

Samen sta je sterk!



Alleen zijn kan misschien heerlijk zijn,
maar je hebt steeds een hart nodig
aan wie je kunt zeggen dat alleen zijn
heerlijk kan zijn.

Margreet Boerdam & Kristel Bosman
Christelijke Hogeschool Windesheim,
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Juni 2009

Margreet Boerdam
Kristel Bosman

Eindrapport afstudeeronderzoek

Opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD)
Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle

Docentbegeleider:
A. Bunthof

GGNet Apeldoorn
Dhr. B. Bröring
Dhr. M van der Liende

juni 2009

Voorwoord

In het kader van ons afstuderen binnen de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD), aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle, hebben wij een behoefte- onderzoek uitgevoerd. Wij hebben gekozen voor de psychiatrie, omdat wij beide het ggz-traject volgen en daarvoor ggz gerelateerd moeten afstuderen. Met dit eindrapport komt er na vier jaar een einde aan onze studie. We hebben met plezier dit onderzoek uitgevoerd. Het is een leerzame opdracht geweest en een mooie afsluiting van onze opleiding.

Voorstellen van beide onderzoeksters.

Mijn naam is Margreet Boerdam (21). Voordat ik aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening begon, heb ik mijn havo diploma behaald. Ik wist al vrij snel dat ik wat voor mensen wilde betekenen die niet mee kunnen komen in deze maatschappij. In het derde jaar van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening heb ik stage gelopen op de afdeling sociale psychiatrie bij GGNet in Apeldoorn. GGNet is een instelling die hulp biedt aan mensen met een psychiatrische problematiek.

Mijn naam is Kristel Bosman (23). Na mijn mbo diploma sociaal pedagogisch werker te hebben behaald, ben ik met de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening begonnen. Voor de opleiding spw heb ik stage gelopen in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen. Ik kwam in contact met mensen met een psychiatrische problematiek. Door deze ervaring wilde ik me graag in het derde jaar verder verdiepen in de psychiatrie. Ik heb toen stage gelopen bij de Zwolse Poort in Raalte, waar ik werkzaam was op verschillende afdelingen. Ik heb zowel klinisch als ambulant gewerkt.

We willen graag Anja Bunthof, onze projectbegeleidster vanuit de Christelijke Hogeschool Windesheim, bedanken voor haar begeleiding en ondersteuning. Met vragen konden we altijd bij haar terecht en de samenwerking verliep goed. We hebben veel aan haar adviezen gehad, waardoor dit rapport tot stand is gekomen.

Bernard Bröring en Marcel van der Liende waren onze begeleiders vanuit GGNet. Ook hen willen we bedanken voor hun inzet en tijd die ze aan ons besteed hebben.

Bij de andere hulpverleners van GGNet was het altijd mogelijk om vragen te stellen. Ze maakten tijd vrij om naar ons verhaal te luisteren en gaven feedback. De hulpverleners hebben een belangrijk aandeel gehad in het werven van cliënten voor ons interview. Zonder hen was het lastig geworden hen te bereiken en daarom willen we ze bij deze bedanken voor hun hulp.

Tevens willen we de cliënten bedanken die meegewerkt hebben aan het interview. Hun mening was erg belangrijk voor ons onderzoek en zonder hen hadden we dit onderzoek niet kunnen verrichten. Bedankt voor de tijd en openheid.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit eindrapport.

Met vriendelijke groet,

Margreet Boerdam en Kristel Bosman

Juni 2009

Samenvatting

In dit afstudeeronderzoek is de volgende onderzoeksvraag onderzocht:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

Dit afstudeeronderzoek is in opdracht van GGNet in Apeldoorn. De onderzoeksvraag is ontstaan vanuit het ACT- team van GGNet.

De onderzoekers hebben geprobeerd de onderzoeksvraag te beantwoorden door middel van een literatuuronderzoek, een oriënterend interview en een gestructureerd interview. Door middel van een a-selekte steekproef zijn de interviews afgenomen bij de doelgroep van het ACT- team. De geïnterviewde ACT- cliënten zijn in de leeftijd van 20 t/m 65 jaar.

Het gestructureerde interview heeft betrekking op de volgende categorieën; algemene gegevens, contacten en frequentie, hulpverlenende instanties, gezondheid, werk en dagbesteding, wonen en financiën.

Uit het onderzoek is gebleken dat de doelgroep voornamelijk uit mannen bestaat. Het grootste gedeelte van de cliënten is ongehuwd en woont zelfstandig. Het is opmerkelijk dat de meeste cliënten in een flat wonen, vaak alleen, zonder partner, kinderen, broers/ zussen en huisgenoten.

Het valt op dat de doelgroep veel dagelijkse contacten heeft met ouders, broers/ zussen en vriendschappelijke betrekkingen. Bij familie die betrokken is bij de cliënt zoals; ouders en broers/ zussen verloopt het contact wederzijds en bij overige familie komt het contact vanuit de cliënt. Bij vriendschappelijke betrekkingen is het contact hoofdzakelijk wederzijds. Vaak hebben cliënten op meerdere manieren contact met familie en vrienden en dit is voornamelijk face to face en telefonisch. Binnen de relaties die zij hebben met familie en vriendschappelijke betrekkingen, maken zij vooral zomaar een praatje of komen bij elkaar op bezoek. Het is opmerkelijk dat het grootste gedeelte van de cliënten graag een groter netwerk zou willen hebben. Zij hebben voornamelijk behoefte aan een partner die aan alle functies van een sociaal netwerk moet voldoen. De meeste cliënten geven aan daarbij geen ondersteuning nodig te hebben. Veel activiteiten worden alleen ondernomen zoals koffie drinken, wandelen en winkelen.

Alle cliënten hebben contact met een hulpverlenende instantie. Hiermee hebben zij voornamelijk dagelijkse en maandelijkse contacten. De helft van de cliënten vindt dat de hulpverlening niet met anderen over hen mag spreken.

De helft van de ondervraagden geeft aan geen last te hebben van psychische klachten. Daarbij aangetekend dat dit een kenmerk kan zijn van de doelgroep. Er is vaak een beperkt of geen ziekte-inzicht. De cliënten die belemmeringen ervaren worden hierbij ondersteund door een hulpverlenende instantie (of zouden dat graag willen). Iets minder dan de helft van de cliënten ervaart lichamelijke klachten en wordt daardoor belemmerd. De meeste hebben hierbij al ondersteuning van een hulpverlenende instantie of zouden dat graag willen hebben van familie of een hulpverlenende instantie.

Minder dan de helft van de cliënten ervaart belemmeringen op het gebied van werk of dagbesteding. Dit komt voornamelijk doordat de cliënten niet in staat zijn om werk of dagbesteding te doen. Meer dan de helft krijgt al ondersteuning van een hulpverlenende instantie en minder dan helft zouden dat graag willen hebben van familie of een hulpverlenende instantie.

De helft van de cliënten ervaart belemmeringen op het gebied van wonen. De grootste belemmering is dat er problemen zijn met de burens. Het grootste gedeelte van de cliënten heeft al ondersteuning van een hulpverlenende instantie.

Opmerkelijk is dat de meeste cliënten geen belemmeringen ervaren in het regelen van financiën. Vanuit GGNet wordt hierover een ander beeld geschetst.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Hoofdstuk 1 Assertive Community Treatment binnen de geestelijke gezondheidszorg	3
1.1 <i>Achtergrond en ontwikkeling</i>	3
- Individualisering	3
- Cliëntenperspectief	4
- Ervaringsdeskundigheid	5
1.2 <i>ACT- model</i>	5
- Doelstelling	5
- Doelgroep	6
- Werkwijze	8
1.3 <i>ACT- model binnen GGNet</i>	9
- Doelstelling	9
- Doelgroep	9
- Werkwijze	9
1.4 <i>Methodiek</i>	10
- Rehabilitatie	10
- GGNet en rehabilitatie	10
Hoofdstuk 2 Sociaal netwerk	12
2.1 <i>Inhoud sociaal netwerk</i>	12
- Soorten netwerken	12
- Functies	12
- Structuur	13
2.2 <i>Hulpverlenende instanties</i>	14
Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet	18
3.1 <i>Probleemstelling, onderzoeksvraag en doelstelling</i>	18
3.2 <i>Onderzoeksmethode</i>	18
3.3 <i>De doelgroep</i>	19
3.4 <i>De uitvoering</i>	20
3.5 <i>Analysemethode(n)</i>	22
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	23
4.1 <i>Resultaten algemene gegevens</i>	23
4.2 <i>Resultaten contacten en frequentie</i>	26
4.3 <i>Resultaten hulpverlenende instanties</i>	36
4.4 <i>Resultaten gezondheid</i>	37
4.5 <i>Resultaten werk en dagbesteding</i>	41
4.6 <i>Resultaten wonen</i>	43
4.7 <i>Resultaten financiën</i>	45
Hoofdstuk 5 Conclusies	47
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	52
6.1 <i>Alle categorieën</i>	52
6.2 <i>Wat verder nog opvalt</i>	53
Literatuurlijst	55
Bijlagen	
Bijlage 1	57
Bijlage 2	70

Inleiding

Binnen deze samenleving zijn er mensen met ernstige psychiatrische problemen. De samenleving stelt hoge eisen aan burgers en is vooral gericht op individuele prestaties. Deze ontwikkeling is voor mensen met ernstige psychiatrische problemen niet bij te houden, waardoor ze niet optimaal kunnen participeren in onze samenleving. Door psychiatrische problemen vinden ze het vaak moeilijk om aansluiting te vinden in de samenleving, zodat ze in een isolement terecht kunnen komen. Ze hebben moeite met het onderhouden en aangaan van sociale contacten. Voor deze doelgroep is binnen de geestelijke gezondheidszorg het ACT (Assertive Community Treatment)- team opgericht.

Assertive Community Treatment (ACT) is populair in Nederland. Het ACT- model werd vanaf 1970 in de Verenigde Staten ontwikkeld. In Madison, Wisconsin, begon Marx, Stein en Test met een team dat tot doel had cliënten uit het ziekenhuis te houden en hun vaardigheden en steun aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk te leven (Plooy, A, 2008- 2009). Tegenwoordig biedt het ACT- team intensieve zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen die instabiel functioneren, vaak of langdurig werden opgenomen en niet voldoende aansluiting vinden binnen de reguliere zorg.

GGNet heeft vanaf oktober 2008 een ACT- team gestart. Het ACT- team is nog sterk in ontwikkeling. Dit houdt in dat het team uit verschillende disciplines bestaat, maar nog niet alle disciplines zijn ingevuld. De caseload is op dit moment nog niet volledig. Sommige hulpverleners nog cliënten hebben die niet behoren tot het ACT- team en waarvoor nog geen andere hulpverlener beschikbaar is. Op het moment dat de hulpverleners de cliënten kunnen overdragen naar andere hulpverleners, zal de caseload uitgebreid worden.

Vanuit het ACT- team komt de vraag om een onderzoek te starten met betrekking tot het sociale netwerk van de cliënten, om zo beter inzicht te krijgen welke problemen cliënten ervaren en wie zij hiervoor kunnen benaderen. Verder kijken we naar de behoefte van cliënt in het contact met vrienden en familie, instanties die zorg en ondersteuning verlenen en in wat ze verwachten van de hulpverleners van het ACT- team. De volgende onderzoeksvraag is tot stand gekomen:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag maken we gebruik van de volgende deelvragen:

1. Hoe is het ACT- model ontstaan?
2. Hoe ziet een ACT- model eruit?
3. Voor welke doelgroep is het ACT- model bedoeld?
4. Op welke wijze wordt het ACT- model bij GGNet toegepast?
5. Welke methodiek kan een ACT- model gebruiken?
6. Hoe ziet een sociaal netwerk eruit?
7. Welke hulpverlenende instanties zijn bij de cliënt betrokken?

Het onderzoeksverslag bevat zes hoofdstukken. Het eerste en tweede hoofdstuk bestaan uit een theoretisch kader waarin het onderzoek in een bredere theoretische context wordt geplaatst, oftewel: “Het sociale netwerk van ACT- cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz).” We nemen oriënterend interview af bij drie cliënten. Vervolgens leggen we een gestructureerd interview af bij 20 ACT- cliënten. In hoofdstuk één wordt dieper ingegaan op de achtergrond en ontwikkeling van ACT. We behandelen het ACT- model en de wijze waarop deze binnen GGNet wordt toegepast. Daarna beschrijven we de methodieken die eventueel binnen een ACT- team gebruikt kunnen worden.

In hoofdstuk twee wordt het sociale netwerk uitgebreid omschreven. Allereerst gaan we dieper op de inhoud in. Vervolgens staan we stil bij de hulpverlenende instanties die bij een cliënt betrokken kunnen zijn.

In het derde hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag verhelderd aan de hand van een aantal punten. De aanleiding en het doel voor het onderzoek worden toegelicht en verantwoord. Daarnaast wordt ook het type onderzoek, de methoden van dataverzameling en de uitvoering van het onderzoek nader uitgewerkt.

In hoofdstuk vier worden de onderzoeksresultaten verwerkt. Aan de hand van tabellen en grafieken worden de uitkomsten in beeld gebracht.

In het vijfde hoofdstuk zijn de conclusies verwerkt. Deze zijn naar aanleiding van de deelvragen tot stand gekomen. Ook wordt in hoofdstuk vijf onze eigen visie en discussiepunten vermeld. Op basis van deze conclusies zijn er aanbevelingen opgesteld voor het ACT team van GGNet in Apeldoorn. Deze aanbevelingen kunt u vinden in hoofdstuk zes.

Tot slot hebben we achterin, onze literatuurlijst opgenomen met daarin volledige titelbeschrijvingen van de bronnen die we hebben gebruikt. In de bijlage zijn de vragenlijst en de onderzoeksresultaten opgenomen.

Hoofdstuk 1 ACT binnen de GGZ

In onze samenleving zijn er mensen die veel problemen hebben. Een voorbeeld hiervan zijn cliënten met een ernstige psychiatrische problematiek. Door de jaren heen heeft de ggz zich onderworpen aan vermaatschappelijking. Hierdoor zijn cliënten met een ernstige psychiatrische problematiek moeilijk te bereiken en dreigt hun situatie te verslechteren. Vaak heeft deze doelgroep problemen op uiteenlopende gebieden. Door hun beperkingen wordt hun maatschappelijk leven ernstig verstoord. Voorbeelden van deze problemen zijn: uitzetting of dreiging door huurschulden, financiële problemen doordat de post niet wordt geopend, drugs-/ alcoholgebruik, frequent contact met politie en justitie vanwege overlast, langdurige eenzaamheid en isolement, zorgmijdend gedrag waardoor de cliënt niet met de hulpverlening in contact komt, het ontbreken van zinvolle dagbesteding en frequente en/ of langdurige opnames in het psychiatrisch ziekenhuis.

1.1. Achtergrond en ontwikkeling

In deze paragraaf gaan we dieper in op de onderwerpen individualisering en cliëntenperspectief. Ook wordt ervaringsdeskundigheid beschreven. Deze onderwerpen zijn relevant voor de achtergrond en ontwikkeling van het ACT- model.

Individualisering

De levenswijze van mensen is volgens de Franse socioloog Pierre Bourdieu¹ het resultaat van het sociale traject dat ze hebben afgelegd. In dit traject worden hun gewoontes, voorkeuren en visies op de wereld gevormd. Het eerste deel van het traject wordt overwegend bepaald door de plaats en het milieu waarin mensen zijn geboren en opgegroeid. Later wordt het sociale traject ook in belangrijke mate bepaald door opleiding en werk. Bourdieu onderscheidt drie elkaar beïnvloedende aspecten van het sociale traject, die hij 'kapitaal' noemt:

- a) Het culturele kapitaal: datgene wat mensen van huis uit hebben meegekregen aan opvoeding, gewoontes, manieren, opleidingen, diploma's etc.
- b) Het sociale kapitaal: de hulpbronnen in sociale netwerken waar mensen op kunnen rekenen en op kunnen steunen.
- c) Het economische kapitaal: het inkomen van mensen en hun positie op de arbeidsmarkt (arbeid in brede zin; dus alle vormen van onbetaalde en betaalde arbeid) (Nijhuis, 1993).

Deze drie aspecten vormen in hun onderlinge band het sociale traject dat ieder individu op elk moment van zijn of haar leven heeft afgelegd. Ieder individu heeft op elk moment van zijn leven een specifieke combinatie van deze drie 'kapitalen'; deze combinatie bepaalt de levenswijze van ieder individu en vormt zijn 'levenskapitaal' (Nijhuis, 1993).

Met dit 'levenskapitaal' leven de mensen in hun sociale omgeving (= sociale netwerk). Uit de bovenstaande drie aspecten blijkt dat iemands levenskapitaal deels in zijn sociale netwerk 'zit'. Zijn sociale kapitaal wordt immers gevormd door de hulpbronnen in het sociale netwerk. De positieve wisselwerking van de mens met zijn sociale omgeving is dus van wezenlijk belang voor het optimale gebruik van zijn levenskapitaal. Deze visie sluit aan bij de centrale waarde waarop het beroep van de maatschappelijk werker is gericht:

'De maatschappelijk werker bevordert primair het optimaal tot zijn recht komen van de persoon, in de wisselwerking met diens omgeving' (Beroepscode, artikel 1).

Een belangrijke ontwikkeling in onze samenleving is die van de individualisering. Veel problemen van mensen worden met de individualisering in verband gebracht. De moderne geïndustrialiseerde samenleving beïnvloedt ook de verhouding tussen het individu en zijn sociale omgeving: verhoudingen

¹ Pierre Bourdieu (Denguin, 1 augustus 1930 – Parijs, 23 januari 2002) was een Frans socioloog. In eigen land was hij een vooraanstaand links intellectueel, daarbuiten was hij vooral onder sociaal-wetenschappers bekend. Mede dankzij zijn magnum opus La distinction uit 1979 geldt hij als een van de grote sociologen van de twintigste eeuw.

worden zakelijker en afstandelijker. Ook eisen mensen meer van elkaar. Hierdoor kunnen mensen het slachtoffer worden van processen van vereenzaming, het niet meer meetellen en uitstoting. Ze raken grotendeels of helemaal, de verbinding kwijt met hun sociale netwerk. Ze worden daarvan als het ware afgehaakt of haken zelf af. De kans op deze negatieve gevolgen is groter voor degenen die niet mee kunnen komen met de snelle verandering in onze samenleving.

De samenleving wordt door individualisering veelkleuriger en dat is positief, maar tegelijk doen zich negatieve effecten voor: de samenleving bestaat veelal uit kleinere deeltjes, in plaats van één geheel. De verhoudingen tussen individuele mensen in het gezin, op school en op het werk staan onder invloed van deze individualisering. Signalen hiervan zijn o.a. het grote aantal echtscheidingen en de normvervaging.

Overigens is niet ieder mens gesteld op veel sociaal contact. Behoeftte aan privacy, zelfbehoud, rust en of psychische problemen kunnen hier een reden voor zijn. In sommige levensfasen is men minder op anderen en op de buitenwereld gericht. Veelvuldig contact met andere mensen kan ook oppervlakkig en onbevredigend zijn. Bij een bepaalde mate van sociaal isolement voelen sommige mensen zich prettig.

Door de snelle maatschappelijke ontwikkelingen heeft het kapitaal niet langer dezelfde waarde als vroeger. Mensen kunnen deze ontwikkelingen niet meer verwerken in hun eigen levenstraject:

'De concrete problemen waar het sociale werk mee wordt geconfronteerd, spelen zich veel vaker af tegen het moderne decor van een geïndividualiseerde samenleving, waarin het sociale voor steeds meer mensen een ongewis terrein is geworden' (Van der Lans,1994).

'De burger ziet zijn sociaal welzijn vooral afhangen van de mate waarin hij in sociaal opzicht mag meedoen. Sociaal isolement ziet hij als een belangrijkere bedreiging van zijn welzijn dan maatschappelijk isolement' (Van der Lans,1994).

Maatschappelijk isolement kan met name ontstaan door het niet (meer) hebben van werk, het niet (meer) mogen volgen van onderwijs of het niet (meer) beschikken over goede huisvesting. Sociaal isolement ontstaat bij het ontbreken van voldoende betekenisvolle relaties, bij gebrek aan waardering en respect, het wonen temidden van mensen bij wie men zich niet thuis voelt, bij het onmachtig zijn om zelf relaties op te bouwen of te onderhouden.

Cliëntenperspectief

Vroeger overheerste in de zorgsector de opvatting dat de zorgverlener, de professional, het beste zou weten wat goed is voor de patiënt. De laatste jaren gaat men er meer van uit dat het patiëntenperspectief in de besluitvorming moet worden meegenomen: de eigen ervaringskennis van de patiënt en zijn opvattingen over wat de kwaliteit van leven is horen een plaats te krijgen in het geheel van keuzes en afwegingen die professionele zorgverleners maken in de zorg. Dit is samen te vatten als het patiëntenperspectief.

Een toenemend aantal mensen dat afhankelijk is van langdurende zorg, wil echter niet alleen maar als patiënt gezien worden. Hun ziekte of beperking is niet de kern van hun persoonlijkheid. Omdat zij niet willen dat hun leven 'in het teken van de ziekte' wordt gezet door als patiënt aangesproken te worden, strijden zij tegen het gebruik van dit begrip. Met betrekking tot de zorg zien zij zich als cliënten en ook als burgers. Zij spreken daarom niet van patiëntenperspectief, maar van cliëntenperspectief. De gedachte hierover is verder hetzelfde.

Cliëntenperspectief: De (kwaliteit van de) gezondheidszorg bekeken vanuit het gezichtspunt van de patiënt; uitgangspunten zijn: zelfbeschikking, individuele diversiteit, ondeelbaarheid van de persoon, behoud van sociaal netwerk en burgerrechten, positieve verbeelding van zieken en ziekte, medisch technische standaarden, gelijke toegankelijkheid (www.thesauruszorgenwelzijn.nl).

Met het onderzoek wordt er vanuit het cliëntenperspectief gekeken. Dit is om twee redenen gedaan:

1. Om te beginnen biedt het centraal stellen van het cliëntenperspectief de mogelijkheid meer aandacht te besteden aan een 'nieuwe relatie' tussen hulpverlener en cliënt. Het zich sterker verdiepen in de werkelijkheden, wensen en behoeften van de cliënt brengt de hulpverlener weer dicht bij de cliënt.
2. Daarnaast biedt het centraal stellen van het cliëntenperspectief een objectief beeld voor dit onderzoek, omdat GGNet inzicht wil krijgen in de behoeften en wensen van de ACT- cliënten.

Een cliëntgerichte aanpak is een intensieve aanpak. Het betekent dat meer tijd voor de cliënten moeten worden vrijgemaakt, voor gesprekken met cliënt zelf en het begeleiden van de cliënt.

Ervaringsdeskundigheid

De ervaringswerker is een relatief nieuwe functie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Inmiddels breidt de functie zich verder uit en deze is niet meer weg te denken. Desondanks is het vaak nog een redelijk kwetsbare en geïsoleerde functie. Men is vaak de enige in een team en soms ook de enige binnen een instelling.

Iemand die geestelijke gezondheidsproblemen heeft (gehad), kan die ervaringen gebruiken om anderen met vergelijkbare ervaringen te begrijpen en te ondersteunen. Diegene wordt 'ervaringsdeskundige' genoemd.

Bij de inzet van ervaringsdeskundigen in hulpverleningsteams doen zich twee varianten voor: de hulpverlener- met- ervaringsdeskundigheid en de 'ervaringswerker'. De hulpverlener- met- ervaringsdeskundigheid is opgeleid (BGE-opleidingen), maar wordt aangenomen om daarnaast zijn ervaringsdeskundigheid uit te oefenen. Hij is professional en ervaringsdeskundige tegelijk. De 'ervaringswerker' wordt vooral op basis van zijn ervaringsdeskundigheid ingezet.

Positieve effecten rondom ervaringsdeskundigheid zijn dat cliënten sterker worden van de begeleiding die zij ontvangen. Ze onderhouden hun sociale netwerken beter, ontwikkelen meer activiteiten, nemen meer verantwoordelijkheid, kunnen beter omgaan met hun problemen en krijgen meer hoop en vertrouwen.

Binnen een ACT- team werken één of twee ervaringsdeskundige(n). Een ervaringsdeskundige is lid van een team van professionele hulpverleners en wordt geacht te handelen vanuit de doelstellingen van de behandeling. Op het gebied van bemoeizorg, waar de cliënten vaak het liefst met rust gelaten willen worden kom je weerstand tegen. Die weerstand tegen zorg komt vaak voort uit eerdere slechte ervaringen met de ggz. Deze ervaringen kan de ervaringsdeskundige beter aanvoelen.

1.2 ACT- model

In paragraaf 1.1. is uitgelegd hoe het ACT- model is ontstaan en welke onderwerpen daarbij van belang zijn. De achtergrond en ontwikkeling zijn uitgewerkt, waardoor er nu dieper ingegaan kan worden op het ACT-model. De doelstelling, de doelgroep en de werkwijze zullen in deze paragraaf aan bod komen.

Doelstelling

ACT is voortgekomen uit het werk van Arnold Marx, M.D., Leonard Stein, and Mary Ann Test aan het einde van de jaren zestig. ACT is een wetenschappelijk getest model en wordt al dertig jaar toegepast in de Verenigde Staten, Canada en Engeland.

In Nederland zijn begrippen als bemoeizorg en casemanagement redelijk ingeburgerd. ACT heeft veel raakvlakken met deze methoden, maar gaat een stap verder. ACT is een teambenadering met als doel rehabilitatie² van personen met langdurende psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld schizofrenie.

ACT wordt gegeven door een hecht team dat cliënten een totaalpakket van behandeling, rehabilitatie en ondersteuning biedt en heeft als functie dat er één loket voor cliënten, familie en hulp- en dienstverleners is. Dagelijks houden ACT- teamleden een teambespreking en worden gezamenlijk de behandelplannen

² Cliënten zelf 'doen' geen rehabilitatie maar zijn aan het herstellen. Bij 'herstellen' gaat het om unieke, persoonlijke processen waarin mensen met psychische beperkingen proberen de draad weer op te pakken en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven (Plooy, A , 2008-2009).

besproken. ACT- teams hebben intensieve contacten met hun cliënten, ze proberen hen uit de kliniek te houden en helpen hen aan stabiele huisvesting in de samenleving. Eén van de grondleggers van het ACT- model, Leonard Stein, stelde dat het doel van ACT is om: (1) in contact te komen en te blijven met cliënten, (2) om zodoende hun klinische toestand te kunnen volgen, en (3) met het doel om effectieve behandeling te geven, gericht op rehabilitatie (Mulder, C.L., 2006). Uiteindelijk gaat het om het laatste. ACT is een organisatie-model voor het kunnen toepassen van effectieve behandelingen en rehabilitatiestrategieën.

Oorspronkelijk werd aanbevolen om ACT voor onbepaalde tijd aan te bieden. Dat was een reactie op een zorgsysteem waarin weinig regelmaat en structuur was. Door te werken met het ACT- model is gebleken dat de hulp niet oneindig hoeft te zijn, maar dan moet er wel sprake zijn van een goede timing en een zorgvuldige overdracht naar passende, minder intensieve zorg. Sommige cliënten zullen wel degelijk langdurig ACT nodig hebben.

Doelgroep ACT

ACT heeft meerwaarde bij cliënten die veel problemen tegelijkertijd vertonen, zoals psychotische symptomen, verslaving, geldproblemen, dakloosheid, problemen met justitie, gebrek aan motivatie voor behandeling, gebrek aan ondersteunende sociale contacten en lichamelijke problemen. Veel van de cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen mijden de hulpverlening. Een ACT- team richt zich op cliënten die problemen hebben op meerdere levensgebieden en zijn het vangnet van de reguliere zorg.

Een cliënt die bij een ACT- team wordt aangemeld, heeft daarvoor al een gesprek gehad met een psychiater. In dit gesprek is de diagnose vastgesteld aan de hand van de DSM- V. Een DSM- V staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De V betekent dat het de vijfde druk is. Het is een beknopte handleiding waar overzichtelijk criteria instaan om een psychiatrische diagnose vast te kunnen stellen.

Binnen de DSM-V zijn vijf assen opgenomen.

- AS I Klinische stoornissen
 Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- AS II Persoonlijkheidsstoornissen
 Zwakzinnigheid
- AS III Somatische aandoeningen
- AS IV Psychosociale en omgevingsproblemen
- AS V Algehele beoordeling van het functioneren

ACT richt zich op cliënten waarbij een psychiatrische stoornis in engere zin (DSM-V AS1) is gediagnosticeerd. AS I dient voor het vastleggen van alle verschillende stoornissen of toestanden in de classificatie met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid (die op AS II worden genoteerd). Ook worden op AS I de andere aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg kunnen zijn. Wanneer iemand meer dan één AS I stoornis heeft, moeten deze allen worden vastgesteld. Indien meer dan één AS I stoornis aanwezig is, moet de hoofddiagnose of de reden voor het contact worden aangegeven door deze als eerste te noteren. Als iemand zowel een AS I stoornis als een AS II stoornis heeft, wordt verondersteld dat de hoofddiagnose of de reden voor het contact op AS I vermeld staat (Koster van Groos, G.A.S., 1995).

De volgende stoornissen op AS I zijn:

- cognitieve stoornissen;
- psychotische stoornissen;
- stemmingsstoornissen;
- angststoornissen;
- dissociatieve stoornissen;
- eetstoornissen;
- seksuele stoornissen en gender- en identiteitsstoornissen;
- slaap- en waakstoornissen;
- aanpassingsstoornissen.

Op de andere assen van de DSM V kunnen andere stoornissen gediagnosticeerd zijn, maar om in aanmerking te komen voor ACT moet er een stoornis op AS I aanwezig zijn, namelijk psychotische stoornissen. De andere stoornissen van AS I kunnen gediagnosticeerd zijn, maar zijn geen reden om in aanmerking te komen voor ACT. Er zijn momenteel ACT- teams die zich ook richten op persoonlijkheidsstoornissen (DSM-V AS II).

Eén van de psychotische stoornissen is schizofrenie. De oorzaak van schizofrenie is onbekend. Er zijn sterke aanwijzingen dat erfelijke factoren een rol spelen. Er komen steeds meer aanwijzingen dat schizofrenie een stoornis is van de vroege ontwikkeling van de hersenen, van voor de geboorte dus al. Schizofrenie is het meest gediagnosticeerd binnen een ACT- team. Schizofrenie is een ziekte in bepaalde delen van de hersenen, waarbij gebleken is dat iemand psychotisch kan worden en niet meer goed kan functioneren. Met 'niet goed meer functioneren' wordt bedoeld dat iemand minstens een half jaar minder goed functioneert op grond van zijn talenten, opvoeding, opleiding en kansen. Om goed in kaart te brengen om welke symptomen van schizofrenie het gaat, wordt onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve symptomen.

Positieve symptomen zijn verschijnselen die aanwezig zijn en er niet horen te zijn zoals:

- Hallucinaties: dit zijn waarnemingen zonder dat de zintuigen geprikkeld worden en komen het meeste voor in de vorm van een stem of meerdere stemmen, die vaak commentaar geven op wat degene die hallucineert net denkt of aan het doen is. Hallucinaties kunnen ook bij de andere zintuigen voorkomen, zoals reuk, smaak, tast en gezichtsvermogen.
- Verstoorde gedachtegang: dit is te herkennen als iemand niet meer te volgen is, omdat wat gezegd wordt onlogisch is, onsamenhangend of verward.
- Wanen: dit zijn denkbeelden of overtuigingen die onjuist zijn. Iemand is er bijvoorbeeld van overtuigd dat hij of zij afgeluisterd wordt door de televisie of dat de dingen die men op de televisie ziet een speciale boodschap voor de betrokkene inhoudt.
- Verstoorde bewegingen: dit zijn bewegingen waarbij het lijkt alsof iemand anders deze bewegingen uitvoert. Soms gaat het bewegen moeilijk en dit kan leiden tot verstarring. De cliënt heeft er meestal geen verklaring voor. Als hij deze wel heeft komt dit meestal voort uit verstoorde gedachten.

Negatieve symptomen zijn verschijnselen die ontbreken waar ze wel zouden moeten zijn. Hieronder vallen:

- gevoelsmatige betrokkenheid;
- spontane deelname aan een gesprek;
- vermogen om initiatieven te nemen;
- wilskracht, doorzettingsvermogen;
- vermogen om ergens plezier aan te beleven;
- deelname aan sociale interacties;
- aandacht en concentratievermogen.

Negatieve symptomen kunnen aan een eerste psychose vooraf gaan. Ze worden dan vaak niet herkend als symptomen van schizofrenie.

Wanneer mensen erg in de war zijn is de motivatie om medicijnen te gebruiken vaak klein. Zonder medicijnen is er echter geen behandeling van de symptomen mogelijk. Het lukt de familieleden niet altijd om de cliënt te overtuigen dat er iets mis is. Vaak wil de cliënt vooral niet naar een psychiater. De meeste mensen hebben last van hun psychose en zijn pas na een hele tijd bereid om onder ogen te zien dat zij een ziekte hebben. Dat zij medicijnen nodig hebben is dan de volgende stap.

Werkwijze

Binnen de werkwijze van een ACT- team worden over het algemeen tien belangrijke elementen onderscheiden:

1. ACT wordt aangeboden aan een specifieke doelgroep. Dit zijn cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen, veelal zorgmijddend en met veel opnames.
2. Het ACT- team bestaat uit meerdere disciplines: verpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, casemanager, arts, psychiater, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige.
3. De ACT- teamleden hebben een gemeenschappelijke caseload.
4. De hulpverlener- cliëntratio is laag, ongeveer 1:10.
5. Het ACT- team voert verschillende soorten behandelingen en begeleiding zelfstandig en flexibel uit: psychiatrische diagnostiek en behandeling, verslavingszorg, rehabilitatie en praktische hulp.
6. De hulpverlening vindt plaats waar de cliënt zich bevindt.
7. Er is geen limiet aan de tijdsduur van de hulpverlening en het aantal contacten.
8. Het ACT- team is 24 uur per dag bereikbaar.
9. Het ACT- team kan beslissen over opname in en ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis.
10. Het ACT- team zoekt cliënten actief op en volgt de cliënt (Mulder, C.L., 2006).

Binnen het ACT- model staat de teambenadering centraal en is van groot belang. In de meeste vormen van ambulante zorg is de één op één -relatie nog steeds gangbaar.

Klinische teams werken wel als team samen bij de behandeling van cliënten, maar hierbij kent elke discipline een specifieke taak. Binnen deze multidisciplinaire teams is er duidelijk sprake van een hiërarchie en de eindverantwoordelijkheid voor het handelen van het team is noodzakelijk.

Bij een ACT- teambenadering wordt een cliënt in een ambulante setting begeleid door het hele team. In de ideale situatie kent het team alle cliënten en de cliënten kennen alle teamleden. Elke hulpverlener heeft wel zijn eigen discipline, maar gaat hier flexibel mee om. Dit betekent dat de cliënt de hulp krijgt die hij nodig heeft, maar wie deze hulp biedt is minder van belang. Dit moet natuurlijk wel binnen de wettelijk kaders gebeuren die gelden voor de beroepsgroepen. Daar waar in de klinische situatie duidelijke maar ook strenge grenzen bestaan tussen de beroepsgroepen, heerst er binnen een ACT- team een sfeer van uitwisseling van kennis en vaardigheden. Deskundigheid wordt ingebracht ter verbetering van de kwaliteit van de behandeling en niet als middel om de eigen positie in een team te versterken. Het is van groot belang om het uiteindelijke doel van ACT vast te houden: cliënten helpen om een stabiel leven op te bouwen en voldoende kwaliteiten te laten ontwikkelen om zo goed mogelijk binnen de maatschappij te kunnen functioneren.

Een voordeel van een ACT- team is dat bij een acute vraag sneller gereageerd kan worden en er niet gewacht hoeft te worden tot die ene specifieke hulpverlener in staat is om hulp te bieden. Naast de continuïteit biedt een teambenadering nog meer voordelen voor de cliënt. De ervaring is dat er door het samenwerken met een groep een betere relatie met de cliënt tot stand komt. Ze leren dat je met verschillende mensen verschillende dingen kunt doen. Hiervoor is wel een goede communicatie nodig tussen de cliënt en het team, maar vooral ook tussen teamleden onderling. Alleen bij cliënten die zeer moeilijk in staat zijn om relaties aan te gaan zal een teambenadering in eerste instantie minder goed mogelijk zijn. De strategie zal dan bij voorkeur zijn dat één hulpverlener eerst probeert om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt.

Ook voor de hulpverleners zijn er voordelen verbonden aan een teambenadering. Eén van de belangrijke elementen van een teambenadering is de onderlinge steun en reflectie op de emotionele reactie van de hulpverlener op het gedrag van cliënten. Er is altijd ruimte om eigen ervaringen met collega's te delen en als men het even niet meer aan kan is er de bereidheid om taken over te nemen. Er wordt door meerdere hulpverleners naar de werkrelatie gekeken en zo zal tegenoverdracht tussen cliënt en hulpverlener minder snel optreden, waardoor doelstellingen en kaders helder blijven. Bij een teambenadering bestaat een risico op splitting. Hierbij ontstaat verdeeldheid in het team over het te voeren beleid, doordat de cliënt verschillende, vaak tegengestelde en emotionele informatie geeft aan verschillende hulpverleners.

1.3 ACT- model binnen GGNet

In paragraaf 1.2 zijn de doelstellingen, de doelgroep en de werkwijze van het ACT- model in het algemeen beschreven. In deze paragraaf worden deze onderwerpen nogmaals besproken, maar dan in relatie tot het ACT- team van GGNet.

Doelstelling

De doelstelling van het ACT- team binnen GGNet is gebaseerd op de principes van het ACT model. Er zijn vijf kernprincipes die het ACT- team binnen GGNet hanteert. De kernprincipes zijn integratie, intensiteit, bemoeizorg, continuïteit en teamwerk. De hulp wordt in de leefomgeving van de cliënt aangeboden die aansluit bij zijn behoeften en doelen. Het accent ligt op thuiszorg in combinatie met behandeling, praktische zorg en rehabilitatie. Het doel is zo zelfstandig mogelijk leven met een zo hoog mogelijke kwaliteit en tevredenheid.

Doelgroep

In het ACT team van GGNet komen voornamelijk psychotische stoornissen voor. De psychotische stoornis is hoofdzakelijk schizofrenie. In hoofdstuk 1.2 is nader uitgelegd wat schizofrenie inhoudt. Het ACT- team van GGNet richt zich op cliënten met problemen op meerdere levensgebieden (bijvoorbeeld: gebrek aan motivatie voor behandeling, gebrek aan ondersteunende sociale contacten, mijden van zorg psychotische symptomen etc.) waarbij de problematiek leidt tot ernstige verstoring van het lichamelijk en geestelijk welzijn. Bij deze cliënten is een psychiatrische stoornis in engere zin (DSMV AS1) gediagnosticeerd. De problematiek rondom de probleemgebieden van de cliënt is dusdanig, dat reguliere zorg onvoldoende hulp biedt. De cliënten moeten binnen het verzorgingsgebied van regio Oost Veluwe wonen. Daarnaast hebben cliënten langdurige zorg en rehabilitatie nodig.

Cliënten met als enige stoornis op AS I: verslaving, komen niet in het ACT- team van GGNet. Mensen met een verslavingsproblematiek kunnen wel in aanmerking komen als daarnaast een psychiatrische stoornis is gediagnosticeerd. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis komen binnen GGNet niet in een ACT- team. De laatste contra-indicatie is voor cliënten met een verstandelijke handicap met een IQ beneden de 80.

Werkwijze

De werkwijze van het ACT- team binnen GGNet is gebaseerd op de principes van het Assertive Community Treatment model. ACT is een goed omschreven organisatie-model voor het leveren van zorg aan cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Simpel gezegd gaat het om het leveren van ambulante zorg op een klinisch niveau. Dit wil zeggen: benader de cliënt met het hele (multidisciplinaire) team.

Kernprincipes van ACT zijn integratie, intensiteit, bemoeizorg, continuïteit en teamwerk. De hulp wordt in de leefomgeving van de cliënt aangeboden. Deze moet zoveel mogelijk aansluiten bij de behoeften en doelen van de cliënt. Het accent ligt op thuiszorg in combinatie met behandeling, praktische zorg en rehabilitatie. Het doel is zo zelfstandig mogelijk leven met een zo hoog mogelijke kwaliteit en tevredenheid.

