



HoGent

Faculteit Mens en Welzijn

Shake it like a photovoice picture!

Hoe kunnen we door middel van photovoice volwassen bewoners in een psychiatrisch verzorgingstehuis betrekken bij hun herstelproces, met oog op het realiseren van een netwerkkaart.

Vermeire Céline

Bachelorproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van

Bachelor in de Orthopedagogie

Promotor:
Collijs Laura

Academiejaar 2017-2018

1^{ste} examenkans – 2^{de} examenperiode

*Deze bachelorproef is gemaakt door **Vermeire Céline**, student aan de Hogeschool Gent, ter voltooiing van de bacheloropleiding Orthopedagogie. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijke standpunt van de individuele auteur en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening, het officiële standpunt of het beleid van de Hogeschool Gent.*



HoGent

Faculteit Mens en Welzijn

Shake it like a photovoice picture!

Hoe kunnen we door middel van photovoice volwassen bewoners in een psychiatrisch verzorgingstehuis betrekken bij hun herstelproces, met oog op het realiseren van een netwerkkaart.

Vermeire Céline

Bachelorproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van

Bachelor in de Orthopedagogie

Promotor:
Collijs Laura

Academiejaar 2017-2018

1^{ste} examenkans – 2^{de} examenperiode

VOORWOORD

Na het trachten te vinden van het perfecte thema voor mijn afstudeerproject, was het een hele zoektocht om uit te pluizen hoe ik mijn ideeën ging omzetten naar daden, om die vervolgens om te zetten in woorden. Het was een proces van vallen en opstaan met enkele hobbels op de weg. Maar met enige trots stel ik het eindresultaat van dit ontwerp voor.

Deze bachelorproef was niet tot stand gekomen zonder de constante steun die ik kreeg van mijn eigen sociale netwerk. Graag wil ik daarom extra aandacht geven aan enkele mensen in het bijzonder, niet enkel om achter mij te staan, maar ook naast mij te wandelen. Jullie waren stuk voor stuk een geweldige wegwijzer in mijn leerproces.

Eerst en vooral wil ik mijn stagementor Saskia bedanken. Hoe vermoeiend de stageperiode soms ook kon zijn, zij zorgde er steeds voor dat mijn energiemeter weer werd opgevuld. Onze kleine gesprekjes en gezamenlijke pauzes brachten me veel wijsheid en inzichten bij. Het was een eer om aan jouw zijde te mogen volgen. Bedankt voor jouw constante aanmoedigingen!

Tevens wil ik ook de andere collega's bedanken voor de fijne momenten tijdens stage en mij de mogelijkheid te geven om me te ontplooiën tot een volwaardige hulpverlener. Het was ontzettend leerrijk om met jullie samen te werken. Jullie verschillende inzichten en jullie handelen brachten me veel bij.

Vervolgens verdient ook mijn promotor Laura om in de schijnwerper gezet te worden. Bedankt om mij telkens opnieuw te stimuleren om mijn kritische bril op te zetten. Op hopeloze momenten stond je me steeds bij met raad en daad. Je wist me telkens terug het juiste duwtje in de rug te geven zodat ik terug in mijn pen kon kruipen.

Graag bedank ik ook mijn vrienden die me dag en nacht hebben bijgestaan met wijze raad en een luisterend oor boden. Bedankt voor de mooie herinneringen van de afgelopen drie jaar. Ik wens jullie nog veel succes en geluk toe in het leven.

Ook wil ik u als lezer bedanken om interesse te tonen in mijn bachelorproef. Hopelijk zorgt dit werk ervoor dat ik mijn kritische bril kan doorgeven en u zo mijn standpunten kan laten begrijpen.

Als laatste, maar zeker niet als minste, wil ik de bewoners bedanken. Niet enkel voor hun openheid, maar ook voor de vele dingen die zij mij hebben geleerd. Gedurende mijn stage heb ik een ton aan ervaring opgedaan die je niet terugvindt in de boeken. Bedankt om een hoofdstuk in mijn levensboek te zijn. Het is er een om te koesteren.

Bedankt!

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	1
Inleiding.....	4
1 Doelgroep	6
1.1 Inleiding.....	6
1.2 Volwassenen met een chronische psychiatrische stoornis.....	6
1.2.1 Wanneer spreekt men van een psychiatrische stoornis?	6
1.2.2 Wat betekent chronisch?	7
1.2.3 Pathologie van de geïnterviewde bewoners	7
1.2.3.1 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	8
1.2.3.2 Depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen.....	9
1.2.3.3 Angststoornissen.....	9
1.2.3.4 Dwangstoornissen.....	10
1.2.3.5 Hechtingsstoornissen	11
1.2.4 Link tussen wetenschap en praktijk	11
1.3 Setting	12
1.3.1 Psychiatrisch verzorgingstehuis	12
1.3.1.1 Wat is het?.....	12
1.3.1.2 Visie van de voorziening	12
1.4 Besluit.....	13
2 Theoretische handvaten.....	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Herstelondersteunende zorg	14
2.2.1 Wat is het?	14
2.2.2 Basisprincipes.....	14
2.2.3 Fasen in herstel	15
2.2.4 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen.....	16
2.2.4.1 Het proces	16
2.2.4.2 Het persoonlijk leven staat centraal	17
2.2.4.3 Rehabilitatie speelt zich af in een triade	17
2.2.4.4 Vijf clusters van herstelfactoren	17
2.2.4.5 De methodiek van het SRH.....	18
2.2.5 Kwartiermaken.....	19
2.2.6 Presentietheorie.....	19
2.3 Empowerment	19
2.3.1 Wat is het?	19
2.3.2 Verschillende niveaus.....	20
2.3.2.1 Persoonlijk empowerment.....	20

2.3.2.2	Community empowerment	21
2.3.2.3	Organisatie-empowerment.....	21
2.3.3	Grenzen aan empowerment.....	22
2.4	Sociale netwerken.....	22
2.4.1	Wat is het?	22
2.4.2	Belang van een sociaal netwerk.....	22
2.4.3	Samenstelling van een sociaal netwerk	23
2.4.4	Functies van een sociaal netwerk	23
2.4.5	Structuur van een sociaal netwerk	25
2.4.5.1	Bereikbaarheid	25
2.4.5.2	Variatie.....	25
2.4.5.3	De mate van contact	25
2.4.5.4	De inhoud van contact.....	25
2.4.6	Van autonomie naar participatie.....	25
2.4.7	Interactie tussen de bewoner en zijn netwerk.....	26
2.4.7.1	Contact leggen	26
2.4.7.2	Copingstijl als belemmering	26
2.4.7.3	Wederkerigheid	27
2.4.7.4	Bestaande relaties verdiepen.....	27
2.4.7.5	Een netwerk uitbreiden of opnieuw opbouwen.....	27
2.4.7.6	Zie de bewoner in de context van zijn omgeving.....	28
2.4.7.7	Positievere kijk van de bewoner op zijn situatie	28
2.4.8	Link tussen empowerment en een sociaal netwerk.....	28
2.5	Besluit.....	28
3	Het sociale net dat werkt.....	30
3.1	Inleiding	30
3.2	Verschillende methoden en instrumenten	30
3.2.1	Het sociale netwerk in kaart brengen.....	30
3.2.1.1	Genogram.....	30
3.2.1.2	Ecogram	30
3.2.1.3	Sociogram	31
3.2.1.4	Wijkecogram.....	31
3.2.1.5	Contactladder	32
3.2.1.6	Straatladder	32
3.2.1.7	Groslijst.....	32
3.2.1.8	De sociale netwerkkring van Brian Lensink	32
3.2.2	Persoonlijke bedenkingen	33
3.2.3	Werken aan het netwerk.....	34
3.2.3.1	Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA).....	34

3.2.3.2	Sociaal netwerkmethodiek door Scheffers	34
3.3	Besluit.....	35
4	Methodiek	36
4.1	Inleiding	36
4.2	Photovoice.....	36
4.2.1	Wat is het?	36
4.2.2	Klassiek gebruik.....	36
4.2.3	Toepassing praktijkidee.....	37
4.2.4	Link tussen theorie en praktijk.....	37
4.3	Kunst en herstel	38
4.3.1	De helende werking van creatieve therapie	38
4.4	Besluit.....	39
5	Utopia	40
5.1	Inleiding	40
5.2	Inspiratie.....	40
5.3	Verloop	40
5.3.1	Het eerste interview	41
5.3.2	Het tweede interview	41
5.3.3	Het derde interview.....	42
5.3.4	Het vierde interview	42
5.3.5	Het vijfde interview.....	43
5.3.6	Creëren van de netwerkcirkel.....	43
5.4	Wat als... ..	44
5.4.1	Er een herstelknop was?	44
5.4.2	Aandachtspunten.....	44
5.4.2.1	De bewoner draagt de horloge	44
5.4.2.2	Houding van de hulpverlener	45
5.5	Uiteindelijke creatie	45
5.5.1	Invulling kritische bedenkingen	45
5.5.2	Toelichting voorbeeld	45
5.6	Besluit.....	47
6	Conclusie.....	48
	Bibliografie	49
	Bijlagen	52

INLEIDING

Na deze inleiding wordt eerst de doelgroep toegelicht die ik de afgelopen stageperiode mocht begeleiden. Want wat is een chronische psychiatrische stoornis en hoe kan deze zich uiten? Dit is immers breder dan de letterlijke vertaling van de wetenschap of de studie van het geestelijk of psychisch lijden (Vandereycken, 2008). We nemen enkele specifieke pathologieën onder de loep aangezien deze informatie onmisbaar is om een beeld te scheppen van de bewoners die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek.

Nadien volgt een korte schetsing van de setting waar ik mijn stage doorbracht. Wat is een psychiatrisch verzorgingstehuis nu precies? Het is ruimer dan een woonvoorziening die voor sommigen een definitieve verblijfplaats vormt (Vlaamse Overheid, 2018). De visie van de voorziening vormt dan ook de aanvulling.

Vervolgens gaan enkele theorieën ontvouwd worden die van belang zijn om de inhoud van deze bachelorproef ten volle te begrijpen. De theoretische handvaten die u aangereikt worden, hebben betrekking op rehabilitatie, empowerment en een sociaal netwerk.

Binnen rehabilitatie wordt een antwoord gevormd op de vragen wat herstel nu precies betekent en hoe dit overgebracht kan worden naar de praktijk. De bewoner in zijn omgeving staat centraal, niet langer de problematiek (Bassant & de Roos, 2008). Het Systematisch Rehabiliterend Handelen (SRH) sluit hier nauw op aan.

Het gegeven empowerment vormt een aaneenschakeling omdat dit de strijd weergeeft tussen de greep krijgen op het eigen leven en tegelijk helpt bij het accepteren van de beperking en de bijhorende (maatschappelijke) kwetsbaarheden (Boumans, 2015). Volgens Pennix (2005) kan empowerment onderverdeeld worden in drie niveaus, deze worden dan ook uitgelicht.

Essentieel is het gedeelte rond sociale netwerken. Dit vormt immers de basis voor de toepassing op het praktijkgedeelte. De vragen die beantwoord worden, hebben betrekking op het belang, de functies, de structuur en de interacties van netwerkleden. Het netwerk omvat meer dan een verzameling van betekenisvolle personen die functioneren als ondersteuningsbron (Dröes & Korevaar, 2011). Het doel voor dit deelaspect is dan ook het duiden van variatie en betekenisgeving van sociale netwerken.

Aansluitend gaan we over tot het uiteenzetten van acht methodes en instrumenten om het sociale netwerk van iemand in kaart te brengen. In het bijzonder wordt de netwerkcirkel van Brian Lensink uitgelicht omdat dit het instrument is waar het afstudeerproject op gebaseerd is. Er volgt ook nog een verheldering van twee andere methodes die het werken aan het netwerk centraal stellen.

Daarna ontvouw ik de inspiratie van de methodiek die me aanzette om de sociale netwerkcirkels te visualiseren, nl. photovoice. Het is een manier om mensen uit te nodigen om over zichzelf te praten via foto's (Sitvast, 2012). De klassieke toepassing van deze methode kent dan ook een wending door de kritische bedenkingen die noodzakelijk waren om photovoice te betrekken op het eindproduct. Er zijn immers ook andere manieren die de creativiteit prikkelen om herstel in beeld te brengen. Ook deze worden kort geïllustreerd.

Omdat al deze instrumenten en methodes niet beantwoordden op de vragen voor het vervolledigen van mijn praktijkidee, voelde ik de noodzaak om hier verder op te bouwen. De kritische bedenkingen worden in het hoofdstuk utopia omgezet in daden. Hierin bespreek ik hoe ik de ideale netwerkkaart voor ogen had. Deze kwam natuurlijk niet zomaar tot stand. Ik beschrijf het verloop van de interviews met de nodige knelpunten en reflectieve vragen die ik mezelf stelde doorheen het proces. Ik probeer enkele tips mee te geven en sluit af met een voorbeeld van wat voor mij de perfecte gevisualiseerde netwerkcirkel is.

Er wordt afgesloten met een conclusie waarin al mijn kritische opmerkingen vervat worden in verhouding tot het analyseren van de titel: *Hoe kunnen we door middel van photovoice volwassen bewoners in een psychiatrisch verzorgingstehuis betrekken bij hun herstelproces, met oog op het realiseren van een netwerkkaart*. Dit is de kern van mijn hele afstudeerproject en beantwoordt alle bovenstaande bedenkingen.

Om de wens van mijn stageplaats te respecteren wordt in deze bachelorproef uitsluitend over bewoners gesproken. Dit is de meest respectvolle en overkoepelende term om deze mensen te beschrijven.

Ten slotte zijn alle voorbeelden, tenzij anders vermeld, volledig vanuit mijn ervaring en perspectief beschreven. Deze zijn terug te vinden in de grijze kaders. Hopelijk heb ik genoeg nieuwsgierigheid opgewekt om deze pagina om te slaan.

1 DOELGROEP

1.1 INLEIDING

In het eerste hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de doelgroep die behoort tot mijn stageplaats. Dit zijn volwassenen met een chronische psychiatrische stoornis. Door een waaier aan definities worden deze met elkaar vergeleken om tot een zo volledig mogelijk antwoord te komen. Er worden enkele pathologieën in het bijzonder uitgelicht omdat deze betrekking hebben op de bewoners die geïnterviewd werden voor het onderzoek. Aansluitend wordt toegelicht wat een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) precies is, met de bijhorende visie van de voorziening.

1.2 VOLWASSENEN MET EEN CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE STOORNIS

1.2.1 *Wanneer spreekt men van een psychiatrische stoornis?*

De onmisbare eerste vraag luidt als volgt: wanneer spreekt men van een psychiatrische stoornis? Deze definitie heeft een aanvulling gekend doorheen de jaren. De belangrijkste elementen worden hieronder uitgediept.

De term psychopathologie wordt vooral gebruikt als verzamelbegrip voor alle psychopathologische verschijnselen. Het verwijst naar het geheel van psychiatrische stoornissen en psychopathologische processen. Letterlijk vertaald is het de wetenschap of studie van het geestelijk of psychisch lijden (Vandereycken, 2008).

Brybaert (2014) daarentegen schrijft over een mentale stoornis. Deze wordt gedefinieerd als een patroon van gedachten, gevoelens en gedrag dat leidt tot persoonlijk lijden en gepaard gaat met een significante daling van het maatschappelijke functioneren. Volgens van Deth (2015) is abnormaal gedrag niet automatisch een stoornis. Niet elke stoornis heeft betrekking op een psychische stoornis, dit vond hij een duidelijk verschil. Het kan gaan om een louter lichamelijke aandoening, bv. een communicatieprobleem ten gevolge van aangeboren blindheid. Wanneer mensen zich voelen en gedragen op een manier die afwijkt van andere mensen en die ze zelf ook moeilijk begrijpen, dan worden ze als abnormaal beschouwd (Brybaert, 2014).

Het is cruciaal om wetenschappelijk kennis te bezitten om een psychische stoornis vast te stellen. Het gestoorde gedrag moet een aantal kenmerken vertonen die ten eerste ook bij andere personen vastgesteld zijn als storend en ten tweede vanwege de gelijkenis (op grond van een overeenkomstig patroon) beschreven en geordend worden binnen het begrippenkader van de psychiatrie (van Deth, 2015). Brybaert (2014) maakt hierbij wel de kanttekening dat het onmogelijk is om een lijst van kenmerken te vinden die altijd met een stoornis samengaan en niet bij mensen zonder stoornis voorkomen. Er bestaan geen eenvoudige regels om een mentale stoornis te definiëren.

Daarom is het van belang dat er steeds sprake is van enige consensus: de conclusie psychiatrische stoornis kan niet door een beoordelaar met zijn of haar persoonlijke normenstelsel worden getrokken. Andere deskundigen moeten tot dezelfde conclusie komen. (van Deth, 2015)

Omdat psychiatrische stoornissen te situeren zijn op de dimensie ziekte/gezondheid, volgde de psychopathologie vroeger een medisch model (Vandereycken, 2008). Enkele jaren later, wordt hier een heel andere visie rond gedeeld.

van Deth (2015) verzoekt in zijn boek uitdrukkelijk om niet over psychische ziekten te spreken:

In een medische zin verwijst de term ziekte namelijk naar een lichamelijke afwijking, aandoening of stoornissen met een specifieke oorzaak, naar een duidelijk beloop en, zo mogelijk, een aangepaste therapie. Als men uitgaat van deze definitie kan men nauwelijks van ziekten spreken in de psychiatrie, met als uitzondering van een beperkte groep stoornissen waarvan een organische oorzaak bekend is (psychische stoornissen door misbruik van drugs en alcohol of op grond van hersenaandoeningen. (p. 7)

Hoewel hier duidelijk geschreven staat dat er in de theorie (op enkele uitzonderingen na) niet over psychische ziekten gesproken wordt, is dit in de praktijk toch een heel andere realiteit. Van zodra ik voet zette binnen mijn stageplaats bestempelen zowel de hulpverleners als de bewoners zelf, de bewoners als 'ziek'. Dit vind ik een harde term omdat het meteen een label geeft als 'abnormaal' en daardoor eveneens insinueert dat er een oplossing is om tot 'genezing' te komen. Iets wat niet steeds haalbaar is, leerde de ervaring op stage mij. Het lijkt een term waar hulpverleners en bewoners niet (meer) van opkijken. Dit was toch even schrikken.

De medische opvatting van het begrip ziekte heeft ook een psychologische en sociologische inhoud. In het eerste geval gaat het om de beleving van het ziek-zijn: de subjectieve ervaring van onwel zijn, lijden of beperking in het lichamenlijk, psychisch en/of sociaal functioneren. Vanuit een meer sociologisch standpunt benadrukt men de rol van ziek-zijn: enerzijds de behoefte aan erkenning als zieke (het aannemen van een maatschappelijk bepaalde en erkende rol) en anderzijds de verwachting te zoeken naar genezing door raadpleging van een deskundige (de rol van de hulpvrager) (van Deth, 2015).

1.2.2 *Wat betekent chronisch?*

Om het begrip chronisch te verklaren is het van belang om het verschil te duiden tussen de begrippen chronisch en acuut binnen de psychiatrische context. Onder acuut verstaan we het plotseling en kortstondig optreden van een verschijnsel (klacht, symptoom, stoornis, probleem). Vaak heeft het ook de bijbetekenis van fel, hevig of dringend. Het begrip chronisch daarentegen heeft in de psychiatrische context verschillende betekenissen gekregen. Het verwierf een negatieve bijklank als synoniem voor een langdurig verblijf in een psychiatrische inrichting. Men kan immers aan een chronische stoornis lijden buiten het ziekenhuis of met herhaalde maar kortstondige opnames. Er bestaat geen strikte criteria om een verschijnsel chronisch of duurzaam te noemen. Meestal wordt deze omschrijving gebruikt als iets langer dan zes maanden blijft bestaan (van Deth, 2015).

Bij een chronisch verloop komen volgens van Deth (2015) de volgende vormen voor:

- Progressieve vorm: bij een toestand die geleidelijk verslechtert, zodra het gaat om verbetering is er geen sprake meer van chronisch verloop.
- Statische vorm: wanneer de toestand onveranderd blijft; men spreekt van 'resttoestand' wanneer nauwelijks nog verbetering of herstel verwacht kan worden.
- Intermitterende vorm: wanneer perioden van geheel of gedeeltelijk herstel worden afgewisseld met opnieuw optreden van de stoornis.

1.2.3 *Pathologie van de geïnterviewde bewoners*

Om een basis te scheppen voor het praktijkgedeelte worden hier de pathologieën toegelicht van de bewoners die deelnamen aan het interview. De voorbeelden zijn afkomstig uit de ervaring op stage, maar hebben niet per se betrekking tot de geïnterviewden. Het gaat om bewoners met dezelfde diagnose, maar zij namen niet deel aan het interview. Het doel hiervan is om kort en duidelijk een beeld te scheppen van de pathologie.

1.2.3.1 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Om de pathologie schizofrenie zo volledig mogelijk uit te leggen, moeten er eerst enkele termen uitgelegd worden die het begrip beter kunnen kaderen. Zo is het belangrijk om het verschil te kennen tussen illusies, hallucinaties en wanen.

Bij illusies is een reëel object waargenomen, maar worden de kenmerken of de betekenis daarvan verkeerd geïnterpreteerd. De persoon in kwestie is er zich van bewust dat hij of zij zich heeft vergist. Een hallucinatie is een verkeerde interpretatie van wat iemand hoort, ziet of voelt. Er is geen enkele waarneming in de werkelijkheid die daartoe aanleiding geeft, men heeft slechts het idee iets waar te nemen (van Deth, 2015). Wanen of waandenkbeelden zijn niet te corrigeren, foutieve overtuigingen die behoren tot de inhoudelijke denkstoornissen. Het is een privétheorie waarbij dit enkel door de betrokkene als absolute zekerheid wordt geloofd (Brysbaert, 2014).

Men spreekt over een primaire waan als deze plotseling ontstaat en een directe overtuigingskracht heeft. Men spreekt over een secundaire waan als deze voortkomt uit belevingen die met de psychotische toestand samenhangen (van Deth, 2015). Mensen met schizofrenie doen er lang over vooraleer ze beseffen dat hun belevingswereld niet overeenkomt met de werkelijkheid. Er is sprake van een gebrek aan ziekte-inzicht en ziektebesef (van den Bosch, 2008).

Schizofrenie komt tot uiting in de wijze waarop we waarnemen, denken, voelen of zelfs bewegen. Een psychotische episode wordt dikwijls afgewisseld met rustigere perioden, waarin de symptomen minder opvallend zijn (van den Bosch, 2008). De ene schizofrene persoon kan heel andere symptomen vertonen dan de andere, daarom wordt dit omschreven als een schizofreniespectrumstoornis (Brysbaert, 2014).

Binnen schizofrenie is er sprake van verschillende denkstoornissen. De meest voorkomende zijn de inhoudelijke en formele denkstoornissen. Hierbij zijn de vorm en inhoud van het denken verstoord (van den Bosch, 2008). Bij inhoudelijke denkstoornissen gaat het over mystiek-religieuze of pseudowetenschappelijke ideeën, of andere vormen van magisch denken. Onder formele denkstoornissen is de organisatie van het denken verstoord. Kenmerkend is de incoherentie: ze springen van de hak op de tak. Velen hebben problemen met het verwerken van indrukken uit de omgeving, geheugen, aandacht en concentratie. Hun stemming en emotie zijn dikwijls ontregeld (van Deth, 2015).

Een man met paranoia die regelmatig naar zijn broer belde, was er steevast van overtuigd dat de politie zijn telefoontjes afluisterde. Iedere keer als hij op straat liep en een politiecombi zag, dacht hij dat hij zich moest verstoppen omdat ze hem anders gingen meenemen. Dit kwam omdat hij iedere keer dacht dat hij iemand de opdracht had gegeven om zijn broer te vermoorden, ook al heeft de man een uitstekende band met zijn broer en is de intentie er nooit geweest.

Er is ook nog sprake van niet-schizofrene psychosen. Hieronder verstaat men psychosen die lijken op schizofrenie, maar een gunstiger verloop hebben. Ze duren korter dan zes maanden. Deze staan ook wel bekend onder de term schizofreniform (van den Bosch, 2008). Als psychotische symptomen abrupt verschijnen en in minder dan een maand volledig verdwijnen, gaat het om een kortdurende psychotische stoornis. Wanneer de stoornis wordt uitgelokt door een ingrijpende gebeurtenis, spreekt men van een reactieve psychose. Bij een gedeelde psychotische stoornis (ook wel gekend als een folie à deux) is de waan ontstaan in een nauwe relatie met een lichtgelovig ander persoon, die al eerder dezelfde waan ontwikkeld heeft. Meestal gaat het om een paranoïde waan die gedeeld wordt door mensen die samenwonen (van Deth, 2015).

