



Waarden van Landbouw en Zorg

Jan Hassink, Auke van Dijk & Derk Klein Bramel





Waarden van Landbouw en Zorg

Jan Hassink¹, Auke van Dijk² & Derk Klein Bramel³

¹ Plant Sciences Group Wageningen University en Research centre

² Stichting Recovery Nederland

³ Lievegoed Zorggroep

© 2011 Wageningen, Stichting Dienst Landbouwkundig Onderzoek (DLO)

Alle intellectuele eigendomsrechten en auteursrechten op de inhoud van dit document behoren uitsluitend toe aan de Stichting Dienst Landbouwkundig Onderzoek (DLO). Elke openbaarmaking, reproductie, verspreiding en/of ongeoorloofd gebruik van de informatie beschreven in dit document is niet toegestaan zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van DLO.

Voor nadere informatie gelieve contact op te nemen met: DLO in het bijzonder onderzoeksinstituut Plant Research International, Business Unit Agrosysteemkunde

DLO is niet aansprakelijk voor eventuele schadelijke gevolgen die kunnen ontstaan bij gebruik van gegevens uit deze uitgave.

Exemplaren van dit rapport kunnen bij de (eerste) auteur worden besteld. Bij toezending wordt een factuur toegevoegd; de kosten (incl. verzend- en administratiekosten) bedragen € 50 per exemplaar.

Plant Research International, onderdeel van Wageningen UR Business Unit Agrosysteemkunde

Adres : Postbus 616, 6700 AP Wageningen
: Wageningen Campus, Droevendaalsesteeg 1, Wageningen
Tel. : 0317 – 48 60 01
Fax : 0317 – 41 80 94
E-mail : info.pri@wur.nl
Internet : www.pri.wur.nl

Inhoudsopgave

| | pagina |
|--|--------|
| Samenvatting | 1 |
| Inleiding | 3 |
| 1. Kwaliteiten van zorgboerderijen en zorgtuinen | 5 |
| 2. Wetenschappelijke onderbouwing van het belang van de genoemde kwaliteiten van zorgboerderijen | 13 |
| 3. Zorgconcepten die binnen landbouw en zorg al worden toepast en verder worden ontwikkeld | 21 |
| 4. Knelpunten en toekomstvisies langdurige zorg | 31 |
| 5. Landbouw en zorg: proeftuinen voor nieuwe concepten en oplossingsrichtingen voor huidige knelpunten | 33 |
| 6. Conclusies | 39 |

Samenvatting

In dit essay laten we zien dat zorgboerderijen (en zorgtuinen) natuurlijke omgevingen zijn die deelnemers waarderen. Aspecten die zij belangrijk vinden zijn de persoonlijke aandacht en betrokkenheid van de boer, de veilige, kleinschalige gemeenschap, zinvol en gevarieerd werk, de groene omgeving die rust en ruimte biedt en de niet zorg context. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat deze kwaliteiten belangrijk zijn voor het welbevinden en de ontwikkeling van mensen. Zorgboerderijen en zorgtuinen zijn relatieve vrijplaatsen waarbinnen nieuwe zorgconcepten worden uitgetoet. Verder bieden ze een uitstekende context voor de verdere ontwikkeling van die nieuwe concepten. Voorbeelden zijn herstel als leidend principe, de presentiebenadering, ervaringsleren en maatschappelijk ondernemen. De nieuwe zorgconcepten die op zorgboerderijen worden gehanteerd richten zich op het herstel van verbindingen tussen deelnemer en zorgverlener en tussen deelnemer en samenleving.

We constateren dat maakbaarheid, interventie, beheersbaarheid en controle het overheersende paradigma is binnen de zorg. Een stroom die in ontwikkeling is legt de nadruk op de hele mens, het bieden van een gezonde omgeving en het versterken van gezondheid. De interventiebenadering is kenmerkend voor het dominante paradigma; de presentiebenadering voor de nieuwe stroom.

Binnen landbouw en zorg vinden we een grote diversiteit aan werkwijzen. Er zijn zorgboerderijen waar de zorg centraal staat en zorgboerderijen waar de landbouwproductie belangrijker is. Vaak is de initiatiefnemer een boer of boerin, maar soms ook een voormalig medewerker uit de zorgsector. Soms vindt dit plaats binnen de context van een stadstuin. Er zijn gangbare, biologische en biologisch dynamische bedrijven en hun visies zijn vaak zeer verschillend. Soms ligt de nadruk meer op interventie, bij de ander meer op presentie. De diversiteit is evenwel een kracht van landbouw en zorg. De sector kan een bijdrage leveren aan de verbinding van verschillende domeinen en paradigma's.

Het transitieprogramma langdurige zorg constateert dat weeffouten in het zorgsysteem leiden tot veel onvrede bij zorgvragers en zorgverleners. De onvrede van zorgverleners wordt verwoord door stichting Beroepseer. De onvrede richt zich op het gebrek aan waardering voor de deskundigheid, ontzijing van het werk en de steeds grotere nadruk op controle en afrekenbaarheid.

Landbouw en zorg kan de reguliere zorg inspireren. Veel locaties zijn de gewenste vrijplaatsen waar veel aandacht is voor aspecten die binnen de reguliere zorg zwaar onder druk staan. Het gaat dan over inspiratie en commitment, aandacht voor de spirituele, existentiële dimensie, eigen verantwoordelijkheid en de focus op maatschappelijk ondernemerschap.

Inleiding

Steeds meer cliënten uit de zorg- en welzijnssector worden opgevangen op boerderijen en in het groen. Het aantal zorgboerderijen is de laatste jaren spectaculair gestegen. In 1998 waren er 75; in 2003 bijna 400 en in 2010 ongeveer 1000. Er zijn ook zorgtuinen waar cliënten hun dag besteden. Cliënten uit de zorg- en welzijnssector kunnen op boerderijen en zorgtuinen terecht voor een begeleide werkplek, behandeling of zelfs een woonplek. De meest voorkomende functie is het bieden van dagbesteding.

Zorgboerderijen zijn niet alleen in Nederland sterk in opkomst, maar ook in andere Europese landen (Hassink & Van Dijk, 2006). Jaarlijks vinden in Nederland meer dan 12.000 cliënten een plek op een zorgboerderij (Hassink *et al.*, 2007). De belangrijkste doelgroepen zijn cliënten met een verstandelijke beperking, psychiatrische achtergrond, jeugdigen en ouderen. De snelle groei van het aantal cliënten dat gebruik maakt van zorgboerderijen en zorgtuinen en de diversiteit van de cliëntenpopulatie maakt duidelijk dat er kennelijk grote behoefte is aan dergelijke voorzieningen en dat ze verschillende cliëntgroepen aanspreken.

Mensen die betrokken zijn bij de opzet van en verantwoordelijk zijn voor het leiding geven aan het werk op zorgboerderijen nemen over het algemeen aan dat het verblijf en het werken op een zorgboerderij gezond is (Van Schaik, 1997; Hassink *et al.*, 1999; Ketelaars *et al.*, 2001). Als redenen worden genoemd de noodzakelijke en aansprekende activiteiten, het werken met planten en dieren, de structuur, de ruimte en de variatie in werkzaamheden, de niet-medische sfeer die er heerst en het aansluiten bij het gezonde van de mens (Van Schaik, 1997; Hassink & Ketelaars, 2003; Hassink, 2006). Een solide wetenschappelijke onderbouwing voor de gezondheidsbevorderende effecten en de kwaliteiten van de boerderij die daar mogelijk verantwoordelijk voor zijn, ontbreekt nog. In dit essay leveren we aan die onderbouwing een positieve bijdrage.

Ondanks de sterke toename van het aantal zorgboerderijen is acceptatie door en inbedding in de reguliere zorg beperkt. Ten eerste weet een groot aantal professionals uit de reguliere zorg niet waar de zorglandbouw eigenlijk voor staat. Ons inziens heeft dat ondermeer te maken met het gegeven dat zorgboeren moeite hebben om hun visie te verwoorden en effectief uit te dragen. Wat verder meespeelt is dat de zorglandbouw bang is haar eigenheid te verliezen en weerstand heeft tegen de steeds verdergaande protocollering en regelgeving in de reguliere zorgsector. Veel zorgboeren stellen dat zorgboerderijen nauw aansluiten bij het nieuwe denken in de zorgsector: vermaatschappelijking van de zorg, het gedachtegoed van 'community care', de rehabilitatie-visies en aan empowerment en herstel van cliënten (Hassink, 2006). Zorgboerderijen zouden ook bijdragen aan keuze-mogelijkheden voor cliënten die in de reguliere zorg en in de samenleving in het algemeen niet of nauwelijks (meer) aanwezig zijn (Hassink, 2006). Interessant is dat er in de reguliere zorg wel degelijk partijen zijn die zich herkennen in de visie van landbouw en zorg en de bereidheid hebben met zorgboeren gezamenlijke concepten te ontwikkelen die gebaseerd zijn op gelijkwaardigheid, betrokkenheid, keuzemogelijkheden, compassie en professionaliteit van de geboden zorg. In dit essay beschrijven we dan ook een aantal concepten en visies die in de reguliere zorg circuleren en in het domein van landbouw en zorg deels al in praktijk zijn gebracht. Dat domein lijkt een gunstige plek te kunnen zijn voor de verdere ontwikkeling van die (nieuwe) concepten en daarmee een plaats voor experimenten die oplossingsrichtingen voor de knelpunten in de reguliere zorg binnen bereik kunnen brengen.

In de afgelopen tien jaar wordt namelijk steeds duidelijker dat er groeiende onvrede en onbehagen is in de reguliere zorgsector; zowel bij zorgverleners als bij zorgvragers. Veel zorgverleners voelen zich steeds verder beknot in het uitoefenen van hun vak waarbij de compassie en bezieling die er de basis van vormen onvoldoende ruimte krijgen (zie www.beroepseer.nl). En zorgvragers ervaren dat zij niet meer of in onvoldoende als mens behandeld worden en niet zelden in die zorg verdwalen (Rotmans, 2010). Dit zou, zo stelt Rotmans (2010), samenhangen met fundamentele weeffouten in ons zorgsysteem. De vraag laat zich dus stellen of landbouw en zorg bijdragen kan leveren om deze weeffouten te ontwarren en te verminderen en of zij oplossingsrichtingen biedt voor de bestaande knelpunten in de reguliere zorg.

De ambitie van dit essay is op bovenstaande uitdagingen zoekrichtingen en mogelijke antwoorden aan te reiken. We hopen dat het essay inspiratie biedt aan zorgboeren, cliënten en hun verwanten, zorginstellingen en organisaties die geïnteresseerd zijn in landbouw en zorg. En dat het een bijdrage levert aan het onderbouwen van de kwaliteiten van landbouw en zorg, de dialoog tussen zorgboeren en zorgprofessionals op gang brengt en de verdere professionalisering en inbedding van landbouw en zorg in de reguliere zorg bevordert.

De opzet van het essay is als volgt:

1. Allereerst presenteren we de resultaten van interviews met cliënten, boeren en hulpverleners. We hebben hen gevraagd welke kwaliteiten van de zorgboerderij voor hen belangrijk zijn.
2. Vervolgens zetten we de wetenschappelijke inzichten op een rij die behulpzaam zijn bij het onderbouwen van de waarde van de kwaliteiten die in de interviews zijn genoemd.
3. Als derde beschrijven we concepten en visies die in de reguliere zorg in de afgelopen vijftien jaar zijn geïntroduceerd en die deels binnen landbouw en zorg al in de praktijk worden gebracht.
4. Als vierde beschrijven we een aantal knelpunten in de zorg en de streefbeelden
5. Tenslotte geven we aan welke oplossingsrichtingen binnen landbouw en zorg worden beproefd en hoe zorgboerderijen en zorgtuinen proeftuinen van vernieuwing en een inspiratiebron voor de reguliere zorg kunnen zijn.

1. Kwaliteiten van zorgboerderijen en zorgtuinen

De laatste drie jaar hebben we interviews gehouden met deelnemers op zorgboerderijen, zorgboeren en medewerkers van zorginstellingen die deelnemers plaatsen op zorgboerderijen en andere vormen van dagbesteding. We richtten ons op drie verschillende doelgroepen: cliënten met een psychiatrische achtergrond, niet dementerende ouderen en cliënten uit de jeugdzorg.

Bij de selectie van de zorgboerderijen hebben we rekening gehouden met de diversiteit tussen zorgboerderijen. Bij elk van deze boerderijen hebben we een interview gehouden met de boer, één of enkele deelnemers en in de meeste gevallen een medewerker van een instelling waar de zorgboerderij mee samenwerkt. Bij de jeugdzorgboerderijen hebben we ons beperkt tot zorgboerderijen die samenwerken met een jeugdzorginstelling en opvang bieden aan jongeren die ouder zijn dan 12 jaar. Na een zoektocht op internet vonden we 9 jeugdzorginstellingen die structureel samenwerken met meerdere jeugdzorgboerderijen. Aan deelnemers werd gevraagd hoe hun verblijf op de zorgboerderij eruit ziet, hoe ze de zorgboerderij ervaren en wat ze zouden missen als het verblijf op de boerderij zou stoppen. Aan zorgboeren en medewerkers van zorginstellingen werd gevraagd welke aspecten van de zorgboerderij voor deelnemers belangrijk zijn. Als de respondenten ook ervaring hadden met andere vormen van dagbesteding, werd hen ook gevraagd wat zij zien als verschil tussen deze vorm van dagbesteding en de zorgboerderij.

Tabel 1. Geeft een overzicht van het aantal interviews dat is gehouden.

| | Zorgboeren | Deelnemers | Medewerkers instellingen |
|-------------|------------|------------|--------------------------|
| Psychiatrie | 12 | 16 | 11 |
| Ouderen | 10 | 12 | 7 |
| Jeugd | 11 | 13 | 9 |

Kwaliteiten die belangrijk worden gevonden door deelnemers, boeren en medewerkers van zorginstellingen

Een overzicht van de resultaten van de interviews wordt in Tabel 2 weergegeven.

Op basis van de interviews komen er vijf thema's naar voren die een goed beeld geven van de aspecten die door deelnemers worden gewaardeerd: a) de gemeenschap op de boerderij, b) de houding van de boer, c) de niet zorg context, d) de aard van het werk en e) de groene omgeving.

a) Gemeenschap

Wat alle groepen deelnemers het vaakst noemen is het belang van de sociale gemeenschap. De meeste deelnemers geven aan dat ze zich veilig en thuis voelen in de groep. Ze waarderen de kleinschaligheid en de mogelijkheid om nieuwe contacten op te bouwen. De informele sfeer van het samenwerken en de relatieve stabiliteit van de groep maakt het makkelijker contacten aan te gaan en te verdiepen. Één van de deelnemers met een psychiatrische problematiek geeft aan:

'Ik ben vaak alleen. Maar op de boerderij heb ik nieuwe contacten opgebouwd. We zoeken elkaar op ook buiten werkuren. Dit jaar zijn we zelfs met een paar op vakantie geweest. We zijn naar de Waddeneilanden gefietst.'

Ouderen waarderen de gezelligheid van de groep. Een paar deelnemers met een psychiatrische achtergrond noemen de diversiteit als een belangrijke kwaliteit. Jongeren geven aan dat ze minder agressie ervaren dan op school of in de residentiële jeugdzorg.

Veel boeren en zorgprofessionals in de ouderenzorg noemen ook deze aspecten. Medewerkers uit de psychiatrie noemen het aspect gemeenschap echter weinig.

Medewerkers uit de jeugdzorg noemen het belang van het gezin voor jongeren die op de boerderij wonen. Het gezin kan dienen als een rolmodel voor de jongere.

'Veel van deze jongeren missen de ervaring van een normaal gezinsleven, waar ouders met elkaar praten en met de kinderen en samen eten'

b) Houding van de boer/zorgtuinder

Deelnemers met een psychiatrische achtergrond waarderen dat ze worden benaderd als een normaal iemand, met respect en zonder vooroordelen en niet als een patiënt. Ze zeggen dat het belangrijk is om respect te ontvangen van 'normale mensen'. Het is een opluchting dat ze niet hun hele 'psychiatrische geschiedenis' hoeven te vertellen.

