen zeggen.

veranderingen in karakter en gedrag

Vaak gaan mensen met dementie zich anders gedragen dan voorheen. Soms doen ze dingen die ze vroeger nooit deden, zoals vloeken of schuine moppen vertellen. Ook kunnen bestaande karaktertrekken steeds uitgesprokener worden. Mensen die altijd al kortaf waren worden bijvoorbeeld chagrijnig.

onrust

Iemand die last heeft van dementie moet voortdurend iets doen, loopt rond met spullen, wil opruimen, gaat dwalen en krijgt slaapproblemen. Zo kan het dag- en nachtritme verstoord raken.

Vergevorderde dementie

Kenmerkend voor voortgaande dementie zijn:

voorwerpen niet meer herkennen en niet weten te gebruiken

Een ernstig dement persoon kan bijvoorbeeld een beker voor zich zien staan, maar weet niet meer dat deze bedoeld is om uit te drinken.

moeite met bewegen

Dementerende mensen bewegen zich onhandig en houterig. Ze stoten zich steeds vaker, vallen en laten dingen vallen. Veters strikken en bestek gebruiken kunnen ze steeds moeilijker.

het wegvallen van fatsoensnormen (decorumverlies)

De persoon verzorgt zichzelf slecht, weet niet meer 'hoe het hoort' en kent geen schaamte. Dat kan leiden tot in vieze kleren rondlopen, zich niet wassen, zich uitkleden in gezelschap of grove taal gebruiken.

Het eindstadium van dementie

Mensen in de laatste fase van dementie herkennen zelfs de eigen partner en kinderen niet meer. Ook de herinneringen uit het verre verleden zijn verdwenen. De patiënt wordt vaak weer rustiger, praat nauwelijks meer en begrijpt vrijwel niets meer. Hij is wel gevoelig voor stemmingen en heeft behoefte aan veiligheid en vertrouwen.

Achtergronden van dementie

Van de mensen met dementie lijdt ongeveer 60% tot 70% aan de ziekte van Alzheimer. Bij deze vorm van dementie is de vorming van bepaalde eiwitten verstoord, waardoor hersencellen afsterven en de hersenen steeds ernstiger beschadigd raken.

Bij 10 tot 20% van de mensen is vasculaire dementie (onder meer multi-infarct-dementie) de oorzaak. Hierbij sterven hersencellen af doordat bloedvaatjes beschadigd of afgesloten zijn en delen van de hersenen geen zuurstof krijgen. De ziekte begint plotseling en de achteruitgang verloopt meer sprongsgewijs dan bij de ziekte van Alzheimer. Omdat specifieke stukjes hersenen afsterven, vallen bepaalde vermogens uit. Vasculaire dementie gaat vaak gepaard met depressie.

Dementie kan ook het gevolg zijn van andere lichamelijke aandoeningen, zoals aids of suikerziekte, of van alcoholmisbruik (Korsakov-syndroom).

Soms hebben mensen verschijnselen die lijken op dementie. Dit is het geval bij depressie, schildklieraandoeningen, infectieziekten, bloedarmoede, tekort aan bepaalde vitamines, het gebruik van verkeerde of teveel medicijnen of na een narcose. Deze verschijnselen zijn vaak wél omkeerbaar.

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem

Ongeveer 250.000 mensen hebben in Nederland één of andere vorm van dementie. 10.000 van hen zijn tussen de 45 en 65 jaar. Meer dan 6% van de mensen boven de vijftenzestig jaar heeft dementie. De kans op deze aandoening stijgt met de leeftijd.

De snelheid waarmee dementie zich ontwikkelt, verschilt. Een beloop van de ziekte over vijf tot tien jaar (of langer) is heel normaal. Dementie komt anderhalf tot drie keer zoveel voor bij vrouwen als bij mannen.

Overspoeld door emoties

Dementie is een psychische ziekte met een lichamelijke oorzaak. De persoon en diens gedrag veranderen door aantasting van de hersenen. Mensen bij wie de diagnose net is gesteld, worstelen bovendien met gevoelens van ontkenning, angst en onzekerheid. Ook voelen ze zich vaak verdrietig, somber en wanhopig omdat ze beseffen dat ze het contact met hun dierbaren zullen verliezen. Verder kan onverwerkt verdriet uit het verleden naar boven komen.

In een later stadium van de ziekte realiseren mensen zich slechts bij vlagen wat er met hen aan de hand is. Dan kunnen ze overspoeld raken door emoties. Uiteindelijk hebben ze geen besef meer van hun toestand.