In een woning waar zes mensen samenwonen, woont ook een vrouw met een gedeelde psychotische stoornis. Telkens als iemand terugviel in een psychose of depressie, viel ook zij tijdelijk terug in haar psychose. Op zo een momenten was ze ervan overtuigd dat ze moest koken voor haar man en moest poetsen zodat alles proper was voor de kinderen. Dit terwijl ze al lang gescheiden is en nooit kinderen had.

1.2.3.2 Depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen

Een stemming is een emotionele toestand van zekere duur, die geen betrekking heeft op een specifieke ervaring. Het is minder intens dan een emotie. Een emotie wordt uitgelokt door een prikkel en geeft in tegenstelling vaak een intens en overheersend gevoel (Brybaert, 2014).

Wanneer mensen zich depressief voelen, is hun stemming wel te omschrijven als depressiviteit, maar hoeft er nog niet meteen sprake te zijn van een depressieve stoornis. Onder depressieve-stemmingsstoornissen beschrijft men mensen die uitgesproken negatief over zichzelf zijn. Zij betrekken negatieve gebeurtenissen op zichzelf en schrijven positieve gebeurtenissen toe aan anderen (van Deth, 2015). Men ervaart vooral somberheid en neerslachtigheid, dit is eveneens het belangrijkste kenmerk van deze stoornis. Hopeloosheid veralgemeent zich tot een verlies aan motivatie om iets aan een situatie te doen. In ernstige gevallen is men niet meer in staat om dit bij te sturen en voelt men zich alleen maar ellendig (Brybaert, 2014).

Naast een emotionele factor is er ook nog sprake van andere belemmeringen. Onder psychomotorische remmingen ziet men dat de persoon trager reageert en geheugen- en concentratieproblemen ervaart (van der Dries & Zitman, 2008). Bij een aantal mensen treden wanen op, in zo'n geval spreekt men van een depressieve stoornis met psychotische kenmerken. Vaak is er ook sprake van lichamelijke problemen zoals chronische pijnklachten en aanhoudende moeheid. Een licht depressieve klacht na een ingrijpende levensgebeurtenis wijst dan weer eerder op een tijdelijke stressreactie (van Deth, 2015).

Tenslotte is het nog van belang dat er rekening wordt gehouden met een risico op zelfdoding. Het is dan ook noodzakelijk dat dit tactvol en uitvoerig besproken wordt met de betrokkene en diens omgeving zodat dit in de gaten kan worden gehouden (van Deth, 2015).

Een man moest voor cardiologische controle een fietsproef doen omdat hij zich al een tijd lichamenlijk slecht voelde, nl. duizelig, hoofdpijn, slapeloosheid, etc. Na de fietsproef voelde hij zich zo slecht dat hij aan zijn individuele begeleider (IB) zei dat het voelde alsof hij op de afgrond stond. Zodanig uitgeput was hij van de lichamenlijk inspanning die uiteindelijk uitwees dat er niks mis is met zijn hart. Nadat hij uit zijn depressieve episode kwam (mits aanpassing van medicatie), kon de man weer al fietsend om zijn krant in het centrum van de gemeente.

Bipolaire-stemmingsstoornissen is een afwisseling van depressieve periodes en manische periodes. Een manische periode is een toestand van intense en onrealistische gevoelens van opwinding en euforie (Brybaert, 2014). Personen met deze stoornis hebben een uitzonderlijk opgewekte stemming, weinig behoefte aan slaap en zijn heel optimistisch (van der Dries & Zitman, 2008).

Wanneer de manische en depressieve periodes elk vaak een paar weken tot maanden duren, met tussenliggende periodes met een normale stemming van twee of meer jaar wordt dit een bipolaire-I-stoornis genoemd. Bij een bipolaire-II-stoornis is er sprake van depressieve periodes die afgewisseld worden met minder ernstige manische periodes. Als depressieve en manische periodes elkaar afwisselen, maar allebei minder ernstig zijn, noemt dat een cyclothyme stoornis (van Deth, 2015).

Iedere ochtend als ik mijn stageplaats binnen stapte was X zeer opgewekt. Zodra dat hij iemand zag klampte hij deze persoon onmiddellijk aan om alleen maar over zichzelf in een hoog tempo te vertellen. Over hoe goed hij is in wiskunde, hoe zelfstandig hij is, hoe slim hij is, etc. Dit zonder remmingen en vaak meermaals per dag. Zijn manische en depressieve episodes wisselden elkaar heel snel af. Zo kon hij ineengekropen in de cafetaria zitten terwijl hij zijn tranen aan het onderdrukken was omdat hij het allemaal niet meer aankon. Hoewel het slechts enkele minuten geleden was dat hij euforisch een verhaal vertelde.

1.2.3.3 Angststoornissen

Wanneer mensen een situatie als bedreigend ervaren, treedt angst op als emotie. Dit helpt ons zodat we onszelf in veiligheid zouden brengen (fight, flight, freeze) en kan stimuleren tot

betere prestaties. In dit geval spreken we van een positieve angst (Brybaert, 2014). Is er echter sprake van een angst die plotseling optreedt en gepaard gaat met lichamelijke verschijnselen en sterke verstoring van cognitieve functies dan hebben we te maken met paniek (Emmelkamp, Ehring, & Powers, 2008).

Als een begrijpelijke aanleiding ontbreekt en iemand reageert veelvuldig of uitzonderlijk angstig, dan is er sprake van een pathologische angst. Deze kan nog onderverdeeld worden in een primaire angst en een secundaire angst waar het er bij een primaire angst om gaat dat angst een hoofdkenmerk is. Als de angst optreedt na het stoppen van langdurig middelenmisbruik dan spreekt men van secundaire angst. Angst moet minstens zes maanden aanwezig zijn om te spreken van een pathologie (van Deth, 2015).

Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten angsten. De eerste soorten die hierbij worden toegelicht zijn fobieën en sociale angsten. Een fobie is een intense angstreactie op voorwerpen of activiteiten waarvan het gevaar niet in verhouding staat tot de hevigheid van de reactie (Brybaert, 2014). Mensen die hieraan lijden beseffen de onredelijkheid in hun angsten niet (van Deth, 2015). Bij een sociale-angststoornis is men niet enkel bang voor de negatieve beoordeling van anderen, maar ook om in verlegenheid gebracht te worden in een veelheid van sociale situaties. Voorbeelden hiervan zijn spreekangst, trillen in sociale situaties of de angst dat wat gezegd wordt als belachelijk zal worden gezien (Emmelkamp, Ehring, & Powers, 2008). Twee pathologieën die hieruit voortvloeien zijn selectief mutisme en de separatieangststoornis. Bij selectief mutisme is het eerder zo dat deze personen uitsluitend met hun naasten spreken en verder hardnekkig zwijgen. Als er sprake is van hevige angst wanneer mensen worden gescheiden van anderen aan wie ze erg gehecht zijn, spreekt men van een separatieangststoornis (van Deth, 2015).

Een tweede soort angst waarin men een onderscheid kan maken is een paniekstoornis en agorafobie. Hierbij komen aanvallen onregelmatig voor en zijn sommigen bang om de controle volledig te verliezen. Bij een paniekstoornis heeft de persoon last van uitzonderlijke, irrationele angst, die tot uiting komt in plotselinge paniekaanvallen (Emmelkamp, Ehring, & Powers, 2008). Deze gaat dus gepaard met allerlei lichamelijke symptomen. Agorafobie is een sterke angst voor plaatsen of situaties waar het in geval van nood het moeilijk is om te ontsnappen of hulp niet snel voorhanden is. Dit leidt vaak tot het vermijden van bepaalde plaatsen en situaties (Brybaert, 2014).

Ten slotte is er nog sprake van de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS). van Deth (2015) schrijft hierover dat het vooral gaat om een angst die zich niet richt op een specifieke situatie of onderwerpen. Mensen met deze aandoening denken zonder enige aanleiding sterk catastrofaal en maken zich voortdurend zorgen over alles. Ze zijn bang gek te worden van hun eigen gepieker en onderschatten daardoor hun eigen capaciteiten. Ze zijn vaak erg gespannen en velen vertonen vermijdingsgedrag.

Een bewoonster komt al huilend naar mij omdat ze schrik heeft dat alle vulkanen gaan uitbarsten en dat we allemaal gaan sterven. Volgens haar is dit haar schuld en moeten wij allemaal boeten voor de misdaden die zij in haar leven begaan heeft.

1.2.3.4 Dwangstoornissen

Onder dwang verstaat van Deth (2015) herhaalde, ongewilde gedachten en/of handelingen die lastig te onderdrukken of onderbreken zijn. Mensen die leiden aan dwangmatig gedrag beleven vaak geen plezier aan het uitvoeren van dwanghandelingen, alsook voor de omgeving is dit een zware belasting. Het zorgt voor een oplopende spanning omdat men vaak veronderstelt dat er iets ergs zal gebeuren als men de dwanghandeling niet kan uitvoeren of volbrengen. Er heerst een grote schaamte bij deze personen, het is door druk van de omgeving dat deze mensen hulp zoeken. Iemand kan ook erg in beslag genomen worden door een hardnekkige overtuiging waarbij de persoon de gedachte als gerechtvaardigd beschouwt. Deze verschilt van een dwanggedachte omdat de persoon beseft dat hij of zij er te veel waarde aan hecht. Dit betekent echter niet dat ze het zelf geen probleem vinden, vaak gaat het hierbij om een verzamelstoornis.

Ik zag een bewoonster 's avonds een magazine lezen en ik ging met haar een gesprekje aan. Ik vroeg of ze een favoriet magazine had, wanneer ze graag tijd maakt om te lezen, etc. Al snel vertelde ze mij over haar verzamelwoede van vroeger. Ze beschikte toen over zoveel magazines dat het zelfs een hele kamer van haar huis in beslag nam. Ze wist hier zelf wel bij te vertellen 'hoe erg het was', maar ook dat het nu moeilijk is om niet meer in die verzameling te hervallen.

De meest bekende dwangstoornis is de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende storende ideeën of voorstellingen. Als dit soort gedachten naar boven komen veroorzaken ze hevige angst en spanning. Mensen met dit soort dwanggedachten proberen deze te neutraliseren met dwanghandelingen (compulsies). Die zouden een gevreesde situatie moeten voorkomen. Het herhalen van deze handelingen zorgt voor controle (Brybaert, 2014).

Een bewoner die erg leed aan smetvrees, probeert zoveel mogelijk te vermijden dat zijn studio vuil zou worden. Hij eet zijn maaltijden in de gemeenschappelijke ruimte, vindt douchen vreselijk vermoeiend en bijna niemand mag binnen in zijn studio. De man in kwestie kan zelf vertellen hoe lastig het vroeger was om met de OCS om te gaan, maar naarmate de tijd vordert is dit al sterk afgenomen.

1.2.3.5 Hechtingsstoornissen

Hechting is een term die gebruikt wordt om de afhankelijke relatie te beschrijven tussen kinderen en hun primaire opvoeders. In gewone omstandigheden is de hechting van een kind het gemakkelijkste observeerbaar in de jonge jaren als het ziek is, pijn heeft, honger heeft, etc. Een hechtingsfiguur is iemand die fysieke en emotionele zorg biedt, stabiel en continu aanwezig is in het leven van het kind en tot slotte emotioneel investeert in het kind (Wenselaar, 2015).

Pierce (2017) schrijft dat kinderen niet worden geboren met aangeboren hechting voor hun primaire opvoeder(s). Het is een relatie die opgebouwd wordt doorheen tijd en een reeks fasen. In de ontwikkeling van hechting draait het vooral om wie er zorgt voor het kind en welke zorg ze ontvangen. De hechting van een volwassene is daarom gebaseerd op zijn overtuigingen, gedachten en gevoelens die zij als kind hebben geleerd van hun verzorger.

Volwassenen met deze stoornis zijn gekenmerkt door een grote verstoring in sociale en emotionele verwantschap en gedrag. Voorkomend is dat personen met een hechtingsstoornis intimiteit gaan vermijden en vaak extreme pogingen doen om hechte relaties onder controle te houden. Intimiteit gaat voor hen gepaard met gevoelens van angst, gevaar en schaamte. Kenmerkend hierbij is dat de persoon de opvoeder vaak dichtbij trekt om daarna meteen weer af stoten, zo wordt het een eindeloze vicieuze cirkel (Pearce, 2017).

Een man met deze pathologie lijkt eindeloos vast te zitten in deze vicieuze cirkel. Slechts enkele hulpverleners laat hij toe, maar als ook zij hem in de steek laten moet je weer helemaal opnieuw beginnen. Deze man kan zich al bedreigd voelen als je eerst een andere bewoner gaat wassen, om nadien pas bij hem aan te komen. Vaak heeft hij dan zelf zijn plan al getrokken of spreekt hij een hele tijd niet tegen jou. Dit gaat door tot wanneer de hulpverlener -die in kwestie niets fout doet- zelf excuses komt aanbieden en een heel gesprek met hem hierrond voert.

1.2.4 Link tussen wetenschap en praktijk

Om bekwaam te handelen met een psychiatrische bewoner spelen zowel kennis als persoonlijk aanvoelen een rol. Uiteraard is de bewoner meer dan zijn diagnose, maar de kennis hieromtrent is noodzakelijk om adequaat te handelen. De wetenschappelijke kennis heeft slechts betrekking op een deelaspect van de persoon. Door dit deelaspect (bv. depressie) bij verschillende individuen te ordenen, ontleden en vergelijken, kan men depressieve mensen beter begrijpen en behandelen. Het wetenschappelijke kennen gaat uit van een objectiverende benadering (van Deth, 2015).

Toch is er volgens van Deth (2015) voor dit laatste nog een andere bron van kennis bij de hulpverlener nodig: het 'persoonlijke kennen' door aanvoelen of empathisch handelen bij de bewoner. Dit is onvermijdelijk subjectief en individualiserend: gericht op het unieke van elke persoon, die alleen vanuit zijn of haar eigen leefsituatie te kennen is. In de praktijk van de psychiatrie als toegepaste wetenschap moeten beide benaderingen gecombineerd worden, omdat ze elkaar aanvullen (van Deth, 2015).

Wat mijn stageplaats ontzettend siert is de openheid aan inspraak die er voor iedereen geldt. Bij vergaderingen, evaluaties, observaties, etc. is er altijd ruimte om ieders invalshoek te beluisteren en te begrijpen. Dit vind ik echt een meerwaarde aangezien er hulpverleners met allerlei verschillende achtergronden aanwezig zijn: mensen met jaren ervaring in de GGZ, mensen met ervaring bij een specifieke pathologie, verpleegkundigen, orthopedagogen tot zelfs stagiairs. Dit heeft een grote meerwaarde omdat mensen vooral handelen vanuit hun waarden, normen en ervaringen. Zo is er op een bepaald moment discussie geweest of een bewoner wel nog op de juiste plaats zat. Net doordat iedereen zijn invalshoek mocht en kon delen, creëerde dit al meer openheid tussen de hulpverleners op zich. Dit is iets wat theorie niet zomaar kan bieden en onmisbaar is binnen het werken met mensen.

1.3 SETTING

1.3.1 Psychiatrisch verzorgingstehuis

1.3.1.1 Wat is het?

Een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) is een woonvoorziening die begeleiding en verzorging biedt aan mensen met een langdurige psychische problematiek, van wie de toestand is gestabiliseerd. Het gaat om personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis en/of mentale beperking. Ze hebben dus geen nood meer aan opname en verzorging in een psychiatrisch ziekenhuis. Ze verkeren echter niet in de mogelijkheid om zelfstandig te wonen. Om voldoende integratie in de samenleving mogelijk te maken, mag een PVT niet op de campus van een psychiatrisch ziekenhuis gevestigd zijn (RIZIV, 2016).

Voor een aantal bewoners is het PVT een definitieve verblijfplaats. Voor anderen is een PVT een tussenstap naar meer zelfstandig wonen, in bijvoorbeeld een initiatief beschut wonen. Als de somatische klachten zwaarder doorwegen dan de psychische problemen worden bewoners ook soms verwezen naar woonzorgcentra (Vlaamse Overheid, 2018).

1.3.1.2 Visie van de voorziening

Binnen de voorziening worden de technieken van systematisch rehabiliterend handelen (SRH) ofwel herstelondersteunende zorg consequent gehanteerd en geëvalueerd door de medewerkers. Het maken van eigen keuzes en het (terug) opnemen van eigen verantwoordelijkheid op verschillende levensdomeinen zijn sleutelbegrippen binnen deze werking. Het 'gewone' leven is hierbij een uitgangspunt (PC Caritas, 2018).

Verder heeft het PVT als uitgangspunt empowerment. Hierbij richten de hulpverleners hun begeleiding erop om de resterende mogelijkheden van de bewoners op peil te houden of te verbeteren. Daartoe worden bewoners maximaal betrokken in de verschillende huishoudelijke taken in hun woning, worden ze gestimuleerd om hun zelfzorg zelfstandig op te nemen en wordt samen met hen gezocht naar zinvolle daginvulling.

Een van de eerste dingen die me opviel tijdens mijn stageperiode was de vrijheid en openheid die aanwezig is binnen het PVT. Bewoners zaten gezellig een tasje koffie te drinken in de cafetaria, er werden gezelschapsspelletjes gespeeld, er werd zelfstandig naar de winkel gegaan, personeelsleden droegen geen uniform, etc. Dit was voor mij een enorme meerwaarde want zo verdween ook meteen mijn stereotype beeld rond 'de psychiatrie'. Zowel bewoners als personeelsleden staan vaak heel open voor dialoog en het participeren

aan activiteiten. Zelfstandigheid wordt optimaal gestimuleerd en het werk wordt niet zomaar overgenomen. Niet alle bewoners kunnen dit bereiken, maar het is wel een mooie meerwaarde om bewoners niet meer te reduceren tot hun beperking.

1.4 BESLUIT

Het begrip psychopathologie heeft doorheen de jaren enkele aanvullingen gekend, waarin bepaalde aspecten overeenkomstig zijn. Zo komen alle definities overeen dat een stoornis niet zomaar kan vastgesteld worden, dit moet gebeuren door verscheidene experts. Dit is te wijten aan het feit dat iedereen andere waarden en normen hanteert, dus abnormaal gedrag geen afgelijnd begrip is.

De uitvergroting van de vijf pathologieën die gediagnostiseerd zijn bij de geïnterviewde bewoners zullen voor verduidelijking zorgen in hoofdstuk vijf. Daarin worden de interviews kort weergegeven, met de nodige bedenkingen.

Ten slotte was het belangrijk om de visie van de voorziening te duiden om het volgende hoofdstuk in te leiden. Er wordt verder ingegaan op de theorieën die gehanteerd worden om adequaat te handelen en de bewoners te betrekken in hun kwaliteit van bestaan.

2 THEORETISCHE HANDVATEN

2.1 INLEIDING

Binnen de voorziening werd belang gehecht aan herstelondersteunende zorg en empowerment. Dit staft al meteen waarom de theorie aangereikt wordt voor deze twee begrippen. Binnen herstelondersteunende zorg is het nodig om dieper in te gaan op het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Dit is een methodiek gericht op mensen met een psychische en sociale kwetsbaarheid. Hierbij wordt beroep gedaan op het samenwerken tussen hulpverlener en bewoner. SRH is niet de enige methodiek die op basis van samenwerking re-integratie probeert te creëren. Daarom wordt de basis van het kwartiermaken even geschetst, met daarbij een kleine kanttekening van wat het verschil nu precies is tussen SRH en kwartiermaken. Een niet te missen grondhouding die hier toenadering bij zoekt is de presentiehouding, deze wordt eveneens kort besproken.

Empowerment is één van de onderdelen die rehabilitatie zo uniek maakt. Omdat een PVT zich meer op macroniveau richt, is het relevant om deze theorie door te lichten. Er wordt een zo volledig mogelijke definitie van het begrip weergegeven met aansluitend een uitgebreide uitleg over de drie verschillende niveaus van empowerment.

Nadien volgt er een gedetailleerde uitleg over wat een sociaal netwerk precies is en wat het allemaal omvat. Dit vormt een noodzakelijke basis bij het uitwerken van het praktijkidee. Er wordt uitgediept wat de samenstelling is van een sociaal netwerk, wat de functies zijn en hoe de structuren zich tot elkaar verhouden. Er wordt afgesloten met een koppeling tussen het begrip empowerment en sociale netwerken.

2.2 HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG

2.2.1 *Wat is het?*

Herstelondersteunende zorg ofwel rehabilitatie is een term die verward wordt met het medische jargon en waarvan velen denken dat het genezing betekent (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Van Rooijen, 2012). Dat terwijl rehabilitatie een woord is met twee betekenissen, nl. 'eerherstel' en 'revalidatie'. Eerherstel houdt rekening met de wensen, behoeften en inzichten van mensen met een ernstige, langdurige beperking. Revalidatie is belangrijk omdat dit impliceert dat leven met een ernstige, langdurige beperking nog zinvol kan zijn (Dröes & Korevaar, 2011).

Ingrijpende veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg hebben de weg vrijgemaakt voor een nieuwe manier van denken over hulpverlening aan mensen met langdurige en ernstige psychische problemen. Er wordt op een andere manier gekeken naar mensen met een langdurige problematiek. De omwenteling van dit gedachtegoed zorgt ervoor dat niet de ziekte, maar wel de persoonlijkheid van de bewoner in zijn omgeving centraal staat (Bassant & de Roos, 2008). Het is van belang om herstel als een proces te zien, het duidt geen uitkomst aan (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Van Rooijen, 2012).

Het beoogde doel is bewoners met een ernstige en/of chronische stoornis tot een zo hoog mogelijk niveau van onafhankelijk functioneren in de maatschappij te brengen. Men spreekt daarom ook van resocialisatie (van Deth, 2015).

2.2.2 *Basisprincipes*

SRH is een methodiek die gebaseerd is op de inmiddels universeel gehanteerde principes van Anthony e.a. (2002) (van Maurik & Wilken, 2016). Deze acht principes worden algemeen erkend als kernwaarden (Wilken & den Hollander, 2012).

De eerste kernwaarde betreft gerichtheid op de persoon. Dit benadrukt dat de focus moet liggen op de mens als geheel, in plaats van op de diagnose (van Maurik & Wilken, 2016).

Het is van belang om de persoon in al zijn facetten te zien, het is een individu met zowel sterke als zwakke kanten (den Hollander & Wilken, 2015).

In de tweede plaats is herstelondersteunende zorg gericht op het verbeteren van het functioneren. Dit heeft betrekking op de alledaagse activiteiten die centraal staan (van Maurik & Wilken, 2016). Het hebben van een beperking wordt nog te vaak beschouwd als een belemmering om vaardigheden te benutten die noodzakelijk zijn om voor jezelf te zorgen en een betekenisvol leven te leiden (Wilken & den Hollander, 2012).

Bij het derde principe legt men de focus op het geven van steun zolang dit gewenst en nodig is (van Maurik & Wilken, 2016). Dit moet ervaren worden als iets nuttigs en waardevol zowel voor degene die zorgt ontvangt, als voor degene die steun verleent (Wilken & den Hollander, 2012).

Verder heeft rehabilitatie ook betrekking op de contextuele benadering ofwel de omgevingspecificiteit. Hierbij wordt de specifieke context waar een persoon woont, leert, werkt, ontspant en sociale contacten heeft onder de loep genomen (van Maurik & Wilken, 2016).

De vijfde kernwaarde is betrokkenheid. Hierbij komt de wederkerigheid van de relatie tussen hulpverlener en bewoner opnieuw naar boven. Zowel de bewoner als de hulpverlener zijn betrokken bij een actief proces, waarbij er sprake moet zijn van een constante dialoog (Wilken & den Hollander, 2012).

Mensen met een beperking hebben dezelfde rechten en vrijheid om keuzes te maken als ieder ander mens, dit maakt het zesde basisprincipe 'keuze' (Wilken & den Hollander, 2012). Dit zorgt ervoor dat focus wordt gelegd op de voorkeuren van de persoon gedurende het hele proces (van Maurik & Wilken, 2016).

Het volgende principe is gerichtheid op uitkomsten. De nadruk ligt op het toetsen van de uitkomsten van rehabilitatie in term van de impact op de resultaten voor de bewoner (van Maurik & Wilken, 2016). Anthony e.a. (2002) gebruiken de termen succes en tevredenheid als resultaatcriteria: "Succes wordt gemeten in termen van het vermogen van de persoon om te reageren op de eisen van de gekozen omgeving, terwijl tevredenheid wordt gemeten in termen van de door de persoon zelf gerapporteerde ervaringen met die omgeving".

Als laatste wordt het groeipotentieel in mensen bekeken. Het gaat om een verbetering van de kwaliteit van leven en de onafhankelijk van huidige problemen (van Maurik & Wilken, 2016). Psychosociale rehabilitatie is erop gericht de bewoner bij zijn herstelproces te ondersteunen (Wilken & den Hollander, 2012).

