

LICHAMELIJKE ACTIVERING BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING EN EEN BIJKOMENDE PSYCHIATRISCHE STOORNIS

Yvo Struijcken
Afstudeerproject in het kader van Fontys
Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg,
begeleid door: Mevr. A. Heitlager
en Mevr. K. van Gelder (Amarant).
Datum: 30-05-08

VOORWOORD

Van klein af aan ging ik al twee à drie keer per week langs bij mijn verstandelijk beperkte oom, een man met het Syndroom van Down.

De affectie die ik had met hem en de affiniteit die ik voelde met de verstandelijke beperking, zette mij aan om Pedagogiek te gaan studeren, aan de Fontys Hogeschool te Tilburg.

Al na het eerste leerjaar was ik werkzaam op het terrein van Amarant, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking, omdat ik nieuwsgierig was naar de inhoud van het werkveld. En het resultaat was zo positief, dat ik er niet meer ben vertrokken. Een jaar lang viel ik in op verschillende woongroepen en werkte ik met verschillende doelgroepen en niveaus, waarna ik uiteindelijk mijn plek vond op een woonvoorziening waar cliënten zaten met een verstandelijke beperking en een bijkomstige psychiatrische stoornis. Deze complexe zorgvraag interesseerde mij zeer en zorgde daarbij elke werkdag voor variëteit, meer kennis en een groei t.o.v. mijn persoonlijke ontwikkeling als begeleider en als persoon. Verder ben ik een waar sportmens en hoe mooi is het dan om een onderzoek te doen, waarbij ik de kans krijg om mijn hobby te combineren met mijn interesse voor de complexe zorgvraag.

In een notendop heb ik hierboven geprobeerd te verwoorden waar mijn passie voor de verstandelijke beperking vandaan komt, hoe ik in het werkveld verzeild ben geraakt en uiteindelijk bij een complexe zorgvraag woongroep terecht ben gekomen.

Tevens ben ik dankbaar dat ik de eer had om veel tijd individueel met cliënten te mogen doorbrengen, multidisciplinaire overlegsituaties bij te wonen en met deskundigen over het onderwerp te mogen praten.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze scriptie.

SAMENVATTING

In dit onderzoek wordt behandeld of het mogelijk is of lichamelijk activerende begeleiding (het begeleiden van cliënten bij het beoefenen van de desbetreffende lichamelijke activiteit) in te zetten bij mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis in de leeftijd van 24 t/m 60 jaar op een bepaalde woonvoorziening van zorginstelling Amarant.

Aanleiding voor het onderzoek was het vermoeden van de instelling en de onderzoeker dat de bijkomende psychiatrische stoornis zou zorgen voor inactiviteit bij cliënten, wat weer ten koste zou gaan van het welbevinden. Er wordt op deze manier bekeken of de lichamelijke activering kan bijdragen aan het welbevinden van de cliënt en zo ja, hoe dit dan zo soepel mogelijk zou moeten verlopen, zodat de cliënt met zo min mogelijk psychische stress de bewegingsactiviteit kan doorlopen. Deze doelgroep is in mijn optiek niet gebaat bij de huidige visie van de samenleving betreffende maatschappelijke integratie van de gehandicaptensport, omdat het niet aan hun behoeften voldoet, en verdient daarom een eigen aanbod en vormgeving m.b.t. lichamelijke activering.

De volgende hoofdstukken worden in het onderzoek behandeld:

1. Wat houden de begrippen 'verstandelijke beperking', 'psychiatrische stoornis' en 'lichamelijke activering' in?
2. Waarom is lichamelijke activering, bekeken op lichamelijk en geestelijk vlak, goed voor mensen?
3. Wat is er al bekend aan literatuur- en onderzoek m.b.t. de lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis?
4. Wat zijn de visies en meningen van diverse deskundigen op het gebied van lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis.
5. Theoretische opzet van het praktijkonderzoek.
6. Wat is het "effect" (het resultaat) van de lichamelijke activering op het gebied van gezondheid, stemming en spanning m.b.t. mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis?

Het onderzoek is opgesplitst in twee delen: een theoretisch en een praktijkonderzoek. Het theoretisch onderzoek leverde aanzienlijk belangrijke informatie op over het belang van lichamelijke activering, bijv. vanwege de aanzienlijke positieve effecten op neurofysiologisch en psychisch vlak. Ook het pedagogisch belang is groot. Het inzetten van lichamelijke activering draagt bij aan iemands kwaliteit van leven. Het stimuleert o.a. de ontwikkeling, levert een winst op aan de mate van welbevinden en betrokkenheid en kan bijdragen aan de cliënt zijn

veiligheid, duidelijkheid en structuur. De rol van de begeleider is tevens heel belangrijk bij het inzetten van de lichamelijke activering, aangezien de begeleiding van cliënten met een complexe zorgvraag ook wat uitdagingen met zich meebrengt.

Vervolgens is de koppeling gemaakt van het theoretisch kader naar het praktijkonderzoek. Het onderzoek richtte zich op matig intensieve sport en beweging. Omdat er nog geen tot weinig onderzoek te vinden is m.b.t. het aanbieden van lichamelijke activering aan mensen met een complexe zorgvraag, sluit het onderzoek het beste aan bij een zogenoemde 'intensive casestudy', een praktijkgericht onderzoek. Er hebben vijf cliënten met een complexe zorgvraag geparticipeerd aan het onderzoek, waarbij ze hebben deelgenomen aan drie bewegingsactiviteiten, te noemen: zwemmen, voetbal en bewegingsoefeningen. Het praktijkonderzoek was er op gericht per deelnemende cliënt een beeld te geven van de cliënt aan de start van het onderzoek en verder het verloop van de cliënt door de maanden heen, op de woonvoorziening en de eventuele weerslag die het had op de bewegingsactiviteit, overzichtelijk weer te geven. Elke cliënt werd over een periode (tussen de drie en vijf maanden) begeleid en geobserveerd. Dit werd deels ook uitbesteed aan de bewegingsagogie. De verzamelde gegevens uit de verschillende bronnen werden geanalyseerd, waarna er een vorm van data-reductie werd ingezet door de gegevens bondig onder te brengen in een causaal netwerk of een data-matrix.

Het praktijkonderzoek maakte duidelijk dat het inzetten ervan bij deze doelgroep kampt met vele uitdagingen, wat het belang van een intensieve samenwerking tussen de disciplines en een nauwlettende keuze en vormgeving van de bewegingsactiviteit groot maakt. Het inzetten moet in een gespecificeerd vat worden gegoten (zie H6 en H7), maar dan kan het wel positieve resultaten opleveren op lichamelijk, psychisch en pedagogisch gebied. Bij twee cliënten was de bewegingsactiviteit geslaagd. Bij twee andere cliënten was het een succes na verandering van het scenario en/of het eruit halen van hiaten. De mate van psychische stress werd hiermee verminderd, waardoor het pedagogische belang weer werd gediend. Bij één cliënt kon geconcludeerd worden dat de bewegingsactiviteit niet voldeed aan zijn behoeften. Opvallend was dat bij meerdere cliënten naar voren kwam dat de mate van aanwezigheid van de psychiatrische stoornis (op een moment of na een bepaalde periode) op de woonvoorziening, een negatieve weerslag kende op het verloop van de bewegingsactiviteit. Een directe stop van de bewegingsactiviteit bij een 'verergering' van de stoornis, wordt echter afgeraden. Activiteit gebonden wordt bijv. aanbevolen om communicatie in multidisciplinair overleg hoog te houden, het belang van scenariovorming te erkennen, activiteiten in eerste instantie op het terrein aan te bieden en te blijven werken met de benutte observatieschema's tijdens dit onderzoek (PEF en T-meting). Aan de instelling wordt aangeraden om het belang van lichamelijke activering meer op de kaart te zetten door een aparte paragraaf te verwezenlijken in de uitleg van het Bijzonder Zorgplan, een handleiding te creëren en de tak bewegingsagogie verder uit te breiden.

INHOUD

VOORWOORD 2

SAMENVATTING 3

INHOUD 4

INLEIDING 5

HOOFDSTUKKEN 7 - 55

1. Wat houden de begrippen 'verstandelijke beperking', 'psychiatrische stoornis' en 'lichamelijke activering' in?

- 1.0 Inleiding 7
- 1.1 De doelgroep 7
- 1.2 Persoonlijkheidsontwikkeling 7
- 1.3 Verstandelijke beperking 8
- 1.4 Psychiatrische stoornis 9
- 1.5 Lichamelijke activering 9

2. Waarom is lichamelijke activering, bekeken op lichamelijk en geestelijk vlak, goed voor mensen?

- 2.0 Inleiding 12
- 2.1 Verduidelijking begrippen 12
- 2.2 De invloed van lichamelijke activering op 'neurofysiologisch' vlak 13
- 2.3 De invloed van lichamelijke activering op 'psychisch' vlak 15
- 2.4 Samenvatting 15

3. Wat is er al bekend aan literatuur- en onderzoek m.b.t. de lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis?

- 3.0 Inleiding 17
- 3.1 De opkomst van de sport in Nederland voor mensen met een beperking 17
- 3.2 Sportbeoefening door verstandelijk beperkten 17
- 3.3 De invloed van de verstandelijke beperking op sportbeoefening 19
- 3.4 De rol van de begeleider 20
- 3.5 Koppeling van lichamelijke activering naar verstandelijk beperkten met een psychische stoornis 23
- 3.6 Samenvatting 25

4. Wat zijn de visies en meningen van diverse deskundigen op het gebied van lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis.

- 4.0 Inleiding 27
- 4.1 Wat zijn de visies en meningen van diverse deskundigen 27
- 4.2 Samenvatting 31

5. Theoretische opzet van het praktijkonderzoek

- 5.0 Inleiding 33
- 5.1 Methodische karakterisering van het onderzoek 33
- 5.2 Populatie/steekproef 34
- 5.3 Beschrijving en verantwoording van het onderzoeksinstrument 34
- 5.4 Materiaalverzameling 36
- 5.5 Data verwerking en analyse 36

6. Wat is het "effect" (het resultaat) van de lichamelijke activering op het gebied van gezondheid, stemming en spanning m.b.t. mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis?

- 6.0 Inleiding 39
- 6.1 Resultaten 40

7. Conclusies

- 7.0 Inleiding 49
- 7.1 Conclusie theoretisch kader 49
- 7.2 Conclusies praktijkonderzoek 50
- 7.3 Beantwoording van de hoofdvraag 52

8. Aanbevelingen 54

Slotwoord 56

Literatuuropgave 57

Bijlagen 61 - 137

INLEIDING

Op de site van de Special Olympics, een wereldwijde organisatie die sport voor mensen met een verstandelijke beperking organiseert, kom ik tot de ontdekking dat 16.000 mensen met een verstandelijke beperking wekelijks aan het trainen zijn. Een mooi getal, maar na een uur op het net kan ik geen enkel cijfer vinden hoeveel mensen hiervan een aanvullende psychiatrische stoornis met zich meedragen. Ik vraag me af wat er voor nodig is om sporten met een complexe zorgvraag mogelijk te maken en daarom wijd ik mijn scriptie aan dit onderwerp: "de lichamelijke activerende begeleiding bij mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis".

Ik loop stage op een residentiële woonvoorziening van zorginstelling Amarant te Tilburg, waarin dagelijks de zorg verleend wordt aan acht cliënten met een complexe zorgvraag. Naast een verstandelijke beperking hebben de cliënten een disharmonisch profiel (meer uitleg hierover in hoofdstuk 1) en een psychische stoornis. De bijkomende psychiatrische stoornissen van de deelnemers van de woongroep bestaan uit:

Een geagiteerde depressie in combinatie met hechtingsproblematiek en mogelijk PTSS (Posttraumatische Stress Stoornis); een angststoornis in combinatie met hechtingsproblematiek en bekend met het vertonen van depressieve trekken; een autisme spectrum stoornis; een periodieke manische psychose, waaraan mogelijk een depressie c.q. angststoornis ten grondslag ligt; en tenslotte een schizo-affectieve stoornis, waarvan de cliënt mede bekend is met manische en/of depressieve periodes.

Het vermoeden bestaat, van zowel mij als de instelling, dat de bijkomende psychiatrische stoornis zorgt voor inactiviteit bij cliënten, wat ten koste gaat van het welbevinden. Sommige cliënten zijn bijvoorbeeld vroeger enorm actief geweest, maar komen er nu niet meer aan toe door verergering van de stoornis. De insteek zal in het onderzoek voornamelijk dus ook liggen op de psychiatrische stoornis.

In mijn onderzoek wordt nagegaan of het mogelijk is om activerende begeleiding in te zetten bij mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis in de leeftijd van 24 tot 60 jaar op een bepaalde woonvoorziening te Amarant. Dit is mijn onderzoeksvraag, waarmee ik uiteindelijk een bijdrage tracht te leveren aan het Bijzonder Zorgplan van de cliënt op het gebied van lichamelijke activering en daarmee het welbevinden van de cliënt. Er zijn verschillende redenen waarom het vanuit pedagogisch oogpunt belangrijk is dat de cliënten lichamenlijk

actief zijn. Op de eerste plaats, omdat het gezond is. Beweging draagt bij aan het creëren van een juiste balans van innerlijke lichamelijke processen. Daarbij levert het een nuttige, activerende bijdrage aan het dagprogramma van de cliënt op. Het is voor de cliënten belangrijk individueel de juiste afstemming te vinden in het dagprogramma tussen activiteit en rust. Verder is het belangrijk vanwege het 'sociale aspect'. Ik zet het tussen aanhalingstekens, omdat de cliënten veelal op zichzelf gericht zijn en niets hebben aan de emoties of het gevoel van een ander. Toch is het belangrijk om even van huis te zijn en in contact te komen met andere mensen (bijv. bewegingsagogen) om niet in de valkuil te raken de leefwereld van de cliënten te klein te maken en te houden. Tenslotte heeft het een ontspannend effect. De cliënten genieten van de activiteiten, al is het soms niet even gemakkelijk voor ze, omdat er veel bij een activiteit komt kijken en er ook wat van ze verlangd wordt. Een gevoel van onveiligheid, onzekerheid of een gemis aan duidelijkheid kan voor wat spanning zorgen. Daarom dragen de conclusies van dit onderzoek hopelijk bij aan het soepeler laten verlopen van activiteiten, wat zorgt voor zo min mogelijk psychische stress, zodat de ontspanning weer een prominente positie verkrijgt binnen de activiteit.

Hiermee sluit mijn onderzoek het beste aan bij een zogenoemde 'intensieve casestudy': een praktijkgericht onderzoek, waarbij ik kwalitatieve met kwantificerende elementen zal combineren. Het stelt het doel om problemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen in hun natuurlijke omgeving over een bepaalde periode te beschrijven, te interpreteren en de juiste stappen te zetten om het proces voorspoediger te laten verlopen. Op exploratieve wijze probeer ik, zonder vooraf geformuleerde hypothesen, op zoek te gaan naar hiaten in de scenario's van de bewegingsactiviteiten en tracht ik de oorzaken te exploreren en verbanden te leggen/samenhang te zoeken. Uiteindelijk wil ik hiermee een gedetailleerde beschrijving geven van stabiliteit in de bewegingsactiviteiten.

Het domein van mijn onderzoek betreft de woonvoorziening, het terrein van Amarant en het terrein van voetbalvereniging 'x'. De bestaande situatie op de woonvoorziening is tevens mijn onderzoeksituatie. Deze tracht ik zo min mogelijk te verstoren. De onderzoekseenheden zijn personen en/of situaties waarover in conclusies wil trekken of uitspraken wil doen. Specifiek betreft het onderzoek vijf individuen in de leeftijd van 24 tot en met 60 jaar met een disharmonisch profiel (cognitieve beperking ligt ver verwijderd van de sociaal-emotionele beperking) en ieder een andere psychiatrische stoornis.

Deze personen zullen aan drie verschillende bewegingsactiviteiten deelnemen, te noemen zwemmen, voetbal en bewegingsoefeningen. De kern van de onderzoeksaanpak ligt bij de observatie door

deelname, of terwijl participerende observatie. Andere dataverzamelmethode die ik zal benutten zijn de open topic gesprekken en het verzamelen van documenten. De combinatie van mijn dataverzamelmethode, met als hoofdmethode de participerende observatie en de overige twee als ondergeschikten/ondersteunenden heet 'triangulatieaanpak'. Mijn vorm betreft de 'data-triangulatie' door de combinatie van kwalitatief (open gesprekken, bijv. multidisciplinair overleg), als procesgegevens (gedragobservaties), en zowel verbaal (interviews met deskundigen) als non-verbaal materiaal (gedragobservaties + inzake in oudere sportgerelateerde persoonlijke documenten) te benutten.

Met behulp van twee gestructureerde schema's (het 'praktijkevaluatieformulier' en de 'T-meting') wordt de invloed van de activiteiten op het gebied van gezondheid, stemming/spanning en in enkele gevallen een depressie beschreven en geïnterpreteerd. Het praktijkevaluatieformulier (PEF) is een beschrijving van een observatie van een individuele training. Maandelijks worden de gegevens, voortkomend uit de PEF's, geordend in de zogenoemde T-meting. Hierbij wil ik bij voorbaat al nadrukkelijk benoemen dat de schema's door mij ontwikkeld zijn en een samenhang bevatten van eigen en bestaande componenten. Dagelijks gebruikte middelen, ontwikkeld en/of gebruikt door Amarant, als het signaleringsplan, de signaleringsrapportage, de observatielijst en de SDZ-schaal heb ik verwerkt in dit schema, aangevuld met eigen componenten. In hoofdstuk 5 wordt een duidelijke beschrijving gegeven van de schema's met betrekking tot de inhoud, het gebruik en de relatie tot het praktijkonderzoek. Tenslotte zal ik in multidisciplinaire samenwerking, met bijvoorbeeld de orthopedagoog, bewegingsagogen en de persoonlijk begeleider wonen, eventuele hiaten in het gehele proces (vooraf, tijdens en nadien de bewegingsactiviteiten) proberen te achterhalen en onderuit te halen, zodat uiteindelijk de cliënt met zo veel mogelijk ontspanning en plezier kan deelnemen aan de bewegingsactiviteit.

De verwerking en analyse van gegevens gebeurt door de informatie, verkregen uit de opeenvolgende T-metingen te categoriseren in figuren naar verschillende begrippen. Vervolgens wordt na dit analyseproces een verdere vorm van data-reductie ingezet door de omvattende fragmentatie onder te brengen in een data-matrix of causaal netwerk. Op deze manier kan op overzichtelijke wijze worden weergegeven wat het verloop van de cliënt is op de woonvoorziening door de maanden heen en wat de eventuele invloed was op het verloop van de bewegingsactiviteit. Bij elke datamatrix of causaal netwerk zal een schriftelijke toelichting volgen van het schema ter verduidelijking voor de lezer. Het is belangrijk om het algemene plaatje in de gaten te houden, daar het niet gaat om de generalisering van elke aparte psychiatrische

stoornis, maar juist om de totale beperking die het hebben van een verstandelijke beperking met een psychiatrische stoornis oplevert als het gaat om de bewegingsactiviteiten. Ik ben op de eerste plaats geïnteresseerd in het verbeteren van de situatie van mijn cliënten ('cases-op-zich'). Het eventueel toepassen van mijn resultaten op andere 'cases' is mooi meegenomen.

Uiteindelijk zal het volgende aangereikt worden door me: In mijn onderzoeksverslag zal ik, na mijn theoretische en praktische bevindingen, aanbevelingen doen betreffende het inzetten van lichamelijke activering bij mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis.

HOOFDVRAAG

Kan lichamelijke activerende begeleiding ingezet worden op de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en de bijkomende psychiatrische stoornissen op een bepaalde woonvoorziening te Amarant in de leeftijd van 24 tot 60 jaar?

DEELVRAGEN

1. Wat houden de begrippen 'verstandelijke beperking', 'psychiatrische stoornis' en 'lichamelijke activering' in?
2. Waarom is lichamelijke activering, bekeken op lichamelijk en geestelijk vlak, goed voor mensen?
3. Wat is er al bekend aan literatuur- en onderzoek m.b.t. de lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis?
4. Wat zijn de visies en meningen van diverse deskundigen op het gebied van lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis.
5. Theoretische opzet van het praktijkonderzoek.
6. Wat is het "effect" (het resultaat) van de lichamelijke activering op het gebied van gezondheid, stemming en spanning m.b.t. mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis?
7. Conclusies
8. Aanbevelingen

Uiteindelijk zal worden afgesloten met het slotwoord. Verwijs ik in het verslag naar bijlagen, dan kunt u die achter in het verslag vinden.

WAT HOUDEN DE BEGRIPPEN 'VERSTANDELIJKE BEPERKING', 'PSYCHIATRISCHE STOORNIS' EN 'LICHAMELIJKE ACTIVERING' IN?

1.0 INLEIDING

Een uitgebreid hoofdstuk, waarin de lezer inzicht krijgt in de doelgroep waarmee werd gewerkt en enkele belangrijke begrippen die van toepassing zijn voor het onderzoek, waarmee u hopelijk beter onderbouwd een indruk krijgt in de interessante wereld van de verstandelijke beperking in combinatie met de psychiatrische stoornis. Enkele begrippen die vanaf paragraaf 1.2 verklaard worden, zijn de evenwichtige en discrepante persoonlijkheidsontwikkeling; de ontwikkelingsaspecten fysiologisch, emotioneel, cognitief en sociaal; de verstandelijke beperking; de psychiatrische stoornis en de lichamelijke activering. Bij het onderwerp 'psychiatrische stoornis' wordt tevens toegelicht wat voor verstandelijke beperking in combinatie met welke psychiatrische stoornis(sen) de deelnemers aan het onderzoek hebben en welke individuele kenmerken per cliënt daaraan gekoppeld kunnen worden.

1.1 DE DOELGROEP

Zoals u in de inleiding hebt kunnen lezen, wordt er dagelijks zorg verleend aan acht cliënten met een complexe zorgvraag. Dit betekent dat ze naast hun verstandelijke beperking ook een disharmonisch profiel hebben, wat inhoudt dat hun cognitieve intelligentie ver verwijderd ligt van hun sociaal-emotionele intelligentie. Daarbij hebben ze een psychiatrische stoornis. Wat dit precies betekent, wordt in dit hoofdstuk uitgelegd. De bewoners zijn allemaal volwassenen in de leeftijd tussen de 24 en 60 jaar. Echter, de hoogte van hun cognitieve en sociaal-emotionele intelligentie is veel lager en verschilt per cliënt. Hiervoor verwijs ik naar tabel 2 in dit hoofdstuk, waarin niet alleen de mate van intelligentie uiteen is gezet, maar ook de verscheidene psychiatrische stoornissen van de deelnemende bewoners worden aangehaald met hun bijbehorende individuele kenmerken.

Vijf van de bewoners van deze woonvoorziening participeren aan dit onderzoek. De vaak sterke uiterlijke vertoning (in veel uiterlijke kenmerken lijken ze op mensen zonder een verstandelijke beperking) en verbale kwaliteiten van de cliënten roepen al snel

een verkeerd beeld op bij de omgeving, waardoor ze sneller overschat worden in hun mogelijkheden. Hiermee wordt bedoeld dat de omgeving de bewoners gemakkelijk benadert op een niveau (cognitief en sociaal-emotioneel) dat ver uitstijgt boven het werkelijke niveau van de cliënten. Het gevolg hiervan is dat de personen prikkels te verwerken krijgen, die ze niet begrijpen en waar ze dus ook niet mee om kunnen gaan, een zogenaamde overschatting. De visie van de woonvoorziening en de insteek van de begeleiding is daarom om de cliënten te benaderen op hun sociaal-emotionele niveau, omdat dat zorgt voor herkenning bij de cliënten. Ze worden benaderd, aangesproken en begeleid op een manier die bij hun ontwikkeling aansluit en waar ze hun veiligheid aan kunnen ontleen. Elke cliënt heeft aansluitend op deze visie een eigen Bijzonder Zorgplan. Dit is een uitgebreide verslaglegging van de huidige tendens van de cliënt (lichamelijke kenmerken, motoriek, gedragingen, niveau, inhoud psychische stoornis etc.) en de gestelde doelen voor het komende jaar (de zogenoemde ondersteuningsvragen: wat wil de cliënt bereiken). Het BZP wordt jaarlijks in multidisciplinair verband geëvalueerd. Deze Bijzondere Zorgplannen zijn individueel gericht met aandacht voor structuur, rust, veiligheid en duidelijkheid. De grondhouding van de begeleiding sluit aan bij de individueel verwoorde behoeftes van de cliënt. Deze is over het algemeen te duiden als affectief-neutraal en prikkelbeperkend. Vanwege de aanwezige complexe zorgvraag, is ook gedragsproblematiek een voorkomend verschijnsel op de woonvoorziening. Door de hierboven vernoemde grondhouding van de begeleiding, met de accenten op rust, structuur, veiligheid en duidelijkheid, wordt getracht dit vooral preventief te begeleiden. Desalniettemin worden er krachtige persoonlijkheidseisen verwacht van de begeleiding. Hiervoor verwijs ik naar paragraaf 3.4.

De bewoners hebben niet door dat ze participeren aan het onderzoek. Dit aspect wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk vijf, als het praktijkonderzoek aan de orde komt. Contacten lopen via de Persoonlijk Begeleiders van de cliënten.

1.2 PERSOONLIJKHEIDSONTWIKKELING

Er worden vier ontwikkelingsaspecten onderscheiden, die het evenwicht bepalen van de persoonlijkheidsontwikkeling: het fysiologische, cognitieve, sociale en emotionele aspect. Met het begrip 'persoonlijkheid' duiden we de stijl van iemands gedrag, de manier van denken en motivatie aan. De basis voor de psychosociale ontwikkeling wordt gevormd door de juiste regulatie van de fysiologische aspecten, die overigens ontstaat door de juiste rijping van het centrale zenuwstelsel, zoals ademhaling, verwerking van sensorische prikkels, lichaamstemperatuur-regulatie en eet- en slaapfuncties. Deze kunnen worden gezien als de basis voor de ontwikkeling

van cognitieve, sociale en emotionele functies. Bij een normale ontwikkeling vindt deze fysiologische regulatie plaats in de eerste zes maanden van het eerste levensjaar. Ontwikkelen deze drie aspecten zich tot hetzelfde niveau, dan spreken we van een evenwichtige persoonlijkheidsontwikkeling.

Een persoon met een verstandelijke beperking kan een evenwichtige persoonlijkheidsontwikkeling hebben. Zijn bovengenoemde ontwikkelingsaspecten echter niet in evenwicht (we spreken hierbij ook wel van een 'disharmonisch profiel' of een 'discrepante persoonlijkheidsontwikkeling'), dan wordt de kans vergroot dat de cliënt meer kwetsbaar is voor ongunstige prikkels wat tot gevolg heeft dat de persoon een vergroot risico op een psychische stoornis loopt. Volgens Prof.dr. A. Došen, psychiater, bijzonder hoogleraar met opdracht 'Psychiatrische aspecten van verstandelijke handicap' aan de Radboud Universiteit Nijmegen en voormalig directeur behandeling van het Centrum voor behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap Nieuw Spraeland, betreft het vaak een discrepantie tussen de cognitieve en emotionele ontwikkeling, waarbij de emotionele ontwikkeling zich vaak op een lager niveau bevindt.

Met 'cognitieve ontwikkeling' wordt de intelligentie van de cliënt bedoeld. Met behulp van verscheidene meetinstrumenten kan het intelligentiequotiënt (IQ) vastgesteld worden. Met de uitkomst kan bepaald worden wat de hoogte is van het verstandelijk niveau en dus of er sprake is van een verstandelijke beperking. Hiermee kan globaal inzicht verkregen worden in iemands cognitieve mogelijkheden in bepaalde situaties.

'Sociale ontwikkeling' betekent de ontwikkeling van iemands interactie met bepaalde omgevingsomstandigheden. Men wil hierbij domeinen meten, zoals sociale redzaamheid, sociale competentie, sociaal functioneren, communicatie, motoriek en adaptief gedrag (aanpassingsvermogen). 'Emotionele ontwikkeling' richt zich op de ontwikkeling van de emotie in de context van sociale interacties. Bekeken vanuit dit oogpunt speelt het niveau van de emotionele ontwikkeling een belangrijke rol in het adaptief gedrag en in het ontstaan van stoornissen. Met name het emotionele aspect is onderontwikkeld. Došen heeft daarom de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (Došen, 2005) opgesteld, afgekort SEO, wat in ons land heden ten dage breed gebruikt wordt als onderzoeksmiddel om de hoogte van de emotionele ontwikkeling vast te kunnen stellen.

Er is in paragraaf 1.1 aan de orde gekomen dat de deelnemers aan dit onderzoek allen een disharmonisch profiel hebben, waarbij het cognitieve niveau hoger ligt dan het sociaal-emotionele niveau (zie tabel 2, paragraaf 1.4). De cliënten zijn volwassenen met een sterke verbale en uiterlijke vertoning. Hierdoor zijn ze jarenlang benaderd op een te hoog niveau, meestal op hun cognitieve niveau, wat overschatting tot gevolg had. De realiteit is echter dat het onderzoek

te maken heeft met verstandelijk beperkten, die benaderd horen te worden op hun emotionele niveau. Dat is mede de complexiteit van de begeleiding bij lichamelijke activering in vergelijking met verstandelijk beperkten zonder discrepante ontwikkelingsontwikkeling: het kader waarin de lichamelijke activering zal plaatsvinden, zal dus op een heel ander niveau gebeuren, dan wanneer we te maken hebben met verstandelijk beperkten zonder disharmonisch profiel. Daarom is het belangrijk om in het onderzoek rekening te houden met de hoogte van de discrepante persoonlijkheidsontwikkeling en de gevolgen ervan voor cliënt en begeleider, daar het een andere benadering, communicatie, houding, positie in de ruimte, kaders en voorwaarden vergt. Hier kom ik specifiek op terug in hoofdstuk 3.4.

1.3 VERSTANDELIJKE BEPERKING

Vooraf aan de definiëring van 'de verstandelijke beperking' is het van belang te benadrukken dat het geen ziekte is, maar dat het een ontwikkelingsstoornis betreft. Daarbij is het interessant om te vermelden dat de terminologie voor het begrip de laatste 20 jaar zeer aan verandering onderhevig was: termen als 'zwakzinnigheid' en 'geestelijke handicap' zijn de revue gepasseerd, waarna uiteindelijk via 'verstandelijke handicap' het begrip 'verstandelijke beperking' heden ten dage doorgaans gebruikt wordt.

Voor een precieze definiëring en categorisatie wordt een combinatie van informatie gehanteerd, gegeven door de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) en Došen (2007). Onderstaand stuk mag beschouwd worden als een citaat:

Een verstandelijke beperking wordt bepaald door drie criteria:

1. beperkingen in het intellectuele functioneren (een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test);
2. gelijktijdig aanwezige beperkingen van het huidige adaptieve gedrag op ten minste twee van de volgende terreinen op het gebied van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
3. ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar).

De gradatie en de categorisatie van de verstandelijke beperking wordt naast het IQ door de mentale ontwikkelingsleeftijd aangegeven (zie tabel 1/pag. 9).

Graad van VB	IQ	Ontwikkelingsleeftijd	Cognitieve fase
Zeer ernstige VB	0-20	Tot 2 jaar	Sensomotorisch
Ernstige VB	20-35	2-4 jaar	Preoperationeel
Matige VB	35-50	4-7 jaar	Prelogisch
Lichte VB	50-70	7-12 jaar	Concrete operaties, logisch

Verschillende deskundigen in het veld van de zorg wijzen er echter met nadruk op dat de huidige definitie niet helemaal voldoet, omdat het niet alleen gaat om een achterstand in de cognitieve ontwikkeling en om problemen in het aanpassingsvermogen. De achterstand in de ontwikkeling van andere psychosociale aspecten, als emotionele, seksuele, sociale, religieuze en morele aspecten, moeten er ook bij betrokken worden. Ook deze aspecten zijn van belang in het ontstaan van psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen bij deze mensen.

1.4 PSYCHIATRISCHE STOORNIS

Met '*psychiatrische stoornissen*' worden verstoringen van de psychische gezondheid bedoeld. Ander veelvuldig gebruikte termen hiervoor zijn ook wel 'ziekte van de geest', 'psychische ziekte', 'emotionele stoornis' en 'psychiatrische ziekte'.

Psychiatrische stoornissen worden beschreven in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), een classificatiesysteem waarin de verschijnselen en het verloop van de stoornissen staan. De DSM-IV definieert de psychiatrische stoornis als: "clinically significant behaviour or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress, or an important loss of freedom". Dit kan op de volgende wijze zorgvuldig vertaald worden naar het Nederlands: "klinisch significant (synoniemen: beduidend, zwaarwegend) gedrag of psychologisch syndroom of patroon dat in een individu voorkomt en dat wordt geassocieerd met aanwezige moeilijkheden en/of een belangrijk verlies aan vrijheid.

Došen (2007) geeft aan dat bij de 'gewone' volwassen bevolking een psychiatrische stoornis betrekking kan hebben op de verstoring van meerdere aspecten van de psychische activiteit. Uiteindelijk wordt er gekeken naar meerdere aspecten bij het stellen van de diagnose. Enkele voorbeelden van deze aspecten zijn bijvoorbeeld: gevoelsleven, gedachten, willen, handelen, besef van de eigen persoon, besef van realiteit en functioneren in de eigen omgeving. Vanzelfsprekend kan gesteld worden dat hoe meer aspecten verstoord zijn, des te erger de psychiatrische stoornis is. Er wordt dan bekeken in hoeverre deze aspecten van negatieve/beperkende invloed zijn met betrekking tot het sociale, beroepsmatige en interpersoonlijke functioneren.

Afsluitend is het interessant om te vermelden (Došen, 2007) dat bij mensen met een verstandelijke beperking in vergelijking met de 'gewone' populatie ervan wordt uitgegaan dat in gevallen van psychiatrische stoornissen dezelfde psychosociale aspecten worden aangetast. Het wezenlijke verschil is echter dat de subjectieve beleving van de stoornis en uitingvorm anders kan zijn. Dit heeft namelijk te maken met het ontwikkelingsniveau van de betrokken persoon. Daarom zouden symptomen van de verstoring van bepaalde cognitieve, sociale en emotionele aspecten pas kunnen opvallen, nadat deze aspecten tot een bepaald niveau ontwikkeld zijn. In tabel 2 (pag. 10 en 11) is getoond wat voor verstandelijke beperking in combinatie met welke psychiatrische stoornis(sen) de deelnemers aan het onderzoek hebben en welke individuele kenmerken per cliënt daaraan gekoppeld kunnen worden.

1.5 LICHAMELIJKE ACTIVERING

Met het begrip '*lichamelijke activering*' richt het onderzoek zich op matig intensieve sport en beweging. Vele onderzoeken hebben bewezen dat beweging een belangrijk onderdeel is van de dagelijkse gezonde levensstijl. Zo heeft een overheids campagne, afgeleid van internationale richtlijnen zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), in 1998 de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) vastgesteld. De norm verschilt per leeftijdsgroep. De groep van dit onderzoek wordt gedefinieerd als 'volwassenen' in de leeftijd van 18-55 jaar. De bijbehorende norm is een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. 'Matig intensief bewegen' is het beste uit te leggen aan de hand van het verbruik van onze energie in rust. De hoeveelheid rust is afhankelijk van ons gewicht. Het totale verbruik in rust verschilt dus per persoon. Het totale individuele energieverbruik wordt aangegeven met "MET", een afkorting voor METabolic equivalent, wat weer de maat is voor stofwisselingsprocessen. De MET-waarde in rust is 1. Nu we weten wat we in rust verbruiken, is de term 'matig intensief' ook te omschrijven. Voor volwassenen geldt dat dit overeenkomt met MET-waarden tussen de 4 en de 6,5. Wandelen à 5 km/uur en op een rustig tempo fietsen zijn activiteiten die hierbij aansluiten (I.B.V., n.d.) (zie tabel pag.11).