Mensen met dementie trekken zich meestal steeds meer in zichzelf terug. De belangstelling voor de omgeving, die voor hen steeds chaotischer, onbegrijpelijker, onbekender en onveiliger wordt, verdwijnt.

De omgeving

Dementie raakt niet alleen de patiënt, maar ook de omgeving, met name de partner en de kinderen. Behalve met de zorg en de praktische problemen door de vergeetachtigheid en verwardheid, worden zij geconfronteerd met een geliefd persoon die geleidelijk onherkenbaar verandert. Ook krijgen ze te maken met de vaak heftige en wisselende emoties van de zieke. Ze moeten afscheid nemen van iemand die lichamelijk nog aanwezig is. Langzamerhand moeten ze de zorg overgedragen aan anderen. Periodes van nabijheid, herkenning en samen rouwen maken plaats voor periodes zonder enig gevoel van verbondenheid, wanneer de dementerende hen niet meer herkent. Dit roept gevoelens op van verdriet, boosheid, eenzaamheid, onzekerheid, schaamte, schuld en machteloosheid.

Tips voor de werkbegeleiding op een zorgboerderij

Moedig de persoon in kwestie aan actief te blijven en de dingen te doen die hij of zij nog kan. Neem hen niet te veel verantwoordelijkheden uit handen, stimuleer het ondernemen van activiteit en ondersteun alleen waar mogelijk is. Dit is noodzakelijk om het systeem van de hersenen “te smeren”, deze moet in werking blijven.

- Probeer met een vaste dagindeling en vaste plaatsen voor spullen de omgeving zo vertrouwd mogelijk te houden.
- Geef niet te veel informatie tegelijk. Gebruik eenvoudige woorden en korte zinnen.
- Geef korte en duidelijke opdrachten en neem de tijd om opdrachten en vragen vaker uit te leggen.

- Stel vragen waarin het 'goede' antwoord al verborgen zit en stel geen 'test'-vragen. Dat laatste leidt enkel tot frustratie.
- Mensen met dementie zijn gevoelig voor sfeer, aandacht en lichaamstaal. Probeer daarom niet boos of kortaf op hen te reageren. Dit kan hen in de war maken.
- Zorg voor duidelijkheid in het ritme, hang bijvoorbeeld een kalender op en bespreek de seizoengerichte dingen die u ziet veranderen. Op deze manier betrek je de zorgvrager bij het ritme van de dag.
- Voor veel mensen is het alleen al prettig om te beleven, om de dingen op de boerderij mee te maken. Zo hebben ze weer iets te vertellen aan hun omgeving.

Therapie

Dementie is ongeneeslijk. Behandeling is gericht op symptoombestrijding: vermindering van een aantal verschijnselen en vertraging van de achteruitgang. Allereerst zal de arts uitsluiten dat de gesignaleerde verschijnselen veroorzaakt worden door andere, behandelbare ziekten, zoals suikerziekte.

Afhankelijk van het stadium van de dementie en de persoonlijkheid van de zieke zijn verschillende vormen van behandeling mogelijk. Daarbij gaat het er om de zelfstandigheid van de zieke en diens controle over het leven te behouden en om vertrouwde en veiligheid te creëren. De verschillende behandelingen zijn erop gericht het geheugen zo goed mogelijk te gebruiken, het besef van de realiteit te vergroten en herinneringen te stimuleren. Ook goede voeding en bewaking van de lichamelijke conditie vormen aandachtspunten.

In een verder gevorderd stadium van de dementie speelt muziek- en zangtherapie een steeds belangrijkere rol. Ook krijgt de dementerende persoon knuffeldieren en bloemen en dergelijke aangeboden om de zintuigen te prikkelen. De naaste omgeving krijgt voorlichting en ondersteuning, gericht op de praktische zorg, maar ook op het omgaan met de situatie en de eigen emoties. Ook lotgenotencontact kan waardevol zijn voor de omgeving.

Medicijnen

De wetenschap doet onderzoek naar nieuwe medicijnen die bedoeld zijn om de verschijnselen van dementie te verminderen. Deze medicijnen lijken bij sommige patiënten met de ziekte van Alzheimer het ziekteproces in het beginstadium te vertragen en het dagelijks functioneren en de zelfredzaamheid langer op hetzelfde niveau te houden. Kalmerende medicijnen kunnen de angst, onrust, achterdocht, agressie en slaapproblemen verminderen. Antidepressiva kunnen helpen bij een bijkomende depressie.