2.2.3 *Fasen in herstel*

Bij herstel gaat het erom gevoelens van hopeloosheid te verwerken en om te gaan met het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen en kansen (Dröes & Korevaar, 2011). Hoewel ieder herstelproces anders is, komt uit onderzoek wel een globaal verloop naar voren (den Hollander & Wilken, 2015). Gagne (2004) benoemt vier fasen: 'overweldigd worden door de aandoening', 'worstelen met de aandoening', 'leven met de aandoening', 'leven voorbij de aandoening'.

In de eerste fase ervaart de persoon vooral verwarring en ontredde. Hij of zij is vooral gericht op overleven, zowel mentaal als fysiek (Boevink, 2011). Deze fase is gekenmerkt door hopeloosheid, machteloosheid en het gevoel geïsoleerd te zijn van zichzelf, van anderen en van de omgeving (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Van Rooijen, 2012).

Volgens Hendriksen-Favier, Nijnsens & Van Rooijen (2012) is er nog steeds angst om overmand te worden door de aandoening in de tweede fase. Dit is te wijten aan een gebrek aan zelfvertrouwen doordat de persoon op zoek is naar de eigen identiteit. Boevink (2011) vult hierbij aan dat vooral de vraag centraal staat hoe men met deze aandoening kan leven. Er worden manieren ontwikkeld om weer contact te krijgen met zichzelf en om actief te leren omgaan met de aandoening.

Bij de derde fase groeit het besef dat er kan worden omgegaan met de aandoening, men ervaart hierdoor minder angst. Er bestaat ruimte om beperkingen en sterke kanten te leren ontdekken (Hendriksen-Favier, Nijns, & Van Rooijen, 2012). De verbondenheid met belangrijke anderen wordt hersteld, evenals oude en nieuwe rollen. Beperkingen ten gevolge van de aandoening wordt nog steeds gevoeld, maar er is een vluchthaven ontwikkeld (Boevink, 2011).

Ten slotte geraakt in de vierde fase de aandoening meer en meer op de achtergrond (Boevink, 2011). Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarin men rekening houdt met de aandoening, maar waar deze niet meer op de voorgrond staat (Hendriksen-Favier, Nijns, & Van Rooijen, 2012).

Belangrijk is om te benadrukken dat alle studies aangeven dat de weg naar herstel geen lineair proces is. Het is onmogelijk om grenzen te trekken tussen de verschillende fasen. Binnen die fasen is er vaak ook sprake van schommelingen. Het tempo van herstel verschilt van persoon tot persoon en er kan ook sprake zijn van stilstand (moratorium) binnen het proces (den Hollander & Wilken, 2015).

2.2.4 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) richt zich op de kwaliteit van leven van mensen met een psychische en sociale kwetsbaarheid. De methodiek is een hulpmiddel voor professionele hulpverleners om mensen te ondersteunen (Wilken & den Hollander, 2012).

Er wordt een onderscheid gemaakt bij het verschil van ondersteunen dat aanwezig is. Het gaat niet enkel over het ondersteunen van herstel van activiteiten (dagelijks functioneren), maar ook over maatschappelijke participatie (rolfunctioneren, bijvoorbeeld een leerkracht moet het voorbeeld zijn voor zijn leerlingen). Het draait er bij herstel om dat het een persoonlijk proces is waarbij personen over de gevolgen van hun aandoening heen groeien (Dröes & Korevaar, 2011).

2.2.4.1 Het proces

Rehabilitatie is geen eenmalige activiteit. Het is een dynamisch, continu proces waarbij het belangrijk is om de dimensies voortdurend goed af te stemmen op elkaar. Het is een proces dat zich afspeelt in drie dimensies: de relatiedimensie, de handelings- of activiteitendimensie en de tijdsdimensie (den Hollander & Wilken, 2015).

In de relatiedimensie staan drie houdingen centraal: presentiegericht zijn als hulpverlener, een evenwaardige relatie opbouwen en er zijn voor de persoon (den Hollander & Wilken, 2015). Het opbouwen van deze relatie is niet enkel tussen de bewoner en hulpverlener, maar er wordt getracht om het hele sociale netwerk erbij te betrekken. Een goede relatie opbouwen is essentieel voor het ontwikkelen van activiteiten (Wilken & den Hollander, 2012).

Bij de handelings- of activiteitendimensie draait het om de samenwerking tussen de hulpverlener en de bewoner, en het effectief werken aan kracht- en herstelgerichte steun (den Hollander & Wilken, 2015).

Ten slotte is er nog de tijdsdimensie. Daar zijn zowel sociale interacties als feitelijke handelingen belangrijk in. Zij spelen zich namelijk af in de loop van de tijd (Wilken & den Hollander, 2012).

Een herstelproces kost tijd en net dit is vaak een spanningsveld. Hulpverleners zijn erop gericht om snel een resultaat te zien. Dit is bij rehabilitatie niet het geval. Slechts door tijd te nemen en de bewoner te zien in de context van zijn hele levensgeschiedenis, kan de bewoner begrepen en geholpen worden (Wilken & den Hollander, 2012).

Toen ik mijn eerste interview afnam, had ik een bepaalde tijd voor ogen: 45 minuten. Echter tijdens het interview zelf merkte ik dat het de bewoner heel wat tijd kostte om te antwoorden op mijn vragen. Vragen die voor mij zo simpel en eenvoudig leken, werden door al mijn

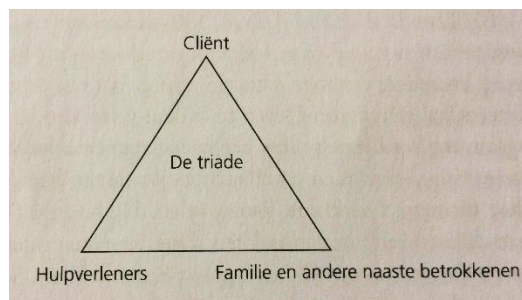
geïnterviewden als zwaar en moeilijk beschouwd. Ik merkte een lichte ergernis op bij mezelf en wou al meteen invullen in plaats van geduldig op zijn antwoorden te wachten. Als stagiair was ik al gespitst op snelle resultaten, wat uiteindelijk onmogelijk is als je kwalitatieve en eerlijke resultaten wilt.

2.2.4.2 Het persoonlijk leven staat centraal

De rehabilitatievisie heeft als uitgangspunt dat het persoonlijk leven van de bewoner in het middelpunt staat. Het gaat om de geschiedenis, het heden en de toekomst van de persoon. Herstelondersteunende zorg is afgestemd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de hulpvrager. Om hier als hulpverlener op in te gaan is het belangrijk dat de betekenisgeving van de bewoner centraal staat. Levenskwaliteit kan men niet los zien van de zinvolheid die men ervaart in zijn of haar bestaan. Indien een bewoner bijvoorbeeld onnodig veel verzorgd wordt, kan dit tot gevolg hebben dat hij geen vertrouwen heeft in zijn eigen capaciteiten (Wilken & den Hollander, 2012).

2.2.4.3 Rehabilitatie speelt zich af in een triade

De context waarbinnen herstelondersteunende zorg plaatsvindt wordt gesymboliseerd door de zogenaamde triade. Dit is de driehoek van bewoner, hulpverlener(s), en belangrijke personen in het sociale netwerk van de bewoner. In de triade wordt gestreefd naar een constructieve dialoog tussen de verschillende partijen. In een ideale situatie vindt er zelf een dialoog plaats. De onderzijde symboliseert ook het creëren van een basis die draagkracht geeft aan de bewoner. Als er bijvoorbeeld alleen sprake is van een relatie hulpverlener-bewoner, biedt dit een zeer wankel en kwetsbare basis. Als de lijn hulpverlener-sociaal netwerk ontbreekt, kan de bewoner gemakkelijk in een gat vallen (Wilken & den Hollander, 2012).



Figuur 1: De triade. Herdrukt van *Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering* (p. 44), door Wilken, J.P. en den Hollander, D., 2012, Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam.

2.2.4.4 Vijf clusters van herstelfactoren

Volgens Wilken & den Hollander (2012) kwamen er op basis van een meta-analyse vijf relevante clusters herstelfactoren naar voren:

1. Factoren die persoonlijke motivatie versterken om te werken aan herstel;
2. Factoren die behoren tot de ontwikkeling van vaardigheden om met de ziekte en de omgeving om te gaan en voor jezelf te zorgen;
3. Factoren die bijdragen aan de reconstructie van de identiteit;
4. Factoren die leiden tot meer sociale participatie;
5. Steunfactoren die dienen als hulpbronnen voor herstel (zowel persoonlijke als materiële steun).

De eerste cluster representeert factoren die ervoor zorgen dat de kracht van de persoon versterkt wordt. Om een ontwikkelings- en groeiproces op gang te brengen, zijn motivationele factoren onmisbaar. Bij de tweede cluster gaat het over competenties die noodzakelijk zijn om het persoonlijk herstel te bevorderen. De nadruk ligt op kennis en vaardigheden die helpen omgaan met de aandoening en de daarbij horende kwetsbaarheid. Als derde cluster worden factoren bekeken die bijdragen aan de heropbouw van de identiteit:

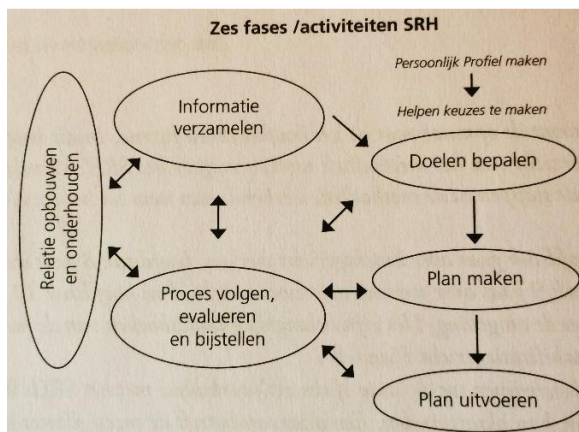
het vinden van een unieke ik met eigen kernkwaliteiten, waar ook de beperkingen een onderdeel van uitmaken. De vierde cluster vertegenwoordigt de factoren die belangrijk zijn voor deelname aan het sociale en maatschappelijke verkeer. Ten slotte zijn hulpbronnen belangrijk. Het gaat hierbij zowel om persoonlijke steun, zoals van het sociale netwerk en hulpverleners, als om materiële steun, zoals huisvesting, inkomen en medicatie. De vijf clusters vormen een multidimensionaal model waarin de verschillende clusters van factoren en het proceskarakter van herstel in perspectief worden geplaatst (Wilken & den Hollander, 2012).

2.2.4.5 De methodiek van het SRH

Wilken & den Hollander (2012) delen de methodische cyclus op in zes fasen. Dit wordt gedaan om het begeleidings- en ondersteuningsproces beter te kunnen overzien en zo vast te stellen of de tijdsfasering klopt. Het fasemodel is een model dat helpt om overzicht te krijgen voor zowel hulpverlener als bewoner.

Bij iedere fase horen een aantal kernactiviteiten. De fasen zijn:

- Het opbouwen en onderhouden van een ‘werkzame’ relatie.
- Het verzamelen van informatie in de vorm van een Persoonlijk Profiel¹
- De bewoner helpen keuzes te maken, prioriteiten en doelen te stellen.
- De bewoner helpen een Persoonlijk Plan te maken.
- Het plan helpen uitvoeren.
- Het proces volgen waarbij geleerd wordt uit ervaringen, het profiel aangevuld wordt en het plan waar nodig bijgesteld wordt.



Figuur 2: Fasen en activiteiten van het SRH. Herdrukt van *Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering* (p. 44), door Wilken, J.P. en den Hollander, D., 2012, Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam.

De invulling van de fasen zoals in de figuur wordt weergegeven is gebaseerd op de aanname dat in de eerste fase op basis van wederzijds vertrouwen een samenwerkingsrelatie ontstaat, en dat de bewoner via het opstellen van een persoonlijk profiel tot een doel wil komen om aan te werken. Hoewel er een zekere volgorde zit in deze activiteiten, zijn het niet allemaal afgebakende stappen. Doorheen het hele proces is het belangrijk om een werkzame relatie op te bouwen en deze te beschermen. De hulpverlener stemt de handelingen voortdurend af op wat de bewoner en de situatie vragen, maar blijft tegelijkertijd toekomst- en ontwikkelingsgericht werken (Wilken & den Hollander, 2012).

¹ Het persoonlijk profiel is een hulpmiddel van en voor de hulpvrager. Het helpt hem om een overzicht te krijgen van zijn ervaringen, wensen en ambities (den Hollander & Wilken, 2015).

2.2.5 *Kwartiermaken*

Wie zowel rehabilitatie als kwartiermaken kent, zal daardoor enigszins verward zijn omdat beide theorieën enkele raakvlakken delen. Hieronder wordt daarom de theorie van het kwartiermaken kort geschetst.

Kwartiermaken is een belangrijke activiteit om toegang te krijgen tot gewenste omgevingen. Het richt zich op het ondersteunen van kwetsbare mensen om sociale bindingen aan te gaan die zij zelf waardevol vinden. In de meeste brede zin wordt het beschouwd als het creëren van ruimte in de samenleving voor mensen die 'anders' zijn (Dröes & Korevaar, 2011).

Tijdens een interview met psycholoog Pieter Dierinck (2018) dat werd afgenomen door de organisatie van het PsychoseNet, wordt metaforisch beschreven hoe kwartiermaken in zijn werk gaat:

Kwartiermaken is eigenlijk een militaire term. (...) Het betekent dat een klein deel van het leger vooroploopt om een kampement -een veilige plaats- te gaan creëren waar dan het overgrote deel van het leger naartoe kan gaan. Zonder zich zorgen te hoeven maken of zonder ongerust te zijn hoe die plaats daar is. (...) De kwartiermakers zijn dus vooral hulpverleners, mensen die vooroplopen om gastvrije plaatsen te gaan creëren waar hun bewoners zonder al te veel problemen een plaats kunnen in vinden. (0:21-1:03)

Bij kwartiermaken is het doel een succesvolle integratie in de samenleving van mensen die op een basis van kwetsbaarheid of een beperking met mechanismen van uitsluiting kampen. Het is een methode waarbij de aanpak zich vooral uit in het werken met groepen aan de hand van een projectvorm. Deze is steeds verschillend afhankelijk van de gekozen doelen en het budget. Er wordt hierbij vooral gewerkt met vrijwilligers en hulpverleners, die het wel als lastig beschrijven om niet in de rol van hulpverlener te vervallen (Movisie, 2018). Het is een bredere manier van werken omdat er samenwerking is met andere organisaties en het vaak ook in groep gebeurt.

2.2.6 *Presentietheorie*

Een van de belangrijkste basishoudingen voor een hulpverlener binnen het SRH is presentie. Presentie is het op een specifieke manier aanwezig zijn (en blijven) in het leven van de mensen, en van daaruit tot betekenisvol handelen komen (Baart, 2001). In de presentiebenadering staat het aanbieden van jezelf, als medemens, centraal. In je aanwezigheid bied je erkenning (Wilken & den Hollander, 2012).

Presentie begint met de blootstelling van de hulpverlener aan de leefwereld van de bewoner. De hulpverlener dompelt zich in onder die leefwereld om te weten hoe het er daaraan toe gaat, zonder erop te reageren of te oordelen (Dröes & Korevaar, 2011). Dit betekent dat hulpverleners op zoek gaan wat er voor de persoon op het spel staat. Hiermee gaat de hulpverlener de redelijkheid van vreemd gedrag proberen begrijpen (den Hollander & Wilken, 2015). Gericht zijn op het hele leven is meer dan gericht zijn op de gespecialiseerde probleemgebieden. Wat de hulpverlener doet, vertrekt altijd vanuit een betrokkenheid op de ander als mens, en niet uitsluitend op een onderdeelje van de ander, zoals een probleem of een beperking (Baart, 2001).

2.3 **EMPOWERMENT**

2.3.1 *Wat is het?*

Er is geen eenduidige definitie van empowerment. Dit heeft te maken met de verschillende interpretaties die aan het begrip gegeven worden. Deze worden naast elkaar gelegd om tot een zo volledig mogelijke aanvulling te komen.

Empowerment betekent zoveel als je eigen kracht ontdekken of herontdekken en die kracht effectief leren toepassen (Hendriksen-Favier, Nijens, & Van Rooijen, 2012). Pennix (2005)

vat kracht op als regie voeren over het eigen leven. Macht is het beschikken over hulpbronnen die daarvoor nodig zijn, zoals kennis, vaardigheden en sociale contacten.

Regenmortel (2002) omschrijft empowerment als een proces van versterking waarbij niet alleen individuen, maar ook gemeenschappen en organisaties greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving.

In zorg- en hulpverlening betekent empowerment beroep doen op de potentiële kracht- en steunbronnen van mensen, zonder kwetsbaarheden te negeren (Scheffers, 2017). Empowerment vraagt om wederkerigheid en samenwerking om te focussen op het individu, diens omgevingen en op de interacties daartussen (Wolf, 2016).

Boumans (2015) vat het samen als een strijd om meer greep te krijgen op persoonlijke beperkingen en kwetsbaarheden alsook op de maatschappelijke omstandigheden die handelingsmogelijkheden inperken. Het omvat de zoektocht naar ruimte om meer het middelpunt te zijn, aan het roer te kunnen staan van het eigen leven.

2.3.2 *Verskillende niveaus*

Men kan empowerment onderverdelen in verschillende niveaus. Pennix (2005) onderscheidt persoonlijk empowerment, community empowerment en organisatie-empowerment.

Onderzoek laat zien dat empowerment in de eerste plaats ontstaat door inspanningen van mensen zelf (Boumans, 2015). Het is goed als je kunt vertrouwen op eigen krachten en de weg kent in de samenleving, maar dan blijft het bij persoonlijk empowerment, terwijl mensen sociale wezens zijn, die elkaar nodig hebben (Scheffers, 2017).

Ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo²) wil geen individualistische ingestelde maatschappij. Deze wet wil dat mensen voor elkaar zorgen. Daarvoor is sociale cohesie belangrijk en moeten mensen in een buurt bij elkaar betrokken zijn. Zo ontstaat community empowerment (Scheffers, 2017).

Boumans (2015) schrijft dat maatschappelijke facilitering hier ook onderdeel van uitmaakt. Op dit niveau is een dialoog nodig over doelen, middelen en mogelijkheden om empowerment te realiseren.

2.3.2.1 Persoonlijk empowerment

In persoonlijk empowerment worden drie componenten onderscheiden: een intrapersonlijke component, een interpersoonlijke component en een gedragscomponent (Scheffers, 2017).

De intrapersonlijke component heeft betrekking op de wijze waarop mensen over zichzelf denken: het geloof in eigen kunnen; het geloof dat men invloed kan uitoefenen op het eigen leven en lichaam en op de sociaalpolitieke omgeving, alsook de wil of de motivatie om dit te doen (Jacobs, Braakman, & Houweling, 2005).

Bij interpersoonlijk empowerment ontdekken mensen nieuwe inzichten, zij worden zich bewust van hun eigen vaardigheden en mogelijkheden, gaan deze ontwikkelen en inzetten. Ze maken in toenemende mate zelf keuzes, waardoor ze de regie gaan voeren over hun leven. Hierdoor krijgen zij ook meer zelfvertrouwen (Scheffers, 2017).

De interpersoonlijke component verwijst naar de interacties tussen personen en hun omgeving die het mogelijk maken om succesvol invloed uit te oefenen op sociale en politieke systemen (Boumans, 2015). Deze component omvat volgens Jacobs (2005) een kritisch bewustzijn van de heersende waarden en normen, welke middelen iemand nodig heeft om zijn doelen te verwezenlijken, en welke vaardigheden hij moet hebben om deze middelen in te kunnen zetten.

² Een kaderwet die van kracht is in Nederland inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang.

Het is de bedoeling dat bewoners (uiteindelijk) een leidende rol hebben, hun eigen doelen formuleren en van daaruit actief participeren in alle fasen van de hulpverlening. Vanuit persoonlijke vragen en behoeften bepalen zij wat voor hen relevant is (Scheffers, 2017).

2.3.2.2 Community empowerment

Een gemeenschap of community kent verschillende eenheden (Hawe, 1994):

1. Een demografische eenheid: het is een populatie of doelgroep, bv. jongeren, ouderen, Marokkaanse mannen of tienermoeders.
2. Een geografische eenheid: het gaat om een wijk, school, organisatie of buurt.

Om te bepalen wat een gemeenschap bindt, kijkt Hawe (1994) naar de onderlinge interacties, gemeenschappelijke behoeften en het centraal stellen van een doel. Zo kan het in gemeenschappen gaan om gezamenlijke problemen vast te stellen en hiervoor oplossingen te zoeken.

De gehechtheid van een gemeenschap wordt bepaald door een gevoel van gezamenlijke identiteit en erbij horen, door het spreken van dezelfde taal, door dezelfde rituelen en gebruiken, en door gemeenschappelijke waarden en normen. Een gezamenlijke geschiedenis, met tragische en vrolijke gebeurtenissen, brengt een emotionele verbintenis tot stand. In een hechte gemeenschap geeft men elkaar wederzijdse steun (Scheffers, 2017).

Binnen het PVT was er een vrouw die wekelijks naar de Italiaanse les ging in het nabijgelegen OCMW. Dit deed ze om 'eens buiten te zijn' en contact te hebben met andere mensen die niet in de psychiatrische context verblijven. Ook al kostte het haar steeds veel moeite om er te geraken -zowel mentaal als fysiek- zette ze toch door om deze lessen te volgen. Toen ik haar op een dag ging halen omdat ze niet goed te been was, hoorde ik de medestudenten haar allemaal een fijne vakantie toewensen. In een maatschappij die vrij gesloten staat ten opzichte van buurtvervlochtening, vond ik dit toch al heel mooi om te zien. Om nog niet te spreken over de appreciatie die de bewoner voelde. Ze behoorde ook tot deze gemeenschap.

Community-empowerment vraagt ook heel wat van de hulpverlener. Er wordt verwacht dat men de wijk en de bewoners kent, en dat de bewoners de hulpverlener zien als aanspreekpunt. Dit vraagt om een grote mate van wederzijds vertrouwen. Zo kan het welzijnswerk de voorwaarden creëren om mensen te helpen en zichzelf te ontplooiën (Scheffers, 2017).

2.3.2.3 Organisatie-empowerment

Beleidsmakers, bestuurders en onderzoekers zijn ook betrokkenen die noodzakelijk zijn als het gaat om empowerment. Het draait er vooral om dat de organisatie rekening houdt met beleid, kantelingen in organisatiestructuren en het ontwikkelen en financieren van innovatiediensten (Boumans, 2015).

Het is van belang dat er rekening gehouden wordt met de voedingsbodem die men aanreikt voor de hulpverleners binnen een organisatie. Is die er niet dan raken zij opgebrand. Dit gebeurt door het creëren van kaders waardoor medewerkers binnen de organisatie met elkaar samenwerken, meer eigen verantwoordelijkheid krijgen en initiatieven ontplooiën (Scheffers, 2017).

Volgens Pennix (2005) groeit empowerment alleen in lerende organisaties. Volgens hem komt empowerment van bewoners alleen tot zijn recht als de organisatie (management en bestuur) de hulpverlener de ruimte geeft om veranderende inzichten om te zetten in nieuwe professionele praktijken.

Binnen de organisatie werden zowel personeelsleden als bewoners bevroegd in verband met veranderingen en nieuwe initiatieven die aangebracht zouden worden. Zo was er telkens een activiteitenraad waarbij er op voorhand enkele punten werden opgesteld, maar het verloop vaak helemaal in handen van een bewoner werd gegeven. Zo werd er een optimale

ruimte aan inspiratie gecreëerd en werd er ook voorkomen dat er activiteiten waren waar niemand interesse in had. Het is vooral ook een motivationele factor voor de personeelsleden als ze ruimte krijgen om iets te ondernemen en ook te mogen uitvoeren.

2.3.3 Grenzen aan empowerment

Het is belangrijk te realiseren dat er altijd mensen zullen zijn die niet in staat zijn zich tot volledige zelfredzaamheid te ontwikkelen. Ongeacht hoe geduldig en tactvol de hulpverlener is. Aansluiting vinden om de kennis, ervaringen en leefwereld van de bewoner te begrijpen, geven de hulpverlener geen garantie. In dat geval is het belangrijk om naar andere mogelijkheden te zoeken, opdat de bewoner niet levenslang alleen op hulpverleners is aangewezen (Scheffers, 2017).

2.4 SOCIALE NETWERKEN

2.4.1 Wat is het?

Een sociaal netwerk is een verzamelnaam voor het geheel aan betekenisvolle personen (zoals familie, vrienden, kennissen en collega's) dat functioneert als ondersteuningsbron voor het eigen welzijn en dat van andere personen in het netwerk (Dröes & Korevaar, 2011).