Het ACT- team van GGNet bestaat uit meerdere disciplines:

- manager;
- arts in opleiding tot specialist (aios);
- twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen;
- twee casemanagers;
- ervaringsdeskundige (schizofrenie);
- pit verpleegkundige;
- stagiaire maatschappelijk werk.

Vanaf 1 oktober 2008 is het ACT- team binnen GGNet gestart. Het team is hierdoor nog in ontwikkeling en de caseload bouwt zich langzaam op. De planning is dat iedere hulpverlener uit het ACT- team een caseload krijgt van ongeveer tien cliënten, maar het team is samen verantwoordelijk voor de gehele caseload. Elke ochtend beginnen de hulpverleners met een overleg, waarin de verschillende cliënten uit

het ACT- team aan bod komen. Aan de hand van een planbord worden de aandachtspunten en afspraken rondom een cliënt besproken.

In principe worden alle cliënten thuis bezocht, door twee hulpverleners uit het ACT- team, maar dit zijn niet standaard twee dezelfde hulpverleners. Op maandag, woensdag en vrijdag wordt er een inloop georganiseerd, waar de ACT- cliënten bij elkaar kunnen komen.

Het ACT- team is vijf dagen, van maandag tot en met vrijdag, 24 uur telefonisch bereikbaar. De andere twee dagen wordt dit door de crisisdienst waargenomen.

De telefonische bereikbaarheid is er hoofdzakelijk om advies te geven en wordt elke dag door één van de hulpverleners van het ACT- team waargenomen.

De gewenste situatie is dat 18- 37% binnen een jaar wordt overgedragen naar ambulante teams, dit om verstopping van het ACT- team te voorkomen.

1.4 Methodiek

Binnen een ACT- team wordt de methodiek rehabilitatie toegepast. Rehabilitatie is een breed begrip. Steeds een andere groep zorgvragers met een andere benadering, maar waarbij voortdurend de term rehabilitatie wordt gebruikt. Achter die term schuilt dan weer steeds een andere aanpak, toegespitst op de groep die gerehabiliteerd dient te worden.

De groep waarmee wordt gewerkt, de doelstellingen en uitgangspunten, bepalen van welke rehabilitatiebenadering gebruik gemaakt gaat worden. In deze paragraaf wordt verder in op het begrip rehabilitatie en hoe deze binnen GGNet ingezet wordt.

Rehabilitatie

Onder het begrip rehabilitatie gaan verschillende visies en werkwijzen schuil die gemeenschappelijk hebben dat ze zich richten op lotsverbetering van psychosociaal kwetsbare mensen en de bevordering van maatschappelijke participatie (www.rehabilitatie.nl).

Rehabilitatie kan zich richten op allerlei groepen mensen: lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, getraumatiseerde personen, dak- en thuislozen, mensen met een chronische aandoening of mensen met een justitieel verleden.

Cliënten zelf 'doen' geen rehabilitatie maar zijn aan het herstellen. Bij 'herstellen' gaat het om unieke, persoonlijke processen waarin mensen met psychische beperkingen proberen de draad weer op te pakken en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven (Plooy, A , 2008-2009).

Rehabilitatie ondersteunt cliënten bij dit herstelproces. Herstellen is wat mensen met een beperking zelf doen, rehabilitatie is wat hulpverleners kunnen doen om dat herstelproces te bevorderen. Het herstelproces gaat pas in werking nadat men eerst vele jaren met perioden van ernstig ziek zijn en psychiatrische opnamen heeft meegemaakt.

Er is dus niet duidelijk één rehabilitatiemodel. De rehabilitatie kan, om het nog iets ingewikkelder te maken, zelfs niet als één benadering beschouwd worden. De verschillende benaderingen zijn het echter allemaal over het volgende eens:

** Het startpunt: de cliënt met zijn wensen en zijn zorgbehoeften*

** Het eindpunt: verbetering van de kwaliteit van leven en het vervullen van sociaal-maatschappelijke rollen (www.rehabilitatie.nl).*

GGNet en rehabilitatie

GGNet richt zich op de groep mensen met een chronische aandoening. Daarbij gaat zij uit van de volgende rehabilitatiedefinitie:

"Rehabilitatie is het proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie van cliënten zoveel mogelijk te vergroten en / of te behouden en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader".

Concreet betekent dit:

- Een goede houding tegenover de cliënt.
- Een manier waarop de zorg georganiseerd wordt.

- Een manier om de cliënt in staat te stellen om weer de door hem / haar gewenste normale menselijke rollen te vervullen.
- Een manier om de hulpverlening te vermaatschappelijken.

De rehabilitatiegedachte van GGNet is: de cliënt steunen bij het (weer) leiden van een leven naar eigen mogelijkheden en opvattingen.

Dit komt tot uitdrukking in het behandelplan, het rehabilitatiegericht zorgplan en het signaleringsplan. Samen vormen deze plannen het zorgplan.

Hoofdstuk 2 Sociaal netwerk

Al in het begin van de jaren 90 is geconstateerd dat 14% van de bevolking gezien kan worden als meer of minder "sociaal geïsoleerd". De individualisering in de samenleving heeft er toe bijgedragen dat mensen zich steeds meer los maken van traditionele verbanden als kerkgemeenschap, buurtgemeenschap en familie. Het hebben van een sociaal netwerk wordt door bijna alle mensen in Nederland als heel belangrijk ervaren (Week van de psychiatrie, 2006).

Vaak spelen meerdere problemen een rol bij cliënten die zich aanmelden bij de geestelijke gezondheidszorg. Deze problemen spelen zich vaak af in wisselwerking met hun omgeving. Het is van belang dat de hulpverlener zich niet alleen tot de cliënt richt, maar ook aandacht schenkt aan het systeem rondom de cliënt en daar niet aan voorbij gaat. Meestal zijn er bij die cliënt ook andere mensen en maatschappelijke instanties betrokken. Mensen die om hulp vragen komen dus niet alleen of alleen vanwege zichzelf. Het is voor hen vaak lastig om deel te nemen aan de maatschappij, waardoor zij makkelijk in een isolement terecht kunnen komen.

2.1 Inhoud van een sociaal netwerk

Een steunend netwerk van sociale relaties is voor ieders gezondheid van belang. Dit geldt in het bijzonder voor psychosociaal kwetsbare mensen. Steun geeft houvast en bescherming tegen terugval. Een steunend sociaal netwerk geeft gelegenheid om sociale rollen te vervullen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen soorten netwerken, de functies van een sociaal netwerk en de structuur van een sociaal netwerk.

Soorten netwerken

Een algemene definitie die voor alle soorten netwerken geldt is niet te geven. Er zijn verschillende soorten netwerken. Netwerken kunnen globaal worden onderverdeeld in vier soorten:

- Issue- netwerk. Dit is een netwerk dat gericht is op een probleem of actiedoel, bestaande uit organisaties, instellingen en duidelijk traceerbare groepen. Men komt bijeen als er aan het issue gewerkt moet worden. Dat kan dus met grote tussenpozen zijn, en soms frequent voor korte duur.
- Organisatie- netwerk. Dit is een netwerk van organisaties en formele groepen dat gericht is op het voor langere duur vervullen van een duidelijke functie die uitsluitend in samenwerking met elkaar kan worden vervuld. Dit netwerk heeft een min of meer permanent karakter.
- Ondersteuningsnetwerk. Dit is een netwerk van gelijkgestemde of gelijkgericht individuen, dat gericht is op onderlinge steun bij het realiseren van een bepaald doel.
- Sociale netwerk. Dit is het geheel van relaties dat één persoon onderhoudt en met mensen in zijn directe en wijdere omgeving en met vertegenwoordigers van instellingen en instanties (Schuringa, 1991).

In het kader van ons project is alleen het sociale netwerk voor ons van belang. Er zijn aan het sociale netwerk twee sub- netwerken te onderscheiden:

- Het informele netwerk: bestaande uit de kernpersoon (= de cliënt), de familie van de kernpersoon, de partner, de familie van de partner, vrienden, burens, kennissen en collega's.
- Het formele netwerk: bestaande uit concrete personen die maatschappelijke diensten vertegenwoordigen. Voorbeelden zijn een huisarts, maatschappelijk werker, baas van het bedrijf.

De kernpersoon onderhoudt contact met alle leden van zijn sociale netwerk, en hij kent dus alle leden.

Van de leden kennen sommigen elkaar.

De personen uit het formele netwerk hebben alleen via hun formele functie contact met de kernpersoon.

Functies

Een sociaal netwerk vervult vier functies. Een functie wordt omschreven als de mate waarin het netwerk voldoet aan de vervulling van psycho-sociale basisbehoeften (Wilken, J.P. (2003). Er zijn vier functies:

1. De affectieve behoeften, bijvoorbeeld geliefd te willen zijn, gewaardeerd te willen worden en emotionele ondersteuning.

2. behoefte aan aansluiting, zoals er bij te horen en veilig te zijn, aansluiting en steun te vinden met betrekking tot interesses, waarden en achtergronden.
3. De behoefte aan stabiliteit, dit houdt in dat de banden die met andere mensen bestaan gelijk verdeeld zijn tussen mensen met wie banden bestaan op grond van eigen voorkeur, en mensen met wie banden min of meer uit gewoonte in stand blijven (zoals familiebanden).
4. De behoefte aan materiële en instrumentele middelen, variërend van huisvesting en voeding tot informatie, praktische hulp en bijstand.

Een deel van de functies wordt door familie en vrienden vervuld. Een ander deel kan ook door instanties gedaan worden. Dit gebeurt, omdat mensen met een psychiatrische problematiek vaak een sociaal netwerk hebben, waarin tekort geschoten wordt aan deze functies. De cliënt zelf, maar ook de leden die in het netwerk zitten, vervullen deze functies niet voldoende. Om deze functies goed te vervullen is de structuur van een sociaal netwerk van belang.

Structuur

De structuur is de manier waarop een sociaal netwerk is georganiseerd. Het is een weergave van hoe verschillende relaties binnen een netwerk met elkaar samenhangen en wat deze relaties kenmerkt. De structuur van een sociaal netwerk bestaat uit de volgende drie onderdelen:

- De kernpersoon van het sociale netwerk.
- De groep andere mensen in een omgeving.
- De relaties tussen de cliënt en alle netwerkleden.

De groep andere mensen in een omgeving kunnen onderdeel uitmaken van het sociale netwerk van een cliënt:

- De groep familie (partner, kinderen, ouders, schoonouders, grootouders, broers en zussen, ooms, tantes en anderen).
- De groep vrienden en kennissen (vrienden, collega's, burens, kennissen en overige bekenden, vanuit bijvoorbeeld deelname aan clubs, verenigingen e.d.).
- De groep hulpverlenende instanties (arbeid en school, gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, instanties voor sociale wetgeving).

De relaties tussen de cliënt en alle netwerkleden, worden beschreven in de volgende vijf kenmerken:

- Het initiatief in het contact.
- De frequentie van het contact.
- De lengte van het contact.
- De regelmaat van het contact.
- Het soort contact.
- Het gewicht van het contact.

Voor dit onderzoek is het initiatief in het contact belangrijk. Er wordt onderzocht hoe de betrekking tussen de cliënt en een netwerklid in elkaar zit. Het gaat erom of het initiatief wederzijds is, hoofdzakelijk vanuit de cliënt komt, hoofdzakelijk van genoemde persoon uitgaat of dat het via derden verloopt. Ook de frequentie van het contact is van belang. Dit gaat over de hoeveelheid contacten tussen de kernpersoon en een netwerklid gedurende een bepaalde tijd. Als laatste is het soort contact van belang. Contacten met anderen kunnen op verschillende manieren verlopen. Iemand kan face to face, telefonisch, schriftelijk en via e-mail/ internet contact hebben met andere mensen.

Een vitaal sociaal netwerk is van levensbelang. Sociaal functioneren is mogelijk op het moment dat iemand relaties heeft voor de vervulling van zijn dagelijkse levensbehoeften.

Er is sprake van een vitaal sociaal netwerk als er aangesloten wordt op de psycho-sociale behoeften van de betreffende persoon. Als de omvang van het netwerk (het aantal personen dat er deel van uitmaakt) als de kwaliteit (de mate van positieve ondersteuning) van een netwerk achteruit gaan, wordt deze situatie 'sociaal vervangend functioneren' genoemd .

Om het netwerk te ondersteunen en uit te breiden is de sociale netwerkbenadering ontwikkeld. De sociale netwerkbenadering is erop gericht om het sociale milieu, de verantwoordelijkheid voor haar taak van sociale integratie, zelf weer te laten oppakken. De hulpverleners kunnen cliënten begeleiden en ondersteunen bij taken die zij zelf (nog) niet kunnen verrichten. Ook het netwerk kan deze taken niet uitvoeren. De begeleiding en ondersteuning die geboden wordt, is afhankelijk van de draagkracht en draaglast van de cliënt en zijn omgeving.

Het sociale netwerk wordt omschreven als 'al die mensen en groeperingen – te concretiseren in personen – met wie iemand rechtstreekse en min of meer duurzame banden heeft voor de vervulling van zijn dagelijkse levensbehoeften (Baars H.M.J., 1990).

2.2 Hulpverlenende instanties

Vanuit GGNet wordt er met verschillende instanties samengewerkt. Vooral ACT- cliënten staan vaak met meerdere hulpverleners in contact. Dit komt doordat de problematiek van de cliënt vaak complex is en de hulpverlening niet door één instantie verleend kan worden. De hulpverleners van deze instanties kunnen lid zijn van het formele netwerk van de cliënt.

Het ACT- team heeft contacten met veel instanties. Deze instanties zijn vaak bij één of meerdere ACT- cliënten betrokken. Bij elke instantie wordt vermeld op welk gebied zij hulp verlenen. De hulpverlening kan op de volgende gebieden worden geboden:

- *gezondheid (psychisch en lichamelijk)*
Mensen kunnen op het gebied van verslaving, psychiatrie en handicap problemen ervaren. Als iemand hulp nodig heeft, is het mogelijk om zich aan te melden bij één van onderstaande instanties. Deze instanties bieden een breed pakket van dienstverlening aan met betrekking tot deze problematiek. Zij kijken samen met de cliënt welke hulpverlening het beste bij de cliënt past.
- *werk, dagbesteding en vrije tijd*
Cliënten kunnen door hun psychiatrische problematiek moeilijkheden ervaren op het gebied van werk en dagbesteding. Ze hebben moeite met het invullen van hun vrije tijd.
- *wonen*
Op het gebied van wonen kunnen cliënten problemen ervaren. Sommige mensen kunnen niet zelfstandig functioneren en moeten daarom onder begeleiding wonen. Als er problemen zijn met betrekking tot de huur of onderhoud kan men terecht bij een woningbouwvereniging.
- *financiën*
Financiële problemen spelen vaak een rol bij cliënten met een psychiatrische problematiek. Ze hebben geen overzicht over hun financiën en leven over het algemeen op bijstandsniveau.
- *juridisch*
Cliënten zijn soms niet in staat om eigen keuzes te maken. Een rechter kan dan besluiten om iemand aan te wijzen die de cliënt daarbij ondersteunt of geheel overneemt. Mensen met een psychiatrische problematiek kunnen in aanraking komen met politie/justitie.

Hieronder worden de instanties genoemd die cliënten in Gelderland kunnen ondersteunen en begeleiden bij problemen met bovenstaande gebieden:

- **GGNet**
GGNet is een instantie voor geestelijke gezondheidszorg. GGNet wil psychische, ernstige psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen helpen voorkomen en mensen met psychische, ernstige psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen behandelen, begeleiden en helpen om zoveel mogelijk zelfstandig in de samenleving te kunnen functioneren. Ze biedt hulp op alle gebieden.
- **Tactus**
Tactus richt zich op mensen die verslaafd zijn of verslaafd dreigen te raken aan alcohol, drugs, medicijnen, gokken, eten of een combinatie daarvan. Het gedrag van mensen kan tot problemen leiden, waardoor ze fysiek en maatschappelijk niet meer goed functioneren. Bij Tactus kunnen mensen terecht die zowel vrijwillig als gedwongen hulp nodig hebben. Op het gebied van gezondheid wordt hulp geboden.

- *IrisZorg*

IrisZorg is een organisatie voor verslavingsbehandeling en maatschappelijke opvang. Er worden programma's voor preventie in zorg, opvang, behandeling, begeleiding en reclassering aangeboden. Op de gebieden gezondheid, wonen, werk, dagbesteding en vrije tijd wordt door IrisZorg hulp geboden.

De kerntaken van IrisZorg zijn:

- bieden van diverse voorzieningen zoals; dag- en nachtopvang, crisisopvang en (begeleid) wonen
- informatie en advies over drugs, alcohol en gokken
- reclasseringshulp als gevolg van drugs, alcohol en gokken
- preventieactiviteiten (voorlichting geven)
- advies en consultatiefunctie
- zorg op maat door samenwerking met andere instellingen/ instanties

- *Omnizorg Apeldoorn*

Omnizorg Apeldoorn verleent zorg aan dak- en thuislozen, mensen die verslaafd zijn en GGZ-cliënten. Alle zorg is in één gebouw ondergebracht; opvang, zorg, wonen en werk. De doelgroep is heel gevarieerd. Een gedeelte daarvan leeft van een inkomen uit werk of een uitkering, woont zelfstandig en maakt gebruik van ambulante en andere vormen van zorg. Een ander gedeelte is dakloos en is voor de nacht afhankelijk van voorheen het slaaphuis.

Omnizorg ondersteunt mensen actief bij hun streven naar verandering: verbeteren van de kwaliteit van leven en deelname aan de samenleving. Uitgangspunten in het zorgconcept van Omnizorg zijn onder andere:

- aansluiten bij de leefwereld van de cliënten;
- werken vanuit concrete en haalbare doelen;
- verbeteren van de levenskwaliteit van de doelgroep;
- stimuleren van relatieopbouw;
- scholing en werk;
- vermindering van overlast voor de omgeving;
- richten op uitstroom (www.omnizorg-apeldoorn.nl).

- *Leger des Heils*

Alle activiteiten van het Leger des Heils zijn erop gericht mensen te laten ervaren dat iedereen er mag zijn. Deze gedachte heeft de Bijbel als uitgangspunt: solidariteit en rechtvaardigheid. Hierbij gaat het om maatschappelijke opvang, verslavingszorg, reclassering, gezondheids- en ouderenzorg, jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en preventie en maatschappelijk herstel. Op alle gebieden wordt door het Leger des Heils hulp geboden.

- *MEE*

MEE is een instantie voor mensen met een handicap, beperking of chronische ziekte. Er kunnen ook mensen terecht die door beperking(en) problemen ervaren in het dagelijkse leven. Zij kunnen hierdoor niet volledig aan het maatschappelijk leven deelnemen. MEE is er voor jong en oud, voor direct betrokkenen, maar ook voor ouders of verzorgers.

MEE ondersteunt mensen op alle terreinen van het dagelijks leven. MEE geeft informatie, advies en ondersteuning. Zij biedt hulp bij vragen op het gebied van gezondheid, wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd en financiën.

- *RIBW*

De RIBW biedt begeleiding aan mensen, soms in combinatie met huisvesting, met een langdurige psychiatrische of psychosociale problematiek. Deze begeleiding is bedoeld voor mensen vanaf 16 jaar. Door de beperkingen kunnen mensen niet volledig zelfstandig in de samenleving participeren en hebben ze ondersteuning nodig bij het (zelfstandig) wonen of de invulling van dagbesteding of werk. Cliënten worden ondersteund bij hun financiën.

De begeleiding van de RIBW is niet zozeer gericht op de beperkingen van mensen, maar sluit juist aan bij de mogelijkheden die mensen in zich hebben om op hun eigen manier en naar tevredenheid een plek te hebben in de maatschappij.

- *Thuiszorg*

Thuiszorg is bedoeld voor mensen die thuis hulp of begeleiding nodig hebben bij de huishouding, verzorging of verpleging. Dat kunnen ouderen zijn, mensen met een chronische ziekte of mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap. Thuiszorg wordt ook geboden aan mensen die net uit het ziekenhuis komen en nog hulp nodig hebben, of aan mensen die in de terminale fase zijn. De hulp kan langdurig of tijdelijk nodig zijn. Het doel van de thuiszorg is de persoon te ondersteunen bij zijn zelfstandigheid of de zelfstandigheid van de cliënt te herwinnen.

- *Woningbouwvereniging*

Via een woningbouwvereniging kunnen mensen zich in laten schrijven voor een huurwoning of is het mogelijk om een woning te kopen. In Apeldoorn moet je voor een huurwoning punten sparen en aan de hand daarvan maakt iemand kans op een huurwoning. Dit geldt niet voor de vrije sector. Een woningbouwvereniging heeft vaak een actueel aanbod van de koop- en huurwoningen. Ze betrekken ook de mensen bij beheer en beleid en zorgen voor leefbaarheid in de wijk. Als er sprake is van een huurwoning, betaalt de huurder de huur aan de woningbouwvereniging.

- *CWI / UWV*

Vanaf 1 januari 2009 is CWI onderdeel van UWV onder de naam UWV WERKbedrijf. Het WERKbedrijf helpt mensen bij het vinden van een baan als de persoon werkloos is. Het is mogelijk om er bijvoorbeeld sollicitatiewerkshops te volgen, competentietests te doen en ondersteuning te krijgen bij het vinden van een baan. Ook kan het WERKbedrijf mensen ondersteunen met een re-integratietraject.

Andere afdelingen binnen UWV helpen mensen bij de re-integratie naar werk als de persoon arbeidsongeschikt is. Als iemand werkloos of arbeidsongeschikt is, beoordeelt het UWV of diegene een uitkering krijgt. UWV verzorgt ook de daadwerkelijke betalingen van de uitkeringen.

- *Stadsbank Apeldoorn*

Bij de Stadsbank in Apeldoorn kunnen mensen terecht voor verantwoorde leningen, financiële informatie en hulp bij financiële problemen. De Stadsbank wil financiële problemen oplossen samen met de persoon, maar ook proberen te voorkomen.

Bij de Stadsbank kunnen mensen terecht voor:

- advies;
- budgetbegeleiding;
- budgetbeheer;
- cursus 'uitkomen met het inkomen';
- lening;
- schuldhelpverlening.

- *Gemeente Apeldoorn*

Het uitgangspunt van de gemeente Apeldoorn is een kansrijke en leefbare samenleving voor iedereen. De hoofdtaken van de gemeente Apeldoorn zijn:

- Zorg leveren in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten.
- Inkomensondersteuning aan burgers bieden, die (tijdelijk) niet volledig in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien.
- Werkzoekenden ondersteunen bij het vinden van een baan.
- Hulp bieden aan mensen met schulden.
- Onderhoudt of realiseert onder meer onderwijsvoorzieningen, sociaal-culturele accommodaties, voorzieningen voor maatschappelijke opvang en kinderopvang.

- De gemeente Apeldoorn werkt nauw samen met vele organisaties en instellingen in de gemeente als het gaat om werk en inkomen, onderwijs, kunst en cultuur, sport, welzijn, jeugd, zorg en schuldhulpverlening.

- *Voedselbank*

De voedselbank is een voorziening die kosteloos producten verstrekt aan mensen die weinig of geen financiële middelen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien.

De ingezamelde producten worden wekelijks verdeeld onder gezinnen die aan de criteria van de voedselbank voldoen.

Via een hulpverlenende instantie (die bevoegd is) kan er een aanvraag worden gedaan voor de voedselbank. De cliënt haalt dan zelf het pakket op, of heeft aangegeven om het thuis te laten bezorgen.

- *Bureau Jeugdzorg*

Het belang van kinderen en jongeren staat in de hulpverlening van Bureau Jeugdzorg centraal. De rechten van het kind worden als uitgangspunt genomen. Bureau Jeugdzorg wil naar een zo verantwoord mogelijke ontwikkeling en opvoedingssituatie toe werken. De hulpverlening richt zich op de samenwerking tussen kinderen/ jongeren en hun ouders. Er wordt ondersteuning en bescherming geboden op het gebied van wonen en opvoeding. Dit kan plaatsvinden in een juridisch kader.

De wettelijke taken van Bureau Jeugdzorg zijn:

- Indicatiestelling
- uitvoering van de taken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
- uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen
- jeugdreclassering (www.bureaujeugdzorg.info).

- *Reclassering*

De reclassering begeleidt personen die als gevolg van het plegen van een strafbaar feit (ook als hier een vermoeden van is) met de politie/justitie in aanraking zijn gekomen. De reclassering vindt het gedrag van mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd eigen verantwoordelijkheid. Ze spreken hen daar op aan en proberen de mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd in te laten zien hoe ze hun leven kunnen verbeteren, zodat ze terug kunnen keren in de samenleving.

- *Politie/Wijkagent*

De politie wordt ingezet bij veel verschillende taken, waaronder ook de samenwerking met geestelijke gezondheidszorginstellingen. Mensen met psychische problemen kunnen voor veel overlast in de buurt zorgen. Het is van belang rechtstreeks contact te hebben met de hulpverlener van die cliënt en de eventuele wijkagent, zodat problemen kunnen worden aangepakt en eventueel voorkomen kunnen worden.

De belangrijkste kerntaken van de politie zijn:

- Het houden van toezicht in de publieke ruimte.
- De daadwerkelijke handhaving van de openbare orde.
- Het opsporen van strafbare feiten.
- Het verlenen van noodhulp (www.politie.nl).

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet

De onderzoeksvraag en de deelvragen die geformuleerd zijn, komen in dit hoofdstuk aan bod. Eerst worden de probleemstelling en de doelstelling van het onderzoek omschreven. Daarna wordt er ingegaan op het type onderzoek en de dataverzamelmethode. Ook worden de keuzes die gemaakt zijn tijdens het onderzoek nader toegelicht en verantwoord.

3.1 Probleemstelling, onderzoeksvraag en doelstelling

In onze samenleving zijn er mensen die veel problemen hebben. Een voorbeeld hiervan zijn cliënten met een ernstige psychiatrische problematiek. Zij ondervinden problemen op verschillende leefgebieden zoals; werk- en dagbesteding, wonen en financiën. De ggz heeft zich door de jaren heen onderworpen aan vermaatschappelijking. Door deze vermaatschappelijking is het voor de doelgroep moeilijk om te participeren binnen de samenleving. Een langdurige ernstige problematiek van een cliënt kan banden met familie en de vrienden op de proef stellen. Op het moment dat er iets vervelends gebeurt, heeft de cliënt vaak niemand om op terug te vallen en is de kans om in een isolement terecht te komen groter. Hierop aansluitend is de volgende onderzoeksvraag tot stand gekomen:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

Om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden is er een aantal deelvragen opgesteld:

1. Hoe is het ACT- model ontstaan?
2. Hoe ziet een ACT- model eruit?
3. Voor welke doelgroep is het ACT- model bedoeld?
4. Op welke wijze wordt het ACT- model bij GGNet toegepast?
5. Welke methodiek kan een ACT- model gebruiken?
6. Hoe ziet een sociaal netwerk eruit?
7. Welke hulpverlenende instanties zijn bij de cliënt betrokken?

Doelstelling:

Naar aanleiding van dit onderzoek zullen er aanbevelingen geschreven worden voor het ACT- team van GGNet. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten die uit de interviews voortkomen en de conclusies die daaruit getrokken kunnen worden.

Daarnaast wordt de eigen visie van de onderzoekers meegenomen.

De onderzoeksresultaten zullen inzicht geven in het sociale netwerk van de ACT- cliënt. Tevens wordt er gekeken naar andere leefgebieden en zal de link naar het sociale netwerk worden gelegd. De behoeften en wensen van de cliënten staan in dit onderzoek centraal. Van hieruit kan het ACT- team van GGNet beleid maken of een hulpverleningsplan opstellen.

3.2 Onderzoeksmethode

Het is een kwalitatief onderzoek, waarin gebruik gemaakt wordt van een gestructureerd interview. Dit betekent dat de interviewvragen vooraf zijn bepaald en op papier zijn vastgelegd. De vragenlijst bestaat uit gesloten vragen, waarbij de respondent kan kiezen uit één of meerdere antwoordmogelijkheden. Voor de respondent kan het moeilijk zijn om de vragenlijst zelf in te vullen, daarom stellen de onderzoekers aan de respondent de vragen en zullen de antwoorden op de vragenlijst invullen.

De onderzoekers hebben de interviews afgenomen bij steeds één respondent. Bij sommige cliënten is het niet mogelijk om hier zonder hulpverlener op bezoek te gaan. Dit heeft te maken met het ziektebeeld van cliënten. Met name achterdocht speelt hierin een grote rol. Bij deze cliënten is een hulpverlener uit het ACT- team aanwezig. Per respondent zijn er 30 minuten voor uitgetrokken.

Er is literatuur bestudeerd om verdieping aan te brengen in het onderzoek. Dit geeft een beeld van de achtergronden en ontwikkelingen met betrekking tot ACT, het ACT- model in het algemeen, het ACT- model binnen GGNet en de methodiek.

In de literatuurlijst staat de bestudeerde literatuur beschreven.

In het interview worden 47 gesloten vragen gesteld aan cliënten van het ACT- team. De gesloten vragen worden handmatig verwerkt. Per vraag worden alle gegeven antwoorden verzameld en geteld. De antwoorden zijn geclusterd door middel van categorieën.

De uitkomsten worden in de vorm van tabellen en grafieken gepresenteerd. Hierdoor wordt er een duidelijk beeld gegeven van de resultaten voor de opdrachtgever en belangstellenden.

Het proces

Door middel van een oriënterend interview wordt er een beeld van de doelgroep gevormd. Ook wordt duidelijk op welke gebieden zij problemen ervaren. De vragen en antwoorden zijn gebruikt om het gestructureerde interview vorm te geven. Het is nuttig om alvast te oefenen met het stellen van vragen, omdat het een moeilijke doelgroep is. Voor het oriënterende interview zijn er willekeurig drie mensen van de ACT- lijst uitgekozen en opgebeld voor een afspraak.

Voor het gestructureerde interview wordt er een plan van aanpak geschreven. In het ACT- team is er voorgesteld dat hulpverleners cliënten informeren over het interview. Op deze manier worden zij alvast op de hoogte gesteld, zodat er makkelijker contact gelegd kan worden. Dit was niet de juiste methode. Er is daarom een andere methode bedacht. Het idee is om aan vier à vijf hulpverleners gekoppeld te worden en willekeurig naar cliënten op huisbezoek te gaan. Op deze wijze is er een bekende aanwezig en is de kans groter dat een cliënt mee wil werken.

De doelgroep die wordt geïnterviewd is moeilijk te bereiken. Deze doelgroep staat bekend als 'zorgmijders'³, dus voor de hulpverlening is het soms lastig om met hen in contact te komen. Voor de onderzoekers nog lastiger. Ook zwerft een deel van de doelgroep rond op straat, waardoor het moeilijk is om contact te leggen en te onderhouden. Bovendien heerst er vaak veel achterdocht en zijn de cliënten bang dat er wat met hun gegevens gebeurt. Ook als er aangegeven wordt dat het interview geheel anoniem verwerkt zal worden. Meegaan met de hulpverleners op huisbezoek is de beste manier. De cliënten waren bereid om mee te werken.

3.3 Doelgroep

In het ACT- team wordt hulp geboden aan 30 cliënten. Er is bij 20 willekeurige cliënten een interview afgenomen. Deze cliënten behoren tot het ACT- team, omdat er bij hen een psychiatrische stoornis in engere zin (DSMV ASI) is gediagnosticeerd. Binnen het ACT- team zijn er meer mannen dan vrouwen. De leeftijd van de doelgroep varieert van 20 t/m 65 jaar.

Een aantal cliënten is geïnterviewd bij GGNet. Ze hadden daar een afspraak met een hulpverlener of kwamen er om hun depot te halen. Met de hulpverlener wordt er afgesproken of de cliënt na het gesprek tijd heeft en bereid is mee te werken aan het interview. Voordat cliënten hun depot⁴ krijgen, moeten zij wachten in de wachtkamer van de depotpoli. Zij krijgen een kop koffie en kunnen een praatje maken met medecliënten. De onderzoekers zullen in de wachtkamer cliënten benaderen en vragen of ze mee willen werken aan het interview.

Ook zullen vier dagen worden ingepland om op huisbezoek te gaan met de hulpverleners. Op deze wijze wordt er contact gemaakt met de cliënt en zijn woonsituatie. Dit is voor de cliënt vertrouwd, omdat er een hulpverlener bij is.

3.4 De uitvoering

³ 'Sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende vraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek' (Inspectie voor de Gezondheidszorg).

⁴ De depotpoli is een laagdrempelige voorziening voor mensen met al langer durende psychiatrische problematiek. De depotpoli is bedoeld voor mensen met veelal de diagnose schizofrenie. Velen zijn al lang in behandeling bij de geestelijk gezondheidszorg en gebruiken langdurig (depot-)medicatie.

Er is een vooronderzoek afgenomen bij drie willekeurige ACT- cliënten. De volgende vragen zijn gesteld:

1. Met welke mensen ga je om/ met wie heb je contact? Wat betekenen deze mensen voor jou en voldoet dat aan jouw verwachtingen?
2. Naar wie ga je toe als je ergens mee zit/ problemen hebt?
3. Zijn er voldoende mensen naar wie je toe zou willen gaan of mis je daarin mensen?
4. Weet de hulpverlening met welke mensen jij contact hebt? Moet de hulpverlening jou helpen om het contact tussen mensen met wie jij omgaat te verbeteren?

Dit zijn open vragen, waarin de cliënt de mogelijkheid heeft om uitgebreid antwoord te geven op de vragen. Het helpt de onderzoekers om goede vragen op te stellen voor het gestructureerde interview.

Uit dit vooronderzoek komt naar voren dat cliënten weinig contact hebben met andere mensen. Degenen met wie ze wel contact hebben betekenen veel voor hen. Zij hebben met name met familie contact en dit verloopt wederzijds. Met overige familieleden hebben zij voornamelijk telefonisch contact.

Vriendschappelijke betrekkingen zijn er nauwelijks of erg oppervlakkig. Bij twee van de drie respondenten voldoet het netwerk niet aan de verwachtingen. Zij willen graag met meerdere mensen contacten onderhouden. Vooral de vriendschappelijke betrekkingen moeten worden uitgebreid.

Met name de hulpverlening ondersteunt hen bij problemen die ze ervaren. De geïnterviewde cliënten vinden het belangrijk dat de hulpverlening weet met welke mensen zij contact hebben. De hulpverlening hoeft geen ondersteuning te bieden bij het verbeteren van gewenste contacten.

Uit het vooronderzoek blijkt dat cliënten problemen ervaren op een aantal levensgebieden. Deze levensgebieden zijn in het gestructureerde interview verwerkt. In het gestructureerde interview wordt ook dieper ingegaan op de gewenste relaties, omdat cliënten aangeven dat ze meer contacten willen hebben. Ze hebben hier bepaalde verwachtingen over die verder onderzocht dienen te worden.

Tijdens het gestructureerde interview worden de cliënten bevraagd op verschillende onderwerpen met betrekking tot het sociale netwerk. De volgende categorieën komen daarbij aan bod: algemene gegevens, contacten en frequentie, hulpverlenende instanties, gezondheid, werk en dagbesteding, wonen en financiën. Aan de hand van deze categorieën worden de contacten van ACT- cliënten weergegeven. De vragen op het gebied van algemene gegevens, contacten en frequentie en hulpverlenende instanties geven voornamelijk een inhoudelijk beeld van het contact.

Bij de vragen over gezondheid, werk en dagbesteding, wonen en financiën worden voornamelijk feitelijke vragen gesteld en komt de mening en de wens van de cliënt naar voren.

Geslacht

Er worden zowel mannen als vrouwen geïnterviewd. Het is belangrijk dat beide geslachten een mening geven en hun wensen kenbaar maken over het sociale netwerk. De vraag naar het geslacht van de cliënt heeft twee antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden spreken voor zich.

Leeftijd

De cliëntenpopulatie bestaat uit mannen en vrouwen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar. Deze selectie is tot stand gekomen, nadat er is gekeken naar de leeftijd van de ACT- cliënten. Ook is er overleg geweest met de ervaringsdeskundige over de fasen van schizofrenie. Op het moment dat schizofrenie bij iemand wordt vastgesteld, gaan er jaren over heen voordat iemand accepteert dat hij ziek is. Op basis daarvan zijn de volgende leeftijdscategorieën/fasen ingedeeld:

- 20 tot 35 jaar: adolescenten
- 35 tot 50 jaar: volwassenen
- 50 tot 65 jaar: oudere volwassenen

De vraag naar de leeftijd van de cliënt is een vraag met drie antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden spreken voor zich.

Samenlevingsvorm

De samenlevingsvorm kan invloed hebben op de contacten die een ACT- cliënt met anderen onderhoudt. Het geeft inzicht in de levenswijze van de cliënt. Als iemand gehuwd is of een (lat)relatie onderhoudt is het sociale netwerk vaak groter dan wanneer iemand ongehuwd is of geen (lat)relatie heeft. Deze vraag heeft vijf antwoordmogelijkheden.

Woonsituatie

De woonsituatie van een cliënt kan invloed hebben op het sociale netwerk. Er wordt gekeken of het verschil maakt wanneer iemand zelfstandig woont, op een afdeling verblijft, begeleid woont of thuisloos is. Het is een vraag met vijf antwoordmogelijkheden.

Soort woning

De woning van een cliënt kan effect hebben op het contact met andere mensen. Cliënten die in een flat wonen leven vaak anoniemer dan cliënten die in een woonwijk wonen. De wijze van contact met burens verloopt vaak anders. Deze vraag heeft vijf keuzemogelijkheden.

Huishouden

Het huishouden van een cliënt geeft een beeld met wie hij samenwoont. De grootte van het huishouden kan invloed hebben op het sociale netwerk. Een groot huishouden biedt vaak meer ondersteuning en veiligheid dan een klein huishouden. De kans om in een isolement terecht te komen is dan kleiner. Het is een vraag met zes keuzemogelijkheden.

De opdrachtgever vindt het van belang dat er inhoudelijke vragen gesteld worden over het contact met andere mensen. Daarnaast is dit in het theoretisch kader verwerkt.

Contacten en frequentie

Hier wordt de vraag gesteld met wie de cliënt contact heeft en hoe vaak dit voorkomt. Dit is om inzicht te krijgen in de grootte van het sociale netwerk. Hoe frequenter het contact, hoe sterker het sociale netwerk vaak is. Dit is een vraag, in de vorm van een matrix.

Stap om contact te leggen

Er wordt bij deze vraag gekeken naar wie het initiatief neemt in het contact. Deze vraag wordt gesteld om inzicht te krijgen vanuit wie dit contact komt en of er daadwerkelijk contact is. Deze vraag is in de vorm van een matrix gesteld.

Soort contact

Het soort contact kan op vier verschillende manieren voorkomen. Iemand kan face to face contact hebben, telefonisch, schriftelijk of via email/ internet. Dit is om te kijken hoe het contact binnen het sociale netwerk eruit ziet. Face to face contact is persoonlijker dan via email/ internet. Hoe vaker de cliënt face to face contact heeft, hoe persoonlijker de relatie met de ander vaak is. Dit is een vraag, in de vorm van een matrix

Inhoud relatie

Deze vraag geeft de gelegenheid om te weten te komen hoe een relatie met een betrokkene eruit ziet. Daarnaast wordt in kaart gebracht met wie de kernpersoon contact zou willen hebben en hoe deze relatie eruit zou moeten zien. Met deze vraag wordt er naar de kernfuncties: affectieve behoeften, behoefte aan aansluiting, behoefte aan stabiliteit en behoefte aan materiële en instrumentele middelen verwezen. Deze vraag is in de vorm van een matrix gesteld. Ook sluit de vraag over wie ondersteuning zou moeten bieden hierop aan. Er wordt gekeken welke behoefte een cliënt heeft. Deze vraag heeft vier antwoordmogelijkheden.