Cliënt	Psychische problematiek	Verstandelijke beperking (meest recente cijfers)	Individuele kenmerken
Cliënt M.	(geagiteerd) depressief toestandsbeeld; relatieproblemen mogelijk voortkomend uit traumatische ervaringen.	Cognitief: 4 jr. (2004) SEO: 18-36 maanden (2006). Eerste individuatiefase.	Cliënt heeft een matige verstandelijke beperking en is bekend met depressies, geagiteerd van aard. Daarnaast heeft M. sociale problemen mogelijk voortkomend uit traumatische ervaringen. Er is sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. Hij functioneert emotioneel lager dan cognitief. M. functioneert sociaal-emotioneel in de eerste individuatiefase (1,5-3 jaar). Voor zijn gevoel van veiligheid heeft hij continu nabijheid nodig. Bij wegvallen van structuur ontstaat angst, wat zich uit in agitatie en probleemgedrag. M. kan emotioneel snel overvraagd worden en kan dan decompenseren en/of agressief gedrag vertonen. M. heeft een laag concentratievermogen. Hij is onzeker en angstig en zoekt houvast in een veilige omgeving en bij vaste personen. Gevaar voor emotionele overvraging is aanwezig. M. heeft een beperkt inzicht in sociale situaties. Prikkel uit de omgeving kan hij moeilijk plaatsen en betreft deze op zichzelf. M. kan erg genieten van complimentjes. (BZP, 2007).
Cliënt A.	psychische en/of emotionele stoornis: emotionele scheefgroei / onveilige hechting; Gevolg waarschijnlijk: angststoornis; Tevens bekend met vertonen depressieve trekken.	Cognitief: 5-6 jr. (2005) SEO: 2-3 jr. (2005)	Begin 2005 is er psychediagnostisch onderzoek verricht. De conclusie van dit onderzoek is de werkhypothese van dit moment. A. vertoont signalen van een emotionele scheefgroei / onveilige hechting. Het vermoeden reist dat als gevolg van een emotionele scheefgroei een angststoornis is ontstaan. Hij geeft hier uiting aan door vertoon van afwijkend gedrag, o.a. agressief gedrag en zelfverwondend gedrag, als ook praten in zichzelf (emotionele reden / zich alleen voelen). Het is waarschijnlijk dat hij een fantasievriendje ontwikkeld heeft als bescherming tegen de angstige onbegrijpelijke werkelijkheid om hem heen, een vriendje die ook als zondebok kan dienen (passend binnen zijn emotionele en cognitieve ontwikkelingsprofiel). Cliënt maakt soms een onhechte indruk, is onzeker, angstig en zoekt houvast bij een veilige omgeving en vaste personen. (BZP, 2007).
Cliënt E.	pervasieve ontwikkelingsstoornis; autisme spectrum stoornis.	Cognitief: 4-7 jr. (2002) SEO: 6-12 maanden (2007) Huidige Persoonlijk Begeleider wonen schat cognitief nu op 2-4 jr. Misschien zelfs wel lager.	Een 46-jarige man met een cognitieve lichte verstandelijke beperking en een stoornis in het autistisch spectrum, genaamd PDD-NOS. (pervasieve ontwikkelingsstoornis) Zijn ontwikkelingsprofiel is disharmonisch, waarbij het sociaal-emotioneel erg laag is (peuterniveau). (Probleem) gedrag dient vanuit het autistisch oogpunt bekeken en benaderd te worden. Algemene kenmerken cliënt: angstig en onzeker; status belangrijk; sterke verbale indruk; gemakkelijk overprikkeld; vertoont wenselijk gedrag; niet betrouwbaar in antwoorden; sterke presentatie; moeilijk afsluiten voor prikkels uit de omgeving; hoort veel; onaangepast gedrag bij niet krijgen van sterke kaders; zeer moeilijk corrigeerbaar; passief verzet; dwangmatig gedrag; controle; moeite ordenen leefwereld; gejaagdheid in handelen. (BZP, 2007)

Cliënt	Psychische problematiek	Verstandelijke beperking (meest recente cijfers)	Individuele kenmerken
Cliënt J.	(recidiverend) psychotisch toestandsbeeld-> oorzaak: mogelijk depressie c.q. angststoornis; Snelle manische ontregeling.	Cognitief: 3-4 jr. SEO: 18-36 maanden (2005)	J. is een matig verstandelijk gehandicapte man, sociaal-emotioneel functionerend in de eerste individuatiefase (18-36 maanden). Er is sprake van een disharmonisch profiel. De huidige diagnose betreft een (recidiverend) psychotisch toestandsbeeld waaraan mogelijk een depressie c.q. angststoornis ten grondslag ligt (april '05). Cliënt raakt snel manisch ontregeld. De aard van het probleemgedrag uit zich in: - uitingen van intra-psychische problematiek (zichtbaar sociaal-emotionele stress); - stemmingswisselingen, verwarring en angst; - indien de draaglast te zwaar wordt, vergroot de kans op psychose; - regie nemen: cliënt probeert dan overal en bij ieder regie op zich te nemen met overprikkeling tot gevolg. (BZP, 2007).
Cliënt R.	Schizo-affectieve stoornis (depressieve vorm);	Cliënt in het verleden moeilijk te testen geweest. Cognitief: 6-7 jr. SEO: 4 jr.	Cliënt vertoont een combinatie van verschijnselen die bij schizofrenie en manisch-depressieve stoornis worden gezien: manische en/of depressieve periodes, psychotische verschijnselen en een achteruitgang van functioneren. Er wordt echter gewerkt vanuit de psychiatrische diagnose: "schizo-affectieve stoornis". Algemene kenmerken cliënt: depressieve vorm, angsten, achteruitgang functioneren; kleine leefwereld; snel overprikkeld; selectieve denker; denken is vaak associatief en verbrokkeld; praat veel in zichzelf, mompelen; moeilijke omgang met nabijheid; (BZP, 2007).

Hoofdstuk 1

Zie voor een indruk van activiteiten met bijbehorende MET-waarden de tabel.

ACTIVITEIT	MET-waarde
Rust (liggen, zitten, ontspannen staan, eten, spreken)	1.0
Autorijden, piano spelen, computeren, typen	2.0
Wandelen 4 km/uur	3.0
Wandelen 5 km/uur	4.0
Fietsen 10-12 km/uur	5.0
Fietsen 16 km/uur	6.5
Zwemmen (crawl) 1 km/uur	5.0
Zwemmen (crawl) 3 km/uur	20.0
Rennen/joggen	8.0

Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreider in op de invloed van lichamelijke activering op de gezondheid van mensen, bekeken op neurofysiologisch en psychisch vlak. Vele onderzoeken hebben in ieder geval uitgewezen dat dagelijks bewegen goed is voor je. Voorbeelden om deze stelling alvast te onderbouwen, zijn: het helpt tegen overgewicht; het verbetert het uithoudingsvermogen en de algemene conditie; het verbetert de bloedsomloop; het ontspant; het verbetert het humeur; het ontwikkelt spierkracht en versterkt de botten, gewrichten en gewrichtsbanden; het verbetert de uitscheiding van afvalstoffen, waardoor de kans op verstoppingen wordt verminderd; het helpt tegen slaapproblemen, rugklachten en het geestelijk functioneren en tenslotte voelt men zich beter door de aanmaak van bepaalde stoffen (endorfine, serotine) tijdens de lichaamsbeweging, die weer een positief effect op stress, depressie en angst hebben.

WAAROM IS LICHAAMELIJKE ACTIVERING, BEKEKEN OP LICHAAMELIJK EN GEESTELIJK VLAK, GOED VOOR MENSEN?

2.0 INLEIDING

Gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek. De World Health Organisation (WHO) omschrijft het omvattend als "een toestand van volkomen lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden". Zoals ook al in hoofdstuk 1 vermeld werd, is er in 1998 een Nederlandse Norm Gezond Bewegen vastgesteld (NNGB) aan de hand van de internationale richtlijnen van o.a. de WHO. De bijbehorende norm voor de leeftijdsgroep 18-55 jaar bedroeg een half uur matig intensieve training op tenminste vijf dagen van de week.

Helaas liegen de cijfers er niet om. Als direct gevolg van te weinig bewegen sterven er gemiddeld achtduizend mensen per jaar. Slechts de helft van de Nederlanders haalt de bovengenoemde NNGB (NISB, n.d.). En uit een Brits onderzoek (1993-2007) onder 20.000 mensen tussen de 45 en 79 jaar oud (zonder kanker of hartproblemen), bleek dat de combinatie van voldoende beweging, het voldoende eten van groente en fruit en het niet teveel drinken van alcohol, je leven kan verlengen met 14 jaar (Crielaard, 2008). Maar afgezien van het feit dat ons wordt aangeraden om veel te bewegen, is het 'waarom' vooral interessant om te weten. Daarom wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de werkelijke invloed van lichamelijke activering op het welzijn van mensen. Om een specifieke beeldvorming te creëren wordt de invloed besproken op 'neurofysiologisch' en (2.2), 'psychisch' (2.3) vlak. Aan het eind van het hoofdstuk volgt afsluitend een samenvatting (2.4). Het hoofdstuk start echter met het verduidelijken van enkele belangrijke begrippen die van belang zijn in het onderzoek.

2.1 VERDUIDELIJKING BEGRIPPEN:

Gezondheid:

"Gezondheid wordt in de grondstellingen van de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) omschreven als een toestand van totale lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of handicap" (Abdolian, 2007).

In het onderzoek is de 'gezondheid' er voor een heel klein deel bij betrokken vanwege twee redenen:

1. Ten eerste zijn veel van de cliënten te dik. Dit komt voor een groot deel door voeding, maar ook de mate van beweging is van invloed. Voldoende reden om het gewicht maandelijks in de gaten te houden en te

bekijken of de cliënt afvalt, dan wel in mindere mate aankomt.

2. Ten tweede hebben twee van de deelnemers een lichamelijk ongemak. Cliënt A. heeft last van artrose en cliënt R. heeft de ziekte van Bechterew. Voor beide ongemakken is het van belang om regelmatig te bewegen en daar sluit dit onderzoek goed bij aan. Het is niet mogelijk om concreet te meten of de mate van last achteruit gaat. Het is wel interessant om te bekijken wat de invloed van het ongemak is op de bewegingsactiviteiten. Het is tevens niet mogelijk om in gesprek te gaan met cliënten betreffende hun eventuele lichamelijke klachten. Ten eerste is het de begeleidingsstijl niet om mee te gaan in de emoties van cliënten en ten tweede kunnen de cliënten wenselijke antwoorden geven, waardoor hun antwoorden niet als betrouwbaar aan te nemen zijn.

Artrose en de ziekte van Bechterew:

Het is voor mensen met artrose en de ziekte van Bechterew belangrijk om regelmatig in beweging te zijn. Waarom dat zo is en welke bewegingsvormen daar het beste bij aansluiten, wordt hieronder uitgelegd:

Cliënt A. heeft last van artrose, een aandoening aan het gewrichtskraakbeen (Innopharm B.V., 2008). Een andere benaming ervoor is 'gewrichtsslijtage' en het komt vooral voor op middelbare en oudere leeftijd (ongeveer 20% van alle ouderen heeft het). In het geval van cliënt A. (59 jaar) betreft het de wervels in zijn onderrug. Aan de uiteinden van botten zit kraakbeen, wat als een soort stootkussen werkt. Kraakbeen dient om grote krachten in een gewricht op te vangen. Bij artrose neemt de kwaliteit en hoeveelheid kraakbeen langzaam af. Het gevolg hiervan is dat de botten de schokken zelf moeten opvangen, wat leidt tot een vervorming of een verdikking van botuiteinden. Het veroorzaakt op den duur bewegingsbeperking, stijfheid, pijn en heeft gevolgen voor de algemene mobiliteit. Medicatie is een optie tegen de pijn. Beweging vormt echter voornamelijk een belangrijk onderdeel van de behandeling, omdat het de verergering afremt. Kraakbeen werkt namelijk als een soort spons, die zich bij druk leeg perst en zich daarna weer volzuigt met gewrichtsvloeistof (glucosamine). En het is die vloeistof, dat de nodige voedingsstoffen bevat. Door regelmatig te bewegen, wordt kraakbeen geactiveerd en wordt de voedselvoorziening bevoorrad. Daarbij worden door beweging de omringende spieren, pezen en banden aangesterkt, die de schokken mee om kunnen vangen (NebasNsg, n.d.). In het algemeen zijn alle bewegingsvormen goed waarin veelzijdig wordt bewogen, zoals wandelen, fietsen en activiteiten in het water. Wandelen doet de cliënt al met de woonvoorziening en fietsen is een individueel onderdeel van zijn dagprogramma. Zwemmen is daarom een uitstekende optie als activiteit voor het onderzoek. De cliënt heeft twee zwemdiploma's behaald en zwemt nu individueel op vrijdagmiddag. Met zwemmen wordt het uithoudingsvermogen, de coördinatie van

bewegingspatronen, de spierkracht en de mobiliteit van gewrichten bevorderd, aangezien vrijwel alle spieren en gewrichten geactiveerd worden. Het helpt daarom tegen gewrichtsklachten, als artrose. Door beweging blijven de gewrichten soepel en goed aangevuld met glucosamine. Daarbij wordt mobiliteit in de rug vergroot (De Wit, n.d.).

Clïënt R. heeft de ziekte van Bechterew, een ziekte die circa 1 op de 1500 keer in Nederland voorkomt. De ziekte van Bechterew is een reumatische aandoening, wat een geleidelijk verlopende ontsteking, verstijving en vergroeiing veroorzaakt van de wervelkolom door verbening van wervels en tussenwervels. Het gevolg hiervan is dat men vooral 's nachts pijn aan de gewrichten voelt en te kampen heeft met (ochtend)stijfheid. Andere gevolgen zijn orgaanontstekingen, krom lopen, bewegingsbeperking en geleidelijk toenemende rugpijn. Naast medicatie en leefregels, horen bewegingsoefeningen tot de behandeling tegen de pijnbestrijding en om erger te voorkomen. Regelmatig bewegen vertraagt het verstijving- en vergroeiingsproces. Het is daarom van groot belang, omdat rust daarentegen de stijfheid en pijn doet toenemen. In principe zijn alle bewegingsvormen goed, mits ze niet te belastend zijn voor de rug. Bewegen met een matige intensiteit kan al leiden tot verbetering van het bewegingsapparaat en het algemeen welbevinden (Reumafonds, n.d. & Innopharm B.V., 2008). Clïënt R. gaat daarom tweemaal per week 45 minuten tot een uurtje deelnemen aan individueel gerichte bewegingsagogie.

Duursport versus krachttraining (Dasler, 1994):

Duursport bestaat merendeels uit minder intensieve langdurige trainingen, wat tegenovergesteld is aan krachtsporten, waar explosiviteit meermaals een vereiste is. Aan duursport zijn veel voordelen gebonden. Het optimaliseert namelijk verschillende lichaamssystemen. In volgende paragrafen wordt hier specifiek op ingegaan. Duursport is van toepassing op mijn onderzoek.

Bewegingsagogie versus bewegingstherapie

(Dasler, 1994):

De term bewegingsagogie wordt vaak gebruikt in samenhang met de term bewegingstherapie. De werkzaamheden van een bewegingstherapeut en een bewegingsagoog vertonen vele overeenkomsten en verschillen. Het voornaamste verschil is de aan- of afwezigheid van een hulpvraag. Bewegingsagogie is meer van toepassing op de doelgroep van het onderzoek. Hieronder volgt verduidelijking:

- Bewegingsagogie: een hulpverleningsstrategie die gericht is op de begeleiding van de cliënten met de hulpvraag. De begeleider sluit hierbij aan bij wat de cliënt zelf nog kan en wil. De aangeboden bewegingssituatie en benaderingsvorm sluiten hiermee aan bij de behoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt. Met betrekking tot mijn doelgroep wordt deze wensen en behoeften als het ware 'gelezen' door de Persoonlijk Begeleider van de cliënt, daar de cliënt niet goed in staat is dit zelf aan te geven. Dit resulteert in een doel tot het stimuleren tot beweging, het komen tot ontspanning en dus uiteindelijk het leveren van een zinvolle dagbesteding. Eventueel worden hier nog

specifieke doelstellingen aan toegevoegd. Sprake van een echt behandelplan is er niet. Deze vorm is van toepassing op het onderzoek.

- Bewegingstherapie: een hulpverleningsstrategie voornamelijk gericht op beïnvloeding van het 'probleemgedrag', of terwijl de specifieke hulpvraag van de cliënt. Het kan echter ook zo zijn dat ter doel gesteld wordt om 'afglijden' zo lang mogelijk uit te stellen. Er wordt dan bijv. gestreefd naar het verhinderen van verstoring van het emotioneel evenwicht en/of het remmen van de ontwikkeling van een probleem. Een nauwkeurige vaststelling van de hulpvraag is daarmee het uitgangspunt. Het opstellen van een behandelplan is het gevolg om aan deze hulpvraag te werken. Daarmee mag geconcludeerd worden dat bewegingstherapie specifiek van aard is.

2.2 DE INVLOED VAN LICHAMELIJKE ACTIVERING OP 'NEUROFYSIOLOGISCH' VLAK

In de inleiding kwam naar voren dat sporten gezond voor je is. Een goede levensstijl kan je leven zelfs ruimschoots verlengen. In dit hoofdstuk wordt het 'waarom' besproken door de effecten van beweging en de processen die het veroorzaakt in je lichaam uiteen te zetten.

Je hele lichaam wordt bestuurd vanuit de hersenen, een roze-grijze massa van een dergelijke 10 miljard zenuwcellen. Iedere zenuwcel is op duizenden anderen aangesloten, waarlangs signalen (boodschappen) worden doorgestuurd. Boodschappen komen voor het grootste gedeelte binnen in de hersenschors via zenuwen. De hersenen verwerken deze boodschappen en verzenden weer miljoenen zenuwsignalen naar de rest van het lichaam (bijv. spieren) om ze opdrachten te geven. Zo kunnen we bijvoorbeeld een beweging maken (gezondheid.infoblog.be, 2008). Dasler (1994) geeft aan dat bewegen direct het zenuwstelsel, opdrachtgever tot bewegen, van de mens activeert. Hersenen (specifieke delen: motorische schors; extrapiramidale gebieden; ruggenmerg) en zenuwen zijn dus bij bewegen zeer betrokken met elkaar. Het zenuwstelsel wordt door bewegen geprikkeld, wat weer van positieve invloed is op geestelijke functies. Het is namelijk zo dat door regelmatige prikkeling van het zenuwstelsel, de hersenen tijdens de lichaamsbeweging bepaalde stoffen aanmaken, die voor positieve gevoelens zorgen (Maas, 2005). Enkele voorbeelden van werkzame stoffen zijn bijvoorbeeld: endorfine, adrenaline, testosteron en serotine (Stichting Gezond Verstand, 2008). In de volgende paragraaf wordt uitgelegd wat ze inhouden en waarom ze voor positieve gevoelens zorgen, omdat ze meer aansluiten bij het 'geestelijk' vlak. Op neurofysiologisch vlak kan het volgende over endorfine gemeld worden: de productie van endorfine, een morfineachtige stof, activeren de 'Natural Killer-cellen'. Deze NK-cellen worden geproduceerd in de witte merg en zorgen voor het direct onschadelijk maken van eventuele ziekteverwekkers in het lichaam (Maas, 2005).

Zojuist was al benoemd dat de spieren, die bijna de helft van het lichaam bedekken, geactiveerd worden door gegeven boodschappen vanuit de hersenen. Deze lange, draadachtige cellen vormen samen bundels, die samenwerken om de beenderen in

beweging te krijgen. Bij het activeren vindt er in elke spiercel een verbranding plaats, waardoor energie en warmte vrijkomt. Sommige spieren werken zelfs 24 uur per dag, bijvoorbeeld het hart. Voor dit spierweefsel is beweging van vitaal belang, aangezien ze anders verzwakken of verminderen in omvang. Het stimuleren van het weefsel zorgt omgekeerd voor sterkere en krachtigere spieren (De Wit, n.d.).

Bewegingsoefeningen zijn anders dan bovengenoemde spieractiviteit, omdat ze veel doelbewuster naar iets toewerken. Het doel is namelijk het trainen van de persoon, zodat ze tegen meer dan normale belasting bestemd zijn. Oefeningen zijn daarom van grote betekenis voor de gezondheid. Men bouwt een betere weerstand op en vele ziekte toestanden kunnen door de juiste oefeningen afgeremd, verbeterd en voorkomen worden (De Wit, n.d.).

Tevens staat de hoogte van de lichamelijke conditie in direct verband functies als longen en hart. Het is aangetoond dat een slechte conditie van negatieve invloed is op de werking en levensduur van hart en longen. Drie keer bewegen is vaak al voldoende om hart en longen vitaal te houden. Tevens worden de bloeddruk en de hartslag positief beïnvloed (Stichting Gezond Verstand, 2008). Dasler (1994) en Steffny (2004) geven tevens aan dat bewegen van belang is voor het uithoudingsvermogen. Steffny legt vooral de nadruk op duurtraining. Hij geeft aan dat langere lichamelijke beweging van positieve invloed is op de optimalisering van hart, longen (ademhalingssysteem), vetverbranding en bloedvaten en –waarden. Deze dragen samen weer de zorg voor de juiste verdeling van voedingsstoffen en zuurstof. Hardlopen is bijvoorbeeld een uitstekende duursport voor het lichaam. Het activeert kleppen in de bloedvaten en de pompwerking van de spieren. Dit zorgt voor een juiste circulatie van het bloed en levert minder kans op bijv. trombose. Overige bewegingsactiviteiten als zwemmen, wandelen en sporten waarbij intensief gerend moet worden (waaronder dus ook voetbal), zijn erg bevorderend voor de conditie van het lichaam, aangezien het oefeningen zijn waarbij meerdere lichaamsdelen tegelijkertijd worden geactiveerd.

Hieronder volgt een uitleg van de positieve invloed van lichamelijke activering op o.a. Steffny's bovengenoemde aspecten:

- **Hart:**

De hartspieren worden ontwikkeld en sterker gemaakt, zodat het hart efficiënter gaat pompen door meer bloed per slag te verplaatsen. Het hartritme wordt hierdoor langzamer (De Wit, n.d.) en er wordt meer zuurstof naar de cellen in je lichaam gebracht. Daarbij vermindert bewegen het klonteren van het bloed, waardoor de kans dat je een hartkwaal krijgt, wordt verkleind. De mensen die niet sporten, lopen hier tweemaal zoveel kans op (Appleby, n.d.).

- **Longen:**

De longen worden getraind om per tijdseenheid, met minder inspanning, meer zuurstof op te nemen en af te geven (De Wit, n.d.).

- **Vetverbranding:**

Lichaamsbeweging draagt ook bij aan het kwijtraken van ongewenst lichaamsvet, doordat calorieën verbrand worden. Calorieën wordt geleverd door voedsel en zijn vitale energie om te kunnen bestaan. Echter, neemt een persoon meer calorieën in, dan hij verbrandt, dan loopt die persoon de kans dik te worden. Eerder werd al vermeld dat lichaamsbeweging ook de spiermassa bevordert. Hoe meer spiermassa uw lichaam heeft, hoe meer calorieën het verbrand (zelfs in rust) (LSHTM, 2007).

- **Bloedvaten en bloeddruk:**

Tijdens het bewegen gaan meer vaten openstaan, waardoor het bloed over een groter oppervlak wordt verdeeld. Daarbij worden ook meer bloedvaten aangemaakt door het sporten, wat tot gevolg heeft dat het bloed zich in rust ook over een grotere oppervlakte kan verdelen. Dit is dus van positieve invloed op een stabielere peil van uw bloeddruk.

- **Aderverkalking:**

Geen of weinig beweging speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van aderverkalking. Het is wel goed om te vermelden dat men tegenwoordig, ook al is het nog niet bewezen, tevens naar de gedachte neigt dat beweging ook weer kan bijdragen aan het doen verdwijnen van een beginnend aderverkalkingproces.

- **Botweefsel en botgroei:**

De aanmaak van botweefsel en botgroei wordt gestimuleerd door belasting en beweging. Er is wel een zekere hoeveelheid beweging nodig om ze op sterkte te houden. Tevens wordt botontkalking (osteoporose) voorkomen (Stichting Gezond Verstand, 2008).

- **Gewrichten:**

Beweging remt de verergering van de afbraak van kraakbeen af. Kraakbeen werkt namelijk als een soort spons, die zich bij druk leeg perst en zich daarna weer volzuigt met gewrichtsvloeistof (glucosamine). En het is die vloeistof, dat de nodige voedingsstoffen bevat. Door regelmatig te bewegen, wordt kraakbeen geactiveerd en wordt de voedselvoorziening bevoorrad. Simpel gezegd zorgt weinig beweging voor weinig doorbloeding en dus kans op verhoogde slijtage.

- **Stofwisseling:**

Beweging bevordert de optimale functionering van stofwisseling. Het gehalte van cholesterol wordt bijvoorbeeld niet alleen bepaald door voeding, maar ook door beweging, aangezien het een normaliserende werking heeft op het gehalte. Een groot aantal andere stoffen reageren tevens goed op beweging en sport, zoals het verkrijgen van een stabielere suikerspiegel.

- **Regulatie afvalproductie:**

Lichaamsbeweging zorgt dat je darmen actief blijven, wat weer een positief effect heeft op de vermindering van obstipatie.

- **Verbetering slaap:**

Tenslotte heeft onderzoek aangetoond dat slaappatronen van lichamelijke actieve mensen beter

zijn dan van inactieve mensen, omdat het lichaam na de activiteit behoefte heeft om te herstellen. Dit vindt voor het grootste gedeelte plaats tijdens het slapen. De spieren zijn ontspannen en hierdoor vallen mensen gemakkelijker in slaap en slapen ze ook dieper, waardoor ze met meer energie wakker worden.

2.3 DE INVLOED VAN LICHAMELIJKE ACTIVERING OP 'PSYCHISCH' VLAK

In de vorige paragraaf is uitgebreid aan de orde gekomen dat beweging en sport de kwaliteit van je innerlijke lichamelijke processen vergroot. Inherent hieraan verbonden zijn natuurlijk de mentale gevolgen. Het is namelijk ook belangrijk dat men een beter innerlijk gevoel krijgt onder en na het sporten. In deze paragraaf worden om die reden de psychologische voordelen op een rij gezet.

In paragraaf 2.2 werd besproken dat het zenuwstelsel en de hersenen nauw in verbinding staan met elkaar. Regelmatige prikkeling van het zenuwstelsel door lichaamsbeweging zorgt ervoor dat de hersenen bepaalde stoffen gaan aanmaken, die van positieve invloed zijn op ons welbevinden. De meest bekende stoffen zijn 'endorfine', 'adrenaline', 'testosteron' en 'serotine'. Endorfine is een morfineachtige stof, dat bij voorbaat als pijnonderdrukkend werkt, maar tevens zorgt voor een gevoel van geluk of euforie. Hardlopers geven daarom regelmatig aan in een 'Runner's High' toestand terecht te komen: een roes die kan ontstaan tijdens en na een fysieke inspanning door de afscheiding van de endorfine aan het bloed. Adrenaline is de stof die door je heen 'schiet' als het ware bij schrik, stress of opwinding. Het maakt je alerter en actiever, maar dat is niet altijd goed. Bij het sporten wordt de aanmaak van de stof verminderd, waardoor sporten dus bijdraagt aan vermindering van onrustige gevoelens. Sporten heeft tevens een positieve invloed op aanmaak van de stof testosteron, beter bekend als het mannelijke hormoon. Een verhoogde concentratie van deze stof, geeft een goed gevoel. Een tenslotte, serotine, een stof die bij toename door extreme inspanningen zorgt voor negatieve gevoelens, een soort hersenvermoeidheid. Bij lichtere inspanning treedt deze inspanning ook op, maar zorgt dan voor een gevoel van ontspanning (Stichting Gezond Verstand, 2008).

Sporten zorgt kortom voor een balans van deze stoffen in het lichaam. Het is ook interessant om te vermelden (Botterman, 2007) dat door deze endorfineproductie een tekort aan bepaalde neurotransmitters opgeheven wordt, hetgeen gelijkwaardig staat aan de werking van antidepressiva. Het is namelijk gebleken dat lichaamsbeweging een matig tot groot effect heeft op depressie in klinische groepen en dat het resultaat gelijkwaardig gesteld mag worden aan de werking van medicatie en psychotherapie. Onderzoek heeft aangetoond dat de combinatie van deze drie methoden de beste resultaten geeft als het gaat om de behandeling van depressie. De productie van endorfine werkt rustgevend, creëert een gevoel van welbehagen en vermindert de innerlijke sombere gevoelens.

Daarbij zorgt beweging voor afleiding. Door te sporten, kun je je geest volledig vrijmaken, waardoor je een

andere kijk op het leven kan krijgen (Botterman, 2007). Het verbetert je vermogen tot nadenken wat ertoe kan leiden dat je een positievere draai kan geven aan dagelijkse, moeilijke gebeurtenissen. Recent, grootschalig onderzoek heeft aangetoond dat mensen die regelmatig lichamelijk actief zijn, hun problemen minder zwaar nemen, minder gespannen zijn en ook meer energie hebben. De conclusie is duidelijk: de interactie tussen het lichaam en de hersenen heeft een positieve invloed op de gemoedstoestand. Een ander voordeel is de concentratie. Onderzoek heeft aangetoond dat oudere mensen die regelmatig bewegen zich beter en langer kunnen concentreren dan mensen die niet of weinig aan lichaamsbeweging doen. Lichaamsbeweging stelt je namelijk in staat je aandacht ergens op te richten, zodat je je beter kunt concentreren. Bovendien stimuleert lichaamsbeweging de bloedtoevoer naar de hersenen, waardoor mentale prestatie verbetert (Fysiofit Enschede, 2006).

Lichamelijke activering biedt mensen de mogelijkheid om controle en een gevoel van competentie te ervaren (Botterman, 2007). Een voorbeeld hierbij zijn mensen die steeds minder mobiel worden door ouderdom. Door het bewegingsapparaat zo soepel mogelijk te houden, kunnen ze langer zelfstandig voortbewegen, wat weer van positieve invloed is op het psychisch functioneren. Dit levert een winst op aan zelfvertrouwen, zelfkennis en vastberadenheid, waardoor ze eventuele nieuwe problemen op hun pad met vertrouwen aan durven gaan.

Uit het voorgaande kan, als we alle voordelen bij elkaar optellen, eenvoudig de lijn doorgetrokken worden naar het positieve effect op stress: een gevoel van tijdelijke innerlijke spanning, wat ervoor kan zorgen dat je net dat beetje meer je best doet of dat je net iets meer bereikt. De productie van adrenaline stijgt dan ook. Het voelen van stress wordt pas een probleem als we er niet meer mee om kunnen gaan en we de negatieve effecten op lichaam en geest gaan voelen. Lichamelijke activering draagt eraan bij dat emotionele en fysieke spanningen verlaagd worden. Het helpt het innerlijke evenwicht herstellen (De Wit, n.d.). Onderzoek heeft namelijk uitgewezen dat mensen die regelmatig actief zijn minder last van stress hebben. Dit komt, omdat lichamelijke activiteit zorgt voor een verlaging van de (diastolische) bloeddruk en een afname van irritatie. Daarom adviseren steeds meer artsen lichaamsbeweging als "medicijn" tegen stress. Uit onderzoek is gebleken dat lichaamsbeweging waar plezier aan wordt beleefd van positievere invloed is op stress, dan lichaamsbeweging die als afmattend en zwaar wordt ervaren (Fysiofit Enschede, 2006).

2.4 SAMENVATTING

Achtduizend mensen sterven jaarlijks als gevolg van te weinig beweging en slechts de helft van de Nederlanders haalt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, opgesteld in 1998. In dit hoofdstuk is getracht de positieve effecten van lichamelijke activering, op zowel neurofysiologisch als psychisch vlak, uiteen te zetten.

Op neurofysiologisch vlak is aangetoond dat de hersenen en het lichaam nauw met elkaar samenwerken. Elke seconde worden miljoenen

boodschappen naar de hersenen gestuurd, verwerkt en teruggezonden door het gehele lichaam. De aanzet tot beweging komt dus ook vanuit de hersenen. Op neurofysiologisch vlak levert dit positieve effecten op vitale delen van het lichaam, als het hart en de longen. Daarnaast is beweging goed voor de verbetering van de kwaliteit van je innerlijke processen. Voorbeelden hiervan zijn verbetering op het gebied van bloeddruk, gewrichten, stofwisseling, je spieren, afvalproductie en vetverbranding.

Maar ook op psychisch vlak wordt winst behaald. Door lichamelijke activering maken de hersenen bepaalde stoffen aan, als endorfine, die voor een beter innerlijk gevoel zorgen (geluk, euforie, rust). Tevens is door onderzoek aangetoond dat lichaamsbeweging een matig tot groot effect heeft op depressie en dat het resultaat gelijkwaardig gesteld mag worden aan de werking van medicatie en psychotherapie. Maar ook op andere manieren wordt het welbevinden bevorderd. Lichamelijke activering verbetert ons vermogen tot nadenken, vermindert onze innerlijke spanning en zorgt voor meer energie. Het zorgt voor een verhoging van onze concentratie en het verbetert onze mentale prestaties door de stimulatie van bloedtoevoer naar de hersenen. Daarbij zorgt sporten voor een versoepeling van ons bewegingsapparaat en draagt het bij aan een gevoel van competentie, zelfstandigheid en zelfvertrouwen. Tenslotte zorgt het voor een vermindering aan innerlijke stress, doordat emotionele en lichamelijke spanningen (angst, irritatie) verlaagd worden.

Voor al dit laatste voordeel is van belang voor dit onderzoek, aangezien mede aangetoond moet worden of lichamelijke activering bijdraagt aan een positief effect op het gebied van stemming en spanning (zie hoofdstuk 5). Dit stuk theoretisch kader toont aan dat lichamelijke activering bijdraagt aan een verlaging van emotionele en fysieke spanningen en helpt om het innerlijke evenwicht te herstellen. Regelmatige activering zorgt voor een vermindering van stress, mede door de verlaging van bloeddruk, angst en irritatie. Dit is een belangrijke conclusie voor het onderzoek.

WAT IS ER AL BEKEND AAN LITERATUUR- EN ONDERZOEK M.B.T. DE LICHAAMELIJKE ACTIVERENDE BEGELEIDING VAN MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING EN EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS?

3.0 INLEIDING:

De (verstandelijk) gehandicapten sport zit in de lift en maakt de laatste decennia een mooie ontwikkeling door, mede door de verandering van visie richting de doelgroep en de daaruit voortvloeiende aandacht op sportgebied. De eerste paragraaf gaat in op de totstandkoming van deze bloei, waar een stuk historie bij wordt aangehaald. Paragraaf 3.2 haalt vervolgens algemene informatie aan betreffende sporten voor verstandelijk beperkten. Hierbij wordt tevens bekeken wat het pedagogisch belang is van lichamelijke activering. Paragraaf 3.3 exploreert wat de invloed is van de verstandelijke beperking op de beoefening van sport, waarna in paragraaf 3.4 wordt bekeken wat de rol is van de begeleider bij lichamelijke activering. Paragraaf 3.5 bekijkt hoe alle informatie zich verhoudt tot het sporten met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis en daarmee wordt de koppeling naar het onderzoek gemaakt. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting in paragraaf 3.6.

