



Een uitnodiging tot sociale integratie
Maatschappijgerichte activiteiten bij langdurig
psychiatrische cliënten

Bachelor in de ergotherapie

Academiejaar 2013-2014

Campus Geel, Kleinhoefstraat 4, BE-2440 Geel

Vermeiren Kim

LID VAN
**ASSOCIATIE
KU LEUVEN**

THOMAS
MORE

Gezondheidszorg en Chemie Campus Geel

Bachelor in de Ergotherapie



Een uitnodiging tot sociale integratie

Maatschappijgerichte activiteiten bij langdurig
psychiatrische cliënten

CAMPUS

Geel



Kim Vermeiren

Academiejaar 2013-2014

VOORWOORD

Vooraleer ik zou afstuderen als ergotherapeut, stond er mij nog 1 iets te doen, namelijk het schrijven en praktisch uitwerken van een eindwerk. Wanneer ik dit voltooide, zou ik vol goede moed en met veel enthousiasme het beroep kunnen uitoefenen waaraan ik mijn hart verloren heb.

Al vanaf het eerste programmajaar was me duidelijk dat het vakgebied van de psychiatrie me sterk boeide en dat is in de 2 hierop volgende jaren niet meer veranderd, integendeel zelfs, het werd boeiender en boeiender.

Als eerste zou ik dan ook graag mijn docenten willen bedanken, om me te inspireren, de nodige kennis bij te brengen en vooral om me wegwijs te maken in dit boeiende vakgebied.

Een extra dankwoordje aan mijn stagementor, Veerle Van Loy, voor haar enthousiasme en betrokkenheid, de goede feedback en haar rotsvast vertrouwen dat ik erin zou slagen dit tot een goed einde te brengen.

Zonder stageplek, geen praktijkonderzoek. Ik zou dan ook de cliënten en het ganse team van afdeling Polder te PC Bethanië willen bedanken, in het bijzonder mijn externe begeleider Johan Sebrechts, voor de geboden kansen en de aangename afronding van mijn weg tot ergotherapeut.

Als laatste zou ik ook nog een dankwoordje willen richten tot mijn familie en vrienden. Het schrijven van een thesis, het lopen van een stage en het uitwerken van een praktijkonderzoek tijdens deze stage, brachten af en toe de nodige (tijds-)spanning met zich mee. Het is mede dankzij hen dat ik de moed vond om door te gaan en te blijven zoeken naar de meest passende strategieën en therapieën voor de cliënten.

Artikel 'Een uitnodiging tot sociale integratie'

-Kim Vermeiren-

"I don't even remember the season. I just remember walking between them and feeling for the first time that I belonged somewhere." — uit de film: *The Perks of Being a Wallflower* van Stephen Chbosky

Vermaatschappelijking van de zorg is een zeer actueel thema binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de toekomst zal men werken aan minder en kortere residentiële opnames in een psychiatrische instelling waardoor de cliënt, indien mogelijk, in zijn thuissituatie zal verblijven en herstellen.

Zo ver is het echter nog niet. De dag van vandaag verblijven er nog steeds zeer veel personen voor een lange tijd in een psychiatrische instelling waardoor de kloof met de maatschappij voor hen steeds groter wordt en ze als het ware een leven opbouwen binnen de veilige muren van het domein van de instelling waarin ze verblijven.

Dit zette mij aan het denken. Als ergotherapeut gaan we namelijk, samen met de cliënt, al handelend op zoek naar mogelijkheden en herstel, momenteel nog vaak binnen de muren van de instelling, om zo participatie te bekomen op domeinen die voor de cliënt belangrijk zijn. Wat als we nu de stap naar buiten zetten, als we op een veilige manier, d.m.v. cliëntgerichte activiteiten, een brug naar de maatschappij bouwen? Zou dit helpen om enkele negatieve gevolgen van een opname te voorkomen en de sociale integratie te bevorderen? We willen namelijk allemaal ergens 'bij horen', onze mogelijkheden benutten en het stigma van 'anders zijn' voorkomen.