Activiteiten

Welke activiteiten ondernemen cliënten in het dagelijks leven en met wie. Er wordt gekeken of de cliënt hoofdzakelijk thuis is of ook nog dingen buitenshuis onderneemt. Als een cliënt veel activiteiten alleen onderneemt is het sociale netwerk vaak klein. Dit is een vraag, in de vorm van een matrix

Contact hulpverlenende instanties

Het onderzoek richt zich op zowel het formele, als informele netwerk. Om hier zicht op te krijgen, is de vraag gesteld met welke hulpverlenende instanties cliënten contact hebben en hoe vaak dit is. Deze vraag is in de vorm van een matrix gesteld. In de vraag die daarop aansluit wordt er gekeken met wie de hulpverlening contact over de cliënt moet leggen. Deze vraag is gesteld in verband met de behoeften en wensen van de cliënt. Ze kunnen aangeven wie er bij de hulpverlening betrokken moet worden. Dit is een vraag met vier antwoordmogelijkheden.

Gezondheid

In deze categorie komen vragen naar voren die betrekking hebben op de psychische- en lichamelijke gezondheid van de cliënt. Aan de cliënt wordt gevraagd of ze last hebben van psychische- en lichamelijke klachten. De vraag over psychische klachten is ervoor om te kijken of de cliënt ziekte-inzicht heeft. Bij beide onderwerpen wordt ingegaan op de belemmeringen die ze eventueel ervaren en of ze daarbij ondersteuning krijgen of willen hebben. Daarnaast wordt de vraag gesteld van wie ze de ondersteuning krijgen. Als ze geen ondersteuning willen hebben, wordt er dieper ingegaan, waarom ze niet ondersteund willen worden. Alle vragen worden gesteld om inzicht te krijgen in de behoeften en wensen van de cliënt, zodat de hulpverleners hierop aan kunnen sluiten.

Werk en dagbesteding, wonen, financiën

Hier worden vragen gesteld die betrekking hebben op werk en dagbesteding, wonen en financiën. Dit zijn drie leefgebieden waar cliënten problemen kunnen ervaren en hulp nodig kunnen hebben. Er wordt ingegaan op de belemmeringen die ze eventueel ervaren en of ze daarbij ondersteuning krijgen of willen hebben. Daarnaast wordt de vraag gesteld van wie ze de ondersteuning krijgen. Als ze geen ondersteuning willen hebben, wordt er dieper ingegaan, waarom ze niet ondersteund willen worden. Ook deze vragen worden gesteld om inzicht te krijgen in de behoeften en wensen van de cliënt, zodat de hulpverleners hierop aan kunnen sluiten.

3.5 Analysemethode

Om specifiekere conclusies te kunnen trekken zijn er met behulp van Excel, grafieken en een tabel gemaakt. Er is geen gebruik gemaakt van SPSS⁵, omdat het aantal respondenten hiervoor te klein is. De resultaten van het onderzoek zijn in trefwoorden en percentages weergegeven. Deze resultaten vallen onder de categorieën; algemene gegevens, contacten en frequentie, hulpverlenende instanties, gezondheid, werk en dagbesteding, wonen en financiën. De vragen die in het interview gesteld zijn staan boven de grafieken. In de grafieken worden alle resultaten weergegeven. Onder de grafiek worden de opmerkelijkste resultaten beschreven, alle overige resultaten zijn in de bijlage bijgevoegd. In het interview staat een aantal vragen waarbij twee antwoorden gegeven moeten worden. Bij het verwerken van deze vragen is gebleken dat het niet mogelijk is om deze antwoorden in één grafiek weer te geven. Het eerste antwoord is verwerkt in een grafiek en het tweede antwoord is in een andere grafiek verwerkt. In de analyse zijn de antwoorden weer samengevoegd.

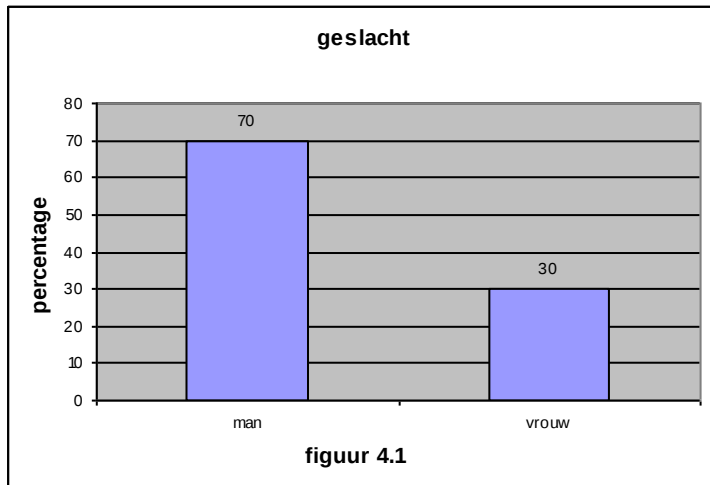
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

⁵ Het programma SPSS (oorspronkelijk Statistical Package for the Social Sciences) en later Superior Performing Software Systems, is een professioneel software pakket voor statistische analyse dat een universeel toepassingsgebied kent.

De belangrijkste onderzoeksresultaten zullen antwoord geven op de onderzoeksvraag. Met behulp van het programma Excel zijn per categorie grafieken en tabellen gemaakt. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste onderzoeksresultaten weergegeven worden in percentages.

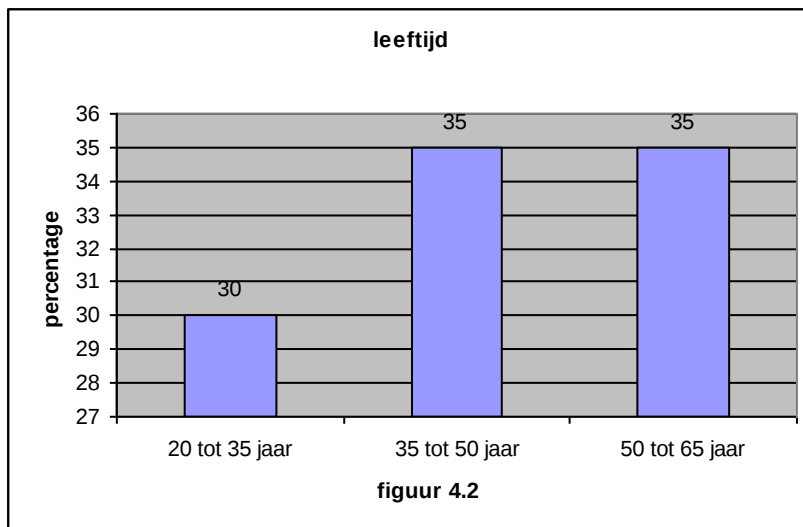
4.1 Resultaten algemene gegevens

Wat is uw geslacht?



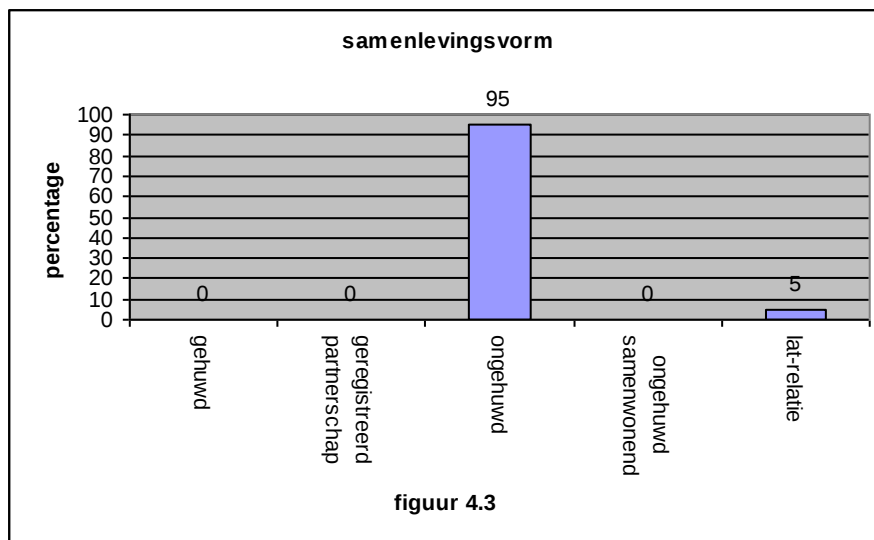
Van de respondenten is 70% van het mannelijke geslacht en 30% van het vrouwelijke geslacht.

Wat is uw leeftijd?



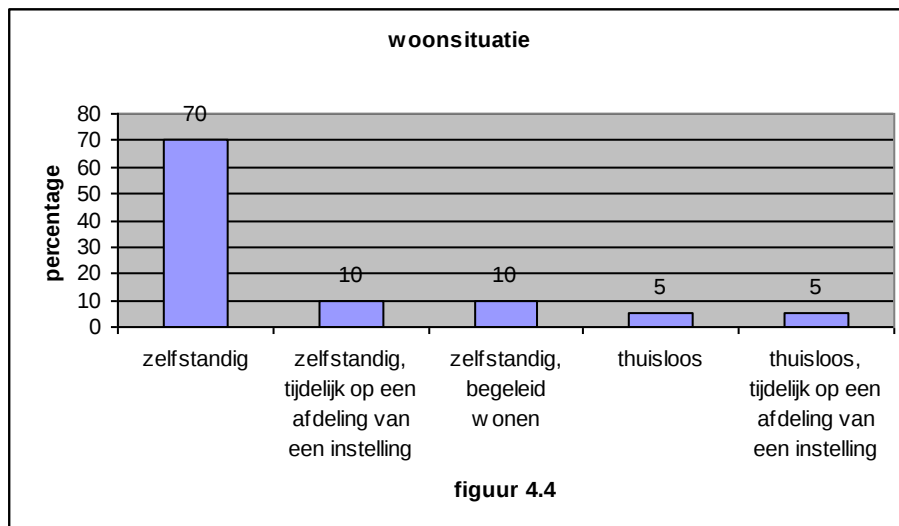
Van de respondenten is 30% in de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar, 35% in de leeftijdscategorie van 35 tot 50 jaar en 35% in de leeftijdscategorie van 50 tot 65 jaar.

Wat is uw samenlevingsvorm?



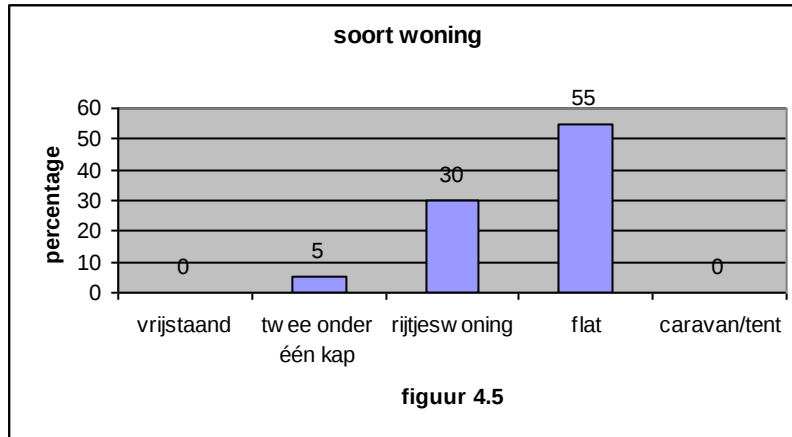
Van de respondenten is 95% ongehuwd.

Wat is uw woonsituatie op dit moment?



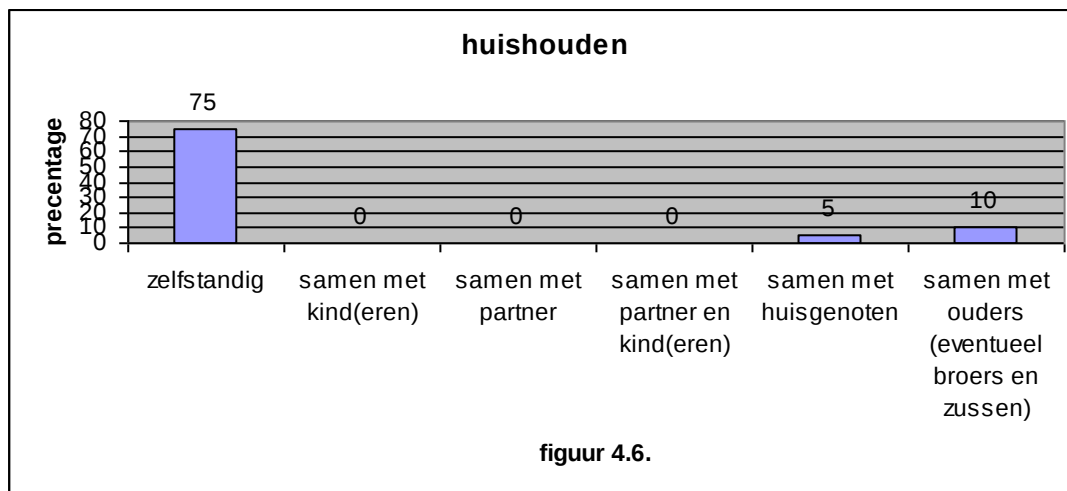
80% van de respondenten woont zelfstandig en 10% is thuisloos.

In wat voor soort woning woont u?



Van de respondenten woont 55% woont in een flat en 10% van de respondenten heeft geen woning.

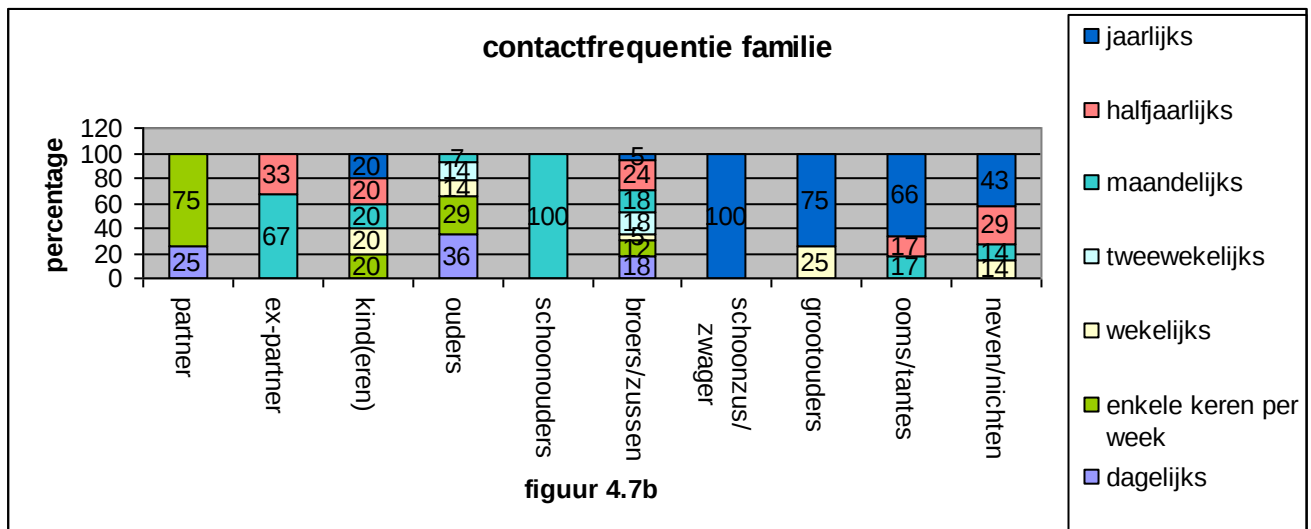
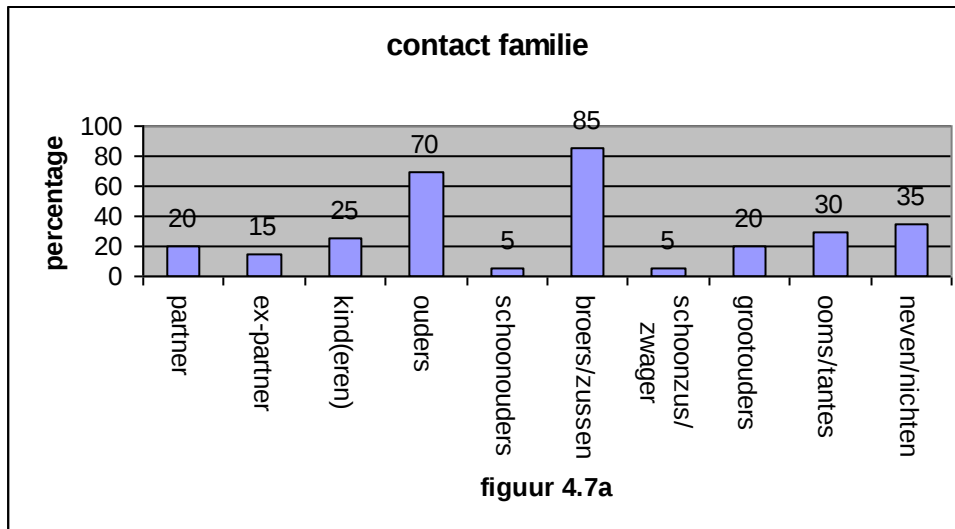
Hoe ziet uw huishouden eruit?



Het valt op dat 75% een zelfstandig huishouden heeft en dat 10% geen huishouden heeft.

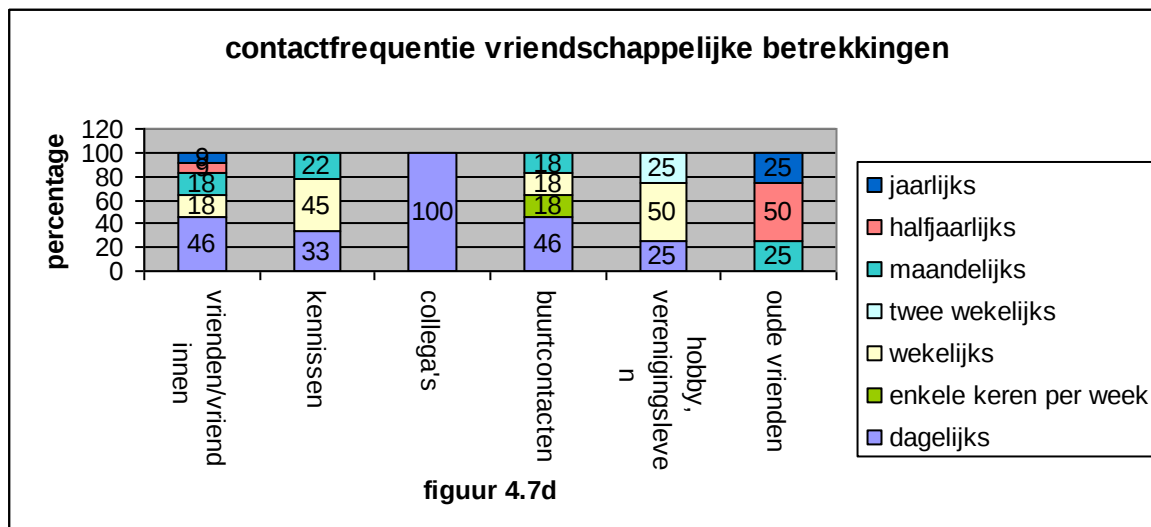
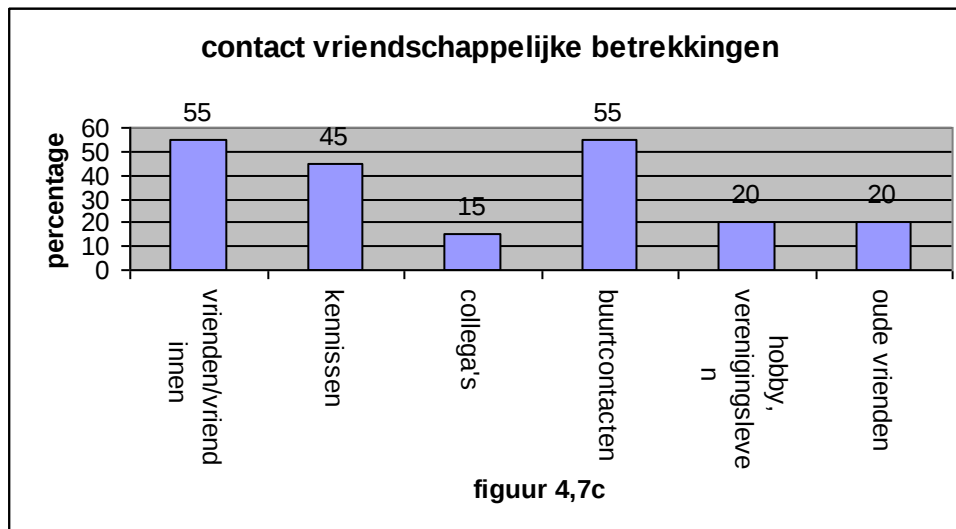
4.2 Resultaten contacten en frequentie

Met wie van de onderstaande mensen heeft u contact en hoe vaak?



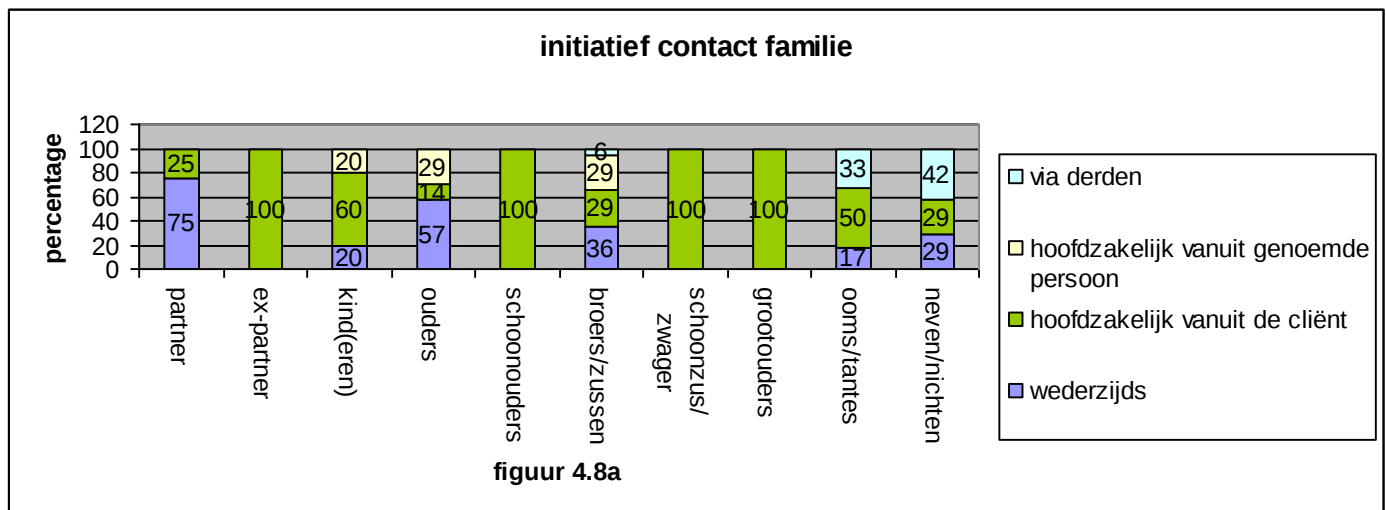
- Van de respondenten heeft 85% van de respondenten heeft contact met broers/ zussen. De contactfrequentie is gelijkwaardig.
- 70% van de respondenten heeft contact met ouders. Daarvan heeft 36% dagelijks contact en 29% enkele keren per week.
- 20% van de respondenten heeft contact met partner. 75% heeft enkele keren per week contact en 25% heeft dagelijks contact
- 15% van de respondenten heeft contact met ex-partner. Daarvan heeft 67% maandelijks contact en 33% halfjaarlijks
- Contact met ooms/ tantes en neven/ nichten zijn voornamelijk jaarlijkse contacten.

Met wie van de onderstaande mensen heeft u contact en hoe vaak?



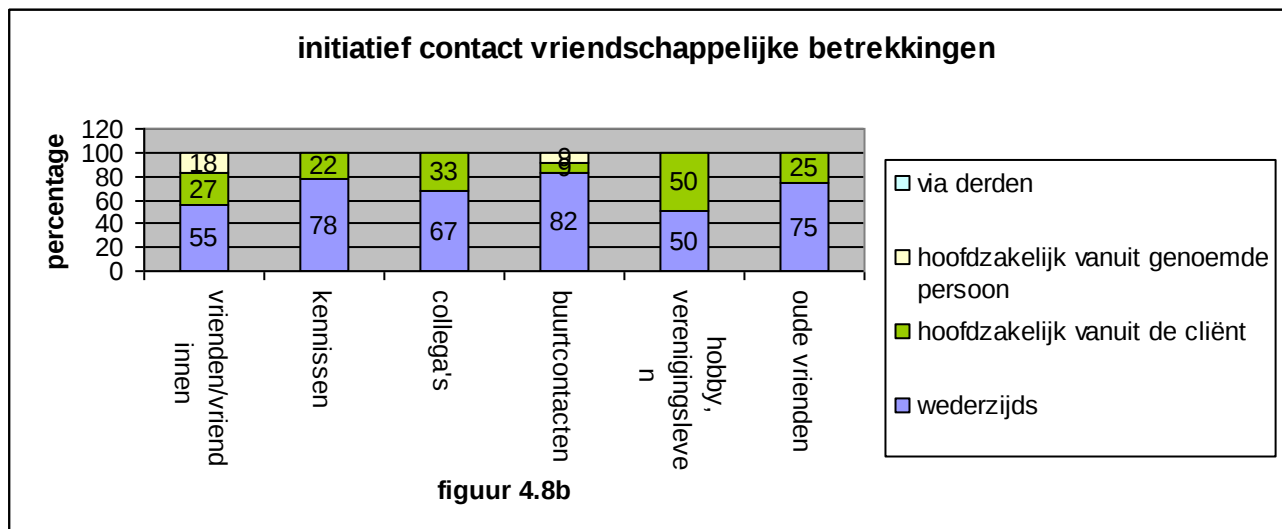
- Van de respondenten heeft 55% contact met vrienden en vriendinnen. Daarvan heeft 46% dagelijks contact.
- 55% van de respondenten heeft contact met de burens. Het valt op dat 46% dagelijkse contacten onderhoudt.
- 45% van de respondenten heeft contact met kennissen. Dit contact is vooral wekelijks.
- 20% van de respondenten heeft contact met hobby, verenigingsleven.

Wie neemt de eerste stap om het contact te leggen?



- Van de respondenten die contact heeft met ouders heeft 57% wederzijds contact, bij 29% komt het contact vanuit de ouders en bij 14% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt
- Van de respondenten die contact heeft met kind(eren) komt het contact bij 60% hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met partner komt het contact bij 25% hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Over het algemeen komt er veel initiatief vanuit de cliënt.

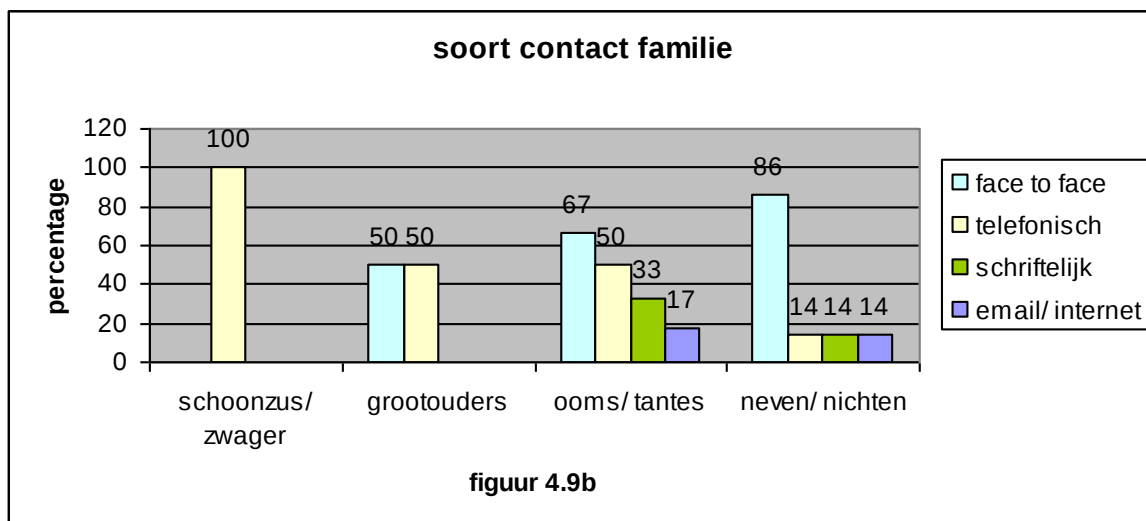
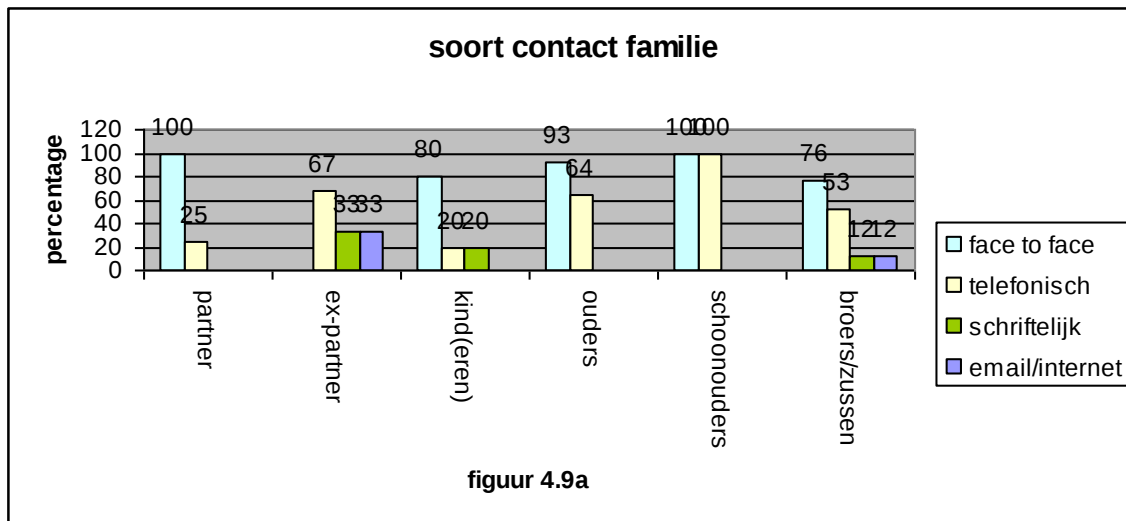
Wie neemt de eerste stap om het contact te leggen?



Het is opmerkelijk dat de contacten met vriendschappelijke betrekkingen vaak wederzijds zijn. Er is veel contact met, burenvrienden/ vriendinnen en kennissen.

Op welke manier heeft u contact met onderstaande mensen?

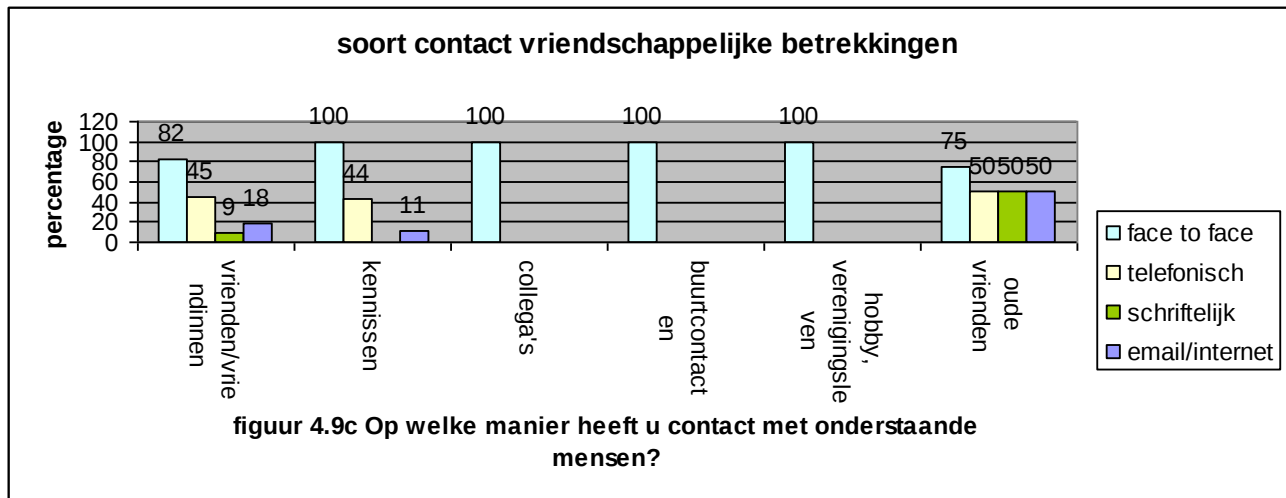
Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



Het is opmerkelijk dat de contacten met familieleden, veel face to face en telefonisch zijn. Het wordt bijna geen email/ internet gebruikt om contacten te onderhouden.

Op welke manier heeft u contact met onderstaande mensen?

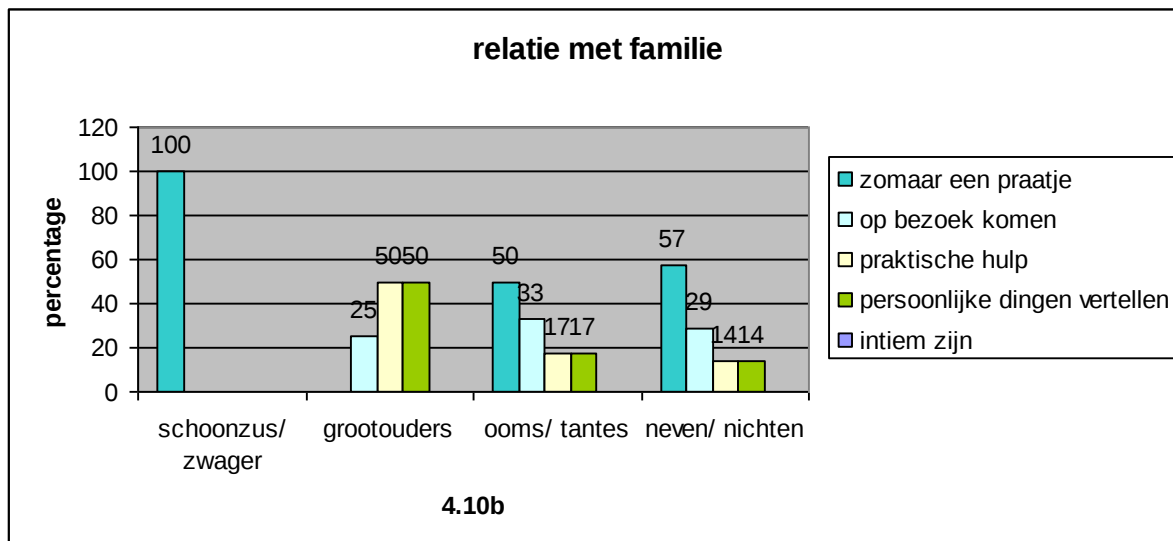
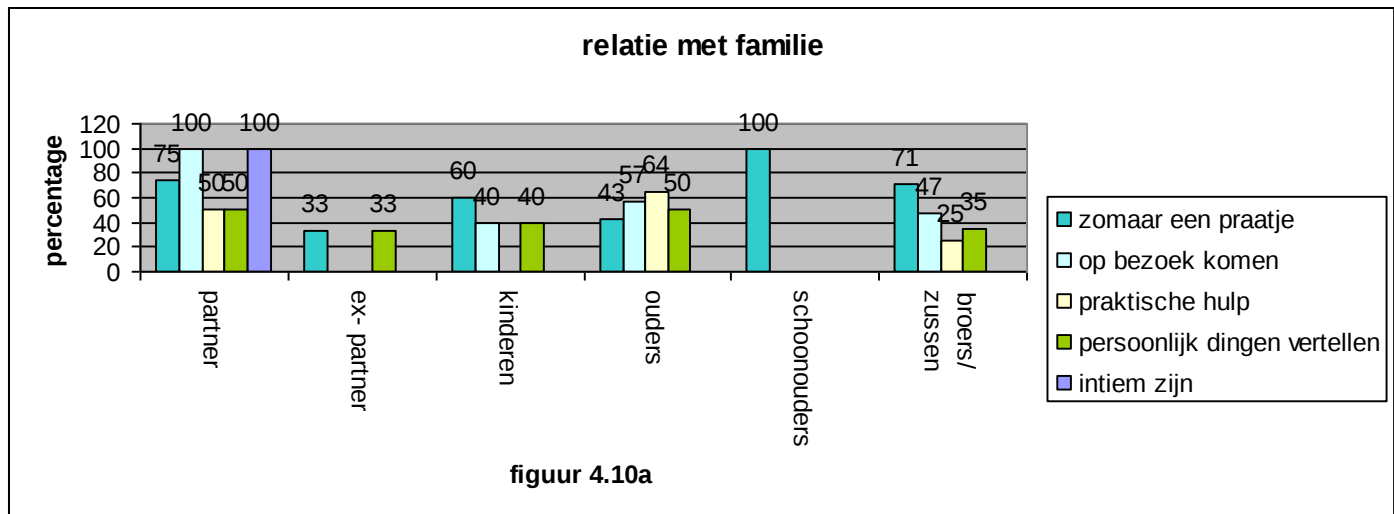
Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



Het contact met vriendschappelijke betrekkingen verloopt over het algemeen face to face. Wat opvalt is dat er met oude vrienden allerlei soorten contact wordt onderhouden.

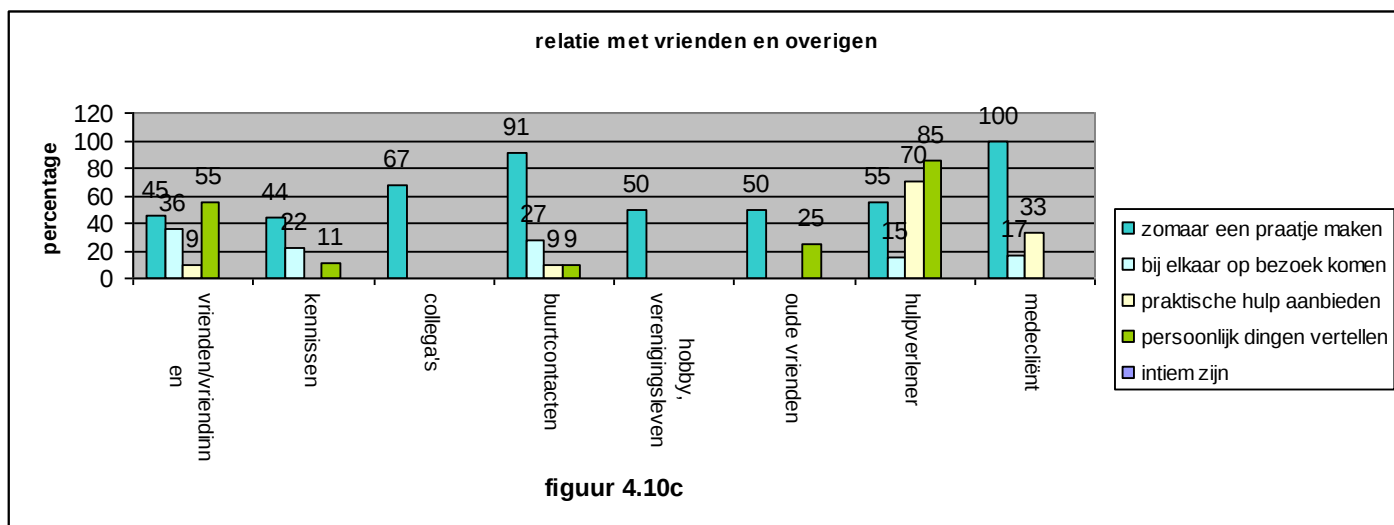
Hoe ziet de relatie eruit met onderstaande mensen?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



De respondenten geven aan dat in het contact wat ze nu hebben, meestal zomaar een praatje wordt gemaakt en dat ze persoonlijk dingen vertellen. Het valt op dat een gedeelte van de respondenten persoonlijke dingen aan grootouders, ooms/ tantes en neven/ nichten vertelt.