Het is echter van belang eerst het begrip 'lichamelijke activerende begeleiding' helder te krijgen, ter verduidelijking van dit hoofdstuk. Het begrip betreft het begeleiden van cliënten met een beperking (m.b.t. dit onderzoek: een verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische stoornis) bij het beoefenen van de desbetreffende lichamelijke activiteit. En dat kan zo enkelvoudig zijn als wandelen op het terrein tot zo complex als het deelnemen aan een sport bij een reguliere sportvereniging. De begeleiders zijn de steunpilaren als het gaat om het mogelijk maken van, het verwezenlijken van wensen en behoeften met betrekking tot en het bieden van de juiste begeleiding (bijv. kaders, voorwaarden en grondhouding) voor, tijdens en nadien de lichamelijke activering. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 3.4.

3.1 DE OPKOMST VAN DE SPORT IN NEDERLAND VOOR MENSEN MET EEN BEPERKING

De eerste stap werd gezet in 1926, het jaar dat de Nederlandse Dovensportbond (NDSB) werd opgericht. In de beginjaren waren alleen sporten als zwemmen, voetbal en atletiek te beoefenen, maar tegenwoordig zijn daar al elf sporten aan toegevoegd, waaronder squash, waterpolo en tennis. In 1961 werd de Nederlandse Invaliden Sportbond (NIS) opgericht, waar direct 45 clubs zich bij aansloten. Begin jaren zeventig werden hier al snel nieuwe sporten aan toegevoegd, als zitvolleybal en rolstoelbasketbal. De snelle ontwikkeling en het enthousiasme voor de nieuwe sector zorgden ervoor dat in 1980 de Olympische Spelen voor Gehandicapten georganiseerd werden in Arnhem.

Maar dit voorgaande stuk betreft de opkomst van de lichamelijk gehandicapten sport. Reguliere sportbonden en de sportbonden voor mensen met een lichamelijke beperking stonden namelijk voor de jaren zeventig niet open voor mensen met een verstandelijke beperking. Oorzaken hiervan waren de onbekendheid van de doelgroep en hun mogelijkheden. Maar in 1973 kwam de omslag met de oprichting van de Nederlandse Sportbond voor Geestelijk Gehandicapten (NSG). Deze bond had als visie dat deelname aan sportactiviteiten een positieve uitwerking heeft op de maatschappelijke integratie van mensen met een verstandelijke beperking. Direct bij de oprichting sloten 19 verenigingen met 1200 sporten zich aan bij de bond. Anno 2000 is dit aantal uitgegroeid tot 180 verenigingen, die zorgdragen dat maar liefst 15.000 sporters elke week actief zijn.

In 1992 fuseerden allerlei kleine organisaties en de NIS samen tot de oprichting van de Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten (NEBAS). In 2001 verdween vervolgens de barrière tussen de lichamelijke beperking en de verstandelijke beperking met de fusie tussen de NEBAS en de NSG, tot de NebasNsg. Hiermee was een grote organisatie gesticht, die de sportdeelname stimuleert voor mensen met wat voor beperking dan ook, waarbij wordt uitgegaan van de wensen en mogelijkheden van de deelnemers zelf.

Ook op internationaal gebied hebben zich vele goede ontwikkelingen voorgedaan met betrekking tot sporten met een beperking. Later in dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de internationale sportontwikkeling met betrekking tot de verstandelijke beperking.

3.2 SPORTBEOEFENING DOOR VERSTANDELIJK BEPERKTEN

Sporten is voor iedereen. Een beperking in welke vorm dan ook (lichamelijk; verstandelijk & zintuiglijk), mag niemand beletten om te sporten. Daarom is het belangrijk om uit te gaan van de mogelijkheden van de mens, in plaats van de concentratie te leggen op de beperking(en).

Verandering in visie

In hoofdstuk twee is aan de orde gekomen, dat sport- en bewegingsactiviteiten bijdragen aan de

gezondheid en het welbevinden van de mens, zowel op neurofysiologisch als psychisch vlak. Het levert een bijdrage aan de fysieke gezondheid van het lichaam, het draagt bij aan een toename in zelfvertrouwen en zelfstandigheid en leidt tot een vermindering van minderwaardigheidsgevoelens en angsten. Natuurlijk staan ook ontspanning en plezier op de voorgrond. In het vorige hoofdstuk is echter ten opzichte van verstandelijk beperkten en sport een ander groot voordeel niet aan bod gekomen, namelijk het maatschappelijke voordeel. De laatste tien jaar heeft er namelijk een verandering in visie (Amarant, 1999 & 2004; NebasNsg, n.d.) plaatsgevonden ten opzichte van mensen met een beperking: de doelgroep moest een leven kunnen leiden als ieder ander en als volwaardig burger kunnen deelnemen aan de maatschappij. Met die verandering van visie werd in alle sectoren van de maatschappij de laatste jaren steeds meer ondernomen om integratie, emancipatie en maatschappelijk participatie van mensen met een beperking te bevorderen, ook op het gebied van sport. De scheiding tussen mensen met en zonder beperking werd niet langer geaccepteerd. De gehandicaptensport is hierdoor in de lift geraakt. Het is een streven geworden om zoveel mogelijk mensen met een beperking (in welke vorm dan ook) naar eigen wensen en mogelijkheden aan het sporten te brengen met het oog op het bieden van een geaccepteerde en gelijkwaardige positie binnen de samenleving en binnen de sportwereld, nationaal en internationaal.

Gehandicaptensport in de lift

De NebasNsg is zo'n organisatie die wil bijdragen aan die visie en zich daarom met ambitie inzet voor deze doelgroep. Na de fusie in 2001 is de organisatie heden ten dage uitgegroeid tot een icoon in de gehandicaptensport. Vierhonderd verenigingen hebben zich aangesloten. De meeste van deze verenigingen zijn speciaal opgericht voor mensen met een verstandelijke beperking, maar de laatste jaren zijn er ook steeds meer reguliere sportverenigingen (NebasNsg, n.d.) waar gehandicapten lid zijn. Vele vrijwilligers begeleiden deze sporters bij die activiteiten. In vergelijking met vroeger staan deze reguliere verenigingen steeds meer open voor mensen met een beperking en dat is positief voor de doelgroep, aangezien daarmee hun keuzemogelijkheden vergroot worden. Nu hebben ze de keuze om zich bij een specifieke of een reguliere sportvereniging aan te sluiten. Daarbij is het ook een positieve ontwikkeling, omdat hiermee voor elke sporter met een verstandelijke beperking individueel bekeken kan worden welke sport het meest aansluit bij de persoon. Dé verstandelijke beperkte bestaat namelijk niet, door de grote diversiteit aan oorzaken en de ruime variëteit in het niveau van het functioneren. Nu is er de mogelijkheid om te zoeken naar de juiste sport, aansluitend bij het niveau, de interesses en eventuele overige beperkingen. Door het bredere aanbod kan daarbij specifiekere gelet worden op de randvoorwaarden, als locatie, accommodatie, kosten, vervoer en begeleiding (NebasNsg, 2003).

Pedagogisch belang

Het belang van lichamelijke activering vanuit pedagogisch oogpunt komt nu aan de orde. Dit richt zich zowel in het algemeen op mensen met een

beperking, als op mensen met verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis (de doelgroep van dit onderzoek). Ook wordt bekeken wat het voor een pedagoog betekent om bij te dragen aan lichamelijke activerende begeleiding.

Als pedagoog houd je je in het algemeen bezig met de mens in ontwikkeling. De doelstelling is om ontwikkeling mogelijk te maken en te stimuleren. Door lichamelijke activering verwezenlijk je op belangrijke en in aanwezige mate dat doel. Dat is dan ook concreet het pedagogisch belang. De insteek van de huidige visie is om zoveel mogelijk mensen met een beperking naar eigen wensen en mogelijkheden tot verantwoord sporten en bewegen te brengen. Op deze wijze is het streven de maatschappelijke participatie te bevorderen (zie 'verandering in visie') en een gelijkwaardige en geaccepteerde positie te verschaffen (NebasNsg, n.d.). Dit komt ten goede van de ontwikkeling van mensen met een beperking, aangezien het bijdraagt aan de kwaliteit van het leven. En dat is toch het voornaamste wat je wilt bereiken in de professie als pedagoog. Door sportbeoefening komen de cliënten in aanmerking met anderen, wat een vergroting aan contact- en speelmogelijkheden betekent en dus een winst op sociaal vlak. Daarbij kunnen de cliënten zelf hun wensen en behoeften kenbaar maken, wat goed is voor de bevordering van zelfrealisering, zelfvertrouwen en zelfwaardering. De mensen met een beperking zullen winst boeken op het gebied van controle en competentie (Botterman, 2007). Deze aspecten leveren vervolgens weer een positiever lichaamsbesef op en daardoor een afname aan stress (Fysiofit Enschede, 2006).

Voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis ligt de voornaamste doelstelling niet op maatschappelijke participatie, aangezien de cognitieve en sociaal-emotionele intelligentie van de doelgroep discrepant is. Daarbij is bekend dat verwachtingen in de samenleving hoog zijn wat regelmatig leidt tot overschatting. Wat wel een belangrijk doel is, is om bij te dragen aan het *welbevinden* en de *betrokkenheid* van de cliënt. Welbevinden wordt gedefinieerd als de mate waarin een kind zich prettig voelt bij de leiding, in de groep kinderen en in de fysieke omgeving van de instelling. Met betrokkenheid wordt de mate bedoeld waarin een cliënt opgaat in de activiteit waar hij/zij mee bezig is (De Schipper, 2003). Door lichamelijke activering als middel te benutten, kunnen deze doelen mede gediend worden. En dat kan zo enkelvoudig beginnen als een goed stuk wandelen buiten met de groepsleiding. Het mooie aan wandelen is dat je het samen doet, wat een gelijkwaardige positie oplevert. Als begeleider bied je betrokkenheid aan je cliënten, wat voor een gewin aan vertrouwen zorgt. De cliënten hebben moeite twee zaken tegelijk te doen. Wandelen zet de gedachten stil, omdat ze bezig zijn met de activiteit. Daar moeten ze zich op concentreren, waardoor ze opgaan in de activiteit. Daarbij krijgen ze positieve prikkels van buiten mee (seizoenen, buitenlucht, de natuur etc.). Deze aspecten reduceren spanning. Hierdoor voelt de cliënt zich tijdens de lichamelijke activering prettig op het terrein en met de mensen waarmee het wandelt. Door het wandelen raken de cliënten lichamelijk vermoeid, wat ook weer rust in de 'bovenkamer'

brengt. Het doel van de begeleiding is om een balans te zoeken tussen activiteit en rust. Na de lichamelijke activering buiten, wordt bij thuiskomst rust geboden. Door de reducering van spanning buiten, zullen ze ook tijdelijk nadien meer ontspannen de dag beleven. Daarbij zorgt de vaste herhaling van de activering voor structuur en duidelijkheid. Het is een vast onderdeel geworden in het programma, wat veiligheid oplevert. Ze weten hoe het werkt (kaders en voorwaarden zijn duidelijk) en wat er van hen verlangd wordt. Dat is betrouwbaar. Tenslotte is een enkelvoudige activiteit als wandelen een eerste opstap naar revalidatie. Het is een fundament om te komen tot volgende activiteiten. Voordat een cliënt zijn programma kan uitbreiden met werken, zal hij eerst ernaar toe moeten lopen. Of, je kunt het wandelen uitbreiden tot meer complexe lichamelijke activiteiten als sporten in de sportzaal en zwemmen. Deze uitbreiding draagt weer bij aan de ontwikkeling van cliënten en komt daarmee ten goede aan het welbevinden. Deze informatie is mede gebaseerd op de gehouden interviews met diverse deskundigen. Deze zijn terug te vinden in de bijlagen onder nummer 5b t/m f.

Als pedagoog heb je de mogelijkheid hierin een prachtige rol te vervullen. Je kunt de cliënten direct begeleiden bij de lichamelijke activering of werken in multidisciplinair verband om indirect je invloed uit te oefenen op de scenario's (kaders, structuur, verloop, verwachtingen) omtrent de activiteit om eventuele hiaten eruit te halen en daardoor het soepeler te laten verlopen, wat weer ten goede komt aan de cliënt (reducering lichamelijke spanning en psychische stress). Je draagt daarmee aanzienlijk bij aan het behandelplan van een cliënt en zijn ontwikkeling. Het is ook mogelijk om begeleiders te adviseren en te instrueren hoe ze nog beter de cliënten kunnen begeleiden of je kunt op een hoger niveau het beleidsplan van de instelling uitbreiden met een paragraaf, waarin de rol voor de lichamelijke activering en de verbonden voordelen eraan nadrukkelijk verwoord worden. Tenslotte kan de pedagoog de taak hebben om te praten met cliënten over de wensen en behoeften omtrent lichamelijke activering op het terrein en te trachten deze mogelijk te maken.

Cijfers

Helaas ontbreken er concrete gegevens betreffende het specifieke aantal verstandelijk beperkten in Nederland en de hoeveelheid regelmatig sportenden daarvan. Gegevens uit 2000 melden dat er 100.000 mensen zijn met een verstandelijke beperking (exclusief de tehuisbevolking) en cijfers uit 2003 melden dat er 30.000 mensen destijds regelmatig sportten of bewogen.

Het is wel gelukt om cijfers te bemachtigen van sportenden met een beperking (dus niet alleen met een verstandelijke beperking) van de jaren 2000-2001 en 2002-2003, verdeeld over de regio Midden-Brabant. Deze tabel is terug te vinden in de bijlagen, nummer zes.

Uit de tabel is af te lezen dat in het jaar 2002-2003, vergeleken met het jaar 2000-2001, er in vijf steden een vooruitgang geboekt werd ten aanzien van het aantal sportenden met een beperking. Ook buiten

de regio was de stijgende lijn groot. Kijken naar het totaalbeeld van de regio Midden-Brabant betekende dit een concrete progressie van 458 sporters, wat gelijk staat aan procentuele stijging van 21%.

Sportbeoefening op niveau

Ondanks de ontbrekende cijfers is het een feit dat de verstandelijk gehandicaptensport vooruit gaat. Het sporten behoudt zich al sinds vele jaren ook niet meer tot een kleinschalig niveau. Verschillende niveaus van sportbeoefening zijn tegenwoordig mogelijk, van recreatief tot wedstrijdsport. Het verschil (NebasNsg, 2003) tussen beide vormen is dat op recreatief niveau plezier voorop staat, prestatie niet belangrijk is en spelregels naar behoeven worden verzonnen of aangepast, waar op wedstrijdniveau gespeeld wordt volgens de spelregels van de (inter)nationale sportbonden. Met de nieuwe kijk op de verstandelijk beperkten, verdween ook de tendens dat men wedstrijdsport niet geschikt achtte voor deze doelgroep, aangezien men twijfelde aan het vermogen van deze mensen om het verliezen van een wedstrijd op een goede manier te verwerken. De ervaring bewees echter het tegendeel. Natuurlijk waren er teleurstellingen, maar deze konden juist op spelenderwijs worden geoefend.

De Special Olympics (2008) is een wereldwijde beweging, die sport voor mensen met een verstandelijke beperking organiseert. In ruim 150 landen draagt de organisatie samen met maar liefst 500.000 vrijwilligers de zorg om het gehele jaar door sporttrainingen en wedstrijden te organiseren voor meer dan 2,25 miljoen mensen met een verstandelijke beperking. De visie is om hiermee de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren en dat van de mensen om hen heen. In 30 takken van sport vinden het hele jaar door trainingen en evenementen plaats op regionaal, nationaal en internationaal niveau. Tevens zorgt een uniek indelingssysteem ervoor dat sporters op hun eigen niveau kunnen participeren.

Voor de volledigheid worden hierbij kort de verschillen met de Paralympische Spelen aangehaald:

- aan de Paralympische Spelen mogen alleen mensen met een lichamelijke en/of visuele beperking participeren.
- De Paralympische Spelen vinden eens per vier jaar plaats, waar de Special Olympics het hele jaar door activiteiten in meerdere landen organiseren.
- Deelnemers aan de Paralympische spelen moeten zich officieel kwalificeren, waar iedereen aan de Special Olympics mag meedoen, ongeacht het niveau (Special Olympics, 2008).

3.3 DE INVLOED VAN DE VERSTANDELIJKE BEPERKING OP SPORTBEOEFENING

Het uitgaan van de mogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking is een mooi streven. Je komt er echter niet omheen rekening te moeten houden met de beperkingen van de cliënten bij sportbeoefening als het gaat om het zorgdragen van de belangen van de deelnemende cliënt. Je hebt hierbij rekening te houden met verschillende facetten, bijvoorbeeld het kiezen van de juiste sport en het

juiste niveau daarbij, het zorgdragen voor de juiste begeleiding, goed geregeld vervoer, bijkomende lichamelijke beperkingen etc. In deze paragraaf ga ik daarom in op de invloed van de verstandelijke beperking op sportbeoefening.

Voor vrijwel iedere persoon met een verstandelijke beperking is een aansluitende sport te vinden, individueel of spelend in een team. Het hebben van een verstandelijke beperking brengt echter wel wat uitdagingen met zich mee, waarmee rekening gehouden dient te worden bij het uitkiezen en beoefenen van de sport.

Allereerst het individuele niveau van functioneren. In hoofdstuk 1 is toegelicht dat een verstandelijke beperking een ontwikkelingsstoornis betreft en bepaald wordt door drie criteria: beperkingen in het intellectuele functioneren (een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test); gelijktijdig aanwezige beperkingen van het huidige adaptieve gedrag op ten minste twee terreinen op het gebied van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden en het moet ontstaan zijn in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar) (Došen, 2007; American Psychiatric Association, 1995). Ook is uitgelegd dat de verstandelijke beperking in vier verschillende gradaties is verdeeld, van zeer ernstig tot licht verstandelijk beperkt. Dit betekent dat bij het uitkiezen van de juiste sport ook bekeken moet worden dat de cliënt op het juiste niveau wordt ingedeeld om de cliënt zijn individuele mogelijkheden zo veel mogelijk te benutten en te ontwikkelen. Tevens is hiermee het doel sociale ontwikkeling (communicatie met mensen van hetzelfde niveau) te stimuleren en tegemoet te komen aan de maatschappelijke visie (integratie; zie hoofdstuk 2). Zo nodig zullen ook spelregels aangepast moeten worden, zodat elk persoon op zijn eigen niveau kan profiteren van de voordelen van sportbeoefening. Vanwege hun leer- en aanpassingsmoeilijkheden hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak extra begeleiding nodig. De intellectuele beperkingen van deze sporters komen vaak tot uiting in complexe spel-/sportvormen, waarin moet worden samengespeeld. Het ontbreekt dan aan goed spelinzicht: spelsituaties worden niet altijd evenwichtig beoordeeld en de sporters worden snel uit het ritme gehaald (NebasNsg, n.d.).

Daarnaast dient men een juiste inschatting te maken van de lichamelijke mogelijkheden van de cliënt. Mensen met een verstandelijke beperking hebben namelijk meer last van bijkomende lichamelijke beperkingen, dan de gemiddelde bevolking. Er bestaat een grote variëteit in de aard van deze beperkingen en in de frequentie van voorkomen. Het gaat dan men name om: epilepsie, cerebrale spasticiteit, aangeboren afwijkingen aan het hart en de longen, visusstoornissen en gehoorverlies. Dit betekent een extra kwetsbaarheid tijdens sportbeoefening en er moet dan ook extra rekening mee worden gehouden (NebasNsg, n.d.). De uitdaging van de visusstoornis wordt bijvoorbeeld aangepakt, door er een speciale sport voor te ontwikkelen, genaamd goalball. Een bijkomende kwetsbaarheid ontstaat door de beperkte ontwikkeling van de motorische vaardigheden, zoals coördinatie en evenwicht. Aan de ene kant vormt dit

een nadeel bij beoefening van sport, aangezien het de kans op blessures vergroot. Aan de andere kant kan het een voordeel zijn, omdat sport de basale coördinatie juist kan oefenen. Aansluitend hierop heeft men als begeleider rekening te houden met de lagere belastbaarheid van mensen met een aandoening. Derhalve is het raadzaam voor deze mensen restricties te stellen aan type, duur, intensiteit en frequentie van de bewegingsactiviteiten.

Ook de emotie van cliënten is een belangrijk aspect. Verstandelijk beperkten beleven emoties regelmatig in uitersten. Ze zijn open, eerlijk en vrolijk als ze de sport met plezier beoefenen. Anderzijds worden emoties als frustratie, verdriet en teleurstelling ook openlijk beleefd. Dit verlangt een aanpassende houding van de begeleider als het gaat om geduld, kunnen luisteren, het erkennen van de emoties aan de cliënt, er een plaats aangeven etc. (NebasNsg, 2003). Echter, niet alle cliënten zijn gebaat bij het ingaan op emoties. Een groot gedeelte is juist gebaat bij een neutrale, functionele houding van de begeleider. Ook dit is met name afhankelijk van het niveau van de cliënt en de aanwezigheid van een eventuele psychische stoornis. In paragraaf 3.4 wordt hier kort op teruggekomen.

Een andere uitdaging ligt in de omgevingsfactoren. Er is in dit hoofdstuk al aangegeven dat steeds meer sportverenigingen worden opgericht voor mensen met een verstandelijke beperking of dat reguliere verenigingen een aparte tak organiseren voor deze doelgroep. Dat is een positieve ontwikkeling, die helaas wel wat uitdagingen met zich meebrengt. Bijvoorbeeld als er gekeken wordt naar de toegankelijkheid van sportaccommodaties: denk maar aan toegang voor mensen die zicht voortbewegen met een rolstoel; de bewegwijzering voor mensen met een visuele beperking; het moeten aanpassen van materiaal, regels of speelvelden om het voor elk niveau speelbaar te maken en het regelen van goed vervoer. De aanpassingsmogelijkheden en flexibiliteit van de desbetreffende vereniging zijn kortom van groot belang voor het slagen van sportbeoefening voor de doelgroep.

En dan tenslotte nog de belangrijke uitdaging, de begeleiding. Zonder begeleiding is het namelijk niet mogelijk om sportbeoefening voor deze doelgroep mogelijk te maken. In de volgende paragraaf wordt er uitgebreid ingegaan op het facet begeleiding als belangrijk onderdeel van de sportbeoefening voor mensen met een verstandelijke beperking (en een psychische stoornis).

3.4 DE ROL VAN DE BEGELEIDER

Onder het kopje 'pedagogisch belang' in paragraaf 3.1 is er aangegeven dat het mogelijk is om direct cliënten te begeleiden bij lichamelijke activering. Het aandeel dat een begeleider daarin heeft, mag niet onderschat worden. Je bent daarmee de steunpilaar van de cliënt vooraf, tijdens en nadien de lichamelijke activering. Er is in de vorige paragraaf al vermeld dat de verstandelijke beperking van invloed is op de beoefening van sport door de eventuele aanwezigheid van lichamelijke beperkingen en het verstandelijke niveau, de omgevingsfactoren, de belastbaarheid

etc. In deze paragraaf wordt ingegaan op belangrijke aandachtspunten betreffende de begeleiding van de doelgroep.

Het moeilijke eraan om de rol te verwoorden is het besef dat het hier maar vijf cliënten betreft met vijf verschillende psychiatrische stoornissen. Hiermee is het niet de bedoeling in deze paragraaf een 'rol van de begeleider' te verwoorden, die te generaliseren is naar elke psychiatrische stoornis voor zich. Het is de bedoeling een grondhouding te verwoorden, waarbij cliënten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis gebaat zijn. Er zullen belangrijke aandachtspunten verwoord worden, waar de begeleiding rekening mee dient te houden in contact met deze doelgroep. Daarbinnen verlangt elke cliënt afzonderlijk een eigen 'touch' in de begeleidingsstijl, aangezien mensen nu eenmaal uniek zijn en individuele kenmerken hebben. Het is aan het casusteam rondom de cliënt om deze individuele 'touch' op de juiste wijze te verwezenlijken, terwijl men toch vasthoudt aan de grote lijn.

Basis is dat de begeleider zorg wilt dragen voor het welbevinden en de betrokkenheid van cliënten. Riksen-Walraven (n.d.) spreekt over pedagogische kwaliteit als de mate waarin een instelling bijdraagt aan het welzijn en de ontwikkeling. Het onderdeel lichamelijke activering dient dit doel (zie paragraaf 3.2). Als begeleider dien je de activiteit te leiden, te sturen en zo ontspannen mogelijk te laten verlopen. Dat betekent dat je op eerste plaats de lichamelijke activering mogelijk moet maken. Door de geschiedenis van de cliënt te raadplegen, te overleggen met curatoren en verzorgers en de onderliggende vragen en wensen van cliënten bij gesprekken en uitspraken te exploreren, kun je de behoefte van de cliënt zoeken en vervolgens voorleggen in multidisciplinair verband. Vervolgens wordt in dit casusteam de juiste vorm gekozen (bijv. zwemmen, fietsen, sporten in de sportzaal etc.) op basis van niveau, mogelijkheden en specifieke gedragingen. Aan de hand hiervan wordt de begeleidingsstijl bepaald. (Bewegingsagoog, persoonlijke mededeling, 9 mei 2007). Door de discrepante ontwikkelingsstoornis is het van belang de insteek van de begeleiding op sociaal-emotioneel niveau en de desbetreffende psychiatrische stoornis van de cliënt te leggen. Probleemgedrag kan namelijk het gevolg zijn van die oplopende spanning, of terwijl 'arousal' (prof. Verhoeven e.a., 1999) door de overvloed aan prikkels in de maatschappij.

Gaat de cliënt de sportactiviteit buiten het terrein beoefenen, dan is het van belang vervoer te regelen en eventueel begeleiding om mee te gaan. Verder is het belangrijk voor begeleiding om de communicatie hoog te houden met de betrokken instanties. Het is van belang geïnteresseerd te zijn, betrokkenheid te tonen en elkaar op de hoogte te houden betreffende de huidige tendens. Dit geldt natuurlijk ook voor de communicatie met ouders/verzorgers en curatoren. Ook deze betrokkenen hebben verlangens en verwachtingen bij de beoefening van de sport.

Toch is het belangrijk nog even kort verder in te gaan op de aspecten van de grondhouding. Onderstaande informatie is mede samengesteld uit de

verscheidene individuele grondhoudingen benoemd in de Bijzondere Zorgplannen van de participerende cliënten, de visie van de woonvoorziening en de gehandhaafde begeleidingsstijl. Met deze samenstelling aan informatie zijn de cliënten door de onderzoeker geobserveerd en begeleid tijdens het praktijkonderzoek. Deze koppeling van begeleiden en handelen op de woonvoorziening naar de lichamelijke activering is gemaakt, zodat de cliënten uniform en eenduidig begeleid worden. Deze stijl van begeleiden is reeds bekend bij de cliënten en dus herkenbaar. Ze ontlene er hun duidelijkheid aan. Daarbij is het zichtbaar een feit dat de cliënten gebaat zijn bij deze manier van begeleiden, wat een voordeel oplevert bij het uitvoeren van het praktijkonderzoek.

In contact met cliënten met een complexe zorgvraag is het van belang een duidelijke basishouding en manier van handelen te hebben. Hier ontlene cliënten hun duidelijkheid, veiligheid en geborgenheid aan. Door elke keer op een ongeveer zelfde wijze te antwoorden en te handelen, weten de cliënten wat ze kunnen verwachten en gedragen ze zich conform. Dit betekent dat de begeleiding constant aan het reflecteren is, terwijl hij aan het begeleiden is. Met betrekking tot de houding betekent dit voorop gesteld een positieve en respectvolle uitstraling neer te zetten, dat vertrouwen uitstraalt. De Ruyter (Van der Ploeg, n.d.) erkent deze respectvolle wijze van hulp bieden. Verder dient de begeleider rekening te houden met de afstand-nabijheid richting de cliënt. Wanneer kom je dichterbij en wanneer neem je wat meer afstand tot de cliënt? Daaraan gekoppeld: de positie in de ruimte. Waar ga je staan op welk moment? Wat is de beste positie in de ruimte? Gedragsproblematiek is een veelvoorkomend verschijnsel bij deze doelgroep. Het is dus belangrijk je eigen veiligheid als prioriteit te nemen bij het bepalen van je positie in de ruimte en het kiezen van je afstand tot de cliënt. De cliënten zijn tevens gebaat bij een affectief-neutrale houding. Hun ontwikkelingsleeftijd kan niets met emoties van een ander. Ze zijn voornamelijk 'self-centered', of terwijl op zichzelf gericht. Emoties van een ander zijn vaak moeilijk te duiden. Dit maakt de behoefte aan voorspelbaarheid des te groter. Op de woonvoorziening noemen ze dit begeleiden met 'een lage EE' of terwijl, met weinig 'expressed emotion' (letterlijk: tot uiting gebrachte gevoelens). Postdoctoraal onderzoeker G. van Humbeeck (2004) heeft een onderzoek gedaan naar *'Expressed emotion bij familieleden van patiënten met een bipolaire stoornis'*. Hij gaf aan dat onderzoek heeft uitgewezen dat EE een sterke predictor is van herval van cliënten met uiteenlopende ziektebeelden. Zo hebben cliënten met hoge EE familieleden, die veel kritiek, vijandigheid en emotionele overbetrokkenheid tonen, drie tot zeven keer meer kans om te hervallen dan cliënten met lage EE familieleden. Hiermee kan ook de koppeling worden gemaakt naar de manier van begeleiden op de woonvoorziening, waar het doel is om een stabiele periode m.b.t. de invloed van de psychiatrische stoornis van de cliënt zo lang mogelijk aan te houden. Dit houdt in dat de cliënten ook gebaat zijn bij een manier van begeleiden met een lage EE. Concreet wordt dan bedoeld dat de begeleiding vriendelijk, doch consequent en sturend de cliënt begeleidt, hierbij aangeeft de cliënt te horen en te begrijpen, weinig mimiek toont in zijn houding en

gezicht, verbaal rustig en op zachte toon praat en zich kalm voortbeweegt in de ruimte.

In de benadering van een cliënt heb je tevens rekening te houden met prikkelverwerking. Prikkel, alles wat via de zintuigen bij mensen binnenkomt, wordt door een groot deel van de verstandelijk beperkten trager verwerkt. Dit vereist een geduldige, rustige attitude en communicatie, om de tijd en ruimte te gunnen om het in te laten werken. Geduld is zo wie zo erg belangrijk in de omgang met de doelgroep. Ze vergen veel van je en daarom is het belangrijk eerlijk naar jezelf en je collegae te blijven hoe je zaken ervaart. Elke cliënt kan een verschillend aantal prikkels aan. Dit zit hem in zijn problematiek in combinatie met de hoogte van zijn discrepante ontwikkelingsstoornis en zijn individuele kenmerken. Kennis van het Bijzonder Zorgplan van de cliënt en zijn signaleringsplan is om die reden zeer van belang. Daarmee kun je namelijk ook weer het aantal prikkels beperken en de cliënt zijn spanning reduceren.

Ook je handelen heeft een grote prioriteit m.b.t. de grondhouding van je begeleiding. Bijv. met betrekking tot je communicatie. Als begeleider hoef je niet op alle reacties en vragen van cliënten in te gaan. Doe je dat wel, dan behoort je functioneel, doch met een positieve intonatie, te reageren en de keuze te maken uit een verbale of non-verbale reactie. Met functioneel wordt bedoeld dat je kort, bondig en gericht op de activiteit reageert. De rest is niet belangrijk. Daarmee houd je de cliënt in het hier en nu en kom je tegemoet aan de eerder verwoorde betrokkenheid. Vaak is een verbale reactie een uitnodiging voor de cliënt om wederom een nieuwe vraag of reactie te geven. Een non-verbale reactie kan dit verhelpen, door te knikken of nee te schudden. Cliënten hebben daarbij moeite met keuzes maken en twee dingen tegelijk doen. Door middel van functionele communicatie (zeggen wat je van de cliënt verwacht i.p.v. teveel keuzes te geven en vragen te stellen) houd je het overzichtelijk en blijf je de duidelijkheid en steunpilaar voor de cliënt. Natuurlijk is het belangrijk de cliënt tijdens de activering te complimenteren voor zijn inzet. Daarmee schenk je vertrouwen en betrokkenheid. Aangezien gedragsproblematiek voorkomt, is het belangrijk de cliënt goed te observeren in hoeverre hij aan het opschalen is in zijn signaleringsplan (zie bijlage 4b+4c). Kennis van de signaleringsplannen is dus van belang. Aan de hand daarvan ben je in staat de juiste stappen te ondernemen en de controle te behouden, bijv. door de activiteit te versnellen, interventies toe te passen om de cliënt terug te brengen naar het hier en nu of in het uiterste geval back-up in te schakelen. Het is in ieder geval duidelijk de regie bij jezelf, als begeleider, te houden. Steek in op een respectvolle houding en handelen, maar ben wel gezagsvol, leidend, eenduidig en voorspelbaar. Ben als begeleider duidelijk in je verwachtingen, dan volgt de cliënt vanzelf.

Tenslotte is natuurlijk de vormgeving van de activiteit belangrijk: de kaders, voorwaarden, verwachtingen en schakelingen in de activiteit, die doorgemaakt gaan worden. Hoe meer de structuur en voorwaarden duidelijk zijn, hoe meer de cliënt hiermee bezig is en hoe minder ruimte beschikbaar is om zijn stoornis naar voren te laten komen. Hierdoor is het verstandig

scenario's op te stellen, waarin wordt verwoord wat het doel is van een activiteit, welke materialen er nodig zijn, wat de begeleider moet doen en wat er van de cliënt verwacht wordt. De cliënt ziet dit scenario niet, maar zolang de begeleider richting geeft, zal de cliënt zich conform de verwachtingen gedragen. Voor het praktijkonderzoek gaat dit benutte scenario op de woonvoorziening voor cliënt E. gekoppeld worden naar de lichamelijke activering. Deze zijn terug te vinden in bijlage 12. Het mooie aan scenario's is, dat ze gemakkelijk uit te breiden zijn. Hierbij moet rekening gehouden worden met uitbreiding in kleine stappen en herhaling, zodat de cliënt deze eigen kan maken. Eventueel kun je belangrijke afspraken en activiteiten (stappen) visualiseren (pictogrammen of dagprogramma) en daarmee verduidelijken.

Het mooie aan het mogelijk maken en vormgeven van de lichamelijke activering is dat er een grote mate van 'pedagogisch besef' is (Baartman, 1996). Belsky spreekt hierover als het besef van wat er in belang van de cliënt is en de wens dit belang te dienen. Als pedagoog mag belangrijk worden geacht dat de cliënt voldoende beweegt, dat wensen worden vervuld en de ontwikkeling wordt gestimuleerd. Belsky haalt vier elementen aan die de mate van pedagogisch besef bepalen, waarmee de koppeling wordt gemaakt naar deze paragraaf:

- *verwachtingen: inschatten wat een kind kan op een bepaalde leeftijd en wat ouders vergen*: dit is hierboven verwoord door de insteek te maken op sociaal-emotioneel niveau en de cliënt niet te overschatten. Vanuit dat oogpunt wordt het fundament bepaald en uitbreiding stapsgewijs besproken.

- *beleving: plezier beleven aan de zorg en ontwikkeling van een kind*: de begeleiding is regiehoudend, maar stuurt de activiteit aan met een positieve, betrokken, doch affectief-neutrale houding en met een prettige intonatie in zijn stem. Daarbij stimuleert hij de cliënt en geeft waar mogelijk complimenten.

- *sensitiviteit: aanvoelen en rekening houden met behoeften en emoties van het kind*: dit doet men niet door letterlijk in of mee te gaan met emoties, maar door zich in te leven in de beleavingswereld van de cliënt. Waarom handelt een cliënt, zoals hij handelt? Vanuit welke gedachten en beweegredenen komt dit voort? Hierdoor kan oplopende spanning verklaard worden, waarna de juiste interventies toegepast kunnen worden.