Ouderen geven aan dat ze zich gewaardeerd voelen. Vijftig procent van de ouderen en één derde van de deelnemers uit de psychiatrie noemen dat ze de persoonlijke relatie met de boer en zijn/haar betrokkenheid een belangrijke kwaliteit vinden. Jongeren noemen dat ze een goed contact hebben met de boer en dat ze van hem kunnen leren. Ze hebben minder conflicten dan op school of binnen de residentiële jeugdzorg. De jongeren die op de boerderij wonen noemen dat ze zich thuis voelen, dat ze het contact met het gezin waarderen en dat ze een rol hebben als medewerker en niet als cliënt. Deelnemers met een psychiatrische achtergrond en jongeren noemen dat de boer hen zelfvertrouwen geeft door de positieve feedback en verantwoordelijkheid die ze krijgen. Één van de jongeren noemt over het contact het volgende:

'Ik vind de boer een fijne vent. Hij is betrokken bij mij. Gisteren heb ik hem nog een kaart gestuurd om hem te danken dat ik hier op de boerderij mag zijn.'

Veel boeren noemen ook de aandacht voor de hele persoon, de persoonlijke aandacht en de respectvolle benadering. Één van de boeren beschrijft het als:

'Dat je ziet wie iemand is, dat is de juiste houding. Dat je in je achterhoofd de vraag hebt 'wie ben je, en niet wat is je handicap'. Dat je de persoon achter de handicap ziet, dat je iemands mogelijkheden en motivatie ziet'

Ze benadrukken dat het normaal voor hen is om open te zijn naar deelnemers en te praten over hun eigen leven en ervaringen. Dat het natuurlijk is om een persoonlijke band op te bouwen, omdat je samen werkt en de deelnemer onderdeel wordt van je dagelijkse leven.

De persoonlijke relatie wordt niet vaak genoemd door medewerkers van instellingen. Sommigen waarschuwen voor te veel betrokkenheid, omdat het niet professioneel zou zijn en het kan leiden tot teleurstelling.

Veel medewerkers noemen wel dat ze samenwerken met zorgboeren omdat boeren meer gericht zijn op de mogelijkheden van deelnemers dan begeleiders in de reguliere zorg.

Jeugdzorgboeren noemen het belang van vertrouwen geven en verantwoordelijkheid. Verder vinden ze autoriteit en duidelijke waarden en normen van groot belang. Dit wordt ook genoemd door een derde van de jeugdzorgmedewerkers.

c) Werk

Deelnemers noemen verschillende aspecten van werk op de boerderij.

Werk passend bij je mogelijkheden

De meeste deelnemers met een psychiatrische achtergrond vinden het belangrijk dat ze op de boerderij in hun eigen tempo kunnen werken. Dat ze kunnen rusten als ze een slechte dag hebben. Dit aspect wordt nauwelijks genoemd door de andere doelgroepen.

Zinvol en echt werk

Ouderen noemen dat het belang van echt en zinvol werk vaker dan de andere doelgroepen. Ze vinden het belangrijk onderdeel te zijn van de samenleving en een bijdrage te leveren. Vooral oudere mannen vinden het leuk op de boerderij klusjes te doen, zoals het voeren van de dieren en het werken in de moestuin. De andere doelgroepen noemen dit minder vaak.

Structuur

Veel deelnemers met een psychiatrische achtergrond en een derde van de jongeren noemen dat de boerderij structuur in hun leven brengt. Ouderen noemen dit aspect nauwelijks.

Diversiteit

Vooral ouderen waarderen de diversiteit aan activiteiten. Zij ervaren vaak dat ze beperkte keuzemogelijkheden hebben. De boerderij biedt een breder scala aan activiteiten dan de traditionele dagcentra. Een derde van de andere doelgroepen noemt ook het belang van diversiteit.

Aanwezigheid van dieren

Alle doelgroepen noemen de betekenis van dieren. Ouderen noemen dieren het vaakst. Het gaat met name om het contact met dieren. Deelnemers met een psychiatrische achtergrond noemen dat dieren veiligheid bieden, dat ze niet achter je rug over je roddelen en dat je je problemen bij hen kwijt kunt. Een paar deelnemers noemen het belang van het verzorgen van dieren. Het zorgt voor een balans, je ontvangt niet alleen zorg, maar je geeft ook zorg.

Over het algemeen noemen zorgboeren en medewerkers van instellingen vaker het belang van echte, zinvolle en activerende werkzaamheden dan de deelnemers. Zorgboeren geven aan dat deelnemers met een psychiatrische achtergrond soms weerstand moeten overwinnen om aan het werk te gaan. Medewerkers uit de ouderenzorg noemen het belang van de boerderij als een activerende omgeving waar ouderen actief blijven. Ze vinden de dagelijks terugkerende werkzaamheden zoals de maaltijd voorbereiden, dieren voeren en de werkcontext belangrijke aspecten om de activerende sfeer te realiseren.

d) Groene omgeving

Deelnemers noemen verschillende aspecten van de groene omgeving.

Rust en ruimte

Veel deelnemers met een psychiatrische achtergrond genieten van de rust en de ruimte op de boerderij. Het is een omgeving die minder prikkels geeft dan de stad waar veel van hen wonen. De ruimte geeft hen de mogelijkheid even terug te trekken als dat nodig is. Jongeren noemen dat de boerderij omgeving veel minder prikkels geeft dan de traditionele voorzieningen in de jeugdzorg of school. Één van de jongeren verwoordt dit als volgt:

'Ik ben hier anders dan op school. Als anderen druk zijn zoals op school, dan word ik ook druk. Ik pas me bij hen aan'

Ervaren van natuur

Veel respondenten waarderen dat ze buiten zijn en dat ze veel van de natuur ervaren, zoals bloemen, vogels, de zon en de wind. Vijftig procent van de ouderen noemt het belang van het mooie open uitzicht.

Andere omgeving

Sommige jongeren zeggen dat de boerderij zo anders is dan de omgeving die ze gewend zijn. Ze moesten eraan wennen. De taal, de manier van met elkaar omgaan is vaak heel anders dan wat ze hebben geleerd. Na enige tijd waarderen ze hun nieuwe leven.

'De manier van praten en de omgang is heel anders dan in Eindhoven. Als je daar een biertje omstoot krijg je meteen een dreun. Hier in het dorp is dat geen probleem.'

Boeren en medewerkers uit de zorg herkennen ook de betekenis van ruimte, rust en buiten zijn. Boeren geven aan dat de ruimte helpt om conflicten te voorkomen. Een deelnemer kan zich even terugtrekken of alleen werken als dat nodig is. Veel medewerkers uit de jeugdzorg die 24 uren opvang bieden vinden het belangrijk dat de boerderij ver weg is van de foute vrienden van de jongere.

e) Niet zorg context

Dit thema werd nauwelijks genoemd door deelnemers, maar wel vaak door boeren en medewerkers van zorginstellingen. We kunnen twee aspecten onderscheiden:

Gewone leven

Veel boeren en zorgmedewerkers benadrukken dat de boerderij veel meer het gewone leven biedt dan reguliere zorgvoorzieningen. Op een boerderij hebben deelnemers volgens hen meer contact met normale mensen en de samenleving dan binnen een zorginstelling. De gesprekken gaan over het werk en niet over de problemen van deelnemers. Sommige jeugdzorgboeren en jeugdzorgmedewerkers noemen dat een boerderij het echte leven is, dat je geen kunstmatige situaties hoeft te creëren om te leren, dat het back to basics is en een goed alternatief voor jongeren die vervreemden van de samenleving.

Twee deelnemers met een psychiatrische achtergrond en een jongere noemen dat het voelt of ze naar het werk gaan. Ze vinden het minder stigmatiserend dan de reguliere hulpverlening.

De authentieke boerderij omgeving activeert het geheugen van ouderen volgens boeren en medewerkers uit de ouderenzorg en sommige ouderen.

Vrijheid

Boeren waarderen dat er meer vrijheid is dan in de reguliere zorg. Ze hoeven zich minder aan protocollen te houden, ze nemen meer risico's en zoeken soms de grenzen op bij deelnemers. Dit stimuleert hun verantwoordelijkheidsgevoel volgens sommige boeren. Een jeugdzorgboer verwoordt het als volgt:

'Regels leiden tot calculerend gedrag. Ik heb mijn eigen kinderen nooit gestraft. Iemand moet bewustzijn ontwikkelen. Op de boerderij zijn verantwoordelijkheid, autonomie en relaties heel belangrijk. We richten ons op de innerlijke kracht en de ontwikkeling en niet op het drillen en conditioneren van gedrag. Ze moeten zelfstandige mensen worden.'

Medewerkers uit de ouderenzorg bevestigen dit. Het leidt volgens hen tot een meer informele en activerende sfeer. Sommige deelnemers met een psychiatrische achtergrond en jongeren noemen ook dat ze de informele sfeer fijn vinden en dat ze het in de reguliere zorg formeler vinden. De respondenten zijn het er over eens dat de boeren professioneel opereren en dat de vrijheid en informele sfeer ondersteunend is voor deelnemers en voor de boeren.

Verschillen tussen de doelgroepen

Uit onze interviews komt naar voren dat voor specifieke doelgroepen bepaalde kwaliteiten extra belangrijk zijn. Hieronder volgen twee voorbeelden.

Ouderen zitten in een fase dat hen veel wordt afgenomen, dat de keuzemogelijkheden beperkt worden. De boerderij biedt de mogelijkheden om zowel binnen als buiten klusjes te doen die bij de persoon passen. De oudere hoeft zich niet te houden aan een vast programma, wat vaak wel het geval is in een dagcentrum voor ouderen. De boerderij is een activerende omgeving. Er zijn geen kant-en-klaar maaltijden uit de centrale keuken, maar de maaltijd wordt gezamenlijk bereid. De één haalt groenten uit de zorgtuin, de ander schilt de aardappelen en weer iemand anders voert de schillen aan de beesten.

Voor jongeren met gedragsproblemen zijn de autoriteit van de boer, de normen en waarden van het platteland en de grote afstand tot het milieu waar de jongere vandaan komt belangrijke kwaliteiten. Doordat de jongere gast is bij de

boer en het boerengezin en meehelpt op het bedrijf ontstaan er minder snel autoriteitsconflicten dan in een reguliere voorziening.

Voor deelnemers met een psychiatrische achtergrond is het kunnen werken in hun eigen tempo cruciaal.

Tabel 2. Percentage respondenten die een bepaalde categorie noemt

P = Psychiatrie, J= Jongeren, O = Ouderen

D = deelnemer, B = boer I = medewerker zorginstelling

() = Aantal respondenten

□□ > 50%

□ 33-50%

Blanco = < 33%

| Thema | Categorie | P | J | O | P | J | O | P | J | O. |
|-------------------|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| | | D (16) | D (13) | D (12) | B (12) | B (11) | B (10) | I (11) | I (9) | I (7) |
| Gemeenschap | Contacten | □ | □□ | □□ | □□ | □ | □□ | | | □□ |
| | Veiligheid | | | | | | | | | |
| | Kleinschaligheid | | | | | | | | | |
| Houding boer | Gezin | | | | | | | | □ | |
| | Betrokken, persoonlijk | □ | | □□ | □ | □□ | □□ | | | □ |
| | Individuele benadering, hele persoon | □□ | □ | □ | □□ | □□ | □□ | □□ | □ | |
| | Respectvol | | | | | | | | | |
| | Focus op mogelijkheden | | | | | | | | | |
| | Geen vooroordeel | | | | | | | | | |
| | Vertrouwen | | | | | | | | | |
| | Verantwoordelijkheid | | | | | | | | | |
| Niet zorg context | Autoriteit | | | | | □□ | | | □ | |
| | Normen en waarden | | | | | | | | | |
| | Gewone leven | | | | □ | □ | □□ | □□ | □□ | □ |
| | Gewone gesprekken | | | | | | | | | |
| | Contacten samenleving | | | | | | | | | |
| Werk | Vrijheid | | | | □ | □ | □□ | | | □ |
| | Experimenteerruimte | | | | | | | | | |
| | Herinneringen | | | □ | | | □ | | | |
| | Echt, zinvol | | | □ | □□ | □ | □ | □□ | □□ | □□ |
| | Dieren | □ | □□ | □□ | □□ | □□ | □□ | □□ | □□ | |
| | Diversiteit | □ | □ | □□ | □ | | □□ | | | |
| | Fysiek | | | | | □ | | | | |
| | Structuur | □□ | □ | | □ | □□ | □□ | □ | □□ | |
| Groene omgeving | Eigen tempo | □□ | | | | | | | | |
| | Activerend | | | | □□ | | □□ | | | □ |
| | Rust, ruimte, weinig prikkels | □□ | □□ | | □□ | □□ | □□ | □□ | □□ | |
| | Buiten zijn, natuur ervaren | □ | □□ | □□ | □□ | | □□ | | | □□ |
| | Uitzicht | | | □□ | | | | | | |
| | Andere omgeving | | | | | | | □ | | |

Combinatie van kwaliteiten belangrijk

De afzonderlijke kwaliteiten die in het onderzoek naar voren komen zijn niet vernieuwend en niet exclusief voor zorgboerderijen. Maar de combinatie van de verschillende kwaliteiten maakt de zorgboerderij tot een aansprekende voorziening voor verschillende doelgroepen. Het gaat dan om de persoonlijke, betrokken en respectvolle houding van de zorgboer, het onderdeel zijn van een gemeenschap, de informele context, zinvolle en diverse werkzaamheden en de groene omgeving. De interviews laten zien dat de sociale kwaliteiten, zoals de persoonlijke band en de veilige gemeenschap zeker zo belangrijk zijn dan de groene omgeving en de aard van de werkzaamheden. Dit komt overeen met focusgroep gesprekken met deelnemers met een psychiatrische en verslavingsachtergrond (Elings & Hassink, 2008) en deelnemers van zorgboerderijen in Engeland (Hine *et al.*, 2008).

De interviews suggereren dat er een positieve interactie bestaat tussen de afzonderlijke kwaliteiten. De persoonlijke, informele sfeer is mogelijk omdat de boer en de deelnemer samen aan het werk zijn. Het enthousiasme van de boer voor de boerderij en de werkzaamheden stimuleert de deelnemer om zich er mee te verbinden. De focus is gericht op de werkzaamheden die moeten gebeuren. In zo'n context hoeven er geen kunstmatige situaties te worden gecreëerd. Deelnemers ervaren dat wat ze doen van belang is en dat het gewaardeerd wordt. Door de ruimte en de rust ontstaan er minder vaak conflicten tussen deelnemers. Een deelnemer kan zichzelf terugtrekken als dat nodig is. Als dit niet mogelijk is, zouden conflicten zich veel vaker voordoen en zou er meer aandacht nodig zijn om conflicten te beheersen. De interactie van alle kwaliteiten leidt tot een informele context die lijkt op het gewone leven. Onze uitkomsten komen overeen met de observaties in beschutte woonvoorzieningen dat één van de belangrijkste zaken om een gemeenschap te creëren het begrijpen en respecteren van relaties is (Davies & Brown Wilson, 2007) en dat continuïteit in begeleiding, leiderschap, het ontwikkelen van verstandhouding en het gevoel dat wat je doet wordt gewaardeerd, belangrijke aspecten zijn om een gemeenschapscultuur te creëren (Brown Wilson, 2009).



Figuur 1. *Interactie tussen kwaliteiten leidend tot een niet zorg context.*

De combinatie van kwaliteiten is uniek en een welkome aanvulling op de voorzieningen in de reguliere zorg. Zorgboerderijen kunnen zo een bijdrage leveren aan de vermaatschappelijking van de zorg. De diversiteit van zorgboerderijen maakt het mogelijk op verschillende kwaliteiten te focussen en voor verschillende deelnemers een passend aanbod te creëren.

Literatuur

Brown Wilson, C., 2009.

Developing community care in homes through a relationship-centered approach. *Health and Social Care in the Community* 17, 177-186.

Davies, S. & C. Brown Wilson, 2007.

Creating a sense of community. In: National Care Homes Research and Development (NCHR and D) Forum 'My Home Life'. Quality of life in care homes: A review of the literature. Help the Aged, London. URL http://www.helptheaged.org.uk/engb/WhatWeDo/AboutUs/Publications/wd_publicat_280206.htm

Elings, M., & J. Hassink, 2008.

Green care farms, a safe community between illness or addiction and the wider society. *Journal of therapeutic communities* 29, 310-323.