Scheffers (2017) schrijft dat het begrip sociaal netwerk verwijst naar sociale integratie, dat wordt gedefinieerd als het ingebed zijn in een geheel van mensen met wie rechtstreeks min of meer duurzame banden worden onderhouden voor de vervulling van de dagelijkse levensbehoeften.

In een vitaal netwerk zijn er wederkerige contacten en is er een onderling begrip. Er zitten mensen in met wie men affiniteit heeft en zowel dagelijkse als bijzondere dingen deelt. Dat kunnen mensen zijn met dezelfde interesses, sport of hobby's. Er zitten ook mensen in bij wie men wederzijds terecht kan voor goede raad en emotionele en praktische steun. Voor mensen met een beperking kan het netwerk een belangrijke tussenschakel zijn met de samenleving (Scheffers, 2017).

2.4.2 Belang van een sociaal netwerk

Het sociaal netwerk van zorgbehoevenden is dikwijls zwak en kwetsbaar. Dit is vooral zichtbaar bij mensen met een chronische zorgbehoevendheid. Om het sociaal netwerk van een bewoner aan te spreken op zorgkracht, kan het nodig zijn om dat netwerk te versterken en gezond, vitaal te maken (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

Voor bewoners die al jaren binnen de muren van een institutie verkeren, ziet het sociaal netwerk er heel anders uit. Hulpverleners, in het bijzonder individuele hulpverleners, staan vaak een pak dicht bij de persoon in kwestie ten opzichte van bijvoorbeeld een verre nicht die al tien jaar niet meer op bezoek geweest is. Met de komst van sociale media is het makkelijker om elkaar terug te vinden en contact te onderhouden, maar binnen de doelgroep waarin ik gewerkt heb was dit minder van toepassing. De bewoners gebruiken geen computer en weten dus ook niet hoe sociale media werkt. Hier werd binnen het PVT ook geen initiatief genomen om computerlessen aan te bieden of meerdere computers aan te schaffen om te benutten in een privéruimte.

Smit en van Gennep (2002) reiken daarvoor vijf begrippen aan die ze samenvatten als RADIO: reanimeren, activeren, deblokkeren, intensiveren en onderhouden van het sociale contact.

Bij reanimeren gaat het om een vervaagd contact, iemand die je ooit regelmatig zag maar al enige tijd niet meer gezien hebt noch snel gaat terugzien, nieuw leven in te blazen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Op zich is het logisch dat mensen verdwijnen uit een sociaal netwerk, maar in een gezond netwerk komen daar nieuwe sociale contacten voor in de plaats. Als dat

niet zo is, moet er gereanimeerd worden (Smit & Van Genneep, 2002). Zeker in de huidige tijd kunnen vervaagde contacten via sociale media als Facebook terug opgezocht worden en eerst digitale reanimatie krijgen, om later de overstap te maken naar opnieuw face-to-face ontmoetingen (Scheffers, 2017).

Tijdens een van de interviews vertelde een man over zijn sociale contacten buiten het PVT. Een van mijn vragen tijdens het interview (zie bijlage 2) is: "Zijn er mensen waarmee je terug contact wilt opnemen?". De man vertelde hierover dat hij al lang op zoek is naar een koppel waarmee hij vroeger regelmatig iets ging eten. Jammer genoeg vindt hij hen niet terug in de Gouden Gids of op Facebook. Toen ik dit vertelde aan de collega's, was de maatschappelijk werkster al meteen enthousiast om hier verder onderzoek naar te doen en te helpen om deze personen terug te vinden.

Bij activeren gaat het om het gebruik maken van de kwaliteit van een persoon uit het sociaal netwerk en de betrokkenheid op de bewoner te vergroten. Eens er sprake is van een gezond, vitaal sociaal netwerk, kan gekeken worden naar de zorgkracht die kan 'ontgonnen' worden aan dat netwerk (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

Smit en Genneep (2002) noemen het deblokkeren als de volgende stap in het versterken van het bestaande sociale netwerk. In elk sociaal netwerk zitten relaties die niet zozeer vervaagd zijn, maar verstoord. Er is bijvoorbeeld een keer ruzie geweest, een afspraak werd niet nagekomen, men is nog wat geld schuldig. In het belang van het versterken van het sociale netwerk worden verstoorde relaties opgezocht, wordt de oorzaak van de verstoring benoemd en waar mogelijk verholpen.

In elk sociaal netwerk zijn niet alleen wat verstoorde relaties, maar ook verzwakte relaties. Dit wordt dan ook benoemd als intensiveren (Smit & Van Genneep, 2002). Het gaat om het verdiepen van wat zwakkere relaties aan de randen van het sociale netwerk, maar ook om het bewaken van een gezond evenwicht tussen relaties met en zonder (of weinig) diepgang. Ten slotte moet elk sociaal netwerk onderhouden worden omdat het anders onderhevig is aan erosie en verval (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

2.4.3 Samenstelling van een sociaal netwerk

Iemand's persoonlijk netwerk bestaat uit de mensen om hem heen en is volgens Baars, Uffing & Dekkers (1990) onder te verdelen in drie sectoren: verwanten, vriendschappelijke betrekkingen en maatschappelijke diensten.

De sector verwanten bestaat uit bloedverwanten en aanverwanten, zoals partner, broers, schoonzussen, etc. Bij de sector vriendschappelijke betrekkingen horen mensen met wie de persoon vriendschappelijke betrekkingen heeft, nl. collega's, kennissen, leden van een sportclub, etc. Hieronder kunnen ook de virtuele contacten vallen. De sector maatschappelijke diensten bestaat niet uit instellingen, maar uit concrete personen die daar werken (Baars, Uffing, & Dekkers, 1990).

Scheffers (2017) benadrukt hierbij wel het belang van een vierde sector, nl. burens en woonomgeving. Steeds vaker komen hulpverleners mensen tegen die om uiteenlopende redenen geen beroep kunnen doen op familie en vrienden. Zij hebben bijvoorbeeld een gehavend netwerk door conflicten, verslaving of vrienden zijn door ouderdom overleden. Deze vierde sector bestaat behalve uit de naaste burens ook uit bekenden in de winkel of andere mensen in de woonomgeving.

2.4.4 Functies van een sociaal netwerk

Zolang alles goed loopt, staat men er meestal niet bij stil hoe waardevol een netwerk is. Toch hebben we allemaal een sociaal netwerk nodig om ons leven aangenaam in te richten, zowel op het gebied van praktische zaken als op het gebied van emotionele zaken. Bij een verhuizing wordt dat duidelijker. We voelen ons dan unheimisch (beangstigend), omdat ons netwerk niet in de buurt is (Scheffers, 2017).

Er zijn wel verschillen in de mate waarin en waarvoor mensen hun netwerk gebruiken. Daarom is het belangrijk dat je weet wat het netwerk voor een bewoner kan betekenen. Van Riet en Wouters (1996) noemen dit de functionele kenmerken van het sociaal netwerk. Zij onderscheiden vier behoeften waarin het sociaal netwerk kan voorzien:

1. De affectieve behoefte: de mate waarin het netwerk waardering en erkenning geeft, bijvoorbeeld in de vorm van emotionele ondersteuning. Met wie deelt de bewoner zijn tegenslagen en bij wie kan hij zijn hart luchten? Met wie heeft hij een liefdevolle relatie?
2. De behoefte aan aansluiting: de mate waarin het netwerk de bewoner het gevoel geeft erbij te horen, bijvoorbeeld doordat de netwerkleiden gemeenschappelijke interesses delen, of dezelfde waarde en achtergrond hebben.
3. De materiële behoefte: de mate waarin het netwerk materiële ondersteuning biedt, bijvoorbeeld in de vorm van huisvesting en het geven van eten. En bij wie kan de bewoner terecht om geld te lenen? Wie helpt hem met praktische klusjes?
4. De behoefte aan sociale zekerheid: de mate waarin netwerkleiden via afspraken en regelingen zekerheid aan de bewoner bieden, bijvoorbeeld via een arbeidsovereenkomst of het lidmaatschap van een vereniging of kerk.

De mate waarin een netwerk in deze behoeften voorziet, bepaalt hoe een bewoner is ingebed in zijn netwerk en of hij bij problemen daarop kan terugvallen. Wie over een vitaal netwerk beschikt, kan de onvermijdelijke problemen in het leven het hoofd bieden en de diverse rollen in de samenleving blijven vervullen. Bij allerlei situaties (denk aan echtscheiding, overlijden en andere psychosociale en materiële problemen) is het belangrijk dat iemand kan vertrouwen op de steun vanuit zijn sociaal netwerk en daar een beroep op kan doen (Scheffers, 2017).

Een man die nog veel beroep kan doen op zijn omgeving gaat vaak langs bij zijn familie. Meestal is het om samen te eten of eens gezellig naar televisie te kijken. Maar hij kan ook voor andere dingen bij hen terecht. Zo kan hij rekenen op de handigheid van zijn schoonbroer als er problemen zijn met zijn laptop of gsm. Hij is echter een van de weinigen binnen het PVT die hiervoor niet de hulp van een hulpverlener nodig heeft, maar kan rekenen op zijn sociaal netwerk.

Soms blijkt dat de bewoner al langere tijd, mogelijk van jongs af aan, niet de ervaring heeft van een vitaal sociaal netwerk om zich heen. Zijn netwerk is niet krachtig genoeg om problemen mee op te vangen. Veel personen uit zijn netwerk verkeren in eenzelfde soort situatie en hebben eigenlijk ook ondersteuning nodig. Wanneer de problemen dan te groot worden, heeft de bewoner niemand in de buurt om ze mee te delen en te bespreken, waardoor de kans op vereenzaming toeneemt. Vaak ten einde raad doet hij dan een beroep op de hulpverlener (Wilken & den Hollander, 2012).

Ik herinner me nog zeer goed hoe een man mij eens vertelde over zijn verplichte opname in het UZ. Zijn woorden zijn me nog lang bijgebleven; "Ik snap niet waarom ze dat doen. Ge zijt in zoveel pijn en ze steken u bij allemaal anderen met nog veel pijn". In deze situatie werd al beroep gedaan op een hulpverlener, maar had er toen een vitaal netwerk aanwezig geweest, stond de persoon misschien heel anders tegenover deze gebeurtenis.

Deze situatie sluit aan bij de ecologische visie. Volgens de ecologische visie ontstaan problemen namelijk niet doordat een persoon slecht functioneert, of doordat de omstandigheden zo ongunstig zijn, maar doordat hij in zijn omgeving niet meer over de contacten of hulpmiddelen beschikt die hij nodig heeft om zijn problemen op te lossen. Bij deze benadering gaat het dan ook om het (her)ontdekken van de hulpbronnen die iemand in zijn leefomgeving heeft (maar niet gebruikt) of zou moeten hebben (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1970).

2.4.5 Structuur van een sociaal netwerk

2.4.5.1 Bereikbaarheid

Bij bereikbaarheid gaat het over de geografische afstand tussen de netwerkleden en bewoner en de wijze waarop zij die afstand overbruggen. Hoe komen zij met elkaar in contact? Face-to-face, per telefoon, via internet? Bij face-to-facecontacten is het belangrijk dat mensen fysiek in staat zijn om de afstand te overbruggen (Scheffers, 2017). Oudere mensen of mensen met een handicap kunnen daar meer moeite mee hebben. Mensen die ver weg wonen, zullen minder snel bij de bewoner op bezoek komen. Bij bereikbaarheid gaat het dus om de vraag of ondersteuning of de betreffende afstand reëel is. Contacten die dichtbij wonen, kunnen gemakkelijker even langskomen en bij iets kleins helpen (Kruijswijk, et al., 2014).

Bereikbaarheid gaat volgens mij veel verder dan enkel een geografische afstand tussen personen, vooral als het aankomt op een bezoekje brengen in een instelling. Ik denk dat het eerder afschrikt om iemand te bezoeken. "Wat als X net een aanval heeft?" of "Hoe moet ik hier zelf op reageren?". Het netwerk kan na jaren van zorg ook uitgeput geraken en kiest er misschien bewust voor om niet op bezoek te komen, mogelijks om zelf aan respijt te doen.

2.4.5.2 Variatie

Gevarieerdheid betreft de heterogeniteit van een netwerk met betrekking tot cultuur, etniciteit, klasse, etc. Homogene netwerken kunnen enerzijds veiligheid bieden en vertrouwd zijn, maar anderzijds ook verstikkend zijn. Als er een grote mate van sociale controle is, wordt het dan geaccepteerd als iemand naar buiten treedt en nieuwe contacten legt? Is dat het geval, dan kan een netwerk de bewoner belemmeren om zijn doelen te bereiken. Bewoners met een lage sociaaleconomische status hebben soms een homogeen netwerk waarin de netwerkleden dezelfde problemen hebben als zij. Omdat het nut van zo'n netwerk beperkt is, gaat de hulpverlener op zoek naar mensen buiten het sociale netwerk die de bewoner kunnen ondersteunen (Scheffers, 2017).

Als een bewoner een heterogeen samengesteld netwerk heeft, is er meer differentiatie en meer kans op verschillende soorten steun. De een is goed hierin en de ander weer in iets anders. Er zijn dan meer mogelijkheden om hulp te vragen, aangepast aan de mogelijkheden van het betreffende netwerklid (bijvoorbeeld brieven vertalen, ophalen met de auto, de weg wijzen naar instellingen, hulp bij het opvoeden) (Scheffers, 2017).

2.4.5.3 De mate van contact

Bij de mate van het contact gaat het ten eerste om de vraag hoe vaak de bewoner contact heeft met de netwerkleden. Verder is de duur van het contact van belang: hoelang kennen zij elkaar al? Ten slotte kun je naar de basis van het contact kijken: vanuit welke situatie is het contact voortgekomen? Denk aan familie, hobby's, werk, opleiding, e.d. (Dröes & Korevaar, 2011).

2.4.5.4 De inhoud van contact

De inhoud van het contact draait om de vraag hoe belangrijk een netwerklid voor de bewoner is en andersom. Met andere woorden hoe dichtbij of veraf staan de netwerkleden? Bieden zij een vorm van ondersteuning? In welke mate is er sprake van wederkerigheid, een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit en het behoud van de relatie (Dröes & Korevaar, 2011).

2.4.6 Van autonomie naar participatie

Iemand die empowered is en over een vitaal netwerk beschikt, wordt niet alleen zelfstandiger, maar kan ook een bijdrage leveren aan het leefbaar houden van de wijk en het

vergroten van de sociale cohesie. Er wordt gesteld dat er geen empowerment is zonder participatie (Kruijswijk, et al., 2014).

Deze participatie moet afgestemd worden op de persoon en zijn context. Daarbij noemt Scheffers (2017) drie belangrijke voorwaarden: geloof en vertrouwen krijgen in de eigen mogelijkheden om invloed uit te oefenen, zicht krijgen op beschikbare steun- en hulpbronnen om dit te verwezenlijken en de nodige vaardigheden ontwikkelen om deze bronnen te kunnen hanteren. Men begint bij het ondersteunen van een probleem, maar gaat uit van de kracht en zelfbeschikking van de bewoner. Daarbij wordt er op gerekend dat die zijn netwerk kan onderhouden of uitbreiden, mogelijk door het participeren aan activiteiten in de buurt. Persoonlijk empowerment en community empowerment liggen in elkaars verlengde.

Scheffers spreekt hier vooral over de bewoner die initiatief zou nemen om deel te nemen aan activiteiten in de buurt, maar jammer genoeg is dit vaak iets waar de buurt niet voor openstaat. Binnen de werking van mijn stageplaats werd er vaak gezocht om bewoners te verbinden met de buurt, echter leek er wel steeds een excuus te zijn om toch geen deel uit te maken van het initiatief. Hiervan zakt de moed enorm in de schoenen, zeker met campagnes zoals rode neuzen dag, die het taboe niet lijken te verminderen.

2.4.7 Interactie tussen de bewoner en zijn netwerk

Het is belangrijk dat de bewoner duurzame relaties opbouwt, zodat ook hij in de toekomst een vitaal netwerk om zich heen heeft, waarin gelijkwaardigheid en wederzijds contact is en dat voorziet in wederzijdse behoeften. Dat betekent dat je aandacht moet besteden aan de wijze van contact leggen, de copingstijl van de bewoner en wederkerigheid (Scheffers, 2017).

2.4.7.1 Contact leggen

De hulpverlener ondersteunt en stimuleert de bewoner om contact op te nemen met zijn of haar netwerkleden. Lukt het de bewoner niet om dit zelf te doen, dan kan men dit samen doen. Voordat men hierbij helpt is het belangrijk om te onderzoeken waarom het de bewoner niet lukt. Samen gaat men dan in overleg hoe dit gerealiseerd kan worden (Scheffers, 2017):

- Het contact met de bewoner voor te bereiden (de situatie samen te oefenen);
- Te zoeken naar situaties waarin het de bewoner wel lukt om contact te leggen en gezamenlijk te ontdekken hoe hij dit voor elkaar krijgt (bewustwording) en hoe hij deze ervaringen ook in nieuwe situaties kan inzetten;
- Samen met de bewoner het contact te leggen;
- Zelf het betreffende netwerklid te contacteren;
- Zelf op huisbezoek te gaan.

Binnen de termijn van mijn doorgroei-stage was het onmogelijk om een netwerk te schetsen én daarbij te helpen met het (her)opbouwen van het netwerk. Ik heb dit wel steeds bevraagd in mijn interview, maar de meesten vonden het moeilijk om hier een antwoord op te geven. De bewoners gaven zelf aan dat ze niet zouden weten hoe ze dit moeten doen. Toen ik hierover sprak met de maatschappelijk werkster gaf zij me als tip mee om mijn vraag te veranderen naar: "Moesten we samen een brief schrijven of het telefoontje voorbereiden, zou je dit zien zitten?" Op dat voorstel gingen diegenen die hernieuwing van contact wensten wel op in.

2.4.7.2 Copingstijl als belemmering

Volgens Scheffers (2017) vormt de copingstijl van de bewoner een beperkende factor, dus dan is het belangrijk om de bewoner hier inzicht in te geven. Bewoners die als overleving in de slachtofferrol zitten, nemen geen verantwoordelijkheid voor zichzelf en hun situatie. Zij leggen de oorzaak van hun situatie bij een ander neer. Dit type bewoner stelt zich afhankelijk op van de hulpverlener en personen in zijn omgeving. De ervaring leert dat mensen in de

slachtofferrol in het begin meer aandacht krijgen van anderen; dat is hun 'ziektewinst'. Na verloop van tijd roept dit gedrag echter irritaties op en haken netwerkleden af.

Het gegeven dat de hulpverlener een dergelijk mechanisme met hem bespreekt, betekent 'contact maken en houden', iets waar doorgaans anderen in de sociale omgeving van de bewoner voor weglopen. Vanuit die bevinding ontstaat vanzelf belangstelling, waardoor de bewoner zich gezien en gehoord voelt. Als dat gebeurt in de relatie tussen de hulpverlener en de bewoner, dan overkomt hem iets wat hem waarschijnlijk maar zelden gebeurt, hij wordt serieus genomen in plaats van gemedend (Scheffers, 2017).

2.4.7.3 Wederkerigheid

Relaties zijn altijd gebaseerd op wederkerigheid. Mensen haken af als men alleen maar vraagt en nooit iets teruggeeft. Het houdt een enorm krachtenveld in waarin mensen zich tot elkaar verhouden. De wisselwerking tussen het geven en het ontvangen van steun, zorg of hulp is waar het om draait. De manier waarop dit gebeurt is afhankelijk van de onderlinge relatie en iemands mogelijkheden. De gekregen hulp kan dus van een geheel andere orde zijn dan wat men teruggeeft (Scheffers, 2017).

Tijdens een van mijn interviews ging de bewoner minder in op zijn eigen sociale netwerk, maar betuigde de spijt die hij had toen hij zich jaren geleden isoleerde van zijn omgeving. Vanwaar deze angst komt is voor mij onduidelijk en de oorzaak is ook niet ter sprake gekomen, maar de man in kwestie beseft wel dat hij hierdoor volgens hem kansen heeft gemist en een heel ander leven kon geleid hebben.

In de hulpverlening kom je echter vaak mensen tegen die al langer in een isolement verkeren en daardoor noch geven, noch ontvangen. Wederkerigheid voorkomt afhankelijkheid en brengt meer gelijkwaardigheid in de relatie: er is meer evenwicht tussen geven en ontvangen. Er ontstaat een sterker netwerk, waarin contacten geïntensiveerd kunnen worden. De bewoner krijgt ook meer eigenwaarde en zelfvertrouwen. Bovendien zorgt aandacht voor wederkerigheid ervoor dat de bewoner nadenkt over wat hij zelf te bieden heeft. Daardoor beseft hij dat hij iets voor anderen kan betekenen en stapt hij uit de slachtofferrol (als hij daarin zat). Vervolgens gaat hij meer verantwoordelijkheid nemen (Scheffers, 2017).

Scheffers (2017) zegt dat als er te weinig aandacht is voor wederkerigheid, de praktijk leert dat een bewoner zich op den duur uit schuldgevoel terugtrekt uit de relatie, omdat hij het gevoel heeft niet voldoende terug te kunnen geven. Ook is mogelijk dat de ander zich gebruikt gaat voelen.

2.4.7.4 Bestaande relaties verdiepen

Een netwerk versterken kan allereerst door de bestaande relaties te verdiepen. De bewoner kan bijvoorbeeld meer activiteiten met anderen ondernemen. Denk aan naar de film gaan, een voetbalwedstrijd gaan zien, koffiedrinken, boodschappen doen, etc. (Scheffers, 2017). Het is belangrijk om samen met de bewoner te bepalen welke activiteiten het beste aansluiten bij zijn behoeften. Om een netwerk te versterken kun je ook op zoek gaan naar netwerkleden met wie er een goed contact was voordat de problemen begonnen. Je activeert dan een 'slappend netwerk' (Smit & Van Genneep, 2002).

2.4.7.5 Een netwerk uitbreiden of opnieuw opbouwen

De meest kwetsbare en cruciale activiteit blijft het opbouwen van het eigen sociale netwerk, de kern van elk steunsysteem, door bewoners zelf. Uit onderzoek (Kwekkeboom & Weert, 2008) blijkt dat 10-20% van mensen met ernstige psychische aandoeningen bijna geen netwerk heeft. Het overgrote deel heeft wel kleine of soms zelfs grotere netwerken. Het gaat erom deze te verbeteren en uitbreiden hiervan (Dröes & Korevaar, 2011).

Sommige bewoners hebben een netwerk dat onvoldoende mogelijkheden biedt, bijvoorbeeld doordat de draagkracht ervan overeenkomt met hun persoonlijke situatie, of nog slechter is. Het wilt niet zeggen dat er daarom geen hulp beschikbaar is vanuit dat netwerk, maar deze

is er slechts in beperkte vorm. Tevens is de kans groot dat je er direct verschillende hulpvragers bij krijgt als je dit netwerk bij de hulpverlening betreft, want eigenlijk heeft het hele netwerk ondersteuning nodig. Er zijn ook bewoners die zelfs een compleet nieuw netwerk moeten opbouwen om hun leven weer op orde te krijgen (Scheffers, 2017).

Zo was het voor een 29-jarige man zeer moeilijk om te ontsnappen uit het drugsmilieu omdat deze contacten de enige waren in zijn sociale netwerk buiten familie. Het lukte hem wel steeds een paar maanden clean te zijn, maar van zodra het contact met deze personen weer versterkte herviel hij al snel in zijn gebruik. Dit tot ongenoegen van de familie, waarvan enkel de moeder op bezoek kwam. Buiten haar was er geen sprake van een gevarieerd netwerk.

2.4.7.6 Zie de bewoner in de context van zijn omgeving

Een uitgangspunt van de sociale netwerkmethodiek is dat je de bewoner altijd in de context van zijn omgeving moet zien (systeemgericht kijken). Er vindt immers een voortdurend proces van wederzijdse beïnvloeding plaats tussen de bewoner en zijn omgeving. Mensen zijn sociale wezens en daarom aangewezen op elkaar. De ervaring leert dat er bij problemen vaak meerdere mensen uit een gezin of familie betrokken zijn. Hoe de bewoner en zijn netwerkleden met elkaar omgaan, wordt medebepaald door cultuur, religie en de daaruit voorkomende normen en waarden (Scheffers, 2017).

2.4.7.7 Positievare kijk van de bewoner op zijn situatie

Het in kaart brengen van het netwerk kan de bewoner een andere kijk op zijn situatie geven. Dat komt doordat hij daarbij niet alleen naar zijn problemen kijkt, maar vanzelf ook aandacht besteedt aan positieve goedlopende relaties (Scheffers, 2017). Wanneer het sociaal netwerk erg klein blijkt te zijn kan het in kaart brengen hiervan heel confronterend zijn. Dit hoeft geen reden te zijn om het niet te doen. Een netwerkbenadering is uiteindelijk bedoeld om het netwerk uit te breiden en te versterken. Het levert een bijdrage aan persoonlijk en sociaal herstel (den Hollander & Wilken, 2015).