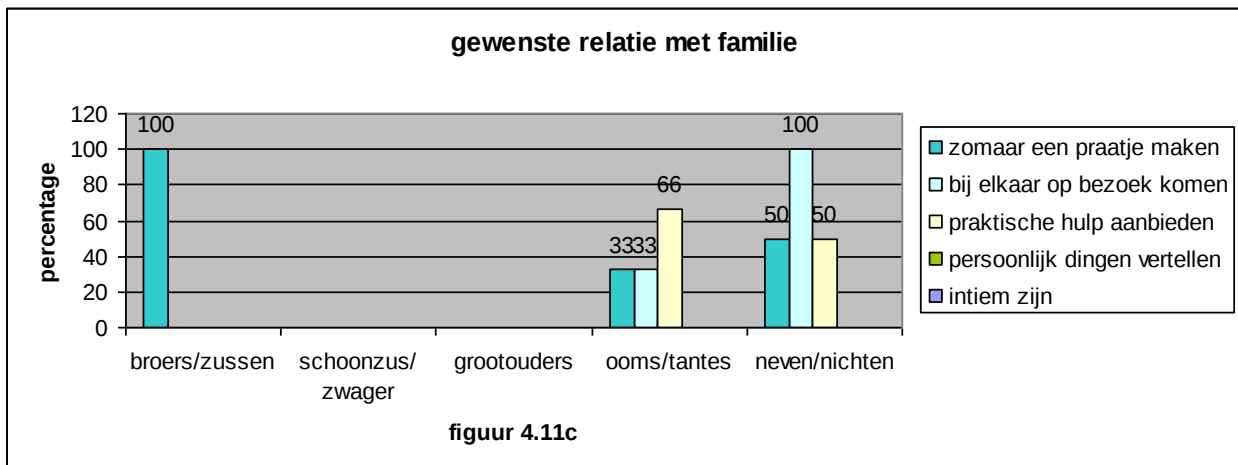
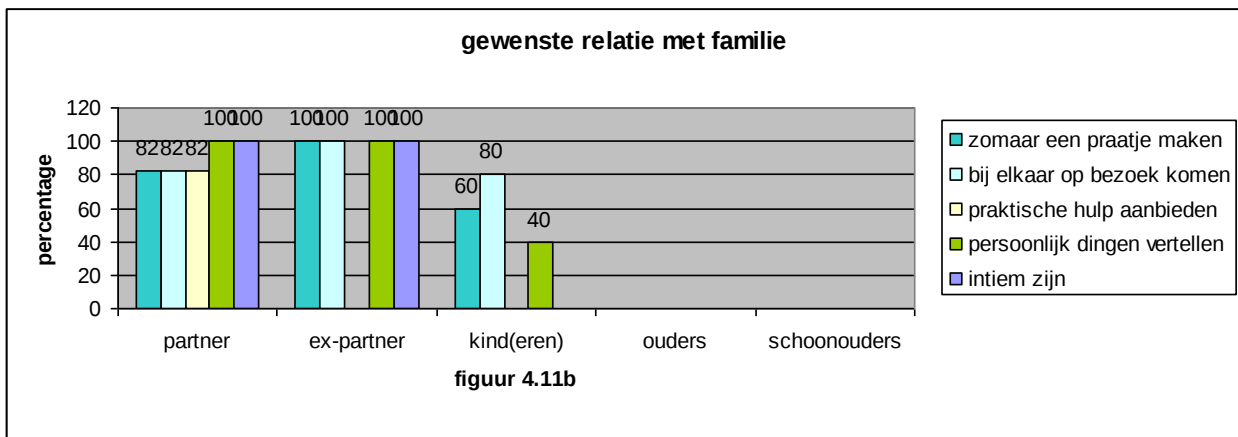
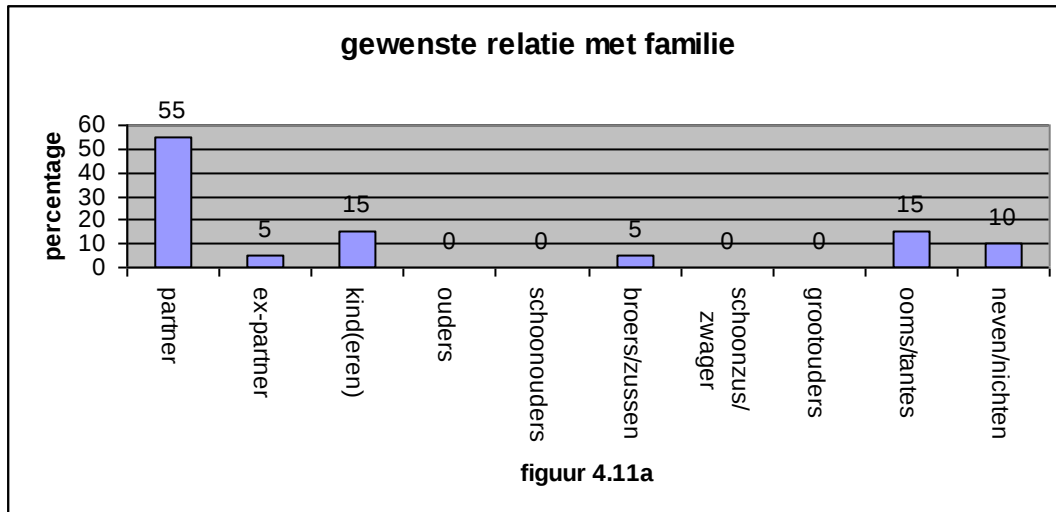
Hoe ziet de relatie eruit met onderstaande mensen?



Over het algemeen wordt er vaak zomaar een praatje gemaakt. Binnen de relaties met vriendschappelijke betrekkingen wordt weinig bij elkaar op bezoek gegaan. Met name aan de hulpverlener en vrienden/vriendinnen worden persoonlijke dingen verteld. Het is opmerkelijk dat de hulpverlener veel praktische hulp biedt.

Met wie van de onderstaande mensen heeft u geen contact, maar zou u dat wel willen hebben?

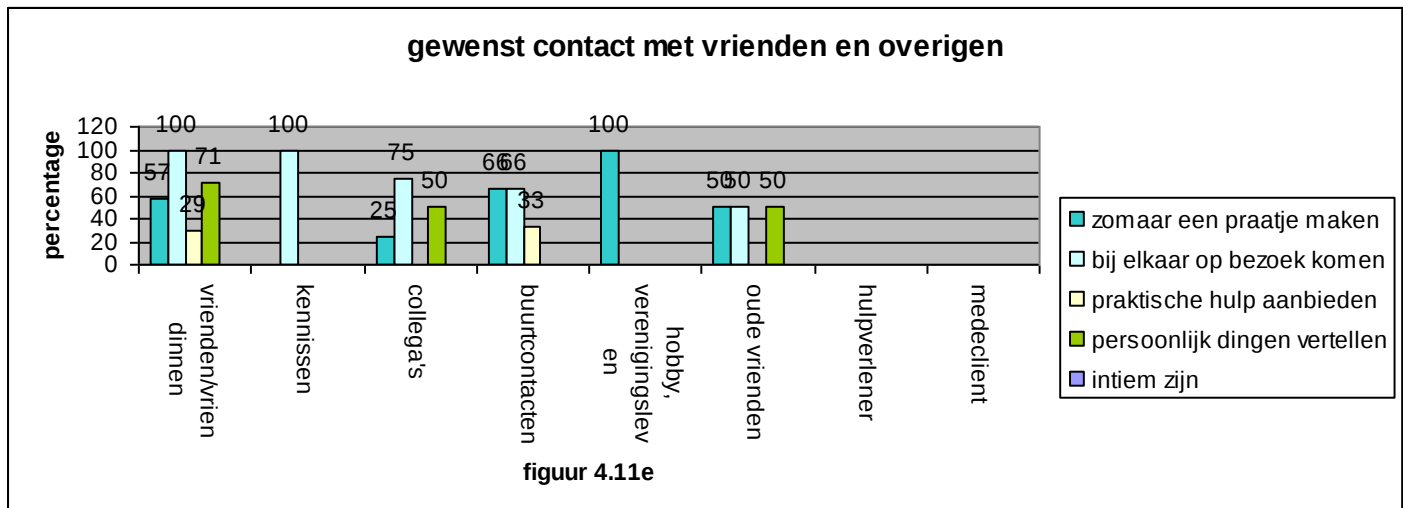
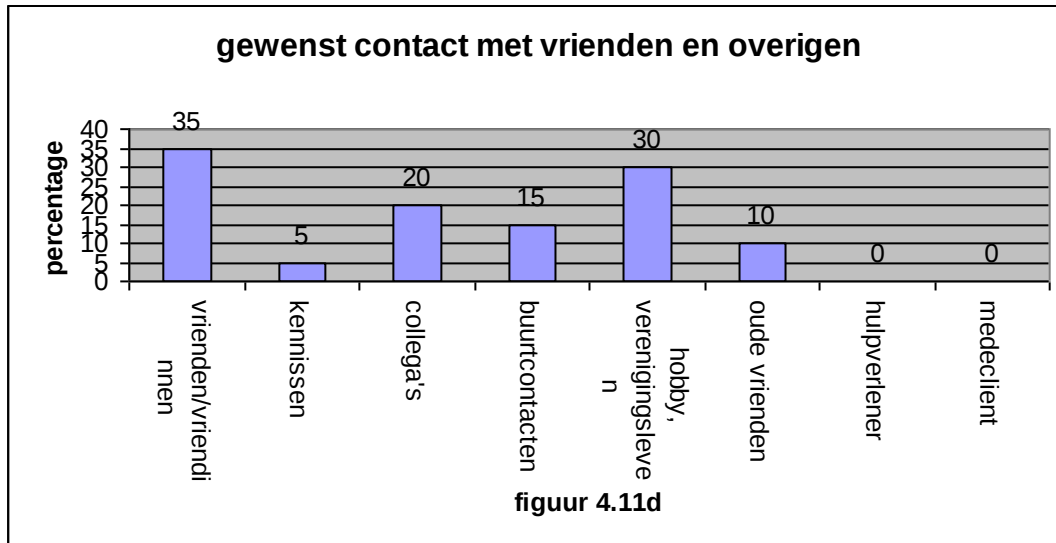
Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld. 15% van de respondenten heeft deze vraag niet ingevuld.



Het is opmerkelijk dat de respondenten graag een partner willen hebben. De vier functies van een sociaal netwerk moeten door een partner worden vervuld. Er is ook behoefte om van ooms/ tantes en neven/ nichten praktische hulp te krijgen. Cliënten geven geen wensen aan met betrekking tot de relatie met ouders en broers/ zussen.

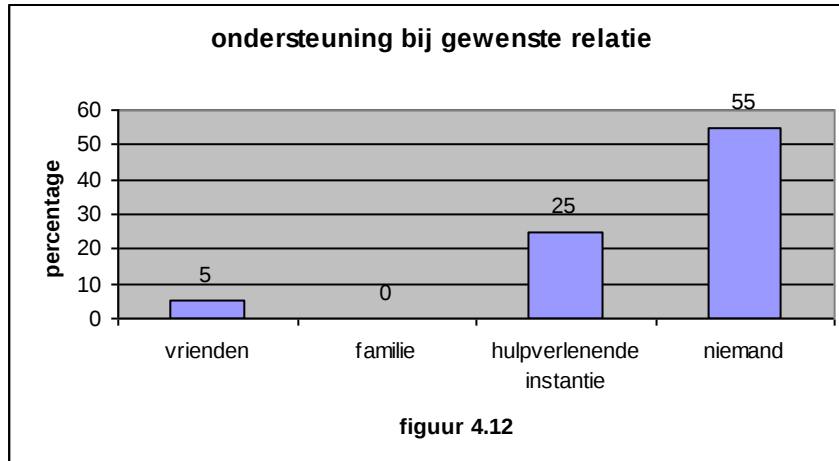
Met wie van de onderstaande mensen heeft u geen contact, maar zou u dat wel willen hebben?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld. 15% van de respondenten heeft deze vraag niet ingevuld.



Het valt op dat veel cliënten graag meer vrienden/ vriendinnen willen hebben of lid wil worden van een hobby of verenigingsleven, om daar contacten te onderhouden. Bovendien vinden zij het contact met oude vrienden gewenst. Dit contact moet bestaan uit zomaar een praatje maken, bij elkaar op bezoek komen en persoonlijke dingen vertellen. Bij hobby en verenigingsleven is het contact dan voornamelijk in de vorm van zomaar een praatje maken, terwijl vrienden/ vriendinnen het contact meer moet bestaan uit zomaar een praatje maken, bij elkaar op bezoek komen en persoonlijke dingen vertellen.

Wie zou u daarbij moeten ondersteunen?



De meeste respondenten vinden het niet nodig om ondersteuning van iemand te krijgen, bij het leggen van nieuwe contacten. Toch wil 25% hierbij wel graag ondersteuning, en dat zou dan van een hulpverlenende instantie moeten zijn.

Met wie onderneemt u welke activiteiten?

Bij deze vraag waren er meerdere antwoordmogelijkheden.

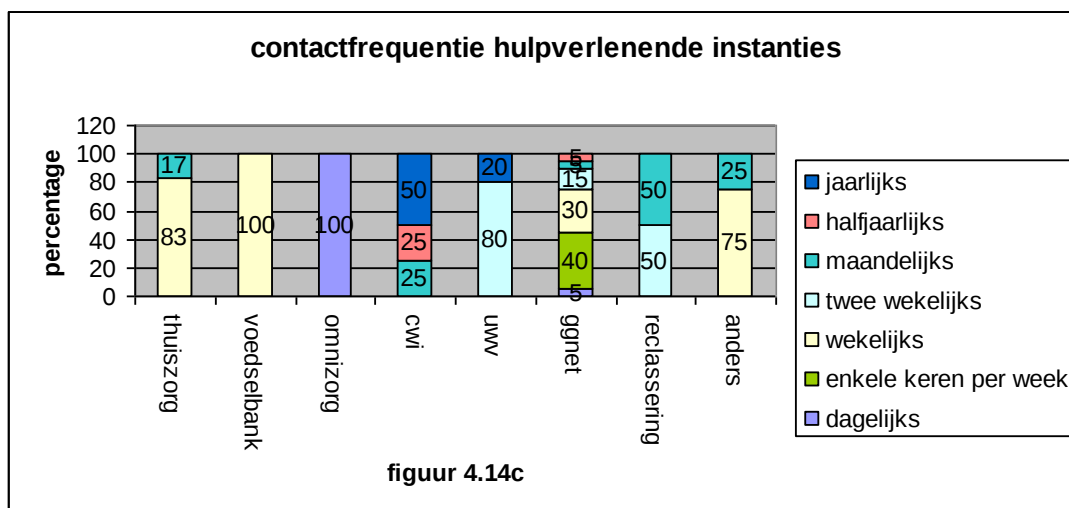
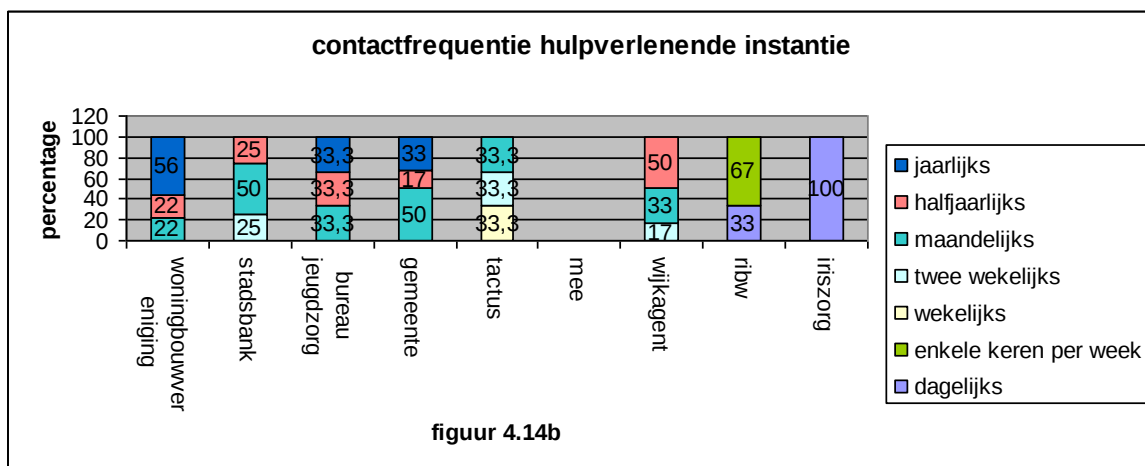
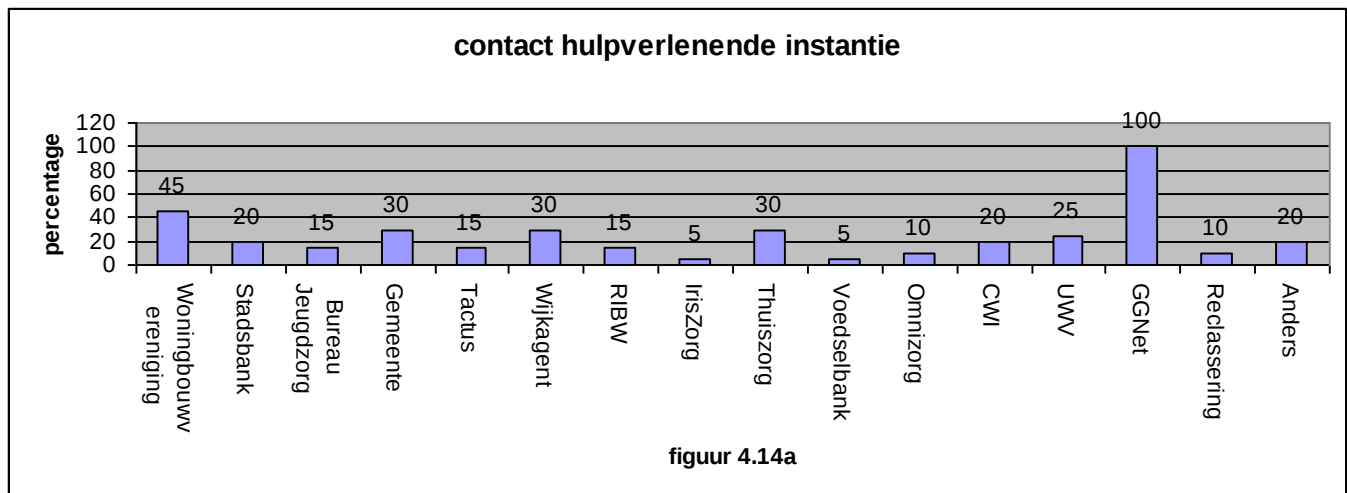
	koffie drinken	wandelen	fietsen	sporten	naar de kroeg	bios	winkelen	anders
partner	15%	5%			10%		10%	5%
ex-partner	5%							
kinderen	10%						5%	
ouders	50%	15%		5%	5%	15%	20%	5%
schoonouders	5%							
broers, zussen	45%	10%	5%	5%	5%	10%	5%	
schoonzus, zwager								
grootouders	5%	5%			5%		5%	
ooms,tantes	15%	5%			5%	5%	5%	
neven, nichten	15%	5%		5%	5%	5%	5%	
vrienden, vriendinnen	45%	5%	5%	5%	15%	10%	5%	15%
kennissen	25%	15%		5%	10%	5%	10%	10%
collega's	10%							
buurtcontacten	15%	5%	5%					
oude vrienden	5%	5%	5%		5%	5%	5%	5%
hulpverlener	75%	10%		5%			10%	
medecliënt	25%	5%		5%	10%	5%		
alleen	90%	55%	55%	20%	20%		65%	35%

De belangrijkste activiteiten die worden ondernomen zijn: koffie drinken (100%), wandelen (80%), winkelen (80%), fietsen (60%) en andere activiteiten (50%). De cliënten doen deze activiteiten voor een groot deel alleen! Koffie drinken doen ze ook nog wel vaak met ouders, boers/ zussen, vrienden/ vriendinnen en de hulpverlener.

4.3 Resultaten hulpverlenende instanties

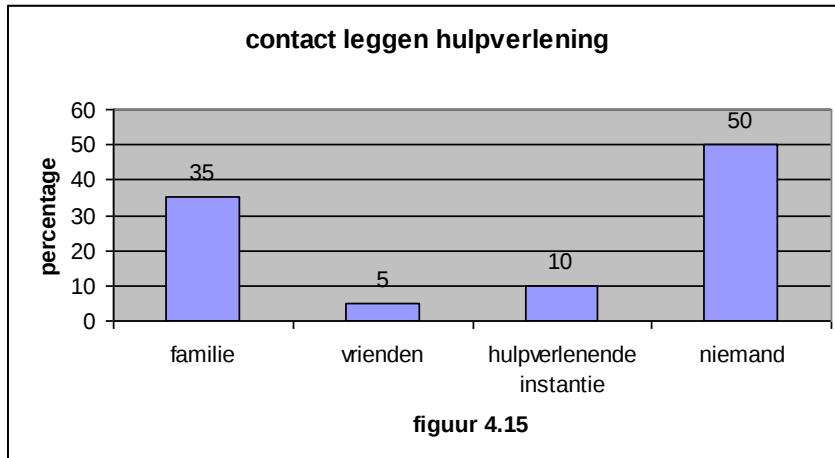
Met welke hulpverlenende instantie heeft u contact?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



Alle respondenten hebben contact met GGNet, 45% met de Woningbouwvereniging en 30% met de Gemeente, de Wijkagent en de Thuiszorg. Het is opmerkelijk dat 33% maandelijks contact heeft met de Wijkagent. 15% heeft contact met Tactus en 10% met Omnizorg.

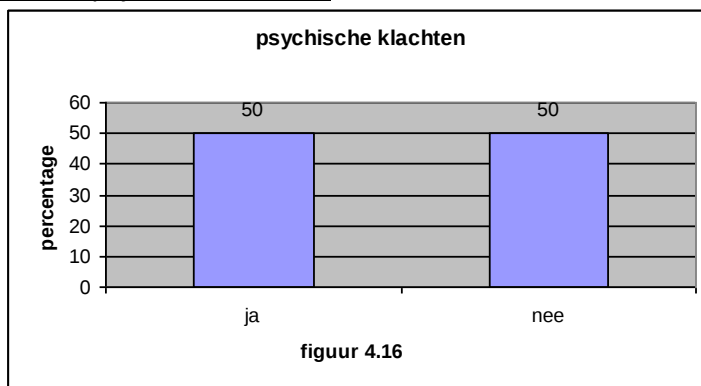
Met wie zou de hulpverlening contact over u moeten leggen?



Op de vraag met wie de hulpverlening contact zou moeten leggen geeft de helft aan dat ze willen dat dit met niemand gebeurt. 35% vindt het belangrijk dat de hulpverlening met familie contact over hen legt.

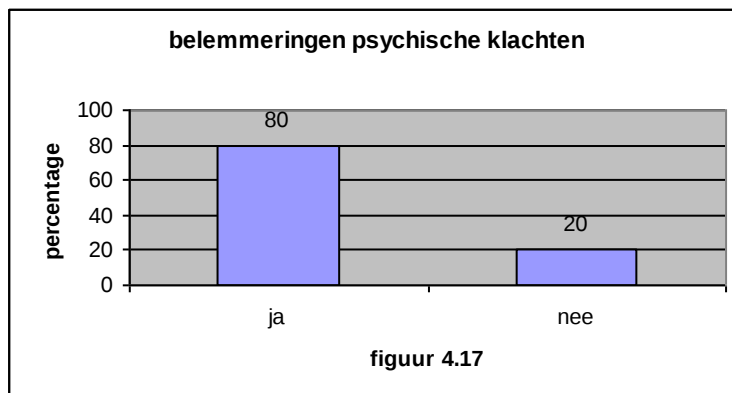
4.4 Resultaten gezondheid

Heeft u psychische klachten



Van de respondenten heeft 50% last van psychische klachten en 50% niet.

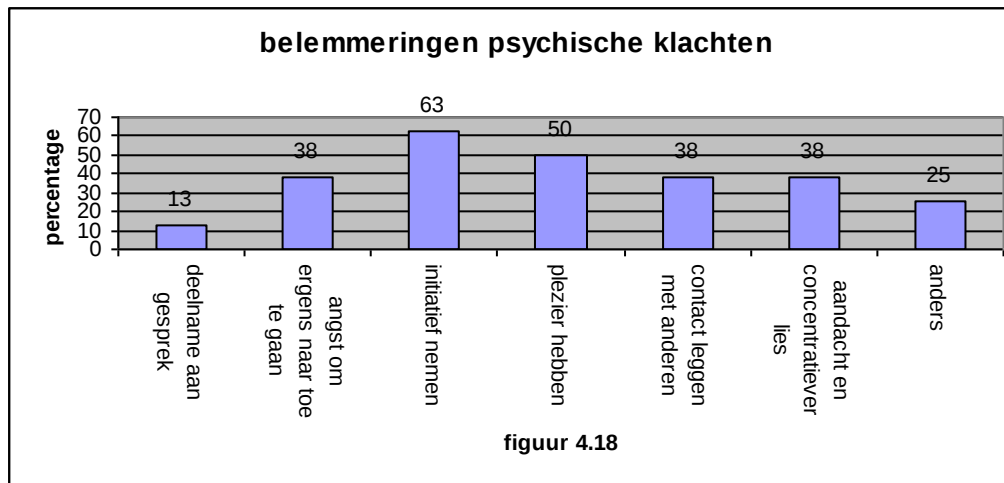
Wordt u door uw psychische klachten belemmerd?



Van de 50% die psychische klachten heeft, ervaart 80% belemmeringen op het gebied van psychische gezondheid en 20% ervaart geen belemmeringen.

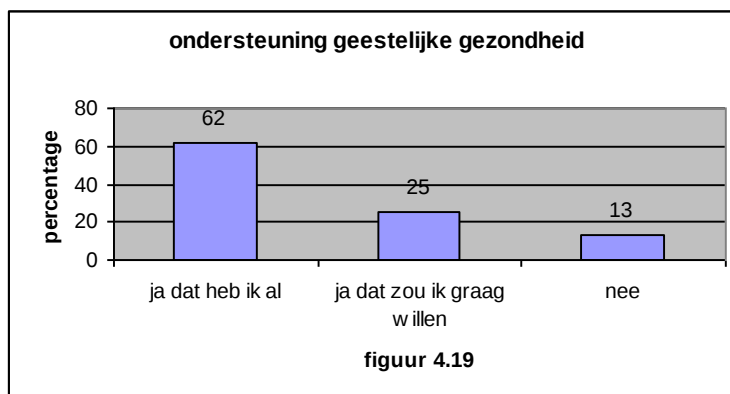
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



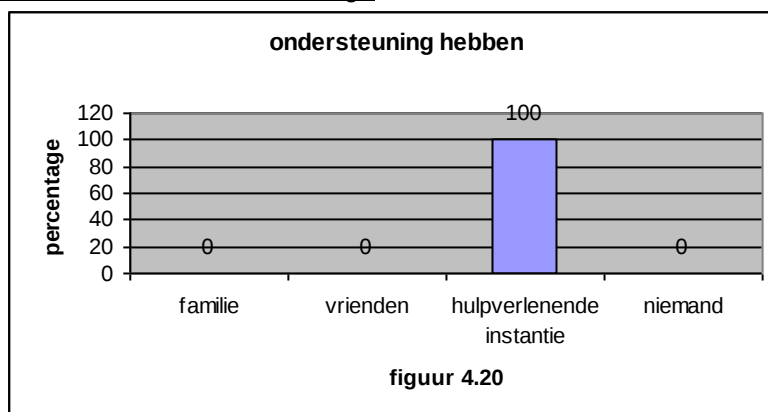
De respondenten hebben veel moeite met initiatief nemen en plezier hebben. Dit ervaren zij als de belangrijkste belemmeringen op het gebied van psychische klachten.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

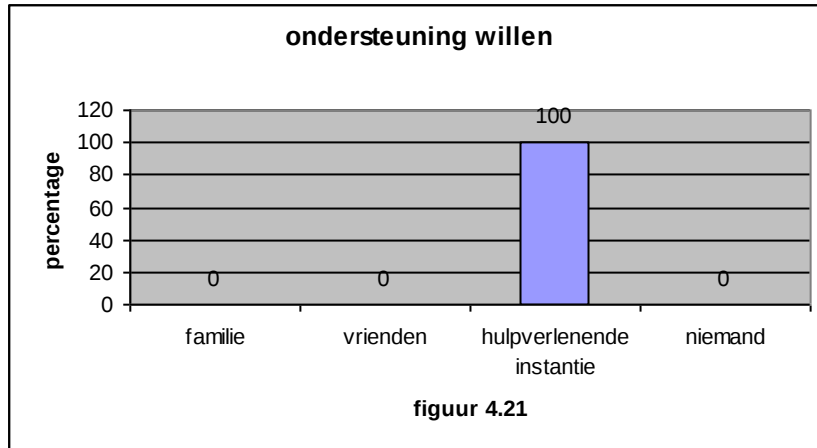


Van de 80% die belemmeringen ervaren, heeft 62% al ondersteuning bij psychische klachten en 25% zou graag ondersteuning willen.

Van wie heeft u ondersteuning?

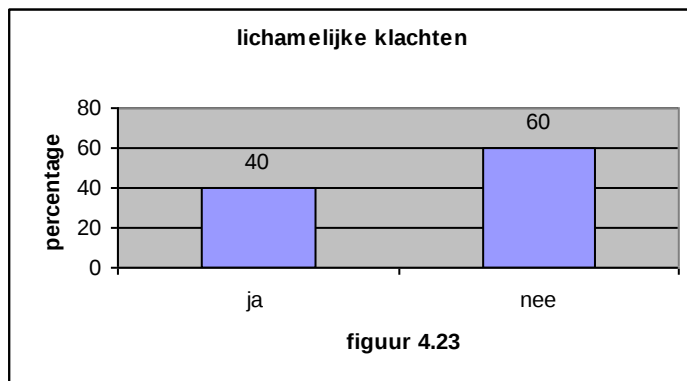


De respondenten die ondersteuning krijgen, ontvangen dit van een hulpverlenende instantie.
Van wie zou u ondersteuning willen?



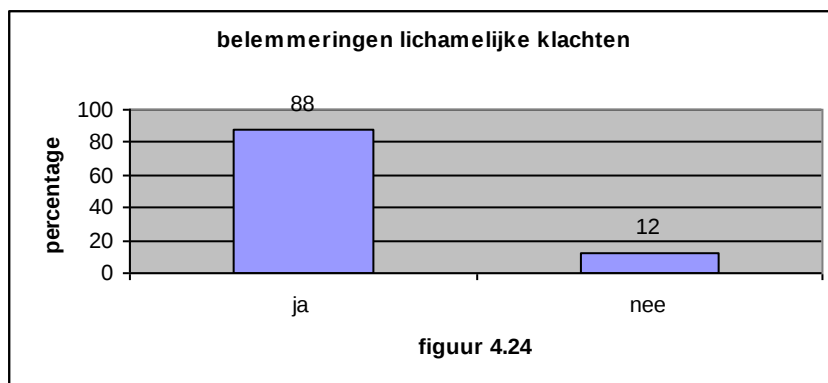
De respondenten die geen ondersteuning krijgen, ontvangen dit graag van een hulpverlenende instantie.

Heeft u lichamelijke klachten?



Van de respondenten heeft 40% last van lichamelijke klachten en 60% niet.

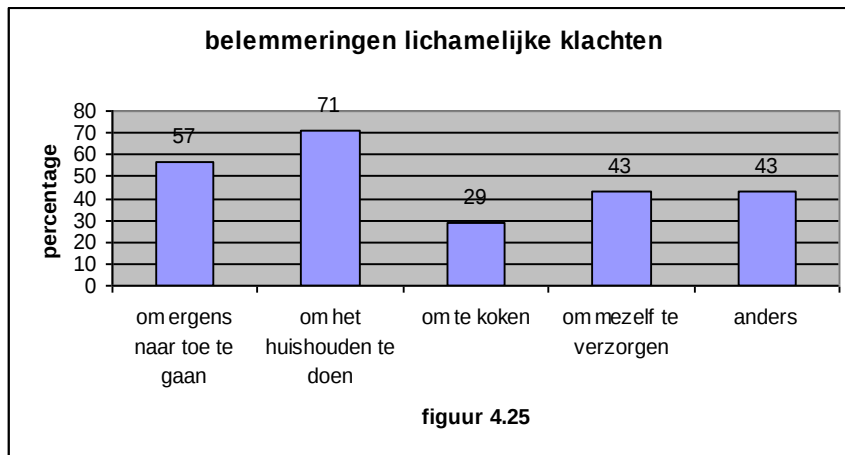
Wordt u door uw lichamelijke klachten belemmerd?



Van de 40% die lichamelijke klachten ervaren heeft 88% last van belemmeringen op het gebied van lichamelijke gezondheid en 12% ervaart geen belemmeringen.

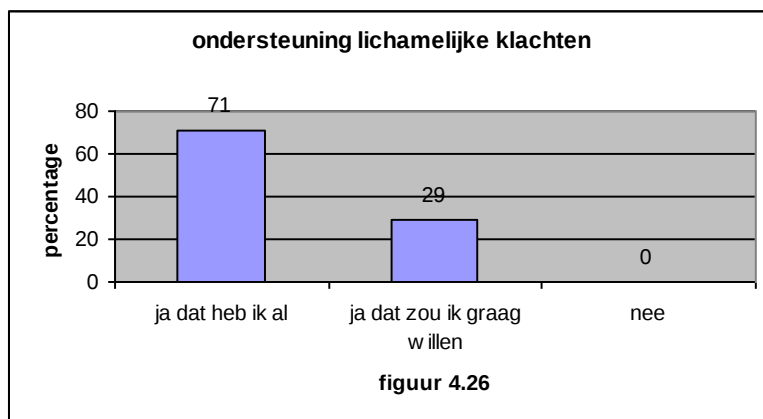
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



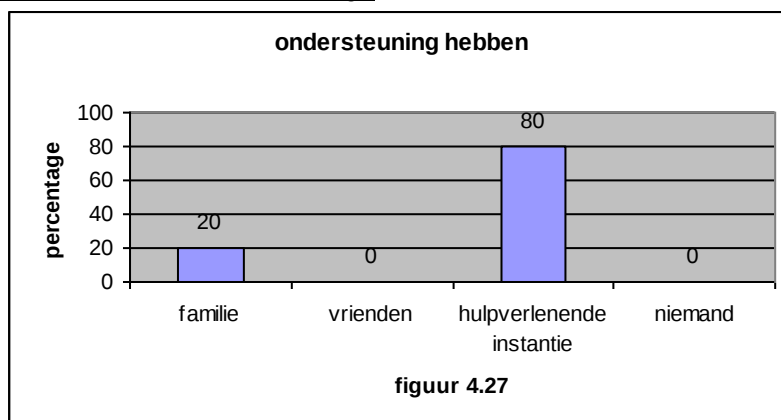
Moeite hebben om de huishouding te doen en moeite hebben om ergens naar toe te gaan zijn voor de respondenten de belangrijkste belemmeringen op het gebied van lichamelijke klachten.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



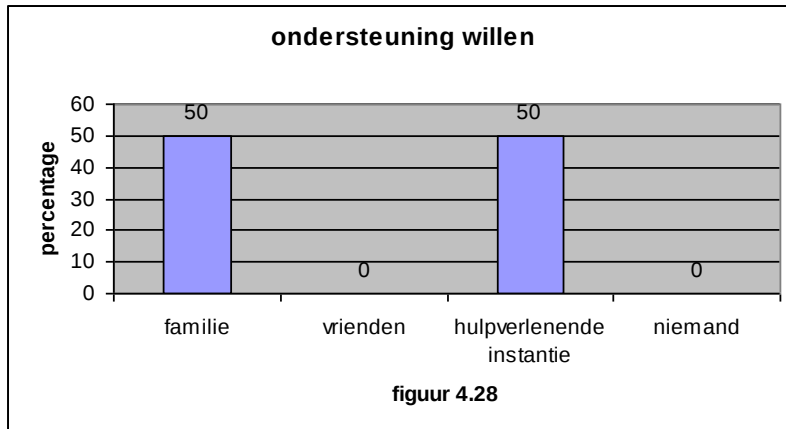
De meeste respondenten (71%) ontvangen al ondersteuning bij lichamelijke klachten en 29% zou dat graag willen.

Van wie heeft u ondersteuning?



De respondenten die ondersteuning krijgen, ontvangen dit grotendeels van een hulpverlenende instantie.

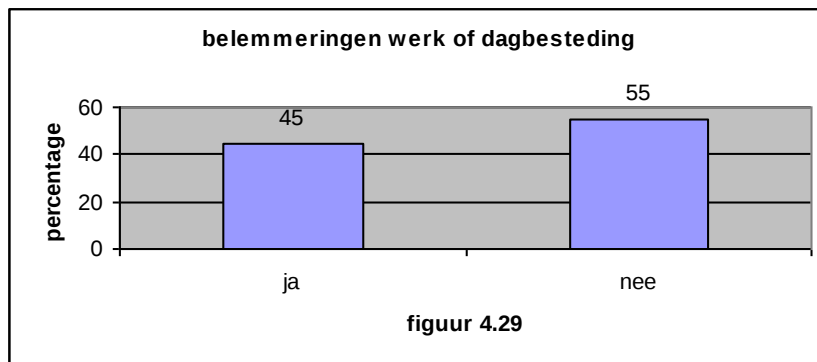
Van wie zou u ondersteuning willen?



De respondenten die geen ondersteuning krijgen, ontvangen dit even graag van familie als van een hulpverlenende instantie.

4.5 Resultaten werk en dagbesteding

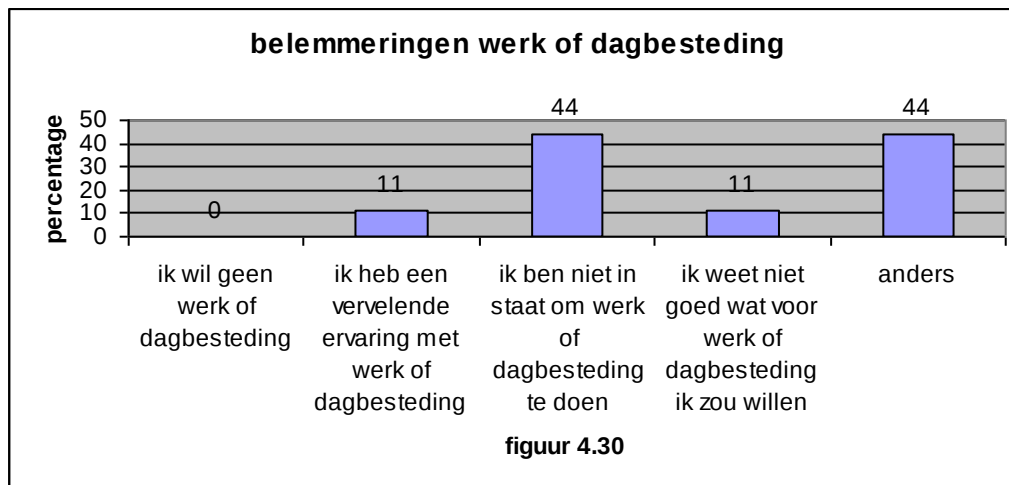
Ervaat u belemmeringen in uw werk of dagbesteding?



Van de respondenten ervaart 45% belemmeringen op het gebied van werk en dagbesteding en 55% ervaart geen belemmeringen.