- Hassink, J., F. Heymann & A. Slokker, 1999.
Kwaliteit met zorg geproduceerd. Een onderzoek naar de aspecten die de kwaliteit van landbouw en zorg beïnvloeden. Wageningen, AB-DLO en LUW-CIS.
- Hassink, J. & D. Ketelaars, 2003.
De bodem onder de zorgboerderij. Naar een onderbouwing van de heilzame eigenschappen van een zorgboerderij. Handboek Dagbesteding. A3116, pp.1-25.
- Hassink, J., 2006.
Gezond door landbouw en groen. Van Gorcum, Assen, 228 p.
- Hassink, J. & M. van Dijk, 2006.
Farming for Health: Green-care Farming across Europe and the United States of America. Proceedings of the Frontis Workshop on Farming for Health, 16–19 March 2005, Wageningen. Springer, Dordrecht, 357 pp.
- Hassink, J., C. Zwartbol, H.J. Agricola, M. Elings & J.T.N.M. Thissen, 2007.
Current status and potential of care farms in the Netherlands. *Netherlands Journal of Life Sciences* 55 (1), 21-36.
- Hine, R., J. Peacock & J. Pretty, 2008.
Care farming in the UK: contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Therapeutic Communities* 29 (3), 245-260.
- Ketelaars, D., E. Baars & H. Kroon, 2001.
Werkend herstellen. Een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen voor mensen met psychiatrische problematiek. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Rotmans, J., 2010.
Transitieagenda voor Nederland. Investeren in een duurzame innovatie. DRIFT/KSI Netwerk, Rotterdam.
- Schaick, J. van, 1997.
Ontmoeting landbouw en zorg. Inventarisatie praktijkervaringen zorgboerderijen. Vorden: Stichting Omslag.

2. Wetenschappelijke onderbouwing van het belang van de genoemde kwaliteiten van zorgboerderijen

Deelnemers, zorgboeren en medewerkers van zorginstellingen kennen vijf typen kwaliteiten toe aan zorgboerderijen.

1. persoonlijke en betrokken houding van de zorgboer;
2. sociale gemeenschap;
3. zinvolle en diverse werkzaamheden;
4. groene omgeving;
5. niet zorg context.

De volgende stap die we nu zetten is het verkennen van wetenschappelijke literatuur die inzicht geeft in het belang van deze kwaliteiten voor het welbevinden en de ontwikkeling van deelnemers.

a. Relatie begeleider/therapeut en deelnemer

De relatie tussen de hulpverlener en de cliënt is een belangrijk thema in de therapeutische literatuur. Bachelor & Horvath (1999) noemen empathie, begrip, betrokkenheid, warmte en vriendschap als de meest bepalende factoren voor een succesvolle behandeling en tevredenheid van de cliënt. Leyssen, hoogleraar psychotherapie komt tot een overeenkomstige conclusie. Volgens Leyssen (2007) is het ervaren van authentiek contact intens zingevend. Het gaat hierbij volgens Leyssen om oprechte belangstelling, empathie, aanvaarding en echtheid.

Een steeds terugkerende vaststelling in effectiviteitsonderzoek is dat de therapeutische verhouding en de mate waarin de patiënt actief kan deelnemen aan een behandeling zeer bepalend zijn voor een positief resultaat (Verhaeghe, 2010). Op basis van het vergelijken van een groot aantal effectstudies komen Bohart (2000) en Lambert (1992) tot de conclusie dat het aandeel van cliënt en omgevingsfactoren in het effect van therapie 40% is, de kwaliteit van de relatie tussen behandelaar en cliënt 30% en hoop 15%. Het soort therapie is van minder belang. Men krijgt hoop door het vinden van nieuwe doelen, een weg om die doelen te bereiken of een nieuwe manier om naar zichzelf te kijken (Ketelaars *et al.*, 2001).

De interviews maken duidelijk dat cliënten waarderen hoe een boer als niet professional met hen omgaat. Er is tot dusver nauwelijks onderzoek gedaan naar de rol van niet professionals in de zorg. De ervaringen die zijn gepubliceerd zijn positief en sluiten aan bij de ervaringen met zorgboeren. In onderzoeken naar de integratie van mensen met chronisch psychiatrische problemen bleek dat vrijwilligers werden gewaardeerd als goede luisteraars, betrouwbaar, vriendelijk, respectvol en steunend. Er ontwikkelden zich vriendschappen tussen cliënten en vrijwilligers (Kendall, 1989; Piat *et al.*, 2006; Walter & Petr, 2006). Een bijkomend voordeel is dat cliënten minder stereotypen hebben over niet professionals en daardoor meer bereid zijn tot samenwerking (Kendall, 1989, Falloon *et al.*, 1981). Douglas Bennett (2000) stelt voor non-professionals aan te trekken om woonvoorzieningen of werkprojecten te beheren en ze in rehabilitatiepraktijken te integreren. Volgens Bennett kunnen zij de gehandicapte personen de werkelijkheid van het dagelijks leven laten zien.

Niet alleen de zorgboerderijen, maar ook de ervaringen in Geel laten zien dat niet professionals een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de zorg. In het Belgische stadje Geel worden al eeuwenlang cliënten met psychiatrische problemen in gezinnen opgevangen. De ervaringen van Geel laten zien dat sociale integratie van cliënten met een psychiatrische achtergrond in het gezin en langdurige zorg een natuurlijk proces kan zijn. Vaak waren het boerengezinnen waar cliënten werden opgenomen. Ook in Geel is de aanpak dat gezinnen die een cliënt opnemen niet bekend zijn met psychiatrische ziektebeelden en niet te veel weten van de achtergrond van de cliënt. Families ervaren het vaak niet als een last, maar juist als een verrijking (Roosens & Van de Walle, 2007). De ervaringen van Geel maken ook duidelijk dat niet professionals de zorg aankunnen als ze voldoende ondersteuning krijgen.

b. Sociale gemeenschap

Het is onder sociologen al lang bekend dat het belangrijk is onderdeel uit te maken van een gemeenschap en banden te hebben met anderen (Durkheim, 1951). Relaties tussen mensen blijken naast fysieke bescherming ook emotionele bescherming te bieden (Schachter, 1959). In en door relaties vervullen mensen rollen, zijn ze verweven in een gemeenschap. Dit bepaalt de mate van sociale integratie en sociale identiteit van een individu.

Ook ontwikkelingspsychologen onderstrepen het belang van veilige, stabiele gehechtheidsrelaties. Vanuit de social exchange theory wordt geredeneerd dat sociale relaties lonen en belonen. Mensen vormen voor elkaar waardevolle bronnen waaruit met wederzijds put (Vaux, 1988). Weiss (1974) identificeerde verschillende basale sociale behoeften die mensen middels onderlinge relaties proberen te vervullen. Het gaat om:

- attachment: emotionele hechting met een ander;
- sociale integratie: ingebed zijn in een netwerk; het onderdeel zijn van een groep;
- bevestiging dat je waardevol bent: en voor iemand kunnen zorgen. andere erkennen je competenties en vaardigheden;
- vertrouwensband: dat je op iemand kunt bouwen voor steun.

Volgens Weiss leidt afwezigheid van vervulling van deze behoeften tot specifiek te omschrijven psychisch onwelzijn.

Ryan & Solky (1996) definiëren de behoefte aan contact als een basale menselijke behoefte om stevig verbonden te zijn en gewaardeerd te worden door anderen en tot een groter geheel te horen. Cobb (1976) definieert sociale steun als een interpersoonlijke relatie waardoor mensen het gevoel hebben dat er voor hen wordt gezorgd, dat anderen hen lief hebben en dat ze onderdeel zijn van een netwerk met onderlinge verplichtingen. Caplan (1974) signaleerde dat als iemand zich niet veilig voelt en gewaardeerd wordt, het autonome zenuwstelsel en hormonale mechanismen constant onder druk staan wat leidt tot psychische vermoeidheid en uitputting. Dit vergroot de kans op ziekte. Dit wijst erop dat sociale steun een beschermende functie heeft (Trobst, 2000). Cobb (1976) suggereert dat steun vanuit sociale relaties kan beschermen tegen angst, depressie en andere psychische klachten. Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat positieve relaties herstel na operaties bespoedigen (Eriksen, 1994; Kulik & Mahler, 1989) en mensen minder vatbaar maakt voor stress (Winfield *et al.*, 1992)

c. Kwaliteiten van werk

Onderzoek laat zien dat het hebben van vast werk de psychische en fysieke gezondheid positief beïnvloedt (Isaksson, 1989; Bartley, 1994; Bartley *et al.*, 2004; Cable *et al.*, 2008). Werk is niet alleen een bron van inkomen, maar het bevordert ook het gevoel van ergens bijhoren. Dit is ook het geval bij mensen die last hebben (gehad) van psychische klachten. Deelname aan werk bevordert het herstel (Boardman, 2003; Michon *et al.*, 2006) Werk voor mensen met psychische problemen geeft hen de mogelijkheid te participeren in de samenleving als actieve burgers (Boardman, 2003). Werk is heel belangrijk in de context van psychische gezondheidsproblemen, omdat de overgrote meerderheid van mensen met psychische problemen zich bezig wil houden met zinvolle activiteiten waarbij ze hun vaardigheden kunnen gebruiken en die voldoet aan hun verwachtingen. (Grove, 1999; Secker *et al.*, 2001). Werk is belangrijk voor mensen met psychische problemen omdat zij met name gevoelig zijn voor de negatieve effecten van werkloosheid en het bijbehorende verlies aan structuur, doel en identiteit (Bennett, 1970). Bennett (1970), Jahoda (1982), Warr (1987), Shephard (1989).

Van Weeghel (1995) en Boardman (2003) noemen de volgende sociaal-psychologische functies van werk voor mensen met of zonder psychische problemen.

- Werk geeft structuur aan de dag; het zorgt voor contrast in tijdsbeleving tussen verschillende dagdelen en geeft betekenis aan zaken als vrije tijd en vakantie.
- Werk geeft een sociale identiteit en status, sociale contacten en steun.
- Het verbreedt je horizon.
- Het geeft de mogelijkheid vaardigheden te ontwikkelen en het voorkomt secundaire vormen van beperking.
- Het laat zien dat mensen elkaar nodig hebben en dat ze een gezamenlijk doel hebben.

- Het dwingt mensen om actief te worden; het geeft een gevoel dat je iets bereikt, het geeft de mogelijkheid fysiek moe te worden en het leidt tot een betere fysieke gezondheid.
- Werk is iets dat je doet voor anderen. Dit in tegenstelling tot vrijetijds activiteiten die je meestal voor jezelf doet.

Het is zeker niet zo dat iedere werksituatie bovengenoemde positieve uitwerking heeft. Integendeel. Iedere werksituatie bestaat uit kenmerken die als kansen of belemmeringen fungeren (Warr, 1987). Die kansen kunnen in meer of mindere mate aanwezig zijn ('present'), door individuen worden opgemerkt ('perceived') en door hen worden aangegrepen ('acted upon'). Om wat voor kenmerken gaat het dan? Warr (1987) en Bennett (1988) noemen een aantal kenmerken van een gezonde werkomgeving waaronder:

- het is maatschappelijk zinvol en er is waardering voor het werk
- er is voldoende variatie in werkzaamheden
- er is voldoende handelingsspeelruimte
- er zijn taken van verschillende moeilijkheidsgraad en verschillende eisen
- er zijn mogelijkheden voor communicatie en samenwerking
- er wordt rekening gehouden met de individuele werkstijl
- er is aandacht voor de mate van verantwoordelijkheid
- er zijn mogelijkheden en experimenteeruimte om zichzelf te ontwikkelen

Warr gaat er van uit dat zulke omgevingskenmerken invloed uitoefenen op de persoon(skenmerken) en dat iemand met een slechtere psychische gezondheid gevoeliger is voor negatieve omgevingsinvloeden dan mensen met een betere psychische gezondheid.

Zorgen voor en steun

Een specifieke kwaliteit van het werken op de boerderij is dat je zorgt voor dieren en planten. De filosoof Vorstenbosch (2005) concludeert dat zorgen voor iets levends van belang is voor mensen; 'je wordt mens door voor iets om iemand te zorgen'. We zorgen voor planten, dieren en onze dierbaren. Vorstenbosch stelt dat je jezelf ontwikkelt door voor andere levende wezens te zorgen. Volgens Mc Nicholas en Collis (2006) kan sociale steun door dieren een alternatief bieden voor de steun door mensen.

d. Groene omgeving

Er is steeds mee bewijs voor de positieve relatie tussen groen en gezondheid. De kernboodschap is dat contact met de natuur de psychische gezondheid bevordert doordat het stress vermindert, de stemming verbetert en het een herstellende omgeving biedt die ook beschermt voor toekomstige stress (Kaplan & Kaplan, 1989; Kaplan, 1995; Hartig *et al.*, 1991) Verschillende onderzoekers laten zien dat natuur mensen helpt te herstellen van stress en mentale vermoeidheid en zien dit als de belangrijkste verklaring voor de positieve invloed van natuur op gezondheid (Kaplan & Kaplan, 1989). We spreken dan over herstel van stress en aandachtsmoeheid. Volgens de biofilia hypothese heeft de mens een aangeboren liefde voor de natuur (Wilson, 1984; Ulrich, 1993). De belangrijkste theorieën zijn de Attention restoration theory (ART) van Kaplan en Kaplan (1989) en het psycho-evolutionaire model van Ulrich (Ulrich 1983). Kaplan en Kaplan zien herstel door de natuur vooral als herstel van aandachtsmoeheid. Dit ontstaat bij het uitvoeren van taken waarbij langdurig gerichte aandacht nodig is. Contact met natuurlijke omgevingen draagt volgens Kaplan en Kaplan bij aan herstel van aandachtsmoeheid omdat natuurlijke omgevingen mogelijkheden bieden afstand te nemen van routinematige bezigheden en gedachten (being away) en omdat ze automatische de aandacht trekken zonder dat het moeite kost (soft fascination).

Ulrich gaat ervan uit dat natuurlijke omgevingen het herstel van elke vorm van stress bevorderen, dus ook kortdurende milde stress en niet allen herstel van stress bij aandachtsmoeheid. In zijn psycho-evolutionaire model stelt hij dat bepaalde kenmerken van de omgeving een signaalfunctie hebben voor veiligheid en overleven. Als het gevolg van een aangeboren, adaptief mechanisme veroorzaakt het waarnemen van deze kenmerken positieve emotionele reacties.

Wanneer we een bepaalde omgeving mooi of aantrekkelijk vinden, houdt dit onze aandacht vast zonder dat het ons totaal in beslag neemt. Negatieve gedachten worden hierdoor geblokkeerd of gereduceerd waardoor we tot rust kunnen komen. Het is al lang bekend dat mensen in natuurlijke omgevingen kunnen uitrusten, leren en groeien. Door de geschiedenis komen twee beelden van gezonde natuur naar voren: de rustgevende, veilige natuur zoals zorgtuinen en pastorale landschappen (lieflijk landschap zonder de ontberingen van het landleven en de bedreigingen van wilde beesten en planten) waarin mensen ongestoord kunnen genieten en tot rust kunnen komen en het beeld van uitdagende wilde natuur zoals donkere bossen en hoge bergen waarin mensen het mysterie van het leven kunnen ervaren en geest en lichaam kunnen worden 'gehard' (Van den Berg & Van den Berg, 2001). Mensen met een hoge behoefte aan persoonlijke groei en zelfreflectie blijken een relatief sterke voorkeur te hebben voor wilde, ruige natuur, terwijl mensen met een hoge behoefte aan veiligheid en sociale contacten een relatief sterke voorkeur hebben voor veilige en verzorgde natuur (Van den Berg, 1999). Op basis van verzameld materiaal komen Van den Berg & Van den Berg (2001) tot drie gezondheidsfuncties van de natuur. Die komen overeen met drie niveau's van herstel die onderscheiden worden in een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen (Ketelaars *et al.*, 2001). Het volgende onderscheid komt naar boven:

- Natuur als bron van rust en ontspanning (opknappen en uitrusten)
- Natuur als bron van geestelijke en lichamelijke weerbaarheid (leren van nieuwe vaardigheden in psychisch en sociaal-emotioneel functioneren)
- Natuur als bron van persoonlijke groei en betekenisverlening (ontwikkelen van een ander manier van in het leven staan)

Over de invloed van planten en groene omgevingen op mensen is het een en ander bekend, zoals dat patiënten in een ziekenhuis sneller herstellen in een kamer met uitzicht op bomen dan in een kamer met uitzicht op een bakstenen muur (Ulrich *et al.*, 1991).