2.4.8 *Link tussen empowerment en een sociaal netwerk*

Bij het in kaart brengen van een sociaal netwerk is er expliciet aandacht voor de persoon. Er wordt rekening gehouden met factoren die kunnen bevorderen of belemmeren dat het netwerk standhoudt. Dit zorgt automatisch voor een link met empowerment. De zelfregie van de bewoner wordt versterkt en men concentreert zich op het verstevigen of revitaliseren van het sociaal netwerk van de bewoner. Men gaat niet alleen uit van de hulp die men elkaar kan bieden, maar men besteedt ook aandacht aan wederkerigheid. Een andere ondersteuning versterkt de eigenwaarde en het zelfvertrouwen van de bewoner. Dit zorgt ervoor dat hij in de toekomst zichzelf beter zal kunnen redden en beroep kan doen op zijn netwerk en niet meer gesteund hoeft te worden door een hulpverlener (Scheffers, 2017).

2.5 **BESLUIT**

Zoals in de inleiding beschreven werd in het eerste gedeelte rehabilitatie onder de loep genomen. Er volgde een uitleg over wat herstelondersteunende zorg nu precies is. Vervolgens werden enkele theoretische aspecten uitgelicht die noodzakelijk zijn om theorie en praktijk te koppelen.

Bij het gedeelte empowerment werd ingegaan op wat de drie verschillende niveaus nu precies inhouden en op welke manier ze betrekking hebben tot de hulpverlener, de bewoner en diens omgeving.

Sociale netwerken werden uitgebreid toegelicht met alle verschillende facetten die daartoe horen. Deze zijn onafscheidelijk van elkaar te zien en zorgen voor het totaalplaatje dat een sociaal netwerk kan creëren. Daarop volgden enkele tips die aansluiting zoeken bij de basishouding van een goede hulpverlener.

Tenslotte loopt er doorheen dit hoofdstuk een rode draad die aangeeft hoe belangrijk de samenwerking tussen de hulpverlener en de bewoner is.

3 HET SOCIALE NET DAT WERKT

3.1 INLEIDING

Het sociale net dat werkt gaat over de verschillende methoden en instrumenten die ontwikkeld zijn om een netwerk in kaart te brengen. De eerste twee instrumenten zijn de meeste gekende en gebruikte, nl. de genogram en het ecogram. Daarna volgen nog zes andere instrumenten. De sociale netwerkcirkels van Brian Lensink worden van dichterbij bekeken aangezien dit de basis vormt voor het praktijkidee.

Aansluitend volgen twee methoden die na het netwerk in kaart brengen, ook effectief met het netwerk aan de slag gaan. De methoden die besproken worden zijn de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA) en de sociale netwerkmethodiek bedacht door Scheffers.

3.2 VERSCHILLENDE METHODEN EN INSTRUMENTEN

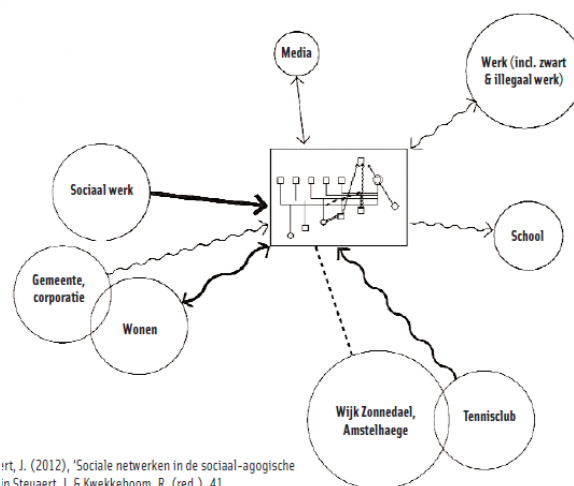
3.2.1 Het sociale netwerk in kaart brengen

3.2.1.1 Genogram

Het genogram heeft als basis de gewone stamboom om gezins- en familierelaties overzichtelijk te maken. Er zijn gestandaardiseerde symbolen die verwantschappen aangeven van de personen die hierbij betrokken zijn. Het is echter meer dan een stamboom. Naast de biologische verwantschappen zijn er ook gestandaardiseerde symbolen om andere kenmerken van personen en emotionele ladingen van onderlinge relaties in beeld te brengen. Dit omvat bijvoorbeeld huwelijken, scheidingen, miskramen, verbroken contact, etc. Het genogram blijft echter wel beperkt tot het in kaart brengen van drie generaties binnen familierelaties (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

3.2.1.2 Ecogram

Het ecogram daarentegen is een instrument dat veel breder is dan enkel gezins- en familierelaties. In het midden wordt het bewonerssysteem geplaatst, maar als ankerpunt worden specifieke betekenisvolle situaties gebruikt die de kwaliteit van het sociale netwerk weergeven. Door contacten uit verschillende leefgebieden te ontdekken, kunnen potentiële hulpbronnen zichtbaar gemaakt worden (Kruijswijk, et al., 2014). Hieronder verstaat men vrienden, werk, onderwijs, kerk, etc. Die cirkels worden nadien gebruikt om personen in op te nemen die belangrijk zijn. Tussen die cirkels worden dan weer lijnen geplaatst die de relaties aangeven (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Er zijn allerhande manieren om aan te geven hoe die relaties bevorderlijk zijn, maar aangezien hier geen gestandaardiseerde symbolen voor bestaan, worden ze ook niet verder toegelicht.



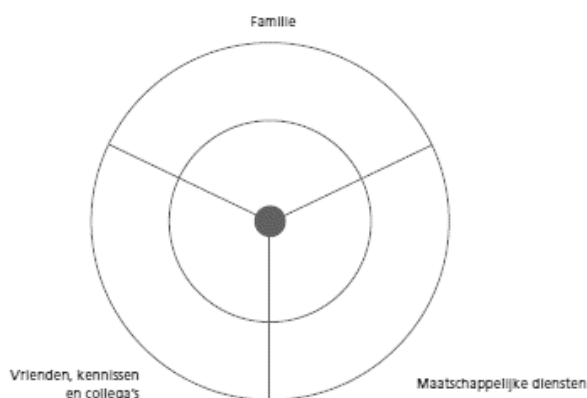
Figuur 3: Een ecogram. Herdrukt van *De zorgkracht van sociale netwerken* (p. 41), door Steyaert, J. en Kwekkeboom, R., 2012, Eindhoven: Uitgeverij Libertas.

3.2.1.3 Sociogram

Het sociogram wordt gezien als een tijdrovend instrument omdat het een samenstelling is van het ecogram en de genogram. Dit betekent dat niet enkel familierelaties en familiecontacten van de bewoners in kaart worden gebracht, maar er ook diep ingegaan wordt op de betekenis hiervan. Dit instrument zorgt ervoor dat de bewoner zelf ontdekt over welke kennis en mogelijkheden hij/zij al beschikt en daagt uit tot het nadenken over wat hun mogelijke hulpvragen zijn en wat en wie ze nodig hebben om dit toekomstbeeld te realiseren (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

3.2.1.4 Wijkecogram

Het wijkecogram is een netwerkdiagram en werkt met de drie sectoren van Baars (1994): (1) familie, (2) vrienden, kennissen en collega's en (3) vertegenwoordigers en maatschappelijke diensten. In de binnenste cirkel kan men de mensen zetten die het dichtste bij de bewoner staan. In de buitenste cirkel degenen die wat verder weg staan. Door het gebruik van twee cirkels kun je gemakkelijk zien wie belangrijker of minder belangrijk is voor de bewoner. Het duidt ook aan of het netwerk vooral uit wat lossere of uit hele sterke banden bestaat. Dat geeft een indruk van de dichtheid en stabiliteit van het netwerk (in de buurt waarin de bewoner leeft) zodat hulpbronnen zichtbaar worden (Scheffers, 2017).



Figuur 4: De Wijkecogram door Maria Scheffers. Herdrukt van *Aan de slag met sociale netwerken* (p. 19), door Kruijswijk, et al., 2014, Utrecht: Movisie.

3.2.1.5 Contactladder

Voor het meten van buurtcontacten gebruikt men de contactladder. Via een korte vragenlijst wordt een preciezer beeld geschetst van hoe buurtgenoten de contacten beleven. Het meet eveneens de behoeften van bewoners aan verschillende soorten contacten. Het verschil tussen feitelijke en wenselijke contacten, gewogen naar het belang dat bewoners aan deze contacten hechten, geeft een heldere diagnose van mogelijke aangrijpingspunten voor sociale interventies en beleid. Dit biedt mogelijkheid tot het voorkomen en oplossen van samenlevingsproblemen. Het veldwerk vergt enorm veel tijd, maar hier wordt wel voordeel uit gehaald omdat verzamelde informatie in een rapport kan verwerkt worden om gerichte interventies te ontwikkelen (Kruijswijk, et al., 2014).

3.2.1.6 Straatladder

De straatladder is een graadmeter voor de mate van sociale samenhang en actief burgerschap. Tien treden van de straatladder staan voor tien niveaus van contacten tussen buurtbewoners en betrokkenheid in de straat. De straatladder wordt gebruikt om het netwerk van bewoners in hun straat te vergroten. Bewoners krijgen daardoor meer grip op de straat en kunnen gebruik maken van elkaars talenten en mogelijkheden: ze worden goede burens. Ze heeft als doel het vergroten van het welbevinden en maatschappelijke participatie in buurten en het in kaart brengen van het niveau van contacten en betrokkenheid (Kruijswijk, et al., 2014).

Voor één van onze opleidingsonderdelen zijn we op bezoek gegaan naar Amsterdam om daar enkele voorzieningen en initiatieven te bezoeken. Één daarvan was 'Dynamo'. Zij zetten de buurt in om elkaar te helpen, maar zijn er ook voor de buurt indien deze hulp nodig heeft. Één van hun initiatieven is het prikbord van vraag en aanbod. Buurtbewoners kunnen op een briefje een vraag of een aanbod schrijven, bv. 'ik ben op zoek naar een poetsdienst'. Ze laten hun gegevens achter en zo kan iemand die deze dienst verleent, contact met hen opnemen.

3.2.1.7 Groslijst

Een groslijst is een lijst namen die de bewoner spontaan opnoemt. Het is een lijst gevuld met personen die de bewoner kent, aardig of belangrijk vindt. Het lijstje maakt de hulpverlener samen met de bewoner (of zijn familie als de bewoner daartoe niet in staat is). Daarbij is het van belang dat er aantekeningen worden gemaakt van allerlei opmerkingen die bewoner en zijn netwerk maken. Omdat deze opmerkingen toevallig zijn, maar van belang zijn bij het werken aan een sociaal netwerk. Deze lijst kan verrijkt worden met foto's en tekeningen. De groslijst biedt een algemeen inzicht in het sociale netwerk van een bewoner. De nadruk ligt hier vooral bij het inventariseren waardoor er een preciezer beeld ontstaat van de huidige situatie. Deze lijst wordt meestal als eerste stap gebruikt ter voorbereiding op het invullen van andere netwerkinstrumenten, zoals bijvoorbeeld de netwerkcirkel (Kruijswijk, et al., 2014).

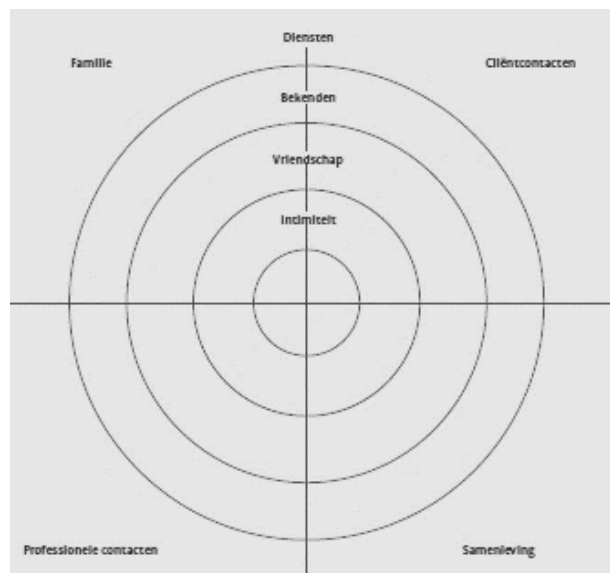
3.2.1.8 De sociale netwerkcirkel van Brian Lensink

De netwerkcirkel van Lensink brengt het aantal netwerkleiden en hun positionering ten opzichte van de bewoner in kaart (Kruijswijk, et al., 2014). Enigszins intrigerend is dat dit gebeurt zonder enige verwijzing naar gepubliceerd werk van deze man of bijzonderheden over zijn achtergrond. Via zoekmachines zijn geen bijzonderheden over Brian Lensink te vinden, noch publicaties. We kunnen dus niet terug naar de oorspronkelijke bron van deze inspiratie, maar binnen veel bronnen wordt dezelfde interpretatie gedeeld (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

Er is sprake van vier netwerkcirkels, waarvan de eerste die is van intimiteit. Daaronder wordt verstaan zes tot tien personen die je door dik en dun steunen met daarin partner, kinderen, ouders en hele goede vrienden. Daaromheen ligt de cirkel van vrienden, dit gaat vaak om hetzelfde aantal. Deze mensen weten waarmee je bezig bent, kennen je zorgen en zwakke

plekken. Het zijn vrienden die echt om je geven. Daarbuiten volgt de cirkel van bekenden, de groep bedraagt zo'n 150 tot 200 personen. Het zijn mensen die je kent, maar niet echt dichtbij staan. Ze zijn vaak gekoppeld aan plekken waar je komt (Rombaut, 2014). Ten slotte is er de cirkel van diensten, bestaande uit mensen die goederen of diensten met je verhandelen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

Niet alleen het aantal contacten, maar ook de gevarieerdheid in het sociale netwerk is van belang. Daartoe worden de contacten geordend in vier kwadranten: familie, bewoners (medebewoners van eenzelfde instelling), professionele contacten en contacten in de ruimere samenleving. In een netwerkschema worden de cirkels en de kwadranten gecombineerd (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).



Figuur 3: De netwerkcirkel door Bryan Lensink. Herdrukt van *De zorgkracht van sociale netwerken* (p. 45), door Steyaert, J. en Kwekkeboom, R., 2012, Eindhoven: Uitgeverij Libertas.

3.2.2 *Persoonlijke bedenkingen*

Ookal lijkt de cirkel mooi afgebakend door de interpretatie van verscheidene bronnen, toch denk ik dat men hier heel wat aspecten in mist die perfect kunnen weergegeven worden (mits enige aanpassing) binnen de netwerkcirkels.

Zo houdt men in geen enkel instrument rekening met overleden personen. Dit lijkt in het eerste opzicht overbodig, maar iemand die overleden is kan nog evenveel of zelfs meer invloed uitoefenen dan iemand in de buurt. Zo had ik in een van mijn interviews een vrouw die meteen begon te huilen toen ze over haar broers vertelde. Een van hen was inmiddels enkele jaren geleden overleden, maar ze is nooit naar zijn begrafenis kunnen gaan omdat haar mentale gezondheid dit niet toeliet. Ze heeft hier nooit met andere hulpverleners over gepraat, maar net door deze informatie naar boven te brengen door middel van de netwerkcirkel, kan de begeleiding wel een handje toesteken om het rouwproces te vervolledigen door eventueel een bezoek naar het kerkhof te plannen met haar.

Verder lijkt de indeling van de cirkels mij ook niet reëel, zeker als men kijkt naar mensen die al lang in een instelling verblijven, wat bij bewoners in een PVT vaak het geval is. De belangrijkheid van diensten en het vertrouwen van een individuele hulpverlener kan dan eerder naar de cirkel van intimiteit verplaatst worden. Toen ik het voorbeeld toonde aan één van mijn geïnterviewden, schrok de individuele begeleider (IB) heel erg omdat ze zo dicht bij hem stond. Ze was er zich niet van bewust dat ze zoveel voor de bewoner betekende. Hij zag haar immers als de enige hulpbron in zijn sociale netwerk.

3.2.3 Werken aan het netwerk

Na het in kaart brengen van netwerken, zijn er ook enkele methoden waarbij het werken aan het netwerk centraal staat. Hierbij wordt gewerkt aan het versterken of uitbreiden van het netwerken, op basis van de wensen van de bewoner (Kruijswijk, et al., 2014).

3.2.3.1 Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA)

In de MSNA wordt een onderscheid gemaakt tussen drie zones in sociale netwerken rondom de bewoner. De eerste zone is het persoonlijk sociaal netwerk bestaande uit personen waar de bewoner directe contacten mee heeft die bovendien al enige tijd bestaan en betekenisvol zijn. Vervolgens is er het nominaal netwerk, dat bestaat uit alle personen waar de bewoner onrechtstreeks -via de tussenstap van zijn directe contacten- toegang toe heeft. Ten slotte is er het extensief netwerk dat alle personen omvat waar de bewoner ooit toevallig en kort contact mee gehad heeft (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). De MSNA richt zich vooral op het persoonlijk sociaal netwerk; de andere twee zones zijn het reservoir waaruit nieuwe contacten kunnen ontstaan of die dienen als buffer wanneer het persoonlijk sociaal netwerk te zwak is (Kruijswijk, et al., 2014).

Binnen het persoonlijk sociaal netwerk wordt alweer een driedeling gemaakt tussen verwanten, vriendschappelijke betrekkingen en maatschappelijke diensten. De aandachtspunten hierbinnen zijn de omvang, de gevarieerdheid, de frequentie, het gewicht, en de bereikbaarheid (Baars H. , 1994). Bereikbaarheid kreeg toen nog de invulling van een fysieke afstand tussen twee personen. Met de komst van sociale media kan er ook al emotionele steun geboden worden zonder fysiek dichtbij te zijn, waardoor die laatste minder relevant wordt in bepaalde doelgroepen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Naast het in beeld brengen van de structuur spreekt Baars (1994) over het benoemen van enkele functies, nl. de affectieve behoefte, de behoefte aan aansluiting, de behoefte aan materiële en instrumentele middelen en de behoefte aan stabiliteit.

De MSNA is een semigestructureerd interview waarbij op gestandaardiseerde wijze met behulp van netwerkkaarten, een genogram en ecogram het sociale netwerk in kaart wordt gebracht. Het netwerk (eerste zone) wordt geanalyseerd door middel van drie netwerkkaarten. De eerste gaat over verwanten, de tweede over vriendschappen en de laatste over maatschappelijke diensten. Zoals je al kan afleiden is het een methodiek die veel tijd en toch wel enige kennis vergt (Kruijswijk, et al., 2014).

Deze methode lijkt overeen te stemmen met de netwerkcircels van Lensink, maar ik geloof dat er een manier is om het beste van deze twee werelden te combineren en het een pak simpeler te maken voor zowel bewoner als hulpverlener. Er lijkt me een heleboel overbodig werk aan te pas te komen terwijl het netwerk perfect kan weergegeven worden in één instrument.

3.2.3.2 Sociaal netwerkmethodiek door Scheffers

Een andere methode die hiermee te vergelijken valt is de sociaal netwerkmethodiek, waarin gepoogd wordt om onderlinge relaties en wederkerigheid te versterken. Ze is gericht op bewoners die in het dagelijks leven of bij ingrijpende gebeurtenissen ervaren dat hun netwerk niet vitaal genoeg is (Scheffers, 2017).

De methodiek bestaat volgens Scheffers (2017) uit vijf fasen:

1. Inventariseren van het sociaal netwerk via een ecogram.
2. Analyseren van de mogelijkheden van het sociale netwerk.
3. Opzetten van een werkplan: koppelen van probleem, hulpvraag en wensen aan delen van het sociale netwerk.
4. Uitvoeren van het netwerkplan.
5. Eindevaluatie en het vervolgen van de bereikte resultaten.

Het doel is niet het voorkomen van sociaal isolement en eenzaamheid, maar wel het bevorderen van onderlinge steun. De hulpverlener heeft hier als rol om de bewoner te ondersteunen en motiveren om zijn netwerk te vergroten, te versterken of te betrekken bij de probleemsituatie. Dit zorgt er ook voor dat de eigen kracht van de bewoner wordt vergroot (Kruijswijk, et al., 2014).

3.3 BESLUIT

De verschillende methoden en instrumenten die hier aangereikt worden leveren hun bijdrage om op allerlei manieren het netwerk in kaart te brengen en hier iets constructief mee te doen. Zo zijn er instrumenten die meer betrekking hebben op het werken met familieleden, zoals het ecogram, genogram en het sociogram. Er zijn ook instrumenten die zich meer bezighouden met het in kaart brengen van vrienden, collega's, etc. zoals het wijkecogram, de contactladder, de straatladder, de groslijst en de sociale netwerkcirkels van Lensink.

Het was noodzakelijk om deze toe te lichten zodat het duidelijk zou zijn waarom er precies gekozen is om de netwerkcirkels te hanteren voor het praktijkidee. De diversiteit van contacten die hierin geplaatst worden, is namelijk niet mogelijk bij de andere instrumenten.

Nadien werden twee methodes besproken die iets doen met een netwerk, namelijk de MSNA en de sociale netwerkmethodiek van Scheffers. Het verschil tussen de twee methodes is dat er bij het MSNA gewerkt wordt met interviews en de informatie gestructureerd wordt weergegeven in verschillende instrumenten. Bij de sociale netwerkmethodiek draait het eerder rond een langdurige wisselwerking tussen hulpverlener en bewoner om tot een vitaal netwerk te komen.

4 METHODIEK

4.1 INLEIDING

De methodiek die gehanteerd werd bij het visualiseren van het praktijkidee, is photovoice. Aangezien deze term relatief onbekend in de oren klinkt, wordt in dit hoofdstuk uitvoerig uitgelegd wat de term inhoudt en wat het klassieke gebruik is om dit toe te passen. Deze klassieke manier was onmogelijk te integreren in het praktijkidee. Dit wordt gestaafd met enkele kritische bedenkingen die van toepassing zijn voor deze doelgroep. Nadien volgt er een link tussen photovoice, empowerment en het SRH.

Tot slot wordt het brede aspect van kunst en herstel kort beschreven om aan te tonen dat creatieve therapie niet onmisbaar is binnen de geestelijke gezondheidszorg.

4.2 PHOTOVOICE

4.2.1 *Wat is het?*

Photovoice is op zich geen nieuw gegeven. Het komt overgewaaid uit onder meer Amerika en Groot-Brittannië, daar ontstond het al in de jaren '90. Photovoice bevat de woorden 'photo' (foto) en 'voice' (stem). Het is een visueel-narratieve methodiek die vooral zijn oorsprong vindt in het participatief actie-onderzoek (Vansteenkiste, 2014). Het heeft als bedoeling om groepen mensen een stem te geven door middel van foto's. Het wordt toegepast omdat men specifieke situaties of thema's die een groep aanbelangen in de kijker wil zetten door middel van fotografie (Jacobs K. , 2015).

4.2.2 *Klassiek gebruik*

Zoals eerder aangegeven wordt de methodiek photovoice gehanteerd in groepen. Het gaat meestal om een groep van een tiental personen die wekelijks samenkomen om hun creaties te bespreken. Bij de start wordt er aan de deelnemers gevraagd om foto's te maken van één of meer zaken waarbij ze zich prettig voelen. Er wordt stilgestaan bij wat de foto's oproepen in de groep, en hoe dit gelinkt kan worden aan herstel (Vansteenkiste, 2014). Van daaruit komen nieuwe ideeën om herstel in beeld te brengen. Er worden dus geen voorafgaande thema's vastgelegd, maar er wordt steeds gereflecteerd over nieuwe thema's en ideeën, hoofdzakelijk vanuit het eigen levensverhaal. De groepsleden steunen elkaar hierin. Na afloop van de groepsessie wordt elke deelnemer nogmaals individueel bevraagd via een herstelinterview (Jacobs K. , 2015).

Een van de eerste bevindingen is dat de geselecteerde foto's volgens Jacobs (2015) in vier ruimere categorieën kunnen ingedeeld worden: mensen (met focus op steunfiguren), plaatsen (met focus op thuis, veilig gevoel, rust vinden), activiteiten (met focus op eigen regie, hobby, werk) en zingeving (met focus op hoop, eigenheid, kracht).