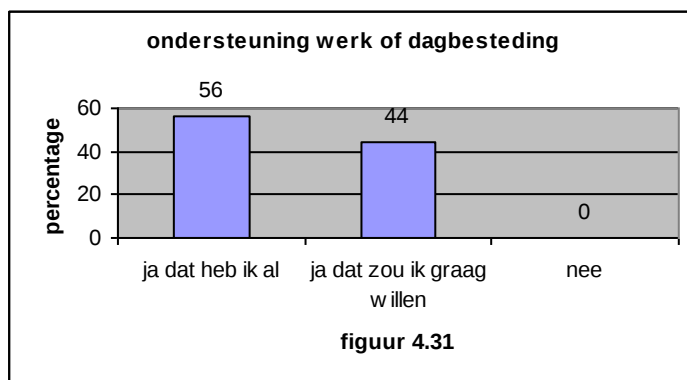
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



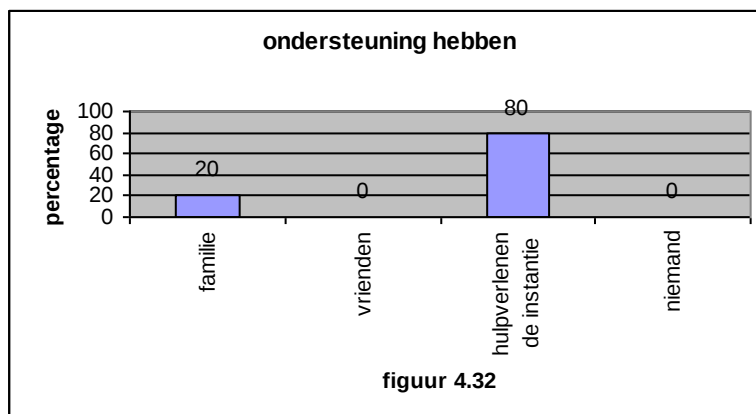
Voor de respondenten is de belangrijkste belemmering op het gebied van werk en dagbesteding, het niet in staat zijn om werk of dagbesteding te doen.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

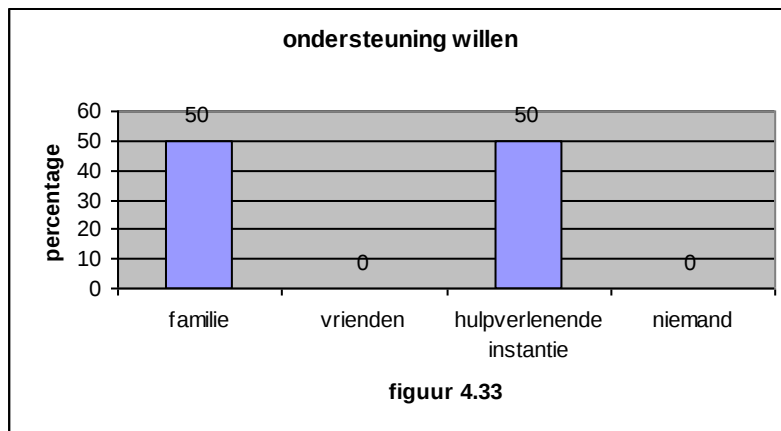


44% van de respondenten ontvangt geen ondersteuning bij werk en dagbesteding, maar zou dat wel graag willen.

Van wie heeft u ondersteuning?



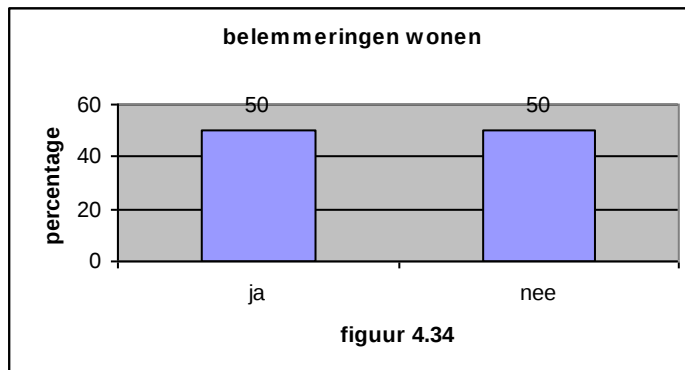
De respondenten die ondersteuning krijgen, ontvangen dit grotendeels van een hulpverlenende instantie.
Van wie zou u ondersteuning willen?



De respondenten die geen ondersteuning krijgen, ontvangen dit even graag van familie als van een hulpverlenende instantie.

4.6 Resultaten wonen

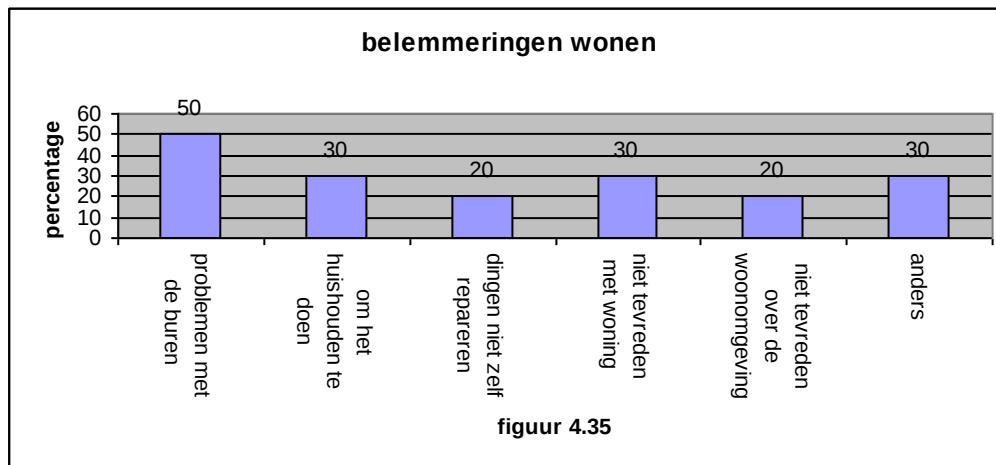
Ervaart u belemmeringen op het gebied van wonen?



Van de respondenten ervaart 50% belemmeringen op het gebied van wonen en 50% ervaart geen belemmeringen.

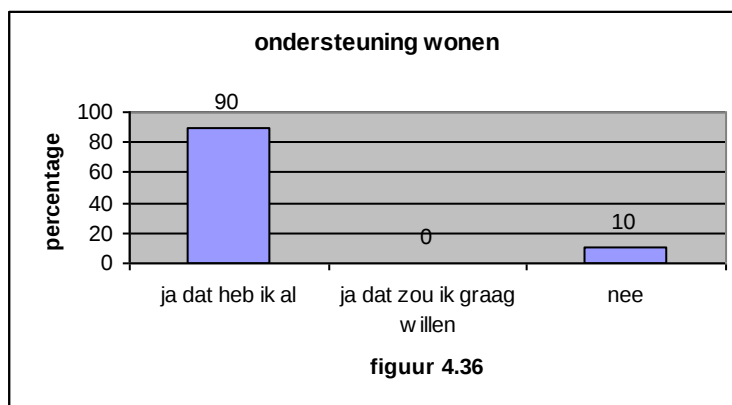
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



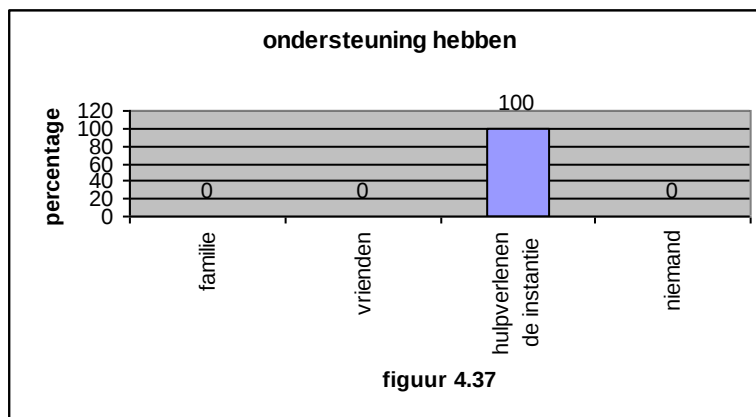
De belangrijkste belemmering op het gebied van wonen is voor de respondenten, de problemen met de bureu. 30% vindt het moeilijk om het huishouden te doen en 30% is niet tevreden over de woning.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



Het grootste gedeelte van de respondenten ontvangt ondersteuning op het gebied van wonen. 10% geeft aan geen ondersteuning te willen hebben.

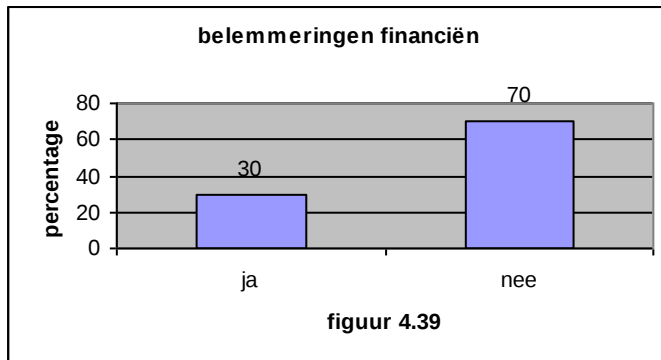
Van wie heeft u ondersteuning?



De respondenten die ondersteuning krijgen, ontvangen dit van een hulpverlenende instantie

4.7 Resultaten financiën

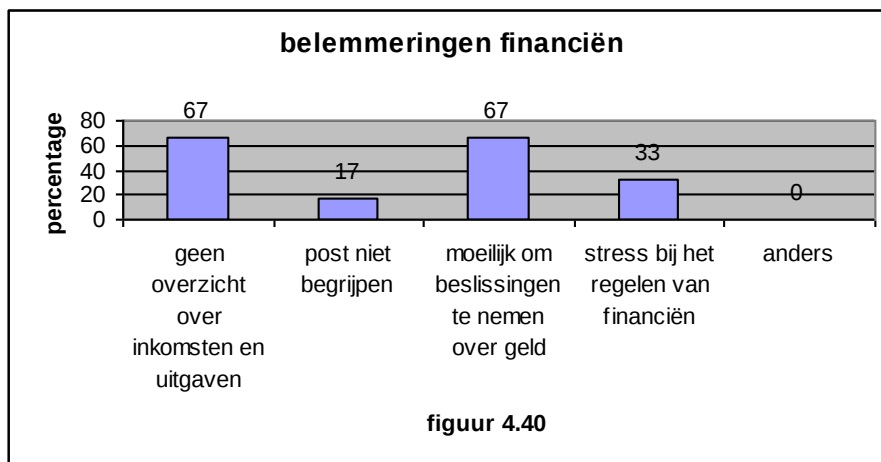
Ervaart u belemmeringen in het regelen van uw financiën?



Van de respondenten ervaart 30% belemmeringen in het regelen van financiën en 70% ervaart geen belemmeringen.

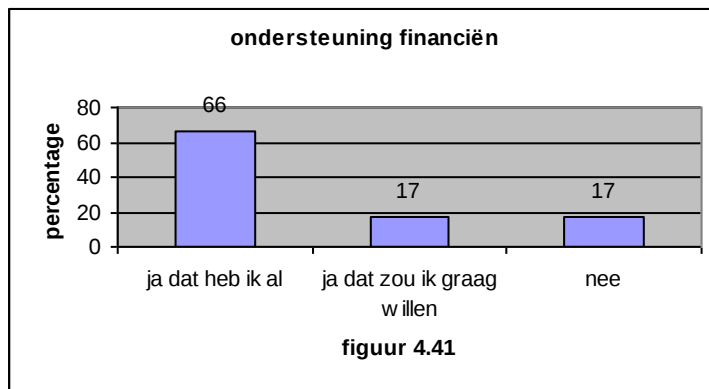
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerder antwoorden ingevuld.



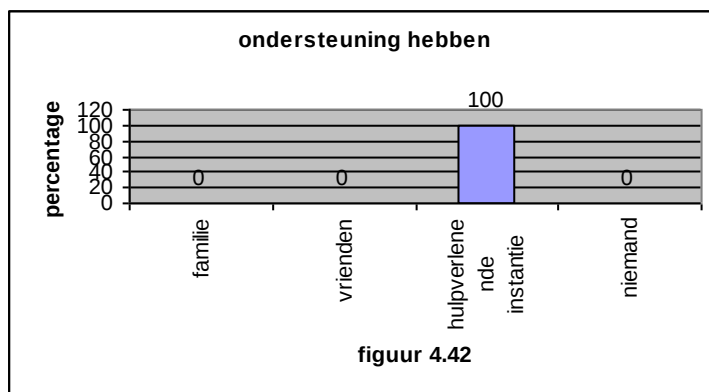
Een groot gedeelte van de respondenten vindt het moeilijk om beslissingen over geld te nemen. Daarnaast hebben zij geen overzicht over hun inkomsten en uitgaven. Dit zijn de belangrijkste belemmering op het gebied van financiën

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



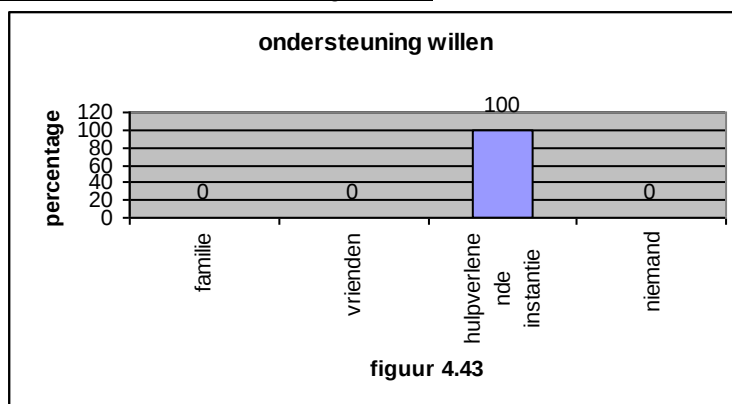
Het merendeel van de respondenten die belemmeringen ervaart op het gebied van financiën ontvangt ondersteuning.

Van wie heeft u ondersteuning?



De respondenten die ondersteuning krijgen, ontvangen dit van een hulpverlenende instantie.

Van wie zou u ondersteuning willen?



De respondenten die geen ondersteuning krijgen, ontvangen dit graag van een hulpverlenende instantie.

Hoofdstuk 5 Conclusies

Naar aanleiding van de resultaten uit het onderzoek, kunnen er conclusies worden getrokken. De conclusies worden per categorie beschreven en er zal antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

Conclusies met betrekking tot algemene gegevens

Van de respondenten is het merendeel van het mannelijke geslacht. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er meer mannen dan vrouwen geïnterviewd zijn. Bovendien zegt het iets over de doelgroep van het ACT- team. Mannen wachten meestal met het zoeken van hulp, totdat de problemen uit de hand lopen. Ze zijn van mening dat ze deze problemen eerst zelf op moeten lossen. Vrouwen melden zich eerder voor hulp aan, waardoor de problemen nog niet uit de hand zijn gelopen. Een ACT- team richt zich op cliënten die problemen hebben op meerdere levensgebieden en zijn het vangnet van de reguliere zorg. Dit verklaart waarom er meer mannen dan vrouwen in een ACT- team zitten.

Van de respondenten is 30% in de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar, 35% is in de leeftijdscategorie van 35 tot 50 jaar en 35% is in de leeftijdscategorie van 50 tot 65 jaar. Dit geeft aan dat leeftijdscategorie van het ACT volkomen gelijkwaardig is.

De verhoudingen in de samenleving worden steeds zakelijker en afstandelijker. Ook eisen mensen steeds meer van elkaar. Hierdoor kunnen mensen het slachtoffer worden van processen van vereenzaming, het niet meer meetellen en uitstoting. De ACT- cliënt is kwetsbaar en treft daarom juist deze doelgroep. Van de respondenten is het merendeel ongehuwd. Een enkeling heeft een latrelatie. Dit past bij de doelgroep, omdat ze ernstig psychische problemen hebben. Ze hebben moeite met het onderhouden en aangaan van nieuwe relaties. Hieruit komt voort dat respondenten hoofdzakelijk een zelfstandige huishouding hebben, alleen wonen en geen gezin hebben.

Het valt op dat 80% van de respondenten zelfstandig woont. Dit sluit aan bij het doel van het ACT- team; proberen om zolang mogelijk de cliënten in de thuissituatie te begeleiden. Het is opmerkelijk dat 10% van de respondenten geen vaste woonplek heeft en daarvan 5% momenteel tijdelijk op een afdeling van een instelling verblijft. De meerderheid woont in een flat. Dit kan te maken met de financiële situatie van deze doelgroep. Mensen met een ernstig psychiatrische problematiek werken vaak niet en moeten rondkomen van een uitkering. Een andere reden kan de urgentieverklaring van de woningbouwvereniging zijn, dit is vaak een flat.

Conclusies met betrekking tot contacten en frequentie

De volgende conclusies hebben betrekking op het informele netwerk van cliënten. Deze bestaat uit familie, vrienden en overigen. Drie kenmerken zijn belangrijk in de relatie tussen cliënt en informele netwerkleden. Het eerste kenmerk is de frequentie van het contact. Als tweede wordt er gekeken naar het initiatief van het contact. Het laatste kenmerk is het soort contact.

Een sociaal netwerk kan vier functies vervullen. Deze vier functies zijn: affectieve behoeften, de behoefte aan aansluiting, de behoefte aan stabiliteit en de behoefte aan materiële en instrumentele middelen. Een deel van deze functies wordt vervuld door het informele netwerk en een ander deel door het formele netwerk. Dit gebeurt omdat mensen met een psychiatrische problematiek vaak een sociaal netwerk hebben, waarin tekort geschoten wordt aan deze functies.

In het contact met familie valt het op dat de meeste respondenten contact hebben met ouders en broers/ zussen. Dit contact is hoofdzakelijk wederzijds. Dit betekent dat ouders en broers/ zussen dichtbij staan, het contact vanzelfsprekend is en dat cliënten zich waarschijnlijk veilig bij hen voelen. Bij de overige contacten met familie is het opmerkelijk dat deze voornamelijk vanuit de cliënt komen. Dit betekent dat het initiatief van het contact eenzijdig is. De contacten zijn vooral face to face en telefonisch.

De affectieve behoefte wordt volgens de respondenten niet voldoende vervuld. Dit is te zien aan het contact wat met familie en vriendschappelijke betrekkingen wordt onderhouden. Met familie wordt over het algemeen zomaar een praatje gemaakt en bij elkaar op bezoek gegaan.

Familie zijn mensen met wie banden min of meer uit gewoonte in stand blijven. Dit contact wordt bij de cliënten gekenmerkt door de behoefte aan stabiliteit. Het is opmerkelijk dat veel respondenten graag een partner zouden willen hebben, waarin zij alle functies van een sociaal netwerk belangrijk vinden. Het valt op dat respondenten het contact met kinderen willen herstellen. Cliënten hebben voornamelijk behoefte aan zomaar een praatje maken en willen bij elkaar op bezoek komen. In het contact met vriendschappelijke betrekkingen heeft de meerderheid contact met vrienden/ vriendinnen en burens. Het valt op dat het merendeel van de respondenten dagelijkse contacten onderhoudt en dat het contact met vriendschappelijke betrekkingen grotendeels wederzijds is.

De behoefte aan materiële en instrumentele middelen, zoals praktische hulp wordt ook vooral door de familie aan de cliënt geboden. Praktische hulp wordt door de vriendschappelijke betrekkingen nauwelijks geboden. De hulpverlener daarentegen biedt wel praktische hulp. De contacten zijn voornamelijk face to face en bestaan voornamelijk uit zomaar een praatje maken. Dit betekent dat er veel oppervlakkig contact is en dat de kwaliteit van de relatie laag is.

De behoefte aan aansluiting zoals erbij te horen en veilig te zijn, aansluiting en steun te vinden met betrekking tot interesses, waarden en achtergronden worden niet voldoende vervuld. Dit blijkt uit gewenste relaties met familie en vriendschappelijke betrekkingen. Het valt op dat veel respondenten graag contact zouden willen hebben met vrienden/ vriendinnen en met mensen met een hobby of verenigingsleven. Het is opmerkelijk dat respondenten bij gewenst contact met vrienden en overigen vooral behoefte hebben aan zomaar een praatje maken en bij elkaar op bezoek komen.

15% van de respondenten heeft de vraag over gewenste relaties niet ingevuld. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat dit percentage tevreden is over de relaties met familie, vrienden en overigen. Het kan ook zijn dat de cliënten de gewenste relatie niet durven te vertellen. Niet iedere cliënt is gesteld op veel sociaal contact. Behoeft aan privacy, zelfbehoud, rust en of psychische problemen kunnen hiervoor een reden zijn. Veelvuldig contact met andere mensen kan ook oppervlakkig en onbevredigend zijn. Bij een bepaalde mate van sociaal isolement voelen sommige mensen zich prettig. Overigens 85% van de respondenten vindt het sociale netwerk te klein. Dit is veel, want volgende de Franse socioloog Bourdieu is het sociale kapitaal: de hulpbronnen in sociale netwerken waar mensen op kunnen rekenen en op kunnen steunen, van belang voor ieder zijn sociale omgeving. De positieve wisselwerking van de mens met zijn sociale omgeving is van wezenlijk belang voor het optimale gebruik van zijn levenskapitaal. Ook heeft de individualisering in de samenleving hieraan bijgedragen. Het is voor cliënten vaak lastig om deel te nemen aan de maatschappij. Zij kunnen hierdoor makkelijk in een isolement terecht komen. Bij veel cliënten van het ACT is het sociale netwerk in de loop van de tijd achteruit gegaan. Dit geldt zowel voor de omvang van het netwerk (het aantal personen dat er deel van uitmaakt) als de kwaliteit (de mate van positieve ondersteuning). Een steunend netwerk van sociale relaties is voor ieders gezondheid van belang. Dit geldt in het bijzonder voor psychosociaal kwetsbare mensen. Steun geeft houvast en bescherming tegen terugval. Een steunend sociaal netwerk geeft gelegenheid om sociale rollen te vervullen. Bij het ondersteunen van gewenste relaties heeft het merendeel van de respondenten van niemand ondersteuning nodig. Het kan zijn dat cliënten vinden dat deze relatie vanzelfsprekend hoort te zijn of omdat zij zich schamen.

Het merendeel van de respondenten onderneemt weinig activiteiten met anderen. De activiteiten die zij ondernemen zoals koffie drinken, wandelen en winkelen, doen zij vaak alleen. Echter zij hebben de wens om activiteiten te ondernemen en contacten te leggen. Koffie drinken is iets wat door alle cliënten wordt gedaan, dit kan meer als tijdverdrijf gezien worden dan een activiteit die ondernomen wordt. Dit geeft de eenzaamheid van cliënten weer. Andere activiteiten die sommige respondenten ondernemen zijn: roken, vissen, blowen en bidden. Deze activiteiten worden vaak alleen ondernomen. Daarnaast doen de respondenten een aantal activiteiten met ouders, broers/ zussen en vrienden en vriendinnen. Dit zijn de mensen die dichtbij staan en waarmee het contact regelmatig plaatsvindt en vanzelfsprekend is.

Conclusie met betrekking tot hulpverlenende instantie

De volgende conclusies hebben betrekking op het formele netwerk van cliënten. De cliënten die meegewerkt hebben aan het interview staan vaak met meerdere hulpverleners in contact. Dit heeft te maken met de problematiek die vaak complex is, waardoor de hulpverlening niet door één instantie verleend kan worden. Alle respondenten hebben contact met GGNet. Dit komt doordat het onderzoek binnen GGNet is uitgevoerd. De meeste respondenten hebben enkele keren per week contact met GGNet. Ook heeft bijna de helft van de respondenten contact met de woningbouwvereniging. Dit contact is voornamelijk jaarlijks.

Ondanks dat een ACT- team hulp biedt aan mensen met een verslaving is het bijzonder dat weinig respondenten contact hebben met Tactus, Omnizorg en Iriszorg. Deze instellingen werken samen, maar GGNet heeft er destijds voor gekozen zich hierbij niet aan te sluiten. Zij vonden het belangrijker om het budget in ambulante begeleiding te investeren in plaats van mee te doen aan het nieuwe project wat in Apeldoorn gestart is. Het valt op dat de respondenten vaak meerdere keren per week contact hebben met een hulpverlenende instantie. De helft van de respondenten vindt dat de hulpverlening met niemand contact moet leggen over hen. 35% is van mening dat de hulpverlening contact moet leggen met familie.

Conclusie met betrekking tot gezondheid

De helft van de respondenten geeft aan geen last te hebben van psychische klachten. Dit is bijzonder, omdat ieder van hen contact heeft met GGNet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het ziekte-inzicht bij deze doelgroep laag is.

De meeste respondenten die aangeven psychische klachten te hebben, ervaren ook belemmeringen. De grootste belemmeringen zijn initiatief nemen en plezier hebben. Dit zijn twee negatieve symptomen van schizofrenie. Deze verschijnselen ontbreken, maar zouden er wel moeten zijn. 62% van de respondenten die belemmeringen ervaren, hebben ondersteuning van een hulpverlenende instantie. 25% die graag ondersteuning zouden willen hebben, ontvangen die graag van een hulpverlenende instantie. 13% van de respondenten die belemmeringen ervaart, kan niet aangeven waarom hij geen ondersteuning wil.

40% van de respondenten geeft aan last te hebben van lichamelijke klachten. De meerderheid van de respondenten die aangeven lichamelijke klachten te hebben, ervaren ook belemmeringen. De grootste belemmeringen zijn moeite hebben om ergens naar toe te gaan en om het huishouden te doen. Deze belemmeringen kunnen cliënten beperken om hun netwerk uit te breiden. Van de respondenten die belemmeringen ervaren heeft 71% ondersteuning, waarvan 80% van een hulpverlenende instantie en 20% van familie. Degene die graag ondersteuning zouden willen hebben, ontvangt de helft dit graag van een hulpverlenende instantie en de andere helft van familie.

Conclusies met betrekking tot werk en dagbesteding

Meer dan de helft van de respondenten ervaart belemmeringen op het gebied van werk en dagbesteding. Niet in staat zijn om werk en dagbesteding te doen en andere problemen, zijn de grootste belemmeringen op het gebied van werk en dagbesteding. 56% van de respondenten die belemmeringen ervaren hebben ondersteuning, waarvan 80% van een hulpverlenende instantie en 20% van familie. 44% die graag ondersteuning zouden willen hebben, ontvangt dit net zo graag van een hulpverlenende instantie als van familie.

Conclusies met betrekking tot wonen

De helft van de respondenten ervaart belemmeringen op het gebied van wonen. De voornaamste belemmering op het gebied van wonen is problemen met de burens. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het percentage dat contact heeft met de woningbouwvereniging. 90% van de respondenten die belemmeringen ervaren heeft ondersteuning van een hulpverlenende instantie. 10% van de respondenten die belemmeringen ervaren geeft aan geen ondersteuning nodig te hebben op het gebied van wonen.

Conclusies met betrekking tot financiën

Meer dan de helft van de respondenten ervaart geen belemmeringen op het gebied van financiën. Van de respondenten die belemmeringen ervaren zijn de grootste belemmeringen, geen overzicht over inkomsten en uitgaven en moeite om beslissingen te nemen over geld.

66% van de respondenten die belemmeringen ervaren hebben ondersteuning, waarvan 100% van een hulpverlenende instantie. 17% die graag ondersteuning zouden willen hebben, ontvangen dit graag van een hulpverlenende instantie. 17% van de respondenten die belemmeringen ervaren geeft aan geen ondersteuning nodig te hebben op het gebied van financiën.

Algemene conclusie

Voor mensen die de doelgroep van het ACT- team willen benaderen, is het van belang dat het zo laagdrempelig mogelijk gebeurt. Zoek hen zelf op, op een plaats waar deze doelgroep komt. Werk aan het opbouwen van vertrouwen, door hen persoonlijk te benaderen. Dit is zeer tijdsintensief, maar wel succesvol.

Eigen visie en discussiepunten

De volgende onderzoeksvraag is onderzocht:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

We hadden geen idee wat de behoeften en wensen van de cliënten waren. Omdat het ACT- team net is opgestart, was het onderzoek een mooie ingang om te kijken wat de behoeften van de cliënten zijn. De doelgroep is “zorgmijndend” en daarom is het van belang dat de hulpverlening contact heeft met het sociale netwerk van de cliënt. GGNet heeft een familieraad en een familiebeleid. Deze hebben als doel de belangen van familieleden van cliënten te behartigen. Ook willen zij bevorderen dat de familie betrokken wordt bij de zorg voor de cliënt. Dat probeert de familieraad op verschillende manieren te verwezenlijken. De familieraad organiseert ontmoetingsavonden om elkaar onderlinge steun te bieden, ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Bovendien probeert de familieraad de relatie tussen behandelaars en familie waar nodig te verbeteren. Ook in de media wordt er veel aandacht geschonken aan het familiebeleid.

Uit ons onderzoek komt naar voren, dat de helft van de ACT- cliënten niet wil dat de hulpverlening contact legt met anderen over hen. Wij vragen ons af of het verstandig is om contact met familie te leggen. Moet de familie van een ACT- cliënt bij de behandeling betrokken worden, omdat dit de hulpverlening bevordert of moet er naar de wensen van de cliënt gekeken worden? De kans is aanwezig dat er een nog grotere afstand tussen de hulpverlener en cliënt ontstaat als er contact gelegd wordt met de familie en de cliënt het hier niet mee eens is. Wij denken dat het belangrijk is om per cliënt te kijken wat de wensen zijn en dat je als hulpverlener een afweging maakt in het belang van de cliënt. Het is goed om dit in het team te bespreken en te kijken wat de visies zijn van de andere hulpverleners. Zo wordt eenduidig besluit genomen. Familie kan ook ondersteund worden aan de hand van psycho- educatie zonder dat er informatie over de betreffende cliënt gegeven wordt of toestemming nodig is.

Het is ons opgevallen dat cliënten weinig contact hebben met Tactus, Iriszorg en Omnizorg. Omnizorg werkt samen met andere ggz- instellingen. Door deze samenwerking wordt het mogelijk gemaakt cliënten een totaalpakket van behandeling aan te bieden. GGNet heeft eigen cliënten en een eigen aanbod van diensten en producten. Dit maakt dat er te weinig sprake is van onderlinge samenwerking met andere ggz- instellingen, dit komt vooral ook door de marktwerking binnen de ggz. Wij vinden dat dit de hulpverlening niet bevordert.

Cliënten geven aan meer contacten te willen hebben met mensen van een hobby of verenigingsleven. Dit kan te maken hebben met het feit dat ze weinig tot geen dagbesteding hebben en toch graag invulling willen geven aan hun dag. Ook blijkt dit uit de activiteiten die ze ondernemen zoals koffie drinken en een praatje maken. Binnen Apeldoorn zijn verschillende mogelijkheden om bij een hobby of verenigingsleven aan te sluiten, maar ook GGNet biedt mogelijkheden voor dagbesteding. Het is opmerkelijk dat GGNet, mogelijkheden aanbiedt, maar dat cliënten hier geen gebruik van maken. Wij vragen ons af waar dit mee te maken heeft? Willen de cliënten in contact komen met mensen die geen psychiatrische problematiek hebben? Worden ze niet voldoende gemotiveerd? Zijn ze op de hoogte van dit aanbod? Sluit het aanbod van dagbesteding voldoende aan bij de behoeften en wensen van de cliënt? Voor antwoord op deze vragen zal nader onderzoek verricht moeten worden.

Wij hebben geconstateerd dat een deel van de cliënten geen ondersteuning ontvangt voor psychische klachten. Dit is opmerkelijk, omdat het ACT- team juist hulp hoort te bieden bij dit probleem. Cliënten geven aan dat ze hiervoor graag hulp ontvangen van een hulpverlenende instantie. Het lijkt er op dat het behandel aanbod, voornamelijk gebaseerd is op het medische model, waarbij vooral gefocussed wordt op het functioneren op microniveau en niet voldoende aansluit bij de sociale problemen van de doelgroep.

De meeste cliënten geven aan geen belemmeringen te ervaren in het regelen van financiën. Dit is opmerkelijk, want tijdens de vergaderingen van het ACT- team komt naar voren dat de financiële situatie van cliënten niet op orde is. De hulpverleners hebben weinig tijd voor het regelen van dit probleem. In het ACT- team zitten verschillende disciplines, maar een maatschappelijk werker ontbreekt. Een kerntaak van het maatschappelijk werk is concrete en informatieve hulpverlening, waar materiële hulpverlening goed bij past. Het is de taak van de hulpverlening om cliënten wegwijs te maken over de mogelijkheden rondom financiën. Vaak is er veel onwetendheid, waardoor zij niet optimaal gebruik maken van de bepaalde regelingen die worden aangeboden. Wij vinden dat de hulpverleners dit probleem aan moeten pakken, ook al ziet de cliënt dit probleem zelf niet. Hoe langer gewacht wordt met actie ondernemen, hoe groter dit probleem zal gaan worden. Voldoende geld is een belangrijke voorwaarde om contacten te onderhouden (kosten hobby etc.). Het regulier maatschappelijk werk in Apeldoorn doet amper iets voor deze doelgroep. Het begeleiden van mensen met psychiatrische problematiek en problemen met financiën vraagt specifieke vaardigheden, vooral in de interactie, en kennis die hulpverleners uit de reguliere eerstelijns hulpverlening vaak niet hebben. Bovendien is er het beleid van het AMW (MDV) hier dat GGNet voor de mensen met psychopathologie is en het AMW voor mensen met psychosociale problemen. In andere regio's is deze scheiding minder strikt. Dat betekent dat er beleid gemaakt moet worden welke instantie mensen met deze problematiek gaat begeleiden. Als het AMW dat niet doet moet GGNet het doen. Of een andere instelling, zoals het Leger des Heils kan dit oppakken. Of dat, inhoudelijk of concurrentieoverwegingen wenselijk is, blijft een discussiepunt.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Om de opdrachtgever, GGNet, goed te kunnen adviseren zijn aanbevelingen opgesteld. Deze zijn gebaseerd op de hiervoor genoemde resultaten en conclusies naar aanleiding van het onderzoek.

Onderzoeksvraag:

“Wat is de behoefte van ACT- cliënten op het gebied van het sociale netwerk?”

6.1 Alle categorieën

Uit de conclusies komt naar voren dat ACT- cliënten al veel ondersteuning krijgen op de verschillende gebieden. Dit krijgen zij van een hulpverlenende instantie, omdat deze cliënten veel hulp nodig hebben en daarom ook tot een ACT- team behoren. Toch zijn er een aantal dingen die opvallen en daar willen we de hulpverleners over adviseren.

Zoals in de eigen visie en discussiepunten is beschreven heeft GGNet een familiaaraad en een familiebeleid. Er zou gekeken kunnen worden of dit in het ACT- team inzetbaar is en of dit in de behoefte van de cliënten voorziet. Hier is nader onderzoek voor nodig. Aan familie kan de eenzaamheid van cliënten worden weergegeven. Daarnaast kan de behoefte van de cliënten in beeld worden gebracht. De familie kan op deze behoeften en wensen inspelen. Het is van belang om familieleden bij de hulpverlening te betrekken, omdat zij een belangrijke rol vervullen voor een vitaal sociaal netwerk.

Bij contacten en frequentie komt naar voren dat veel cliënten bij familiecontact aangeven dat ze graag een partner zouden willen hebben. Cliënten die kinderen hebben, willen het contact met hen verbeteren. Als hulpverlener kan je in het contact met kinderen bemiddelen. Vaak is er veel gebeurd in de relatie met kinderen, maar ook met ex- partner, daardoor is het moeilijk om contact te hebben en te onderhouden. De behoefte is wel aanwezig en de hulpverlener kan hierin een steunende factor zijn.

Om contact te leggen met een eventuele partner, kan een cliënt hier met een hulpverlener over in gesprek gaan. De meeste cliënten hebben geen ondersteuning nodig, ze vinden dat dit vooral uit henzelf moet komen. Dit kan te maken hebben met schaamte of met de symptomen van het ziektebeeld. Het is van belang om de hulpverlening aan te passen aan de hulpvraag die de cliënt heeft op dat gebied.

De helft van de cliënten geeft aan geen last te hebben van psychische klachten. Dit geeft aan dat er weinig ziekte- inzicht is bij deze doelgroep. Mensen hebben nergens last van en willen graag deelnemen aan de maatschappij. Cliënten willen graag meer vrienden en vriendinnen en contacten met mensen van een hobby of verenigingsleven hebben. Als hulpverlener is het belangrijk om de cliënten te informeren over de mogelijkheden die er zijn met betrekking tot hobby en verenigingsleven. Op deze manier kan de cliënt zelf kijken wat hen leuk lijkt en daar eventueel gebruik van maken. Als hulpverlener bied je de cliënt ondersteuning, maar laat de verantwoordelijkheid wel bij de cliënt zelf. Hobby en verenigingsleven is een aandachtspunt. Bij eigen visie en discussiepunt wordt beschreven dat het nader onderzocht dient te worden.

Veel cliënten zouden graag hun netwerk uit willen breiden. Ze zijn van mening dat dit toch vooral vanuit henzelf moet komen en geven aan dat ze hierbij geen ondersteuning nodig hebben. Gezien de doelgroep is dit hoogstwaarschijnlijk niet haalbaar. Ze ervaren vaak veel problemen bij initiatief nemen en hebben moeite om plezier te hebben. Binnen GGNet worden verschillende trainingen, cursussen en modules aangeboden die cliënten hierbij kunnen ondersteunen. Deze worden veelal in een groep aangeboden. Het kan zijn dat het voor deze doelgroep niet voor iedereen haalbaar is, omdat zij zorgmijndend zijn. De hulpverlening wordt aan huis geboden en voor sommigen is het lastig om ergens naar toe te gaan. Voor degenen die in staat zijn om aan een groep deel te nemen en problemen ervaren met initiatief nemen en plezier hebben, kan het goed zijn om de volgende trainingen te volgen: Goldsteintraining en assertiviteitstraining. Voor de mensen die niet deel kunnen nemen aan een groep, kan de hulpverlener individueel in het hulpverleningscontact aspecten van deze trainingen toepassen. Als hulpverlener is het van belang om te kijken waar de cliënten tegenaan lopen en hier het behandelaanbod op aan te passen.

Clënten hebben met meerdere instanties contact. De meeste cliënten vinden dat de hulpverlening met niemand contact over hen moet leggen. In het belang van de hulpverlening is het wel noodzakelijk om contact met andere instanties te onderhouden. Als hulpverlener is het daarom belangrijk om eerst met de cliënt bespreekbaar te maken waarom er contact nodig is met een andere instantie. Zo wordt de cliënt erbij betrokken en weet de cliënt wat er met de gegevens gebeurt. GGNet zou hun cliënten niet alleen bij hun eigen organisatie moeten houden, maar ook moeten verwijzen naar andere ggz- instellingen. Op deze wijze kan er gebruik gemaakt worden van kwaliteiten van de verschillende instellingen. Bijvoorbeeld kennis en expertise. Het doel is samen het aanbod van voorzieningen voor mensen met een psychiatrische problematiek sterker te maken. Onderlinge afstemming is nodig om te voorkomen dat er dingen dubbelop gedaan worden, er langs elkaar heen gewerkt wordt of verschillende invalshoeken gekozen worden. Wanneer een andere instelling specialistische zorg heeft moet er verwijzing plaatsvinden. Voor GGNet is het van belang om in kaart te brengen met welke instanties er samengewerkt kan worden.

Momenteel wordt er bij GGNet veel aandacht aan familie van cliënten geschonken. Zij vinden het prettig om bij de hulpverlening van de cliënt betrokken te worden. Uit het onderzoek komt naar voren dat 35% het goed vindt dat de hulpverlening contact heeft met familie maar 50% vindt dat de hulpverlening met niemand contact moet leggen over hen. Als hulpverlener is het dus van belang te kijken wat hierin de wens van de cliënt is en daar zo goed mogelijk rekening mee probeert te houden.

De grootste belemmering op het gebied van wonen, zijn de problemen met de burens. GGNet kan hierbij ondersteuning bieden, door middel van “kwartiermaken”. “Kwartiermaken” is het bijeen brengen van twee werelden, die van standaardburgers en die van kwetsbare groepen. Contact blijkt overigens ook de beste remedie om vooroordelen en stereotyperingen tegen te gaan. Om “kwartiermaken” vorm te geven, kan het ACT- team van GGNet hierop beleid maken.

Meer dan de helft van de cliënten ervaart geen belemmeringen op het gebied van financiën. Dit is bijzonder, omdat uit het ACT- team naar voren komt dat veel cliënten ondersteuning nodig hebben bij het regelen van hun financiën. De cliënt heeft geen inzicht en gaat er vanuit dat alles goed gaat. Wij adviseren GGNet maatschappelijk werkers aan te nemen of de financiën van cliënten uit te besteden aan gespecialiseerde organisaties.

6.2 Wat verder nog opvalt

Wij hebben ervaren dat het lastig is om in contact te komen met mensen met een ernstige psychiatrische problematiek. Wij hebben cliënten uit het ACT- team geïnterviewd, die contact hebben met meerdere hulpverleners. Ons eerste plan was om cliënten telefonisch te benaderen. We zijn erachter gekomen dat dit niet de juiste manier is. De cliënt kent ons nog niet, waardoor er nog geen vertrouwensrelatie is. Daarna hebben we bedacht dat de hulpverleners ons zullen introduceren. In een brief aan de hulpverleners hebben we uitgelegd wat de bedoeling is en aan de hand daarvan kunnen zij de cliënten op de hoogte stellen. Deze manier is erg omslachtig, want hulpverleners hebben er niet aan gedacht om cliënten hiervoor te benaderen. Uiteindelijk is het met behulp van de hulpverleners en de depotpoli gelukt om cliënten te vinden die meegewerkt hebben aan het interview. We zijn meegegaan op huisbezoek en hebben zelfs op straat de cliënten opgezocht.