- *disciplineren: bieden van structuur en grenzen*: de mate van het aanbrengen van structuur en grenzen, levert de cliënt een veilig gekaderde ruimte op, waarin hij/zij kan voortbewegen. Hier ontleent de cliënt zijn duidelijkheid aan.

Scholing

Zoals hierboven al duidelijk wordt, komt er heel wat kijken bij het begeleiden van cliënten met een verstandelijke beperking bij sportbeoefening. Daarom is het van belang de begeleiders, waarvan er veel op vrijwillige basis aanwezig zijn, te scholen: De begeleiding van en omgang met sporters met

een beperking of chronische aandoening vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. Afhankelijk van de situatie kunnen aanpassingen nodig zijn in de sport- of bewegingsactiviteit (bijv. het aanpassen van een accommodatie of spelmateriaal) en/of de omgang met de sporters (bijv. agressie of epilepsie). Aanpassingen waarvan het begeleidend kader op de hoogte moet zijn en mee moet weten om te gaan (NebasNsg, n.d.). NebasNsg coördineert een adequaat opleidingsprogramma, opdat de bestuurlijke en sporttechnische begeleiding van de sporters met een beperking optimaal verloopt. Cursussen, voorlichting, themadagen, studiedagen en andersoortige scholingactiviteiten worden georganiseerd door de NebasNsg (NebasNsg, 2003). Een voorbeeld hiervan is de cursus 'begeleider sport en bewegen', waarin de cursist praktijkgericht leert om te gaan met de wensen, mogelijkheden en beleving van sporters met een beperking bij recreatieve sport- en bewegingsactiviteiten (NebasNsg, n.d.). Daarnaast kunnen mensen participeren aan diverse themabijeenkomsten, waarin specifieke onderwerpen aan bod komen in relatie tot aangepast sporten. Enkele thema's zijn bijvoorbeeld: autisme, epilepsie, astma en ADHD. Op verzoek worden nieuwe thema's op maat en aan de hand van de hulpvraag vanuit de begeleiders ontwikkeld.

NebasNsg werkt tevens samen met andere organisaties binnen de sport en onderwijsinstututen. Op deze manier worden andere scholingsmogelijkheden beschikbaar, zoals een opleiding tot sportleider of zwemleider voor mensen met een beperking, instructeur rolstoeldansen of instructeur paardrijden etc.

De Nederlandse Christelijke Sport Unie (NCSU) heeft het project 'sport voor mensen met een verstandelijke beperking' ontwikkeld. Het project is bedoeld voor zorgorganisaties die verantwoordelijk zijn voor mensen met een verstandelijke beperking en die beleid voeren of willen ontwikkelen op het gebied van integratie van deze doelgroep binnen reguliere (sport)verenigingen en zo willen meewerken aan maatschappelijke integratie. De NCSU adviseert bij beleidsvorming, fungeert als intermediair tussen diverse partners en stimuleert de zorgaanbieders om tot een toegespitst plan van aanpak te komen (NCSU, 2008). De NCSU werkt bijvoorbeeld samen met de sociaal pedagogische dienst, dagcentra voor mensen met een verstandelijke beperking, gemeenten en reguliere sportverenigingen. Door de NCSU in te huren en te laten ondersteunen, wordt een centrale spil gecreëerd die de multidisciplinaire samenwerking kan bevorderen en tevens daarmee, met alle deskundigheid in huis, de scholing naar alle partijen vergroot. Voorbeelden hiervan zijn scholing op het gebied van inzichtverschaffing in de behoeften en mogelijkheden van verstandelijk beperkten; integratie van de doelgroep binnen de vereniging; ontwikkeling sport-, spel- en bewegingsactiviteiten; bevordering van deelname door verstandelijk beperkten; ontwikkeling juiste aanbod van activiteiten etc.

Andere hulp op het gebied van informatie, advies en ondersteuning komt uit verwachte hoek, namelijk de NebasNsg. NebasNsg heeft voor iedere provincie een

accountmanager, waar sportverenigingen, andere sportaanbieders en sporters terecht kunnen met al hun vragen op het gebied van sporten met een beperking. De accountmanager fungeert als NebasNsg-loket in de provincie, waar vraag en aanbod afgestemd worden. Een belangrijk middel daarbij is inzicht in het netwerk van partners in de sport en in onderwijs, zorg en revalidatie. Dienstverlening wordt gegeven aan lidorganisaties van NebasNsg, maar ook aan andere sportorganisaties of verenigingen. De accountmanager verwijst tevens sporters met een beperking door naar een geschikte vereniging, draagt bij aan sportstimulering en de opstart van nieuwe activiteiten, bewaakt kwaliteit en kwantiteit van het sportaanbod voor mensen met een beperking en verstrekt informatie met betrekking tot accommodaties en materialen (NebasNsg, n.d.).

3.5 KOPPELING VAN LICHAMELIJKE ACTIVERING NAAR VERSTANDELIJK BEPERKTEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS

In dit hoofdstuk is al veel informatie neergezet betreffende sportbeoefening door verstandelijk beperkten. De historie en opkomst van de gehandicaptensport in het algemeen is besproken, waarna vervolgens in de paragraaf een algemene informatie betreffende de huidige situatie van de verstandelijk gehandicaptensport uiteen is gezet. In paragraaf 3.3 en 3.4 is aan bod gekomen wat nu specifiek de invloed is van de verstandelijke beperking op de beoefening van de sport en welke positie de begeleider daarbij inneemt.

In deze paragraaf wordt bekeken hoe de voorgaande informatie zich verhoudt tot de onderzoeksvraag en hoe dus de koppeling gemaakt kan worden naar wat er nou specifiek bekend is betreffende de lichamelijke activering van verstandelijk beperkten met een psychische stoornis.

Er is wel informatie beschikbaar betreffende de lichamelijke activering van cliënten met een psychische problematiek. Zo wordt sinds 1991 door dhr. Borsten op een psychiatrisch ziekenhuis 'runningtherapie' gegeven (Stichting Gezond Verstand, 2008). In vele onderzoeken, voornamelijk runningtherapie en de invloed op depressieve klachten, is aangetoond dat medicatie en runningtherapie, bij een ambulante groep, hetzelfde antidepressieve effect hadden. De toepassing hiervan in psychiatrische ziekenhuizen is recent en andere indicaties dan alleen depressie worden benut om runningtherapie te geven, als angststoornissen, agressieregulatie problemen, minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van het eigen lichaam, slechte conditie en stemmingswisselingen. Het feit dat dhr. Borsten deze therapie geeft aan cliënten met bovenstaande indicaties is positief voor dit onderzoek, aangezien daarmee in ieder geval aangetoond wordt dat lichamelijke activering met een psychische stoornis wel degelijk mogelijk is en tevens van grote waarde kan zijn voor het Bijzonder Zorgplan van de cliënt. De cliënten die bijgedragen hebben aan dit onderzoek hebben ook indicaties als angststoornissen, agressieregulatie problemen en stemmingswisselingen. Het is daarom goed om te zien dat er een therapie beschikbaar is om aan die indicaties te werken.

Maar de beoefening van sporten voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis levert geen informatie op. Om die reden en voor het onderzoek is een interview gehouden met de sportcoach van Tilburg (F. van Hoof, persoonlijke mededeling, 24 januari 2008). Hij is de sportconsulent aangepast sporten, werkend bij Sportpunt Tilburg, in het kader van het regionaliseringproject. Verschillende gemeentes in Midden-Brabant werken samen om mensen met een beperking aan het sporten te krijgen. Dhr. van Hoof is degene die dit alles coördineert. Zijn er mensen met een beperking, die willen sporten in hun eigen of een andere stad, en is er sprake van een hulpvraag, dan helpt hij daarbij. In bijlage 5a is dit interview in zijn geheel terug te lezen. Ook in hoofdstuk vier kom ik terug op het interview. Dhr. F. van Hoof geeft een duidelijke reden voor de afwezigheid van informatie. Hij zegt namelijk dat er geen informatie beschikbaar is betreffende de combinatie, omdat volgens de relatief nieuwe maatschappelijk visie (zie paragraaf 3.2) alle verstandelijk beperkten over één kam worden geschoren. Veel van de sportende verstandelijk beperkten zullen volgens hem *“ongetwijfeld ook een psychische stoornis hebben, maar dat wordt vertaald als een stukje gedrag door de buitenwereld. Er wordt aangegeven waar begeleiding op moet letten, het stukje extra (psychische stoornis) wordt daarin niet verwoord”*. Dhr. van Hoof houdt het intakegesprek met de cliënt en de ouder/verzorger of curator, waarna er een geschikte sport naar gelang de behoefte wordt uitgekozen. Vervolgens doorloopt hij met de cliënt het hele traject van wat er van begin tot eind bij komt kijken om naar de vereniging en terug naar huis te gaan (tas pakken, naar de taxi lopen etc.). Heeft de cliënt het naar zijn zin en valt de persoon bij de club in goede aarde, dat is er sprake van een ‘match’ en haalt dhr. van Hoof zijn handen er vanaf. Hij begeleidt cliënten dus niet bij het sporten. Zo heeft hij in de afgelopen zes jaar al 420 cliënten ‘gematched’ aan een sportclub.

Een paar zaken waren opvallend in zijn loopbaan, kijkend naar de onderzoeksvraag van dit onderzoek, en kwamen naar voren in het interview:

- Het eerste was dat hij tijdens een intake-gesprek iedere cliënt een nieuwe kans geeft. Iedere verstandelijk beperkte moet volgens hem de mogelijkheid krijgen om te kunnen sporten, met of zonder de aanwezigheid van een psychische stoornis. Tot op zekere hoogte wil hij de achtergrond weten van de cliënt (bijv. of de cliënt epilepsie heeft; of de cliënt bepaald gedrag vertoont in de kleedkamer of dat het douchen volgens een bepaalde structuur gaat). Dhr. van Hoof geeft in het interview aan: *“Als je die structuur meeneemt van de thuissituatie naar de vereniging en bij de vereniging weten ze er weg mee en daar gaan ze er gewoon normaal mee om, dan is er niks aan de hand. En dat zijn de handvatten die ik moet weten, die nodig zijn om normaal te kunnen functioneren binnen de vereniging”*. Dit houdt in dat de aandacht niet specifiek ligt op de insteek van de psychische stoornis en de begeleiding die daarbij komt kijken, maar dat er handvatten gegeven worden om met bepaalde opvallendheden om te kunnen gaan.

- Het tweede is de mate van agressie. Hij verwacht van ouders of verzorgers dat ze tijdens het intake gesprek aangeven of er bij hun cliënt sprake is van gedragsproblematiek. Dit brengt dan een aantal begeleidingsvraagstukken met zich mee naar de vereniging. Dhr. van Hoof maakt het niet zwaarder dan het is: *“Kan de vereniging dit goed invullen, dan is dat ok. Zo zwart-wit kan je het eigenlijk zien en dan hoef je het niet zwaarder te tillen dan het al is. En als ermee omgegaan kan worden, dan is dat zo”*. *Mijn werk is het wegzetten, het begeleiden en stop. En niet hoe de cliënt daar zich uiteindelijk gedraagt, dat is niet mijn ‘pakkie aan’*. En als de vrijwilliger daar niet meer om kan gaan, dan is het mijn zaak dat die vrijwilliger er wel mee om kan gaan (lees: te scholen)”. In zijn begeleidingstrajecten (traject van cliënt introduceren bij de desbetreffende vereniging) maakt hij persoonlijk weinig agressie mee. Daarnaast is hij altijd per mobiel bereikbaar voor noodsituaties. In zijn zesjarige loopbaan hoefde hij slechts drie keer hiervoor op pad, omdat de vereniging er dan niet meer uitkwam.

- Daarbij geeft de dhr. van Hoof heel duidelijk aan dat als het misloopt, hierbij de financiële situatie vaak de oorzaak van is. Want heeft de cliënt een dergelijke complexe zorgvraag en weet de begeleiding dat hij gedragsproblematiek kan gaan vertonen, dan moet er iemand mee of hij gaat niet: *“Dan kun je zeggen dat het een grijs gebied is, maar er is geen grijs gebied. Als die jongen iets mankeert, dan gaat er begeleiding mee en anders blijft hij gewoon thuis. Dan dat maar, is mijn mening, want dan kun je het thuis inpalmen”*. Dhr. van Hoof heeft een punt, dat het inzetten van begeleiding regelmatig een probleem is. Op de desbetreffende woongroep van dit onderzoek, is het bijvoorbeeld al haast niet mogelijk om één avond in de week structureel iemand mee te laten gaan met een cliënt naar het voetbal, daar dat wel zijn behoeften zou beantwoorden. Financieel zou de instelling hier geen budget voor in kunnen zetten, wat zou betekenen dat er op vrijwillige basis begeleiding ingezet zou moeten worden. De praktijk wijst dan ook uit dat er een groot gebrek is aan vrijwilligers en cliënten die op zoek zijn naar een zogenaamde ‘buddy’, op lange wachtlijsten komen te staan. De vraag is hoger dan het aanbod. Eenvoudig kan gesteld worden dat er beoogd moet worden om meer sportbegeleiders aan te nemen. Helaas kunnen er regelmatig niet meer financiën vrij gemaakt worden door de instanties en zal het dus voor een groot deel teruggehaald moeten worden bij de sporters. De sporter moet dan uiteindelijk de vrijwilliger gaan betalen. En dan is het maar de vraag in hoeverre de sporters die kosten kunnen opbrengen.

Met bovenstaande informatie wordt nu de koppeling gemaakt naar dit onderzoek en waar het in moet resulteren:

- Ten eerste de mate waarin gedragsproblematiek naar voren komt, waar dhr. van Hoof persoonlijk weinig van hoort. Dit kan verschillende dingen betekenen: incidenten worden bij de vereniging opgelost, sporten werkt agressieregulerend, gedragsproblematiek komt niet naar voren tijdens de beoefening van sport, maar ontaardt zich op een ander moment of cliënten

met gedragsproblematiek zijn nog niet veel aan het sporten. Het is nog steeds onduidelijk in hoeverre er sprake is van aanwezigheid van gedragsproblematiek bij de vereniging. Daarom is het goed dat een van de participerende cliënten gaat voetballen bij een reguliere sportvereniging met een aparte tak voor verstandelijk beperkten. De uitkomsten kunnen hopelijk bijdragen aan het verwoorden van gedegen aanbevelingen.

- Ten tweede, dat op zekere hoogte de achtergrond van de cliënt bekend wordt gemaakt aan de sportcoach, waardoor handvatten aan de vereniging meegegeven worden. De visie van dit onderzoek is echter dat deze veel specifiekere moet komen te liggen en dat elke cliënt met een complexe zorgvraag gebaat is bij een bepaalde manier van begeleiden, mede aan de hand van de wensen en behoeften verwoord in zijn BZP. In paragraaf 3.4 is een dergelijke begeleidingsstijl al verwoord. Dit onderdeel zal dan ook terugkomen in de aanbevelingen.

- Ten derde de afwezigheid van genoeg begeleiders. Dit is een obstructie voor het onderzoek, omdat het beseft er is dat hierdoor cliënten meer terreingebonden zijn. Op het terrein zijn bewegingsagogen in staat om op vaste basis en volgens vaste structuur te sporten met cliënten. Communicatie tussen beide partijen verloopt gemakkelijk en daarbij hoeven er geen vrijwilligers mee, dan wel extra budget voor vrijgemaakt te worden.

- En tenslotte het betrekken van verstandelijk beperkten bij het sporten in het kader van de nieuwe maatschappelijke visie en het regionaliseringsproject. Feit is echter dat de cliënten met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis, waaronder mijn deelnemende doelgroep, helemaal niet altijd gebaat is bij maatschappelijke integratie. Probleemgedrag kan namelijk het gevolg zijn van die oplopende spanning, of terwijl 'arousal' (prof. Verhoeven e.a., 1999) door de overvloed aan prikkels in de maatschappij. Sporten bij een reguliere sportvereniging is spanningsvol voor ze in veel gevallen en komt de doelen van het sporten (hoofdstuk 2 en 3) niet ten goede. Dit betekent echter niet dat deze cliënten met een complexe zorgvraag daarom niet in het plaatje passen en buiten de boot gaan vallen. Door het kiezen van de juiste vorm, de juiste locatie (het terrein van Amarant levert bijv. ook uitstekende mogelijkheden om lichamelijke activering in te zetten), een nauwe multidisciplinaire samenwerking, de juiste manier van begeleiden en het inzetten van extra begeleiding, moet ook sporten bij deze doelgroep met wat meer uitdagingen, mogelijk zijn en moeten ook zij optimaal kunnen genieten van de voordelen van de lichamelijke activering.

3.6 SAMENVATTING

In 1973 werd het fundament voor sporten met een verstandelijke beperking gelegd door de oprichting van de NSG. Door de fusie tot de NebasNsg in 2001 was de stichting van een grote organisatie, die de sportdeelname stimuleert voor mensen met een beperking, compleet. Met het creëren van de nieuwe maatschappelijke integratie visie werd het een streven om mensen met een beperking (in welke vorm dan ook) naar eigen wensen en mogelijkheden aan het

sporten te brengen met het oog op het bieden van een geaccepteerde en gelijkwaardige positie binnen de samenleving en binnen de sportwereld, nationaal en internationaal. De NebasNsg, die zich met veel ambitie inzette voor het nastreven van die visie, groeide uit tot een icoon in de gehandicaptensport. Verschillende vormen werden ontwikkeld, het aanbod groeide. Mensen met een beperking kregen de kans om te gaan sporten bij verenigingen speciaal ontwikkeld voor mensen met een beperking of bij reguliere verenigingen, die speciaal een aparte tak ontwikkeld hadden. Het aantal sportenden in de regio Midden-Brabant steeg door deze positieve ontwikkeling tussen de jaren 2000-2001 en 2002-2003 met 21%. Dit bracht echter ook een grotere verwachting met zich mee op het gebied van expertise en professionalisering, wat een precieze en intense samenwerking van belang maakte. Er is ondertussen sprake van een samenwerking tussen vele organisaties, onder andere tussen NebasNsg, het NOC*NSF, NISB, IOS, het Fonds Gehandicaptensport, het VWS, het NCSU, de vele sportbonden, de INAS-FID en de PSO. Naast de genoemde, zetten nog vele andere organisaties zich dagelijks in om de samen de stijgende lijn vast te houden.

De beperkingen van cliënten bij sportbeoefening brengen echter ook wat uitdagingen met zich mee als het gaat om het zorgdragen van de belangen van de deelnemende cliënt bij het uitkiezen en beoefenen van de sport. Je hebt te maken met het individueel functioneren van de cliënt en het indelen van de cliënt op zijn bijpassende niveau; het mogelijk moeten aanpassen van spelregels, materiaal en accommodaties of zelfs het ontwikkelen van nieuwe sporten; het rekening houden met bijkomende lichamelijke beperkingen; de beperkte ontwikkeling van de motorische vaardigheden; het regelen van goed vervoer en de kosten die daarmee gebaat zijn en tenslotte het bieden van de juiste manier van de begeleiden, aansluitend bij de behoeften van de cliënt.

Aangezien de begeleiders gezien mogen worden als de steunpilaren bij de sportbeoefening, is het van groot belang ze goed te scholen. De NebasNsg coördineert een adequaat opleidingsprogramma, opdat de bestuurlijke en sporttechnische begeleiding van de sporters met een beperking optimaal verloopt. Cursussen, voorlichting, themadagen, studiedagen en andersoortige scholingactiviteiten worden door hen georganiseerd. Ook op het gebied van praktische informatie, advisering en ondersteuning staat ze paraat.

Concreet is er weinig informatie te vinden betreffende de lichamelijke activering voor verstandelijke beperkten met een psychische stoornis. Dhr. Borsten geeft sinds 1991 al 'runningtherapie' in een psychiatrisch ziekenhuis aan cliënten met indicaties als, depressie, angststoornissen, agressieregulatie problemen, minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van het eigen lichaam, slechte conditie en stemmingswisselingen. Dhr. van Hoof geeft aan dat er weinig informatie beschikbaar is, omdat volgens de relatief nieuwe maatschappelijke visie verstandelijk beperkten over één kam worden geschoren. Veel van de sportende verstandelijk beperkten zullen volgens

hem *“ongetwijfeld ook een psychische stoornis hebben, maar dat wordt vertaald als een stukje gedrag door de buitenwereld”*. Hij geeft aan dat bij het plaatsten van cliënten bij sportverenigingen niet specifiek in wordt gegaan op de psychische stoornis, maar dat handvatten (structuur, bijzonderheden) die van belang zijn, overgedragen worden aan de desbetreffende vereniging. Kan de vereniging dit goed invullen, dan blijft het daarbij. Worden er diverse dezelfde hulpvragen vanuit de verenigingen gesteld, dan zorgt dhr. van Hoof voor een desbetreffende vorm van scholing. Tenslotte is hij duidelijk over de eventuele aanwezigheid van gedragsproblematiek tijdens de beoefening van sport: mocht de cliënt extra begeleiding behoeven, dan moet er iemand mee en anders is het beter als hij thuis blijft om daar het gedrag te kunnen reduceren. Vervolgens werd nog kort de koppeling gemaakt naar het onderzoek.

WAT ZIJN DE VISIES EN MENINGEN VAN DIVERSE DESKUNDIGEN OP HET GEBIED VAN LICHAMELIJKE ACTIVERENDE BEGELEIDING VAN MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING EN EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS?

4.0 INLEIDING

Uit het vorige hoofdstuk kan opgemaakt worden dat de informatie betreffende lichamelijke activering van mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis beperkt is. Er is weinig onderzoek naar het onderwerp gedaan en daarom is het belangrijk om zoveel mogelijk deskundigen bij het onderzoek te betrekken. Om die reden is een interview gehouden met dhr. F. van Hoof, sportconsulent aangepast sporten te Tilburg. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met diverse personen, deskundig op het gebied van de complexe zorgvraag, op het terrein van Amarant. Dit zijn de clustermanager, de orthopedagoog en diverse persoonlijk begeleiders van de participerende cliënten. De deskundigen kennen de cliënten dus al langer dan voor het onderzoek was begonnen. De waarde van hun antwoorden is van belang om de mate van deskundigheid en de kwaliteit van het theoretisch kader te vergroten en het aantonen van multidisciplinaire samenwerking te waarborgen. De theoretische opzet van de interviews wordt neergezet, waarna samenvattende weergaven van de gesprekken volgen. De gehele interviews zijn terug te lezen in bijlage 5.

4.1 WAT ZIJN DE VISIES EN MENINGEN VAN DIVERSE DESKUNDIGEN

Verantwoording vanuit de literatuur:

Onder interviewen wordt de handeling van het mondeling verzamelen van informatie door middel van vragen naar feiten, meningen, ervaringen en/of motieven verstaan.

Het interview wordt gekenmerkt door:

- een van tevoren vastgelegde doelstelling;
- een mondelinge afname;
- een duidelijke rolverdeling: de interviewer stelt de vragen, de geïnterviewde antwoordt;
- verkregen informatie, die nieuw, bruikbaar en waarheidsgetrouw is. (Hulshof, 2007).

INTERVIEW MET DHR. F. VAN HOOFF
(SPORTCOACH TILBURG)

Theoretische opzet:

Op 24 januari 2008 is een interview gehouden met dhr. F. van Hoof, sportcoach Tilburg. Voorafgaand aan het interview is per e-mail contact opgenomen om medewerking te vragen aan het onderzoek. Tevens werd via deze weg een afspraak gemaakt voor de tijd en datum waarop het interview zou plaatsvinden. Na de bevestiging van de afspraak is hem een document verzonden met informatie over de persoonlijke achtergrond van de onderzoeker, de aanleiding tot het onderzoek, de inhoud, het doel, hoelang het ongeveer zou gaan duren en het belang van het interview met dhr. van Hoof. Tevens werd de opzet van het interview naar dhr. van Hoof verzonden. Dit ter eventuele vergroting van de validiteit en betrouwbaarheid, doordat de geïnterviewde op deze wijze de mogelijkheid kreeg om zich alvast voor te bereiden op de te verstrekken informatie aan de interviewer en daarbij de gelegenheid had om aanvullende documentatie op te zoeken. De opzet van het interview is terug te vinden in bijlage 5a (Funkyfish, n.d.).

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om het interview af te nemen bij de werkplek van de geïnterviewde, vanwege de vertrouwde omgeving en het feit dat de geïnterviewde op deze manier, door niet te hoeven reizen, minder tijd zou verliezen.

Vooraf aan het interview is gevraagd aan dhr. van Hoof of het interview opgenomen mocht worden, waar hij mee akkoord ging. Het voordeel van opnemen is namelijk dat het gesprek wordt geregistreerd, waardoor de interviewer zich volledig kan concentreren op het gesprek. Daarnaast kunnen achteraf eventuele belangrijke citaten voor het onderzoek letterlijk worden overgenomen (Hulshof, 2007). Tevens is aangegeven dat het interview naderhand in zijn geheel uitgetypt naar hem toegestuurd zou worden, om hem de mogelijkheid te geven het interview door te lezen en goed te keuren.

Er is een keuze gemaakt voor de basis van een 'diepte-interview': een intensief gesprek van ongeveer een uur tussen interviewer en respondent. In dit geval betrof het interview met dhr. van Hoof een individueel onderzoeksinterview. Dit betekent dat het een interview is met een deskundige, waarbij de resultaten openbaar worden gemaakt in een onderzoeksrapport en de tekst een bewerking van de auteur ondergaat (Hulshof, 2007). In dit geval betreft deze bewerking een samenvatting van het gehele interview. Zoals al eerder duidelijk gemaakt is, werd het interview gehouden volgens een gesprekspuntenlijst. Aangezien echter ook afgeweken mocht worden van de geplande onderwerpen, de gesprekspartner zelf zijn antwoorden mocht bepalen en de interviewer zich ook flexibel wilde opstellen om ruimte te geven aan het gesprek, kreeg

dit interview de basis van een zogenaamd 'halfopen of half-gestandaardiseerde interview'.

Samenvatting interview dhr. van Hoof (24-01-08): Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5a.

Dhr. van Hoof is sportconsulent in het steunpunt aangepast sporten in het kader van het regionaliseringproject. Dit betekent dat verscheidene gemeentes (Waalwijk, Loon op Zand, Hilvarenbeek, Oisterwijk en Tilburg) de handen ineenslaan om een samenwerking te creëren op het gebied van aangepast sporten, omdat de populatie van mensen met een beperking per gemeente te klein is om alles en nog wat uiteen te zetten. De insteek is om mensen met een beperking waar mogelijk te plaatsen binnen het reguliere. Dat is op dit moment het ideale plaatje binnen de samenleving. Alleen er zijn een hoop voorwaarden, die vooraf getackeld moeten worden. Het is de taak van dhr. van Hoof om dat proces te begeleiden. Sporten is namelijk voor iedereen goed en iedereen moet daarom die mogelijkheid krijgen, met of zonder beperking.

Los daarvan heeft hij het Fonds Gehandicaptensport onder zich, draagt hij de zorg voor het project 'G-voetbalweekend', start hij nieuwe clubs (bijv. een voetbalclub) m.b.t. aangepast sporten op en biedt hij verenigingsondersteuning (bijv. hulp bij het maken van een beleidsplan, ledenwerving etc.). Tevens heeft hij, als een van de eerste acht van Nederland, de opleiding tot accountmanager gedaan bij sport service punt. Gericht op de taken omtrent het steunpunt aangepast sporten komt het er in principe op neer dat dhr. van Hoof als het ware wordt ingehuurd door de gemeentes om al die gehandicapten (VG, LG, chronisch zieken en GGZ-cliënten), die willen sporten in hun eigen of een andere stad en waarbij sprake is van een duidelijke hulpvraag, te 'matchen' bij sportverenigingen. Dhr. van Hoof krijgt dan de functie 'sportcoach'. De eerste stap is een intake gesprek op het steunpunt, aangevraagd door cliënt, ouder, begeleider of verzorger. De cliënt is hierbij aanwezig. Uit dat intake gesprek komt een sportbehoefte naar boven, die resulteert in een keuze van een sport (evt. krijgt men de optie voor één of twee proeflessen). Op het moment dat de sport is gekozen, wordt het begeleidingstraject ingezet. Mocht er behoefte aan zijn, dan wordt samen met de cliënt elke stap doorgenomen die de cliënt moet verrichten van huis tot vereniging en weer terug (tas inpakken, deur uitlopen, taxi instappen etc.). Dat kan één keer zijn of dat kan acht keer zijn. De cliënt wordt voorgesteld bij de club en men wijst ze de weg. Als het allemaal sneller gaat, dan is de begeleiding bij de vereniging zo ingericht dat het als het ware direct wordt overgenomen. Zijn alle stukken goed bevonden, dan worden alle partijen aan de tand gevoeld of het allemaal goed gaat. Is het resultaat positief, dan wordt er een zogenaamde 'match' gesloten en daarmee is het traject afgerond. Na drie, zes, acht en twaalf maanden wordt er nog gebeld richting de cliënt en/of begeleider en club om te kijken hoe het ervoor staat. Over een periode van zes jaar heeft hij daarmee een dergelijke 420 cliënten 'gematched'.

Hoeveel verstandelijk beperkten er precies aan het sporten zijn, regionaal, provinciaal of landelijk anno 2007, is niet bekend. Dhr. van Hoof gaat dit jaar, anno

2008, ervoor zorgen dat er een nieuwe 0-meting wordt gedaan voor de regio Tilburg, zodat getalmatig bekend gemaakt kan worden hoeveel mensen in Tilburg sporten, hoeveel mensen van buitenaf in Tilburg sporten, wat de leeftijd is en welke beperking de cliënt heeft. Er is dus ook niet bekend hoeveel personen van de deelnemers een bijkomende psychische stoornis hebben. Volgens dhr. van Hoof zullen er ongetwijfeld cliënten een bijkomende psychische stoornis hebben, maar die vallen onder de noemer 'verstandelijk gehandicapten'. De extra problematiek wordt daar niet in verwoord. Het wordt juist vertaald door de buitenwereld als een stuk gedrag: kenmerken waar je in de begeleiding rekening mee dient te houden. De gestelde doelen door de cliënten zijn met name recreatief. Personen die namelijk prestatieve doelen voor ogen hebben, hebben geen hulpvraag meer. Die weten al hoe het aangepast sporten werkt en/of wordt daar al in begeleid. De antwoorden van dhr. van Hoof op vragen zijn gericht op de begeleidingsfeer, waar antwoorden bij het prestatieve gericht zijn op het 'meehelpen met of bij'.

Gestelde voorwaarden door de sportcoach zijn dat de cliënt uiteindelijk zelfstandig naar de vereniging kan, al dan niet met een zogenaamde buddy, vrijwilliger, maatje, ouder, begeleider of verzorger. Een andere voorwaarde is dat de cliënt genoeg financiële middelen heeft om het lidmaatschap te kunnen bekostigen. Dhr. van Hoof regelt die vrijwilligers niet voor de cliënten, dat ligt buiten zijn takenpakket. Cliënten kunnen zelf aanvraag doen bij een zogenaamde vrijwilligerscentrale.

Er zijn vele professionals die werken in dit werkveld, maar deze tak van de sport is ook zeer afhankelijk van vrijwilligers. Scholing vindt plaats, afhankelijk van eigen initiatief, door de NebasNsg. Zij verzorgen basiscursussen (begeleiden van de doelgroep in de specifieke sport) en themabijeenkomsten (bijv. hoe om te gaan met epilepsie of agressie). Ook dhr. van Hoof verzorgt cursussen op basis van overeenkomstig gestelde hulpvragen vanuit de verenigingen. Dhr. van Hoof komt in zijn begeleidingstrajecten weinig met agressie en gedragsproblematiek in aanmerking. In de zes jaar dat hij de functie sportcoach draagt, hoefde hij slechts drie keer op pad voor noodsituaties. Zijn werk is het wegzetten, het begeleiden en daarmee stopt het. Hoe de cliënt zich daar uiteindelijk gedraagt, behoort niet tot zijn takenpakket. Kan de vrijwilliger of professional er uiteindelijk niet mee omgaan, dan behoort het wel tot zijn functie om de begeleiders daarin te scholen. In bepaalde mate wil hij de achtergrond, bepaalde (gedrag)kenmerken en vormen van structuur (bijv. het omkleden of de douchesituatie) van de cliënt weten. *"Als de structuur meegenomen wordt van de thuissituatie naar de vereniging en bij de vereniging weten ze er weg mee, dan is er niks aan de hand. En dat zijn de handvatten die ik wil weten, die nodig zijn om normaal te kunnen functioneren binnen de vereniging"*. Hetzelfde geldt voor de mate van gedragsproblematiek: *"met de aanwezigheid hiervan, komen er een aantal extra begeleidingsvraagstukken naar de vereniging toe. Kan de vereniging dit goed invullen, dan is dat prima. Zo zwart-wit kan het gezien worden en dan hoeft het niet zwaarder getild te worden, dan het is"*. Het feit dat het af en toe misloopt is volgens hem meermaals een financiële situatie. Heeft de persoon namelijk een bepaalde mate van

gedragsproblematiek, die naar voren kan komen tijdens het sporten, dan moet er een begeleider mee of hij gaat niet.

Ook de communicatie tussen de partijen vindt dhr. van Hoof van belang. De begeleiding heeft de vereniging op de hoogte te houden betreffende de voortgang van de cliënt. Deze moet men hoog en efficiënt houden, kortom als een vanzelfsprekendheid zien.

De nadelen van het takenpakket van dhr. van Hoof zijn het handhaven van het grote en groeiende netwerk en de diversiteit aan doelgroepen, waarmee hij werkt. Hij heeft te maken met vele gedragingen en situaties, waar hij steeds over na moet denken en die hij een plek moet geven. Daarbij wordt er een hoge mate aan flexibiliteit verwacht van zijn functie. Er wordt van hem verwacht, dat hij de hele dag inzetbaar is.

Betreffende de mate van onderzoek naar dit onderwerp, kon dhr. van Hoof weinig kwijt. Volgens hem was er zes jaar geleden een behoefte onderzoek gedaan voor mensen met een verstandelijke beperking. Tevens is er een aantal jaar geleden een onderzoek gehouden voor kinderen met een beperking, het zogenaamde 'sportmatch' project. Tenslotte is er vorig jaar door de universiteit een behoefteonderzoek gedaan binnen de doelgroep 'verstandelijk beperkten'. Specifieke informatie betreffende het eerst- en laatstgenoemde onderzoek kwam in het interview niet naar voren.

Een nadeel is de grote afhankelijkheid van de beperkte aanwezigheid van financiën. Al het werk moet gewoon betaald worden. Dhr. van Hoof probeert zoveel mogelijk subsidie los te weken om bijv. goede professionals vast te leggen voor een aantal jaar als begeleider bij een bepaalde vereniging. Cliënten zijn hierbij gebaat, aangezien het duidelijkheid en veiligheid biedt. Helaas wordt er niet steeds meer budget voor vrij gemaakt door het rijk. De doelgroep is afhankelijk van beperkte financiële middelen. Als het er niet is, dan moet het teruggehaald worden bij de sporters. De sporter moet dan uiteindelijk de vrijwilliger gaan betalen, dat is de constructie. Tevens worden er extra financiën binnengehaald door het organiseren van allerlei projecten.

INTERVIEWS MET DE CLUSTERMANAGER, ORTHOPEDAGOOG EN DIVERSE PERSOONLIJK BEGELEIDERS VAN DE DEELNEMENDE CLIËNTEN AAN HET ONDERZOEK

Theoretische opzet:

Ook op Amarant zijn diverse deskundigen geïnterviewd. Vooraf aan de interviews zijn de personen individueel benaderd om hun medewerking te vragen aan het onderzoek. Wederom werd elke persoon een document verzonden met de persoonlijke achtergrond van de onderzoeker, de aanleiding tot het onderzoek, de inhoud, het doel en waarom de interviews van belang werden geacht. Daarbij werd ook een opzet van het interview erbij gevoegd om dezelfde eerder genoemde reden (vanaf bijlage 5b zijn de vragen en antwoorden toegevoegd)

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om het interview af te nemen bij de werkplek van de geïnterviewden, vanwege de vertrouwde omgeving en het feit dat de geïnterviewden op deze manier, door niet te hoeven

reizen, minder tijd zouden verliezen.