Deze kunnen nadien geanalyseerd worden aan de hand van vijf vragen die als SHOWeD beschreven worden (Vansteenkiste, 2014):

1. Wat zie je op de foto? (See)
2. Wat gebeurt op de foto? (Happen)
3. Op welke manier is dit met ons eigen leven verbonden? (Our life)
4. Waarom is het een aandachtspunt, of een sterkte, of een bezorgdheid? (Why)
5. Wat kan je er mee doen? (Do)

De uiteindelijke doelstelling is om een visuele voorstelling van herstel te tonen, en dit via het opzetten van een fototentoonstelling waarbij alle deelnemers betrokken zijn. Laten zien waarover herstel allemaal gaat helpt om een stem te geven aan de individuele en overkoepelende verhalen van eenieder. Daardoor biedt het een kader dat communicatie-

bevorderend kan werken bij een groep mensen die zich vaak moeilijk in woorden kunnen uitdrukken (Vansteenkiste, 2014).

Door met iemand naar een foto te kijken en te vragen wat iemand in een foto ziet, kan men veel te weten komen over iemands waarden en normen, gevoelens en denkbeelden. Dit wordt foto-elicitering genoemd naar het Engels woord voor informatie te ontlokken (= to elicit). De foto's lokken uit om mensen over zichzelf te vertellen (Sitvast, 2012).

4.2.3 *Toepassing praktijkidee*

Al snel bleek duidelijk dat photovoice niet toepasbaar was in een ontwerp dat zo persoonlijk is voor mensen; de netwerkkaart. Wel vormde photovoice de basis om sociale contacten te visualiseren. Door dit samen te doen met de bewoner is dit een ideaal gegeven om de zelfregie van de persoon in kwestie te verhogen. Niet alleen valt photovoice te linken aan 'empowerment', maar is het tevens een bekende manier binnen de geestelijke gezondheidszorg om herstel in beeld te brengen.

Het was ook onmogelijk om de bewoner met een fototoestel naar de persoon die hij dierbaar vindt te sturen. Sommigen hebben elkaar al jaren niet gezien, het contact is ongewenst of de drempel is gewoon te groot om dit te realiseren. Van daaruit is de beslissing gevolgd om het netwerk te visualiseren aan de hand van symbolen die de bewoner in kwestie zelf kiest. Dit vergroot het empowerment. Er wordt meteen een waarde toegekend aan de aard van het contact.

Er heerste natuurlijk ook een gevaar omtrent het stellen van sociaal wenselijk gedrag indien dit in groep had plaats gevonden. Bij sociaal wenselijk gedrag hebben mensen de neiging om zichzelf in een andere situatie te plaatsen die meer acceptabel lijkt dan de situatie die zich voordoet of voor het publiek (de groep in deze context), al dan niet bewust. Dit wordt gedaan om schaamte te voorkomen als er gevoelige informatie gedeeld wordt (Latkin, Edwards, Davey-Rothwell, & Tobin, 2017). Dit had er dus voor kunnen zorgen dat bewoners mensen zouden verzinnen om zo hun netwerk groter te laten lijken. De confrontatie tussen de grootte van een netwerk zou ook een te grote impact kunnen hebben op een bewoner, en dat terwijl de omvang van een netwerk niet representatief is voor de kwaliteit ervan.

De leidraad binnen dit verhaal is dat het er vooral om gaat dat er een ongedwongen sfeer heerst om het eigen herstelverhaal zelf te brengen en dit steeds op vrijwillige basis. Dit is iets waar tijdens de interviews veel belang aan gehecht werd. Ik zorgde voor een prikkelarme kamer, waar we ongestoord konden babbelen en maakte duidelijk dat de geïnterviewde bij ieder moment uit het project mocht stappen indien gewenst.

4.2.4 *Link tussen theorie en praktijk*

Sitvast (2012) maakt een link tussen empowerment, SRH en photovoice en vat deze samen onder de term empowermentfotografie. Er zijn binnen het SRH allerlei instrumenten aangereikt om het gesprek aan te gaan met de bewoner over de mogelijke verbetering van de kwaliteit van zijn bestaan. Binnen het herstelproces is het van belang dat de kern van een persoon gescheiden wordt van de gebeurtenis. Het draait hierbij vooral rond het visueel kunnen voorstellen van zaken. Foto's worden gedeeld en aan anderen getoond, daarom is fotografie ook geschikt voor sociale interactie. Het lokt een dialoog uit tussen hulpverlener en bewoner. Doorheen het proces leert men dat dingen waardevol kunnen zijn. Men kan herinneringen koesteren en verwachtingen hebben die losstaan van de beperking. Dit probeert de hulpverlener te realiseren door twee dingen duidelijk te maken aan de bewoner.

In de eerste plaats draait het rond een proces van zin- en betekenisgeving aan het dagelijkse leven. Ten tweede gaat het erom dat men dit kan vertalen naar meer regie over beslissingen die het leven van de bewoner raken en meer participatie verwachten in contexten en sociale rollen waarin men die beslissingen neemt. De hoofdvraag hiervoor luidt als volgt: 'Wat is jouw levensverhaal?' (Sitvast, 2012).

De voorwaarden die Sitvast (2012) opstelt hebben te maken met het recht om zelf te bepalen wie je bent, met wederkerigheid en met gelijkwaardigheid. Het recht hebben om zelf te bepalen wie je bent uit er zich vooral in dat er een sfeer van vertrouwen en respect bestaat. Er is sprake van subjectiviteit omdat iedere foto een persoonlijke betekenis heeft voor de bewoner. Mocht de veiligheid binnen deze omgeving verdwijnen, zou dit een risico zijn om het creatieve proces te verliezen. Men beschrijft tenslotte de eigen levenservaringen die deel uitmaken van de identiteit. Bij wederkerigheid draait het er echter om dat de foto's binnen een groep door deelnemers op verschillende manieren gekozen en gelezen worden. Er worden gesprekken aangegaan over wat voor iedereen van individueel belang is. Gelijkwaardigheid heeft meer te maken met de rol van de hulpverlener. Hij of zij moet ook eerst de ervaring hebben gehad van foto's die gemaakt zijn van zichzelf. Zo ervaart de hulpverlener de emotionele impact die hiermee gepaard gaat. Het is immers iets dat zeer intiem kan zijn omdat het emoties oproept en herinneringen aan bijzondere ervaringen of momenten zijn in het leven.

Tot slot is er nog een gangbare indeling door Weiser (1993) van therapeutische toepassingen in de fotografie. Zij spreekt over fototherapie, therapeutische therapie en art therapy. Wat verschilt van empowermentfotografie is eerst en vooral fototherapie. Deze heeft als opzet om traumatische ervaringen in het verleden te helpen verduidelijken in een psychotherapeutische context, terwijl empowermentfotografie als doel heeft meer krachten en gevoelens van hoop en heel-zijn te genereren. Daardoor is fotografie wel degelijk therapeutisch, maar dit is niet het doel. Het is een vorm van therapeutische fotografie. De foto's kunnen getuigen van een pijnlijke last, maar de focus blijft gericht op de kracht en troost. Art therapy daarentegen is nog een categorie apart aangezien het een eis van kunstzinnigheid heeft en het als belang heeft vooral een zelfstandig resultaat te bekomen.

4.3 KUNST EN HERSTEL

4.3.1 De helende werking van creatieve therapie

Mensen geven aan dat creatieve hobby's of bezig zijn met kunst hen op meerdere manieren helpt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen actieve en passieve vormen. Actieve vormen omvatten het schrijven van gedachten of verhalen, schilderen, boetseren, dansen, en het maken van film- of fotoproducties. Passieve vormen van kunstbeoefening zijn het luisteren naar muziek, het bekijken van films, en het bezoeken van toneel- of dansvoorstellingen (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012). Tegenwoordig worden ook vaker professionele kunstenaars actief in de geestelijke gezondheidszorg. Zij bakken bijvoorbeeld ouderwetste koekjes samen met demente ouderen om hen via de geuren aan het praten te krijgen (Galesloot, 2015). Bewoners gaven tijdens hun behandeling in de geestelijke gezondheidszorg aan dat ze via creatieve therapie talenten ontdekten die allerlei positieve effecten teweegbrachten zoals nieuwe manieren om te communiceren, zichzelf te ontdekken, zijn eigenwaarde te vergroten, etc. (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012).

Helaas zijn het vaak geïsoleerde projecten, dit betekent dat kunstenaars dit enkel in een instellingsgebouw of het terrein eromheen kunnen demonstreren (Galesloot, 2015). Dat terwijl bewoners vaak aangeven dat het aangenaam is om via een workshop of in een atelier aan kunstbeoefening te doen. Ze vinden het fijn om samen te werken, te leren van elkaars ideeën en komen zo in aanraking met nieuwe netwerken. Bezig zijn met kunst helpt veel mensen een nieuwe betekenisgeving te creëren in hun leven. Het is een manier om weg te komen uit de zorg (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012).

Zo schreven van der Geest en Serkei (2009) een fasering over de talentenontwikkeling van participanten. Hierin onderscheiden ze 4 fasen: ontkieming, ontdekking, intensivering en professionalisering. Velen zitten bij het atelier vast in de fase van ontkieming en ontdekking, andere zijn toe aan intensivering en willen graag cursus gaan volgen. Iemand heeft een poging gedaan tot professionalisering, maar dit zonder daadwerkelijk resultaat.

Die laatste is voor velen een brug te ver en velen zien de therapeutische werking vaak gewoon als een veilige plek om de zin van het gewone leven weer te ontdekken en nieuwe ervaringen op te kunnen doen. De bewoners kunnen via die manier op eigen wijze iets opbouwen om hun talent verder te ontwikkelen. Participanten gaven vooral aan bezig te zijn met het accepteren en zo goed mogelijk om te kunnen gaan met hun beperking (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012).

Ervaringen van deelnemers uiteten zich erin dat het bij bewoners buiten veranderingsprocessen, ook acceptatieprocessen in gang kan zetten. Mensen gaan vaak gevoelens uitbeelden die bij hen zelf weer reacties oproepen. Soms praat je met bewoners over hun werk, maar de bewoners hoeven dat niet te doen. Er is sprake van vrijheid en autonomie. Kunst draagt bij als een teken en symbooltaal om op creatieve wijze vorm en betekenis te geven aan de verbeelding. Bezig zijn is vooral wat kunst een grote waarde geeft (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012).

Zo hebben De Graaff, de Boer, & Schoot (2014) onderzoek gedaan naar de effecten van beeldende therapie op mensen met tinnitus die een verwijzing kregen naar de geestelijke gezondheidszorg. Tinnitus is het horen van geluid zonder een aanwezige geluidsbron (Jastreboff, 1990). De participanten ervoeren de beeldende therapie als een moment van tijd en ontspanning. Het piekeren stopt, alsook wordt de last van tinnitus minder. Het gevoel van controle kwam hierbij vooral naar voor. Dit had een gunstige invloed op het omgaan met de klacht, omdat mensen leren beseffen dat ze ook daar invloed op kunnen uitoefenen (De Graaff, de Boer, & Schoot, 2014). Bewoners moeten dus zelf hun verantwoordelijkheid nemen om hun situatie te beïnvloeden (Loeffen, van Biene, & Wilken, 2012).

Het doet denken aan een oude Japanse techniek, kintsugi, waarbij men barsten in porseleinen servies met bladgoud repareert. De filosofie hierachter is dat een voorwerp aan waarde wint als de geschiedenis zichtbaar is. Net zoals de mens het lot te accepteren heeft, zo kan het onderdeel zijn van de geschiedenis van een object dat de boel aan stukken valt. Doorstane problemen hoeven dus niet weggewerkt worden zodat ze zo onzichtbaar mogelijk zijn (Galesloot, 2015).

Zo zijn er binnen het PVT enkele bewoners met psychose die prachtige tekeningen creëren. Dit uit zich voor een buitenstaander vooral in rare, maar prachtige kronkels. Voor de bewoners zit er meestal echt een vorm en verhaal in. Dit zorgt voor afleiding en brengt rust met zich mee. De bewoners kunnen ook rekenen op appreciatie van hun creaties, want de voorziening is hier merendeels door gedecoreerd.

4.4 BESLUIT

In het eerste deel van dit hoofdstuk bespraken we de twee verschillende toepassingen voor de methodiek photovoice, nl. het klassieke gebruik en de aanpassing voor het praktijkidee. Het grote verschil ligt er vooral in dat er bij het klassieke gebruik interactie is tussen de bewoners onderling. Zij bespreken wkelijks de interpretatie van hun foto's en geven aan het einde van de rit een tentoonstelling. De participanten hebben in photovoice ook echt een fysieke foto in handen die ze kunnen tonen.

Het praktijkidee was onmogelijk te realiseren in een grote groep, vooral met het oog op de fysieke en mentale veiligheid van de bewoners. Het effect van empowerment en herstel zijn twee kernwaarden die onmisbaar zijn voor het realiseren van de netwerkkaart. De persoonlijke toets die hier van tel is moet dan ook ten alle kosten bewaakt worden. Voor de hulpverlener hebben de interviews ook zeker een meerwaarde.

De weg naar creatieve therapie is er zeker ook één die in de kijker mag gezet worden. Helende krachten dragen bij tot de creaties die voortkomen van de bewoner. Dit kan voor de hulpverlener betekenisloos lijken, maar voor de bewoner kan er een heel verhaal achter zitten en een bijdrage leveren voor het herstel.

5 UTOPIA

5.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk neemt u als lezer mee naar een reis doorheen de stageperiode en de daar bijhorende uitwerking van het praktijkidee. Eerst en vooral wordt toegelicht wat de inspiratie vormde voor het idee om een netwerkkaart te ontwikkelen. Aansluitend wordt de belevenis van de vijf interviews beschreven uit het perspectief van de interviewer, met de nodige obstakels die zich aandienen. Nadien beschrijft het deel 'wat als...' hoe men in de toekomst tewerk kan gaan om het realiseren van een netwerkkaart te optimaliseren. Er wordt vanuit het perspectief van de interviewer enkele tips meegegeven die bruikbaar kunnen zijn in de toekomst. Ten slotte volgt de uiteindelijke creatie die men voor ogen had, waarin zoveel mogelijke facetten van een netwerk in worden verwerkt.

De titel van het hoofdstuk verwijst dan ook heel duidelijk naar wat het doel was voor dit afstudeerproject. De utopie heeft minder betrekking op de ideale wereld die men voor ogen heeft, maar meer de ideale netwerkkaart die men wou ontwikkelen. Bij gebrek aan literatuur heb ik als schrijver mijn kritische bril opgezet en ben ik zelf aan de slag gegaan om deze in de mate van het mogelijke te vervolledigen.

5.2 INSPIRATIE

De gesprekken die gevoerd werden tijdens de instapstage leidden al snel tot de conclusie dat mensen waarmee men samenleeft in een woonvorm, daarom niet per se vrienden zijn. De betekenis vriendschap kreeg hier een heel andere invulling. De bewoners die samenleven in een woning leveren wel diensten voor elkaar zoals, bijvoorbeeld het klaarzetten van de tafel, soep uitschenken, elkaars privacy te respecteren, etc. maar toen men vroeg of ze hun medebewoners als vrienden zagen, was het antwoord bij de meesten resoluut 'nee'. Dat terwijl er toch veel sprake is van een gemis van iemand waarmee ze zich verbonden voelen, je zou het een gevoel van eenzaamheid kunnen noemen.

Toen een eerste voorstel voor de bachelorproef ingediend moest worden, was het idee om te werken rond het thema eenzaamheid. Aangezien eenzaamheid een gevoel is en dus moeilijk te veranderen, leek dit vrij lastig om te realiseren. Het plan was om allerhande tools te ontwikkelen om de mensen binnen het PVT met elkaar in contact te brengen, maar de meeste van hen ontbreken digitale kennis en als ze contact met elkaar willen leggen is dit eigenlijk vrij toegankelijk door alle activiteiten die reeds georganiseerd worden.

Op naar de doorgroei-stage, waar hetzelfde idee nog steeds speelde. Vanuit de voorziening kwamen ook enkele voorstellen, waarvan er een voorstel was dat de bewoners meer wou betrekken bij vergaderingen en persoonlijke besprekingen. Dit was de aanleiding die zorgde voor het praktijkidee: empowerment en herstel vergroten, door het proberen ontwikkelen van een netwerkkaart. Dit heeft onrechtstreeks te maken met eenzaamheid en legt de regie vooral bij de bewoner zelf. In plaats van de bewoners meer met elkaar te verbinden binnen het PVT, was het opzet om hen weer verbinding te laten zoeken met zichzelf en het bijhorende sociale netwerk.

Tijdens de opleiding zijn ons talloze interessante instrumenten en methodieken aangereikt die aan de praktijk getoetst kunnen worden. De eenvoudigste en duidelijkste manier om een sociaal netwerk weer te geven kan via de sociale netwerkcirkels van Lensink. Om op een overzichtelijke manier naar deze cirkels te kijken, is de visualisatie gebaseerd op de methodiek photovoice.

5.3 VERLOOP

Met de handen in het haar en later dan voorzien is dit afstudeerproject van start gegaan. Het doel was om vijf interviews af te nemen die ongeveer 45 minuten in beslag namen, in een rustige ruimte. De intentie was om nadien met de bewoner op zoek te gaan naar foto's van

de mensen uit zijn sociaal netwerk en deze in de netwerkcirkels te plaatsen. Klaar is kees! Althans, zo leek het toch. Dit verliep niet zonder a few bumps in the road...

Het gedeelte om een prikkelarme ruimte te vinden waar de geïnterviewden hun verhaal konden doen, was niet moeilijk. Binnen de voorziening beschikken ze over een stille ruimte of 'de living', zoals het genoemd wordt. Deze ruimte wordt met rust gelaten als de deur dicht is en zoals het woord het zelf al aangeeft; het is er stil.

Bij twee bewoners is de bewuste keuze gemaakt om het interview niet in deze ruimte af te nemen. Hun studio zorgde voor meer veiligheid en dit gevoel was een basisvereiste bij het afnemen van de interviews. Het was van belang dat alles in de handen van de geïnterviewde lag.

Verder vond ik het van belang om de grenzen van de geïnterviewde te bewaken en te respecteren. Net omdat ik deze mensen slechts enkele maanden heb begeleid, vond ik niet dat ik me in een positie bevond waar ik kon pushen en doorvragen. Dit heb ik dus ook niet gedaan.

Omdat ik niet dieper durfde in te gaan op sommige antwoorden, ben ik misschien wel informatie misgelopen. Ik vond niet dat ik als stagiair in een positie zat om dit te doen. Dit zou me ook een ongemakkelijk gevoel hebben gegeven en kon ten koste gaan van de vertrouwensband met de bewoner.

5.3.1 *Het eerste interview*

Het eerste interview was met een man die gediagnostiseerd is met angststoornissen. Ik had al een band met de bewoner omdat we regelmatig eens een babbeltje sloegen. Doordat ik al het één en ander wist van deze man, leek het gemakkelijk om af te toetsen of zijn verhalen waarheidsgetrouw waren. Niet dat geïnsinueerd werd dat deze man zou liegen, maar voor sommigen is het moeilijk om realistisch over hun leven te vertellen. Hij werd uitgenodigd voor het interview met een kopje warme chocomelk en enkele minuten later zaten we in de stille ruimte.

Wat het slechtste liep binnen dit eerste interview was mijn houding. Ik was zo gefocust op het voltooien van dit interview binnen de vooropgestelde tijd van 45 minuten. Ik wou het zo snel mogelijk laten verlopen. Zo had ik geen open houding en luisterde ik niet met volle aandacht naar de man. De antwoorden op deze vragen leken voor mij zo simpel en voor de hand liggend, maar dit bleek niet voor iedereen het geval.

Net voor ik het interview beëindigde vroeg ik naar de foto's die nodig waren om de netwerkcirkels te visualiseren. De bewoner gaf aan dat hij liever geen foto's gebruikt en eigenlijk ook over weinig foto's beschikt. Over dit probleem had ik al nagedacht. In plaats van foto's gebruiken, zou ik de geïnterviewden laten kiezen om de persoon te symboliseren. Zo koos deze man ervoor om zichzelf te symboliseren aan de hand van een truweel³. Hij ziet zichzelf zo omdat hij vindt dat hij ervoor zorgt dat de familie samenblijft, met andere woorden dus de cement is die ervoor zorgt dat de broers bij elkaar blijven. Ik vond het prachtig hoe de man zo positief over zichzelf dacht en vond dit al een heel mooie stap die gekoppeld kan worden aan herstelondersteunende zorg.

5.3.2 *Het tweede interview*

Mijn tweede interview was met een man die last heeft van dwangstoornissen, meer bepaald OCS. Het was wel het gemakkelijkste en kortste interview (36 minuten en 5 seconden). Ik koos hem omdat hij zelf al een grote interesse heeft in (familie)geschiedenis. Zo is hij lid van de heemkundige kring in de gemeente. Een heemkundige kring bestaat uit een groep vrijwilligers die nieuwsgierig zijn over hun eigen leefomgeving en hun kennis hierover graag

³ Een truweel is een stuk handgereedschap in gebruik bij een metselaar om mortel mee te verwerken.

vergoten. Behalve dit zocht hij zelf ook informatie op over zijn stamboom. Als we samen zaten in de cafetaria, vertelde hij hier regelmatig over. Jammer genoeg wordt deze bewoner gezien als een grijze muis omdat hij zelf aan veel activiteiten participeerde buiten het PVT. Tijdens het interview bloeide hij dan ook volledig open wanneer hij over zijn sociale netwerk vertelde. Bij deze man is er echt wel sprake van een vitaal netwerk. Ze staan hem bij met raad en daad en ze zien elkaar ook nog regelmatig.

Hij vertelde over een koppel dat hij al lange tijd niet meer gezien had. Via Facebook en de Gouden Gids was hij al naar hen op zoek gegaan, maar tevergeefs. Ik vond het heel mooi van hem dat hij zelfstandig op zoek ging om terug met deze mensen in verbinding te komen. Dit is zeker iets waar in een later stadium van het project aan gewerkt kon worden indien hier nog tijd voor was.

Voor de netwerkcirkels verkoos hij echte foto's boven de symbolen. Deze had hij dan ook nauwkeurig klaargelegd in zijn studio enkele uren later.

Deze man laat niet veel personen toe in zijn studio omwille van zijn smetvrees. Het was voor mij echt wel een sprankelmomentje om toch toegelaten te worden in zijn studio. Ik bedankt hem voor zijn medewerking aan mijn project, waarop hij antwoordde: "Gij zijt bedankt om interesse in mij te tonen, ik heb het gevoel dat ik hier vaak vergeten word." Ik ben blij dat mijn bijdrage als hulpverlener zijn vruchten heeft afgeworpen.

5.3.3 *Het derde interview*

Bij het derde interview ging het om een man met hechtingsstoornissen. Hiervan wist ik op voorhand dat het een uitdaging ging zijn. Deze man is vrij chaotisch en vergeetachtig, waardoor ik wist dat het interview enige tijd zou vergen. Het was dan ook meteen mijn langste interview (48 minuten en 42 seconden). Het viel me al snel op dat mijn vragen niet voldoende waren afgebakend, waardoor het voor deze persoon heel moeilijk was om te antwoorden op de vragen. Dit zorgde er ook voor dat hij van de hak op de tak sprong, wat het voor mij als interviewer lastig maakte om te volgen.

Hij ging een reeks namen af, waardoor het eerder een opsomming was van personen die het eerst in hem opkwamen. Omdat ik ook al een band had met deze man, wist ik dat niet alle informatie overeenstemde met de werkelijkheid. Zo vertelde hij over bewoners die voor hem zeer belangrijk waren, maar waar ik hem nooit tijd mee zag doorbrengen.

Verder sprak hij nog over mensen die hij als belangrijk ziet, maar die geen positieve band bij hem oproepen. Er bleek nog veel wrok te zijn tegenover deze personen, maar het was onmogelijk om tijdens een eerste gesprek hier al verder op in te gaan. Ik wou me vooral focussen op het netwerk in kaart brengen, om daarna pas verder te gaan met het verbinden of verwerken van slapende of verloren netwerken. De bewoner koos om beide manieren te gebruiken voor het visualiseren van de netwerkcirkel. Zo koos hij enkel symbolen voor de mensen waarvan hij geen foto had.

5.3.4 *Het vierde interview*

Als vierde interview koos ik iemand die nogal stil en teruggetrokken is. Het is een man met de diagnose depressie. Doordat ik hem niet zo goed kende, was ook dit een interessant gegeven voor het interview. Het was afwachten naar hoe open deze persoon zou zijn naar mij toe. Tot ieders grote verbazing is er uit het interview heel wat (nieuwe) informatie gekomen. Zo vertelde hij over een nicht die hij al lange tijd niet gezien had, maar wel ontzettend mist. Dit wist zijn individuele hulpverlener niet en dat terwijl ze hem al jaren begeleidt.