Onderzoek laat zien dat er een positief verband is tussen de hoeveelheid groen in de woonomgeving en de ervaren gezondheid van mensen. De positieve relatie is het sterkst voor mensen met een lage sociaal-economische status, jongeren en ouderen (De Vries *et al.*, 2003; Maas, 2008).

Maas (2008) concludeert dat herstel van stress en mentale vermoeidheid het meest waarschijnlijke mechanisme is achter de relatie tussen groen en gezondheid.

Verder lijkt het erop dat een groene omgeving leidt tot meer sociale contacten en meer bewegen, wat de gezondheid positief beïnvloedt.

e. Niet zorg context

De institutionele zorg is over het algemeen geen gezondmakende context. Onder die institutionele zorg vallen klinische voorzieningen maar ook beschermde of beschutte woonvormen waar de zorg en ondersteuning wordt geboden door professionele hulpverleners. Veel hybride en tussenvormen hebben zich overigens in de afgelopen jaren verder ontwikkeld en in capaciteit uitgebreid w.o. beschermd, begeleid en zelfstandig wonen met ambulante zorg. Binnen institutionele zorgomgevingen worden hier en daar experimenten uitgevoerd door bijvoorbeeld personeel aan te trekken dat niet psychiatrisch is geschoold maar wel zeer goed met mensen kan omgaan (Delfos *et al.*, 2008). De leidende gedachte is dat mensen - ook met een ernstige psychiatrische problematiek - beter begeleid en ondersteund kunnen worden door niet-hulpverleners omdat deze minder 'cliëntengedrag' zouden oproepen. Er zijn kennelijk intuïties en positieve aanwijzingen dat - m.u.v. daar waar het patiënten betreft die zeer intensieve en continue zorg behoeven - dat een niet zorg context en dus een leven en wonen buiten de muren van de instelling voor de kwaliteit van leven van betrokkenen beter is. Dat de de-institutionalisering in Nederland niet consequent is doorgevoerd en de afname van bedden van de GGZ gepaard is gegaan met een grotere toename van forensische, tbs-plaatsen en gesubstitueerde RIWB-woonbedden (Wiersma *et al.*, 2006) laat zien dat er een natuurlijke neiging bestaat de bestaande capaciteit en daarbij de daarbijbehorende geldstromen op niveau te houden. Maar ook buiten die muren is het van groot belang dat de subjectief ervaren zorgbehoeften beter vervuld kunnen en moeten worden (Wiersma, 2002). Onderzoek van Vervaeke (2005) wijst uit dat psychiatrische thuiszorg wel degelijk een goed alternatief is voor mensen met een zware psychiatrische problematiek die anders intramuraal opgenomen zouden

zijn, mits de ondersteuning en begeleiding op niveau is. Dat gegeven is sinds 1990 al ingeburgerd binnen de Engelse geestelijke gezondheidszorg en heeft in Birmingham - en op andere plaatsen in Engeland - geleid tot een moderniseringsbeleid gericht op intensief en outreachend werken (Van der Velden, 2006) met het gevolg dat het aantal klinische opnamen wordt beperkt (Commander *et al.*, 2005).

Instellingen van geestelijke gezondheidszorg zijn dus geen gezondmakende maar eerder ziektebevorderende voorzieningen. Opname in een kliniek, en met name langdurig verblijf heeft eerder negatieve dan positieve klinische effecten op betrokkenen. Daar waar het de gedwongen opnamen van patiënten met schizofrenie betreft, is vastgesteld dat dergelijke ervaringen voor betrokkenen traumatische gebeurtenissen zijn (Garety & Riggs, 2001), maar dat moeilijk vast te stellen is in hoeverre de verergerde symptomen het gevolg zijn van de opname - en het ontwikkelen van secundaire aandoeningen zoals het posttraumatisch stress syndroom (PTSD) - dan wel de effecten zijn van de acute psychose die de reden van de opname was (zie Priebe *et al.*, 1998; Meyer *et al.*, 1999). Wel is duidelijk dat de institutionele geestelijke gezondheidszorg bijdraagt aan stigmatisering hetgeen negatieve effecten heeft op het welbevinden van en perspectieven voor patiënten, zo blijkt uit een studie van Schulze (2007). Slooff & Van Alphen (2010) vellen in dezen een hard oordeel over de mate waarin de institutionele zorg i.c. de hulpverleners de eigen cliënten stigmatiseert waardoor de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie van deze cliënten ernstig worden beperkt.

Concluderend

We kunnen concluderen dat er veel wetenschappelijk onderzoek is dat laat zien dat de kwaliteiten die zorgboerderijen en zorgtuinen bezitten: de persoonlijke betrokken houding, de gemeenschap, divers en zinvol werk en de groene omgeving, van belang zijn voor de gezondheid en ontwikkeling van mensen en met name kwetsbare groepen. Ook is de niet zorg context belangrijk. Het onderbouwt dat een zorgboerderij of zorgtuin een combinatie van kwaliteiten kan bezitten die werkelijk bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van mensen. De uitdaging voor zorgboeren en begeleiders is deze kwaliteiten op hun bedrijf te herkennen en zo optimaal mogelijk in te zetten ten behoeve van de ontwikkeling van cliënten. Hierbij behoeft geen betoog dat het van wezenlijk belang is dat de individuele vraag leidend is.

Literatuur

Al-Janabi, H., J. Coast & T.N Flynn, 2008.

What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up. *Social Science & Medicine* 67: 111-121.

Bachelor, A. & A. Horvath, 1999.

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

Bartley, M., 1994.

Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 48: 333-337.

Bartley, M., A. Sacker & P. Clarke, 2004.

Employment status, employment conditions and limiting illness. Prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J. Epidemiol Community Health* 58, 501-506.

Bennet, D., 2003.

Rehabilitatie is mensenwerk. De ontwikkeling van een visie. In. *Rehabilitatie, een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen*. M.Nuy (ed.), SWP. P. 11-16.

Bennett, D., 1970.

The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry* 5: 224-230.

Berg, A.E. van den & M. van den Berg, 2001.

Van buiten word je beter. Een essay over de relatie tussen natuur en gezondheid. Wageningen, Alterra.

- Berg, A.E. van den, 1999.
Individual differences in the aesthetic evaluation of natural landscapes. Dissertatie. Groningen, Rijkuniversiteit Groningen.
- Boardman, J., 2003.
Work, employment and psychiatric disability. *Advances in psychiatric treatment* 9, 327-334.
- Bohart, A.C., 2000.
The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 10: 127-149.
- Cable, N., A. Sacker & M. Bartley, 2008.
The effect of employment on psychological health in mid-adulthood: findings from the 1970 British Cohort Study. *J. Epidemiol Community Health.* 62.
- Caplan, G., 1974.
Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publication.
- Cobb, S., 1976.
Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38: 300-314.
- Commander, M., S. Sashidharan, T. Rana & T. Ratnayake, 2005.
North Birmingham assertive outreach evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, pp 988-993.
- Delfos, M. & B. Geurdes, red., 2008.
Werken en leren in Wilhelmina-oord, Handboek voor de staf, GGZ Friesland, Sint Nicolaasga.
- Durkheim, E., 1951.
Suicide: A study on sociology. Free Press, Gelncoe, IL
- Eriksen, W., 1994.
The role of social support in the pathogenesis of coronary heart disease: A literature review. *Journal of Family Practice* 11: 210-209.
- Falloon, I.R.H., G.G. Lloyd & R.E. Harpin, 1981.
The treatment of social phobia. Real-life rehearsal with nonprofessional therapists. *Journal of nervous and mental disease.* 3, 180-184.
- Garety, P.A. & A. Rigg, 2001.
Early psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, pp 573-544
- Grove, B., 1999.
Mental health and employment: shaping a new agenda. *Journal of mental health* 8, 131-140.
- Hartig, T., M. Mang & G.W. Evans, 1991.
Restorative effects of natural environment experiences. *Environmental Behavior* 3-27.
- Isaksson, K., 1989.
Unemployment, mental health and the psychological functions of work in male welfare clients in Stockholm. *Scandinavian Journal Social Medicine* 17: 165-169.
- Jahoda, M., 1982.
Employment and unemployment – a social psychological analysis. Cambridge University Press.
- Kaplan, R. & S. Kaplan, 1989.
The experience of nature: a psychological perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, S., 1995.
The restorative benefits of nature towards an integral framework. *Journal of Environmental Psychology* 169-182.
- Kendall, K.S. & M.B. Kenkel, 1989.
Social exchange in the natural helping interaction. *Journal of rural community psychology* 10. 25-45.
- Ketelaars, D., E. Baars & H. Kroon, 2001.
Healing through working. Stichting Omslag. Dronten, the Netherlands.
- Ketelaars, D., E. Baars & H. Kroon, 2001.
Werkend herstellen. Een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen voor mensen met psychiatrische problematiek. Utrecht, Trimbos-instituut.

- Kulik, J.A. & H.I.M. Mahler, 1989.
Social support and recovery from surgery. *Health psychology* 8: 221-238.
- Lambert, M.J., 1992.
Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: J.C. Norcross and M.R. Goldstein (editors).
Handbook of psychotherapy integration. Basic Books, New York
- Leyssen, M., 2009.
Tijd voor de ziel. Lannoo, Tielt.
- Maas, J., 2008.
Vitamine G. Green environments healthy environments. Nivel. Utrecht
- MC Nicholas, J. & G.M. Collis, 2006.
Animals as social supports. Insights for understanding animal-assisted therapy. In A.H. Fine (ed.) Handbook on
animal assisted therapy. San Diego CA Elsevier.
- Meyer, H., T. Taiminen, T. Vuori, A. ÄljÄlä & H. Helenius, 1990.
Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related tot Psychosis and Acute Involuntary Hospitalisation in
Schizophrenic and Delusional Patients. *The Journal of Nervous & Mental Desease*, 187(6), pp 343-352.
- Michon, H.W.C, J.V. Weeghel & H. Kroon, 2006.
Predictors of successful job binding in psychiatric vocational rehabilitation: an expert panel study. *Journal of
Vocational Rehabilitation* 25, 161-171.
- Piat, M., S. Wohl & D. Duruisseau, 2006.
The use of volunteers to promote community ingegration for persons with serious mental illness. *Internat. J. of
Psychosocial Rehabilitation*. 10 (2) 49-57.
- Priebe, S., M. Bröker & S. Gunkel, 1998.
Involuntary Admission and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Schizophrenia Patients. *Comprehensive
Psychiatry*, 39 (4), pp 220-224.
- Roosens, E. & L. van de Walle, 2007.
Geel revisited. After centuries of mental rehabilitation.
- Ryan, R.M. & J.A. Solky, 1996.
What is supportive about social support? On the psychological needs for autonomy and relatedness. In G.R.
Pierce, B.R. Sarason & I.G. Sarason (Eds). *Social support: An interactional view* pp 97-128. New York. John
Wiley.
- Schachter, S., 1959.
The psychology of affiliation. Stanford University Press, Stanford.
- Schulze, B., 2007.
Stigma and Mental Health professionals: A Review of the evidence on an intricate relationship. *International
Review of Psychiatry*, april 2007, 19(2) pp 137-155
- Secker, J., B. Grove & P. Seebohm, 2001.
Challenging barriers to employment. Training and education for mental health service users. The service users
perspective. London Institute for applied health and social policy. Kings College London.
- Shepherd, G., 1989.
The value of work in the 1980's. *Psychiatric Bulletin* 13, 231-233.
- Slooff, C.J. & H.A.M. van Alphen, 2010.
Over de contraproductieve houding van de psychiatrie en de GGZ bij stigmatisering, *Tijdschrift voor
Rehabilitatie*, 19, no 1, pp. 6-15
- Trost, K.K., 2000.
An interpersonal conceptualization and quantification of social support transactions. *Personality and social
psychology bulletin*. Pp.971-986.
- Ulrich, R.S., 1983.
Aesthetic and affective response to natural environment. In: Altman I. Wohlwill JF, Eds. *Behavior and the natural
environment*. New York. Plenum Press.
- Ulrich, R.S., 1993.
Biophilia, biophobia and natural landscapes. In: S.R. Kellert & E.O. Wilson (eds.), *The biophilia hypothesis*.
Washington, DC, Island press.

- Ulrich, R.S., R. Simons, B.D. Losito, E. Fiorito, M.A. Miles & M. Zelson, 1991.
Stress during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
- Vaux, A., 1988.
Social support: theory, research and intervention. Praeger Publishers, New York.
- Velden, J. van der, 2006.
Over de grenzen: collega's die geleerd hebben aan de universiteit des levens. *Inspiratie opgedaan in Birmingham UK. Vakblad sociale psychiatrie*, januari, pp. 59-61.
- Verhaege, P., 2010.
Het einde van de psychotherapie. De bezige bij. Amsterdam.
- Vervaeke, H., 2005.
Herstel en zorg in de thuissituatie, Licentieverhandeling, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, K.U. Leuven.
- Vorstenbosch, J., 2005.
Zorg. Een filosofische analyse. Nieuwezijds, Amsterdam.
- Vries, S. de, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen & P. Spreeuwenberg, 2003.
Natural environments – healthy environments? An explorative analysis of the relationship between green space and health *Environmental planning A*. 1717-1731.
- Walter, U.M. & C.G. Petr, 2006.
Lessons from research on paraprofessionals for attendant care in children's mental health. *Community mental health journal*. 42, 459-475.
- Warr, P.B., 1987.
Work, unemployment and mental health. Oxford.
- Weeghel, J. van, 1995.
Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht. SWP.
- Weiss, R.S., 1973.
Loneliness: the experience of emotional and social isolation. MIT Press, Cambridge, Mass. USA.
- Wiersma, D., 2002.
Zorgbehoefte bij chronisch psychiatrische patiënten in de huisartsenpraktijk; gedeelde verantwoordelijkheid met de GGZ. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146 (15) 701-703
- Wiersma, D., 2006.
Historie opnamevervangende en onderzoek: is einde van de extramuralisatie al in zicht? In: B.J. Roosenschoon & A. Snijdewind (2006), *Bedloze psychiatrie*. Badhoevendorp: Mension.
- Wilson, E.O., 1984.
Biophilia. The human bond with other species. Harvard University Press.
- Winefield, H.R., A.H. Winefield & M. Tiggermann, 1992.
Social support and psychological well-being in younger adults. The multi-dimensional support scale. *Journal Personal Assess*, 58: 198-210.

3. Zorgconcepten die binnen landbouw en zorg al worden toegepast en verder worden ontwikkeld

In deze paragraaf schetsen we welke (nieuwe) zorgconcepten in de afgelopen 15 jaar zijn geïntroduceerd en hoe deze zich verhouden tot het denken en handelen binnen het domein van landbouw en zorg. Voor zover deze concepten nog niet binnen dat domein geïntroduceerd zijn, is de vraag hoe binnen landbouw en zorg (in het bijzonder op zorgboerderijen, die nog als relatieve vrijplaatsen kunnen worden beschouwd) deze concepten een voedingsbodeme kunnen vinden om zich verder te ontwikkelen. De concepten die we beschrijven zijn gebaseerd op een verkenning van de literatuur die betrekking heeft op de GGZ, jeugdzorg en ouderenzorg aangevuld met de inhoud van interviews met deskundigen op die terreinen.

Overkoepelende concepten zijn *vermaatschappelijking van de zorg* en *community care*. Daarnaast zijn er voor verschillende doelgroepen specifieke concepten ontwikkeld.

Vermaatschappelijking van de zorg

In het afgelopen decennium hebben cliënten, vrijwilligers en professionals zich bezig gehouden met het thema vermaatschappelijking (Koops & Kwekkeboom, 2005). Vermaatschappelijking betekent het proces van participeren aan en integreren van mensen in het maatschappelijk leven en dus deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Dit proces heeft betrekking op verschillende groepen w.o. mensen met een verstandelijke, lichamelijke of psychische handicap of beperking. Het proces van vermaatschappelijking kán zich op individueel en collectief voltrekken. Zo kan een cliënt uit geestelijke gezondheidszorg op eigen kracht herstellen en een plek heroveren in de samenleving. De ervaring leert dat dit doorgaans niet vanzelf gaat en dat de samenwerking tussen deze actoren geen eenvoudige opgave is (Theunissen *et al.*, 2008; Vermeulen *et al.*, 2004). Vermaatschappelijking verwijst dan ook naar de bewuste inspanning van cliënten, hun naastbetrokkenen en professionals en de samenleving als geheel om plek te maken voor mensen die voorheen buiten het maatschappelijk leven stonden (zie ook Kal, 2001). Om vermaatschappelijking te realiseren zijn integrale maatschappelijke steunsystemen nodig (Swildens *et al.*, 2008) en is op drie fronten een specifieke zienswijze en inspanning noodzakelijk:

- De zorgsector: dat ze mensen met een langdurige problematiek niet alleen beschouwt als patiënt, maar ook als burger.
- De samenleving: burgers en maatschappelijke organisaties spannen zich in om van betekenis te zijn voor de doelgroep.
- De cliënt: om een plek in de samenleving in te kunnen nemen, is het van belang dat de cliënt ook ruimte ervaart om deze plek in te nemen en dat hij zicht heeft of krijgt op zijn talenten, beperkingen en verlangens.