Zo kwam ik tot de onderzoeksvraag: Bevorderen maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie op vlak van vrije tijd en dagbesteding bij langdurig psychiatrische cliënten?

Wat leert de literatuur ons hierover?

Uit mijn literatuuronderzoek bleek dat sociale integratie op verschillende wijzen kan opgevat worden. De Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling verklaart sociaal geïntegreerd zijn als het bezitten van netwerken, relaties en contacten in de maatschappij die berusten op wederzijdse acceptatie en respect. Belangrijk is dat er binnen deze netwerken, contacten en relaties ruimte is voor eigenheid en variatie, maar ook voor een gevoel van verbondenheid (Prooi, 2007).

Wanneer personen het gevoel hebben dat ze een bijdrage kunnen leveren aan de samenleving en wanneer ze hierbinnen geaccepteerd worden, zou dit volgens de Franse socioloog, Emile Durkheim, zowel mentale, emotionele als fysieke voordelen opleveren (Berkman, Glass, Brissette, Seeman, 2000). Deze sociale participatie is tevens een bepalende factor voor de kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002).

Maar... Hoe komen we nu tot deze sociale integratie?

Wanneer we met cliënten het proces aangaan tot een hoger niveau van sociale integratie spelen hierbij een aantal factoren een belangrijke rol.

Allereerst leert de behoeftenpiramide van Maslow ons dat het wel of niet ingevuld zijn van de basale behoeften van belang is. Hij stelt dat we pas streven naar bevrediging van hogere behoeften in de piramide wanneer de lager geplaatste behoeften bevredigd zijn. Hieruit kunnen we besluiten dat eerst de lichamelijke behoeften en de behoefte aan

veiligheid en zekerheid bevredigd moeten zijn vooraleer cliënten ertoe komen te streven naar positieve sociale relaties, vriendschap of liefde en in een nog later stadium naar status en sociaal verband om zo waardering en erkenning te bekomen.

Hiernaast spelen ook participatie aan en vertrouwen in sociale contacten, organisaties en politiek een rol in het komen tot sociale integratie. Participatie kan dus gezien worden als een stap in het proces naar maatschappelijke integratie maar hiervoor is eerst vertrouwen nodig. Wanneer deze participatie zorgt voor contact tussen personen zonder en met een psychiatrische problematiek is dit tevens een effectieve anti-stigmastrategie (Schmeets, te Riele, 2010).

Maar... Er is meer nodig.

Moest dit proces eenvoudig zijn, zouden er niet zoveel langdurig psychiatrische cliënten binnen de 4 muren van de instelling leven. Zowel in de maatschappij (stigmatisering, individualisering, gevoel van onveiligheid, ...) als bij de cliënt (weerstand, angst, gebrek aan sociaal netwerk of financiële middelen, ...) zijn er hinderpalen die deze sociale integratie in de weg staan.

Om samen met cliënten deze uitdaging toch aan te gaan, blijkt een goede therapeutische relatie van groot belang in het bekomen van succeservaringen en zijn er in de literatuur enkele strategieën te vinden om met weerstand om te gaan en de motivatie te verhogen. Het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011) biedt handvaten bij dit therapeutisch proces.

Zoals uit het literatuuronderzoek blijkt, is het ook voor de psychische gezondheid belangrijk om deel te kunnen uitmaken van de samenleving. Of anders gezegd... een schakel van de ketting te kunnen zijn, waarin iedere schakel, met of zonder krassen, misschien wel door omgevingsomstandigheden, van belang is. (figuur 1)



Figuur 1 De zwakke schakel?

Wat leert onderzoek in het werkveld ons?

Na verkenning van de beschikbare literatuur werd het tijd om deze bevindingen in het werkveld te toetsen. De methodiek ISPB, die in het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011) staat beschreven, hanteerde ik hierbij als denkkader.

Gedurende een stageperiode van 9 weken op afdeling Polder te PC Bethanië, trachtte ik door middel van individuele sessies met de eerder chronische cliëntgroep een goede therapeutische relatie op te bouwen, samen met hen een verkenning te doen van hun huidig sociaal netwerk (personen/activiteiten) en wensen hierrond in kaart te brengen.