Het interview kende ook een omwenteling. Tijdens de vragen begon de man plots te vertellen over hoe hij zich jaren geleden voor alles en iedereen heeft geïsoleerd. Ik zag een zekere spijt in zijn ogen en voelde dat hij de nood had om hier verder op in te gaan. In tegenstelling tot het vorige interview, heb ik de man laten vertellen. Dit vooral omdat hij beweert dat zijn leven heel anders kon zijn. Er heerst vooral een contrast tussen zijn broer en hem. Zijn broer

is iemand die heel handig en extravert is, terwijl de bewoner eerder een teruggetrokken houding heeft. Na afloop bleek dat hij over een klein netwerk beschikt, maar wel precies weet bij wie hij terecht kan.

De geïnterviewde had geen foto's meer liggen van deze personen, dus besloot hij om symbolen te gebruiken. Hij weet ontzettend veel over het sterrenstelsel, en heeft hier daardoor ook meerdere personen aan gekoppeld.

5.3.5 *Het vijfde interview*

Als laatste nam ik een interview af met een vrouw die de diagnose heeft van schizofrenie en angststoornissen. Het is alweer iemand heel chaotisch, maar met een heleboel foto's en verhalen. Deze dame was ontzettend enthousiast en wou ook alles tegelijk proberen te vertellen. Aangezien er enige tijd tussen dit en het derde interview zat, probeerde ik te leren uit mijn fouten. Ik ben anders tewerk gegaan en had de vragen deze keer wel al afgebakend. Dit bleek een hele hulp te zijn en zorgde voor meer duidelijkheid bij beide partijen.

Ook bij dit interview kwam ik nog op een nieuw knelpunt uit. Terwijl ze vertelde over haar familie, bleek dat één van haar broers overleden was terwijl zij in opname was voor psychiatrische problemen. De vrouw vertelde dat ze op het moment "zo ziek" was dat ze de begrafenis niet heeft kunnen meemaken en het graf nog nooit bezocht heeft. Toen ik vroeg of het zou helpen om het graf eens te bezoeken, zei dat ze dit wel wou maar niet alleen. Ook op deze manier vind ik dat het mogelijk is om herstel op te nemen in het leven van deze bewoonster.

Verder had deze vrouw ook nog een heleboel mensen in gedachten en leek het ook hier meer alsof ze de netwerkcirkels gewoon vol wou zien. Ik heb dan ook het interview stopgezet omdat de bewoonster het risico zou lopen zichzelf hierin te verliezen.

5.3.6 *Creëren van de netwerkcirkel*

Nu de interviews op een einde liepen, kon de verwerking van de verzamelde informatie beginnen. Al leek dit veel moeilijker dan het uiteindelijk was. Er lagen enkele hindernissen op de baan, waar niet meteen een oplossing voor was. De hindernissen die zich voordeden waren het ontbreken van verwerking van overleden personen, positionering van de netwerkleiden en hoe het nu concreet gevisualiseerd ging worden.

De grootste vraag was bedroeg het visualiseren van overleden personen in de netwerkcirkel. Om tot een idee te komen werden verschillende mensen bevroegd: van collega's op stage tot docenten binnen de opleiding. Allemaal leken ze er ook belang aan te hechten dat overledenen gevisualiseerd mochten worden in de netwerkcirkel, maar wist niemand meteen een oplossing. Iemands overlijden kan immers een grote impact hebben op de bewoner zijn of haar leven en neemt de betekenis niet weg dat aan die persoon werd gehecht.

Verder was het ook een uitdaging om te kijken hoe de personen gepositioneerd worden tegenover de ik-persoon in de netwerkcirkel. Dit vooral over hoeverre men iemand wel of niet dicht kan plaatsen in de netwerkcirkel en wat mijn bedenkingen zijn omtrent de bevindingen die Van Gennep (2002) voorschreef in verband met die afstanden.

De geïnterviewden die voor een foto kozen vonden het ook lastig om zelf een foto te vragen aan familieleden, vrienden of hulpverleners die zij belangrijk achtten. Aangezien de tijd van het afstudeerproject beperkt was, kon hier niet verder in worden geïnvesteerd. Dit tot mijn grote spijt, want ook dat is een stap richting herstel en regie in eigen handen nemen.

5.4 WAT ALS...

5.4.1 *Er een herstelknop was?*

Wat als er een herstelknop was? Nu de proefperiode achter de rug is om het praktijkidee te proberen, is het tijd om te evalueren. Met een kritische bril wordt op verschillende manieren teruggekeken naar het proces. Er is een verschil merkbaar in de vooropgestelde doelen en het uiteindelijke resultaat. Dit neemt niet weg dat het hele proces noodzakelijk was om tot deze bevindingen te komen.

5.4.2 *Aandachtspunten*

Omdat de mogelijkheid niet bestaat om terug te keren in de tijd, worden hieronder enkele tips gegeven om het proces uit te breiden en tot een verfijndere creatie te komen.

5.4.2.1 De bewoner draagt de horloge

Één van de belangrijkste dingen binnen deze interviews is het nemen en geven van tijd.

Hoewel de termen rehabilitatie en empowerment allebei definiëren om de kracht van de bewoner naar boven te laten komen, loop je als hulpverlener snel in de val om zaken zelf in te vullen.

Dit is ook een val waar ik ben ingetrapt. Wegens tijdstekort ben ik zelf een netwerkcirkel gaan invullen, dit kan dus niet overeenkomen met wat de bewoner daadwerkelijk bedoelde. Het is slechts een interpretatie.

Wat op voorhand verwacht werd om binnen een interview af te hebben, bleek al snel minder evident te zijn. Het ideale proces om deze interviews af te nemen en het herstel op te nemen lijkt me om in verschillende stappen te werken en deze te verspreiden over enkele weken.

1. Neem het interview bij voorkeur samen af met de individuele hulpverlener. Hij of zij weet best of de bewoner realistische informatie deelt. Dit is iets dat niet met opzet gebeurt binnen deze doelgroep, maar niet ondenkbaar is.
2. Zoek samen met de bewoner naar visualisaties voor de symbolen die hij of zij kiest bij de genoemde personen. Er circuleren miljoenen afbeeldingen van een roos, laat de bewoner beslissen welke roos hij of zij precies wilt. Ga eventueel zelf foto's nemen met de geïnterviewde, zo wordt dit nog persoonlijker. Ga een gesprek aan over wat men ziet en waarom precies dat gekozen wordt. Ook hier kan altijd zinvolle informatie naar boven komen. Terwijl je een selectie maakt van al de afbeeldingen, bespreek je best al met de bewoner hoe intiem deze relatie wordt beschouwd.
3. Bespreek met de bewoner hoe hij of zij bepaalde contacten wil herstellen indien dit gewenst is. In mijn interviews kwam dit regelmatig ter sprake, maar gaven de bewoners ook aan dat dit alleen niet lukte. Het is mogelijk om samen een brief op te stellen of een telefoontje voor te bereiden.
4. Neem na enkele maanden de netwerkaart er nog eens bij. Zijn er relaties veranderd? Ontbreken er nog dingen? Hoe voelt de bewoner zich daarbij?
5. Moratorium: indien nodig de bewoner de ruimte geven om het proces te pauzeren of indien zelfs te stoppen. De geïnterviewden ervaarden de vragen als moeilijk en sommigen waren echt uitgeput. Ook al lijkt het gemakkelijk om jouw persoonlijke netwerkcirkel in te vullen, dit is zeker niet voor iedereen het geval.

Er is geen sprake van een statisch proces. Een sociaal netwerk is constant in beweging en dus veranderlijk. Door het instrument erbij te nemen kunnen herstelde contacten een ander plaatsje verwerven binnen de netwerkcirkel. De bewoner kan immers ook met nieuwe mensen in contact gekomen zijn waarmee hij of zij een betekenisvolle relatie is aangegaan. Ook dit mag zeker niet uitgesloten worden. Het kan zijn dat men soms een stap terug moet nemen of moet herdoen. Het is belangrijk om hierin het tempo van de bewoner te volgen.

5.4.2.2 Houding van de hulpverlener

De ideale houding van de hulpverlener is weer te geven door een knipoog te doen naar de presentietheorie. *Er zijn* is van cruciaal belang binnen deze interviews. Als hulpverlener is het van uiterst belang om niet enkel te horen wat de bewoner vertelt, maar ook echt te luisteren naar het (levens)verhaal. Van daaruit kan men het handelen aanpassen om iets te bereiken wat de bewoner als een meerwaarde ervaart.

Het zijn geen dagdagelijkse gesprekken en net omdat dit binnen een veilige ruimte besproken wordt, kan het al voldoende zijn voor de bewoner om meer van zichzelf bloot te geven.

Tijdens mijn eerste interview ben ik misschien veel informatie mislopen omdat ik zodanig gefocust was op een snel resultaat. Dit is niet enkel nefast voor het in kaart brengen van het sociale netwerk, maar had ook het einde van de vertrouwensband tussen mij en de bewoner kunnen betekenen.

5.5 UITEINDELIJKE CREATIE

5.5.1 Invulling kritische bedenkingen

Doorheen het proces zijn er twee complicaties opgetreden waar niet meteen een antwoord voor te vinden was. Na enige verdieping in de verschillende manieren om een netwerk in kaart te brengen, droeg dit bij tot inspiratie en een uiteindelijke oplossing.

Het eerste knelpunt dat zich voordeed had te maken met de visualisatie. Het leek heel fijn om samen met de bewoner foto's te maken van de personen die voor hem of haar belangrijk zijn, maar dit leek al snel onhaalbaar. Door aan alle deelnemers te vragen om deze mensen een symbool toe te kennen, werd dit al meteen een pak persoonlijker. De bewoners dachten zelf na over de invulling van de betekenis van hun sociale netwerk. De regie wordt daardoor volledig in hun handen gelegd.

Het tweede knelpunt was hoe men op een respectvolle manier een overleden persoon kan integreren in deze netwerkkaart. Dit heeft (nog) niet rechtstreeks te maken met rouwen, maar dit kan wel een aanleiding zijn voor de hulpverlener om hierover in dialoog gaan met de bewoner.

De inspiratie werd gevonden bij de gestandaardiseerde symbolen die horen bij het ecogram en het genogram. Hier bestaat een legende voor het objectief aanduiden van het familienetwerk, maar er zijn ook niet-gestandaardiseerde manieren om de kwaliteit van de relaties aan te duiden. Het lijkt me ideaal om ook dit te integreren in de netwerkcirkels.

Zo worden neutrale relaties gewoon aangeduid met een zwarte cirkel, positieve relaties worden aangeduid met een groene cirkel, negatieve of verbroken relaties worden aangeduid met een rode cirkel en als laatste worden overleden personen aangeduid door stippellijnen.

5.5.2 Toelichting voorbeeld

Hieronder een voorbeeld van wat het uiteindelijke resultaat moet worden, gebaseerd op de netwerkcirkels van Brian Lensink met visualisering geïnspireerd op de methodiek photovoice. Onderstaand het resultaat op basis van de man in het vierde interview.

Omwille van tijdstekort heb ik de invulling grotendeels zelf gedaan en is de netwerkcirkel dus niet representatief aan de werkelijkheid, maar schiept zo wel een beeld van wat ik wou bereiken. De symbolisering van de personen heeft hij zelf gedaan, maar de positionering en het invullen van de kwaliteit van de relaties heb ik zelf aangevuld.

- Kwadrant samenleving:
 - o Jupiter = Jeugdvriend. Ik denk dat hij deze planeet koos omdat deze de grootste is in het zonnestelsel is en hij opkeek naar deze vriend die hulpverlener was in zijn jeugdbeweging.
 - o Weefboom = jeugdvriend: dit was het beroep dat deze persoon uitoefende.
 - o De letter J = jeugdvriend.
 - o Tulp = buurvrouw: hier kwam hij regelmatig langs om een babbeltje te slaan en zij was er steeds om naar hem te luisteren.
 - o Baksteen = jeugdvriend.
 - o Mercurius = overleden jeugdliefde: het is de kleinste planeet. Ze was zelf ook klein van gestalte. Dit is iemand waar hij veel aan had. Haar dood maakte ook veel indruk (hij was toen zelf 23).

Op vraag van de stageplaats is er ook een handleiding te vinden om deze netwerkcirkel te maken in Word (zie bijlage 3).

5.6 BESLUIT

In het eerste deel van dit hoofdstuk werd het hele denkproces toegelicht dat te maken had met de creatie die men wou ontwerpen. Aan inspiratie geen gebrek, er was immers een ruw beeld van wat men in gedachten had.

Toen de praktische ideeën op de proef werden gesteld, liep dit niet van een leien dakje. Zo deden zich allerhande problemen voor die zo snel mogelijk een aangepaste oplossing kregen, bijvoorbeeld het aanpassen van de vragen. Er was ook sprake van problemen die meer denkwerk vroegen. Hier werd dan ook pas bij het schrijven van dit afstudeerproject een oplossing voor gevonden.

Om deze uitwerking door te geven aan de stageplaats, werden er in het gedeelte “Wat als...” enkele bruikbare tips meegegeven waarmee rekening kan worden gehouden.

Na de vele gesprekken, interviews en uitproberen is er een uiteindelijk resultaat van wat men wou bereiken binnen dit afstudeerproject. Dit werd geïllustreerd op basis van het vierde interview, met daarin de nodige (fictieve) aanvullingen om het een compleet beeld te geven aan de lezer.

6 CONCLUSIE

Om een conclusie te formuleren, zou ik graag verwijzen naar de titel van deze bachelorproef:

Hoe kunnen we door middel van photovoice volwassen bewoners in een psychiatrisch verzorgingstehuis betrekken bij hun herstelproces, met oog op het realiseren van een netwerkkaart.

Na de lange zoektocht rond het gebruik van photovoice, hebben de interviews met de bewoners ervoor gezorgd dat er een aangepaste manier is om de netwerkcirkels te visualiseren. Er zijn reeds enkele modellen bekend om een netwerk in kaart te brengen. De instrumenten die al gehanteerd worden, ontbreken echter wel steeds iets om allesomvattend te zijn. Zo is er bij het genogram enkel sprake van het in kaart brengen van familieleden (Steyaert & Kwekkeboom, 2012), houdt men bij het wijkecogram enkel rekening met de geografische afstand (Scheffers, 2017) en berusten de straat- en contactladder op de samenhang tussen buurtbewoners (Kruijswijk, et al., 2014).

De netwerkcirkels zijn vooral onderbouwd op basis van een interpretatie die verder gaat dan wat verschillende bronnen menen in te vullen. Zo kan de afstand van een begeleider tot een bewoner dichter zijn dan deze tot een familielid. Dit is een veel voorkomend fenomeen bij langdurige opnames terwijl Steyaert & Kwekkeboom (2012) hier andere maatstaven voor weergeven. Het was noodzakelijk om de aard van de relatie aan te duiden binnen de netwerkcirkels. Dit geeft een overzicht van alle soorten netwerken die de bewoner heeft en houdt rekening met alle facetten die hiermee gepaard gaan.

Het voordeel van een gevisualiseerde netwerkkaart is dat het bewoners kan helpen om makkelijker over hun sociaal netwerk te spreken. Dit is niet voor iedereen een evidentie. Door het personaliseren van deze visualisaties wordt de regie volledig in de handen van de bewoner gelegd. De dialoog tussen hulpverlener en bewoner die hiervoor plaatsvindt, nodigt uit om gerichte ondersteuning te bieden en een weg naar herstel te maken.

Nadelig aan de netwerkkaart is dat deze kan zorgen voor enige verwarring. De vele facetten waarmee rekening dient gehouden te worden, kunnen een teveel aan prikkels zijn en voor sommigen als onoverzichtelijk ervaren worden. Hoewel ik denk dat dit minder van toepassing is in deze doelgroep, maar dit kan wel een probleem vormen bij andere doelgroepen. Zo denk ik aan mensen met een mentale beperking. Het kan wel gebruikt worden bij mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) en mits enige aanpassing zou het wel kunnen werken voor mensen met een visuele beperking.

Het starten van een netwerkkaart kan heel confronterend zijn. Zo kan een bewoner denken dat hij over een groter netwerk beschikt, dan wat werkelijk op papier staat. Het omgekeerde kan natuurlijk ook van toepassing zijn. Misschien dacht de bewoner dat hij over een kleiner netwerk beschikte. Dit gevisualiseerd zien kan verschillende gevoelens opwekken (den Hollander & Wilken, 2015). Vandaar dat ik opteer om de netwerkkaart te creëren in samenwerking met de individuele begeleider. Hij of zij kent immers de persoon het best en er is reeds sprake van een vertrouwensband.

Had de mogelijkheid bestaan om dit project opnieuw te doen, dan zou ik het over een langere tijd spreiden. Idealiter had ik wekelijks met de bewoner samengezeten om constructief aan de slag te gaan met het ontwerp. Dit had gezorgd voor meerdere netwerkkaarten met betrouwbare en reële informatie, die representatief zijn aan de werkelijkheid. Deze moest ik nu zelf gaan invullen om de lezer een idee te geven van het opzet.

Toch vind ik het een geslaagd afstudeerproject. Binnen de voorziening was er al heel veel enthousiasme rond dit idee. Hopelijk gaan ze dit instrument hanteren omdat de combinatie van hun visie en dit ontwerp echt wel samenvloeit. Er is in de mate van het mogelijke rekening gehouden met alle waarden die de voorziening naar voren brengt in zijn werking. De rode draad doorheen deze bachelorproef heeft dan ook echt betrekking op het herstelproces van de bewoner waarbij empowerment een fundamentele waarde is.

BIBLIOGRAFIE

- Anthony, W.A., Cohen, M., F., Cagne, M. &, & Ch. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Baars, H. (1994). *Sociale Netwerken van ambulante chronisch psychiatrische patiënten*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Baars, H., Uffing, J., & Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie. Een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bassant, J., & de Roos, S. (2008). *Methoden voor Sociaal-Pedagogisch Hulpverleners*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Boevink, W. (2011). Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om (van) te leren. In J. Dröes, & L. Korevaar, *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn* (pp. 37-50). Amsterdam: Uitgeverij Coutinho.
- Boumans, J. (2015). *Naar het hart van empowerment: Deel 2*. Utrecht: Movisie.
- Brybaert, M. (2014). *Fundamenten van de psychologie*. Gent: Academia Press.
- De Graaff, T., de Boer, F., & Schoot, T. (2014). Beeldende therapie bij tinnitus: leren omgaan met een chronische klacht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 37-42. Opgehaald van GGMD voor Doven en Slechthorenden: <https://www.ggmd.nl/wordpress/wp-content/uploads/2014/10/Beeldende-therapie-bij-tinnitus.pdf>
- den Hollander, D., & Wilken, J. P. (2015). *Zo worden cliënten burgers*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Dierinck, P. (2018, maart 13). Wat is kwartiermaken? (PsychoseNet, Interviewer)
- Dröes, J., & Korevaar, L. (2011). *Handboek revalidatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Emmelkamp, P., Ehring, T., & Powers, M. (2008). Angststoornissen. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1: basisbegrippen* (pp. 231-365). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gagne, C. (2004, Juni 14). Voordracht studiedag 'Rehabilitatie en herstel'. *Rehabilitatie: een weg tot herstel*. Groningen, Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
- Galesloot, H. (2015). Kunst in de verdrukking. *Participatie en herstel*, 47-52.
- Hawe, P. (1994). Capturing the meaning of 'community' in community intervention evaluation: some contributions from community psychology. *Health Promotion International*, 199-210.
- Hendriksen-Favier, A., Nijnsens, K., & Van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jacobs, G., Braakman, M., & Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven, empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Jacobs, K. (2015). Photovoice, of hoe herstel in beeld te brengen... *Spiegel*, 20-21.
- Jastreboff, P. (1990). Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neuroscience Research*, 221-254.
- Koelen, M., & Van der Ban, A. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen academic publishers.

- Kruiswijk, W., Veer van der, M., Brink, C., Calis, W., J., M. v., & Redeker, I. (2014, Maart). *Aan de slag met sociale netwerken*. Utrecht: Movisie, Vilans. Opgehaald van Movisie: kennis en aanpak van sociale vraagstukken: <https://www.movisie.nl/publicaties/aan-slag-sociale-netwerken>
- Kwekkeboom, M., & Weert, C. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Latkin, C., Edwards, C., Davey-Rothwell, M., & Tobin, K. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviours*, 133-136.
- Loeffen, T., van Biene, M., & Wilken, J. P. (2012). Kunst en herstel. In J. P. Wilken, & D. den Hollander, *Handboek integrale rehabilitatiebenadering* (pp. 349-360). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Movisie. (2018, april 4). *Kwartiermaken*. Opgehaald van Movisie: Kennis en aanpak van sociale vraagstukken: <https://www.movisie.nl/esi/kwartiermaken>
- PC Caritas. (2018, Januari 16). *Psychiatrisch Verzorgingstehuis*. Opgehaald van Psychiatrisch Verzorgingstehuis: <http://www.pccaritas.be/zorgaanbod/psychiatrisch-verzorgingstehuis>
- Pearce, C. (2017). *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pennix, K. (2005). *Werken aan maatschappelijke ondersteuning, Een handreiking voor sociale professionals*. Utrecht: NIZW.
- Regenmortel. (2002). *Empowerment en maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- RIZIV. (2016, augustus 29). *Psychiatrische verzorgingstehuizen*. Opgehaald van Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering: <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/psychiatrische-verzorgingstehuizen/Paginas/default.aspx#.WsSMCS6uyM8>
- Rombaut, W. (2014). *Wie ken ik en wat wil ik?*. Terneuzen: Tragel Zorg.
- Scheffers, M. (2017). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociale netwerkmethodiek*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Sitvast, J. (2012). Empowermentfotografie. In J. P. Wilken, & D. den Hollander, *Handboek integrale rehabilitatie benadering* (pp. 335-348). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Smit, B., & Van Gennep, A. (2002). *Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: NIZW.
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Eindhoven: Libertas.
- van den Bosch, R. (2008). Schizofrenie en andere psychotische stoornissen. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1: basisbegrippen* (pp. 155-192). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Dries, A., & Zitman, F. (2008). Stemningsstoornissen. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1: basisbegrippen* (pp. 195-222). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Geest, N., & Serkei, C. (2009). *De brug is van niemand*. Amsterdam: International Theatre.
- van Deth, R. (2015). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- van Maurik, G., & Wilken, J. P. (2016, November 21). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Begeleiding op maat voor iedere cliënt*. Opgehaald van ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/254831826>
- Van Riet, N., & Wouters, H. (1996). *Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en diensverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Vandereycken, W. (2008). Psychopathologie: van diagnostiek tot therapie. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1: basisbegrippen* (pp. 5-58). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vansteenkiste, T. (2014). Photovoice. Herstel in beeld. *Psyche*, 8-10.
- Vlaamse Overheid. (2018, Januari 16). *Psychiatrische verzorgingstehuizen*. Opgehaald van Psychiatrische verzorgingstehuizen - Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/psychiatrische-verzorgingstehuizen>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1970). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weeghel, J. (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: SWP.
- Weiser, J. (1993). *Photography techniques. Exploring the secrets of personal snapshots and family albums*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Wenselaar, L. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilken, J. P., & den Hollander, D. (2012). *Handboek Integrale Rehabilitatie Benadering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Wolf, J. (2016). *Krachtwerk. Methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Woodhouse, S., Ayers, S., & Field, A. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 103-117.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Informed Consent