De interviews met de diverse deskundigen van Amarant werden niet opgenomen, aangezien de gesprekken direct werden uitgetypt tijdens, dan wel net na het interview. Tevens werd bij elk interview op voorhand aangegeven dat het in zijn geheel uitgetypt en naar de persoon toegestuurd zou worden, om de geïnterviewde de mogelijkheid te geven het interview door te lezen en goed te keuren.

Wederom werd de keuze gemaakt voor diepte-interviews in de vorm van individuele onderzoeksinterviews. Het verschil met het interview van dhr. van Hoof is echter dat ditmaal de aan bod te komen gesprekspuntenlijst gestructureerd van karakter was. De geïnterviewde mocht zelf zijn antwoorden bepalen en in eigen woorden formuleren, echter kon niet van de vragenlijst afgeweken worden.

Samenvatting interview clustermanager (08-01-08): Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5b.

Beweging is goed voor elk mens. Ik vind dat de beweging van een aantal cliënten te minimaal is. Er zijn maar weinig momenten waarop cliënten echt moe worden van de lichamelijke inspanning. Mijn inzet zou zijn om cliënten bij 'achteruitgang' juist extra lichamelijke inspanning te laten verrichten. Wat mij betreft mag het wel intensiever: cliënten mogen best moe worden van de lichamelijke activiteit. Vormgegeven door een goede opbouw (denk aan wandelen in de bossen in een wat hoger tempo) en weinig interactie met anderen. Dit kan vervolgens weer in balans gehouden worden met een prikkelarm programma in de woning. De beste vorm kan gekozen worden door de bewegingsagoog en de medewerkers te raadplegen. Het doel is uiteindelijk lichamelijke activering in te zetten zonder psychische stress te veroorzaken. Beweging is goed, omdat het structuur geeft aan de dag, het een positief lichaamsbesef oplevert en de aanmaak van endorfine bevordert. Het terrein biedt hiervoor veel mogelijkheden.

Samenvatting interview orthopedagoog (21-08-08): Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5c.

Lichamelijke activering is een belangrijk onderdeel van het dagprogramma. Ik acht het als een gelijkwaardig onderdeel in vergelijking met andere belangrijke onderdelen als voedselnutting en verzorging. Lichamelijke activering dient om balans te brengen en herstel te krijgen. Het heeft naar mijn mening een hoge prioriteit. Enkele pluspunten zijn bijv. het ontwikkelen en behouden van een stuk basisconditie; het reduceren en reguleren van spanning; een verrijking van het leven in zijn geheel; een winst aan vertrouwen; een winst op sociaal vlak en het is een eerste opstap naar revalidatie.

Het nadeel is dat de doelgroep veel individuele begeleidingsmomenten vraagt. Het regelmatig samen activiteiten doen, kunnen ze eenvoudigweg niet 'handelen'. Drempels zijn daardoor personele bezetting en tijdgebrek. Hier valt echter winst in te behalen, door de programma's uit te breiden met 'doe-momenten' en

externen (als dagbesteding en bewegingsagogiek) erbij te betrekken.

De beste vorm voor de cliënt wordt voorop bepaald door het niveau van de verstandelijke beperking en de stoornis. De ernst van het ziektebeeld is van belang, evenals de cognitieve belastbaarheid ten opzichte van de stoornis (geen overprikkeling). Verder wordt er gekeken naar een stuk affiniteit met de vorm en geschiedenis. De opbouw van de lichamelijke activering varieert per cliënt en is voornamelijk afhankelijk van de problematiek en de gestelde doelen (bijv. beweging voor psychische stabilisatie of medische indicatie). Aan de hand daarvan worden er bepaalde eisen aan de lichamelijke activering gesteld: het starten met een lage insteek is belangrijk en komt het meeste voor. Je kunt door de rustige opbouw laag insteken en de mate van complexiteit en participatie rustig opbouwen.

Het terrein is geweldig. Bepaalde kenmerken van het terrein (ruimte, bosgebied, veiligheid) dragen bij aan ruimte om de cliënt een stuk zelfbeschikking te bieden. Het is veilig gekaderd. Daarbij is de bereikbaarheid van de voorzieningen prima.

Lichamelijke activering heeft bij mij een hoge prioriteit. Ik zie het als een basis. De winst valt te behalen door in het Persoonlijk Plan van de cliënt een aparte paragraaf te wijden aan de essentie van de beweging. Nu wordt het als aspect opgenomen als onderdeel van 'vrije tijd' of 'motoriek' in het persoonlijk plan. Het is echter belangrijk om het onderdeel 'beweging' nog meer te verwoorden en naar voren te laten komen in de handleiding, zodat het aspect informatief onder de aandacht gebracht wordt onder de Persoonlijk Begeleiders. En met informatief doel ik dan op de voordelen op medisch, fysiologisch en neuropsychologisch vlak. Ze moeten er meer mee bezig zijn en gaan beseffen hoeveel voordelen eraan gekoppeld zijn (zie bijlage voor meer informatie).

Samenvatting interview Persoonlijk Begeleider Maa. (20-02-08):

Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5d.

Persoonlijk zou ik graag meer activiteit willen hebben in het programma. Bewegen brengt iets gemeenschappelijks. Als begeleider bepaal ik de richting, maar het is wel iets, waarbij de verhouding begeleider-client op dezelfde lijn staat. De drukte omtrent de programma's en het onvermogen van cliënten om veel zaken en activiteiten samen te doen, houden meer activiteit binnen de programma's tegen. Het is veel één op één en dat beperkt je tijd. Tijdens de periode van de decompensatie van cliënt E. vielen de activiteiten van de bewegingsagogiek, zwemmen en sporten (auti-parcours) als eerste weg, omdat ze teveel van de cliënt verlangden. Hij werd daarin, in die periode, overvraagd. Je ziet dan ook dat hij wandelen het langste volhoudt, omdat hierbij de vraag aan E. veel lager is. Het is jas pakken, naar buiten gaan en weer terugkomen.

Zodra ik het programma opbouw begin ik met beweging, omdat het een heel passieve manier is van veel prikkels (weersinvloeden, jaargetijden etc.) opdoen. Met name wandelen. Je loopt rond en je aanschouwt de wereld om je heen zonder daar

deel van uit te maken. Het vult heel erg en het biedt afleiding. Je hoeft niet te praten, want je bent aan het lopen. Daarbij is het van belang voor de aanmaak van bepaalde vitamines en is het bewegen een fundament (een eerste stap) om te komen tot andere activiteiten, bijv. werken op een ander gedeelte van het terrein.

De vorm bepalen we in multidisciplinair verband. Vervolgens kijken we naar de beste en meest wenselijke manier van bewegen. We kijken daarbij ook naar de geschiedenis van de cliënt. We hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden. Daarna kijken we hoe het gaan aanpakken. Cliënt E. heeft door zijn autisme behoefte aan een methodische opbouw en het nemen van voldoende tijd en ruimte voor de activiteit. Obstakels zijn echter het grillige en onvoorspelbare gedrag van de cliënt, het niet altijd kunnen bieden van continuïteit en het niet eenduidig kunnen bieden van duidelijkheid. Ervaart de cliënt onveiligheid, dan heeft hij de neiging niet mee te willen/kunnen werken. Verder is het moeilijk om vanuit zijn autisme te zien dat de activiteit op zich ook al problemen kan opleveren. Het hogere doel is het ontspannen, maar ten eerste moet je de drempel over dat het spanning levert. Daarmee is de wezenlijke vraag wat de afweging is, of het daadwerkelijk de doelen vervult.

De aanvraag bij de bewegingsagogiek via de reguliere weg verliep traag, daarom ben ik ze informeel gaan aanspreken met hoge prioriteit van de orthopedagoog. Toen was het zo geregeld. De ligging van het terrein is prima. Afgezonderd, alle voorzieningen in de buurt en dicht bij de bossen. De mensen die er werken kunnen het cliënt E. echter wel moeilijk maken. Bijv. tijdens het wandelen: mensen van de keuken maken grapjes over de avondmaaltijd, een voorbeeld is dat ze die avond roze nasi gaan eten. Daar kan de cliënt niets mee als autist.

Samenvatting interview Persoonlijk Begeleider N. (18-02-08):

Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5e.

Beweging draagt bij aan het welzijn van de cliënt. Het brengt rust in de 'bovenkamer'. De cliënten hebben moeite om twee dingen tegelijk te doen. Door te wandelen zijn ze bezig met een enkelvoudige activiteit en bezigheid. Lichamelijke activering brengt daardoor rust en ook ontspanning, omdat het de gedachten stilzet (zie bijlage voor voorbeeld). Daarbij kan beweging spanning ontladen. Verder is het medische aspect van belang: bijvoorbeeld sporten vanwege overgewicht of een lichamelijke beperking, als artrose (cliënt A.). Tenslotte is beweging goed voor de lichamelijke en psychische gesteldheid. Buiten zijn is overdag belangrijk, vanwege de buitenlucht en de aanmaak van vitamines. Lichamelijk actief zijn heeft daarbij een positieve invloed op de aanmaak van neurotransmitters. Het is tevens goed tegen depressie en als we hier naar de cliënten kijken, hebben we hier bijna alleen maar mensen met een stemmingsstoornis. Voor sommige cliënten is het ook een manier om zichzelf open te stellen, het brengt een ongedwongen sfeer met zich mee.

In principe probeer ik bij een 'verergering van de stoornis' te zorgen voor een prikkelarme omgeving,

mede door hem meer uit de groep te halen. Echter, het mag niet inactief worden. Daarin is de beweging juist weer belangrijk. Zo blijft ook de balans behouden tussen activiteit en inactiviteit.

De vorm wordt in multidisciplinair verband gekozen. Hierbij wordt naar de behoeften van de cliënt gekeken, bijv. of het medisch goed moet zijn voor de cliënt; of dat de sport moet dienen als ontlading van spanning of juist rust en ontspanning moet brengen. Hierbij wordt ook gekeken naar de interesses van de cliënt en de geslaagde successen in het verleden. Maar de andere kant is ook van belang: je moet geen zaken gaan inzetten, waarvan je weet dat ze niet gaan slagen. Behoeften van de cliënt zijn dat de kaders en voorwaarden duidelijk moeten zijn. Hoe duidelijker en gestructureerder de kaders en voorwaarden zijn, hoe meer de cliënten zich daar tijdens de activiteit mee bezig moeten houden. Zijn deze onduidelijk, dan zie je pas dat de stoornis meer naar voren gaat komen. Overige belangrijke voorwaarden zijn het bieden van veiligheid en vertrouwen. Je moet ze daarbij niet gaan overschatten of overvragen. Andere kant is echter dat je niet moet willen beantwoorden aan alle behoeften. Je moet ergens ook flexibiliteit behouden, zowel voor werknemers als cliënten.

De stoornis brengt echter ook obstakels met zich mee, als agitatie, verzet en lusteloosheid. Dat één cliënt bijv. niet gaat voetballen, is puur op het moment een veiligheidskwestie, terwijl het goed voor hem zou zijn in het kader van het ontladen van spanning.

De bewegingsagogiek was zo geregeld. Deze werd ingezet vanuit medische indicatie, wat het proces denk ik wel heeft bespoedigd. Het terrein hier is super, vooral met deze cliënten. In de zomer met de bossen in de buurt, de bomen, de zon en het horen van de bladeren. Het is gewoon ruim. Je kunt hier ook gewoon écht een wandeling maken en fietsen.

Samenvatting interview persoonlijk begeleider Mar. (21-08-08):

Onderstaand stuk betreft een samenvatting. Het gehele interview is terug te lezen in bijlage 5f.

In het algemeen doet het bewegen, kijk maar naar het wandelen, de cliënten gewoon goed. Ze zijn lekker buiten, het werkt spanningsreducerend en de lichamelijke beweging op zich is goed. Verder biedt het een wenselijke invulling aan de dagstructuur. Er wordt door ons naar activiteiten gezocht, die zowel invulling bieden (wenselijk zijn) als bepaalde doelen vervullen (ondersteuningsvragen). Bij één cliënt werd de beweging tevens gebruikt als eerste opstap in het kader van zijn revalidatie. Wat positief is op de groep, is dat er constant wordt gezocht naar de juiste balans van activiteit en inactiviteit. Dit is een constant proces. Mijn beleving over de activiteit en inactiviteit is dat de vorm van de activiteiten aansluiten bij elke cliënt op zich. Het nadeel is dat de cliënten veel één op één begeleiding nodig hebben, wat tijdgebrek tot gevolg heeft. Het voordeel van lichamelijke activeringsmomenten is wel dat je ze zelf kan kaderen naar gelang de tijd die je hebt. Zo kan je bijv. de wandeling inkorten als je anders in de problemen komt, waar bijv. verzorgingsmomenten ongeveer altijd even veel tijd in beslag nemen.

Specifieke behoeften in het kader van mijn cliënt zijn stoornis, zijn een één op één begeleiding; duidelijke kaders en regievoering; een prikkelreducerende omgeving en positieve bekrachtiging en stimulering. De stoornis kan de lichamelijke activering ook bemoeilijken, door de volgende aspecten: door zijn stemmingstoornis neigt hij snel naar het negatieve; zijn psychische gesteldheid beïnvloedt ook zijn motorisch handelen; de cliënt is niet altijd even gemakkelijk in te schatten en daarbij heeft de cliënt last van een spanningsaanloop voor de activiteit. Deze obstakels, en misschien wel anderen, zijn wenselijk om te overbruggen. Duidelijke kaders zijn tenslotte prettig en noodzakelijk, maar daartussen moet je bewegingsruimte laten.

De vorm wordt gekozen door overleg te plegen in het casusteam en met bewegingsagogen. Helaas is het een nadeel dat je wel afhankelijk bent van de mogelijkheden van de bewegingsagogiek (bijv. tijd en dag dat de cliënt kan komen; beste vorm is niet altijd mogelijk). Het is in ieder geval ideaal dat alle faciliteiten aanwezig zijn op het terrein. De connectie met de bewegingsagogiek is ook prima. Het idee heerst er bij mij dat ze de cliënt goed op het netvlies hebben. Dit geeft me vertrouwen in de begeleiding daar. Het terrein is gewoonweg erg prettig.

4.2 SAMENVATTING

Door deze gesprekken te houden, is getracht de mate van deskundigheid en de kwaliteit van het theoretisch kader te vergroten en het aantonen van multidisciplinaire samenwerking te waarborgen. Een belangrijk element dat naar voren kwam uit het interview met dhr. van Hoof is dat sinds enkele jaren een professionalisering plaatsvindt betreffende sporten met een beperking. De samenwerking tussen gemeenten stijgt en wordt intenser. Zijn taak als sportconsulent is goed voor de sector: wensen en behoeften van de cliënt kunnen verwezenlijkt worden en daarmee wordt er bijgedragen aan de kwaliteit van leven. Helaas zijn er geen actuele cijfers bekend over het aantal sportenden met een beperking in de regio Midden-Brabant, laat staan hoeveel ervan een bijbehorende psychiatrische stoornis hebben. Voor de beeldvorming en het uitzetten van toekomstig onderzoek en beleid zou dit goed zijn. Het is echter wel goed om te zien dat instellingen als NebasNsg steeds meer mensen scholen en themabijeenkomsten geven. Verder stelt dhr. van Hoof communicatie hoog in het vaandel. Andere nadelen zijn dat de financiën beperkt zijn en de sector nog steeds afhankelijk is van veel vrijwilligers.

De gehouden interviews met de diverse deskundigen waren ook waardevol. Allen waren lovend over het inzetten van lichamelijke activering. Zo pleit de clustermanager voor intensieve lichamelijke activering, om de cliënten lichamelijk en geestelijk wat meer te vermoeien, waarmee het doel is om het in te zetten zonder psychische stress te veroorzaken. Andere deskundigen geven voordelen aan, als het brengen van rust in de 'bovenkamer' van de cliënt, spanningreducering, het doen van iets gemeenschappelijks en het zorgen voor een eerste opstap naar revalidatie. Ze geven aan het belangrijk te vinden dat de lichamelijke activiteit goed vormgegeven

wordt door duidelijke kaders en voorwaarden. Hier ontlennen cliënten hun veiligheid aan. Hoe onduidelijker ze zijn, hoe meer ruimte je laat om de stoornis naar voren te laten komen. Het nadeel van het inzetten is dat de stoornis ook obstakels met zich meebrengt, als agitatie, verzet, lusteloosheid en onvoorspelbaar gedrag. Veiligheid heeft daarom een hoge prioriteit bij het werken met deze doelgroep. Andere veelvoorkomende voorwaarden zijn regievoering, prikkelreducering en positieve bekrachtiging. Een ander nadeel is het tijdgebrek. De deskundigen zouden maar al te graag meer bewegingsactiviteiten inzetten, alleen is de tijd beperkt door veel te werken met één op één momenten en een gebrek aan financiële middelen om meer personeel in te zetten. Daarbij was iedereen positief over het terrein waar de participerende cliënten wonen. Het levert veel mogelijkheden op om lichamelijke activering in te zetten en het is een veilig gekaderd gebied.

De orthopedagoog acht lichamelijke activering even belangrijk als onderdelen als voedselnuttiging en verzorging. Hij pleit hierbij om een aparte paragraaf te wijden in het Persoonlijk Plan van de cliënt, gewijd aan lichamelijke activering en het belang daarvan, om het nog meer onder de aandacht te brengen bij de Persoonlijk Begeleiders. Ze moeten ermee bezig zijn en beseffen hoeveel voordelen eraan gekoppeld zijn.

THEORETISCHE OPZET VAN HET PRAKTIJKONDERZOEK

5.0 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de theoretische onderlegging van het praktijkonderzoek uiteengezet om de lezer inzicht te verschaffen in de aanpak van het onderzoek en deze van literaire onderbouwing te voorzien. Aan de hand van verschillende paragrafen komen verscheidene aspecten aan bod, als de 'methodische karakterisering van het onderzoek', 'populatie/steekproef', 'beschrijving en verantwoording van het onderzoeksinstrument', 'materiaalverzameling' en tenslotte 'data verwerking en analyse'.

5.1 METHODISCHE KARAKTERISERING VAN HET ONDERZOEK (ONDERZOEKSONTWERP)

Het praktijkonderzoek is exploratief van aard door het gebrek aan theorie betreffende het onderwerp. In het theoretisch kader kwam naar voren dat er weinig onderzoek naar gedaan is en er weinig informatie beschikbaar is betreffende lichamelijke activering voor mensen met een complexe zorgvraag. Er zijn dan ook geen vooraf geformuleerde hypothesen en er wordt geen verslag gedaan van alle analysestappen. Wel wordt bij de analyse ingegaan op gesignaleerde verbanden van de verkregen informatie, waaruit dit onderzoek probeert bij te dragen aan de ontwikkeling van theorie m.b.t. lichamelijke activering voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis (Baarda, 2001, p. 95).

Het vermoeden bestaat, mede namens de instelling, dat de bijkomende psychiatrische stoornis zorgt voor inactiviteit bij cliënten, wat ten koste gaat van het welbevinden. Sommige cliënten zijn bijvoorbeeld vroeger enorm actief geweest, maar komen er nu niet meer aan toe door verergering van de stoornis. Het probleem dat men hier via het onderzoek tracht op te lossen, wordt aangedragen vanuit de alledaagse praktijk van de opdrachtgever. Het probleem is niet theoretisch van aard, maar heeft met doelstellingen en handelingspraktijken van de opdrachtgever te maken (Wester & Peters, 2004). In het onderzoek wordt daarom nagegaan of het mogelijk is om lichamelijke activerende begeleiding in te zetten op de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis in de leeftijd van 24 tot 60 jaar op een bepaalde woonvoorziening te Amarant. Uiteindelijk wordt hiermee getracht een bijdrage te leveren aan het Bijzonder Zorgplan van de cliënten op het gebied van lichamelijke activering, wat daardoor een verrijking van de kwaliteit van leven tot gevolg heeft (zie 'pedagogisch belang', hoofdstuk 3). Het doel is om kennis te leveren die praktisch bruik- en toepasbaar is en daarbij de beroepspraktijk zal verbeteren.

Hiermee sluit het onderzoek het beste aan bij een zogenoemde 'intensive casestudy', een praktijkgericht onderzoek, waarbij kwalitatieve met kwantificerende elementen gecombineerd worden. Het stelt het doel om problemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen in hun natuurlijke omgeving over een bepaalde periode te beschrijven, te interpreteren en de juiste stappen te zetten om het proces voorspoediger te laten verlopen (Swanborn, 1996). Het analytisch kader van de onderzoeker is relevant om voor het betreffende probleem een diagnose te stellen: waaruit bestaat het probleem; welke factoren hebben ermee te maken etc. Ook vanuit de opdrachtgever zal een bijdrage aan het analytisch kader worden gegeven. Het onderzoek heeft daarmee mede als doel om empirische kennis te verzamelen, bijv. betreffende de opvattingen van betrokkenen. Dit is gebeurd door interviews te houden met diverse deskundigen (hoofdstuk 4, theoretisch kader).

Vaak gaat het erom te evalueren of bepaalde handelingspraktijken (over veranderingen daarin) succesvol zijn (geweest). Naast empirische gegevens zijn dan doelen en normen van de opdrachtgever van belang (Wester & Peters, 2004). Concreet komt het voorgaande erop neer dat op exploratieve wijze wordt geprobeerd zonder vooraf geformuleerde hypothesen, op zoek te gaan naar hiaten in de scenario's van de bewegingsactiviteiten en de oorzaken ervan te exploreren, waarna die hiaten in multidisciplinaire samenwerking behandeld en eruit gehaald worden. Uiteindelijk verlopen hiermee de bewegingsactiviteiten stabiel en met minder psychische stress. Het besef is er echter ook dat de kritiek op de 'casestudy' waarheden kent, als de gemakkelijke ruimte om een nieuwe theorie / model aan het onderzoek te koppelen. Om hieraan deels tegemoet te komen, is er gekozen voor niet één, maar vijf cases met daarbij regelmatige meetmomenten, het inzetten van verschillende onderzoekers, het voorleggen aan betrokkenen van de scenario's en het gebruik van diverse dataverzamelingsmethoden. Causale interpretaties komen hiermee hopelijk sterker te staan. (Swanborn, 1996).

Daarbij worden na de praktische bevindingen en de gemaakte koppeling naar het theoretisch kader, aanbevelingen geformuleerd voor de instelling. De aanbevelingen zullen niet geïmplementeerd worden.

Hierbij worden nogmaals de hoofd- en deelvragen aangehaald:

Hoofdvraag:

Kan lichamelijke activerende begeleiding ingezet worden op de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en de bijkomende psychiatrische stoornissen op een bepaalde woonvoorziening te Amarant in de leeftijd van 24 tot 60 jaar?

Deelvragen:

1. Wat houden de begrippen 'verstandelijke beperking', 'psychiatrische stoornis' en 'lichamelijke activering' in?
2. Waarom is lichamelijke activering, bekeken op lichamelijk en geestelijk vlak, goed voor mensen?
3. Wat is er al bekend aan literatuur- en onderzoek

- m.b.t. de lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis?
4. Wat zijn de visies en meningen van diverse deskundigen op het gebied van lichamelijke activerende begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis.
 5. Theoretische opzet van het praktijkonderzoek.
 6. Wat is het "effect" (het resultaat) van de lichamelijke activering op het gebied van gezondheid, stemming en spanning m.b.t. mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis?
 7. Conclusies
 8. Aanbevelingen

5.2 POPULATIE/STEEKPROEF

De onderzoekseenheden zijn (microniveau) personen en/of situaties, waarover ik conclusies wil trekken of uitspraken wil doen. Specifiek betreft het onderzoek vijf individuen in de leeftijd van 24 tot en met 60 jaar met een disharmonisch profiel en ieder een andere psychiatrische stoornis, die wonen op een bepaalde woonvoorziening op een terrein van zorginstelling Amarant. Deze personen zullen aan drie verschillende bewegingsactiviteiten deelnemen, te noemen: zwemmen, voetbal en bewegingsagogie. Het onderzoek heeft niet het doel om elke afzonderlijke casus te generaliseren naar iedereen die een dergelijke psychiatrische stoornis heeft. Duidelijk moet vermeld worden dat het algemene plaatje in de gaten gehouden moet worden: het hebben van een verstandelijke beperking met een psychiatrische stoornis levert beperkingen en obstakels op en dit onderzoek moet bijdragen om dat onderdeel, wat bijdraagt aan de kwaliteit van het leven, ontspanner voor de cliënt te laten verlopen. Het onderzoek probeert in de eerste plaats bij te dragen aan het verbeteren van de situatie van de cliënten (interne geldigheid; 'cases-op-zich'). Het eventueel toepassen van de resultaten op andere cliënten met een complexe zorgvraag is een mooie toevoeging.

Het onderzoek zou te grootschalig worden om 25 respondenten met een complexe zorgvraag te zoeken op het terrein, toestemming te vragen bij Persoonlijk Begeleiders, de bewegingsactiviteiten in verschillende multidisciplinaire teams op te zetten en te volgen en de verscheidene groepen te vergelijken. De eenheden vallen binnen een bijzondere doelgroep. Deze vijf respondenten zijn informatierijke eenheden, die diepgaand worden bestudeerd. Ze zijn doelgericht uitgekozen op basis van inhoudelijke criteria: ten eerste is de onderzoeker bekend op de woonvoorziening, kent de diverse deskundigen en de cliënten en heeft daar goede banden mee. Ten tweede zijn ze gekozen op basis van huidige stemming en ontwikkeling (bijv. bij één cliënt was de bewegingsactiviteit vastgelopen) en het werken aan ondersteuningsvragen gericht op het starten van bewegingsactiviteiten. Het betreft hier dus een directe vraag vanuit de Persoonlijk Begeleider van de cliënt om het programma uit te breiden met bewegingsactiviteiten, deze mogelijk te maken en zo goed mogelijk te laten verlopen.

In tabel 2 van hoofdstuk 1 is te zien wie mijn respondenten zijn, wat voor verstandelijke beperking en psychiatrische stoornis ze hebben en welke individuele kenmerken daarbij horen. De respondenten hebben zelf het gehele onderzoek niet door dat ze participeren. Toestemming is gegeven door de Persoonlijk Begeleiders van de respondenten en de clustermanager. Elke cliënt werd over een periode (tussen de drie en vijf maanden) begeleid en geobserveerd. Aangezien het niet mogelijk was bij alle bewegingsactiviteiten zelf aanwezig te zijn, werd het observeren en begeleiden ook uitbesteed aan deskundige bewegingsagogen van het terrein. Tussen deze twee partijen was regelmatig contact over het invullen van het onderzoeksinstrument en de hiaten die ze tegenkwamen bij uitvoering van de bewegingsactiviteiten. In het onderzoek wordt anonimiteit gehandhaafd. Namen van deskundigen en respondenten worden niet genoemd en dus weergegeven met de eerste letter van de naam als hoofdletter gevolgd door een punt (voorbeeld: E.).

5.3 BESCHRIJVING EN VERANTWOORDING VAN HET ONDERZOEKSINSTRUMENT

Eerder werd aangegeven dat het onderzoek zowel kwalitatieve met kwantificerende elementen combineert. Om de betrouwbaarheid te verhogen, wordt in het onderzoek de vorm 'triangulatie' toegepast, een vorm waarbij niet alleen verschillende dataverzamelmethode worden toegepast, maar ook worden gecombineerd om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden. Dit betekent dat het onderzoek een beroep doet op observaties van meerdere situaties, op interviews met meerdere personen en op bestaande gegevens uit meerdere bronnen.

Methoden van dataverzameling waren:

• Bestaande gegevens:

Het doornemen van de Bijzondere Zorgplannen van de cliënten; doornemen van documenten en teksten gekoppeld aan huidige en bewegingsactiviteiten uit het verleden; het exploreren van de visie en beleid van zowel de instelling Amarant als de desbetreffende woonvoorziening; doornemen van notulen, tabellen, grafieken, e-mails, brieven etc.

• Observeren:

Het participierend observeren van cliënten, met name gericht op stemming en spanning vooraf, tijdens en nadien de bewegingsactiviteiten. Hiermee wordt objectiviteit deels vergroot, aangezien de onderzoeker zelf met kennis van cliënten ziet wat er plaatsvindt. Er wordt 'verhuld' geobserveerd. De cliënten weten niet dat ze participeerden aan het onderzoek.

• Gesprekken:

Het regelmatig houden van informele ('open-topic') gesprekken met bewegingsagogen, de orthopedagoog, een autismeconsulent en Persoonlijk Begeleiders voor het verzamelen van kennis, houdingen, attitudes, opvattingen, vorderingen etc.

• Interviews:

Het houden van formele interviews, van belang voor het theoretisch kader van het onderzoek (deze zijn

volledig weergegeven in de bijlagen). Deze interviews werden 'face-to-face' gehouden. Bij het interview met de sportconsulent werd beoogd om goed door te kunnen vragen. De opzet van het interview was daardoor halfgestructureerd, aangezien de onderwerpen vooraf wel waren bepaald, maar daar wel van afgeweken mocht worden. De interviews met de deskundigen waren gestructureerder van karakter, omdat de antwoorden van de verscheidene deskundigen nadien vergeleken werden en daarom niet ruim afgeweken kon worden van de onderwerpenlijst.

Met regelmaat worden de bewegingsactiviteiten geobserveerd, waarna vervolgens wordt getracht, met behulp van twee gestructureerde schema's, de invloed van de activiteiten op het gebied van gezondheid (gewicht), stemming/spanning en in enkele gevallen een depressie te beschrijven en te interpreteren. De verschillende schema's en de erin geplaatste onderdelen zullen nu gespecificeerd toegelicht worden m.b.t. de inhoud, het gebruik en de relatie tot het praktijkonderzoek. Vooraf moet vermeld worden dat de schema's door de onderzoeker zijn ontwikkeld en een samenhang bevatten van eigen en bestaande componenten. De bestaande componenten zijn dagelijks gebruikte middelen, ontwikkeld en/of gebruikt door Amarant, als het signaleringsplan, de signaleringsrapportage, de observatielijst en de SDZ-schaal.

De twee schema's die ik hanteer zijn:

- *Het praktijkevaluatieformulier (afgekort: PEF)*
- *De T-meting*

Het PraktijkEvaluatieFormulier (bijlage 3a)

Het PEF is een beschrijving van een gestructureerde observatie van een individuele training, gespecificeerd in verschillende tijdspannen. Het is gestructureerd van karakter, omdat de observator let op specifieke signalen voortkomend uit het 'signaleringsplan' en de 'observatielijst t.b.v. het signaleringsplan van de cliënt'. Het signaleringsplan en de observatielijst t.b.v. het signaleringsplan zijn opgenomen in bijlage 4b en 4c. Het letten op deze specifiek vernoemde signalen wijst erop in welke fase de cliënt op het gebied van spanning verkeert, waarbij fase 1 'een ontspannen cliënt' aanduidt en in fase 5 de cliënt zal overgaan tot 'openlijke agressie'. Het signaleringsplan is volledig uitgelegd in de bijlage. Het is naar eigen inzicht van de observator om te bepalen hoe lang, hoe vaak en hoe intens bepaalde signalen uit een fase naar voren komen. Vertoont een cliënt tijdens een bepaalde tijdspanne vijf signalen uit fase 2 en twee signalen uit fase 3, dan mag de cliënt gescoord worden in fase 2, aangezien de cliënt voornamelijk in die fase verbleven is. Aansluitend kan beoordeeld worden of het gedrag van de cliënt als positief (bijv. ontspannen, vrolijk) of negatief (bijv. gespannen, geagiteerd) te bestempelen is per tijdsgedeelte. Onder het kopje 'beschrijving' kan vervolgens per tijdsgedeelte het vertoonde gedrag door de cliënt en de mate waarin de psychiatrische stoornis naar voren kwam, verwoord worden als een argumentatie waarom een bepaalde cliënt in een bepaalde fase gescoord is. Daarbij kan het gevolgde

proces (route, materiaal, gehanteerde interventies) beschreven worden, zodat eventuele hiaten later eruit gehaald kunnen worden onder het kopje 'evaluatie', die zowel procesmatig van aard kunnen zijn als op het gebied van begeleiding. Hiermee geeft het op overzichtelijke wijze inzicht in de volledigheid en de kwaliteit van het materiaal. Aanbevolen wordt (Hutjes en van Buuren, 1992) om in de kwalitatieve analyse notities en aparte aantekeningen vast te leggen in zogenaamde 'memobestanden'. Het memoschrijven kan worden gezien als een hulpmiddel bij uitstek om de ontwikkeling van de redenering in het onderzoek vast te leggen en de voortgang ervan te bestuderen. En dat is precies wat een PEF beoogt. Vanaf de aanvang van het onderzoek worden deze 'memo's' geschreven, waarna de binnenkomende gegevens in multidisciplinair verband worden geëvalueerd, hiaten worden onderzocht en nieuwe strategieën worden uitgezet om de bewegingsactiviteiten tussentijds al beter te laten verlopen.

Aan de hand van het door Amarant ontwikkelde signaleringsplan en de observatielijst, is vervolgens dit overzichtelijke schema vervaardigd met een inbreng van eigen componenten. In bijlage 3a is het PEF weergegeven met op de pagina erna een omschrijving van alle aanwezige begrippen.

De T-meting (bijlage 3b)

Een T-meting dient om alle gegevens, voortkomend uit de PEF's, maandelijks te ordenen in een apart schema. Er wordt vooraf een basismeting gedaan, te noemen: T=0. Elke maand daarna krijgt een opeenvolgend nummer (T=1; T=2), zodat de schema's overzichtelijk vergeleken kunnen worden door de maanden heen. In bijlage 3b is een schema van een T-meting weergegeven met op de pagina erna een omschrijving van alle aanwezige begrippen. De aspecten 'signaleringsplan', 'observatieschema' en 'signaleringsrapportage' zijn door Amarant ontwikkeld. De 'SDZ-lijst' is door dhr. Roeden ontwikkeld, maar wordt door Amarant benut. Met de aanwezigheid van die aspecten, in combinatie met de inbreng van eigen componenten, is dit schema vervaardigd. Het aspect gezondheid is verdeeld in drie componenten, te noemen 'gewicht', 'lichamelijke last' en 'alertheid'. In bijlage 3b worden deze begrippen duidelijk verwoord. De nadruk ligt voornamelijk op de aanwezige stemming en spanning van de cliënt voor, tijdens en nadien de bewegingsactiviteit. In het theoretisch kader werd in hoofdstuk drie het pedagogisch belang weergegeven van bewegingsactiviteiten. Het draagt voornamelijk bij aan het welbevinden van de cliënt en dus aan de kwaliteit van leven. Belangrijke voorwaarde daarin is, dat de cliënt zo min mogelijk spanning en psychische stress ervaart. In hoofdstuk twee van het theoretisch kader is echter aangegeven dat bewegingsactiviteiten zouden moeten bijdragen aan de afname van spanning, mede door de aanmaak van neurotransmitters en bepaalde stoffen als endorfine. Daarom is het van belang in het praktijkonderzoek het aspect 'spanning' te meten en dat wordt gedaan aan de hand van het 'obs-schema' van de cliënt (in combinatie met het PEF-schema), de 'signaleringsrapportage', het 'oordeel van de Pb-er' en het 'oordeel van de onderzoeker'.