Voor zover het mensen met psychiatrische problematiek betreft, zijn er ernstige bedenkingen of de eerder beoogde vermaatschappelijking - en in het kielzog daarvan de extramuralisering - wel gelukt is. Wiersma (2008) constateert: 'dat de 'maatschappij' er kennelijk niet in slaagt om de mens met acute en langdurige, ernstige psychiatrische problematiek in de gemeenschap op te vangen'.

Om tot de hiervoor genoemde gewenste zienswijze en inspanning te komen zijn er verschillende invalshoeken zoals de rehabilitatiebenaderingen, het herstelconcept en kwartiermaken die wij in de volgende paragraaf verder uitwerken.

Community Care

Community care is het overkoepelende gedachtegoed in de zorg voor zeer uiteenlopende doelgroepen. Het heeft twee elementen: *care in* de community en *care door* de community. Het streven is dat mensen met een beperking of stoornis een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden en niet uitsluitend door hulpverleners en zorginstellingen worden ondersteund maar ook door andere partijen in de samenleving (Bouduin, 2002). Ondanks brede steun voor het concept, komt community care in de praktijk niet goed uit de verf (RMO, 2002; Plemper & Van Vliet, 2003).

Rehabilitatiebenaderingen

Rehabilitatie betekent letterlijk eerherstel: eerherstel voor mensen met een psychiatrische of andere problematische achtergrond aan wie voorheen slechts een plaats in de inrichting of een gemarginaliseerde plaats in de samenleving werd gegund. Rehabilitatie staat hier voor het creëren van mogelijkheden voor de chronisch psychiatrische patiënt om van patiënt volwaardig burger te worden. Bij rehabilitatie gaat het om het verbeteren van het functioneren van de cliënt op diverse levensgebieden. Dat kan bereikt worden door cliënten vaardiger te maken en door de omgeving dusdanig aan te passen dat de cliënt er naar vermogen kan functioneren (Van Weeghel, 1995). Rehabilitatiebenaderingen verschillen in de mate waarin zij het vergroten van individuele vaardigheden dan wel het beïnvloeden van de omgeving centraal stellen (Dröes & Van Weeghel, 1994). In alle benaderingen wordt onderstreept dat de cliënt *een actieve rol* moet hebben in zijn of haar rehabilitatie en dat een *langdurige aanpak* essentieel is. Soms wordt rehabilitatie sterk onderscheiden van behandeling, andere keren worden ze verweven en is rehabilitatie een onderdeel van of complementair aan behandeling (Droës, 2007). Een laatste kenmerk van rehabilitatie is dat het sterk verbonden is met noties als *hoop, perspectief en vooruitgang*. De gedachte is dat een cliënt altijd een vorm van hoop of vertrouwen moet hebben op betere tijden, op vooruitgang of op geluk.

In de loop der jaren is binnen de rehabilitatiebenadering steeds meer de opvatting ontstaan dat rehabilitatieprogramma's vooral gericht moeten zijn op het versterken van de natuurlijke tendens tot verbetering en groei van cliënten. Dus het primaat ligt niet zozeer bij het aanleren van vaardigheden of het geschikt maken van de omgeving, als wel bij het ondersteunen en *stimuleren van het herstelproces van cliënten zelf*.

Rehabilitatie richt zich, behalve op de levensgebieden wonen en sociale relaties, vooral op werk en zinvolle dagbesteding vanuit de opvatting dat werken gezondmakende eigenschappen kan hebben. Van Weeghel (1995) bespreekt een aantal sociaal-psychologische functies van werk.

Rehabilitatie vereist een andere attitude van zorgverleners. Het is een kunde waarin hoop, techniek en persoonlijke betrokkenheid tezamen worden aangewend om herstel van cliënten te bevorderen (Droës & Van Weeghel, 2005)

Herstel als leidend principe

De herstel of recovery benadering is geïntroduceerd en ontwikkeld door de cliënten en consumentenorganisaties in de VS (Jacobson, 2004). Als kernpublicaties worden beschouwd de 'van-binnen-uit-beschrijving' van het herstelproces van mensen met SMI door P. Deegan (1988) en de visie van Anthony (2000). De principes van de benadering en bejegening berusten op het uitgangspunt dat (ex) cliënten hun eigen ervaringen hebben en dat deze leidend moeten zijn voor de presentie van en interventie door hulpverleners. Eind jaren negentig wordt het concept ook in Nederland geïntroduceerd (Boevink *et al.*, 2000). Cliënten zelf geven aan dat sleutelcondities in de reis van hun herstel zijn: hoop, empowerment en inzetten en benutten van ervaringsdeskundigheid (Boevink *et al.*, 2006).

In de daaropvolgende 10 jaar ontstaat in Nederland grotere belangstelling voor het concept, mede door de onaflatende inspanning van Boevink, Plooy en Van Rooijen die het HEE-team (Herstel-Empowerment-Ervaringsdeskundigheid) opzetten. Dat team organiseert overal in het land bijeenkomsten voor (ex) cliënten met het doel hen te ondersteunen om zich uit de ondergeschikte – of zelfs onderdrukte – positie te vechten en van zich te laten horen als gelijkwaardige mensen die sterk te lijden hebben gehad onder de behandeling en bejegening door de geestelijke gezondheidszorg.

De geestelijke gezondheidszorg voelt zich in dezen wel aangesproken. Op verschillende plaatsen binnen de GGZ wordt verder nagedacht over herstelgeoriënteerde zorg (zie GGZ Nederland, 2008) en worden tal van herstelprojecten uitgevoerd. Hersteloriënterende zorg impliceert:

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

Boevink (2005) noemt dat het voor herstel belangrijk is dat hulpverleners cliënten in het gewone leven leren kennen, dat ze niet vasthouden aan een behandelrelatie, maar een samenwerkingsrelatie en een gelijkwaardigheid moeten nastreven en dat ze hoop bieden. Cliënten vinden het belangrijk vinden dat er echt en onbevooroordeeld naar hen geluisterd wordt, dat ze geaccepteerd worden zoals ze zijn en dat een hulpverlener een betrokken gesprekspartner is. Hoe herstelondersteunende zorg erin de praktijk moet uitzien, is in de afgelopen periode duidelijker geworden. Boevink *et al.* (2009) focussen, geheel in de traditie van de herstelbeweging, niet zozeer op de (infra)structurele voorzieningen of voorgeschreven herstelprogramma's maar duiden de kenmerken van herstel-ondersteunende zorg in termen van de attitude van de hulpverleners:

'De hulpverlener':

- is *present* (aandachtig aanwezig);
- gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en *bescheiden* wijze;
- maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij de *eigen Verhaal*;
- herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief;
- erkent, benut, en stimuleert de ervaringsdeskundigheid van de cliënt;
- erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;
- is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van de eigen regie / autonomie.'

Volgens buitenlands onderzoek (Powell Stanard, 1999; Brun & Rapp, 2001; Bond *et al.*, 2004; Resnick *et al.*, 2004; Torrey *et al.*, 2005; Bellack, 2006) gaat het bij op herstel en empowerment gerichte principes om het versterken van de kracht van de cliënt. Waar het om gaat is:

- Focus op integratie in en betrokkenheid van de samenleving;
- Focus op eigen kracht, eigen keus en empowerment van de cliënt;
- Erkenning dat herstel mogelijk is;
- Gericht op het individu, vraaggericht;
- Erkenning van de waarde van steun door de omgeving en informele netwerken;
- Nadruk op de relatie tussen de cliënt en de begeleider;
- Volwaardig burgerschap en een eind aan discriminatie.

Kwartiermaken

Kwartiermaken is een term die is geïntroduceerd door Van Weeghel & Zellen (1996) en verder uitgewerkt is door Kal (2001). Kwartiermaken is het organiseren van gastvrijheid: het bevorderen van een maatschappelijke klimaat waarin meer mogelijkheden ontstaan voor mensen met een psychiatrische achtergrond en voor vele anderen die met dezelfde mechanismen van maatschappelijke uitsluiting kampen. Het gaat erom dat in de normale mensenwereld ruimte en mogelijkheden worden gecreëerd voor mensen die anders zijn.

De kwartiermaker is bij dit alles aanzwengelaar, catalysator, motivator, inspirator, makelaar, netwerkontwikkelaar en campagnevoerder. Een voorbeeld van kwartiermaken is het project Vriendendiensten. Mensen met psychiatrische problematiek werden gekoppeld aan iemand van buiten de GGZ die hen vergezelt in de vaak als onherbergzaam ervaren wereld. Andere concrete voorbeelden zijn te vinden in Scholten (2007). De betrokkenheid van burgers wordt gemobiliseerd en een bescheiden vorm van integratie gerealiseerd.

Presentiebenadering

De presentiebenadering is in de afgelopen jaren populair geworden in zowel pastoraat, zorg, welzijn als onderwijs. De theorie die eraan ten grondslag ligt - de presentietheorie - is ontwikkeld door Baart (2001) op basis van zijn onderzoek naar de werkzaamheid van het oude-wijken pastoraat. Presentie kan worden samengevat als het aangaan van een zorgzame betrekking met 'de ander' als antwoord op een universeel menselijk verlangen naar nabijheid en betrokkenheid. Zo leert de zorggever zien wat er bij de ander 'op het spel staat' van verlangens tot angst. In aansluiting daarbij gaat de zorggever begrijpen wat er in zo'n situatie gedaan zou kunnen worden. En wat de zorgverlener daarbij voor de ander kan zijn. 'Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan'. Presentie is een manier van doen die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, praktische wijsheid en liefdevolle trouw. Baart heeft het de begrippen 'presentie' en 'aandacht' verder uitgewerkt in *Aandacht. Etudes in presentie* (2005). De presentiebenadering heeft veel auteurs met name in de praktische en toegepaste theologie, zorg en welzijn alsook in het onderwijs geïnspireerd (zie bijv. Kal, 2001; Baart & Van der Laan, 2002; Van Heijst, 2005; Baart & Grypdonk, 2008 en Vosman & Baart, 2008).

Begeleid werken/supported employment en individual placement support (IPS)

Begeleid werken is vanaf het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw ontwikkeld. Het gaat om het begeleiden van mensen met een handicap naar en in de betaalde arbeid. Het is een methodiek die met name gebruikt wordt in de wereld van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Volgens de methodiek gaat het om een omslag van een institutionele, aanbodgedreven benadering naar een individuele, vraaggerichte benadering (Coenen-Hanegraaf, 1999). Hoofdelementen van de methodiek zijn assessment (wensen, vaardigheden, achtergrond, leren, persoonlijkheid van de deelnemer), bemiddeling en baananalyse, coaching op de werkplek en loopbaanbegeleiding.

Op het domein van rehabilitatie van mensen met een psychische belemmering wordt in dezelfde periode een nieuwe methodiek voor volwaardige arbeidsrehabilitatie uit de Verenigde Staten geïmporteerd. Het betreft de door Van Weeghel & Zeelen (1990) beschreven supported employment dat door Ketelaars & Van Weeghel (1994) verder in een nauw omschreven en zelf voorgeschreven methodiek is uitgewerkt. De verdere ontwikkeling en verspreiding ervan in Nederland blijkt lastig te zijn (zie Van Erp & Michon, 2008) en is pas na jaren op gang gekomen. De recente ontwikkeling is die van Individual Placement and Support (IPS) waarbij de cliënt bij voorkeur eerst wordt geplaatst en in dat verband gekeken wordt welke vaardigheidstrainingen en opleiding noodzakelijk zijn. Deze methodiek lijkt op dit moment de meest succesvolle aanpak om mensen met een psychische belemmering aan regulier werk te helpen. IPS is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2005).

Ervaringsleren

Ervaringsleren is een methodiek uit de jeugdhulpverlening. Ervaringsleren, ook wel ervaren leren genoemd, wordt pas een methode wanneer mensen weloverwogen en systematisch onbekende situaties creëren waarvan anderen middels reflectie kunnen leren (Luckner & Nadler in Koekoek, 2001). Bij ervaringsleren wordt een situatie gecreëerd waarin een cliënt concrete ervaringen op kan doen die vervolgens als motivatie en basis fungeren voor nieuwe leerprocessen (Duindam *et al.*, 1996). Voorbeelden van ervaringsleren zijn overlevingstochten en woon/werkprojecten.

De ervaringen zijn positief met arbeidsprojecten met realistische, uitdagende, structurerende activiteiten, die dichtbij de haalbare eindtermen van de ontwikkeling van jongeren staan (Du Prie, 1991). Kernbegrippen van ervaringsleren zijn: het opdoen van positieve ervaringen die niet in overeenstemming zijn met de vastgeroeste negatieve opvattingen die iemand van zichzelf heeft, verblijf in een ongewone, authentieke omgeving die het evenwicht verstoort en door de natuurlijke structuur gedwongen worden om je aan te passen en om verantwoordelijkheid te dragen. In publicaties over ervaringsleren (Du Prie, 1991; Duindam *et al.*, 1996) wordt verder gesteld dat het bij ervaringsleren van belang is dat;

- de activiteiten een onontkoombaar appèl doen op de jongeren waardoor ze in beweging komen;
- de activiteiten een natuurlijke structuur en zin hebben en authentiek zijn, in plaats van de regels en de machtsstructuur van de instelling waar de cliënt geen affiniteit mee heeft;
- dat de te leren vaardigheden concreet, tastbaar en noodzakelijk zijn;

- het programma de cliënt dwingt tot verantwoordelijkheid en tot het maken van keuzes;
- het leidt tot een roldoorbreking: de volwassene wordt niet meer als vijand gezien. Er moet sprake zijn van een gezamenlijkheid.

In Nederland wordt ervaringsleren steeds meer gebruikt als methode binnen de jeugdhulpverlening. In het buitenland zijn de laatste jaren veel ervaringen opgedaan met wilderness therapieën. Deze vorm van ervaringsleren verbetert het zelfbeeld van jongeren, de sociale aanpassing, het gedrag en de mentale gezondheid. Bij jeugddelinquenten vermindert deelname aan dergelijke programma's recidive. Er is nog onzekerheid over de duur van de effecten en de theoretische en methodologische onderbouwing is nog zwak (Wilson, 2000; Russell & Philips-Miller, 2002; Bedard, 2005; Christensen, 2008).

Eigen kracht

Mensen zijn er voor elkaar, ondersteunen elkaar en vinden oplossingen met elkaar. Dit is in een notendop waar de *Eigen Kracht Centrale* voor staat. De eigenkracht methodiek is ontwikkeld in Nieuw Zeeland en wordt nu gebruikt in de jeugdhulpverlening. Een eigen kracht conferentie geeft mensen de mogelijkheid om zelf, samen met vrienden en andere bekenden een plan te maken voor een oplossing of voor hulp. Deze bijeenkomsten worden samen met de familie en alle belangrijke mensen daaromheen georganiseerd. De gemaakte plannen zijn leidend voor de hulpverlening. De filosofie is dat mensen heel goed samen met familie, vrienden en dierbaren een oplossing bedenken als het tegenzit.

www.eigenkracht.nl

Maatschappelijke ondernemingen

In maatschappelijke ondernemingen worden ondernemingsaspecten en arbeidsintegratie gecombineerd. Het gaat om bedrijven die produceren en waarbij het commerciële succes nauw samenhangt met ondernemerschap: de kwaliteit van het product, de behoefte eraan, de service, het vermogen om klanten te trekken en te binden. Tegelijk gaat het om het bieden van een werkplek aan mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Maatschappelijke ondernemingen worden opgezet door zorginstellingen en door ondernemers van buiten de zorg. Voorbeelden zijn lunchcafés en buurtwinkels. Ondernemerschap en bezielend leiderschap zijn doorslaggevende succesfactoren.