Bijlage 2: Vragenlijst interviews

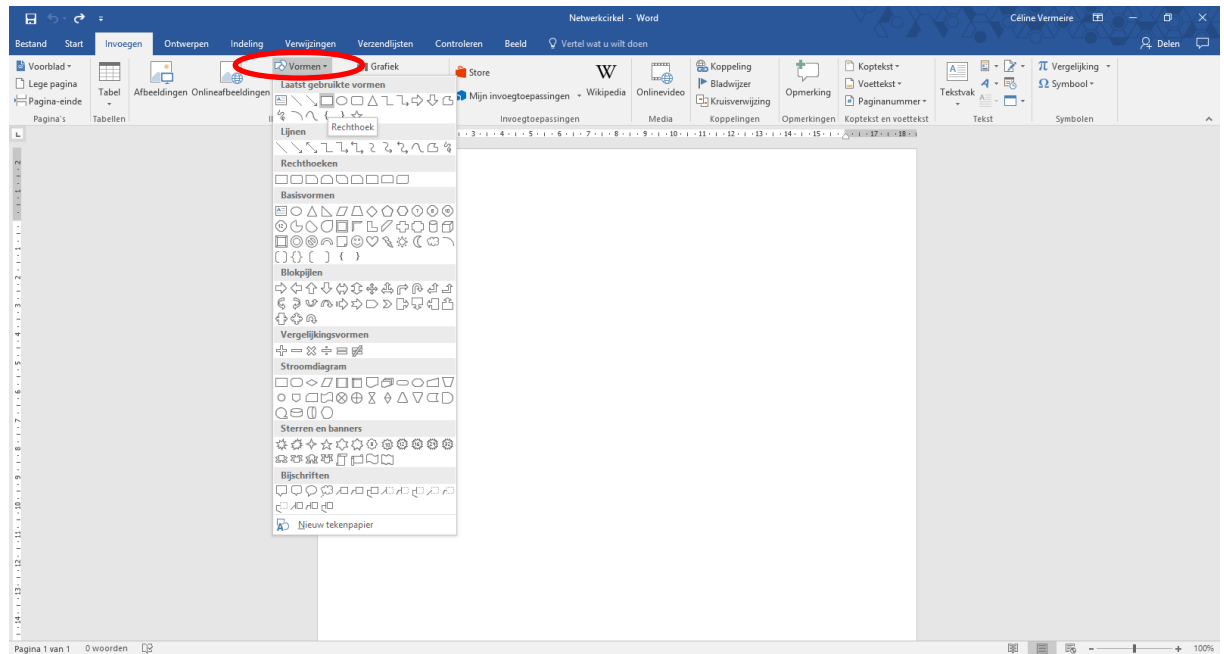
Bijlage 3: Stappenplan netwerkcirkel

Bijlage 2: Vragen interview

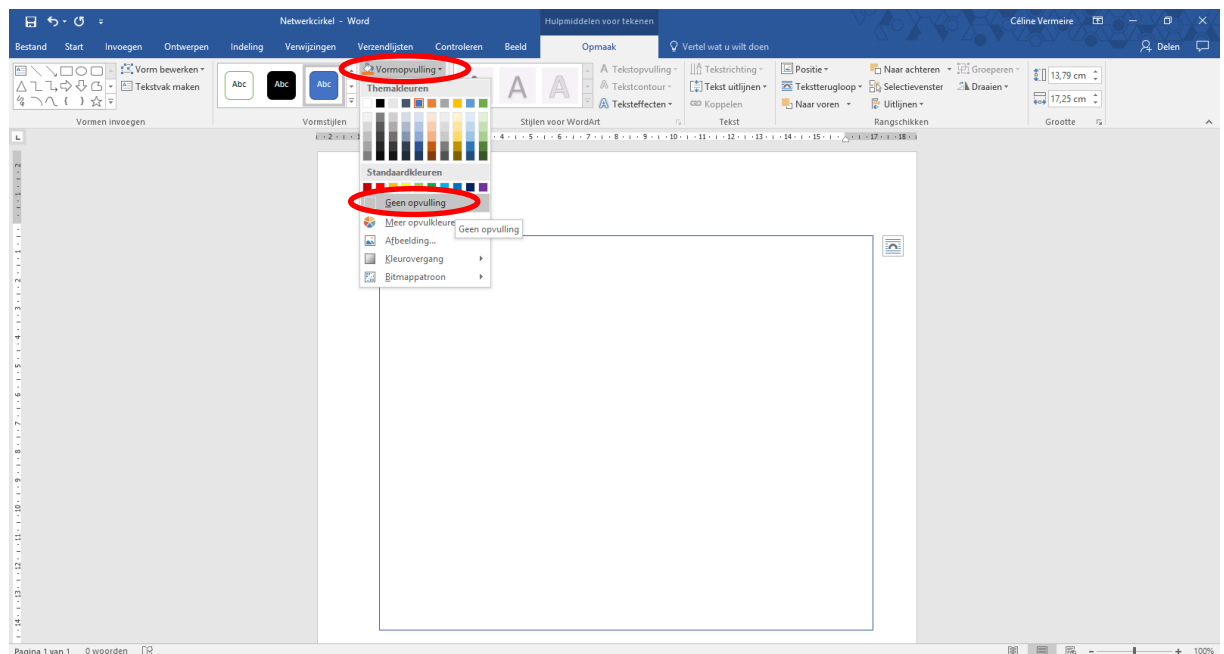
- Wie is er belangrijk voor jou?
 - Vrienden
 - Familie
 - Begeleiding
 - Overleden personen
- Wat zorgt ervoor dat ze zo belangrijk zijn voor jou, wat doen ze?
- Hoe is het contact met familieleden/vrienden?
 - Komen zij vaak op bezoek?
 - Ga jij bij hen op bezoek?
- Zijn er mensen die je mist?
 - Hoe komt het dat je ze niet meer ziet?
 - Hoelang heb je ze al niet meer gezien?
 - Zou je terug contact willen opnemen met deze personen?
- Met wie praat je als je het moeilijk hebt?
- Zijn er mensen waarvan je 'blij' bent dat je ze niet meer ziet?
- Bij wie kan je terecht met je vragen?
- Slaap je weleens op een andere plaats en zo ja, bij wie dan?
- Zijn er personen die belangrijk zijn voor jou niet genoemd?
- De mensen de mensen die niet op foto kunnen of willen: hoe zou je hen omschrijven?

Bijlage 3: Stappenplan netwerkcirkel

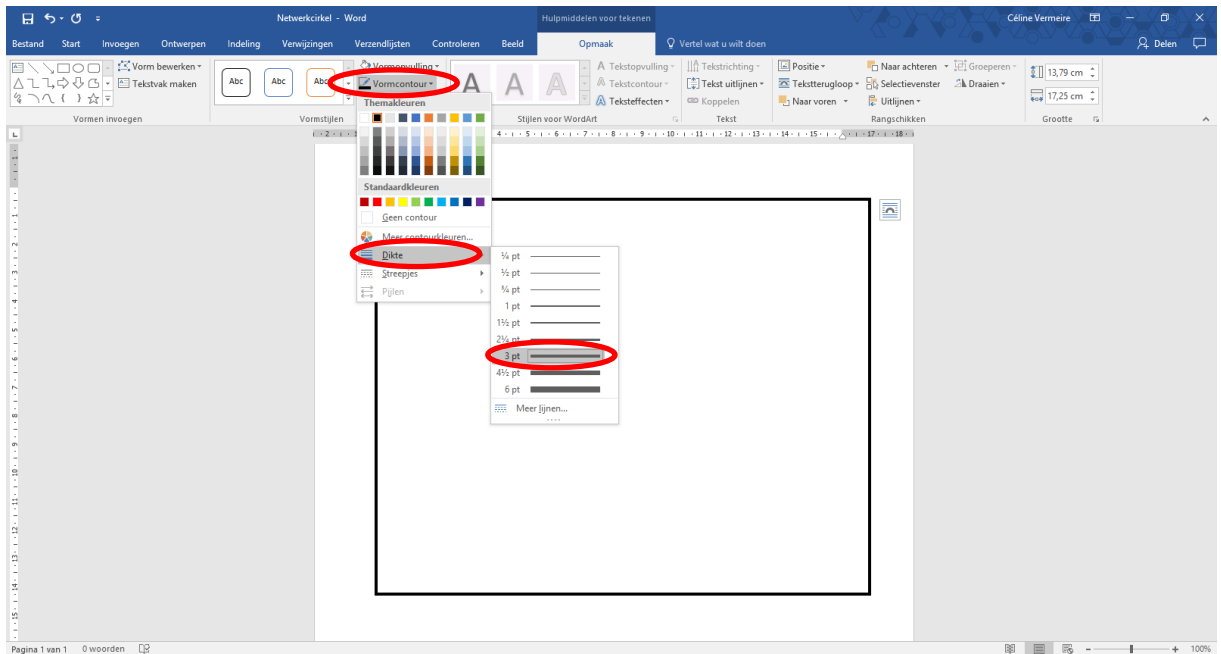
1. Ga naar het tabblad 'invoegen' en kies 'vormen'.



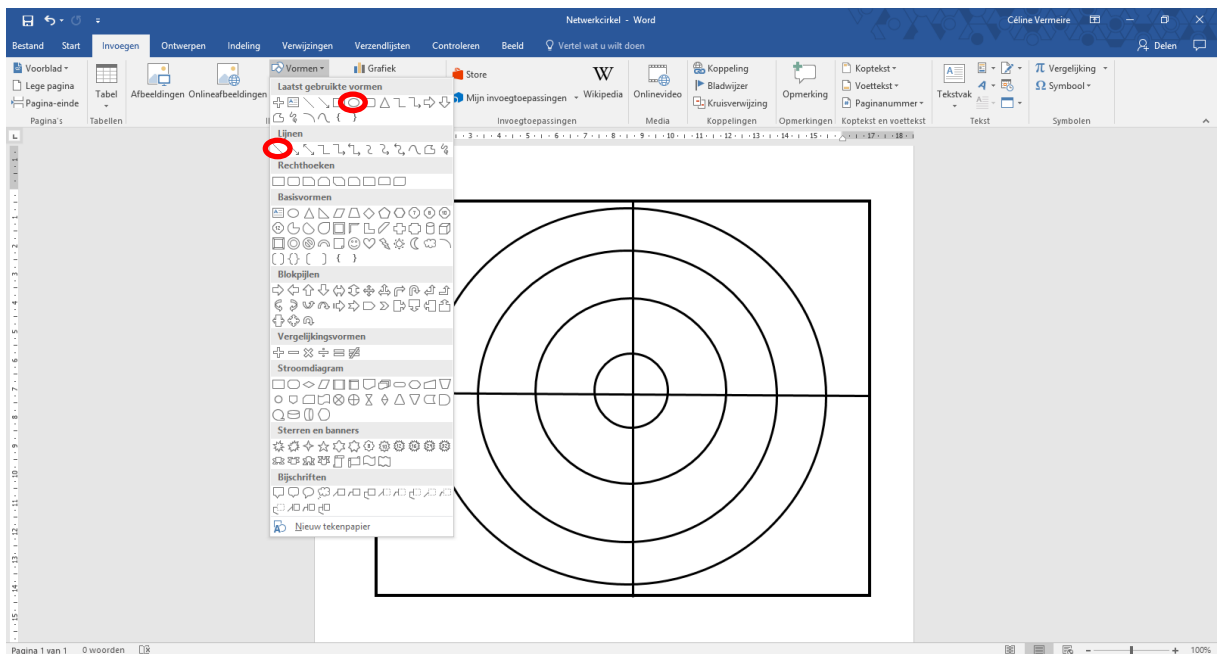
2. Kies het vierkant. Automatisch wordt het tabblad 'opmaak' geopend. Selecteer geen opvulling via 'vormopvulling'. Dit is belangrijk zodat er nog veel in de netwerkcirkel kan komen en dit geen overweldigend effect geeft.



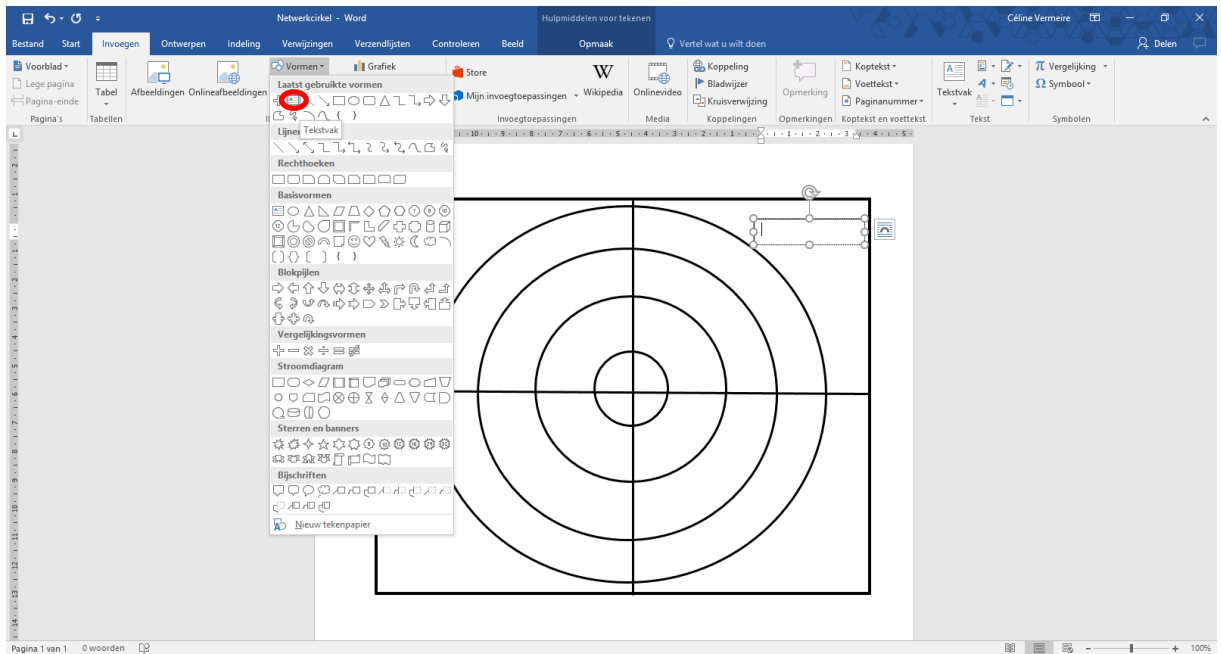
3. Kies bij 'vormcontour' voor de zwarte kleur. Voor de dikte geef ik de voorkeur aan 3pt. Dit kan men aanpassen naargelang wat men zelf wenst.



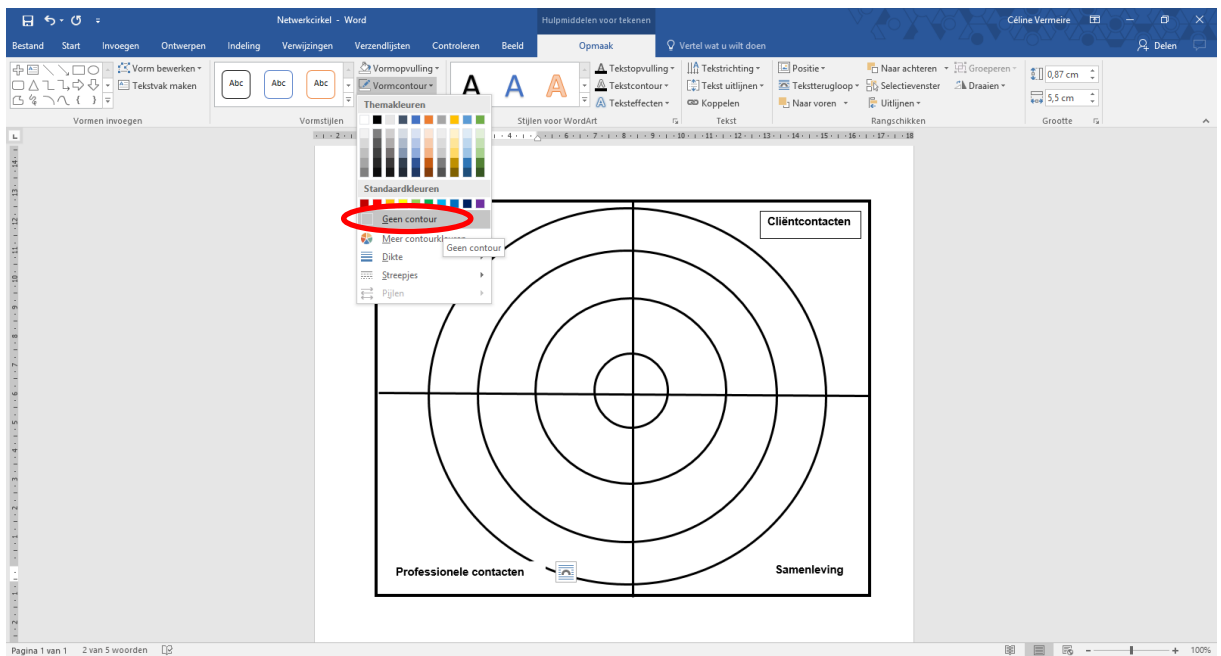
4. Herhaal de eerste drie stappen om de cirkels en lijnen in te voegen. De dikte hiervoor bedraagt 2^{1/4}pt.



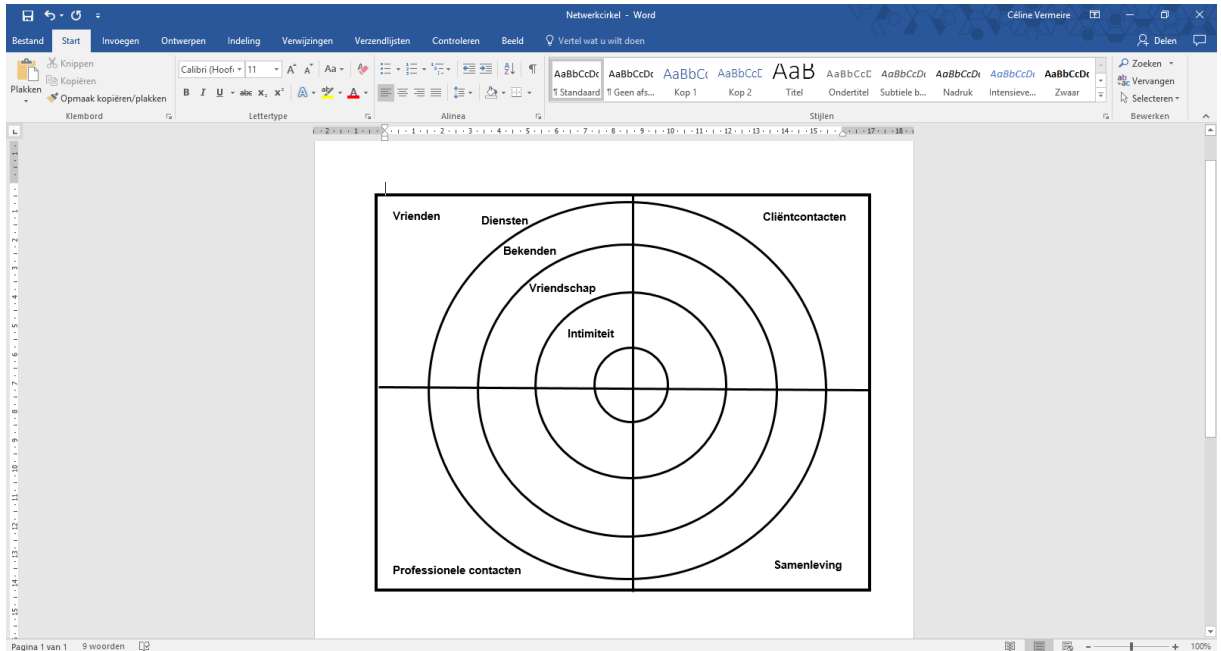
5. Als men het wenst kan men ook de vier kwadranten er uitdrukkelijk bij schrijven. Belangrijk hierbij is dat men kiest voor invoegen van een tekstvak. In dit voorbeeld is gekozen voor het lettertype Arial, tekengrootte 11 in het vetgedrukt.



6. Na het invoegen van de tekst zal hier een kader rond staan. Deze kan men wegwerken door te kiezen voor 'geen contour'. Let wel op! Eenmaal dit gebeurd is kan je de tekst niet meer verplaatsen. De cursor vindt dit namelijk niet meer terug.

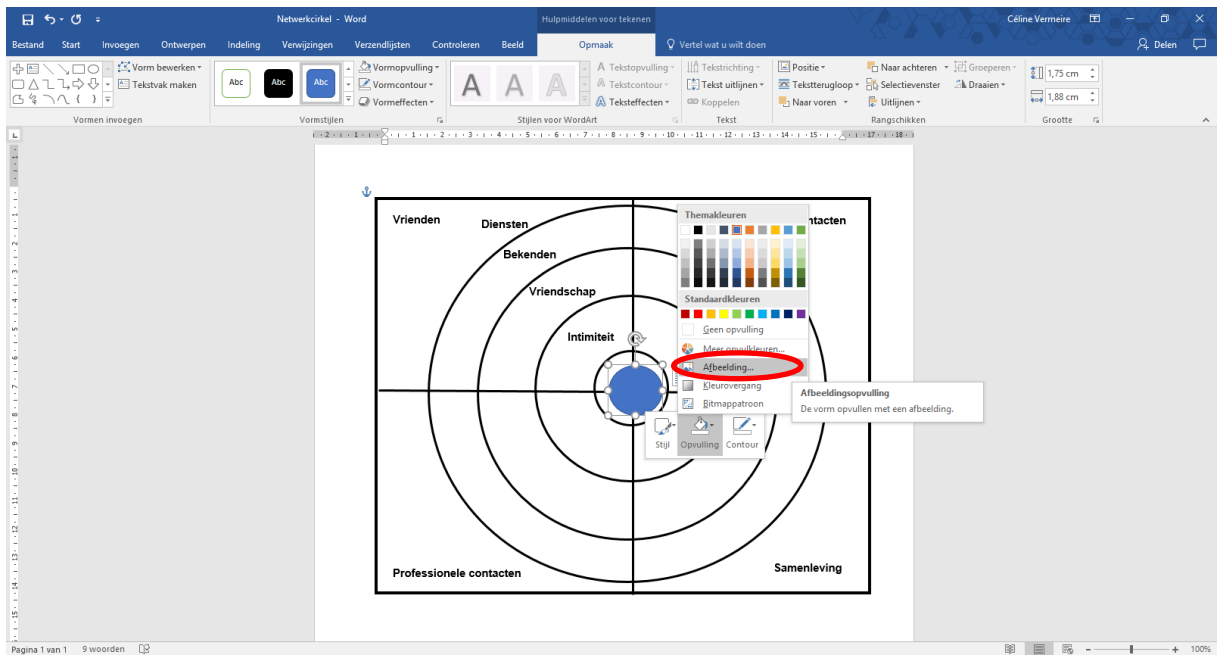


7. De basis van de netwerkcirkels is gevormd.

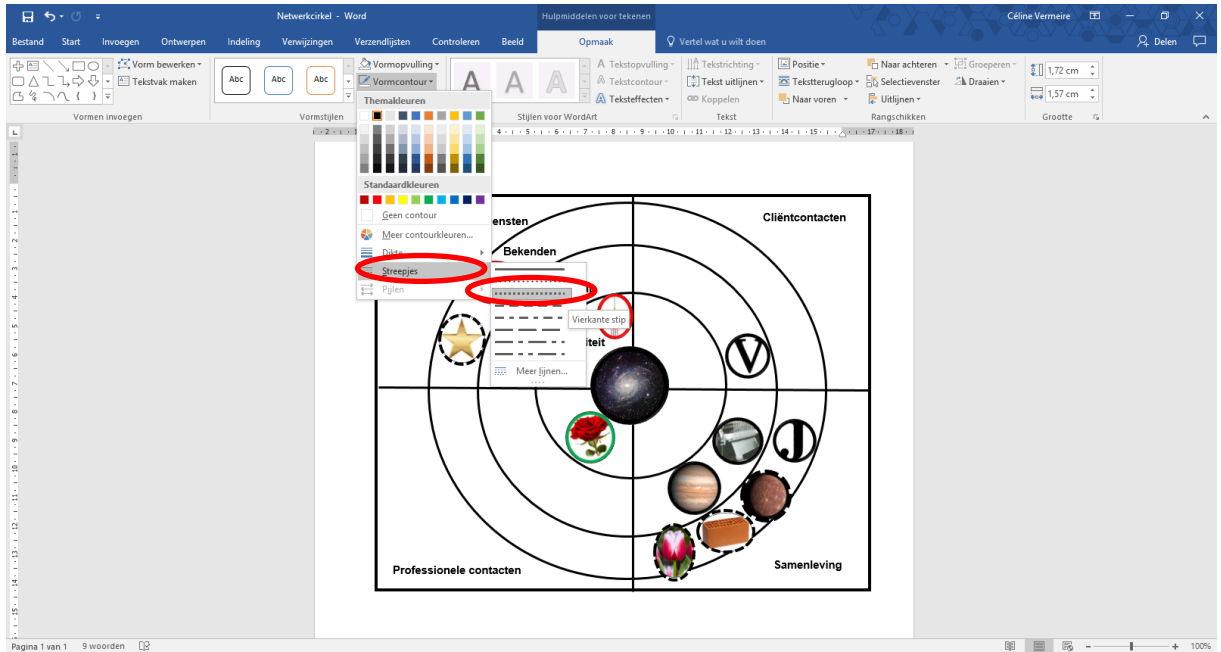


8. In het midden komt de bewoner waarmee je de netwerkaart maakt. Belangrijk hierbij is om niet gewoon een foto in te voegen en als opmaak een cirkel als kader te kiezen. Dit lijkt op hetzelfde uit te komen, maar het is dan onmogelijk om er 'kenmerken' aan toe te kennen, bv. indien de persoon overleden is en er een stippenlijn rond moet. Je klikt dus op de rechtermuisknop en kiest vervolgens voor 'opvulling' en dan 'afbeelding'.

Tip! Om je afbeeldingen snel te vinden maak je best al een mapje met alles erin. Zo vindt je de afbeeldingen veel sneller terug. Bij voorkeur op het bureaublad van de computer, zo hoef je niet te ver te zoeken.



9. De streepjes die gebruikt worden om overleden personen aan te duiden zijn de tweede in rij. De dikte hiervoor is 3pt.



10. De kleuren die gebruikt zijn vind je in hetzelfde tabblad.