Het *obs-schema* of terwijl, het observatieschema,

weergegeven in bijlage 4d, is een dagelijks gebruikt middel op de woonvoorziening om in verschillende tijdsperioden de cliënt te scoren in een bepaalde fase, bepaald a.d.h.v. het individuele signaleringsplan van de cliënt. Ook wordt in dit schema aangegeven of het gedrag van de cliënt als positief of negatief te bestempelen is. Verder is er ruimte om door middel van kruisjes aan te geven of de cliënt specifieke individuele kenmerken liet zien, zoals: vragen stellen, fysieke weerstand, verbale weerstand, fysieke onrust, verbale onrust, slapen, handen bijten etc. Het obs-schema en het PEF worden in de T-meting gecombineerd om een goed beeld te krijgen van de stemming van de cliënt over een hele dag en specifiek rondom de bewegingsactiviteit. Onder het kopje 'bijzonderheden' kunnen zaken vermeld worden met betrekking tot de 'genoteerde kruisjes' in het obs-schema, bijzonderheden die uit het PEF naar voren kwamen of algemene zaken.

Een specifieke uitleg van de *signaleringsrapportage* wordt gegeven in bijlage 4e. Het komt er in het kort op neer dat elke cliënt op de woonvoorziening een persoonlijke klapper heeft. De groepsleiding heeft de mogelijkheid om na afloop van elke dienst bijzonderheden te noteren die hem of haar zijn opgevallen. Met betrekking tot mijn onderzoek zijn vooral de momenten gerelateerd aan de bewegingsactiviteiten, dan wel bijzonderheden die eventueel te relateren zijn aan de bewegingsactiviteiten, van belang.

Natuurlijk is de *Persoonlijk Begeleider* van de cliënt vaak niet aanwezig bij de bewegingsactiviteiten. Er mag echter wel van deze persoon verwacht worden dat hij/zij de vorderingen m.b.t. de lichamelijke activering wel in de gaten houdt en op de hoogte blijft door te communiceren met overige partijen. Zijn/haar oordeel over wat er speelt, hoe het gaat en wat hij/zij evt. graag veranderd zou willen zien, is daarom wel van belang. *Het oordeel van de onderzoeker* is ook van belang, aangezien deze persoon er het meeste bij is. Verwacht wordt dat hij voldoende kennis heeft van de cliënt en op de hoogte is van het signaleringsplan. Is het observeren uitbesteed aan anderen (bijv. bewegingsagogen), dan kunnen hun observaties en meningen in deze kolom geponeerd worden.

Tenslotte wordt bij enkele cliënten nog de *SDZ-schaal* benut, weergegeven in bijlage 4a met specifieke uitleg. De SDZ staat voor Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ; Roeden, 1989) en is een beoordelingsschaal die door Amarant wordt benut. Het is een schaal die de aanwezigheid van depressie bij mensen met een verstandelijke beperking nagaat, aangezien het vermoeden bestond dat gedragsstoornissen het gevolg konden zijn van een onderliggende depressie. Er is in het theoretisch kader (hoofdstuk 2) aangegeven dat bewegingsactiviteiten bijdragen aan ontladen van stress en daarbij neurotransmitters aanmaken die voor een positief gevoel zorgen. Het kan dus als onderdeel van grote betekenis zijn om depressie tegen te gaan. Daarom worden de scores van de SDZ-schaal bijgehouden. Belangrijk is om te stellen dat de gemiddelde score van de SDZ nimmer voldoende voorwaarde is om "depressie" te stellen, maar dat nader onderzoek wel zinvol is bij een hoge score. De schaal wordt in het onderzoek mede benut, omdat deze schaal toch

al gebruikt wordt bij mijn cliënten en daardoor geen eventuele extra belasting nodig is.

5.4 MATERIAALVERZAMELING

Het domein van mijn onderzoek betreft de woonvoorziening, het terrein van Amarant (waaronder het zwembad en de sportzaal) en het terrein van voetbalvereniging 'x'. De bestaande situatie op de woonvoorziening is tevens mijn onderzoeksituatie. Deze tracht ik zo min mogelijk te verstoren. Het begrip hiervoor is 'non-reactiviteit'.

De omstandigheden, waaronder de gegevens worden verzameld, zijn zeer divers. De interviews worden gehouden op de locaties waar de deskundigen en de sportconsulent werken, vanwege de vertrouwde omgeving waarin ze op dat moment verkeren en de rust die er heerst (in vergelijking tot bijv. het houden van het interview in een kantine). De dataverzameling van de bestaande gegevens gebeurt op de woonvoorziening waar de respondenten wonen. De open-topic gesprekken vinden deels plaats waar het op dat moment gepland is (bij de werklocatie van de bewegingsagoog of autismeconsulent) en deels hoe het toevallig zal uitkomen (op straat of in gesprek met de orthopedagoog op de woonvoorziening). De observaties vinden plaats bij voetbalvereniging 'x' en in het zwembad op het terrein van Amarant.

Het ligt niet binnen de mogelijkheden om vijf cliënten te observeren tijdens de periode van het praktijkonderzoek. In totaal gaan de cliënten op acht momenten in de week deelnemen aan bewegingsactiviteiten. Enkel gaan dus twee keer per week zwemmen. Daardoor is het dus niet mogelijk om alle observaties zelf uit te voeren, terwijl dit wel prettiger zou zijn. Dat is dus wel een obstakel. Om die reden wordt de bewegingsagogie van het terrein, die enkele cliënten zelf gaan begeleiden bij het zwemmen en sporten, betrokken bij het onderzoek.

5.5 DATA VERWERKING EN ANALYSE

Een kwalitatieve analyse is een proces van voortgaande data reductie van de verzamelde gegevens om uiteindelijk de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Het is daarom van belang goed te verwoorden hoe men de informatie heeft verzameld en geanalyseerd.

Het verzamelen van de observatiegegevens, is mede gebaseerd op het principe van tijdreeksanalyse. Het gaat hier om een experimentele opzet, waarbij gedurende verschillende momenten metingen van de respondenten worden verricht. Bij dit onderzoek betreft het vijf respondenten, die over een tijdbestek tussen de drie en vijf maanden worden gevolgd bij hun bewegingsactiviteiten. Na een aantal metingen wordt eventueel een nieuwe prikkel of interventie ingevoerd, waarna er weer diverse metingen worden verricht. Als het patroon van de metingen na de stimulus duidelijk verschilt van het patroon ervoor, dan kan er misschien sprake zijn van een causaal effect. We zeggen 'misschien', omdat er ook andere factoren kunnen zijn die hebben bijgedragen aan veranderende patronen (Braster, 2000). Vermeld moet worden, dat een casestudy niet geïnteresseerd is in het doen van

uitspraken over andere onderzoekseenheden. Het is wel interessant om te bekijken of een verklaring ook opgaat voor meerdere gevallen. Dat is in dit onderzoek echter aan de opdrachtgever. Het ligt buiten de mogelijkheden van dit onderzoek om meer respondenten gedurende een langere periode te volgen en de casussen te vergelijken om de externe geldigheid te vergroten. Daarom is dit onderzoek in de eerste plaats geïnteresseerd in het verbeteren van de situatie van mijn cliënten. Het eventueel toepassen van mijn resultaten op andere 'cases' is mooi meegenomen.

In dit onderzoek wordt er geanalyseerd volgens de kwalitatieve onderzoekstraditie (Hutjes & van Buuren, 1992), waarin vooral aandacht wordt besteed aan het werken met teksten. In de eerste fase van de analyse wordt zo min mogelijk verkregen data gereduceerd om niet teveel informatie verloren te laten gaan. Dit gebeurt door een ordening te brengen aan de voortkomende gegevens uit de T-metingen. Het komt er op neer dat gemeenschappelijke informatie wordt geselecteerd en gecodeerd met begrippen, waarna op deze manier opeenvolgend data overzichtelijk per onderwerp wordt weergegeven. Uiteindelijk kan op overzichtelijke wijze een verdere vorm van data reductie worden ingezet en zo de onderzoeksvraag duidelijk beantwoord.

Om te voorkomen dat een onduidelijke en onoverzichtelijke verzameling van data ontstaat door het meten door de maanden heen, zijn er vanaf het begin af aan duidelijke gespecificeerde meetschema's gecreëerd (zie 'PEF' en 'T-meting'). Daarbij is rekening gehouden met de twee manieren van ordening binnen de schema's, namelijk naar 'topic' en naar 'bron van herkomst'. De topics, als stemming/spanning, lichamelijke last en alertheid, dienen als leidraad bij de observaties en als directe ordening van informatie. De indeling naar bron is daarbij essentieel om gemakkelijk terug te kunnen vinden waar het materiaal vandaan komt en hoe het tot stand is gekomen. Zo kunnen de onderzochte casussen eenvoudig onderscheiden worden, evenals daarbinnen de informatiebron, tijdstip en plaats van de observatie duidelijk zijn weergegeven. Deze overzichtelijke observatieschema's en T-metingen zijn daarmee het startpunt voor verdere analyse. Het levert de basis voor transformatie van het grondmateriaal naar verdere te analyseren databestanden.

Om die transformatie theoretisch te onderbouwen, worden twee op elkaar aanvullende technieken gebruikt, namelijk: het zoeken naar een verdere thematische, op de probleemstelling afgestemde ordening van het materiaal en het coderen van de relevante onderzoekseenheden naar een aantal binnen die probleemstelling relevante vragen. Hiervoor is gekozen, omdat het werken met teksten (passages en themabestanden) dicht bij het oorspronkelijke materiaal blijft, om zo een genuanceerd beeld van het onderzochte verschijnsel weer te geven. De thematische ordening van het materiaal staat daarmee centraal. De werkwijze betreft het opdelen van het grondmateriaal (T-metingen) in passages. Deze informatie bestaat meestal uit tekst. De te onderscheiden fragmenten vormen samen het

passagebestand. De passages uit het passagebestand worden vervolgens eventueel toegekend met een specifiek trefwoord op basis van relaties met andere passages. Dit kan uiteindelijk leiden tot verscheidene *themabestanden*.

Het is aan de onderzoeker om het ordenen van de verzamelde gegevens, voortkomend uit de T-metingen, naar bepaalde begrippen, goed weer te geven. Daarom zijn er drie verwachtingen verwoord, waaraan het indelen moet voldoen: het is inhoudelijk relevant, logisch consistent en het laat een betrouwbare indeling van de informatie toe:

- de inhoudelijke relevantie wijst op het feit dat de begrippen, die je toekent aan de informatie, wel van belang moeten zijn voor het uiteindelijk kunnen beantwoorden van de probleemstelling en de onderzoeksvraag. De toegewezen begrippen moeten dus wel te relateren zijn aan het onderwerp van het onderzoek. De probleemstelling van dit onderzoek is dat de veroorzaakte inactiviteit van de cliënten mede door invloed van de psychiatrische stoornis, niet goed is voor het welbevinden van de cliënten. Een ander probleem is echter ook dat een voorwaarde van de bewegingsactiviteiten is, dat ze met zo min mogelijk psychische stress bij de cliënten verlopen. Het PEF sluit hierbij aan door voornamelijk in te gaan op de aanwezige spanning bij de cliënten vooraf, tijdens en nadien de bewegingsactiviteiten. Bij de ordening van de gegevens zullen dus ook begrippen toegekend worden aan de informatie, als: "gedrag vooraf" en "gedrag tijdens" om zo dichtbij de onderzoeksvraag te blijven. Bij het ordenen wordt een open blik verwacht van de onderzoeker. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker open moet staan voor alle aspecten die enigszins te maken kunnen hebben met het toegekende begrip. Hiermee worden de resultaten van de ordening namelijk uitvoeriger weergegeven wat kan leiden tot betere interpretaties.

- de logische consistentie wijst op het feit dat het relevant is om structureren aan te brengen in de ordening van gegevens. Een goede indeling moet daarmee ten eerste volledig zijn. Alle passages moeten uiteindelijk onder thema's onder te brengen zijn. Ten tweede is het wenselijk om geselecteerde passages aan een enkel begrip of thema toe te kennen, zodat niet overal in de ordening informatie dubbel vermeld wordt.

- een betrouwbare indeling betekent ten eerste dat er voldoende informatie moet zijn verzameld door de onderzoeker tijdens het praktijkonderzoek, zodat hij de informatie juist kan indelen. Verder is het wenselijk om de begrippen, waaraan passages worden toegekend, helder te maken voor de lezer. Zo kan de analyse beter worden overzien en begrepen.

Na de fase van de categorisatie wordt een verdere vorm van data reductie ingezet door de informatie onder te brengen in een 'causaal netwerk' of een 'data-matrix', zodat op overzichtelijke wijze de casussen op zich geanalyseerd kunnen worden in het kader van de onderzoeksvraag.

Per deelnemende cliënt wordt getracht een beeld te geven van de cliënt aan de start van het onderzoek, tijdens het onderzoek op de woonvoorziening en tijdens het onderzoek betreffende de bewegingsactiviteit.

Om dat beeld te creëren is de eerste fase van de analyse erop gericht om bij het werken met teksten het grondmateriaal in stand te houden en het toekennen van de begrippen te richten op het selecteren en sorteren van relevant materiaal, voortkomend uit de T-metingen. De tweede fase betreft de ordening van de omvattende categorisatie onder te brengen in een zogenoemde data-matrix of causaal netwerk. De begrippen en de toegekende informatie van de categorisatie blijven behouden, alleen worden heel kort weergegeven in een figuur. Op deze manier wordt geprobeerd het verloop van de cliënten door de maanden heen, op de woonvoorziening en de eventuele weerslag die het had op de bewegingsactiviteit, overzichtelijk weer te geven. Deze indikking van het materiaal naar een overzichtelijk figuur, maakt het makkelijker resultaten schriftelijk toe te lichten en uiteindelijk goede conclusies te trekken. Miles en Huberman zijn grote voorstanders van deze manier van data analyse. Hoe verschillend beide methoden dus ook lijken, liggen ze logisch gezien in elkaars verlengde. Wil je namelijk een data-matrix vullen, dan moeten er toch op de eerste plaats thema's worden gevormd.

Het primaire doel van een gevalsstudie is om de conclusies in een logisch consistent (gestructureerd) en empirisch onderbouwd (a.d.h.v. het praktijkonderzoek aantonen) patroon van redeneringen onder te brengen. Uitgangspunt hierbij is de bestudering van de casus in zijn context, de zogenaamde *sociale structuur*. Dit is van belang, omdat eventuele gebeurtenissen en voorkomende hiaten naar voren komend tijdens het praktijkonderzoek nooit op zichzelf staan. De omgeving kan daar invloed op hebben. Een van de eerste stappen van de analyse betreft daarom het in kaart brengen van de sociale relaties tussen de betrokken participanten. We spreken hierbij van een *context chart*, weergegeven in bijlage 7b.

Hier opvolgend is de reconstructie van bepaalde ontwikkelingen en gebeurtenissen in de tijd belangrijk voor de analyse, aangezien een sterk punt van de gevalsstudie is dat het geen momentopname betreft, maar juist een procesmatig karakter heeft. Deze reconstructie kan belangrijke aanwijzingen opleveren als het gaat over bepaalde hiaten in situaties. Uiteindelijk kunnen vanuit verschillende invalshoeken matrices worden gecreëerd of een causaal netwerk. Hierbij moet wel vermeld worden dat het ontwikkelen van een dergelijk netwerk, een sterk interpretatieve activiteit betreft, waarvan de waarde afhankelijk is van de redenering die erachter steekt. De aanvullende empirische onderbouwing van de onderzoeker, waarin de veronderstelde causale ketens beschreven worden, is daarbij van belang om het voor de lezer inzichtelijk te maken. Bekend is dat hiermee de conclusies nooit in strikte zin bewijsbaar zijn, maar wel gepoogd wordt om het aannemelijker te maken op grond van bepaalde indicaties.

De datamatrices vormen geen vervanging van de eerdere fasering, maar zijn een resultante van de zorgvuldige analyse van het grondmateriaal en dienen daarmee als aanvulling. De eenheden en daarbij gevoegde informatie in de datamatrices kunnen verschillen aan de hand van de gestelde doelstellingen door de onderzoeker (variabelen, waarin hij geïnteresseerd is). De scores bestaan uit omschrijvingen. In de tabellen kan een verloop (bijv. korte of lange termijn) per respondent en per klasse bekeken worden. Qua vorm van de data-matrix gaat het erom de informatie naar al reeds bepaalde kenmerken/begrippen te groeperen om meer overzicht te creëren. Samenvattend gaat het om een systematisch overzicht van de, in elk onderzocht geval op verschillende niveaus, optredende problemen, veranderingen en gevolgen.

WAT IS HET “EFFECT” (HET RESULTAAT) VAN DE LICHAMELIJKE ACTIVERING OP HET GEBIED VAN GEZONDHEID, STEMMING EN SPANNING M.B.T. MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING EN EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS.

6.0 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk is de lezer theoretische onderbouwing verschaft betreffende de aanpak van het praktijkonderzoek. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Per deelnemende cliënt is getracht een beeld te geven van de cliënt aan de start van het onderzoek, tijdens het onderzoek op de woonvoorziening en tijdens het onderzoek betreffende de bewegingactiviteit. Dit is gedaan door informatie, voortgekomen uit de opeenvolgende T-metingen (van één cliënt zijn ingevulde T-metingen weergegeven in bijlage 8), te categoriseren (d.m.v. fragmentatie) in figuren naar verschillende begrippen. Voorbeelden van dit analyse en categorisatieproces zijn van drie deelnemers toegevoegd in de bijlagen 8, 9 en 10. In de bijlagen 8 t/m 12 zijn tevens overzichten van onderdelen, als de 'SDZ-schaal', 'gewichtslijsten', diverse 'scenario's' en 'stemming- en spanningfiguren' verwerkt, die van betekenis waren voor de analyse en conclusies van het praktijkonderzoek. Vervolgens is na dit analyseproces een verdere vorm van data-reductie ingezet door de omvattende fragmentatie onder te brengen in een 'data-matrix' of een 'causaal netwerk'. Op deze manier is getracht het verloop van de cliënt (zie begrippen linkerkolom: 'overleg', 'alertheid' etc.) door de maanden heen, op de woonvoorziening en de eventuele weerslag die het had op de bewegingsactiviteit, overzichtelijk weer te geven. Deze data-matrices en het causale netwerk (van toepassing op één cliënt) zijn hieronder weergegeven met onder elk schema of figuur schriftelijke toelichting ter verduidelijking voor de lezer.

DATA-MATRIX CLIËNT M.

Maand	Januari (T=0)	Januari (T=1)	Februari (T=2)	Maart (T=3)	April (T=4)	Mei (T=5)
Lichamelijke last	Geen beperkingen in motoriek.	Geen.	Geen.	Geen.	Geen.	Geen.
Alertheid	Kan niet alle binnenkomende informatie ordenen; trage verwerkings-snelheid; snel afgeleid. Komt dan niet toe aan eigen handelen/activiteit, waar hij mee bezig is op dat moment.	Herkent 1 ^e training personen van ver; helder, maar moeite behouden concentratie. Nadien duidelijk vermoeid.	Actief en helder. Pikt uitleg beter op. Stijgende lijn zichtbaar. Moeite behouden concentratie. Veel aandacht nodig. Thuis vermoeid. Training 3 thuis alerter, stelt heldere vragen.	Goed. Luistert netjes; actief; volgt instructies goed op. Moeite concentratie-behoud. Na training vaak vermoeid. Vanaf training 2 leek hij minder vermoeid dan normaal.	M. gaat alleen trainen, dus over alertheid op trainingen geen informatie. Bij thuiskomst vermoeid, gaat gepaard met opschaling van spanning.	Volgde oefeningen beter door routine die erin zit. Afsluitende wedstrijd alertheid uitstekend: alert, reageerde snel en duidelijk. Ook thuis nog alert en snel reagerend.
Gedrag woonvoorziening	Wist 1 ^e training nog niet dat hij ging voetballen. Die ochtend grillig. Oorzaak onbekend. Na verwijzing 'speelkamer' komt hij rustig terug naar woonkamer.	29 januari (dag van training) M. vrij en rumoerige sfeer op de groep. 30 januari, moe maar stuurbaar. Refereert niet naar avond 29 januari (zie gedrag nadien).	12 februari: wisselende stemming bij thuiskomst van werk. Ook tijdens rustmoment. Na rustmoment betere stemming.	Deze maand veel gespannen gedrag laten zien. Moeite met overgangen, vooral tussen werk en wonen. Grillig beeld, vaak fase 2-3.	Gedrag is erg grillig deze maand. Oorzaak: uitbreiding programma en dus meer overgang-momenten.	Af en toe gespannen. Vaak zichtbaar in de overgang van activiteiten/handelingen of op loze momenten op de dag.
Gedrag vooraf		Tr.1: wisselende stemming thuis + taxi wat gespannen. Tr.3: thuis rustig.	Tr.1: gespannen, begeleiding overgenomen -> spanning daalde. Kalm gewacht op taxi. Tr.2: wisselend gestemd omgekleed. Daarna rustig. Tr.3: taxi veel te laat -> cliënt onrustig. In taxi verbaal druk en aanwezig.	Tr.1: prima. Tr.2: moeite overgangsmoment. Na muziek luisteren goed. Tr.3: goed. Neutraal gedrag.	Tr.1.: niet goed omgekleed. Druk en spanningsvol. Tr.2: niet goed omgekleed. Druk en spanningsvol. Tr.3: goed omgekleed. Rustig en goed te begeleiden.	Tr.1: goed omgekleed. Tr.2: Prima. Tr.3: omkleeden prima. In woonkamer wat opbouw spanning. Wedstrijd: gespannen voor de wedstrijd. Na scheppen duidelijkheid meer rust en vrolijk.
Gedrag tijdens		Is actief en luistert goed. Doet zijn best. Eerste 2 trainingen veel vragen en zoeken duidelijkheid/nabijheid. Per training 3 werd dit minder.	Tr.1: af en toe opschaling; makkelijk terug te halen naar activiteit. Tr.2: genoot van training; is actief; laat zich goed stimuleren Tr.3: actief en vrolijk.	Tr.1: ging goed. Tr.2: heel goed gegaan. Weinig vragen, weinig opmerkingen. Tr.3: prima.	Tr.1: Prima Tr.2: Prima. Positief aanwezig. Tr.3: geen bijzonderheden, alles goed verlopen.	Tr.1: goed. volgde oefeningen beter. Volgt instructies goed. Is actief. Tr.2: prima Tr.3: prima Wedstrijd: positief, opgewekt, actief, goed gedaan.

Gedrag nadien		Tr.1: vermoeid in taxi. Thuis: volgzzaam + goed begeleidbaar Tr.3: oogt rustig, kalm en moe na training. Taxi fase 1. Thuis opschaling naar fase 3.	Tr.1: taxi: rustig en vermoeid. Zorgt wel thuis voor onrust. Juiste begeleiding = daling spanning. Goed begeleidbaar. Tr.2: Moe, stelt weinig vragen. Thuis prima begeleidbaar. Tr.3: Na training vrolijk en pratende binnenkomst in kantine. Thuis moe, maar blijft begeleidbaar. Volgt instructies goed.	Tr.1: taxi: rustig; Thuis: lichte opschaling. Na aanspreken op gedrag weer o.k. Tr.2: thuis: lichte opschaling -> na positief prikkelen weer o.k. Prima te begeleiden thuis. Positief en volgt instructies goed. Tr.3: thuis: lichte opschaling -> vermoeid + overgangen. Goed begeleidbaar.	Tr.1: kwam niet goed thuis. Schaalde op tot moment van in bed liggen. Tr.2: kwam goed thuis. Goed begeleidbaar en gemakkelijk te douchen. Tr.3: kwam goed thuis. Goed begeleidbaar en gemakkelijk te douchen.	Tr.1: thuis: rustige binnenkomst en goed te begeleiden tot aan bed. Tr.2: prima Tr.3: stil en vermoeid. Ogen bijna dicht. Non-verbaal naar bed begeleid. Wel goed begeleidbaar. Wedstrijd: alert en oogde prima. Thuis niet uitgeput of moe. Goed begeleidbaar.
Omgeving	Clïënt heeft: duidelijkheid; regie; structuur; grenzen; veiligheid; lage EE; nabijheid; korte communicatie; geen overprikkeling; complimenten;	Teveel communicatie richting cliënt => overprikkeling. Cliënt pikt het goed op. Wordt ook gelijk verwezen naar volgende activiteit.	M. kan goed omgaan met drukte om hem heen. Moedigt teamspelers aan.	De begeleiders bieden hem de aandacht die hij behoeft. Dit is positief.	Begeleiders zijn vrijwilligers en dus niet gekwalificeerd met het werken met complexe zorgvraag cliënten.	Er zit een vaste routine in de aangeboden oefeningen. Is bij de laatste wedstrijd alert op zijn omgeving. Reageert snel en duidelijk en kan goed omgaan met vele prikkels.
Overleg		Voetbal lijkt niet van negatieve invloed op stemming cliënt. Het niet doorgaan van de training is echter moeilijk voor hem => verlies aan structuur en veiligheid		Gaat niet meer mee wandelen voor een training: krijgt hierdoor meer rust aangeboden en minder overgangsmomenten	Gedrag is grillig. Vertoont drukker gedrag bij schakelmomenten. Voornamelijk in / uit de taxi gaan. Oorzaak: uitbreiding programma en dus meer schakelingen	Gespannen beeld bij schakelmomenten + loze momenten op de dag. Begin juni lijkt het goed te gaan met M. met regelmaat vrolijk en actief.
Opvallendheden / hiaten	M. moest een jaar geleden stoppen met voetbalactiviteit, vanwege mate van agressie tijdens trainingen.	- Mate van communicatie door omgeving zorgt voor overprikkeling. - Taxi met regelmaat te laat.	- Taxi met regelmaat te laat. Soms trainingen afgelast door het weer of vrije dagen. Pasen bijv.	- Moeite met thuiskomst. - Geen vaste begeleider mee elke week.	- Cliënt moet alleen met de taxi naar de training en weer terug (is moeilijk bekeken vanuit angststoornis).	- Collega had M. nog nooit zo rustig gezien (cliënt kwam thuis nadien een training).

RESULTATEN

Vooropgesteld hebben de trainingen de cliënt nooit lichamelijke last bezorgd. Dat is positief. Dan verder met betrekking tot het gedrag en de stemming van de cliënt. Een jaar geleden moest M. stoppen met de voetbalactiviteit, vanwege de vertoonde mate van agressie tijdens de trainingen. De basis aan het begin van het onderzoek is positief: uit tabel 1.2 van bijlage 8 is af te lezen dat M. op de SDZ-schaal gescoord werd op een hoogte van 27.3, wat aanduidt dat waarschijnlijk op dat moment geen sprake was van een depressie bij de cliënt. Zijn stemming op de woonvoorziening in de maand januari is aansluitend ook goed. De eerste trainingen verlopen echter vrij spanningsvol (zie tabel 1.4 van bijlage 8). Uit de data-matrix is af te lezen dat de cliënt vooraf de eerste training thuis wisselend gestemd is. Hij stelt veel vragen in zoektocht naar duidelijkheid betreffende de activiteit. Dit kan te wijden zijn aan de associëring met de slechte afsluiting van een jaar geleden,

waarbij misschien slechte herinneringen weer naar boven kwamen. Daar wordt de cliënt warm onthaald en overspoeld met positieve prikkels. Hij pikt dit echter goed op. Tijdens de training is hij actief en luistert goed. Hij zoekt nog wel veel de nabijheid van mij, als begeleider, maar dat wordt de training erna al minder. Hij richt zich vanaf dat moment meer op de trainers. Training 3 in de maand januari verloopt eigenlijk perfect, tot het moment van thuiskomen. Daar loopt de spanning op. De maanden erna (t/m mei) is zichtbaar dat de cliënt op de woonvoorziening wat grilliger gedrag gaat vertonen. De SDZ-score in maart wijst op een score van 37.7, wat aangeeft dat er mogelijk sprake kan zijn van een aanwezige depressie. M. heeft een uitgebreider programma gekregen en heeft moeite met het schakelen tussen de overgangen van activiteiten en handelingen. Het omkleden vooraf de training verloopt wisselend. Soms heeft hij moeite met het omkleden en soms verloopt het naar wens. Ook het wachten op de taxi, die regelmatig (veel) te laat is, verloopt af en toe

gespannen. Op de training laat M. gedurende de maanden daar een positief beeld zien. Hij geniet zichtbaar van de activiteit, laat zich goed stimuleren, volgt de instructies van de begeleiders goed op, is actief, vrolijk en positief aanwezig. M. is gebaat bij de mate van routine en herhaling, die in trainingen zit met het oog op het uitvoeren van bepaalde oefeningen. Hij herkent ze daardoor steeds beter en snapt daarom ook beter wat hij moet doen en wat er van hem verwacht wordt. Terug in de taxi is M. vaak vermoeid en rustig. De mate waarin M. op de woonvoorziening spanning laat zien, is erg gekoppeld aan de hoogte van de SDZ-score en dus de mate waarin er waarschijnlijk sprake is van de aanwezigheid van een depressie. Zo is in de matrix af te lezen dat in de maanden februari, eind april en mei (waar de SDZ-score onder het criterium ligt van 35 punten) M. meer ontspannen thuis komt en beter te begeleiden is dan in de maanden maart en begin april (de score ligt boven 35 punten), waar hij vier trainingen achter elkaar met lichte opschaling thuiskwam. De maand mei was de positiefste maand. De vertoonde spanning op de woonvoorziening neemt af en dat heeft zijn weerslag op de voortgang van de trainingen. Vooraf laat hij zich de hele maand goed omkleden en is hij rustig. Tijdens de training doet hij het prima en nadien heeft hij een kalme binnenkomst, waarbij hij prima te begeleiden is. Met betrekking tot de alertheid van

de cliënt was de vooruitgang duidelijk zichtbaar. Waar hij in de maand januari nog moeite heeft om zijn concentratie te behouden en nadien erg vermoeid is, wordt hij de maanden erna steeds helderder, actiever en pikt uitleg beter op. Hij blijft echter moeite hebben om zijn concentratie bij de activiteit te houden. Nadien de trainingen lijkt hij steeds minder vermoeid, behalve in de maand april, maar dit kan ook te maken hebben met de mogelijke aanwezigheid van de depressie. Het valt op dat hij steeds directer reageert op vragen en instructies en heldere vragen stelt. Het verloop van het aspect alertheid is als positief te duiden. Opvallendheden waren dat de taxi regelmatig te laat was, wat meermaals spanning opleverde en gewoonweg ook niet prettig was, omdat hij dan de kans loopt te laat te komen op de training. De begeleiding overprikkelt M. wel, maar geven hem op de training de aandacht die hij behoeft. M. lijkt goed om te kunnen gaan met de drukte om hem heen. Het niet doorgaan van trainingen, omdat ze worden afgelast, is niet bevorderlijk voor M. Dit maakt het onzeker voor hem of de trainingen elke week wel doorgaan, wat een gebrek aan structuur en herkenning oplevert. Ook kon er geen vaste begeleider meer mee per half maart. Dit betekende dat de cliënt elke week alleen met de taxi naar de training moest en weer terug, wat in het kader van zijn angststoornis niet prettig was.

DATA-MATRIX CLIËNT J.

Maand	Februari (T=0)	Februari (T=1)	Maart (T=2)	April (T=3)	Mei (T=4)	Juni (T=5)
Alertheid	Negatieve alertheid. Drammerig aanwezig.	Voor aanvang van activiteit al vermoeid. Nadien uitgeput. Verbaal rustig. Training 3 actief en vrolijk; nadien moe, maar voldaan.	Nadien training 1 zeer vermoeid, niet negatief. Training 2 en 3 rustig nadien. Laatste trainingen: winst aan energie. Oogt helder. Ook in het bad + actief.	Gewin aan energie zet zich door. Helder + actief. Ook op groep pos. aanwezig. Thuis weinig sporen van vermoeidheid. Kalm + rustig.	Actief en vrolijk. Ook nadien meer energie.	Vrolijk, actief en alert meegedaan. Voor aanvang van training 4+6 zich echter al zich druk gemaakt. Daarom in bad sneller vermoeid. Oogt thuis ook moe nadien.
Lichamelijke last	Geen lich. last.	Geen lich. last.	Geen lich. last.	Geen lich. last.	Geen lich. last.	Geen lich. last.
Gedrag wonen	Labele stemming. Problemen rondom overgangsmomenten werk en wonen. Verlies aan energie.	Labele stemming. Problemen rondom overgangsmomenten werk en wonen. Verlies aan energie.	Vanaf half maart stabiel beeld. Komt vrolijker en meer ontspannen thuis.	Ageert nu op onderdeel muziek in de ochtend. Geen weerslag op beweging activiteit.	Laatste tijd wat somber. Meer regie pakken; drammerig; negatief; druk.	Probeert vaker regie te pakken; soms drammerig + negatief + claimend = wisselend gestemd.
Opvallendheden/hiaten	Moeite overgangssituatie werk en wonen.	Moeite overgangssituatie werk en wonen	Veel vragen over inhoud tas. 17/3 escalatie 'tas'.	Vragen over 'tas'. + geniet van 1 op 1 aandacht in bad.	Escalatie om 'tas' nadien + vragen 'tas'.	Scenario tas vervaardigd.
Interventies		Overleg: vermindering overgangsmomenten werk en wonen + na escalatie gaat activiteit door: aanleren dat activiteit vast onderdeel is.	Vanaf half maart vermindering aantal overgangsmomenten tussen werk en wonen.		Aankondigen nadien training dat tas thuis gelijk wordt uitgepakt. Dit brengt rust bij J.	Aanvraag bij bewegingsagogie voor individuele zwemactiviteit. Gaat per oktober 2007 in
Gedrag vooraf		Negatief; provoceren; regie overname; mopperen; escalatie; tegendraads. 1x goed omgekleed.	Verbaal ageren op zwemmen. Zodra activiteit daar is, is alles goed; omkleden gaat redelijk; 1x escalatie om tas.	Eerste 2 trainingen redelijk omgekleed. Zichtbare spanning. Laatste trainingen goed en geduldig. Ook omkleden prima.	Enthousiast over zwemmen; gemakkelijk te begeleiden en te corrigeren. Af en toe regie overname.	Eerste trainingen prima. Laatste trainingen prikkelbaar (omkleden redelijk) + 1x escalatie (overstuur). Na omkleden pos. om te buigen.

Gedrag tijdens		Prikkelbaar; negatief; regie overname; vermoeid. Laatste training actief en vrolijk. Doet goed mee en is geduldig.	Vrolijk en actief; doet goed mee. Is geduldig en gezellig. Verbaal actief, maar goed terug te sturen naar activiteit.	Prima. Wel druk en snel afgeleid. Goed terug te halen naar activiteit. Vrolijk en goed te begeleiden. Geniet van 1 op 1 aandacht	Goed. Gezellig en actief. Alleen training 3 oogt hij vermoeid, dus eerder eruit gegaan.	Eerste trainingen uitstekend. Vrolijk en actief. Training 4 alleen mopperen, maar gemakkelijk terug te sturen naar activiteit.
Gedrag nadien		Mopperen + prikkelbaar (omkleden); uitgeput (thuis). Laatste training laat hij zich goed omkleden + thuis moe, maar voldaan	Vermoeid, maar niet over rand naar negatieve. Omkleden goed (paar moppers); Thuis rustig en kalm. Gewin aan energie nadien laatste trainingen.	2x goed omgekleed en 2x beetje spanning opgebouwd, maar dimt snel weer in bij goede begeleiding interventies. Thuis alles goed (alert)	Redelijk omkleden (paar keer mopperen, paar keer goed); Thuis 1x stampij over 'tas'. Na tas in kast, alles weer goed. Interventie werkt goed. Rustig en kalmte thuis.	Thuis rustig en kalm. Zegt na training 1 'kapot' te zijn. Gedraagt zich prima. Training 6 laat hij zich goed omkleden. Nadien nog even onrustig thuis, maar kalmeert al snel.
Begeleiding	Structureren; rust brengen; lage EE; voorspelbaar; consequent; praktische communicatie; regie.	Regie bij groepsleiding + bepalend + functioneel contact (weinig prikkels geven)	Negativiteit en provocaties negeren; Gedrag op positieve wijze ombuigen; begeleiding over laten nemen.	Geruststellen betreffende de tas en terecht wijzen bij mopperen.	Mopperen wordt afgekap; lage EE; aankondigen volgende acties.	Regie overname gelijk corrigeren; cliënt zeggen dat de escalatie voorbij is en terughalen naar het hier en nu.