9.9 Kwetsbare ouderen

Wanneer is er sprake van kwetsbare ouderen? Ouderen in de leeftijdsgroep vanaf ongeveer 55 jaar die een zwakke positie hebben in de maatschappij zoals chronisch zieke ouderen, eenzame ouderen, allochtone ouderen en ouderen met een laag inkomen.

Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau zijn er in Nederland ongeveer 150.000 zelfstandig wonende ouderen die vanwege lichamelijke of psychische beperkingen niet of nauwelijks voor zichzelf kunnen zorgen en niet beschikken over belangrijke hulpbronnen als een partner of een redelijk inkomen. Deze ouderen komen vooral voor in de leeftijdsgroep 75-84 jaar, maar ook personen van 55 tot 65 jaar hebben deze problemen. In de categorie 85-plussers is het aandeel zelfstandig wonende ouderen geringer. Dit komt omdat op die leeftijd veel ouderen inmiddels naar een intramurale woonvorm zijn verhuisd. Hen ontbreekt het niet aan elementaire hulp en ondersteuning, zodat het evenwicht weer enigszins kan worden hersteld.

Kwetsbaarheid heeft alles te maken met balans. Van kwetsbaarheid is sprake wanneer de draaglast van een persoon, dat wil zeggen de problemen en opgaven waarvoor iemand zich gesteld ziet, langdurig groter zijn dan zijn draagkracht, dat wil zeggen zijn persoonlijke competenties en de hulpbronnen in de omgeving waarover hij of zij kan beschikken. In het rapport 'Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen' omschrijft het Sociaal en Cultureel Planbureau kwetsbare ouderen als 'ouderen met (ernstige)

gezondheidsproblemen en geringe hulpbronnen, zoals een partner of voldoende inkomen'. De combinatie veel problemen en weinig hulpbronnen, en dat gedurende langere tijd, maakt iemand kwetsbaar, waardoor ondersteuning en bescherming nodig kunnen zijn.

In het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning kunnen gemeenten voorzieningen aanbieden aan ouderen. Welke voorzieningen en welke ouderen daarvoor in aanmerking komen, is afhankelijk van het gemeentelijk beleid. Meer informatie over de WMO vindt u in deel III, hoofdstuk 3 van dit handboek.

Sinds 1 juli 2010 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de preventieve ouderengezondheidszorg. Zij monitoren, signaleren en voorkomen gezondheidsproblemen bij ouderen. Gemeenten moeten vaststellen waarop ouderengezondheidszorg zich vooral moet richten, wat ouderen eraan hebben en welke voorzieningen en preventieve activiteiten nu al voor ouderen beschikbaar zijn. Het is belangrijk dat er verbindingen komen met andere sectoren zoals het welzijnsbeleid, de eerste lijn, de geestelijke gezondheidszorg, verzekeraars en ontwerpers van woonwijken. Ook is het belangrijk dat ouderen zelf betrokken worden bij de ontwikkeling van het aanbod.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor een groot deel van het ouderenbeleid. Op de website www.rijksoverheid.nl staat informatie over de inhoud van het ouderenbeleid.

Colofon

Dit lesboek is een uitgave van Plant Research International, Wageningen UR. De uitgave is gefinancierd door het ministerie van Economische Zaken in het kader van BOGO, Beleidsondersteunend Onderzoek, Cluster Kennis. BOGO richt zich op het verbeteren van kennisprocessen tussen onderzoek en onderwijs op het terrein van voedsel en groen.

Auteurs

Marjolein Elings, Plant Research International, Wageningen UR

Wouter Joop, docent Groenhorst College, Dronten

Vormgeving

Annemarie Wijmenga, Communicatiebureau de Lynx

Margot Sauter, Communicatiebureau de Lynx

Fotoverantwoording

Taskforce Multifunctionele Landbouw, Marjolein Elings, Yvon Schuler, Cees van Stiphout en Inge Hondebrink

Uitgave november 2013

Verspreiding van de informatie en overname van gedeelten eruit worden aangemoedigd, mits voorzien van deugdelijke bronvermelding.



Landbouw & Zorg



152



Welke ontwikkeling heeft de zorglandbouwsector doorgemaakt? Wat zijn precies de effecten van het werken op een zorgboerderij? Hoe ga je als begeleider op een zorgboerderij om met verschillende doelgroepen? Waar moet je aan denken als je een zorgboerderij opzet? Deze publicatie probeert een antwoord te geven op bovenstaande vragen en een overzicht te geven van de kennis en ontwikkelingen in de landbouw en zorgsector.