Hierna werd een volgende stap genomen in het methodisch proces, namelijk het vertalen van deze wensen en noden in haalbare werkdoelen om van hieruit te werken aan onderbouwende factoren tot maatschappijgerichte activiteiten (motivatie, reflectie, zelfbeeld, ...) en deze ook daadwerkelijk te ondernemen.

Het doel om op een cliëntgerichte, empowerende wijze het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten te stimuleren en op deze manier te komen tot een hoger niveau van sociale integratie, werd als uitgangspunt genomen.

Om het effect op de sociale integratie te meten, werd gebruik gemaakt van een aangepaste versie van de CIQ (Community Integration Questionnaire) waaraan een extra kolom, 'gewenste situatie', werd toegevoegd.

Vijf cliënten werden op basis van hun wensen, noden of eenzaamheid- en/of angstproblematiek geïncorporeerd in het onderzoek. Hun leeftijd, geslacht of diagnose, die op deze afdeling heel divers is, was hierbij van ondergeschikt belang.

Uit de beginmeting bleek dat deelname aan maatschappijgerichte activiteiten voor heel wat cliënten niet vanzelfsprekend is. Zo verliet 3 van de 5 cliënten bij de beginmeting slecht 1 keer per week het domein van de instelling en was dit voor de andere 2 nog minder frequent.

De eindmeting leerde me dat maatschappelijke participatie door middel van individuele begeleiding te stimuleren valt, aangezien voor de meeste cliënten er een hogere frequentie was van deelname aan maatschappijgerichte activiteiten, opgenomen in de vragenlijst. Ook de discrepantie tussen huidige en gewenste situatie was voor alle cliënten verkleind of verdwenen op 1 of meerdere domeinen. Toch bleven er ook nog heel wat sociale behoeften on vervuld.

Gevoelens die de cliënten associeerden met deelname aan maatschappijgerichte activiteiten bleven doorgaans gelijk. Angst was hierbij de meest genoemde emotie maar werd tegelijkertijd ook genoemd met meer positieve emoties zoals nieuwsgierigheid, plezier en tevredenheid.

Zoals in de literatuur al was aangehaald, bevestigde dit praktijkonderzoek heel wat hinderpalen in de weg naar maatschappijgerichte activiteiten en sociale integratie. In eerste instantie botste ik op heel wat weerstand en angst. Aan de hand van de communicatiestrategen van Den Hollander en Wilken (2011) probeerde ik dit te hanteren. De persoonlijkheid van de cliënt, de omstandigheden, de aanwezigheid van al dan niet een vertrouwensrelatie en mijn persoonlijke begeleidingsstijl leken van invloed te zijn op de effectiviteit hiervan.

Hiernaast stelde het gebrek aan financiële middelen en een sociaal netwerk zich om activiteiten mee te ondernemen. Samen met de cliënt werd er gezocht naar goedkope of kosteloze activiteiten zoals een bibliotheekbezoek maar het gebrek aan sociaal netwerk, vormde een groter probleem. In eerste instantie verkenden we hun sociaal netwerk en ondersteunde ikzelf de activiteiten mee, eerst actief, later passief om zo vertrouwen in zichzelf en de omgeving bij de cliënt te ontwikkelen. Naar de toekomst toe, biedt dit echter geen duurzame oplossing.

Besluit

Op lange termijn blijkt volgens de literatuur participatie en dus de deelname aan maatschappijgerichte activiteiten, voor sociale integratie en een hogere kwaliteit van bestaan te zorgen. Uit mijn praktijkonderzoek bleek dat een periode van 9 weken hier te kort voor is en dat er eerst aan heel wat andere factoren zoals een vertrouwensrelatie, weerstand en angst gewerkt moet worden.

Hiernaast moet er rekening gehouden worden met het huidige sociaal netwerk en/of de financiële toestand van de cliënt. Beide zaken sluiten best zo goed mogelijk aan bij hun wensen rond sociale participatie om dit in de praktijk haalbaar te maken.