RESULTATEN

Uit de data-matrix is af te lezen, dat de start van de activiteit gepaard ging met wat problemen. J. verkeerde in een labiele stemming en had veel problemen met de overgangssituaties tussen werk en wonen. Dit hield in dat hij zich hier heel druk om maakte tussen de middag, waardoor hij in de middag aan het einde van zijn werkdag vermoeider en negatiever thuiskwam. De eerste trainingen verlopen niet goed. Dit is duidelijk te zien in figuur 1.2 van bijlage 9. J. moet ten eerste wennen aan het onderdeel in zijn programma (weet ook nog niet wat er van hem verwacht wordt) en start al vermoeid en negatief aan de activiteit, waardoor hij snel prikkelbaar is en tegendraads in zijn gedrag. Thuis aangekomen is hij volledig uitgeput. Na een interventie van de begeleiding om het aantal overgangssituaties tussen de middag te verminderen, zie je J. een stabiel beeld verkrijgen. Hij komt energiever en positiever thuis en staat door de weken heen steeds positiever tegenover de zwemactiviteit. Het omkleden verloopt door de maanden steeds beter. Hij moppert hier en daar en probeert de regie over te nemen van de begeleiding, maar dat zijn herkenbare aspecten in het gedrag van de cliënt. Na juist gepleegde interventies door de begeleiding, zie je J. ook vanzelf weer volgen. Ook het zwemmen verloopt steeds beter. In het begin was hij nog op zoek naar zijn rol tijdens de activiteit en was hij negatief en provocerend, maar na consequentie en duidelijkheid, zie je de cliënt groeien en opbloeien. Hij is vrolijk, actief, gezellig en alert. De cliënt wordt door de maanden heen verbaal drukker en is sneller afgeleid, maar laat zich gemakkelijk terugsturen naar de activiteit. In april valt op dat hij geniet van de 1 op 1 aandacht toen er minder cliënten mee gingen zwemmen. Nadien was J. in de beginmaand uitgeput. Dit

zag je in de loop der maanden veranderen: de cliënt won aan energie en was rustig en kalm thuis. In de maanden mei en juni zie je J. wat somberder en instabieler gedrag vertonen op de woonvoorziening, waardoor ook de zwemactiviteit gepaard gaat met wat spanning, vooral vooraf. Dit is duidelijk te zien in figuur 1.2 van bijlage 9. Verder valt op dat J. zich een aantal keren door de maanden heen heel druk maakt over zijn tas: wie pakt hem in? Zit alles er wel in? Waar gaat hij naartoe bij thuiskomst? Na een interventie om aan te kondigen, bij het terugwandelen naar de woonvoorziening nadien de bewegingsactiviteit, om samen de tas uit te pakken en in de kast te leggen, zie je meer rust in de houding van J. Tenslotte kan gesteld worden dat J. geen lichamelijke last ondervond van de bewegingsactiviteit en dat de begeleiding conform de gehanteerde begeleidingslijn heeft gehandeld op het gedrag van de cliënt.

DATA-MATRIX CLIËNT R.

Maand	Maart (T=0)	Maart (T=1)	April (T=2)	Mei (T=3)	Juni (T=4)
Lichamelijke last	- ziekte Bechterew. - psoriasis. - opgeblazen buik.	21/3 en 23/3: hoest veel en geeft veel slijm op (thuis)..	- klaagt 1x over misselijkheid (thuis). - nierfunctie blijft achteruit gaan, ondanks stop bepaalde medicatie.	- geeft 1x aan zich niet lekker te voelen (thuis). - Tr.5: erg verkouden en kortademig. - in weekend voor Tr.6. veel last van de nieren. - achteruitgang nieren stabiliseert niet door de stop van bepaalde medicatie.	- nierfunctie van R. wijkt ernstig af. - half juni geeft hij aan misselijk te zijn (thuis). Is tevens vergeetachtig. - cliënt heeft deze maand veel gehoest op de woonvoorziening.
Alertheid	- slaapt af en toe. - mompelt regelmatig in zichzelf. - in goede doen is hij belangstellend naar omgeving. - korte concentratie.	- slaapt regelmatig + soms in zichzelf mompelen (thuis). - wel vaker naar buiten voor wandelinkje of daar te zitten (thuis). - bij beweging goed beeld. Rustig, vrolijk en alert.	- slaapt gedurende de week regelmatig (thuis). Niet gerelateerd aan dagen waarop hij bewegingsagogie heeft. - Tr.1 + tr.2 rust en alert. Tr. 3 t/m 5 afname alertheid. Meer in zichzelf. Tr. 6+7 weer rust en alertheid.	- slaapt gedurende de week regelmatig (thuis). Niet gerelateerd aan dagen waarop hij bewegingsagogie heeft. - wisselende alertheid bij beweging: Tr.1 + Tr.3 vrolijk en alert. Tr.4 + Tr.6 regelmatig in slaap vallen, niet alert.	
Gedrag woonvoorziening		- aanwezigheid psychische stoornis (3x). - over het algemeen gespannen beeld.	Gespannen beeld. Veel in fase 2 deze maand. Mompelen; grimassen; handen klappen. Paar piekjes naar fase 3	- aanwezigheid psychische stoornis meermaals. - wisselend beeld. Veel spanning zichtbaar.	- 1x psychische stoornis naar voren gekomen. - wat rustiger beeld deze maand. Op 1 piek na, alleen fases 1 en 2.
Gedrag beweging	2x per week oefeningen doen. 7/2 was de eerste keer bewegingsagogie. Cliënt kwam enthousiast en gemotiveerd terug.	Positief beeld. Vrolijk, goed begeleidbaar en actief.	Tr. 1+2 ontspannen. Concentratie, rustig en goed begeleidbaar. Tr. 3 t/m 5 lichte spanning. Meer negativiteit; afraffelen oefeningen; sneller lopen; mompelen. Tr. 6+7 zelfde beeld als training 1 en 2.	Tr. 2 ontspannen. Goede stemming. Training 3 zelfde beeld alleen moeite met 1 oefening. Tr. 4 lichte spanning. Tr. 5 weer positief, alleen moeite 1 oefening. Tr.6 goed, ook oefening waar hij negatief over was. Tr. 7 gespannen.	
Overleg		Gaat niet goed met cliënt. Meer nabijheid bieden.	Psychiater ziet cliënt als ernstig zieke man, die veel nabijheid nodig heeft.	Veel last van spanningen en motorische onrust.	De nierfunctie zal in toekomst waarschijnlijk niet stabiliseren, maar eerder afnemen.
Opvallendheden / hiaten		De PEF's zijn vaak te kort en te laat ingeleverd.	- De ingeleverde PEF's zijn uitgebreider. - Zegt dat hij een oefening niet kan. Wel te stimuleren.	Zegt dat hij een oefening niet kan. Wordt hier stilliger in. Na vereenvoudiging oefening lukt het hem.	

Interventies	Op vriendelijke en niet confronterende wijze begeleiden. Geen eisen stellen.	- verantwoordelijke zorgt ervoor dat uitgebreidere PEF's worden ingeleverd.	- begeleidingslijn + medicatie blijven ongewijzigd.	- wordt niet 'gepushed' om oefening wel te doen. - oefening wordt vereenvoudigd.
Doel	Vertragen verslechtering fijne motoriek en kromheid van de rug. Daarbij afstand tussen lesgever-client kleiner maken (bieden vertrouwen).			
Evaluatie	Gepland op 4 mei. Op 4 mei heeft er een evaluatiemoment plaatsgevonden, waar de bewegingsagogie, een begeleider van R. en de onderzoeker bij aanwezig waren. Het verslechteren van de kromheid van de rug wordt tegengegaan door het aanbieden van verscheidene oefeningen. Bij al deze oefeningen is het vooral van belang dat schouders, armen, hoofd en rug bewegen. De meeste oefeningen zijn op ooghoogte of hoger, zodat de cliënt meer omhoog moet kijken, zijn armen verder moet strekken en zijn romp moet draaien. Voorbeelden van oefeningen zijn: ringen pakken, stukje lopen en om een stok doen; pittenzakjes in gaten gooien; ballen overgooien en vangen d.m.v. bord met klittenband. De oefeningen worden volgens een vaste volgorde en inhoud aangeboden aan de cliënt, met vaste rustpauzes tussendoor. Dit geeft herkenning en rust. Om 2 redenen gaat de cliënt daarbij in de nabije toekomst gefilmd worden. Enerzijds om ieder half jaar te kunnen vergelijken met de voorgaande periode of de Bechterew is toegenomen. Anderzijds om het activiteitenaanbod te bekijken en tips en adviezen te krijgen over zijn motorische mogelijkheden, waardoor de oefeningen nog geperfectioneerd kunnen worden. De andere ondersteuningsvraag betrof het nabijheid bieden aan R., zonder dat hij onrustig wordt. De eerste weken heeft de begeleider afstand gehouden, zowel fysiek als verbaal. Elke keer heeft hij de afstand tot R. verkleind en op die manier een vertrouwensband opgebouwd. Eind april zat hij al naast R. tijdens de rustmomenten. Tijdens de oefeningen kan hij steeds dichterbij komen staan, ook als ze teruglopen naar de woonvoorziening ziet hij dat R. meermaals ontspannen is. R. pakt nieuwe oefeningen snel op. Herkent zowel de volgorde van de oefeningen als de inhoud. De begeleiding van de woonvoorziening geeft aan dat R. met plezier gaat sporten.			

RESULTATEN

Uit de data-matrix is af te lezen dat de cliënt in de maand maart (T=1) een gespannen beeld laat zien. Hij is meermaals in zichzelf gekeerd en slaapt regelmatig door de week op willekeurige tijden. Het beeld dat hij laat zien op de bewegingsagogie is echter positiever. Hij is daar goed begeleidbaar, rustig, alert, vrolijk en voert de oefeningen goed uit. In april wordt bekend dat de nierfuncties ernstig achteruit zijn gegaan. Onmiddellijk wordt een bepaalde soort medicatie stop gezet, maar dit stabiliseert de waarden van de nierfuncties de maanden erna niet. Zijn gedrag blijft gespannen vormen aanhouden op de woonvoorziening. Hij verkeert veel in fase 2 en soms in fase 3 deze maand en vertoont kenmerken, als: mompelen, grimassen en handen klappen. Ook slaapt hij deze maand regelmatig door de week op willekeurige tijden. Dit begint nu ook zijn weerslag te hebben op de bewegingsactiviteit, waar hij de eerste tekenen van spanning laat zien in training 3 t/m 5 van de maand mei: lichte spanning; meer negativiteit; afraffelen oefeningen; ageren op het uitvoeren van 1 oefening; sneller lopen en mompelen. Ook de alertheid neemt bij deze trainingen af. Hij is meer in zichzelf gekeerd. In mei heeft de cliënt af en toe last van de nieren en van verkoudheid. Hij slaapt regelmatig en de aanwezigheid van de psychische stoornis is meerdere malen waarneembaar. Het beeld dat R. laat zien is wel iets aan verbeteren, al is er nog steeds wel veel spanning zichtbaar. Kortom een wisselend beeld. Dit wisselende beeld laat hij ook zien bij de bewegingsagogie. Over het algemeen

vertoont hij daar een positief, goed begeleidbaar beeld. Soms is lichte spanning waarneembaar, mede door de moeite die hij heeft met 1 oefening. Hier wordt op gereageerd door de begeleiding om de oefening iets te vereenvoudigen, waardoor R. weer succesbeleving heeft en de oefening vervolgens weer goed uitvoert. Alleen training 7 springt eruit, waar R. de gehele training een gespannen beeld vertoont. De alertheid in mei is ook als wisselend te duiden. Waar R. tijdens training 1 en 3 nog alert en vrolijk is, valt hij tijdens training 4 en 6 gedurende rustmomenten regelmatig in slaap. In juni, vertoont R. een positiever beeld op de woonvoorziening. De psychische stoornis komt slechts eenmaal naar voren, verder vertoont hij alleen gedrag overeenkomstig met fase 1 en 2 van het signaleringsplan van de cliënt.

Afwezigheid Persoonlijk Begeleider 'werk'	Beeld	Gevolgen	Kenmerken
	- lichamelijke last - afwezigheid begeleiding - matige toezicht door badmeester - vervelende gebeurtenis - geen stimulering	- verlies aan veiligheid - angst - ruimte voor psychische stoornis om naar voren te komen	- inactiviteit - negatieve stemming - automutileren - verslechtering kwaliteit zwemmen - zoeken structuur tijdens activiteit

Interventies
- tijdelijke medicamenteuze aanvulling. - A. blijft vrijdagmiddag werken en gaat nadien mee zwemmen met de groep van de dagbesteding en met een begeleider.

Aanwezigheid Persoonlijk Begeleider 'werk'	Beeld	Gevolgen
	- positieve prikkel - herkenbaarheid - stimulering - gezelligheid - nabijheid - sturing - complimenten - kaders en grenzen	- voelen veiligheid - uitblijven angst - verbetering kwaliteit zwemmen - actief in bad - sociale activiteit - client blijft in het hier en nu - psychische stoornis blijft uit - zwemt op eigen initiatief

RESULTATEN

Aan de start van het onderzoek gaf de SDZ-score aan (zie tabel 1.6 van bijlage 11) dat er sprake kon zijn van een mogelijke aanwezige depressie bij de cliënt. Daaropvolgend werden een aantal interventies ingezet, die door de maanden heen zorgden voor een positievere stemming bij de cliënt en dus een daling van de SDZ-score. Dan de observaties van de trainingen: vooraf en nadien de bewegingsactiviteit verkeert de cliënt elke training, bekeken over de hele geobserveerde periode, in fase 1. De pieken (fase 2) zijn met name geconstateerd op de momenten dat de Persoonlijk Begeleider van het 'werk' van de cliënt niet aanwezig was in het zwembad. Het beeld, de gevolgen en de bijbehorende kenmerken, wat de cliënt op die momenten tijdens het zwemmen liet zien, zijn overzichtelijk weergegeven in het causaal netwerk hierboven in figuur 1.9. Met name de afwezigheid van begeleiding en het matige toezicht door de badmeester, zorgden ervoor dat de psychische stoornis steeds meer ruimte kreeg om op de voorgrond te treden. Daarbij zag je een verlies aan veiligheid en veel angst tijdens de activiteit, wat door de weken heen leidde tot steeds meer inactiviteit, een negatievere stemming, een verslechtering van de kwaliteit van zwemmen etc. De score in april gaf echter aan dat er zeer waarschijnlijk geen sprake meer kon zijn van een aanwezige

depressie bij de cliënt en op de woonvoorziening liet de cliënt dan voornamelijk ook een positief beeld zien. Overigens wezen observaties op 27 april (training 3) en 1 juni (training 8), waarbij de persoonlijk begeleider wel aanwezig was in het zwembad, erop dat deze trainingen veel positiever en actiever verliepen. Dat was opvallend. Dit werd door de onderzoeker aangekaart bij de persoonlijk begeleider 'wonen' van de cliënt, wat ertoe leidde dat per acht juni de cliënt mee zou gaan zwemmen met de groep van het werk. Tabel 1.8 van bijlage 11 geeft vanaf training 9 weer, dat de cliënt vanaf dat moment ook tijdens de bewegingsactiviteit alleen nog maar in fase 1 verkeerde. De aanwezigheid van de begeleiding leidde tot herkenbaarheid, veiligheid en een juiste manier van begeleiding, wat ervoor zorgde dat angst en de aanwezigheid van de psychische stoornis bij de cliënt uitbleef, hij actiever en kwalitatiever ging zwemmen en daarbij ook deelnam aan een sociale activiteit.

DATA-MATRIX CLIËNT E.

Maand	Februari (T=0)	Maart (T=1)	April (T=2)	Mei (T=3)	Juni (T=4)	Juli (T=5)
Alertheid	Woongrp: soms loom en suffig. Bad: 1x vermoeid + 1x nieuwsgierig.	Bad: heel alert. Nadien woongroep: niet vermoeid.	Bad: Training 1 rustig en oogde vermoeid. Training 2 oplettend	- Sluit zich veel af op woongroep.		E. herkende een begeleider.
Lichamelijke last	Last van rug.	Enkele teennagels eraf gehaald.	Bad: geen lichamelijke last.	Bad: geen lichamelijke last.		Bad: geen lichamelijke last.
Structuur		Bewegingsactiviteit gaat elke week door.	Bewegings activiteit gaat elke week door.	Werk gaat regelmatig niet door.	Bewegings activiteit gaat elke week door.	Bewegings activiteit gaat elke week door.
Gedragwoon voorziening	Redelijk goed.	Spanningsvol, maar begeleidbaar	Wisselende stemming.	Erg wisselende stemming.	Wisselende stemming.	Wisselende stemming.
Kenmerken	Regie nemen; kleding scheuren; af en toe weigering activiteit of medicatie.	Escalaties; vragen; onrust; verbaal verzet; toename weigering activiteit en medicatie	Gooien objecten; verbaal neg; meestal weigering act. + medicatie; regie nemen en weigering voeding.	Regie nemen; ontwikkeling dwangmatige handelingen; gooien; prikkels verwijderen van kamer en veel in weigering.	Gaat mee wandelen + op de 11 ^e weer werken; 'probleemgedrag' vermindert; positieve aspecten zichtbaar	'probleemgedrag' houdt aan: regie nemen; met regelmaat weigeren wandelen; maakt beker kapot na drinken inhoud.
Draagkracht cliënt	Lijkt sterk genoeg.	Lijkt sterkt genoeg.	Afname.	Blokkeren half mei	Blokkeren plus maakt 1ste stap revalidatie.	Gestaagde revalidatie draagkracht
Interventies		- Verder groeien in activiteiten - meer autonomie geven	- heeft vanaf 21 april een nieuwe stoel op zijn slaapkamer.	- meer afwisseling dagprogramma. - toename autonomie en dynamiek.	Activiteit gaande houden; dagprogr. uitbreiding + logischer verloop; uit strijd blijven; eigen zitkamer.	Tijdens wandeling E. in contact brengen met locatie zwembad en hem vragen stellen.
Gevolgen interventies				Door gebrek werkritme redeneert hij: geen werk = geen zwemmen.		- E. reageert pos. - E. gaat volgende dag zwemmen.
Gedrag op het zwembad		- soms regie nemen. - stelt vragen niet aan activiteit gerelateerd. - zoekt duidelijkheid scenario 1 ^e training. - scenario kennis. - volgzaam en goed begeleidbaar. - goede uitvoering activiteit.	- soms regie nemen - weigerde eenmaal door uitbreiding leefwereld. - scenario kennis. - haalt 1x fantasie-verhaal aan. - volgzaam. - goede uitvoering activiteit.	- zoekt 1x duidelijkheid scenario. - scenario kennis. - volgzaam en goed begeleidbaar. - goede uitvoering activiteit. - 2x weigering activiteit.	Hele maand weigering activiteit.	- zoekt 1x duidelijkheid scenario. - scenario kennis. - acceptatie eenmalige verandering in scenario. - goede uitvoering activiteit. - volgzaam en goed begeleidbaar

RESULTATEN

Uit de matrix is af te lezen dat de cliënt in de maand maart, aan de start van het onderzoek, een spanningsvol, maar begeleidbaar beeld laat zien. Zijn draagkracht lijkt sterk genoeg en de bewegingsactiviteit verloopt naar wens. De cliënt heeft gepoogd om in kleine zaken zijn rol wat actiever te maken, maar dit heeft de bewegingsagoge in overleg goed weten om te buigen. E. volgde conform en is goed te begeleiden. Daarbij stelde de cliënt de eerste training veel vragen betreffende de activiteit om in zijn hoofd duidelijkheid te scheppen betreffende het gehandhaafde scenario. De maanden erna laat de cliënt een sterke scenario kennis zien. Hij weet precies wat er van hem verwacht wordt bij de bewegingsactiviteit en is zeer oplettend. Op de woonvoorziening gaat het echter minder goed. De cliënt wordt steeds wisselender in stemming en zijn draagkracht daalt. Hij sluit zich o.a. steeds vaker af voor zijn omgeving, ontwikkelt dwangmatige handelingen en probeert (voor hem) overbodige prikkels te verwijderen van zijn kamer, wat aangeeft dat het niet goed gaat met de cliënt (dat deze overvraagd is). De cliënt weigert al vaker te werken, wandelen of naar het café te gaan. Half mei blokkeert hij ook op de zwemactiviteit. Het feit dat het werk van de cliënt regelmatig niet door gaat door onderbezetting of vrije dagen (bijv. Hemelvaart), draagt niet bij aan de handhaving van de structuur. Toch verschijnt elke week de bewegingsagoge aan de deur om E. te laten zien dat, ondanks zijn wisselende stemming, zijn omgeving hetzelfde blijft. Ook de begeleiding blijft E. prikkelen om mee naar buiten te gaan of te gaan werken. Begin juni maakt hij weer de eerste opstap naar revalidatie door mee te gaan wandelen. Het spanningsvolle gedrag wordt ook iets minder deze maand. Begin juli wordt een interventie toegepast door de cliënt in contact te brengen met het zwembad tijdens een wandeling. De begeleider stelt er vragen bij en de cliënt reageert positief, waarna hij de volgende dag weer mee gaat zwemmen. De cliënt vraagt wel weer even duidelijkheid over zijn scenario (vraagt naar naam begeleider activiteit), maar heeft de kennis omtrent het scenario voor de rest behouden. Hij accepteert ook een eenmalige verandering in het scenario tijdens een bepaalde training. Verder voert hij de activiteit goed uit, waar hij complimenten voor krijgt. Daarbij is hij volgbaar en goed begeleidbaar. De cliënt heeft door de maanden heen geen lichamelijke last ondervonden van de bewegingsactiviteit.

CONCLUSIES

7.0 INLEIDING

In dit hoofdstuk komen de conclusies aan bod. Dit is opgesplitst in een aantal delen. Het eerste deel betreft de conclusies voortkomend uit het theoretisch onderzoek. Het tweede deel betreft de conclusies voortkomend uit het praktijkonderzoek. In dat deel wordt per cliënt bekeken of de inhoud en het verloop van de bewegingsactiviteit voldeed aan de individuele behoeften. Tenslotte wordt met de informatie, voortkomend uit beide conclusies, de hoofdvraag beantwoord. In het volgende hoofdstuk volgen tot slot nog de aanbevelingen van de onderzoeker.

7.1 CONCLUSIE THEORETISCH KADER:

Met de lichamelijke activering richtte het onderzoek zich op matig intensieve sport en beweging. Dit betekende voor de deelnemers van dit onderzoek een bijbehorende norm van een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Het belang van lichamelijke activering is namelijk aanzienlijk. Maar liefst achtduizend mensen sterven jaarlijks als gevolg van te weinig beweging en slechts de helft van de Nederlanders haalt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Maar waarom is bewegen dan zo belangrijk? Beweging is belangrijk vanwege de aanzienlijke positieve effecten op neurofysiologisch en psychisch vlak. Op neurofysiologisch vlak levert beweging positieve voordelen op voor de kwaliteit van vitale delen van het lichaam, als de hart en de longen en verbetert het daarbij de kwaliteit van innerlijke processen. Daarbij wordt op psychisch vlak ook winst geboekt, bijvoorbeeld door de aanmaak van endorfine, wat voor een beter innerlijk gevoel zorgt. Tevens is aangetoond dat lichaamsbeweging een matig tot groot effect heeft op depressie en dat het resultaat gelijkwaardig gesteld mag worden aan de werking van medicatie en psychotherapie. Het voorgaande is belangrijk voor het onderzoek met het oog op de participerende doelgroep. Daarbij zorgt lichaamsbeweging voor een vermindering aan innerlijke emotionele en lichamelijke spanning en stress, mede door de afname van angst en irritatie, en een toename aan energie. Dit betekent dat op theoretisch gebied geconcludeerd kan worden dat de lichamelijke activering zou bijdragen aan een positief effect op het gebied van stemming en spanning.

Landelijk zit de (verstandelijk) gehandicapten sport in de lift en is een sterke professionalisering van kracht. Sportdeelname voor mensen met een beperking wordt op grote schaal gestimuleerd, met het oog op de visie van maatschappelijke integratie. Echter is af te leiden uit de levensgeschiedenissen van de deelnemende

cliënten aan dit onderzoek, dat zij niet gebaat waren bij die visie en andere nauwlettende behoeften hadden, zoals het wonen op een afgelegen, rustig en ruim terrein. Nederlandse overheid- en sportstichtingen zijn nog niet gericht op het creëren van een sportaanbod op de specifieke doelgroep van cliënten met een complexe zorgvraag, maar dat maakt het belang van lichamelijke activering voor hen er niet minder om. Daarmee doel ik niet alleen op de neurofysiologische en psychische voordelen, maar ook op het pedagogisch belang: door middel van lichamelijke activering draag je bij aan iemands kwaliteit van leven. Het inzetten van lichamelijke activering leidt tot het stimuleren van de ontwikkeling, een winst op sociaal vlak, de bevordering van zelfrealisering, zelfwaardering en zelfvertrouwen en tenslotte een vergroting van iemands welbevinden en betrokkenheid. Het kan bijdragen aan het brengen van rust, duidelijkheid, structuur en veiligheid en het kan als eerste opstap dienen naar revalidatie.

De rol van de begeleider is daarmee heel belangrijk bij het inzetten van de lichamelijke activering, aangezien de beperkingen van cliënten bij sportbeoefening ook wat uitdagingen met zich meebrengt. De begeleider zal moeten kunnen omgaan met eventuele lichamelijke beperkingen, het niveau van de cliënt, de kans op agressie en spanning en zal de juiste manier van begeleiden moeten bieden, afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt. In contact met cliënten met een complexe zorgvraag is het van belang een duidelijke basishouding en manier van handelen te hebben. Hier ontlenden cliënten hun duidelijkheid, veiligheid en geborgenheid aan. Hierbij heeft de begeleider met vele facetten rekening te houden, zoals: afstand-nabijheid, communicatie, houding en handelen. Verder is de manier waarop de lichamelijke activiteit vormgegeven en doorlopen gaat worden van belang: de kaders, voorwaarden, verwachtingen en schakelingen in de activiteit. Hoe meer de structuur en voorwaarden duidelijk zijn, hoe meer de cliënt hiermee bezig is en hoe minder ruimte beschikbaar is om zijn stoornis naar voren te laten komen. Uit het interview met dhr. van Hoof kwam naar voren dat verstandelijk gehandicapten over één kam geschoren worden. Hier kan ik me echter niet in vinden. De eventuele toekomstige psychiatrische stoornis en de discrepante ontwikkeling zorgen voor een heel andere begeleiding- en benaderingsbehoefte van de cliënten.

Vanwege de complexiteit van de cliënten, is het belangrijk in multidisciplinaire samenwerking te treden. Hiermee wordt de mate van deskundigheid bevorderd en kunnen de bewegingsactiviteiten op de juiste manier vormgegeven worden. De deskundigen van zorginstelling Amarant waren lovend over het inzetten van lichamelijke activering. Ze pleiten voor het inzetten ervan, waarbij er getracht wordt zo min mogelijk psychische stress te veroorzaken. De bewegingsactiviteiten moeten zo ontspannen mogelijk verlopen. Andere deskundigen wijzen meer op het belang van spanningreducering en het feit dat het rust brengt in de 'bovenkamer' van de cliënt. Ze wezen echter ook op nadelen, bijv. dat het specifiek komt hoe een activiteit vormgegeven wordt en dat de aanwezigheid van de stoornis ook uitdagingen met zich mee zal brengen, als agitatie en verzet. Hier moet je als begeleiding wel mee om kunnen gaan. Buiten de

stoornis en de complexiteit van de cliënt, kampen de deskundigen helaas ook met tijdgebrek om lichamelijke activering meer in te zetten, mede door het gebrek aan financiële middelen.

Het inzetten van de PEF's en T-metingen ter verslaglegging van de observaties naar verschillende begrippen, is een succes gebleken. De schema's zijn gestructureerd, overzichtelijk, geven een juist beeld van het verloop door de maanden heen en zijn daarbij goed te benutten bij de analyse en resultatenverwerking.

7.2 CONCLUSIES PRAKTIJKONDERZOEK

Er wordt nu individueel een koppeling gemaakt tussen de verkregen informatie uit het theoretisch kader en het verloop van de bewegingsactiviteit. Daaruit worden conclusies getrokken of de bewegingsactiviteit voldoet aan de behoeften van de cliënt.

CONCLUSIE CLIËNT M.

Het bijwonen van de trainingen en het begeleiden van de cliënt, was geweldig om te doen. Het is fijn om te zien hoe warm hij daar onthaald werd de eerste training, ondanks het moeilijke afscheid een jaar daarvoor, en hoe goed hij het daar deed. Hij is actief, volgt instructies goed op en zijn alertheid nam heldere vormen aan. Op het moment dat er sprake was van een periode van mogelijke aanwezigheid van een depressie, zie je dat M. zijn stemmingstoornis wat meer naar voren kwam. Hij kreeg moeite met overgangssituaties, waardoor het omkleden vooraf en de terugkomst op de woonvoorziening nadien, soms ook wat wisselend en grillig verliep. Vele keren verliep het omkleden en het begeleiden nadien wel goed overigens, maar duidelijk is dat de mate van aanwezigheid van de stemmingstoornis en de mogelijke aanwezigheid van een depressie, wel zijn weerslag kent op het verloop van de voorbereiding op de training en de afsluiting. Het is prettig dat M. het daar zo goed gedaan heeft bij de club. Hij ligt goed in de groep en heeft het naar mijn inziens prima gedaan.

Echter moet ik concluderen dat de activiteit, waarop hij op dit moment vormgegeven is en verloopt, niet wenselijk is voor de cliënt kijkend naar zijn behoeften verwoord in zijn Bijzonder Zorgplan. Er is bijv. gevaar voor emotionele overvraging aanwezig. De begeleiding van M. op de training is heel vriendelijk, maar de mate van communicatie richting de cliënt zorgt voor overprikkeling, wat ervoor kan zorgen dat hij onrustig wordt. Verder is de taxi met regelmaat te laat. Ook daar kan geen structuur in gebracht worden, aangezien de deeltaxi het recht heeft om een kwartier vooraf de bestelde tijd tot een kwartier erna te verschijnen bij de woonvoorziening. Ook dit bracht af en toe spanning bij M. Daarbij is het elke week weer onzeker of de training wel doorgaat of dat hij wordt afgelast (door weersomstandigheden of vrije dagen als Pasen). Dit levert een gebrek aan structuur op voor M. en dus een gebrek aan herkenning en veiligheid. Verder kon er niet altijd een vaste begeleider mee, terwijl we hier op de eerste plaats wel te maken hebben met een complexe zorgvraag cliënt, die gebaat is bij continue nabijheid en veiligheid geboden door vaste personen. Ook is

het in het kader van zijn angststoornis niet wenselijk om alleen te reizen naar de training en weer terug naar de woonvoorziening. Er is dan geen zicht op zijn gedrag en stemming en er kan geen juiste begeleiding geboden worden. Een ander punt is de begeleiding daar. Naast het feit dat de communicatie prikkelrijk verloopt, zijn de vrijwilligers ook niet gekwalificeerd met betrekking tot het werken met complexe zorgvraag cliënten. En hoe zeer het ook gewaardeerd wordt dat ze deze trainingen verzorgen, is het niet wenselijk voor de cliënt, aangezien hij op deze manier niet de begeleiding ontvangt die hij behoeft en waar hij bij gebaat is. Tenslotte ligt de cliënt na het beoefenen van een training maar liefst ook een uur later, dan zijn normale tijd, in bed.

Kort kan geconcludeerd worden dat er met tevredenheid teruggekeken kan worden op het verloop van de trainingen en het feit dat M. zich daar actief en goed begeleidbaar gedragen heeft. Helaas gaat de huidige manier van trainen gepaard met vele obstakels, waardoor het mij als onderzoeker niet wenselijk lijkt voor de cliënt om de trainingen het volgende seizoen voort te zetten volgens de reeds ingeslagen weg, omdat het niet toekomt aan de behoeften van M. Op deze manier is er teveel psychische spanning aanwezig, waarmee het pedagogisch belang niet gediend wordt. Al is er een winst op sociaal vlak, is er vaak sprake van de aanwezigheid van psychische stress en lichamelijke spanningen.

CONCLUSIE CLIËNT J.

Concluderend kan gesteld worden dat de zwemactiviteit een succes is geweest voor de cliënt. In de loop der maanden heeft hij zich vooraf, tijdens en nadien de bewegingsactiviteit steeds beter gedragen en vertoonde hij een stabiel beeld. Hij keek enthousiast uit naar de activiteit, gedroeg zich meermaals positief, was actief en goed begeleidbaar. Echter, het gedrag van de cliënt op een bepaald moment of in een bepaalde fase van zijn leven, is van invloed op de voortgang van de bewegingsactiviteit. Een vertoond instabiel beeld op de woonvoorziening zorgde bijv. voor een stijging aan psychische en daardoor lichamelijke spanning, wat leidde tot een negatief verloop van de zwemactiviteit. Verder viel op dat het omkleden regelmatig gepaard gaat met mopperen. Bekend is dat J. moeite heeft met overgangen en op het moment van omkleden wordt er veel van hem verwacht (veel handelingen), waarbij het ook nog eens altijd druk is in de kleedkamer en hij niet altijd de aandacht krijgt die hij wenst en behoeft. De mate van volgzzaamheid en begeleidbaarheid verbeterde aanzienlijk door de maanden heen, doordat de rol van de cliënt tijdens de activiteit duidelijk was, de begeleiding altijd dezelfde begeleidingslijn hanteerde en het zwemmen volgens vaste 'rituelen' (soort van scenario) verliep. Hier was J. bij gebaat. In het bad gedroeg J. zich al snel goed en was hij actief en makkelijk te begeleiden. Echter viel op dat hij zeer genoot van de 1 op 1 aandacht, toen op een dag niet alle cliënten meekonden naar het zwembad. Verder werd hij in het bad steeds drukker en was hij steeds sneller afgeleid, waardoor je hem vaak terug moest halen naar de activiteit. Tenslotte vielen de problemen rondom de 'tas' op.

Uiteindelijk is hier een actie op uitgezet, waardoor J. meer rust en duidelijkheid kreeg. Dat J. genoot van de bewegingsactiviteit is duidelijk, maar toch konden er nog heel wat zaken verbeterd worden, als: rust tijdens het omkleden, belang van een scenario, zo min mogelijk overgangen en wachten op mede-cliënten, bieden van 1 op 1 aandacht en aandacht houden bij de activiteit. Daarom is in juni ervoor gekozen om een aanvraag te doen bij de bewegingsagogie om van het zwemmen een individuele activiteit te maken en daardoor de psychische stress en ervaren lichamelijke spanning nog verder te verminderen. Zij konden deze voorwaarden namelijk gemakkelijk bieden: J. zou een eigen hokje krijgen waar hij alleen met de begeleider kan omkleden, zodat hij niet hoeft te wachten op andere cliënten. Verder wordt op deze manier een gestructureerde activiteit aangeboden (bijv. ringen overbrengen en sorteren op kleur), waarbij J. veel 1 op 1 aandacht geniet. Doordat er daarbij niemand anders in het bad is, kan J. zich concentreren op de activiteit waar hij mee bezig is. Aangezien dit pas in oktober gehonoreerd kon worden, is ervoor gekozen om een scenario te ontwikkelen voor de tussentijd om de bewegingsactiviteit zo duidelijk mogelijk te laten verlopen voor J. Deze is weergegeven in figuur 1.3 van bijlage 9.