De cliënten vonden het moeilijk om mee te werken aan dit interview. Hun ziektebeeld, met name de achterdocht, heeft hierin een grote rol gespeeld. De angst dat hun gegevens bekend zullen worden, is de voornaamste reden dat cliënten niet deel willen nemen aan het interview. Wij hebben aangegeven dat de gegevens anoniem verwerkt worden, maar dit heeft de angst niet weggenomen. Het kan zijn dat de antwoorden zijn beïnvloed door schaamte. Bij de vragen over psychische klachten kan het ook zijn dat cliënten hierop geen antwoord durven geven in verband met vooroordelen over mensen met psychiatrische problematiek.

Het is opmerkelijk dat er grote verschillen zijn tussen de cliënten. Ondanks het makkelijke taalgebruik, begrijpen een aantal cliënten de vraagstelling niet. Ook de tijdsduur is voor sommige cliënten te lang. Ze vinden het moeilijk om zich goed te blijven concentreren en dwalen meestal af.

Anderen wijken erg af van de vragen en geven meer informatie, dan waar om gevraagd wordt. Wij vinden dit een leuke ervaring, maar wij hebben ons beperkt tot de antwoorden die voor ons van belang zijn voor het onderzoek.

Literatuurlijst

Boeken

- Plooy, A., Rooijen, S.van.& Weeghel, J. van. (2008-2009). *Psychiatrische rehabilitatie Jaarboek*. Amsterdam: SWP.
- Nijhuis, W.J. (1993). *Wijkgericht werken in het algemeen maatschappelijk werk*. Den Haag: Haagse Hogeschool.
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (2008). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Nieuwegein: Drukkerij Anraad.
- Lans, J., van der. & Kuypers, P. (1994). *Naar een modern paternalisme*. Amsterdam: De Balie.
- Mulder, C.L. & Kroon, H. (2006). *Assertive Community Treatment* (tweede druk). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Koster van Groos, G.A.S. (2000). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV* (vijfde druk). Meppel: Krips Repro.
- Baars, H., Uffing, H. & Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schuringa, A.A.J. (1991). *Leren en leven met groepen De netwerkmethode*. Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wilken, J.P. & Hollander, D., den. (2003). *Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering* (vierde ongewijzigde druk). Utrecht: SWP.
- Steehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, J., van der., Vet, D., de. & Witteveen, M. (1999). *Leren communiceren Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie* (vierde herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Holstvoogd, R. (1995). *Maatschappelijk werk in kerntaken*. Houten/Diegem, Bohn Stafleu van Loghum.
- Bunthof, A. & Visscher, Y. M. (2006). *Mens en recht Basisboek voor Social Work* (zesde druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Vakbladen en publicaties

- Plooy, A. (2009). *Ervaringsdeskundige is in de eerste plaats bondgenoot*. Psy, nr 5, pp. 36-37.
- Delft, S. van. (2008) *Betaalde ervaringsdeskundigen critici van de hulpverlening*. Psy, nr 1, pp.26-32
- Verhaegh, M.J.M. Bongers, I.M.B. Kroon, H. Garretsen, H.F.L. *Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose*. Tijdschrift voor psychiatrie nr. 49, november 2007
- *Doorbreek het isolement*
Week van de psychiatrie, 27 maart t/m 2 april 2006.

Website

- <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl>
- <http://www.omnizorg-apeldoorn.nl>
- <http://www.rehabilitatie.nl>
- <http://www.bureaujeugdzorg.nl>
- <http://www.politie.nl>
- <http://www.ggnet.nl>
- <http://www.iriszorg.nl>
- <http://www.legerdesheils.nl>
- <http://www.meeveluwe.nl>
- <http://www.de-passerel.nl>
- <http://www.ribwoostveluwe.nl>
- <https://www.werk.nl>
- <http://www.activerium.nl>
- <http://www.apeldoorn.nl>
- <http://www.reclassering.nl>
- <http://www.igz.nl>

De online documenten en websites zijn geraadpleegd in de periode van december 2008 tot en met mei 2009. Exacte data onbekend.

Bijlage 1 Vragenlijst

Interview ACT- cliënten

Even voorstellen

Wij zijn Margreet Boerdam en Kristel Bosman en we zitten in het vierde jaar van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle. In verband met ons afstuderen doen wij een onderzoek voor het ACT- team van GGNet.

Inleiding

Allereerst willen we u bedanken voor uw medewerking aan dit interview. Eén van ons heeft in het derde jaar stage gelopen bij GGNet. Het leek ons leuk om binnen GGNet een onderzoek te doen voor ons afstuderen. Na enig overleg is hier uitgekomen dat we de contacten van cliënten uit het ACT- team met anderen willen onderzoeken. We willen graag weten wat jullie wensen en behoeften zijn. De vragen zullen gaan over uw contacten met familie, vrienden en hulpverlenende organisaties. We gaan kijken of u problemen ervaart en naar wie u toe gaat met die problemen. De gegevens van dit interview zullen anoniem verwerkt worden in het onderzoek. Het interview duurt ongeveer 30 minuten.

Algemene gegevens

Eerst willen we u wat algemene vragen stellen:

Vraag 1. Wat is uw geslacht?

- ☐ man
- ☐ vrouw

Vraag 2. Wat is uw leeftijd?

- ☐ 20 tot 35 jaar
- ☐ 35 tot 50 jaar
- ☐ 50 tot 65 jaar

Vraag 3. Wat is uw samenlevingsvorm?

- ☐ gehuwd
- ☐ geregistreerd partnerschap
- ☐ ongehuwd
- ☐ ongehuwd samenwonend
- ☐ lat-relatie

Vraag 4. Wat is uw woonsituatie op dit moment?

- ☐ ik woon zelfstandig
- ☐ ik woon zelfstandig, maar ik verblijf op dit moment tijdelijk op een afdeling van een instelling
- ☐ ik woon zelfstandig (begeleid wonen)
- ☐ ik ben thuisloos *ga door naar vraag 7*
- ☐ ik ben thuisloos, maar ik verblijf op dit moment op een afdeling van een instelling *ga door naar vraag 7*

Vraag 5. Wat voor soort woning woont u?

- ☐ vrijstaand
- ☐ twee onder één kap
- ☐ rijtjeswoning
- ☐ flat
- ☐ caravan/ tent

Vraag 6. Hoe ziet uw huishouden eruit?

- ☐ ik woon zelfstandig
- ☐ ik woon samen met mijn kind(eren)
- ☐ ik woon samen met partner
- ☐ ik woon samen met partner en kind(eren)
- ☐ ik woon samen met huisgenoten
- ☐ ik woon samen met mijn ouders (eventueel broers/ zussen)

Contacten en frequentie

De volgende vragen gaan over het contact met andere mensen en hoe vaak u dit contact heeft.

Vraag 7. Met wie van de onderstaande mensen heeft u contact en hoe vaak?

	partner	ex-partner	kinderen	ouders	schoonouders	broers,zussen
dagelijks						
enkele keren per week						
wekelijks						
twee wekelijks						
maandelijks						
eenmaal per ½ jaar						
jaarlijks						

	schoonzus, zwager	grootouders	ooms, tantes	neven, nichten
dagelijks				
enkele keren per week				
wekelijks				
twee wekelijks				
maandelijks				
eenmaal per ½ jaar				
jaarlijks				

	vrienden, vriendinnen	kennissen	collega's	buurt-contacten	hobby, verenigingsleven	oude vrienden
dagelijks						
enkele keren per week						
wekelijks						
twee wekelijks						
maandelijks						
eenmaal per ½ jaar						
jaarlijks						

Vraag 8. Wie neemt de eerste stap om contact te leggen?

	partner	ex-partner	kinderen	ouders	schoonouders	broers, zussen
wederzijds						
hoofdzakelijk vanuit de cliënt						
hoofdzakelijke vanuit genoemde persoon						
via derden						

	schoonzus, zwager	grootouders	ooms, tantes	neven, nichten
wederzijds				
hoofdzakelijk vanuit de cliënt				
hoofdzakelijke vanuit genoemde persoon				
via derden				

	vrienden en vriendinnen	kennissen	collega's	buurt- contacten	hobby, verenigingsleven	oude vrienden
wederzijds						
hoofdzakelijk vanuit de cliënt						
hoofdzakelijke vanuit genoemde persoon						
via derden						

Vraag 9. Op welke manier heb je contact met onderstaande mensen?

	partner	ex-partner	kinderen	ouders	schoonouders	broers, zussen
face to face						
telefonisch						
schriftelijk						
email/ internet						

	schoonzus, zwager	grootouders	ooms, tantes	neven, nichten
face to face				
telefonisch				
schriftelijk				
email/ internet				

	vrienden, vriendinnen	kennissen	collega's	buurt- contacten	hobby, verenigingsleven	oude vrienden
face to face						
telefonisch						
schriftelijk						
email/ internet						

Vraag 10. Hoe ziet de relatie eruit met onderstaande mensen?

meerdere antwoorden mogelijk

	zomaar een praatje maken	gezellig bij elkaar op bezoek komen	elkaar praktische hulp aanbieden	elkaar persoonlijke dingen vertellen	intiem zijn met elkaar.
partner					
ex- partner					
kinderen					
ouders					
schoonouders					
broers, zussen					
schoonzus, zwager					
grootouders					
ooms, tantes					
neven, nichten					
vrienden, vriendinnen					
kennissen					
collega's					
buurtcontacten					
hobby, verenigingsleven					
oude vrienden					
hulpverlener					

Vraag 11. Met wie van de onderstaande mensen heeft u geen contact, maar zou u dat wel willen hebben en hoe zou die relatie eruit moeten zien?

meerdere antwoorden mogelijk

	zomaar een praatje maken	gezellig bij elkaar op bezoek komen	elkaar praktische hulp aanbieden	elkaar persoonlijke dingen vertellen	intiem zijn met elkaar.
partner					
ex- partner					
kinderen					
ouders					
schoonouders					
broers, zussen					
schoonzus, zwager					
grootouders					
ooms, tantes					
neven, nichten					
vrienden, vriendinnen					
kennissen					
collega's					
buurtcontacten					
hobby, verenigingsleven					
oude vrienden					
hulpverlener					

Vraag 12. Wie zou u daarbij moeten ondersteunen?

- ☐ vrienden
- ☐ familie
- ☐ hulpverlenende instanties
- ☐ niemand

Vraag 13. Met wie onderneemt u welke activiteiten?

	koffie drinken	wandelen	fietsen	sporten	naar de kroeg	bios	winkelen	anders - - -
partner								
ex-partner								
kinderen								
ouders								
schoonouders								
broers, zussen								
schoonzus, zwager								
grootouders								
ooms,tantes								
neven, nichten								
vrienden, vriendinnen								
kennissen								
collega's								
buurtcontacten								
oude vrienden								
hulpverlener								
medecliënt								
alleen								

Hulpverlenende instanties

De volgende vragen gaan over het contact tussen u en hulpverlenende instanties.

Vraag 14. Met welke hulp- en/ of dienstverlenende instantie heeft u contact en hoe vaak?

meerdere antwoorden mogelijk

	dagelijks	enige keren per week	wekelijks	twee-wekelijks	maandelijks	halfjaarlijks	jaarlijks
Woningbouwvereniging							
Stadsbank							
Bureau Jeugdzorg							
Gemeente							
Tactus							
MEE							
Wijkagent							
RIBW							
IrisZorg							
Thuiszorg							
Voedselbank							
Omnizorg							
CWI							
UWV							
GGNet							
Reclassering							
Anders, nl.							
-							
-							
-							

Vraag 15. Met wie zou de hulpverlening contact over u moeten leggen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instanties
- ☐ niemand

Gezondheid

De volgende vragen gaan over uw psychische gezondheid.

Vraag 16. Hebt u psychische klachten?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 23

Vraag 17. Wordt u door uw psychische klachten belemmerd?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 21

Vraag 18. Welke belemmeringen ervaart u?

meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ deelname aan een gesprek
- ☐ angst om ergens naar toe te gaan
- ☐ initiatief nemen
- ☐ plezier hebben
- ☐ contact leggen met andere mensen
- ☐ aandacht en concentratieverlies
- ☐ anders nl.....

Vraag 19. Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

- ☐ ja, dat heb ik al
- ☐ ja dat zou ik graag willen
- ☐ nee

ga door naar vraag 21

ga door naar vraag 22

Vraag 20. Van wie heeft u ondersteuning?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 23

Vraag 21. Van wie zou u ondersteuning willen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 23

Vraag 22. Waarom wilt u niet ondersteund worden?

- ☐ ik heb geen ondersteuning nodig
- ☐ ik ben angstig
- ☐ ik schaam me
- ☐ ik heb een vervelende ervaring met de hulpverlening
- ☐ ik heb niet het gevoel dat het mij helpt
- ☐ anders nl.....

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke gezondheid.

Vraag 23. Hebt u lichamelijke klachten?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 31

Vraag 24. Wordt u door uw lichamelijke klachten belemmerd?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 30

Vraag 25. Welke belemmeringen ervaart u?

meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ ik heb moeite om ergens naar toe te gaan
- ☐ ik heb moeite om het huishouden te doen
- ☐ ik heb moeite om te koken
- ☐ ik heb moeite om mezelf te verzorgen
- ☐ anders nl.....

Vraag 26. Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

- ☐ ja, dat heb ik al
- ☐ ja dat zou ik graag willen
- ☐ nee

ga door naar vraag 28

ga door naar vraag 29

Vraag 27. Van wie heeft u ondersteuning?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 30

Vraag 28. Van wie zou u ondersteuning willen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 30

Vraag 29. Waarom wilt u niet ondersteund worden? *meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ ik heb geen ondersteuning nodig
- ☐ ik ben angstig
- ☐ ik schaam me
- ☐ ik heb een vervelende ervaring met de hulpverlening
- ☐ ik heb niet het gevoel dat het mij helpt
- ☐ anders nl.....

Werk en dagbesteding

De volgende vragen gaan over de invulling van uw dagelijks leven met betrekking tot werk en dagbesteding.

Vraag 30. Ervaart u belemmeringen in uw werk- of dagbesteding?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 36

Vraag 31. Welke belemmeringen ervaart u?

meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ ik wil geen werk- of dagbesteding
- ☐ ik heb vervelende ervaring met werk- of dagbesteding
- ☐ ik ben niet in staat om werk- of dagbesteding te doen
- ☐ ik weet niet goed wat voor werk- of dagbesteding ik zou willen
- ☐ anders nl.....

Vraag 32. Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

- ☐ ja, dat heb ik al
- ☐ ja dat zou ik graag willen
- ☐ nee

ga door naar vraag 34

ga door naar vraag 35

Vraag 33. Van wie heeft u ondersteuning?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 36

Vraag 34. Van wie zou u ondersteuning willen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 36

Vraag 35. Waarom wilt u niet ondersteund worden? *meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ ik heb geen ondersteuning nodig
- ☐ ik ben angstig
- ☐ ik schaam me
- ☐ ik heb een vervelende ervaring met de hulpverlening
- ☐ ik heb niet het gevoel dat het mij helpt
- ☐ anders nl.....

Wonen

De volgende vragen gaan over problemen met betrekking tot uw woonsituatie

Vraag 36. Ervaart u belemmeringen op het gebied van wonen?

- ☐ ja
- ☐ nee

ga door naar vraag 42

Vraag 37. Welke belemmeringen ervaart u?

meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ ik heb problemen met de buren
- ☐ ik heb moeite om mijn huishouden te doen
- ☐ ik kan dingen niet zelf repareren
- ☐ ik ben niet tevreden met mijn woning
- ☐ ik ben niet tevreden over de omgeving waarin ik woon
- ☐ anders nl.....

Vraag 38. Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

- ☐ ja, dat heb ik al
- ☐ ja dat zou ik graag willen
- ☐ nee

ga door naar vraag 40

ga door naar vraag 41

Vraag 39. Van wie heeft u ondersteuning?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 42

Vraag 40. Van wie zou u ondersteuning willen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

ga door naar vraag 42

Vraag 41. Waarom wilt u niet ondersteund worden? *meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ ik heb geen ondersteuning nodig
- ☐ ik ben angstig
- ☐ ik schaam me
- ☐ ik heb een vervelende ervaring met de hulpverlening
- ☐ ik heb niet het gevoel dat het mij helpt
- ☐ anders nl.....

Financiën

De volgende vragen gaan over uw financiële situatie.

Vraag 42. Ervaart u belemmeringen in het regelen van uw financiën?

- ☐ ja
- ☐ nee

u bent klaar met het invullen

Vraag 43. Welke belemmeringen ervaart u?

meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ ik heb geen overzicht over mijn inkomsten en uitgaven
- ☐ ik begrijp mijn post niet
- ☐ ik vind het moeilijk om beslissingen te nemen over mijn geld
- ☐ ik ervaar veel stress bij het regelen van mijn financiën
- ☐ anders nl.....

Vraag 44. Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?

- ☐ ja, dat heb ik al
- ☐ ja dat zou ik graag willen
- ☐ nee

ga door naar vraag 46

ga door naar vraag 47

Vraag 45. Van wie heeft u ondersteuning?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

u bent klaar met het invullen

Vraag 46. Van wie zou u ondersteuning willen?

- ☐ familie
- ☐ vrienden
- ☐ hulpverlenende instantie
- ☐ niemand

u bent klaar met het invullen

Vraag 47. Waarom wilt u niet ondersteund worden? *meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ ik heb geen ondersteuning nodig
- ☐ ik ben angstig
- ☐ ik schaam me
- ☐ ik heb een vervelende ervaring met de hulpverlening
- ☐ ik heb niet het gevoel dat het mij helpt
- ☐ anders nl.....

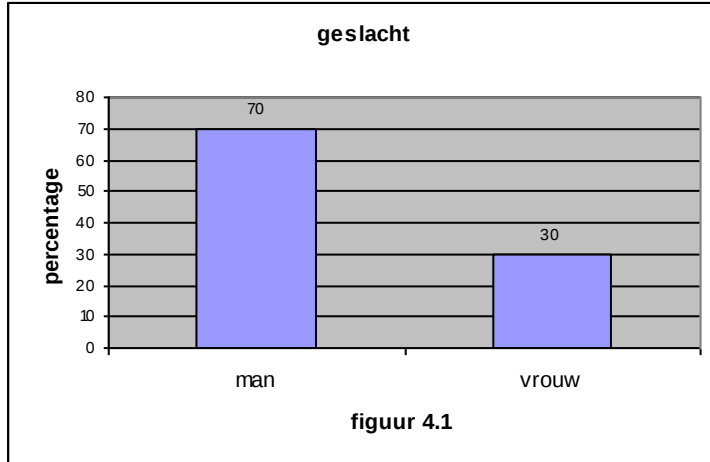
Bedankt voor uw medewerking

Bijlage 2 Onderzoeksresultaten

Onderzoeksresultaten

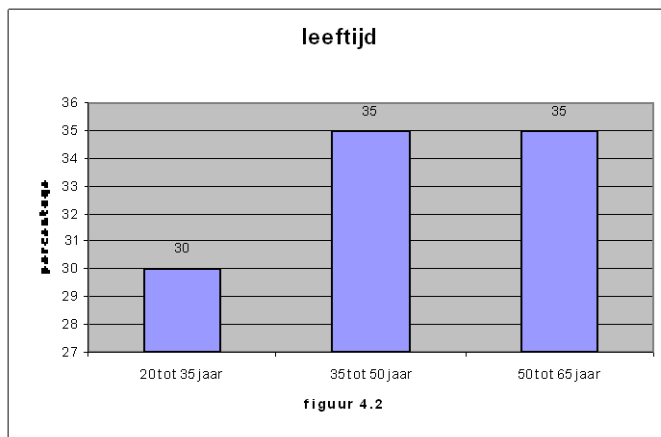
4.1 Resultaten algemene gegevens

Wat is uw geslacht?



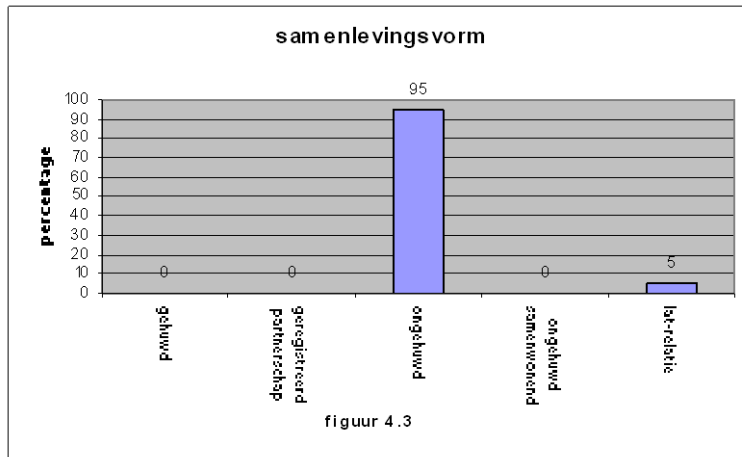
Van de respondenten is 70% van het mannelijke geslacht en 30% van het vrouwelijke geslacht.

Wat is uw leeftijd?



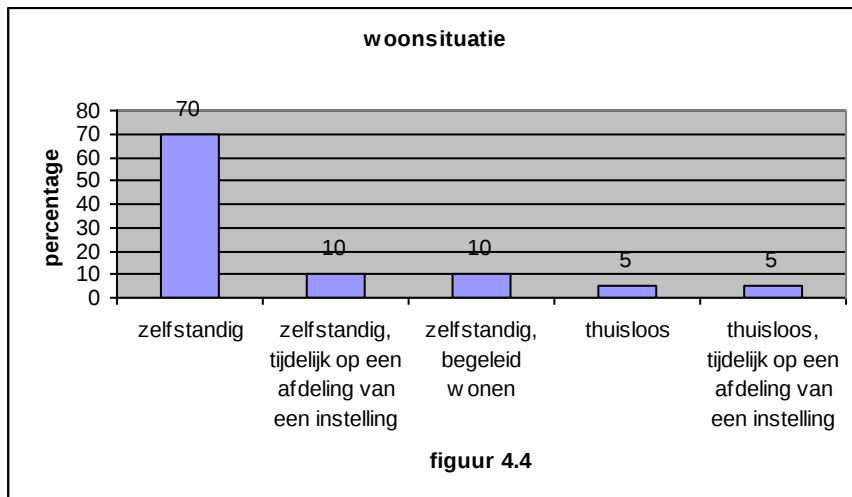
Van de respondenten is 30% in de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar, 35% in de leeftijdscategorie van 35 tot 50 jaar en 35% in de leeftijdscategorie van 50 tot 65 jaar.

Wat is uw samenlevingsvorm?



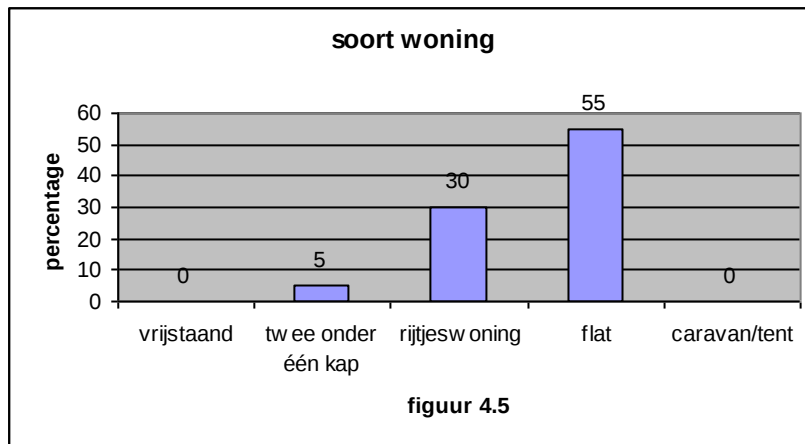
Van de respondenten is 95% ongehuwd en 5% heeft een latrelatie.

Wat is uw woonsituatie op dit moment?



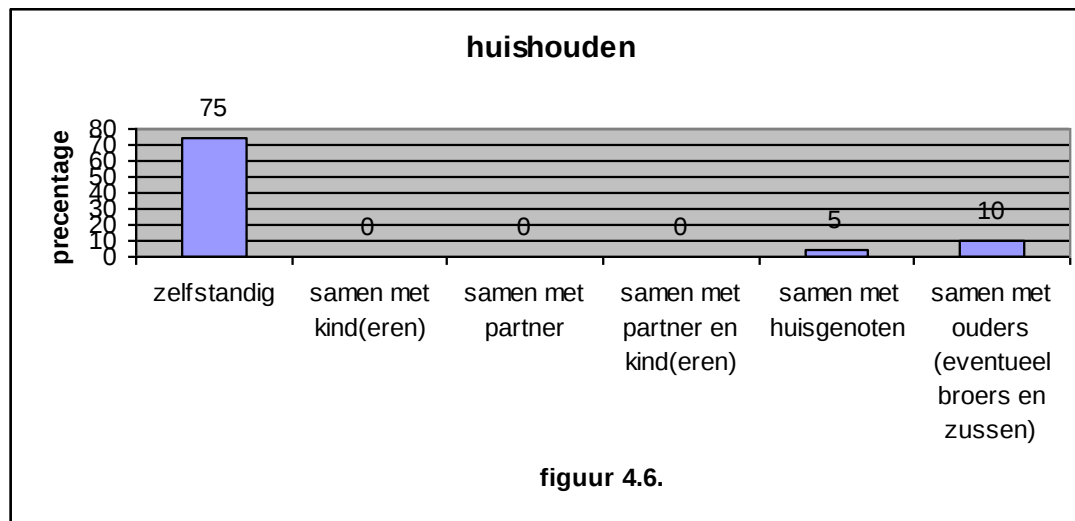
- 70% van de respondenten woont zelfstandig.
- 10% woont zelfstandig, maar verblijft op dit moment tijdelijk op een afdeling van een instelling.
- 10% woont begeleid in een woonvorm van een instelling.
- 5% is thuisloos.
- 5% is thuisloos, maar verblijft op dit moment tijdelijk op een afdeling van een instelling.

In wat voor soort woning woont u?



10% van de respondenten heeft geen woning. Van de respondenten woont 5% in een twee onder één kap woning. 30% woont in een rijtjeswoning en 55% woont in een flat.

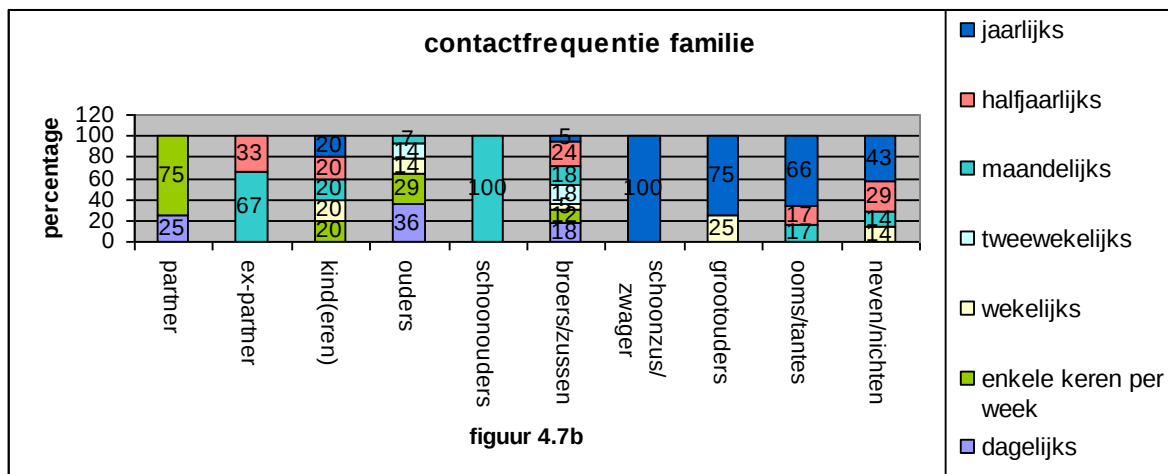
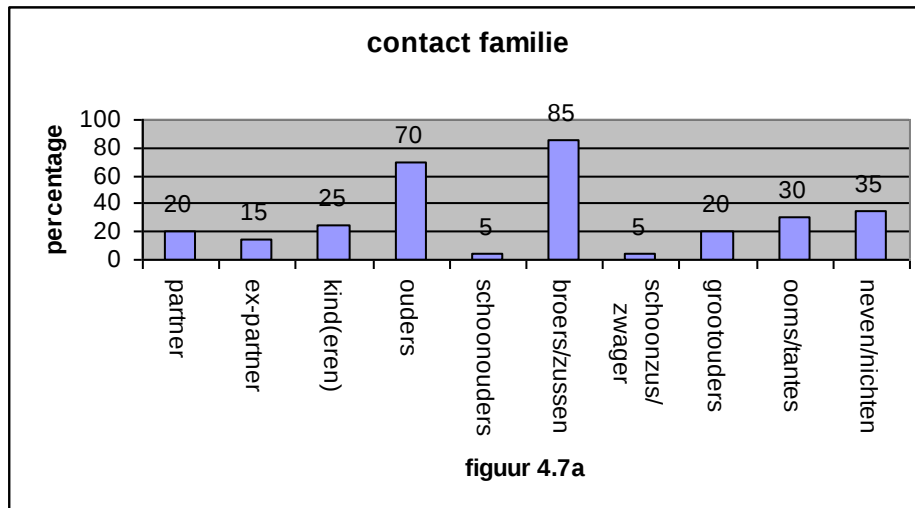
Hoe ziet uw huishouden eruit?



10% van de respondenten heeft geen huishouden. Van de respondenten woont 75% zelfstandig. 5% woont samen met huisgenoten en 10% woont samen met ouders en eventueel broer/ zussen.

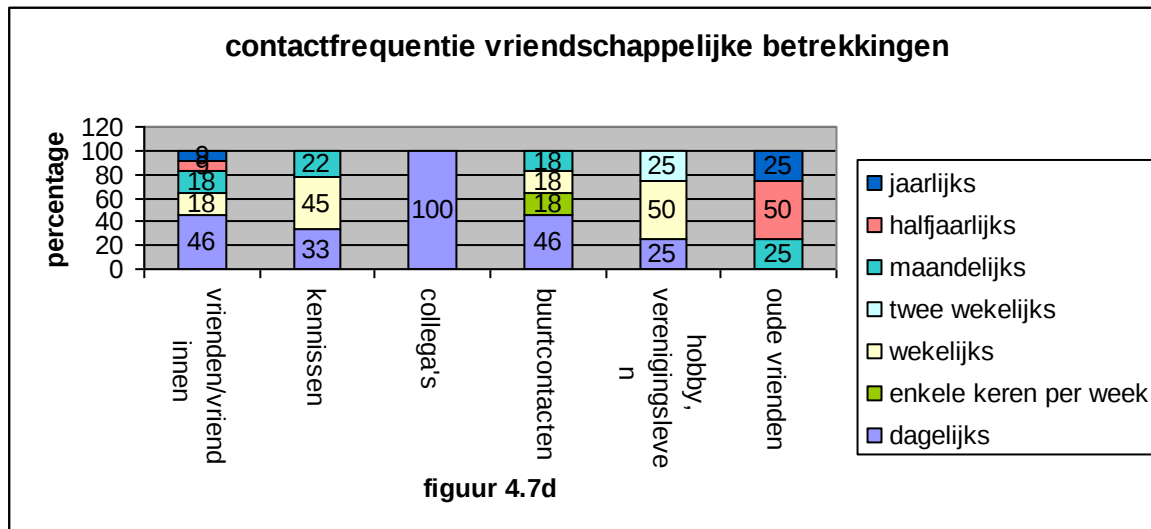
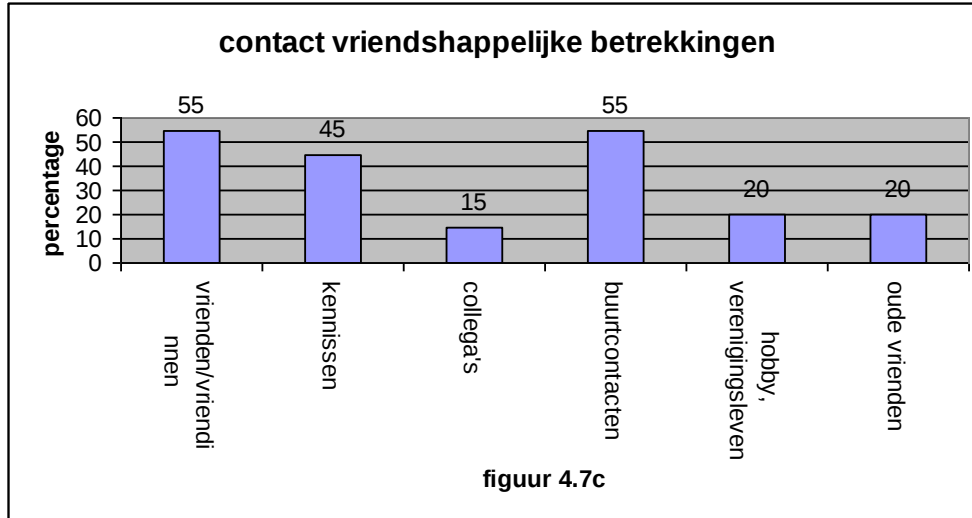
4.2 Resultaten contacten en frequentie

Met wie van de onderstaande mensen heeft u contact en hoe vaak?



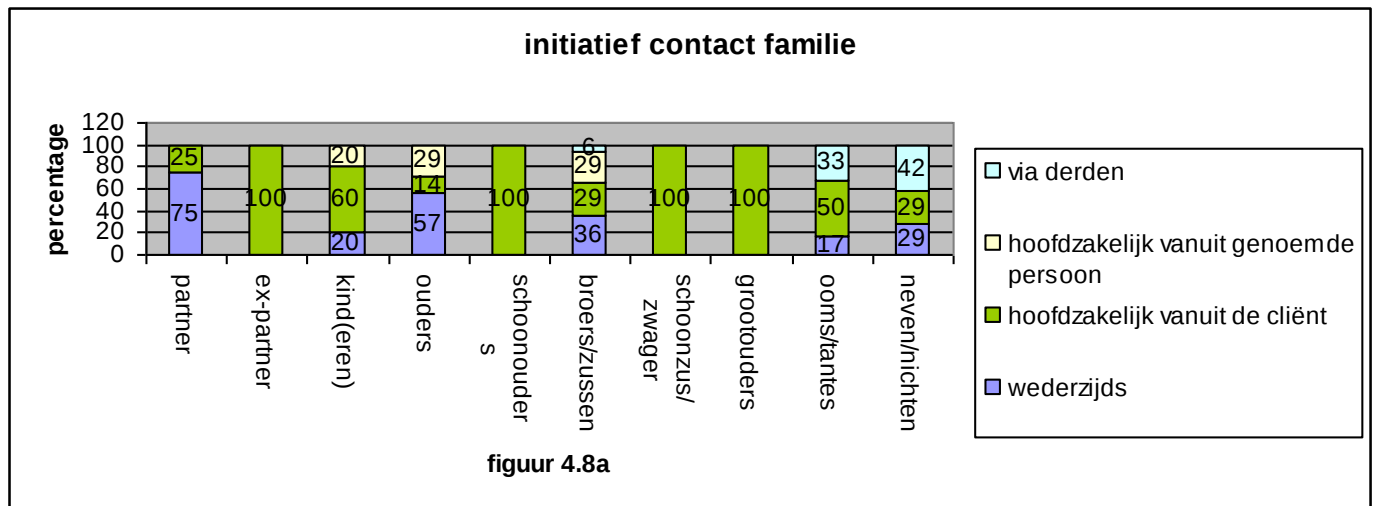
- Van de respondenten heeft 20% contact met partner. Daarvan heeft 25% dagelijks contact en 75% enkele keren per week.
- 15% van de respondenten heeft contact met ex-partner. Daarvan heeft 67% maandelijks contact en 33% halfjaarlijks
- 25% van de respondenten heeft contact met kind(eren). Daarvan heeft 20% enkele keren per week contact, 20% wekelijks, 20% maandelijks, 20% halfjaarlijks en 20% jaarlijks
- 70% van de respondenten heeft contact met ouders. Daarvan heeft 36% dagelijks contact, 29% enkele keren per week, 14% wekelijks, 14% tweewekelijks en 7% maandelijks
- 5% van de respondenten heeft contact met schoonouders. Daarvan heeft 100% maandelijks.
- 85% van de respondenten heeft contact met broers/ zussen. Daarvan heeft 18% dagelijks contact, 12% enkele keren per week , 5% wekelijks, 18% tweewekelijks, 18% maandelijks, 24% halfjaarlijks en 5% jaarlijks.
- 5% van de respondenten heeft contact met schoonzus/ zwager heeft 100% jaarlijks contact.
- 20% van de respondenten heeft contact met grootouders. Daarvan heeft 25% wekelijks contact en 75% jaarlijks
- 30% van de respondenten heeft contact met ooms/ tantes. heeft 17% maandelijks contact, 17% halfjaarlijks en 66% jaarlijks.
- 35% van de respondenten heeft contact met neven/ nichten. Daarvan heeft 14% wekelijks contact, 14% maandelijks, 29% halfjaarlijks en 43% jaarlijks.

Met wie van de onderstaande mensen heeft u contact en hoe vaak?



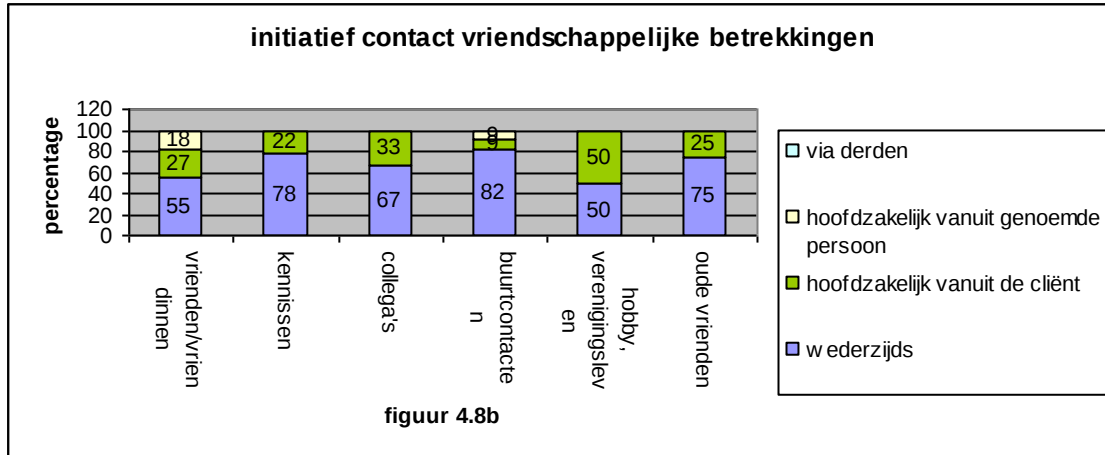
- Van de respondenten heeft 55% contact met vrienden en vriendinnen. Daarvan heeft 46% dagelijks contact, 18% wekelijks, 18% maandelijks, 9% halfjaarlijks en 9% jaarlijks.
- 45% van de respondenten heeft contact met kennissen. Daarvan heeft 33% dagelijks contact 45% wekelijks en 22% maandelijks.
- 15% van de respondenten heeft contact met collega's. Daarvan heeft 100% dagelijks contact.
- 55% van de respondenten heeft contact met de burens. Daarvan heeft 46% dagelijks contact, 18% enkele keren per week, 18% wekelijks en 18% maandelijks.
- 20% van de respondenten heeft contact met hobby, verenigingsleven. Daarvan heeft 25% dagelijks contact, 50% wekelijks en 25% tweewekelijks.
- 20 % van de respondenten heeft contact met oude vrienden. Daarvan heeft 25% maandelijks, 50% halfjaarlijks en 25% jaarlijks.

Wie neemt de eerste stap om het contact te leggen?