Zorgconcepten en ondernemerschap

De laatste jaren hebben medewerkers in de zorg en ouders en verwanten van cliënten in reactie op knelpunten die zij ervaren een aantal nieuwe concepten ontwikkeld. Ze hebben deze als ondernemingen in de markt gezet. Voorbeelden zijn buurtzorg Nederland, Gezinshuis.com en de Thomashuizen.

Buurtzorg Nederland heeft een nieuw concept voor verpleging en verzorging aan huis ontwikkeld. Zorgverlening wordt ingevuld door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams'. Deze Buurtzorgteams worden ondersteund door een landelijke organisatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne ICT-toepassingen waardoor de administratieve kosten tot een minimum worden beperkt. De kosten van management en overhead worden zo beperkt mogelijk gehouden. De insteek is om versnippering van de zorg aan de cliënten te verminderen, de samenhang van de zorg te verbeteren en de autonomie, professionaliteit, oplossend vermogen en het plezier van de zorgverlener te vergroten.

In de jeugdzorg is het nieuwe concept gezinshuis.com ontwikkeld. Gezinshuisouders zijn aangesloten bij gezinshuis.com als franchisenemer. Zij hebben een kleinschalige onderneming, gericht op de ontwikkeling van jongeren. Binnen duidelijke kaders voeren zij de regie over de dagelijkse zorg en opvoeding.

Thomashuizen zijn ontwikkeld door een vader van een zoon met een verstandelijke beperking die voor zijn zoon geen goede plek kon vinden. Hij ontwikkelde een franchiseformule die inmiddels is uitgebreid naar andere doelgroepen.

Holistische visies

We ervaren dat in het overheersende paradigma in de zorg maakbaarheid, interventie, fragmentatie, beheersbaarheid en controle centraal staan. De voorgaande concepten zijn vooral ontwikkeld vanuit knelpunten in de GGZ, jeugdzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg binnen dit dominante paradigma. Daarnaast komt er steeds meer aandacht voor het kijken naar het geheel van het menselijk leven en het bevorderen van gezondheid in bredere zin. Deze nieuwe stroom is voor landbouw en zorg van belang.

Zijnsniveaus op de boerderij

Het bijzondere van de boerderij omgeving is dat er vier levens- of zijnsniveaus zijn waar je mee kunt werken: mineralen, planten, dieren en mensen.

- Mineralen vormen de levenloze materie
- De plant beschikt over materie en levenskracht
- Het dier beschikt over materie, levenskracht en bewustzijn
- De mens beschikt over materie, levenskracht, bewustzijn en zelfbewustzijn

Het unieke van de mens is zelfbewustzijn. Dit is meestal sluimerend. Slechts wanneer een mens gebruik maakt van zijn vermogen tot zelfbewustzijn, komt hij op het niveau van een persoon, van de vrijheid. Pas dan leeft hij, wordt hij niet geleefd (Schumacher, 1977).

Kenmerkend voor de plantenwereld is de verandering in de tijd; veranderingen die gestuurd worden door de omgeving. Veranderingen van zaad naar loot, bloem en vrucht hebben tijd nodig.

Kenmerkend voor de dierenwereld is het vermogen van lust- en onlustgevoelens, de instincten. Bij de mens is het 'ik' dat zich denkend, voelend en willend kan manifesteren. In de mens zijn dezelfde principes werkzaam als bij de plant en het dier; veranderingen hebben ook tijd nodig en een mens ervaart ook lust- en onlustgevoelens.

De ervaring van Derk Klein Bramel, een pionier in de wereld van landbouw en zorg is dat je op de boerderij kunt werken met de elementen uit de planten- en dierenwereld, maar dan buiten jezelf. In het werken met planten kun je het ongeduld of de verwondering ervaren over de tijd die een bepaalde ontwikkeling nodig heeft. In het werken met dieren kun je lust- of onlustgevoelens ook van jezelf herkennen. De natuur is daarmee inzichtgevend. Door je uiteen te zetten met de plantenwereld, de dierenwereld en de mensen waar je mee samen werkt, biedt de boerderij een omgeving die levenszin, verbinding, betrokkenheid en verantwoordelijkheid stimuleert. Dit kunnen we zien als een tegenhanger van de vervreemding, de leegte, het nihilisme wat verschillende mensen in onze samenleving ervaren.

Dimensies van het menselijk bestaan

Hoogleraar psychotherapie Mia Leijssen onderscheidt vier dimensies van bestaan:

1. Het fysieke niveau betreft alles wat met het stoffelijke, zintuiglijke lichaam en de natuurlijke en materiële omgeving te maken heeft. Het gaat hierbij om veiligheid, comfort, genot, gezondheid en uiterlijke schoonheid.
2. Bij de sociale dimensie gaat het om de relatie tot andere mensen en alles wat met iemands plaats in de samenleving of functie in het openbaar leven te maken heeft
3. In de psychische dimensie zijn psychologische kenmerken aan de orde, karaktereigenschappen, intellectuele vermogens en opvattingen over zichzelf. Belangrijke bronnen van voldoening zijn het nastreven van persoonlijke groei en het realiseren van talenten.
4. De spirituele dimensie omvat zelfoverstijgende idealen, een ruimer systeem van zingeving, geloof, geestelijke warden en het vinden van ultieme betekenissen.

Een optimaal volwassen leven impliceert bewust omgaan met de spanningen die in de vier dimensies aanwezig zijn en het vinden van een balans tussen de vier dimensies van het bestaan. Aanhoudende over- of onderinvestering in een bepaalde dimensie leidt tot problemen.

Problemen op het fysieke niveau zijn bv eetstoornissen of andere verslavingen die lichamelijke schade toebrengen. Te weinig zorg besteden aan materiële omstandigheden en natuurlijke behoeften kan erop wijzen dat een persoon onvoldoende met de voeten op de grond staat. Deze mensen hebben baat bij een gezond patroon van eten, slapen, zich verzorgen en leefruimtes in orde brengen.

Problemen in de sociale dimensie kunnen zich uiten in het niet durven investeren in relaties, geen hechting aangaan met anderen, maar aan de andere kant ook jezelf verliezen in relaties, hypergevoelig zijn voor waardering en kritiek van anderen.

Wie te veel investeert in de psychische dimensie kan eindigen in narcisme en egocentrisme. Als de psychische dimensie te weinig aandacht krijgt, ontbreekt vaak het gevoel van een eigen waardevolle kern.

Het overstijgen van eigenbelang en zich plaatsen in een grotere context blijkt voor veel mensen de meest zingevende manier van leven te zijn. Maar wanneer de spirituele dimensie te sterk doorweegt in een persoon is er gevaar voor fanatisme, paranoia, onverdraagzaamheid en onderdrukking. Afwezigheid van de spirituele dimensie leidt tot apathie, depressie, burn-out en andere stemmingsstoornissen.

De fysieke, sociale, psychische en spirituele dimensie zijn op zorgboerderijen aanwezig. Zorgboeren kunnen bij de begeleiding van deelnemers gericht bepaalde dimensies aanspreken.

Zingeving

Frankl (1995) legt de nadruk op het streven van de mens naar *betekenis*. Zijn visie is uitgemond in de zogeheten logotherapie dat geschetst kan worden als een vorm van psychotherapie die zich richt op taken en zinvolle bezigheden die de cliënt voor zichzelf in de toekomst ziet weggelegd. Waar het volgens Frankl om gaat is of iemand het gevoel heeft zich in te zetten voor iets dat deze inzet ook de moeite waard maakt. Als de wil tot betekenis (het inherente streven van de mens naar betekenis) van een mens gefrustreerd wordt, dan kan dit aanleiding geven tot het ontstaan van een neurose. Frankl maakt verder duidelijk dat het bij zingeving gaat om een subjectieve in plaats van een objectieve component (het gaat om de beleving en ervaring van zin), om een verschijnsel dat dynamisch is (wat vandaag als zinvol wordt ervaren kan morgen zinloos schijnen) en dat mensen voor 'zin' moeten kiezen (er is geen drift of instinct tot 'zin' maar het vraagt om een keuze of een intentie) (zie Lukas, 1992). Frankl stelt dat een mens die reden tot leven heeft, veel meer kan verdragen dan iemand voor wie de zin van het leven niet duidelijk is. Bij psychisch labiele en zieke mensen maar ook bij gezonde mensen in geestelijke nood, gaat het erom de vraag te beantwoorden wat voor hen in hun gegeven levenssituatie het meest zinvolle zou zijn en waartoe zij in staat zijn en wat binnen hun bereik ligt.

Salutogenese en Sense of coherence

Salutogenese is het proces van factoren die bijdragen aan iemands gezondheid als tegenhanger van pathogenese; het proces achter ziekte. Het is ontwikkeld door Antonovsky (1987). Hij richtte zich op het meten van de oriëntatie richting gezondheid. Volgens Antonovsky (1987) is er geen strikt onderscheid tussen gezond zijn en ziekte. Hij stelt dat ieder mens een positie inneemt op het continuüm ziekte – gezond. Iemands '*sense of coherence*' (het besef van samenhang, hoe je naar het leven kijkt en hoe je er in staat), bepaalt in grote mate de positie op het continuüm ziekte-gezondheid en de beweging richting gezond of richting ziekte. Iemands '*sense of coherence*' bestaat uit drie onderdelen: de begrijpelijkheid van ervaringen (comprehensibility); de beheersbaarheid ervan (manageability) en de mate waarin ervaringen als zinvol worden ervaren en ze motiverend zijn (meaningfulness).

Overeenkomstige kenmerken van de nieuwe zorgconcepten

De hiervoor genoemde concepten richten zich op het herstellen van verbindingen. Het gaat om het herstel van verbroken samenhang tussen cliënt en zorgverlener, tussen cliënt en samenleving, tussen onderdelen van de gezondheidszorg, de economie en gezondheidszorg en deelaspecten van gezondheid.

Verbinding tussen cliënt en zorgverlener

Herstel, empowerment
 Presentie
 Hoop
 Uitgaan van mogelijkheden
 Toegespitst op de persoon

Verbinding cliënt/zorg en samenleving

Volwaardig burger
 Meer eigen verantwoordelijkheid cliënt
 Maatschappelijk ingebed
 Betrekken van de omgeving

Verbinding onderdelen gezondheidszorg

Meer autonomie zorgverlener
 Minder versnippering

Verbinding economie en zorg

Ondernemerschap in de zorg
 Maatschappelijk ondernemen

Verbinding deelaspecten gezondheid

Salutogenese/sense of coherence
 Zingeving
 Zijnsniveaus
 Dimensies van het bestaan

Literatuur

- Anthony, W.A., M.R. Cohen & M.D. Farkas, 1990.
Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Antonovsky, A., 1987.
 Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Baart, A. & G. van der Laan, 2002.
 Sociale interventie: koppeling van theorie en praktijk. *Sociale Interventie*, vol. 11. nr.4, pag. 4-26.
- Baart, A., 2001.
Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.
- Baart, A., 2005.
Aandacht. Etudes in presentie. Utrecht: Lemma.
- Bedard, R.M., 2005.
 Wilderness therapy programs for juvenile delinquents: A meta-analysis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol 65(8-B), pp. 4274.
- Bellack, A.S., 2006.
 Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications. *Schizophrenia Bulletin* 32, 432-442.
- Boevink, W. 2005.
 Over leven na de psychiatrie. In: *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problemen*.p. 104-111. Red. J. Droës. SWP. 173 p. Amsterdam, SWP.
- Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen, 2006.
Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen, Amsterdam, SWP.

- Boevink, W., J. van Beuzekom, E. Gaal, A. Jadby, F. Jong, M. Klein Bramel, M. Kole, N. te Loo, S. Scholtus & C. van der Wal, 2002.
Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen. Utrecht, Trimbos-Instituut 204 p.
- Boevink, W.A., M. Prinsen, L. Elfers, J. Drees, M. Tiber & G. Wilrycx, 2009.
 Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* no. 1. pp 42-54.
- Bond, G.R., M.P. Salyers, A.L. Rollins, C.A. Rapp & A.M. Zipple, 2004.
 How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal* 40 (6) 569-588.
- Bouduin, D., A. McCulloch & A. Liégeois, 2002.
 Good care in the Community: Ethical aspects of deinstitutionalisation in mental health care, Utrecht, Trimbos-instituut.
- Brun, C. & C.A. Rapp, 2001.
 Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social work* 46 (3), 278-288.
- Christensen, N.E., 2008.
 Effects of wilderness therapy on motivation and cognitive, emotional, and behavioral variables in adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol 69(2-B), pp. 1318
- Coenen-Hanegraaf, M., B. Valkenburg, M. Ploeg & H. Coenen, 1999.
Begeleid werken. Theorie en methodiek van een individuele, vraaggerichte benadering. Utrecht. Jan van Arkel.
- Deegan, P.E., 1988.
 Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation, *Psychological Rehabilitation Journal*, 11 (4) pp 11-19.
- Droës, J. & J. van Weeghel, 1994.
 Perspectieven van psychiatrische rehabilitatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49 (8), pag. 795-810.
- Droës, J. & J. van Weeghel, 2005.
 Perspectieven van psychiatrische rehabilitatie. In: *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problemen*, pag. 12-25. Red. J. Droës. 173 p. SWP, Amsterdam.
- Droes, J., 2007.
 Is rehabilitatie behandeling? *Tijdschrift Rehabilitatie* no. 4, pag. 4-8.
- Duindam, T., M. Glas & J. van der Ploeg, 1996.
De sprong wagen. Activerende hulpverlening in de jeugdzorg. Utrecht, Nederlands Instituut Zorg en Welzijn.
- Erp, N. van & H. Michon, 2008.
 Integratie van mensen met ernstige psychische stoornissen in betaald werk. In: *Jaarboek Psychische Rehabilitatie 2008-2009*, pag. 143-154.
- Frankl, V.E., 1995.
 De zin van het bestaan. Een inleiding tot de logotherapie. Rotterdam, Donker.
- GGZ Nederland, 2008.
 Naar Herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, Amersfoort.
- Heyst, A. van, 2005.
Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit, Kampen: Klement.
- Jacobson, N., 2004.
 In Recovery; the Making of Mental Health Policy, Nashville, Vanderbilt University Press.
- Kal, D., 2001.
Kwartiermaken, Amsterdam, Boom.
- Kal, D., 2001.
Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Boom.
- Kal, D., 2001.
 Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Boom.
- Ketelaars, D. & J. Van Weeghel, 1994.
Supported Employment. Een nieuwe methodiek voor Arbeidsrehabilitatie in Nederland, Utrecht: NcGv.
- Koekoek, B., 2001.
 Op vreemd terrein. Ervend leren in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56 (4), pag 315 – 300.

- Koops, H. & M.H. Kwekkebom, 2005.
Vermaatschappelijking in de Zorg, Den Haag, CPB.
- Leyssen, M., 2009.
Tijd voor de ziel. Lannoo, Tiel.
- Plempers, E. & K. van Vliet. 2003.
Community care: de uitdaging voor Nederland. Verweij Jonker Instituut, programma Maatschappelijke zorg, working paper 13.
- Powell Stanard, R., 1999.
The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Mental Health Journal* 35 (2), 169-179.
- Prie, H. du, 1991.
Ervaringsleren als ordeningsinstrument. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en jeugdrecht*. Themanummer ervaringsleren p. 41-44.
- Resnick, S.G., A. Fontana, A.F. Lehman & R.A. Rosenheck, 2004.
An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research* 75, 119-128.
- RMO advies 25, 2002.
De handicap van de samenleving. RMO, Den Haag.
- Russel, K.C. & D. Phillips-Miller, 2002.
Perspectives on the wilderness therapy process and its relation to outcome. *Child and Youth Care Forum* 31 (6) 415-437.
- Scholten, G., 2007.
Acht keer kwartiermaken; Een verkennend onderzoek naar de methodische aspecten van kwartiermaken. Amsterdam: SWP
- Schumacher, E.F., 1977.
Gids voor verdoolden. Ambo, Baarn.
- Swildens, W., I. de Graaff, A. Blom & J. van Weeghel, 2008.
Maatschappelijke steunsystemen; tussen zorg en maatschappij. In: Jaarboek Psychiatrische Rehabilitatie 2008-2009, Amsterdam, SWP.
- Theunissen, J.R., M.J. Kikkert, W.R.A. Duurkoop, J. Peen, S. Resnick & J.J.M. Dekker, 2008.
Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad. Amsterdam: AMC de Meren. Menrum, GGZ Buitenzorg, Jellinek.
- Torrey, W.C., C.A. Rapp, L. van Tosh, C.R.A. Mc Nabb & R.O. Ralph, 2005.
Recovery principles and evidence-based practice: essential ingredients of service improvement. *Community Mental Health Journal* 42 (1), 91-100.
- Vermeulen, H. & J. de Lange, 2004.
Samenwerking met en ondersteuning van familieleden bij vermaatschappelijking van zorg, Congresreader Rehabilitatie als Maatschap, Schizofreniecongres, Zwolle.
- Vosman, F. & A. Baart, 2008.
Aannemelijk zorg. Over het uitzieden van en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Utrecht: Lemma.
- Weeghel, J. van & J. Zeelen, 1990.
Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg, Utrecht: Lemma
- Weeghel, J. van & J. Zeelen, 1990.
Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg, Utrecht: Lemma.
- Weeghel, J. van, 1995.
Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. SWP. Utrecht.
- Wiersma, D. & B. Pijl, 2008.
Langverblijvers in de Psychiatrie, Tijdschrift voor Rehabilitatie, no. 2, pp. 4-12.
- Wilson, S.J. & M.W. Lipsey, 2000.
Wilderness challenge programs for delinquent youth: a meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning* 23 1-12.
- www.trimbos.nl.