CONCLUSIE CLIËNT R.

Geconcludeerd kan worden dat R. gebaat is bij het huidige bewegingsaanbod. Ondanks dat R. op de woongroep een gespannen en grillig beeld laat zien de eerste maand, vertoonde hij deze kenmerken niet tijdens zijn bewegingsactiviteiten. Hij was daar rustig en liet zich goed begeleiden. Op zijn tijd hield hij een praatje en hij was daar vrolijk. Op een gegeven moment is merkbaar dat de vertoonde spanning op de woonvoorziening, zijn weerslag heeft op de bewegingsactiviteit. Hij gaat hier dan de eerste tekenen van spanning vertonen, maar ondanks dat, kwam zijn psychische stoornis nooit heel erg naar voren. Er is nooit een escalatie voorgevallen. De inhoud van de bewegingsactiviteiten is goed. R. vindt de oefeningen leuk, praat er graag over met de begeleiding op de woonvoorziening en is erbij gebaat dat ze op een vaste manier en in een vaste volgorde worden aangeboden. Dit biedt veiligheid en herkenning. Door groeiende onzekerheid t.o.v. een bepaalde oefening, zie je dat hij er steeds stelliger in wordt om hem niet te hoeven uitvoeren. Nadat deze echter versimpeld is, pikt R. hem weer goed op. De begeleiding is als positief te bestempelen. Ten eerste loopt R. zelf al naar de bewegingsagogie en terug, wat speciaal is, omdat hij bij ons buiten altijd in een rolstoel voortbeweegt. Ten tweede begeleiden ze R. volgens vaste afspraken. Ze overprikkelen hem niet, houden hem goed in het hier en nu (dus bij de activiteit) en weten zonder eisen aan hem te stellen hem toch regelmatig te motiveren om oefeningen uit te voeren, waarna hij geniet van de succesbeleving. De begeleiding staat en daar is vertrouwen in. Opvallend is dat de Bechterew geen groot obstakel was tijdens deze geobserveerde trainingsperiode. R. kon de oefeningen goed uitvoeren. Dit betekent dat de oefeningen juist waren afgestemd op conditie en lichamelijke last. Ondertussen had R. ook last van de achteruitgang van zijn nieren. R. was overwegend

alert en actief tijdens de uitvoering van de oefeningen. Opvallend is dat hij op het laatst af en toe in slaap viel tijdens rustmomenten.

Kort gezegd sluit het bewegingsaanbod, en daarmee doel ik op begeleiding, inhoud en verloop, aan bij de behoeften van de cliënt, zowel op psychisch als lichamelijk gebied. Het is tevens positief dat ze R. gaan filmen en op deze manier elk half jaar de status van de Bechterew in de gaten kunnen houden.

CONCLUSIE CLIËNT A.

Geconcludeerd kan worden dat de individuele zwemactiviteit in deze periode van zijn leven niet voldeed aan zijn behoeften, verwoord in het Bijzonder Zorgplan van de desbetreffende cliënt (dit figuur is niet opgenomen in de bijlagen). Hiermee duid ik op het feit dat de afwezigheid van een begeleider leidde tot het uitblijven van duidelijke grenzen en kaders, waardoor hij verviel in negatief gedrag, waarbij kenmerken van de psychische stoornis steeds verder naar voren kwamen. Hiermee doel ik bijv. op het steeds meer ervaren van angst, het in zichzelf gekeerd zijn en het praten met zijn tweede persoon. Zijn denken dwaalde af en speelde zich niet meer af in het hier en nu. De onzekerheid om zijn vaste zwemritueel af te werken, kwam steeds meer naar voren, wat leidde tot inactiviteit en een afname van de kwaliteit van zwemmen. De angst waarover in de geschiedenis werd gesproken, kwam overduidelijk terug en er was niemand in de buurt van zijn veilige omgeving die hem die houvast kon bieden. De ervaren lichamelijke en psychische stress was zichtbaar aanwezig. Door goede observaties en het tijdig aankaarten bij de persoonlijk begeleider van de ervaren situatie en interpretaties, konden de juiste interventies uitgezet worden. Vanaf training 9 ging de cliënt mee zwemmen met de groep van het werk en met een aanwezige begeleider. Het verschil was direct goed zichtbaar, wat overzichtelijk is weergegeven in figuur 1.9 (zie hoofdstuk zes, resultaten). De veiligheid en de juiste manier van begeleiding werden nu wel geboden, waardoor de cliënt actiever en met meer kwaliteit ging zwemmen en waardoor angst en de aanwezigheid van de psychische stoornis uitbleven. Uiteindelijk is dit een juiste actie gebleken. De activiteit komt nu meer tegemoet aan de behoeften van de cliënt, waardoor hij ook minder lichamelijke en psychische stress ervaart tijdens het beoefenen van de zwemactiviteit.

CONCLUSIES CLIËNT E.

Het kan zijn dat de bewegingsactiviteit bijgedragen heeft aan de innerlijke spanning van de cliënt door de maanden heen, samen met o.a. factoren als 'uitbreiding van de leefwereld', een 'nieuwe stoel' en 'gebrek aan structuur'. Feit is echter dat de cliënt geen enkel teken van spanning heeft laten zien tijdens de activiteit en daarbij goed te begeleiden was. De cliënt was regelmatig alert en hij stelde ook steeds minder vragen om informatie te winnen. Dit duidt erop dat het scenario goed werkte en dat de cliënt zich daar vooral op richtte om het goed uit te voeren. De bewegingsactiviteit sluit aan bij de behoeften van de cliënt m.b.t. de autisme verwante stoornis. De activiteit verloopt voorspelbaar en duidelijk, mede door de begeleiding, die staat als een huis. De begeleiding is

stabiël, voorspelbaar en heeft een groot deel van de regie in handen. Hier ontleent de cliënt zijn vertrouwen aan, waardoor hij conform volgt en de activiteit en instructies goed uitvoert. Andere factoren die hebben bijgedragen, waren het handhaven van continuïteit (de bewegingsactiviteit ging elke week door) en de mate van communicatie tussen bewegingsagogie en woonvoorziening. Door twijfels en mogelijke hiaten voor te leggen en te bespreken, konden vroegtijdig eventuele obstakels aan worden gepakt. Verder sluiten het niveau en de gestelde eisen van de activiteit aan bij de cliënt. De weigering van activiteiten wijst, zo oordelen deskundigen, op blokkeren vanuit de kant van de cliënt. De drempel om naar buiten te gaan werd steeds groter, waarna hij de bewegingsactiviteit op een gegeven moment op stop moest zetten. Het is bekend dat bij een periode waar een stap terug wordt gedaan, die activiteiten geweigerd worden waarbij veel van de cliënt verlangd wordt. Door de juiste interventies, het constant blijven evalueren, de omgeving eenduidig te laten en te zoeken naar de juiste stijl van begeleiding, maakte de cliënt begin juni weer de opstap naar eerste revalidatie. In juli ging hij weer mee zwemmen, waar hij aantoonde nog steeds scenariokennis te bezitten. Ondanks het aanhoudend vertoonde spanningsvolle gedrag op de woonvoorziening, is de drempel wel weer overbrugd om deel te nemen aan de bewegingsactiviteit. De blokkering maakte plaats voor een nieuwe serie van succesvolle trainingen.

7.3 BEANTWOORDING VAN DE HOOFDVRAAG

De probleemstelling voorafgaand aan het onderzoek was het vermoeden dat de aanwezigheid van de stoornis en de eventuele verergering ervan, met regelmaat leidde tot inactiviteit.

De hoofdvraag die hieruit volgde, was de vraag of het mogelijk is om lichamelijke activerende begeleiding in te zetten op de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en de bijkomende psychiatrische stoornissen op een bepaalde woonvoorziening te Amarant in de leeftijd van 24 tot 60 jaar?

De beantwoording op de hoofdvraag volgt naar aanleiding van het praktijkonderzoek en de gemaakte koppeling naar het theoretisch kader. Mijn oordeel is dat het inzetten van lichamelijke activerende begeleiding bij mensen met een verstandelijke beperking en een bijkomende psychiatrische stoornis van groot belang is ter bevordering van de kwaliteit van het leven van de cliënt. Er zijn vele voordelen gekoppeld aan het inzetten van bewegingsactiviteiten als gestructureerd onderdeel van het programma van de cliënt, die daarbij eenvoudig te bereiken zijn. Met een half uur matige intensieve beweging per dag, boekt de cliënt al winst op neurofysiologisch en psychisch vlak. Daarbij kan het inzetten van bewegingsactiviteiten ook leiden tot vooruitgang op persoonlijk vlak, zoals de groei aan zelfwaardering, competentie, concentratievermogen, zelfvertrouwen etc. De doelen zijn duidelijk en winstgevend voor de cliënt.

Uit de conclusies van het praktijkonderzoek kwam naar voren dat in de loop der maanden bij verscheidene cliënten de psychische stoornis op de voorgrond trad, wat meermaals een negatief beïnvloedende weerslag

had op het verloop van de bewegingsactiviteit. Het moet echter niet zo zijn, dat direct bij een verergering van de stoornis, de activiteit stop moet worden gezet. Aangeraden wordt om het belang van multidisciplinaire samenwerking niet te onderschatten. De communicatie wordt hiermee hoog gehouden en intensieve overlegsituaties kunnen tot de meest simpele interventies leiden, wat de aanwezigheid van de psychiatrische stoornis tijdens de bewegingsactiviteiten kan laten verdwijnen. Het is belangrijk om bij een toename van de aanwezigheid van de psychiatrische stoornis, een goed programma voor de cliënt te ontwikkelen met een juiste afstemming tussen rust en activiteit. Het belang van rust mag niet onderschat worden, maar het belang van activiteit ook niet. Er is tenslotte aangetoond dat beweging een matig tot groot effect kan hebben op depressie en dat het resultaat gelijkwaardig gesteld mag worden aan de werking van medicatie en psychotherapie. Tevens is aangetoond dat lichaamsbeweging zorgt voor een afname aan innerlijke emotionele en lichamelijke spanningen en stress, mede door de afname van angst. Dit maakt het inzetten van lichamelijke activering een uitstekend middel om de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis te bestrijden.

Maar met eerlijkheid moet worden aangegeven dat de keuze van de bewegingsactiviteit en de vormgeving ervan nauwlettend komt. Dit hebben de diverse casussen wel aangetoond. Een bewegingsactiviteit op het terrein is prettiger, dan er buiten: veiligheid kan gemakkelijker geboden worden bij momenten van spanning en eventuele agressie; de begeleiding van de bewegingsagogie heeft aangetoond deskundig te zijn en goed inzicht te hebben in de uitdagingen van de cliënten; de juiste manier van begeleiding kan geboden worden en cliënten hoeven niet alleen met de taxi te reizen. Daarbij kan 1 op 1 begeleiding geboden worden en gaat de bewegingsactiviteit vaker door. Deze aspecten maken dat de cliënt meer structuur, duidelijkheid en routine (belang van scenariovorming) in het onderdeel ziet, wat weer zorgt voor een belangrijke mate aan veiligheid en geborgenheid. Dat zijn belangrijke aspecten om de bewegingsactiviteiten met minder psychische stress te laten verlopen. De cliënt geniet van de geboden nabijheid en is gebaat bij de complimenten, stimulering en motivering. Het maakt dat de cliënt weer even terug naar het hier en nu gehaald kan worden op de momenten dat het nodig is, zodat de aanwezigheid van de psychische stoornis beperkt kan blijven. Bij de activiteit voetbal waren factoren niet te controleren, als het op tijd komen van de taxi of weersomstandigheden. Bij een activiteit als zwemmen zou dat niet uitmaken, een dergelijke activiteit kan (op een uitzondering na) altijd doorgaan wat continuïteit oplevert voor de cliënt. Zo raakt hij gewend aan het onderdeel in zijn programma en zal de psychische stress door gewenning en een juiste verwachting van de rol van de cliënt, in de loop der weken afnemen. En neemt de aanwezigheid van de psychische stoornis echt dergelijke vormen aan, dat een grote activiteit als zwemmen teveel verlangt van de cliënt, dan is het altijd mogelijk om laagdrempelig in te zetten, bijvoorbeeld door in plaats daarvan met de cliënt te gaan wandelen. Want ook wandelen in flink tempo zal de cliënt zijn psychische en lichamelijke functies verbeteren.

Aan nadelen, als tijdgebrek en een gebrek aan financiële middelen om meer personeel in te zetten, is op dit moment niets te doen. Aanbevolen wordt om de mogelijkheden van de bewegingsagogie te benutten en zelf als woonvoorziening ook nog bij te dragen aan de lichamelijke activering op welke manier maar mogelijk.

Concluderend kan gesteld worden dat het inzetten van lichamelijke activering bij mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis in een gespecificeerd vat moet worden gegoten, maar dat het wel degelijk werkzaam en positief kan verlopen en dat er daarbij vele aanzienlijke voordelen aan verbonden zitten.

AANBEVELINGEN

INLEIDING:

Aan de hand van de vervaardigde conclusies in het vorige hoofdstuk en de beantwoording van de hoofdvraag, volgen nu de aanbevelingen van de onderzoeker aan zorginstelling Amarant om het inzetten van lichamelijke activering voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis te verbeteren.

AANBEVELINGEN:

- *Aparte paragraaf verwezenlijken in de algemene handleiding van het Bijzonder Zorgplan*

Elke cliënt heeft een Bijzonder Zorgplan, dat de Persoonlijk Begeleider van de cliënt zorgvuldig bijhoudt. In een bijgevoegde handleiding staat verwoord wat elk onderdeel van het Bijzonder Zorgplan inhoudt, zodat de begeleider van de cliënt de onderdelen juist kan invullen. Op dit moment worden bewegingsactiviteiten toegevoegd aan het onderdeel 'motoriek' of 'vrije tijd'. Met motoriek wordt echter de manier van bewegen van de cliënt en eventuele lichamelijke beperkingen bedoeld. Het begrip vrije tijd is te ruim, daar het gaat over alle activiteiten die de cliënt verricht. Het belang van lichamelijke activering is groter en verdient een eigen paragraaf in het Bijzonder Zorgplan om het nog meer onder de aandacht te brengen bij alle begeleiders. Ze moeten er nog meer mee bezig en nog meer beseffen hoeveel voordelen eraan verbonden zijn. Ik raad de zorginstelling aan om een dergelijke paragraaf te verwoorden en toe te voegen aan het Bijzonder Zorgplan.

- *PEF en T-meting*

Het werken met de meetschema's 'PEF' en 'T-meting' is enorm positief gebleken. Het gebruik ervan leidt tot een overzichtelijke en informatieve registratie, die de systematisering van het materiaal naar verscheidene topics duidelijk weergeeft. De gegevens worden op deze manier goed opgeborgen, zijn gemakkelijk toegankelijk, overzichtelijk, goed te doorzoeken, gemakkelijk te wijzigen en aan te vullen. Het verloop van de bewegingsactiviteit wordt duidelijk en hiaten zijn gemakkelijk te onderscheiden en te relateren. De methodiek is daarbij digitaal makkelijk aan te passen en uit te breiden met individuele kenmerken van de cliënt. Bij deze geef ik zorginstelling Amarant de ruimte en het advies om deze methodiek toe te mogen passen op momenten dat zij dit nodig achten. Nadeel van de schema's is dat het invullen, categoriseren en analyseren ervan veel tijd in beslag neemt.

- *Activiteiten op het terrein*

Mijn advies is om een eerste stap van lichamelijke activering in te zetten op het terrein. Voordelen hiervan zijn dat cliënten niet alleen hoeven te reizen

met de taxi; er geen extra personeel ingezet hoeft te worden vanuit de woonvoorziening (want men kan gebruik maken van de deskundige begeleiding van de bewegingsagogie); veiligheid gemakkelijker geboden kan worden; er 1 op 1 begeleiding ingezet kan worden; er op deze manier constante nabijheid, stimulering en motivering is en er hier en daar nog ruimte is voor een grapje. Ook op praktisch gebied is dit goed mogelijk: het terrein is rustig en deels gelegen in een mooi bosgebied, waardoor een goede dosering van prikkels aangeboden kan worden en activiteiten als wandelen en fietsen gemakkelijk in te zetten zijn. Verder is er op het terrein ook een zwembad en een sportzaal aanwezig voor binnenactiviteiten, waarbij tevens voldoende materiaal aanwezig is om per individu een goede activiteit te verwezenlijken. Daarbij ben je ook niet afhankelijk van de weersomstandigheden (bij binnenactiviteiten) en het feit dat je geen controle hebt betreffende de aankomsttijd van de taxi. Uit deze aspecten halen cliënten hun vertrouwen, veiligheid, duidelijkheid en geborgenheid. Tenslotte maakt de constante nabijheid, dat de cliënt weer even terug naar het hier en nu gehaald kan worden op de momenten dat het nodig is, zodat de aanwezigheid van de psychische stoornis beperkt kan blijven.

Een nadeel van het aanbieden van activiteiten op het terrein, is dat je uiteindelijk toch beperkt bent in je activiteitsaanbod. Niet alle sporten zijn mogelijk op het terrein of ter beschikking bij de bewegingsagogie. Een ander nadeel is dat je bij het inzetten ervan afhankelijk bent van de bewegingsagogie betreffende beschikbare tijden en de keuze van activiteiten. Gaat een cliënt wel buiten het terrein aan een bewegingsactiviteit deelnemen, dan is mijn enige advies om een begeleider mee te laten gaan. Een begeleider waar de cliënt zich vertrouwd bij voelt en die de veiligheid kan bieden, die de cliënt behoeft.

- *Belang van communicatie en overleg*

Het belang van communicatie en overleg is aanzienlijk groot. Het is enorm belangrijk om de bewegingsactiviteiten met regelmaat te evalueren. Simpele interventies en communicatie met andere partijen kunnen de betrokkenheid vergroten, hiaten eruit halen en het verloop positief beïnvloeden. Als voorbeeld hierbij haal ik de casus van cliënt A. aan, waarbij de bewegingsactiviteit was vastgelopen. Na goed overleg, vlot handelen en goede interventies, is de activiteit weer uitgegroeid tot een succes. Nadeel hiervan is dat het soms niet even makkelijk is om een dergelijke overlegsituaties te plannen, waarbij alle partijen aanwezig kunnen zijn.

- *Belang van uitbreiding*

Het gebrek aan tijd wat het personeel van de woonvoorziening aangeeft, zet mij aan om Amarant te adviseren om meer bewegingsagogen aan te nemen en een groter aanbod van bewegingsactiviteiten aan te bieden. Op deze manier kan de woonvoorziening de lichamelijke activering uitbesteden aan deskundige begeleiders en kan de juiste activiteit bij het juiste niveau en de aansluitende wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt gezocht worden. Nadelen zijn dat het financieel gezien niet wenselijk is, aangezien dat voor een grote kostenpost zal zorgen

en er een grotere mate van professionalisering vereist wordt door de groeiende tak. Toch wegen de baten op tegen de kosten. Op pedagogisch, psychisch en neurologisch vlak zijn de voordelen aanzienlijk. Kwaliteit van leven wordt door het inzetten van activiteiten bevorderd en dat is toch wat de instelling vooral nastreeft bij het aanbieden van de zorg.

- *Belang scenariovorming*

Het was opvallend te zien hoe zeer complexe zorg cliënten gebaat zijn bij een vast routinematig verloop van de activiteit. Dit maakt het belang van scenariovorming groot. Hiermee bedoel ik niet dat de begeleiders voor alle cliënten betreffende de bewegingsactiviteiten scenario's moeten gaan vormen. Slechts sommige cliënten zijn autistisch en je moet als begeleiding ook enige vorm van flexibiliteit behouden. Ik doel meer op het creëren van handvatten voor begeleiding, zodat ze weten wat ze moeten inpakken, waar ze zich gaan omkleden, hoe de activiteit vormgegeven kan worden, hoe het afdrogen en omkleden verloopt etc. Het maken van een scenario neemt echter wel wat tijd in beslag en legt je als begeleider beperkingen op in je flexibiliteit en ruimte van handelen. Tevens is het niet gemakkelijk om alle teamleden even eenduidig met het scenario om te leren gaan. Aan de andere kant kan het je uiteindelijk wel veel onrust schelen. Door deze kleine zaken duidelijk te krijgen, kun je al heel veel spanning en hiaten voorkomen. Daarmee creëer je dan ook meer ruimte en flexibiliteit als begeleider om je op het gedrag van de cliënt te concentreren en de juiste interventies te plegen. Tenslotte is het als begeleider ook wel prettig om een redelijke structuur van handelen te hebben, een zogenaamde leidraad waaraan je je gedurende de activiteit kan vasthouden.

- *Het creëren van een handleiding*

Het is opvallend dat de begeleiding van de bewegingsagogie de cliënten alleen begeleidt op basis van wat voor informatie de woonvoorziening vooraf verstrekt aan ze. Het zou goed zijn om een algemene handleiding te hebben met een verwoorde grondhouding hoe cliënten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis te begeleiden. Natuurlijk is het bij me bekend dat elke cliënt individueel benaderd moet worden. Desalniettemin is mijn mening dat elke cliënt met een complexe zorgvraag gebaat is bij een bepaalde manier van begeleiden. Het zou dan dienen als een rode lijn, een leidraad, waarnaar een begeleider terug kan grijpen. Ik doel dan bijvoorbeeld op het handhaven van een lage EE, de keuze van een bepaalde manier van communicatie, je positie in de ruimte, het scheppen van kaders en voorwaarden en de houding die je aanneemt. Daar kan afzonderlijk per cliënt in gevarieerd worden, afhankelijk van de behoeften van de cliënt. Het zou de ontwikkeling van de gehandicaptensport voor complexe zorgvraag cliënten kunnen bevorderen. Nadeel van het creëren van een handleiding is dat het moeilijk te realiseren zal zijn. Ten eerste zal er een stuk theoretisch onderzoek aan vooraf zal moeten gaan om de keuzes van de aspecten goed te kunnen onderbouwen. Dat zal veel tijd in beslag nemen, mede ook omdat per aspect

verscheidene keuzemogelijkheden geëxploreerd moeten worden, waaruit de begeleider kan kiezen. Daarbij is het moeilijk om dichtbij de doelstelling van leidraad te blijven. Tenslotte kan er eenvoudig kritiek geboden worden op de inhoud van de handleiding, omdat iedere persoon met een complexe zorgvraag toch altijd een individuele 'touch' van begeleiding vraagt, die buiten de handleiding kan vallen. Deze nadelen maakt het realiseren van een handleiding moeilijker.

SLOTWOORD

Middels deze scriptie heb ik geprobeerd het belang aan te tonen van het inzetten van lichamelijke activering bij cliënten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis, door middel van theoretische onderlegging en een daaraan gekoppeld praktijkonderzoek. Hierbij wil ik ook graag benoemen dat niet al het onderzoeksmateriaal, dat benut is bij het analyseproces (o.a. T-metingen en categorisatie schema's), is opgenomen in de bijlagen. Er is bewust voor gekozen om bepaald materiaal van cliënten weer te geven om de lezer aan de ene kant duidelijkheid en inzicht te verschaffen betreffende het analyseproces en aan de andere kant toch de omvang van de scriptie binnen kaders te houden.

Bij deze wil ik graag ter afsluiting nog degenen bedanken die mij bij het schrijven van deze scriptie gesteund en geholpen hebben. Mijn dank gaat uit naar Anouschka Heitlager en Marieke Hamers, van de Fontys Hogeschool en Karin van Gelder, van zorginstelling Amarant, voor hun medewerking en begeleiding gedurende het hele traject. Verder wil ik graag dhr. F. van Hoof bedanken voor zijn informatieve interview. Zijn bijdrage was belangrijk en wordt gewaardeerd. Tenslotte wil ik graag alle medewerkers van zorginstelling Amarant bedanken, die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek en hun tijd beschikbaar hebben gesteld om mij van dienst te zijn.

Mede door hun kwalitatieve bijdrage is dit onderzoek een succes geworden, waar ik als onderzoeker en schrijver, trots op kan zijn.

LITERATUUROPGAVE

- *Abdolian, L. (2007).* Het European Heart Health Charter overstijgt grenzen in de strijd tegen H&VZ. *European Heart Health Charter*. <http://www.heartcharter.eu/download/Persbericht%20Charter.pdf>
- *Amarant. (1999).* Uitwerkingsnota: naar emancipatie en zelfbeschikking van cliënten. Pagina 1.
- *Amarant. (2004).* Strategisch beleidsplan Amarant 2005-2007. Pagina 4.
- *American Psychiatric Association. (1995).* Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV / vert. [uit het Engels] door G.A.S. Koster van Groos. Lisse: Swerts & Zeitlinger.
- *Appleby, M. (n.d.).* 25 redenen waarom sporten goed voor je is. *GIANT'S! Fitness & Bodybuilding Site*. http://www.giantpt.com/Motivatie/GIANT_Motivatie_25_Redenen_Sporten_Goed.htm
- *Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (2001).* Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.
- *Baarda, D.B., Theunissen, J. & Goede, M.P.M. de (2001).* Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.
- *Baartman, H.E.M. (1996).* Kindermishandeling als opvoedingsprobleem. In: *opvoeden kan zeer doen*. SWP – Utrecht.
- *Bewegingsagoog (2007).* Interview met bewegingsagoog Amarant, te Tilburg.
- *Botterman, T. (2007).* Gezond lichaam geen garantie voor gezonde geest. *Bond Moyson; ik heb mijn keuze gemaakt!* <http://www.socmut.be/socmut/publicaties/s-magazine/2007-01/gezondlichaamgeengarantievoorgezondegeest.htm>
- *Braster, J.F.A. (2000).* De kern van casestudy's. De kern van organisatieonderzoek. Assen: Van Gorcum.
- *Bruinooge, J. (n.d.).* Interview. *Carriëretijger*. <http://www.carriëretijger.nl/functioneren/communiceren/mondeling/modellen/interview>
- *Crielaard, S. (2008).* Gezonde mensen leven 14 jaar langer. *Gezondheid.blog.nl*. <http://gezondheid.blog.nl/ouderdom/2008/01/09/gezonde-mensen-leven-14-jaar-langer>
- *Dasler, van J. (1994).* Bewogen door beweging. *Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- *Došen, A. (2005).* Applying the devolpment perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assesment. *J. Intellectual Disabilities Research*. 49, 1, P.1-8.
- *Došen, A. (2007).* Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap "een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen". Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- *Fysiofit Enschede. (2006).* 10 redenen om te bewegen. *FysioFit health investment center*. http://www.fysiofit.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=48
- *Fonds Gehandicaptensport (n.d.).* Wie zijn we? *Fonds Gehandicaptensport*. http://www.fondsgehandicaptensport.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=10007
- *Funkyfish. (n.d.).* Onderzoeksmethoden - het interview. *InfoNu.nl; info van a tot z*. <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/12137-onderzoeksmethoden-het-interview.html>
- *Gezondheid.infoblog.be. (2008).* De hersenen: het besturingscentrum van ons lichaam. *Gezondheid.infoblog.be; alles wat je moet weten over je gezondheid*. http://gezondheid.infoblog.be/2875/de_hersenen_het_besturingscentrum_van_ons_lichaam/
- *Hoof, F. van (2008).* Interview met sportconsulent aangepast sporten, te Tilburg.
- *Hulshof, M. (2007).* Leren interviewen: een hbo-methode voor het mondeling verzamelen van informatie. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- *Humbeeck, G. van (2004).* Expressed emotion bij familieleden van patiënten met een bipolaire stoornis. In *opdracht van het Postdoctoraal mandaat Dienst Onderzoekscoördinatie K.U. Leuven*. http://www.kuleuven.be/lucas/_pages/Onderzoek/GeestelijkGezondheidszorg/Verm_Geest_Gezondheidszorg/ExpressedEmotionBijFamilieleden.html

- *Hutjes, J.M. & Buuren, J.A. van (1992).* De gevalstudie: strategie van kwalitatief onderzoek. Meppel: Boom/Open Universiteit.
- *I.B.V. (n.d.). Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB).* Instituut voor BewegingsVraagstukken. <http://www.bewegin.gsvraagstukken.nl/themas/NBN.html>
- *Innopharm B.V. (2008).* Bechterew (spondylitis ankylopoietica, SA). *Gezondheid.nl; een bron van informatie.* http://www.gezondheid.nl/medenc_ziekten.php
- *Innopharm B.V. (2008).* Degeneratieve gewrichtsaandoeningen (artrose, gewrichtsslijtage). *Gezondheid.nl; een bron van informatie.* http://www.gezondheid.nl/medenc_ziekten.php
- *Kars, H. & Zwets, J.H.J. (1995).* *Bewegingsproblemen van zwakzinnige mensen.* Houten-Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- *Koenen, M.J. (2006).* *Koenen woordenboek Nederlands.* Utrecht-Antwerpen: Van Dale Lexigrafie.
- *LSHTM. (2007).* Bewegen is belangrijk. *Medic Info.* http://www.gezondiza.nl/{2f6de65f-d534-49d8-8cb0-ddec93c1e9db}/d_ls941
- *Maas, H.A.T. (2005).* Sport & Gemoedstoestand. *Geschreven voor het vak Academische Vaardigheden.* http://www.jerremaas.nl/?page_id=9
- *NCSU. (2008).* Project 'sport voor mensen met een verstandelijke beperking'. *Nederlandse Christelijke Sport Unie; kwaliteit & identiteit in de sport.* <http://www.ncsu.nl/ncsu/servlet/ProductServer?id=47&doelgroep=1>
- *NebasNsg. (2003).* Sporten kan iedereen; sportmogelijkheden voor mensen met een beperking of chronische aandoening. Amsterdam: SWP.
- *NebasNsg. (n.d.). NebasNsg: dé Nederlandse sportorganisatie voor mensen met een handicap.* http://www.nebasnsg.nl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1
- *NebasNsg. (n.d.). Sportief bewegen met artrose. Sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening.* <http://www.sportiefbewegen.nl/documenten/Artrose%20herdruk.pdf>
- *NISB. (n.d.). Campagne 30 minuten bewegen.* Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. <http://www.nisb.nl/frames.htm>
- *NISB. (n.d.). Wat doet NSB?; Inleiding.* Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. <http://www.nisb.nl/frames.htm>
- *Peters, V. & Wester, F. (2004).* Kwalitatieve analyse; uitgangspunten en procedures.
- *Ploeg, J. van der (n.d.). Het welzijn van anderen.* In: *Baartman, H. (1999). Het perspectief van de orthopedagoog.* Bohn Stafleu van Loghum – Houten.
- *Reumafonds. (n.d.). Sportief bewegen met de ziekte van Bechterew. Sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening.* <http://www.sportiefbewegen.nl/documenten/Bechterew%20herdruk.pdf>
- *Right Marktonderzoek. (n.d.). Diepte-interviews. Right Marktonderzoek; als u het écht wilt weten.* <http://www.right-marktonderzoek.nl/methoden/diepte-interview.asp>
- *Riksen-Walraven, M. (n.d.). Pedagogische kwaliteit in de kinderopvang: doelstelling en kwaliteitscriteria.* In: Ijzendoorn, R. van (2004). *De kwaliteit van de Nederlandse kinderopvang.* Amsterdam.
- *Roeden, J. (1989).* *Depressie bij geestelijk gehandicapten "een diagnostische bijdrage".* Doctoraalscriptie.
- *Schipper, J.C. de (2003).* *Welbevinden goed bekeken.* Pedagogische kijk op de kinderopvang. Amsterdam: SWP.
- *Schoonhoven, M. (2001).* *Depressie bij mensen met een verstandelijke handicap "nadere research met de Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen.* Afstudeerscriptie in het kader van de Hoger Kaderopleiding Pedagogiek Tilburg.
- *Special Olympics. (2008).* *Special Olympics. Special Olympics.* <http://www.specialolympics.nl/index2.php>
- *Steffny, H. (2004).* *Groot handboek lopen.* Aartselaar: Deltas.
- *Stichting Gezond Verstand. (2008).* *Psychiatrisch Ziekenhuis. Stichting Gezond Verstand; verlichten van lichamelijk en psychisch leed door sport.* <http://www.stichtinggezondverstand.nl/Runziekenhuis.html>

- *Stichting Gezond Verstand. (2008).* Waarom meer bewegen? *Stichting Gezond Verstand; verlichten van lichamelijk en psychisch leed door sport.* <http://www.stichtinggezondverstand.nl/Runbewegen.html>
- *Stichting StimulanSZ. (2006).* Leven met psychiatrische ziekten. *Kennisring; 2ZW gezondheidshulp.* <http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=57439>
- *Swanborn, P.G. (1996).* *Case-study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- *Trimbos-instituut. (2007).* Psychische stoornissen. Informatie voor professionals. *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, jaarberichten 2002-2006.* <http://www.trimbos.nl/default15.html>
- *Verhoeven, W.M.A., Curfs, L.M.G. & dr. Tuinier, S. (1999).* *Gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten.* Bohn Stafleu van Loghum – Houten.
- *Webmaster. (2006).* Het persoonlijk interview / face-to-face interview. *Markt Onderzoek Associatie.* <http://www.moaweb.nl/bibliotheek/digitaal-woordenboek/p/het-persoonlijk-interview-face-to-face-interviewArtikel>
afkomstig uit: Zee, van der F. (2004). *Kennisverwerving in de Empirische Wetenschappen; de methodologie van wetenschappelijk onderzoek.* Groningen: BMO.
- *Wester, F. & Peters, V. (2004).* *Kwalitatieve analyse: Uitgangspunten en procedures.* Bussum: Coutinho
- *Wit, R. de (n.d.). Bewegen is gezond.* Creation. <http://www.rudolfde Wit.com/indexbewegen.html> Wit, R. de (n.d.). *Zwemmen.* Creation. <http://www.rudolfde Wit.com/indexbewegen.html>

BIJLAGEN

Pagina 62 t/m 137

<i>Bijlage 1:</i>	Formulierakkoordverklaring	62
<i>Bijlage 2:</i>	Formulier bereidverklaring 2 ^e beoordelaar	64
<i>Bijlage 3a:</i>	Praktijk Evaluatieformulier	65
<i>Bijlage 3b:</i>	T-meting (T=0)	67
<i>Bijlage 4a:</i>	SDZ-schaal	70
<i>Bijlage 4b:</i>	Signaleringsplan	72
<i>Bijlage 4c:</i>	Observatielijst cliënt	76
<i>Bijlage 4d:</i>	Observatieschema	78
<i>Bijlage 4e:</i>	Signaleringsrapportage	79
<i>Bijlage 5:</i>	Interviews	80
<i>Bijlage 6:</i>	Aantal sporters met een beperking (Midden-Brabant)	94
<i>Bijlage 7:</i>	Gesprek met bewegingsagoog	94
<i>Bijlage 7b:</i>	Context chart	95
<i>Bijlage 8:</i>	Analyseproces cliënt M.	96
<i>Bijlage 9:</i>	Analyseproces cliënt J.	118
<i>Bijlage 10:</i>	Analyseproces cliënt R.	126
<i>Bijlage 11:</i>	analyseproces cliënt A.	132
<i>Bijlage 12:</i>	Analyseproces cliënt E.	134

DEZE SCRIPTIE IS TOT STAND GEKOMEN DOOR

Yvo Struijcken

*Afstudeerproject in het kader van Fontys
Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg,
Begeleid door: Mevr. A. Heitlager en
Mevr. K. van Gelder (Amarant).*

Datum: 30-05-08