- Van de respondenten die contact heeft met partner heeft 75% wederzijds contact en bij 25% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met ex-partner komt het contact voor 100% vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met kind(eren) heeft 20% wederzijds contact, bij 60% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 20% komt het contact vanuit de kinderen.
- Van de respondenten die contact heeft met ouders heeft 57% wederzijds contact, bij 14% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 29% komt het contact vanuit de ouders.
- Van de respondenten die contact heeft met schoonouders komt het contact voor 100% vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met broer/ zussen heeft 36% wederzijds contact, bij 29% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt, bij 29% komt het contact vanuit de broers/ zussen en bij 6% verloopt het contact via derden.
- Van de respondenten die contact heeft met schoonzus/ zwager komt het contact voor 100% vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met grootouders komt het contact voor 100% vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met ooms/ tantes heeft 17% wederzijds contact, bij 50% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 33% verloopt het contact via derden.
- Van de respondenten die contact heeft met neven/ nichten heeft 29% wederzijds contact, bij 29% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 42% verloopt het contact via derden.

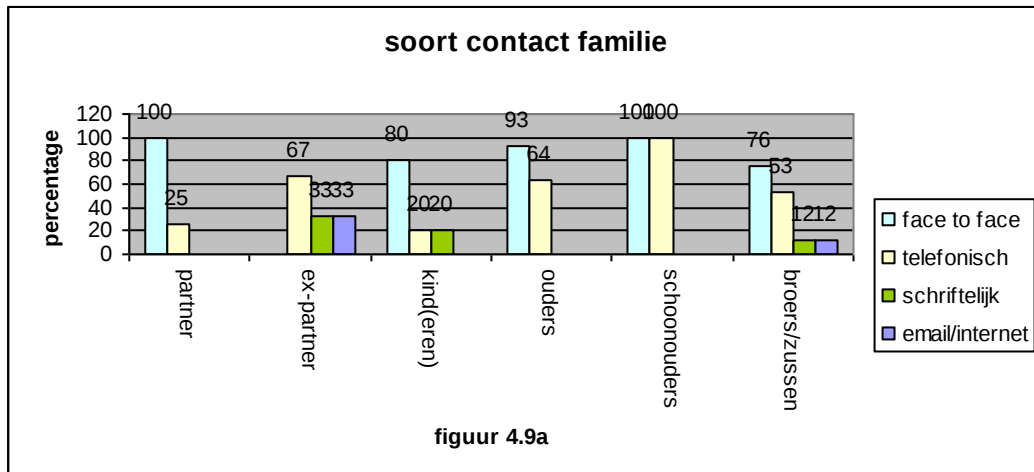
Wie neemt de eerste stap om het contact te leggen?

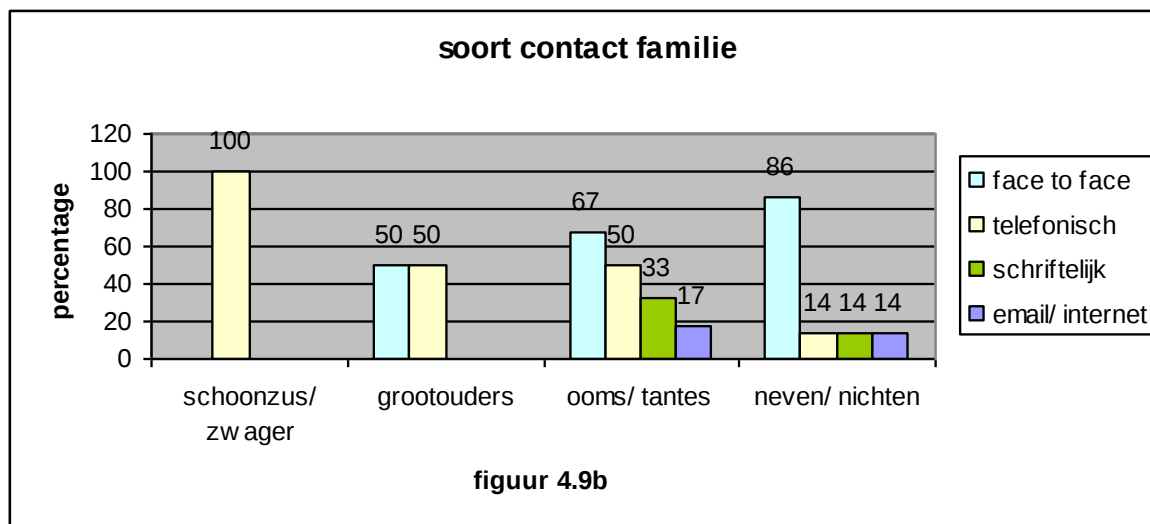


- Van de respondenten die contact heeft met vrienden en vriendinnen heeft 55% wederzijds contact, bij 27% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 18% komt het contact vanuit de vrienden en vriendinnen.
- Van de respondenten die contact heeft met kennissen heeft 78% wederzijds contact en bij 22% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met collega's heeft 67% wederzijds contact en bij 33% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met burens heeft 82% wederzijds contact, bij 9% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt en bij 9% komt het contact vanuit de burens.
- Van de respondenten die contact heeft met hobby, verenigingsleven heeft 50% wederzijds contact en bij 50% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt.
- Van de respondenten die contact heeft met oude vrienden heeft 75% wederzijds contact en bij 25% komt het contact hoofdzakelijk vanuit de cliënt.

Op welke manier heeft u contact met onderstaande mensen?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.





- Van de respondenten die contact heeft met partner heeft 100% face to face en 25% telefonisch contact.
- Van de respondenten die contact heeft met ex- partner heeft 67% telefonisch contact, 33% schriftelijk en 33% via email/internet.
- Van de respondenten die contact heeft met kind(eren) heeft 80% face to face contact, 20% telefonisch en 20% schriftelijk.
- Van de respondenten die contact heeft met ouders heeft 93% face to face contact en 64% telefonisch
- Van de respondenten die contact heeft met schoonouders heeft 100% face to face contact en 100% telefonisch.
- Van de respondenten die contact heeft met broers/zussen heeft 67% face to face contact, 53% telefonisch, 12% schriftelijk en 12% via email/ internet.
- Van de respondenten die contact heeft met schoonzus/ zwager heeft 100% telefonisch contact.
- Van de respondenten die contact heeft met grootouders heeft 50% face to face contact en 50% telefonisch.
- Van de respondenten die contact heeft met ooms/ tantes heeft 67% face to face contact, 50% telefonisch, 33% schriftelijk en 17% via email/ internet.
- Van de respondenten die contact heeft met neven/ nichten heeft 86% face tot face contact, 14% telefonisch, 14% schriftelijk en 14% via email/ internet.

Op welke manier heeft u contact met onderstaande mensen?

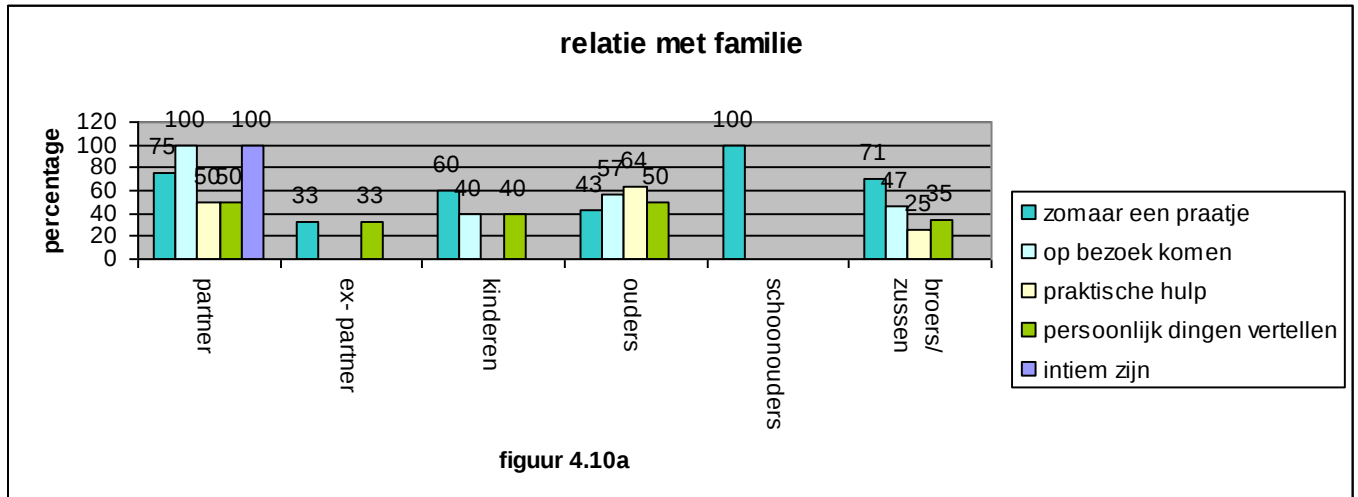
Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.

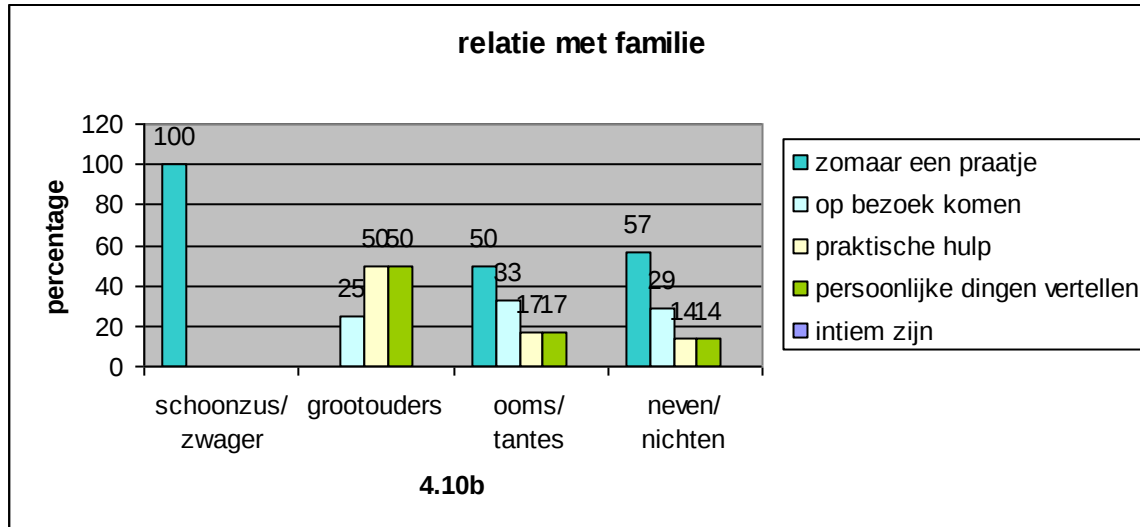


- Van de respondenten die contact heeft met vrienden en vriendinnen heeft 82% face to face contact, 45% telefonisch, 9% schriftelijk en 18% via email/ internet.
- Van de respondenten die contact heeft met kennissen heeft 100% face to face contact, 44% telefonisch en 11% via email/internet.
- Van de respondenten die contact heeft met collega's heeft 100% face to face contact.
- Van de respondenten die contact heeft met burens heeft 100% face to face contact.
- Van de respondenten die contact heeft met hobby, verenigingsleven heeft 100% face to face contact.
- Van de respondenten die contact heeft met oude vrienden heeft 75% face to face contact, 50% telefonisch, 50% schriftelijk en 50% via email/ internet.

Hoe ziet de relatie eruit met onderstaande mensen?

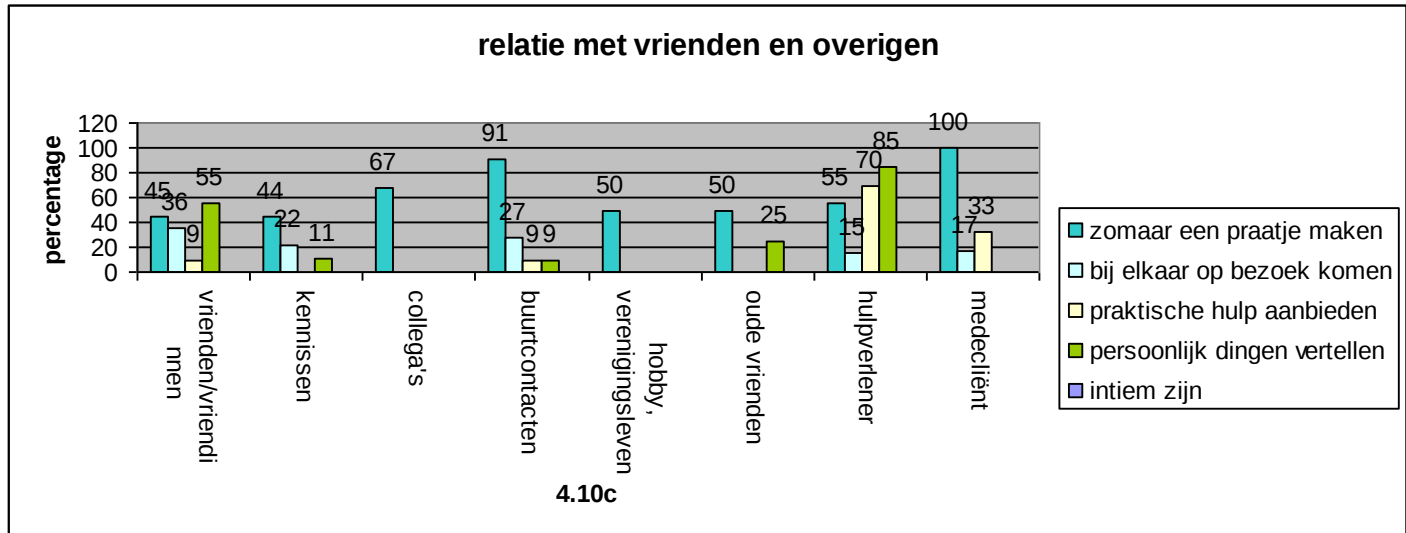
Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.





- Van de respondenten met een partner maakt 75% zomaar een praatje, 100% gaat bij elkaar op bezoek, 50% biedt elkaar praktische hulp, 50% vertelt elkaar persoonlijke dingen en 100% is intiem met elkaar.
- Van de respondenten met een ex-partner maakt 33% zomaar een praatje en 33% vertelt elkaar persoonlijk dingen.
- Van de respondenten met kind(eren) maakt 60% zomaar een praatje, 40% gaat bij elkaar op bezoek, 40% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met ouders maakt 43% zomaar een praatje, 57% gaat bij elkaar op bezoek, 64% biedt elkaar praktische hulp en 50% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met schoonouders maakt 100% zomaar een praatje.
- Van de respondenten met broers/ zussen maakt 71% zomaar een praatje, 47% gaat bij elkaar op bezoek, 25% biedt elkaar praktische hulp en 35% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met schoonzus/ zwager 100% maakt zomaar een praatje en 100% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met grootouders 100% maakt zomaar een praatje, 25% komt bij elkaar op bezoek, 50% biedt elkaar praktische hulp en 50% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met ooms/ tantes 50% maakt zomaar een praatje 33% komt bij elkaar op bezoek, 17% biedt elkaar praktische hulp en 17% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met neven/ nichten 57% maakt zomaar een praatje, 29% komt bij elkaar op bezoek, 14% biedt elkaar praktische hulp en 14% vertelt elkaar persoonlijke dingen.

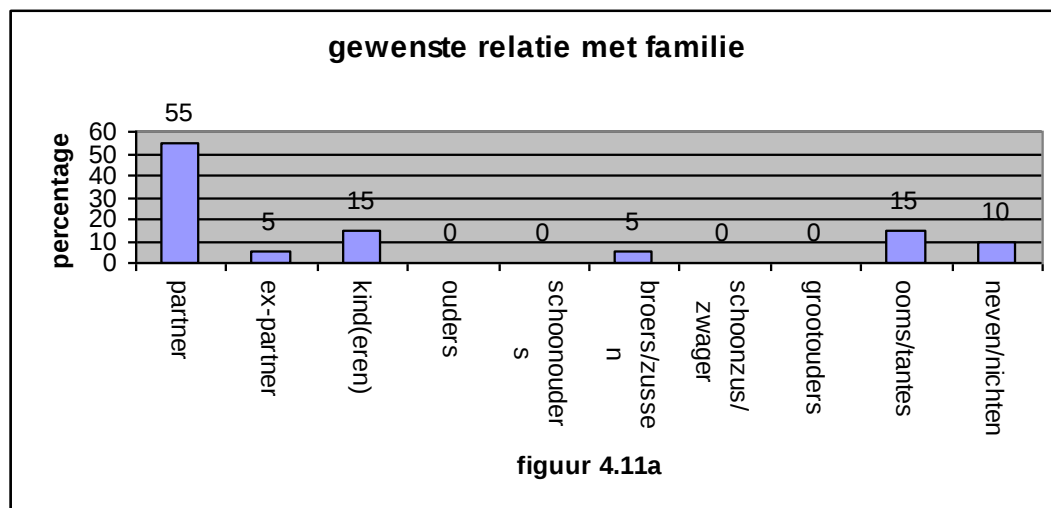
Hoe ziet de relatie eruit met onderstaande mensen?

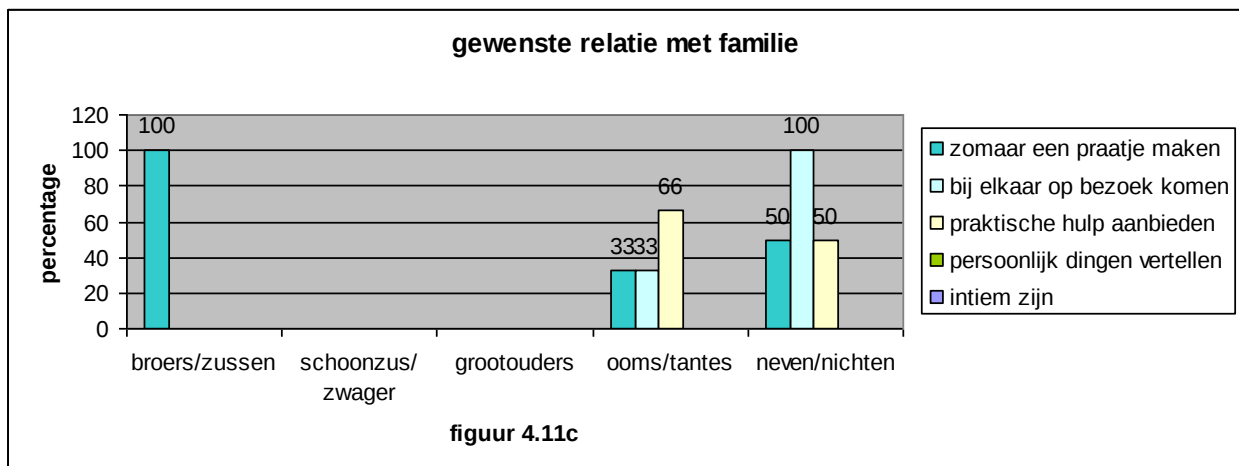
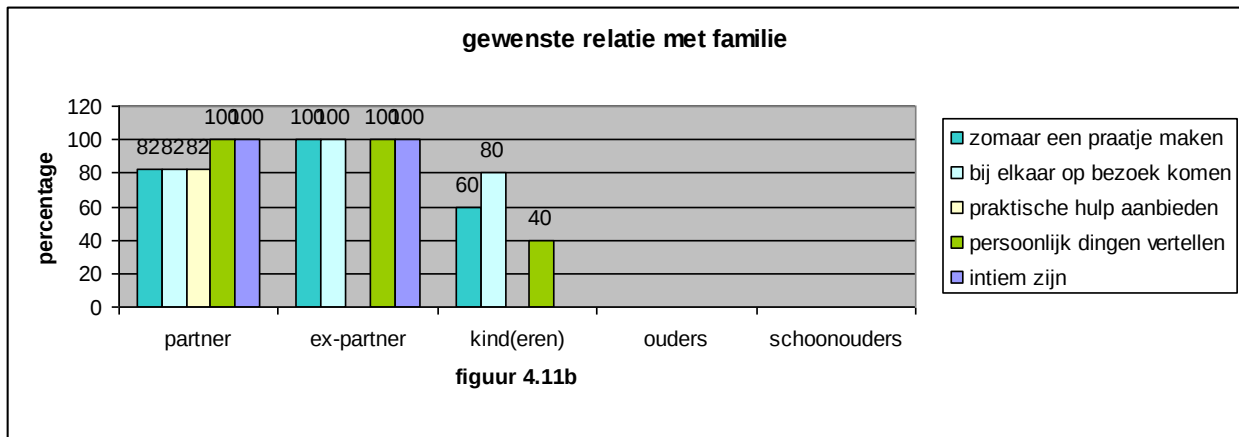


- Van de respondenten met een vrienden en vriendinnen maakt 45% zomaar een praatje, 36% gaat bij elkaar op bezoek, 9% biedt elkaar praktische hulp, 55% vertelt elkaar persoonlijke.
- Van de respondenten met een kennissen maakt 44% zomaar een praatje, 22% gaat bij elkaar op bezoek en 11% vertelt elkaar persoonlijk dingen.
- Van de respondenten met collega's maakt 67% zomaar een praatje.
- Van de respondenten met de burens maakt 91% zomaar een praatje, 27% gaat bij elkaar op bezoek, 9% biedt elkaar praktische hulp en 9% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met hobby, verenigingsleven maakt 50% zomaar een praatje.
- Van de respondenten met oude vrienden maakt 50% zomaar een praatje, 25% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- Van de respondenten met de hulpverlener 55% maakt zomaar een praatje, 15% komt bij elkaar op bezoek, 70% biedt elkaar praktische hulp en 85% vertelt elkaar persoonlijke dingen.
- 30% van de respondenten heeft contact met medecliënten en daarvan maakt 100% zomaar een praatje, 17% komt bij elkaar op bezoek en 33% biedt elkaar praktische hulp.

Met wie van de onderstaande mensen heeft u geen contact, maar zou u dat wel willen hebben?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld. 15% van de respondenten is tevreden over de relaties met familie.

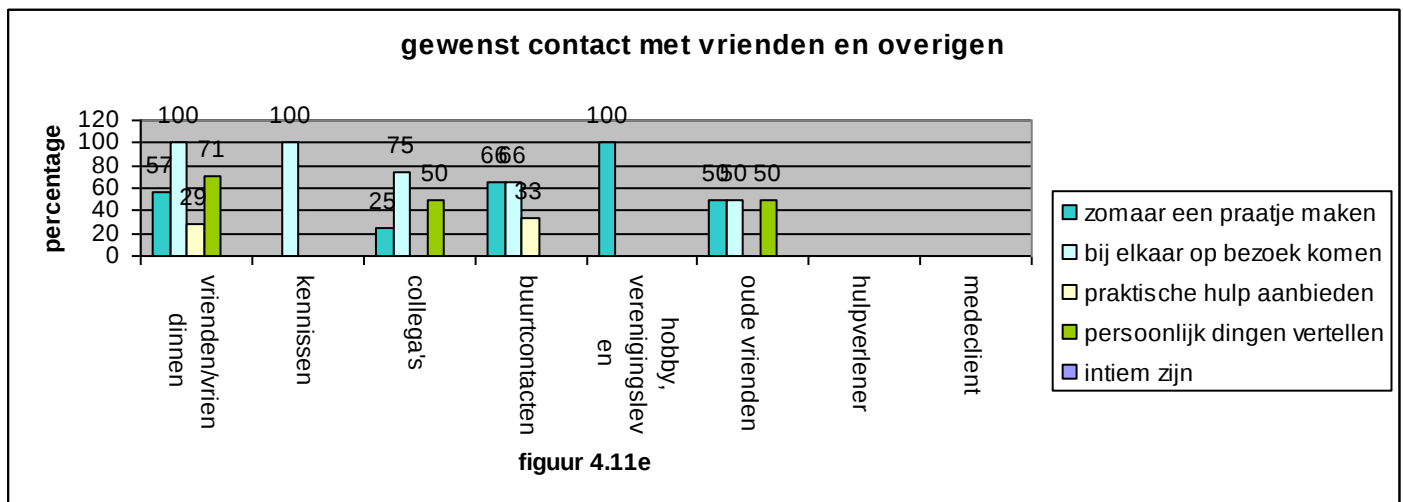
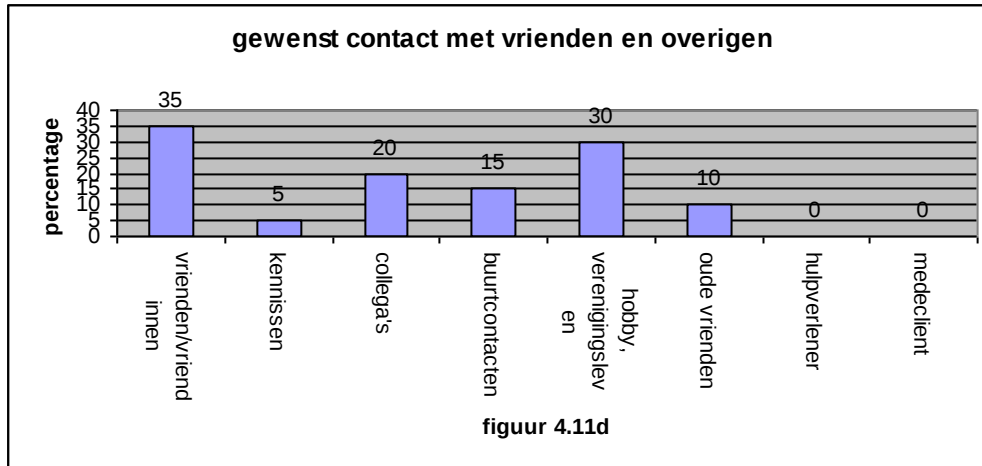




- 55% van de respondenten zou graag contact met een partner willen. Daarvan wil 82% zomaar een praatje maken, 82% wil bij elkaar op bezoek komen, 82% wil elkaar praktische hulp bieden, 100% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen en 100% wil intiem zijn met elkaar.
- 5% van de respondenten zou graag weer contact willen met de ex-partner. Daarvan wil 100% zomaar een praatje maken, 100% wil bij elkaar op bezoek komen, 100% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen en 100% wil intiem zijn met elkaar.
- 15% van de respondenten zou graag weer contact met de kinderen willen. Daarvan wil 60% een praatje maken, 80% bij elkaar op bezoek komen en 40% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen.
- 5% van de respondenten zou graag weer contact met broers/ zussen willen. Daarvan wil 100% zomaar een praatje maken.
- 15% van de respondenten zou graag weer contact met ooms/ tantes willen. Daarvan wil 33% een praatje maken, 33% bij elkaar op bezoek komen en 66% wil elkaar praktische hulp bieden.
- 10% van de respondenten zou graag weer contact met neven/ nichten willen. Daarvan wil 50% zomaar een praatje maken, 100% wil bij elkaar op bezoek komen en 50% wil elkaar praktische hulp bieden.

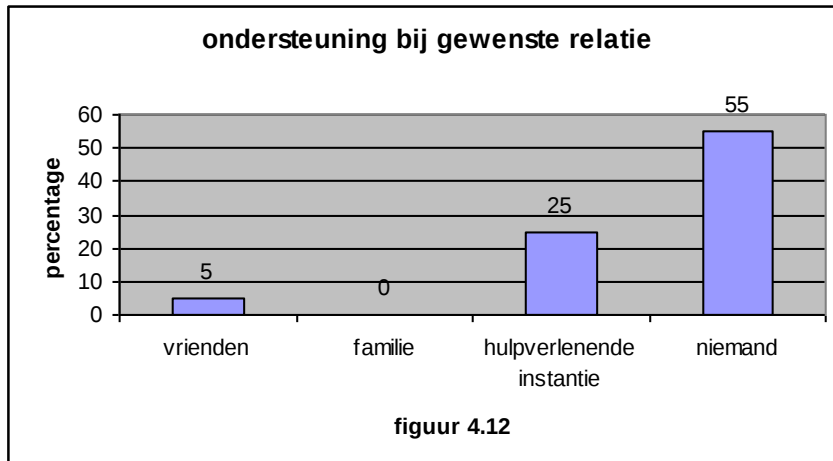
Met wie van de onderstaande mensen heeft u geen contact, maar zou u dat wel willen hebben?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld. 15% van de respondenten is tevreden over de relatie met vrienden en overigen.



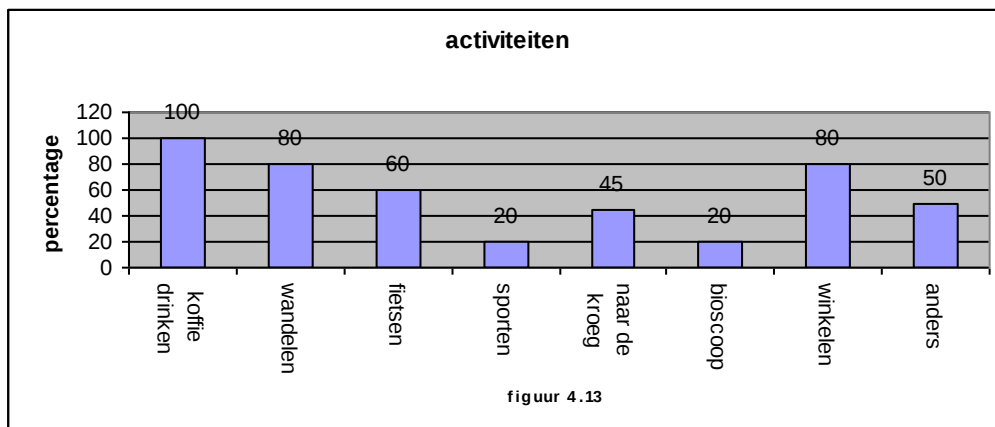
- 35% van de respondenten zou graag weer contact met vrienden of vriendinnen willen. Daarvan wil 57% zomaar een praatje maken, 100% wil bij elkaar op bezoek komen, 29% wil elkaar praktische hulp bieden, 71% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen.
- 5% van de respondenten zou graag weer contact met kennissen willen. Daarvan wil 100% bij elkaar op bezoek komen.
- 20% van de respondenten zou graag weer contact met collega's willen. Daarvan wil 25% wil zomaar een praatje maken, 75% wil bij elkaar op bezoek komen en 50% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen.
- 15 % van de respondenten zou graag weer contact met burens willen. Daarvan wil 66% zomaar een praatje maken, 66% wil bij elkaar op bezoek komen en 33% wil elkaar praktische hulp aanbieden.
- 30% van de respondenten zou graag weer contact met hobby, verenigingsleven willen. Daarvan wil 100% zomaar een praatje maken.
- 10% van de respondenten zou graag weer contact met oude vrienden willen. Daarvan wil 50% zomaar een praatje maken, 50% wil bij elkaar op bezoek komen en 50% wil elkaar persoonlijke dingen vertellen.

Wie zou u daarbij moeten ondersteunen?



15% van de respondenten is tevreden over de relaties met familie, vrienden en overigen. Van de respondenten wil 5% door vrienden ondersteund worden, 25% door een hulpverlenende instantie en 55% wil van niemand ondersteuning.

Met wie onderneemt u welke activiteiten?



- Van de respondenten drinkt 100% koffie
- 80% wandelt
- 60% fietst
- 20% sport
- 45% gaat naar de kroeg
- 20% gaat naar de bioscoop
- 80% winkelt
- 50% onderneemt een andere activiteit

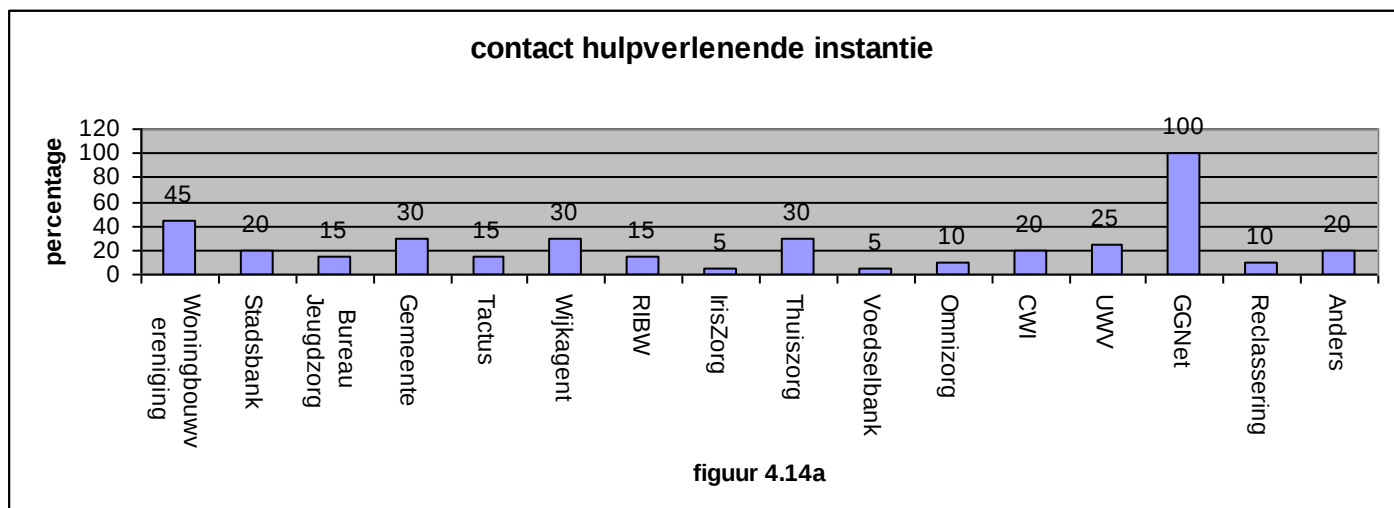
Bovenstaand worden de activiteiten genoemd die respondenten ondernemen. Van dat percentage wordt er gekeken met wie ze die activiteiten ondernemen. Bij deze vraag waren er meerdere antwoordmogelijkheden.

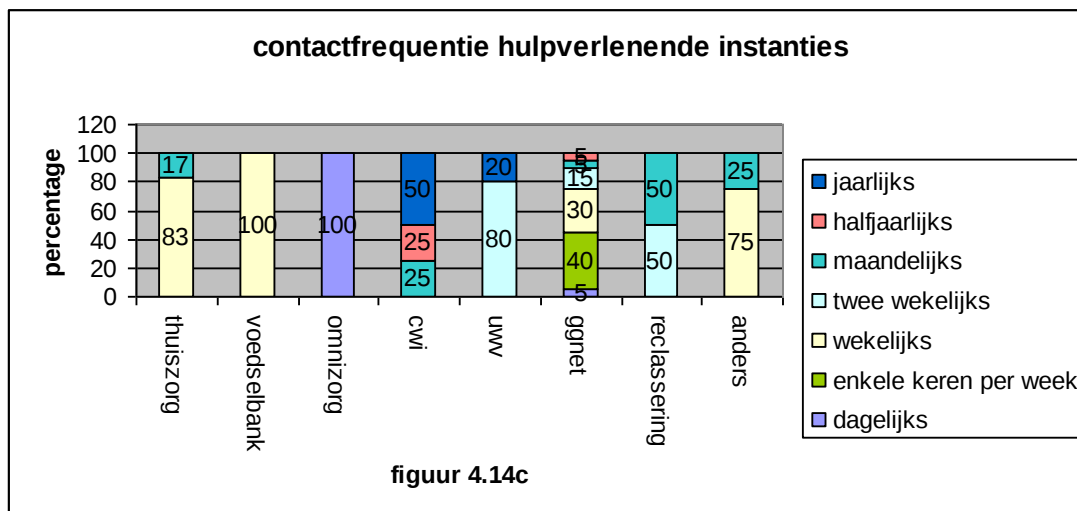
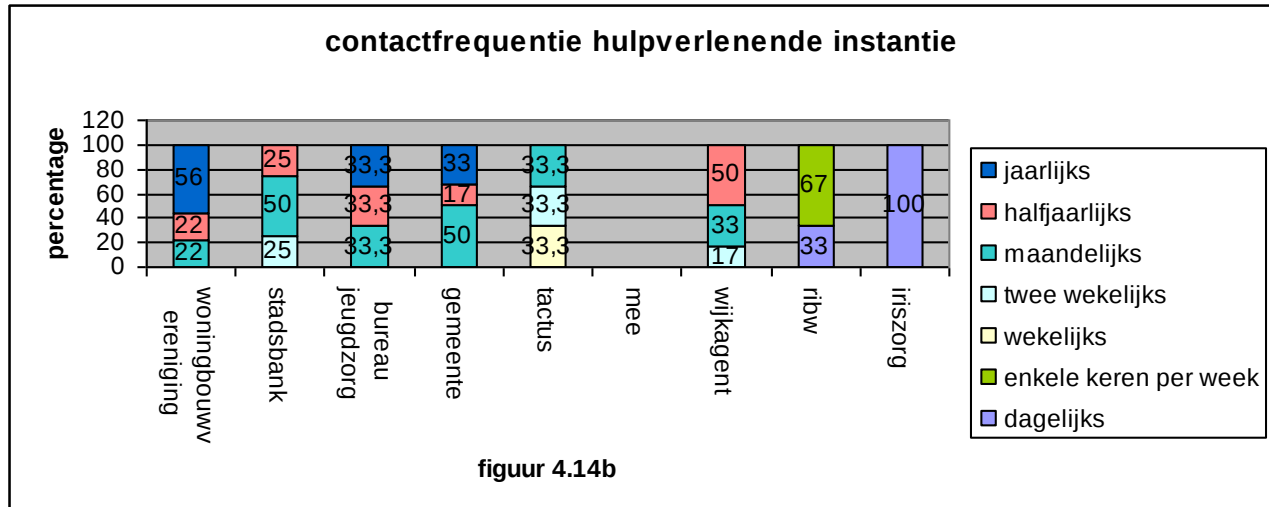
	koffie drinken	wandelen	fietsen	sporten	naar de kroeg	bios	winkelen	anders
partner	15%	5%			10%		10%	5%
ex-partner	5%							
kinderen	10%						5%	
ouders	50%	15%		5%	5%	15%	20%	5%
schoonouders	5%							
broers, zussen	45%	10%	5%	5%	5%	10%	5%	
schoonzus, zwager								
grootouders	5%	5%			5%		5%	
ooms,tantes	15%	5%			5%	5%	5%	
neven, nichten	15%	5%		5%	5%	5%	5%	
vrienden, vriendinnen	45%	5%	5%	5%	15%	10%	5%	15%
kennissen	25%	15%		5%	10%	5%	10%	10%
collega's	10%							
buurtcontacten	15%	5%	5%					
oude vrienden	5%	5%	5%		5%	5%	5%	5%
hulpverlener	75%	10%		5%			10%	
medecliënt	25%	5%		5%	10%	5%		
alleen	90%	55%	55%	20%	20%		65%	35%

4.3 Resultaten hulpverlenende instanties

Met welke hulpverlenende instantie heeft u contact?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.

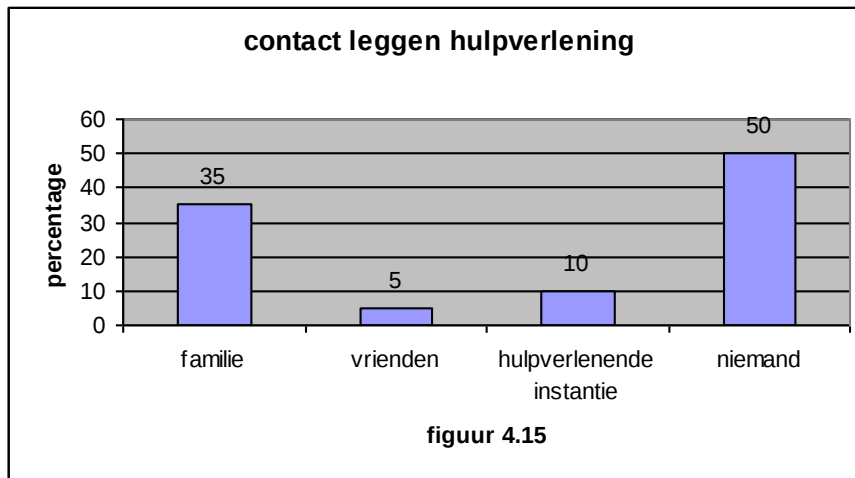




- Van de respondenten heeft 45% contact met de Woningbouwvereniging, heeft 22% maandelijks contact, 22% halfjaarlijks en 56% jaarlijks.
- 20% heeft contact met de Stadsbank. Daarvan heeft 25% tweewekelijks contact, 50% maandelijks en 25% halfjaarlijks.
- 15% heeft contact met Bureau Jeugdzorg. Daarvan heeft 33,3% maandelijks contact, 33,3% halfjaarlijks en 33,3% jaarlijks.
- 30% heeft contact met de Gemeente. Daarvan heeft 50% maandelijks contact, 17% halfjaarlijks en 33% jaarlijks.
- 15% heeft contact met Tactus. Daarvan heeft 33,3% wekelijks contact, 33,3% tweewekelijks en 33,3% maandelijks.
- 30% heeft contact met de Wijkagent. Daarvan heeft 17% tweewekelijks contact, 33% maandelijks en 50% halfjaarlijks
- 15% heeft contact met RIBW. Daarvan heeft 33% dagelijks contact en 67% enige keren per week,
- 5% heeft contact met IrisZorg. Daarvan heeft 100% dagelijks contact
- 30% heeft contact met Thuiszorg. Daarvan heeft 83% wekelijks contact en 17% maandelijks
- 5% heeft contact met de Voedselbank. Daarvan heeft 100% wekelijks contact.
- 10% heeft contact met Omnizorg. Daarvan heeft 100% dagelijks contact.
- 20% heeft contact met CWI. Daarvan heeft 25% maandelijks contact, 25% halfjaarlijks en 50% jaarlijks
- 25% heeft contact met UWV. Daarvan heeft 80% tweewekelijks contact en 20% jaarlijks.
- 100% heeft contact met GGNet Daarvan heeft 5% dagelijks contact, 40% enige keren per week, 30% wekelijks, 15% tweewekelijks, 5% maandelijks en 5% halfjaarlijks.