4. Knelpunten en toekomstvisies langdurige zorg

De zorg kampt met een aantal structurele knelpunten. Om een preciezer beeld te krijgen van deze knelpunten hebben we naast het bestuderen van recente beleidsdocumenten en de literatuur ook een aantal deskundigen uit de zorg geïnterviewd en hun gevraagd wat naar hun opvatting de belangrijkste knelpunten in de zorg zijn maar ook welke zorgconcepten mogelijkwijze oplossingsrichtingen kunnen bieden.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat er in onze samenleving onvoldoende mogelijkheden zijn voor mensen met psychiatrische problematiek om zinvol bezig te zijn. Veel mensen zitten thuis of gaan op z'n best naar een dag-activiteitencentrum (Kal, 2002) of inloophuis maar hebben voor het overige te weinig te doen. Het percentage mensen van deze groep dat in Nederland werk heeft bedraagt c.a. 17% (Van Busschbach, 2006) en is naar opvatting van velen ver beneden de maat (zie ook visiedocument GGZ Nederland, 2008). Er is verder, mede als gevolg een klein sociaal netwerk van betrokkenen vaak sprake van 'Een keten van lege zondagen' (Trimbos-instituut, 2001). Ondanks brede inhoudelijke en beleidsmatige steun voor het concept *community care*, komt dit in de praktijk niet goed uit de verf. Als mensen met een beperking of stoornis in de samenleving ondersteund worden, dan gebeurt dit nog steeds exclusief door zorginstellingen en niet door andere partijen in de samenleving (RMO, 2002; Plemper & van Vliet, 2003). De samenleving is er kennelijk niet op toegerust en de toenemende mobiliteit en flexibiliteit van de werkende bevolking maken het steeds lastiger maken om het begrip *community care* in de praktijk te realiseren.

In het Transitieprogramma in de langdurige zorg komt naar voren dat er bij zorgvragers en zorgverleners veel onvrede is. Onvrede en onbehagen gaat enerzijds over de frustraties en verwarring bij zorgvragers die zich niet meer als mens verzorgd voelen en die verdwalen in de zorg en anderzijds over zorgverleners die zich steeds verder beknut voelen in het uitoefenen van hun vak en wier bezieling geen ruimte krijgt. Door de fragmentatie, bureaucratise-ring en marktdruk verdwalen veel zorgvragers in een doolhof van regels, protocollen en structuren en weten mensen met problemen het juiste loket niet te vinden. Binnen het systeem ervaart men vaak een kille, rationele en reductio-nistische benadering. Zorgprofessionals proberen het gebrek aan warmte en aandacht te compenseren, maar ervaren te weinig ruimte voor maatwerk en creatieve oplossingen. Volgens Rotmans (2010) hebben deze problemen hun wortels in een aantal weeffouten in het zorgsysteem. Het gaat om fouten in de structuur: hiërarchisch, bureau-cratisch en opgesplitst in specialismen; cultuur: sterke autonomie en grote autoriteit, dominantie van specialisten en andere artsen en gezagsgetrouwe medewerkers en in de werkwijze: aanbodgedreven en klacht georiënteerd. Hierdoor zijn essentiële verbindingen verbroken: tussen professional en patiënt, tussen management en de werkvloer, tussen financiering en inhoud, tussen lichaam en geest en tussen gezondheid en welzijn/arbeid/sport.

De problemen die Rotmans signaleert sluiten aan bij de uitspraken van een aantal deskundigen uit de zorg die we hebben geïnterviewd (Van Dijk & Hassink, 2010).

Uit onze interviews kan het volgende worden afgeleid. De complexiteit van het huidige gezondheidszorgsysteem i.c. de richtlijnen voor raming, besteding en verantwoording van de kwaliteit en kwantiteit van zorg is naar inzicht van de meeste betrokkenen zo aanzienlijk dat deze als belangrijkste knelpunt wordt benoemd. Het gaat daarbij om ver-schuivingen en veranderingen in de financiering van zorg, de inconsistentie of fragmentatie tussen de bestuurlijke, beleidsmatige en inhoudelijke niveau's, de partiële en verkokerde visie vanuit een specifiek belang versus de gewenste integrale vanuit een algemene en leidende visie (in de zorg) en de dominantie zo niet de hegemonie van het biomedisch model alsmede de dwang van het evidence-based behandelen waardoor de bredere sociaal-maatschappelijke invalshoek 'buiten de orde' wordt geplaatst. Dit leidt bij de uitvoering van zorgprogramma's tot grote weerstand en dus stagnatie. Met het benoemen van deze knelpunten geven enkele respondenten ook meteen, en expliciet, aan waar de diepere oorzaak ligt namelijk:

- het veronachtzamen van de existentieel-morele component in de zorg,
- te weinig betrekken van de omgeving,
- te weinig reflectie op het handelen,

- de dominantie van het bedrijfsmatig denken en handelen,
- de kennelijk moeilijk te overbruggen kloof tussen kennis die beschikbaar is en het in de praktijk brengen ervan

Opmerkelijk is de opvatting van één van de respondenten die suggereert dat opleiding en training (mede op basis van evidence-based interventies) niet noodzakelijkerwijze leiden tot kwalitatief betere zorg. Dat betekent dat er sprake is van een paradoxale ontwikkeling die het al gesignaleerde vraagstuk van de complexiteit nog eens ingewikkelder maakt.

Het transitieprogramma in de langdurige zorg stimuleert experimenten. Kernwoorden voor deze experimenten zijn vernieuwend, proactief, bezielend, lerend, oplossingsgericht, zinvol, praktisch en het willen roeien tegen de stroom in. Door ruimte te bieden voor innovatie hopen de betrokken organisaties een werkelijke bijdrage te leveren aan duurzame zorg. De nieuwe principes/streefbeelden zijn:

- mensgerichte zorg: zorg voor hele mensen met elkaar in het volle leven. Zorg moet uitgaan van de zelf- en samenredzaamheid van mensen. De cliënt-professional relatie moet de menselijke brug zijn waarlangs zorg vorm krijgt.
- Maatschappelijk ingebedde zorg: zorg is verweven met de rest van de maatschappij. De muren rondom het medische bolwerk verdwijnen. Vanuit eigen initiatief ontstaan vloeiende verbanden met vrijwilligers, andere professionals en andere domeinen
- Economisch houdbare zorg; zorg schept waarde met een gezonde samenleving als uitgangspunt. Er is een paradigmawisseling nodig van reduceren van behandelkosten naar zinvol investeren in een gezonde samenleving. Een systeem waarin cure, care en preventie in balans zijn met elkaar en met elkaar verbonden.

Deze richtinggevende principes zijn vertaald in een actieagenda. Centraal staan gedreven professionals en maatschappelijke zorgondernemingen.

Literatuur

GGZ Nederland, 2008.

Naar Herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort.

Kal, D., 2001.

Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Meppel: Boom.

Plemper, E. & K. van Vliet, 2003.

Community care: de uitdaging voor Nederland. Verweij Jonker Instituut, programma Maatschappelijke zorg, working paper 13.

RMO advies 25, 2002.

De handicap van de samenleving. RMO, Den Haag.

Rotmans, J., 2010.

Transitieagenda voor Nederland. Investeren in een duurzame innovatie. KSI Netwerk/Drift. Rotterdam.

Trimbos-instituut, 2001.

Een keten van lege zondagen. In opdracht van ministerie van VWS. Utrecht.

Van Busscbach, J., E. Visser, S. Sytema & D. Wiersma, 2006.

Blijvend aan het werk; Onderzoek naar het lange termijn resultaat van arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe, Groningen: RGOc-Reeks no. 9.

Van Dijk, A. & J. Hassink, 2010.

Zorgconcepten. Samenvatting bevindingen vitaal netwerk.

5. Landbouw en zorg: proeftuinen voor nieuwe concepten en oplossingsrichtingen voor huidige knelpunten

Zorgboerderijen en zorgtuinen: een natuurlijke omgeving

Zorgboerderijen en zorgtuinen zijn omgevingen waar de verbinding met de boer/zorgtuinder, de groep, de natuur en de samenleving centraal staan. Omgevingen en voorzieningen waar deelnemers essentiële elementen van de hiervoor genoemde concepten kunnen ervaren. De nadruk op eigen kracht en empowerment van deelnemers, de individuele benadering, betrokken relaties, integratie in de samenleving, steun van informele sociale netwerken en een einde maken aan discriminatie lijken allemaal op een zorgboerderij op natuurlijke wijze te bestaan. Het samenwerken, de waardering voor de bijdrage van elke deelnemer, onderdeel zijn van het leven van de boer en diens gezin en de gemeenschap zijn hierbij van groot belang.

De insteek is een gewone werk context in een veilige gemeenschap in een activerende omgeving die de verantwoordelijkheid van deelnemers stimuleert. Rust, ruimte, natuur en de omgang met dieren zijn hierbij ondersteunende elementen.

De boer/zorgtuinder is de cruciale factor om deze empowerment en eigen kracht georiënteerde context tot stand te brengen. De interviews maken duidelijk dat boeren zonder formele zorgopleiding een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de reguliere zorg. Onze bevindingen komen overeen met voorgaand onderzoek bij vrijwilligers in de zorg, waaruit blijkt dat vrijwilligers worden gewaardeerd omdat ze goed kunnen luisteren, vriendelijk en respectvol zijn en vertrouwen en ondersteuning bieden waardoor er ook vriendschappen ontstaan tussen cliënten en vrijwilligers. Een bijkomend voordeel is dat cliënten minder vooroordelen hebben over vrijwilligers dan over zorgprofessionals in de reguliere zorg en daarom meer bereid zijn om samen te werken.

Zorgboerderijen en zorgtuinen passen ook goed bij de verschuiving in de zorg en de samenleving waarbij men zich meer bewust is van het belang van een bredere visie op gezondheid, verbinden van people, planet en profit, spiritualiteit, zingeving en ondernemerschap. Het gaat om denken in samenhangen en gehelen (Baars & Bloksma, 2008). We concluderen dat zorgboerderijen en zorgtuinen unieke voorzieningen zijn door de combinatie van verschillende kwaliteiten en de aandacht voor gehelen en samenhangen.

Bijdrage zorgboerderijen en zorgtuinen aan nieuwe zorgconcepten

Zorgboerderijen en zorgtuinen kunnen proeftuinen zijn om nieuwe zorg-concepten verder te ontwikkelen en een bijdrage te leveren aan het reduceren van knelpunten in de reguliere zorg. In onderstaand schema zetten we die op een rij.

| Zorgconcepten | Kenmerken | Landbouw-Zorg | Knelpunten |
|--------------------|---|--|---|
| Rehabilitatie | Actieve cliënt Cliënt gericht Mogelijkheden Perspectief Hoop Groei Faciliteren | Actief Verschillende mogelijkheden uitzoeken Het werk is leidend | Cliënt heeft niets te zeggen Helperige hulp Beheersing Organisatie eigen doelen |
| Herstel | Hoop Empowerment Zelfverantwoordelijkheid Rollen hernemen Eigen verhaal voorop | Verantwoordelijk Rol als werker en bijdrager aan | Cliënt moet volgen Hulpverlener is leidend EB-Medicine moet Kunstmatige omgeving |
| Kwartiermaken | Ruimte maken Nabijheid Betrokkenheid Vorbereiden | Ruimte in 2 betekenissen Boer is betrokken | Geen ruimte maar regels Professionele afstand |
| Presentie theorie | Er zijn Aandachtig Onderdompelen (om te verstaan) Doen wat gedaan moet worden | Boer is er Je werkt en leeft met elkaar | Geen tijd Snel resultaat Doen wat het protocol vraagt |
| SE / IPS | Werk is zingeving Werken met anderen Structuur bieden Eerst plaatsen dan opleiden | Er wordt gedaan wat moet Zingeving Werken met anderen Goede structuur Eerst plaatsen | Werken moet Eigen (organisatie) doelen Eerst opleiden dan plaatsen |
| Ervarend leren | Meemaken Een appèl doen op Structuur bieden Authenticiteit Roldoorbreking Zelfbeeld veranderen | Meemaken Er wordt appèl gedaan Er is (natuurlijke) structuur | Kan dat wel? Dat kan hij niet! Is er zoiets? Rollen laten zoals ze zijn |
| Eigen kracht | Zelf en met elkaar Ondersteunen Zelf plannen maken Familie betrekken Hulpverlening volgt | Beroep op zelf Is ondersteunend Betrekken familie | Focus op individu Kan dat wel? Dat is lastig! Wij leiden! |
| Ondernemen | Echte producten Serieuze bijdrage door verkoop en verdienen | Echte productie Echte producten Moet verkocht worden: winst | Dagbesteding! Levert niets op (maar dat hoeft ook niet) |
| Holistische visies | Uitgaan van gezonde Kern Gezondheid versterken Gehele mens | Uitgaan van mogelijkheden Appèl op al je kwaliteiten | Gebrek aan visie Geen tijd |

Als we de kwaliteiten van zorgboerderijen, nieuwe concepten, knelpunten die in de reguliere zorg worden ervaren koppelen en streefbeeld en voor een duurzame zorg verbinden, dan kunnen we de kwaliteiten en bijdragen van zorgboerderijen en zorgtuinen als volgt omschrijven:

a. Gezondmakende omgeving die aansluit bij herstelbenadering. Zorgboerderijen zijn plekken waar cliënten essentiële elementen van herstel en empowerment benaderingen kunnen ervaren. De nadruk op eigen kracht en empowerment van deelnemers, de individuele benadering, betrokken relaties, integratie in de samenleving, steun van informele netwerken en een einde maken aan discriminatie lijken allemaal op een natuurlijke wijze te bestaan op een zorgboerderij. Het samen werken, de waardering voor de bijdrage van elke deelnemer, onderdeel zijn van het leven van de boer en het gezin en de gemeenschap zijn hierbij belangrijk. De insteek is een gewone werk context in een veilige gemeenschap in een activerende omgeving die de verantwoordelijkheid van deelnemers stimuleert. Rust, ruimte, natuur en dieren zijn hierbij ondersteunende elementen.

De boer/zorgtuinder en vrijwilligers zijn cruciale factoren om deze empowerment en eigen kracht georiënteerde context tot stand te brengen.

b. Maatschappelijk ingebedde zorg. De maatschappelijke zorginstelling is mensgericht in plaats van functiegericht en gaat uit van de empowerment, zelfredzaamheid. Ze werkt samen met andere aanbieders, opereert in netwerken en biedt ruimte om te experimenteren. Zorgboerderijen bieden een werkplek buiten het reguliere zorgcircuit. Een omgeving die door cliënten als minder stigmatiserend wordt ervaren. Veel zorgboeren proberen met externe partijen samen te werken.

c. Gedreven zorgprofessionals. In de toekomstvisie van het transitieprogramma in de langdurige zorg gaat de toekomstige zorgprofessional uit van de behoefte van de klant en sluit aan bij de leefwereld van de zorgvrager. Hij/zij plaatst de zorg in de context van het volle leven; de zorg is verweven met alle andere domeinen. Hij/zij valt niet ten prooi aan zorgreflexen en zorgzucht en bouwen hun expertise voortdurend uit. Zorgboeren zijn vaak geïnspireerde mensen die met veel plezier en enthousiasme met de cliënten werken.

d. Ondernemerschap. Één van de knelpunten die het transitieprogramma signaleert is een tekort aan ondernemerschap. Zorgboeren kunnen net als de andere vernieuwingen (buurtzorg, gezinshuis.com, thomashuizen) een voorbeeld zijn hoe ondernemerschap, gedreven zorgprofessionals, op empowerment gerichte zorg en maatschappelijke inbedding samengaan.