- 10% heeft contact met Reclassering. Daarvan heeft 50% tweewekelijks contact en 50% maandelijks.
- 20% heeft contact met andere instanties heeft 75% wekelijks en 25% maandelijks.

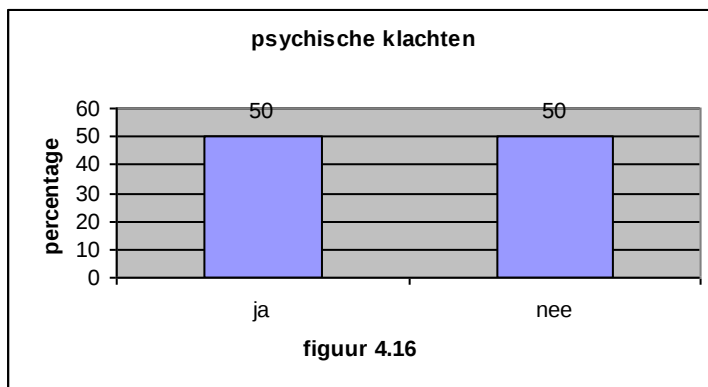
Met wie zou de hulpverlening contact over u moeten leggen?



Van de respondenten vindt 35% dat de hulpverlening met familie contact moet leggen. 5% vindt dat dit met vrienden moet gebeuren. 10% is van mening dat er met andere hulpverlenende instanties contact gelegd moet worden en 50% wil niet dat er contact met anderen gelegd wordt.

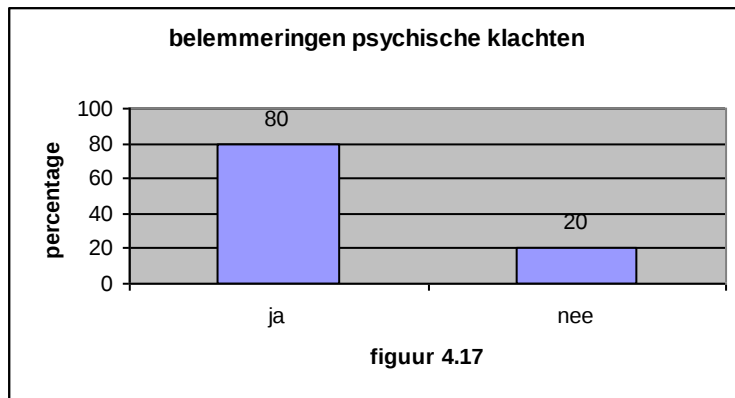
4.4 Resultaten gezondheid

Heeft u psychische klachten



Van de respondenten heeft 50% last van psychische klachten en 50% niet.

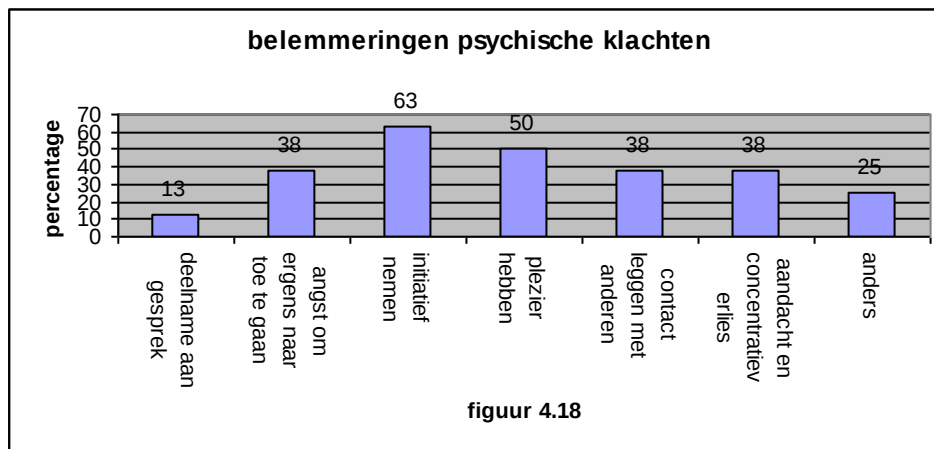
Wordt u door uw psychische klachten belemmerd?



Van de 50% die psychische klachten heeft, ervaart 80% belemmeringen op het gebied van psychische gezondheid en 20% ervaart geen belemmeringen.

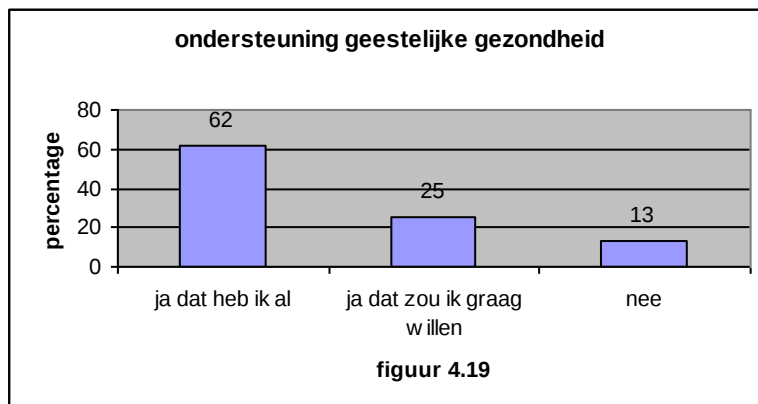
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



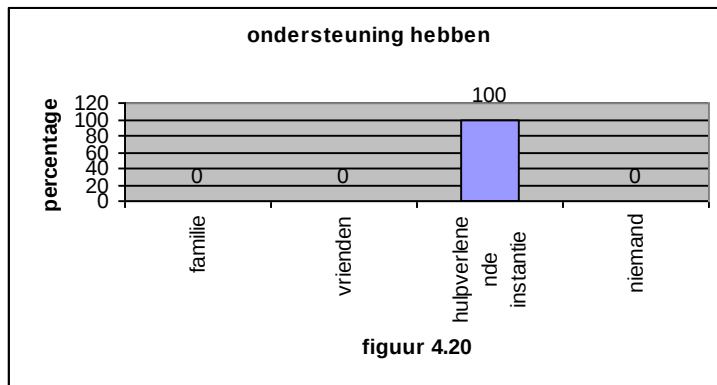
80% van de respondenten die belemmeringen ervaren, daarvan vindt 13% het moeilijk om deel te nemen aan een gesprek, 38% heeft angst om ergens naar toe te gaan, 63% vindt het moeilijk om initiatief te nemen, 50% heeft moeite om plezier te maken, 38% heeft moeite om contact met anderen te leggen, 38% heeft last van aandacht en concentratieverlies en 25% ervaart andere belemmeringen.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



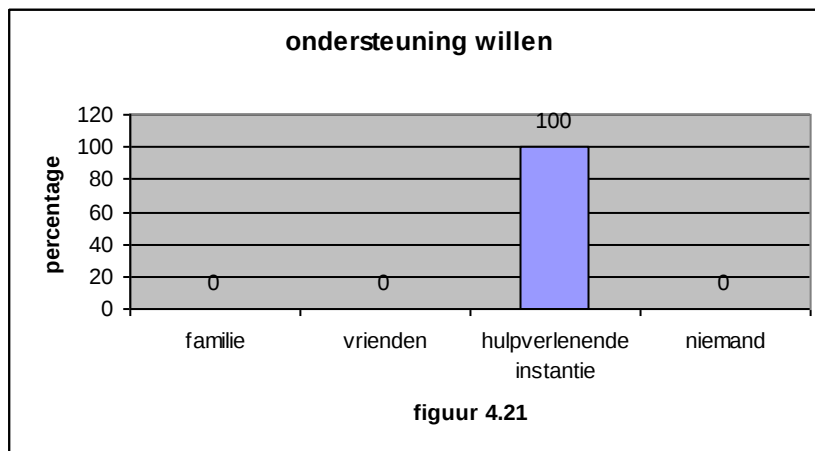
Van de 80% die belemmeringen ervaren, heeft 62% al ondersteuning bij psychische klachten, 25% zou graag ondersteuning willen en 13% wil geen ondersteuning.

Van wie heeft u ondersteuning?



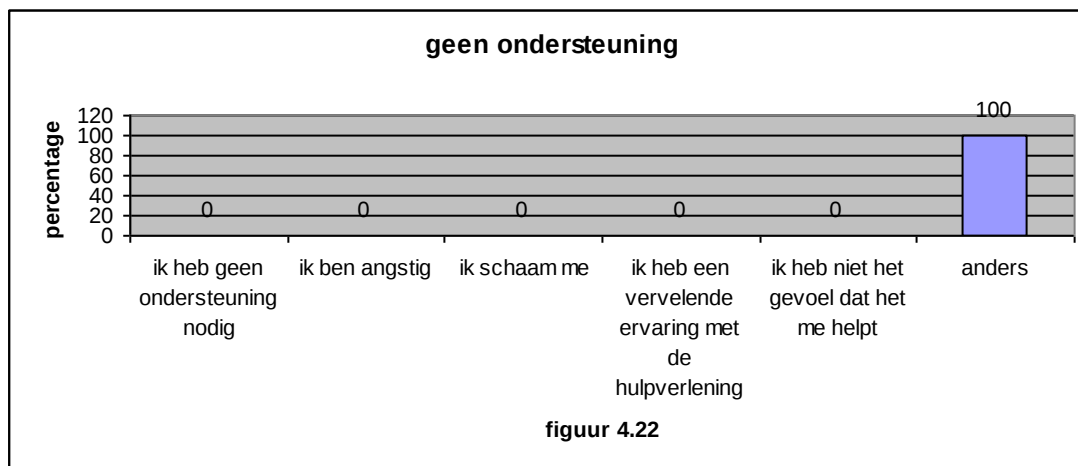
62% van de respondenten die ondersteuning heeft, krijgt 100% ondersteuning van een hulpverlenende instantie.

Van wie zou u ondersteuning willen?



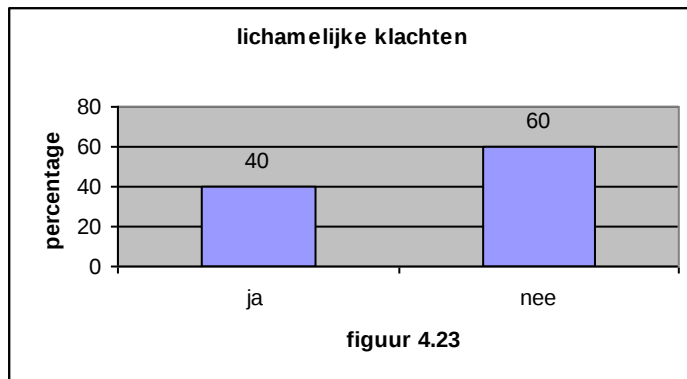
25% van de respondenten die graag ondersteuning zouden willen hebben, wil 100% die ondersteuning ontvangen van een hulpverlenende instantie.

Waarom wilt u niet ondersteund worden?



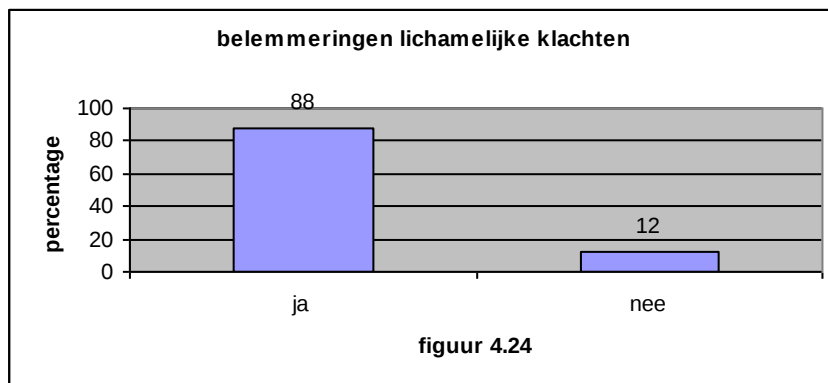
13% van degenen die belemmeringen ervaren kan niet aangeven waarom hij geen ondersteuning wil.

Heeft u lichamelijke klachten?



Van de respondenten heeft 40% last van lichamelijke klachten en 60% niet.

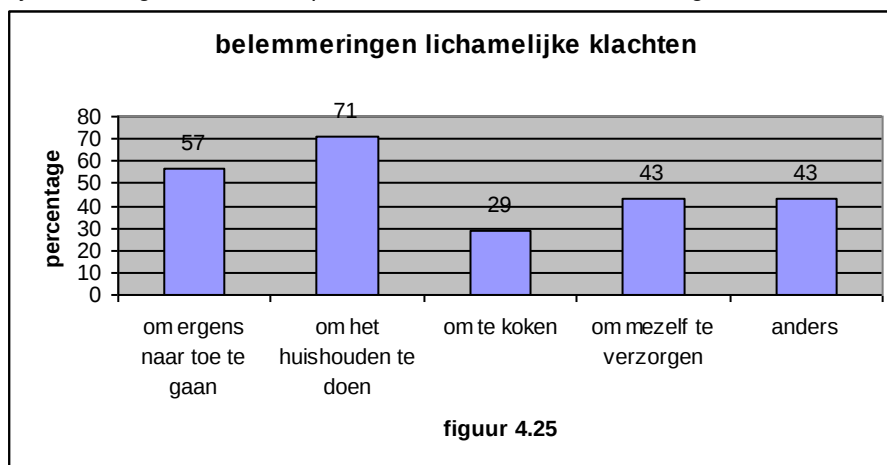
Wordt u door uw lichamelijke klachten belemmerd?



Van de 40% die lichamelijke klachten ervaren heeft 88% last van belemmeringen op het gebied van lichamelijke gezondheid en 12% ervaart geen belemmeringen.

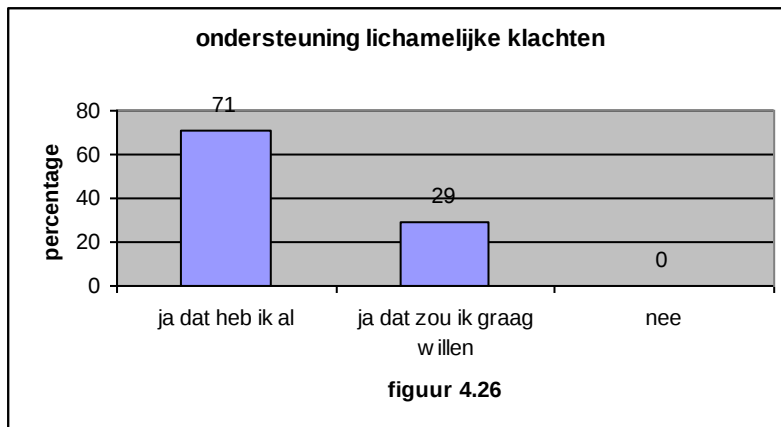
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



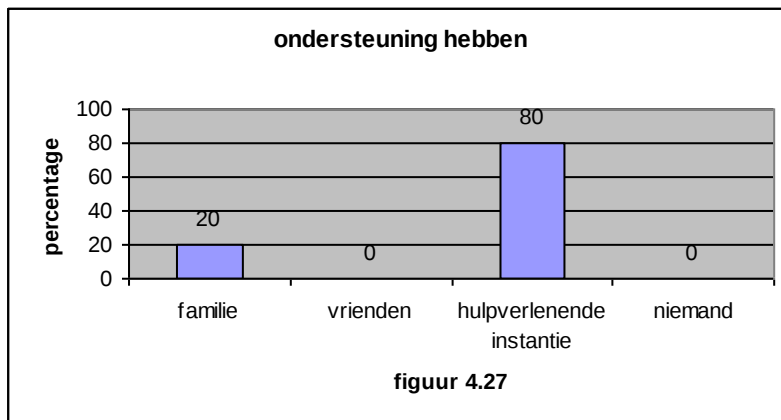
88% van de respondenten die belemmeringen ervaart, waarvan 57% moeite heeft om ergens naar toe te gaan, 71% heeft moeite om het huishouden te doen, 29% vindt het lastig om te koken, 43% vindt het moeilijk om zichzelf te verzorgen en 43% ervaart andere belemmeringen.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



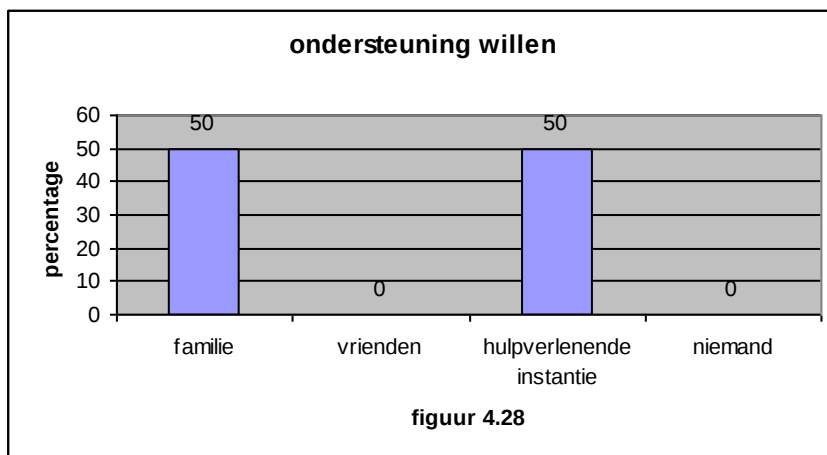
Van 88% van de respondenten heeft 71% ondersteuning bij lichamelijke klachten en 29% zou dat graag willen.

Van wie heeft u ondersteuning?



71% van de respondenten die lichamelijk klachten ervaart, daarvan krijgt 20% ondersteuning van familie en 80% van een hulpverlenende instantie.

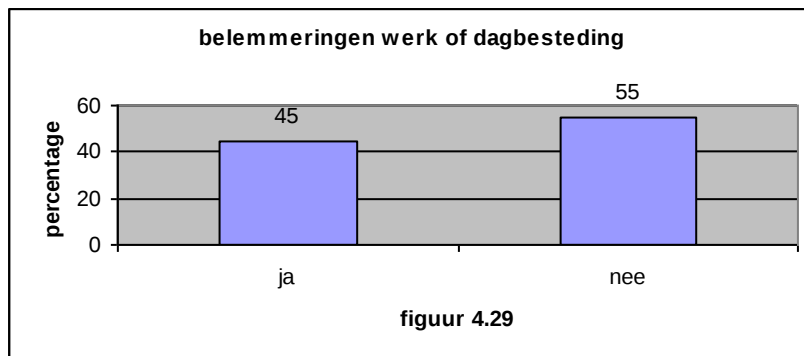
Van wie zou u ondersteuning willen?



29% van de respondenten die lichamelijk klachten ervaart, zou 50% ondersteuning willen hebben van familie en 50% van een hulpverlenende instantie.

4.5 Resultaten werk en dagbesteding

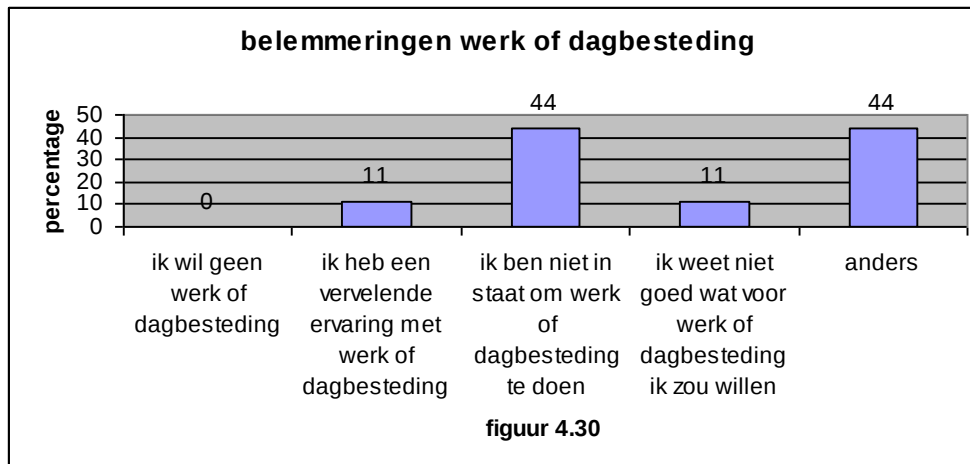
Ervaart u belemmeringen in uw werk of dagbesteding?



Van de respondenten ervaart 45% belemmeringen op het gebied van werk en dagbesteding en 55% ervaart geen belemmeringen.

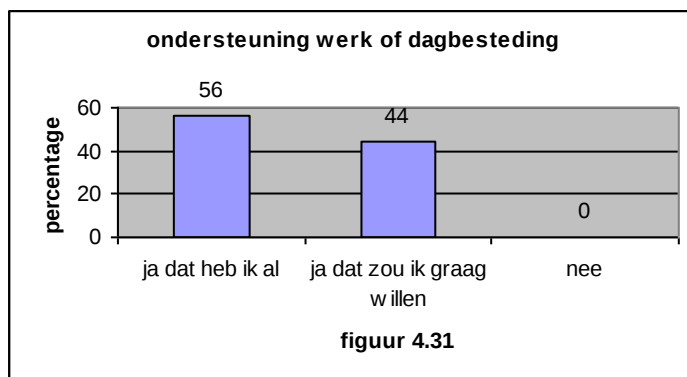
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



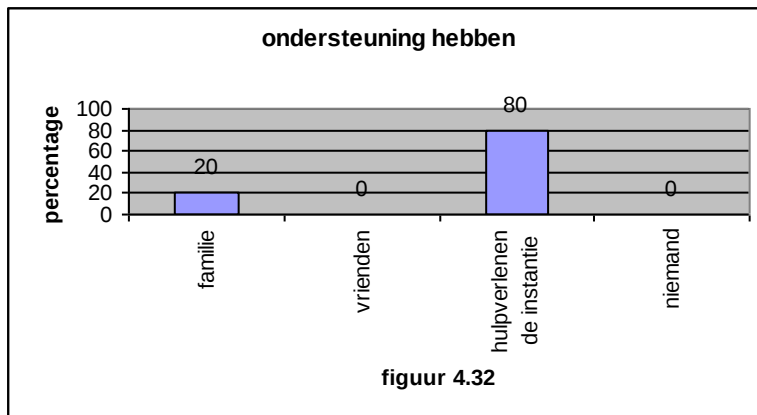
45% van de respondenten die belemmeringen ervaart op het gebied van werk en dagbesteding, heeft 11% een vervelende ervaring met werk en dagbesteding, 44% is niet in staat om werk en dagbesteding te doen, 11% weet niet goed wat voor werk en dagbesteding hij zou willen doen en 44% ervaart andere belemmeringen.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



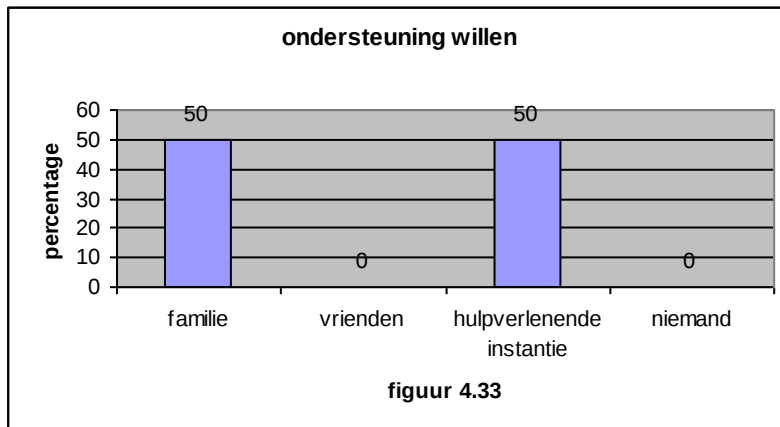
Van 45% van de respondenten, heeft 56% ondersteuning op het gebied van werk en dagbesteding en 44% zou graag ondersteuning willen hebben.

Van wie heeft u ondersteuning?



Van 56% van de respondenten, ontvangt 20% ondersteuning van familie en 80% van een hulpverlenende instantie.

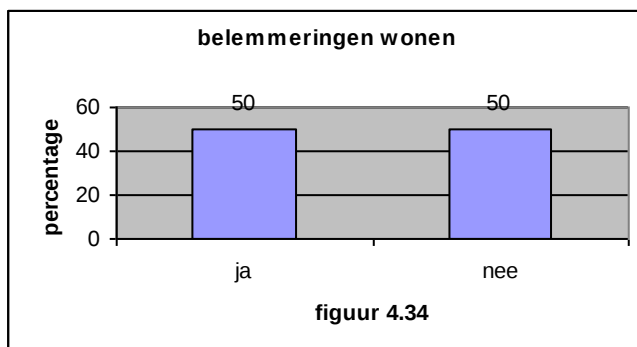
Van wie zou u ondersteuning willen?



Van 44% van de respondenten zou 50% ondersteuning willen hebben van familie en 50% van een hulpverlenende instantie.

4.6 Resultaten wonen

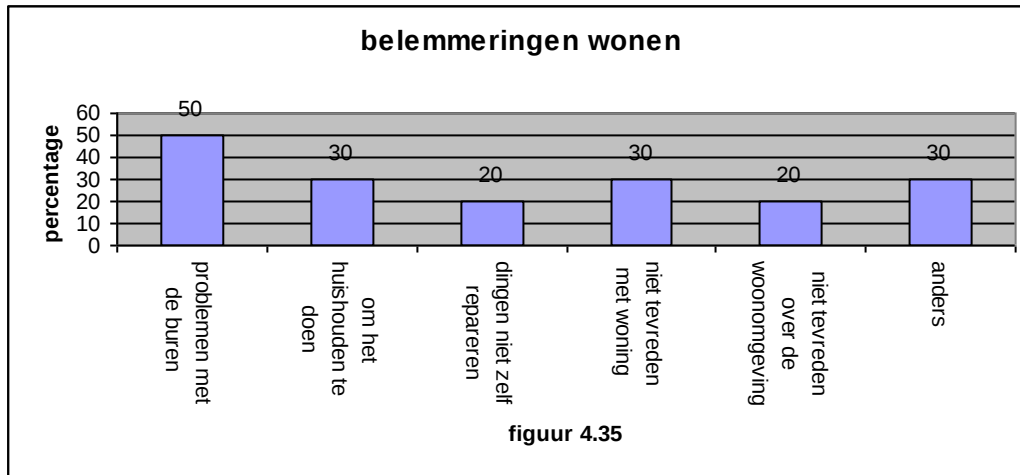
Ervaart u belemmeringen op het gebied van wonen?



Van de respondenten ervaart 50% belemmeringen op het gebied van wonen en 50% ervaart geen belemmeringen.

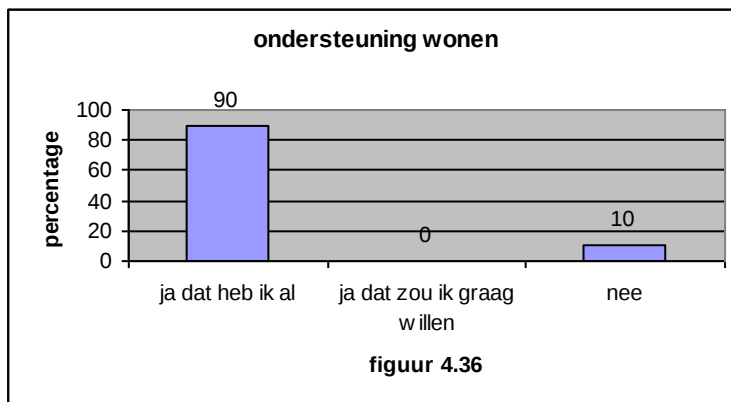
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerdere antwoorden ingevuld.



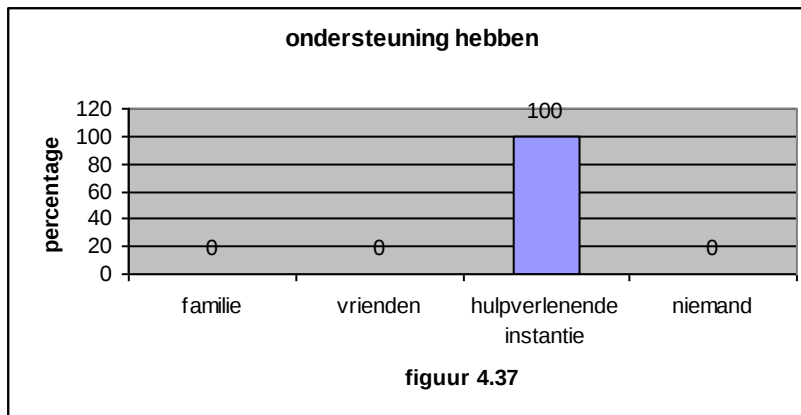
50% van de respondenten die belemmeringen ervaren op het gebied van wonen, heeft 50% problemen met de buren, 30% vindt het moeilijk om het huishouden te doen, 20% is niet in staat dingen zelf te repareren, 30% is niet tevreden over de woning, 20% is niet tevreden over de woonomgeving en 30% ervaart andere belemmeringen op het gebied van wonen.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



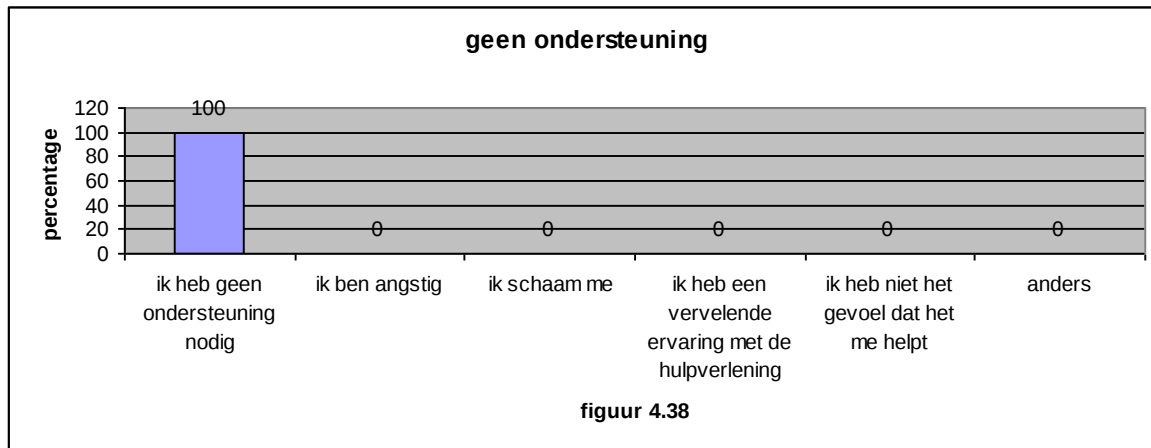
Van 50% van de respondenten heeft 90% ondersteuning op het gebied van wonen en 10% geeft aan geen ondersteuning te willen hebben.

Van wie heeft u ondersteuning?



Van 90% van de respondenten die belemmeringen ervaart op het gebied van wonen, heeft 100% ondersteuning van een hulpverlenende instantie.

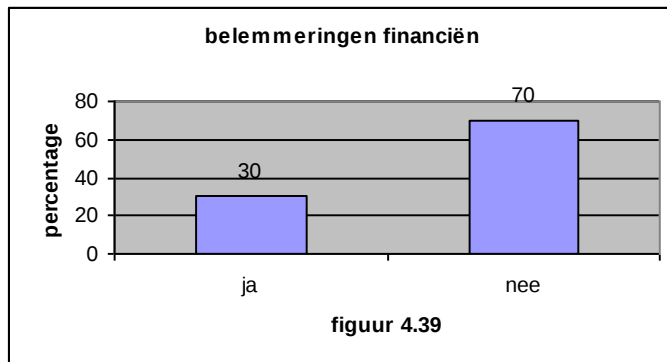
Waarom wilt u niet ondersteund worden?



10% van de respondenten vindt dat hij geen ondersteuning nodig heeft op het gebied van wonen.

4.7 Resultaten financiën

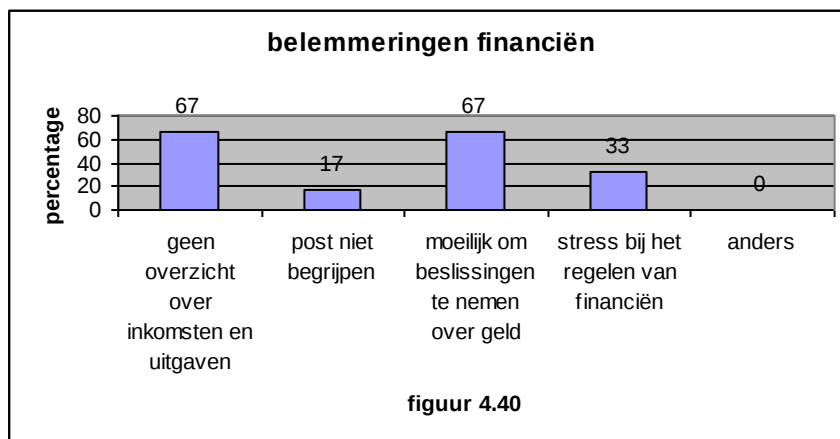
Ervaart u belemmeringen in het regelen van uw financiën?



Van de respondenten ervaart 30% belemmeringen in het regelen van financiën en 70% ervaart geen belemmeringen.

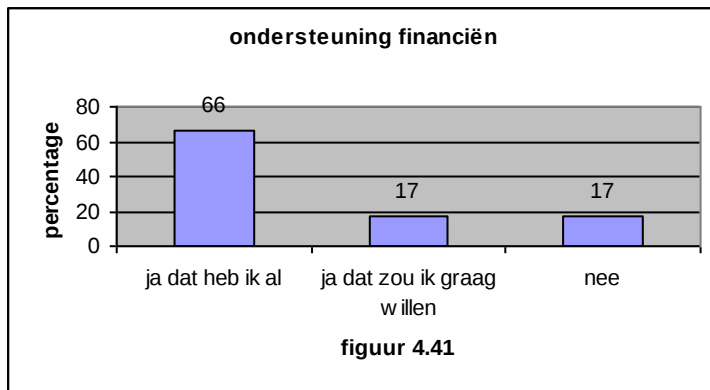
Welke belemmeringen ervaart u?

Bij deze vraag hebben de respondenten meerder antwoorden ingevuld.



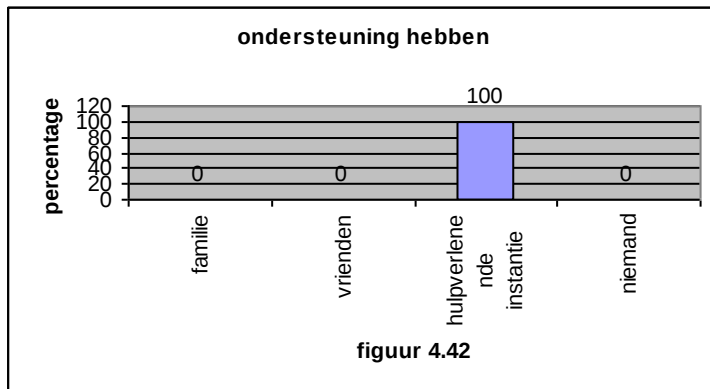
Van 30% van de respondenten heeft 67% geen overzicht over zijn inkomsten en uitgaven, 17% begrijpt de post niet, 67% vindt het moeilijk om beslissingen over geld te nemen en 33% ervaart stress bij het regelen van financiën.

Zou u daarbij ondersteuning willen hebben?



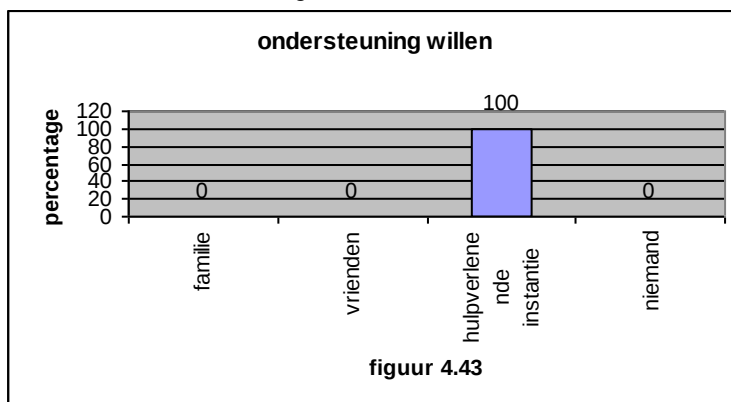
Van 30% van de respondenten, heeft 66% ondersteuning bij het regelen van financiën, 17% zou graag ondersteuning willen hebben en 17% geeft aan geen ondersteuning te willen.

Van wie heeft u ondersteuning?



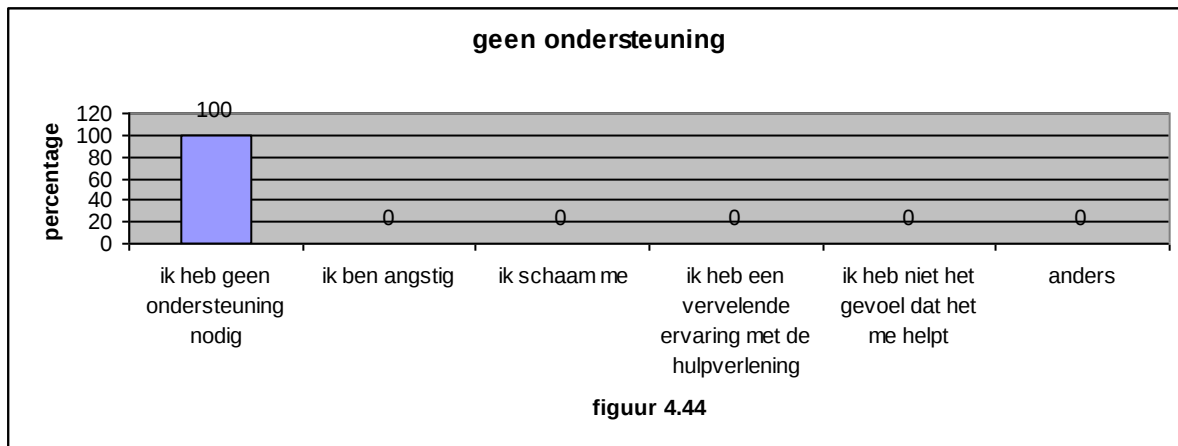
Van 66% van de respondenten die belemmeringen ervaart in het regelen van financiën, heeft 100% ondersteuning van een hulpverlenende instantie.

Van wie zou u ondersteuning willen?



17% van de respondenten die belemmeringen ervaart in het regelen van financiën, zou 100% ondersteuning willen hebben van een hulpverlenende instantie.

Waarom wilt u niet ondersteund worden?



17% van de respondenten vindt dat hij geen ondersteuning nodig heeft bij het regelen van zijn financiën.