De ontwikkelde formules bieden ook voorbeelden hoe deskundigheid, kwaliteit en scholing kunnen worden georganiseerd.

e. Aandacht voor gehelen en samenhangen

Aandacht voor gehelen en samenhangen biedt een alternatief voor de knelpunten die de steeds verdergaande specialisering en verkokering met zich heeft meegebracht. De integratie van wonen, leven, werken en zorgverlening op de boerderij biedt bij uitstek hiervoor de kans. Het gaat dan om de volgende aspecten:

- het bedrijf als wezenlijk geheel
- je verbinden met de aarde en de seizoenen en de cyclus van het leven
- het verbinden van het minerale, plantaardige en dierlijke om tot zelfkennis te komen
- het verbinden van de fysieke, sociale, psychische en spirituele dimensies voor een gezonde ontwikkeling

Belang van diversiteit binnen landbouw en zorg: verschillende visies

Het is van belang stil te staan bij de diversiteit binnen landbouw en zorg. Bij de 1000 zorgboerderijen vinden we een grote variatie in de verhouding tussen landbouw en zorg, de initiatiefnemer (vaak een boer of boerin, maar ook steeds vaker een voormalig medewerker uit de zorg), in de mate van ondernemerschap en in visies en mensbeelden.

Het is goed denkbaar dat een boer of boerin die met een zorgtak start op een bestaand agrarisch bedrijf dit vaak vanuit een ander motief alsook andere visie doet dan een voormalig medewerker uit de zorg. Ook zullen er

verschillen bestaan tussen gangbare en biologisch (dynamische bedrijven) en tussen zorgboerderijen die zijn opgezet vanuit een liberale, humanistische- of christelijke inspiratie of zich bijvoorbeeld baseren op het antroposofische gedachtegoed. De diversiteit binnen landbouw en zorg achten wij een kracht. Het is echter wel van groot belang die diversiteit en dus de verschillen in kwaliteiten en visies zichtbaar te maken.

Mensbeelden en visies

Mensbeelden en de daarop gebaseerde visies over de plaats en de ontwikkeling van de mens vormen de basis van ons denken en handelen. Mensbeelden zijn te begrijpen als het geordend geheel van veronderstellingen dat betrekking heeft op de wijze waarop wij de mens inclusief onszelf zien, ervaren, beleven en zijn wezenlijkheid typeren. Onze mensbeelden hangen nauw samen met onze wereldbeelden. De klassieke mens- en wereldbeelden omvatten bijvoorbeeld: de homo economicus (rationele wijze van bevredigen van behoeften), de homo faber (de werkende mens die de omgeving naar zijn hand zet) en de homo ludens (de spelende mens). Als we de gehanteerde mensbeelden voor onszelf en anderen expliciteren, maken we onszelf bekend, onderscheiden we ons van elkaar en wordt het anderen duidelijk wat ons motiveert, drijft en welke koers we willen en zullen varen. Kwant (1973) stelt dat het mensbeeld zich openbaart in de wijze waarop mensen met elkaar omgaan.

Mens- en wereldbeelden zijn dus met elkaar verweven. Wat geldt voor individuele mensbeelden die we als persoon hebben ontwikkeld, lijkt evenzeer te gelden voor organisaties, zo blijkt uit de studie van Roovers (2004). Het maakt immers nogal wat uit of bijvoorbeeld zorgaanbieders denken en handelen vanuit het dominante westerse individualisme waarbij de mens gezien wordt als een autonome entiteit, gescheiden van andere personen en sociale context met de nadruk op zelfexpressie, zelfstandigheid en uniciteit dan wel vanuit het communitarisme gedacht en gehandeld wordt waarbij het individu intrinsiek onderdeel vormt van de gemeenschap met gedeelde (morele) waarden en er tussen leden van de gemeenschap wederzijdse verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar bestaat (p. 19). Mensbeelden kunnen dus ook gezien worden als representanten van een morele orde (p. 145).

Mensbeelden vormen de basis van (zorg)visies, zo blijkt uit een studie van Tonkens (1996). Zij identificeert drie dominante (ook ethische) perspectieven. Het betreffen 1. de liberale visie waarbij de zelfbeschikking in de zin van vrijheid in het maken van eigen keuzes m.b.t. het inrichten van het eigen leven centraal staat, 2. de christelijke visie waarin de zorg voor de ander en zorgzaamheid als kwaliteit van de begeleiding (die veiligheid en geborgenheid biedt) de kernen vormen en 3. de humanistische visie waarin de bevordering van zelfontplooiing zowel van de zorgvrager als van de begeleider centraal staat in het zorgproces. Interessant is dat deze verschillende zorgvisies ingezet worden als strategisch instrument om zowel aan klanten als financiers duidelijk te maken of en in welke mate men zich van andere zorgaanbieders onderscheidt. Bovendien fungeren die visies ook als richtsnoer voor professioneel (en moreel) handelen van de begeleiders.

Bij de zorgboerderijen zien we de beschreven diversiteit aan mensbeelden terug. Daarnaast zijn er binnen de sector zorggerichte en landbouwgerichte initiatieven. Bij het eerste type staat de landbouw centraal, bij het tweede type de zorg. Verder zien we meer reguliere zorgboerderijen en zorgboerderijen met een antroposofische/biologisch dynamische identiteit.

Tot slot van deze paragraaf gaan we nog kort in op de antroposofische visie die in Baars & Bloksma (2008) en in de beleidsnota Gezond leven (2010) van de Lievegoed Zorggroep is verwoord. Uit dat laatste document citeren we hierna.

'In het overheersende paradigma in onze samenleving, hier voor de duidelijkheid benoemt als het mathematisch-mechanistische wereldbeeld, spelen aspecten als schaalvergroting, maakbaarheid, interventie, fragmentatie, bureaucratie, beheersbaarheid en controle een grote rol. Er is weinig plaats voor niet-materiële verklaringen van de werkelijkheid.

In de gezondheidszorg is deze ontwikkeling daar zichtbaar, waar de aandacht en de te bieden zorg vooral gericht wordt op de probleemgebieden, en deze geïsoleerd worden van de gehele context van het leven [].

Sinds het eind van de 20^{ste} eeuw is er echter ook een toename waarneembaar in aandacht voor de niet-mechanistische en spirituele aspecten van de werkelijkheid. Dit geeft aandacht voor de menselijke maat, gehelen en samenhangen, verbindingen, processen, presentie, voorwaarden scheppen en vertrouwen.

Vanuit dit gezichtspunt wordt naar gezondheidszorg gekeken vanuit het geheel van het menselijk leven. Een probleem is niet alleen een lastig iets dat zo snel mogelijk weg moet, maar ook een individueel ontwikkelingsmotief met relaties naar alle levensgebieden. Een behandeling vanuit deze opvatting vraagt ruimte voor dat individuele en voor het onverwachte. Maar ook vraagt het ruimte, om in voorkomende gevallen, als behandelrichting niet te kiezen voor het aanpakken van het zieke, het problematische maar juist voor het versterken van het gezonde.'

De verschillen tussen de reguliere visie en de antroposofische visie hangt samen met de verschillen tussen de interventie en presentie benaderingen.

Interventie of presentie

De interventiebenadering is het dominante paradigma in onze tijd. De interventiebenadering bevat altijd 4 kenmerken:

1. Omvorming van de vraag of de stoornis tot een behapbaar probleem.
2. Een ingebouwd idee over wat een goede oplossing voor het probleem is.
3. Een bepaalde werkwijze of werktechniek, met daarbij behorende procedures, protocollen of instrumenten en controlesystemen.
4. Een bepaalde betrekking tussen de uitvoerder van de techniek en degene die object van de techniek is.

In elk van deze componenten wordt de oorspronkelijke vraagstelling (van de cliënt) op een bepaalde manier bewerkt. De omvorming tot een behapbaar probleem impliceert een herformuleren van het probleem in termen van het praktijkparadigma van de beroepsbeoefenaar. De idee van de goede oplossing omvat vaak niet meer dan het verdwijnen van het concrete probleem.

Een andere richting dan de interventiebenadering noemt Baart de 'presentiebenadering'

1. Niet alleen het problematische, maar ook het vreugdevolle, ja heel de mens, is in beeld. Dit niet vanuit een vooropgesteld kader, zoals een diagnostische lijst, maar zoals de ander daar gewoon is. De agenda van de presentiebeoefenaar wordt bepaald door wat de ander aan de orde stelt en door de manier waarop de ander dat aan de orde stelt.
2. De presentiebeoefenaar gaat niet snel over tot een analyse van het probleem. Hij verwijft lang op het narratieve niveau. (op het niveau van het verhalende, beeldende) Het gaat hem erom zicht te krijgen op het gehele eigen verhaal van de cliënt. Reductie moet zoveel mogelijk voorkomen worden.
3. Wat het goede is dat gerealiseerd moet worden staat niet bij voorbaat vast. Het is niet zo dat de behandelaar weet waar de therapie op uit moet draaien. Ieder mens is uniek en de oorspronkelijke echtheid van het individu kan vooral door openheid, acceptatie en respect tevoorschijn komen en ligt in de toekomst, niet in het verleden.
4. In de presentiebenadering hebben zorgzaamheid, echte interesse en nabijheid een belangrijke rol. Mensen die de presentiebenadering goed hanteren hebben een rotsvast geloof in de menselijke waardigheid – en geestelijke werkelijkheid van ieder individu. Daardoor hebben ze een houding die gericht is op het 'laten verschijnen' van ieders unieke eigenheid en niet op het 'laten verdwijnen' van iemands probleem.

Een vergelijking met de uitgangspunten van gangbare en biologisch dynamische landbouw kan verduidelijken wat hier in het spel is:

In de gangbare landbouw is veelal een beeld van het eindproduct, zoals de consument dat graag wil, uitgangspunt voor de landbouwkundige interventies. Dit product moet dan bij voorkeur met zo weinig mogelijk kosten en moeite tot stand komen. Daarbij is alles geoorloofd tenzij de wet grenzen stelt.

Als de consument mooi wit vlees wil dan wordt het voer en de hoeveelheid bewegingsruimte en lichtinval van de kalveren en de varkens daarop aangepast en ontstaat er mooi wit vlees. Wil de consument wortelen die allemaal

even groot zijn, dan kan dat. De zorgtuinder kiest een hybride ras en bepaalde teeltmaatregelen en er ligt een uniform product in de kist. Gangbare bedrijven passen bij de interventiebenadering.

In de biologisch dynamische (bd) landbouw is dat een heel ander verhaal.

In feite heeft de houding die de bd boer heeft naar zijn aarde, planten en dieren veel van de presentiebenadering.

Op zo'n bd bedrijf heerst dus een presentieattitude, gericht op het tot verschijning laten komen van het 'eigene' van iedere plant, ieder dier en...ieder mens. Als daar dan behalve de boer ook nog hulpverleners zijn met een hoog presentiegehalte dan krijg je een soort presentieklimaat in de gemeenschap. Zo kunnen presentiebenadering en bd landbouw tot een mooie synthese komen en een diepere inhoud geven aan de vruchtbare spanning tussen zorg en productie.

Het erkennen, overbruggen en benutten van de ruimte tussen deze twee manieren van naar gezondheidszorg kijken is een grote uitdaging. Omdat op veel zorgboerderijen beide benaderingswijzen in meer of mindere mate aanwezig zijn, kan Landbouw en zorg een bijdrage leveren aan het inzicht in de paradigma's en de gewenste erkenning en overbrugging daarvan.

Literatuur

Baars, E. & J. Bloksma, 2008.

Verschuivende paradigma's binnen Landbouw en Zorg; Zorg voor gehelen en samenhangen. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

Tonkens, E., 1996.

Autonomie, zorg en zelfontplooiing. Een analyse van zorgvisies binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg. *Gezondheid, Theorie in praktijk* 4(3): pp 239-254.

Kwant, R.C., 1973.

Mensbeelden; filosofie in een pluriforme samenleving. Alphen aan de Rijn: Samson Uitgeverij

Tonkens, E., 1996.

Autonomie, zorg of zelfontplooiing. *Gezondheid, Theorie in Praktijk* 4(3) pp 239-254

Roovers, M., 2004.

Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Nijmegen: Valkhof Pers.

Lievegoed Zorggroep, 2010.

Gezond leven in een gezonde omgeving is de beste bevorderaar van gezondheid. Beleidsnota projectgroep Therapeutische gemeenschappen / Zorg-behandelboerderijen.

6. Conclusies

Uit hoofdstuk 1 hebben we kunnen afleiden welke kwaliteiten die de zorgboerderij hebben dan wel representeren voor de deelnemers / cliënten alsook mensen die anderszins bij die zorgboerderijen en zorgtuinen betrokken zijn in algemene zin van belang zijn. Dat 'van belang' heeft betrekking op de naar inzicht van de geïnterviewden bevorderende factoren voor de eigen en persoonlijk functioneren. Dat zijn zinvol werk, de belangrijke rol van de boer(in), het gevoel tot een gemeenschap te behoren en in een natuurlijke omgeving zinvol werk te verrichten en daarvoor mede verantwoordelijk te zijn. Niet in de laatste plaats, zo blijkt, is een niet-zorg omgeving een belangrijke positieve factor. Deel te nemen aan 'het gewone leven' wordt voor de ondervraagden zeer positief gewaardeerd. Dit kwalitatieve onderzoek geeft ons dus duidelijke indicaties en een richting aan voor de inrichting van voorzieningen voor verschillende kwetsbare doelgroepen. Een inrichting van een omgeving of context die in feite binnen de bestaande zorgboerderijen al voor een belangrijk deel is gerealiseerd.

In hoofdstuk 2 worden onze intuïties en de indicaties die we uit hoofdstuk 1 hebben kunnen afleiden nader en voor zover dat mogelijk is wetenschappelijk onderbouwd. Dat laatste blijkt nog niet zo eenvoudig te zijn.

Hoofdstuk 3 laat zien dat allerlei nieuwe zorgconcepten die zijn ontwikkeld op zorgboerderijen worden gebruikt en verder worden ontwikkeld. Bij al deze concepten gaat het om het herstel van verbindingen. Verbindingen tussen de cliënt en zorgverlener, cliënt en de samenleving, onderdelen van de gezondheidszorg en deelaspecten van gezondheid.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat er in de langdurige zorg veel onvrede is bij zorgvragers en zorgverleners en dat problemen samenhangen met systeemfouten. De zorg wordt gekenmerkt door fragmentatie, bureaucratie, hiërarchie, dominantie van het bedrijfsmatig denken en veronachtzamen van een existentieel-morele component. Streefbeelden zijn een mensgerichte zorg die maatschappelijk is ingebed en economisch houdbaar is.

Hoofdstuk 5 geeft ons verder inzicht in de bijdragen die landbouw en zorg kunnen bieden om de knelpunten aan te pakken en invulling te geven aan de streefbeelden. Landbouw en zorg is een inspiratie omdat het voorbeelden biedt van gezondmakende omgevingen die aansluiten bij de herstelbenadering; het maatschappelijk ingebedde zorg betreft waar gedreven en betrokken zorgprofessionals concrete invulling geven aan maatschappelijk ondernemerschap. Tenslotte bieden de boerderijen en zorgtuinen plekken waar aandacht is voor gehelen en samenhangen, waar je je kunt verbinden met het bedrijf, de cyclus van het leven en de verschillende dimensies van het bestaan.

Hierbij is het van groot belang dat landbouw en zorg geen uniform geheel is, maar dat er een diversiteit aan locaties is met verschillende visies en werkwijzen. Bij de ene ligt de nadruk meer op interventie, bij de ander meer op presentie. Landbouw en zorg kan zo een bijdrage leveren aan de verbinding van beide paradigma's.