Sociale integratie bekomen is een proces dat tijd vraagt. Naar mijn mening is het belangrijk om te zoeken naar vrijetijdsinvullingen die een vaste frequentie hebben en duurzaam zijn doorheen de tijd. Eenmalige activiteiten, zoals shoppen, bieden hier minder kansen toe.

Wanneer ik terugblik naar de onderzoeksvraag waarbij ik mezelf de vraag stelde of maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie bevorderen (op vlak van vrijetijdsbesteding), bevestigde het literatuuronderzoek dit positief wanneer het om eigenlijke participatie aan het maatschappelijke leven gaat, maar kon het praktijkonderzoek dit niet volledig doen. Het zou echter fout zijn de conclusie te trekken dat maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie niet bevorderen. Het praktijkonderzoek vertoonde tekorten zoals een niet volledig aangepast meetinstrument, een beperkt aantal cliënten en een nog beperktere tijdsduur om dit te realiseren waardoor er geen veralgemeende conclusies getrokken kunnen worden.

Tijdens het bronnenonderzoek en in de voorbereiding op mijn praktijkonderzoek, heb ik me vaak de vraag gesteld of er bij de planning van het afbouwen van het aantal ziekenhuisbedden niet enkele zaken uit het oog verloren zijn. Bij de meeste langdurig psychiatrische cliënten, is de stap naar de maatschappij zo groot, bestaan hier heel wat angsten rond en botste ik als therapeut op heel wat weerstand en andere praktische problemen zoals het gebrek aan financiële middelen en een sociaal netwerk. In maar weinig artikels over vermaatschappelijking van de zorg, kreeg ik iets te lezen hoe ze op een menswaardige en verantwoorde manier deze weerstand willen hanteren en de cliënten tegemoet gaan komen in hun noden. De maatschappij klaarstomen is één (moeilijke) zaak maar het ondersteunen en begeleiden van cliënten bij deze stap, is dat zeker ook. Verder onderzoek is wenselijk.

Maatschappijgerichte activiteiten bij chronisch psychiatrische cliënten, a few small steps for the body, a big step for the mind.

Literatuurlijst

- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, Vol. 51, p. 843-857. Gevonden op het internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600000654>.
- Den Hollander, D., Wilken, J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- Koekoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Prooi, E. (2007). *Meedoen met een handicap: sociale integratie van gehandicapten*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schalock, R., Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schmeets, H., te Riele, S. (2010). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag/Heerlen: CBS. Gevonden op het internet: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/BFBEA3C6-5CD3-42FE-92CC-BA0A8FA85A9B/0/2010g96pub.pdf>.
- Wilken, J.P., den Hollander, D. (2003). *Psychosociale rehabilitatie. Een integrale benadering*. Amsterdam: SWP.
- Gevonden op het internet: <http://www.nationalgeographic.nl/fotografie/foto/ketting-3>. (figuur 1)

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	2
ARTIKEL	3
INHOUDSTAFEL	7
INLEIDING	9
BRONNENONDERZOEK.....	11
1 <u>SOCIALE INTEGRATIE.....</u>	12
1.1 Integratie	12
1.1.1 Definiëring	12
1.2 Maatschappelijke integratie.....	13
1.2.1 Definiëring	13
1.2.2 Omschrijving, prevalentie en de maatschappelijke positie van personen met een chronisch psychiatrische aandoening	13
1.2.3 Sociale uitsluiting/desintegratie	14
1.2.4 Voorwaarden tot sociale integratie en de behoeftenpiramide van Maslow	16
1.3 Inclusie & Participatie	17
1.3.1 Definiëring	17
1.3.2 Link met sociale integratie	18
1.4 Integratie en rehabilitatie	19
1.5 Kwaliteit van bestaan	19
1.6 Besluit sociale integratie	21
2 <u>MAATSCHAPPIJGERICHTE ACTIVITEITEN.....</u>	22
2.1 Definiëring van het begrip	22
2.2 Meerwaarde voor de cliënt	22
2.2.1 Probleemdefiniëring	22
2.2.2 Vertaling naar het therapieprogramma	22
2.3 Hersteldenken	23
2.3.1 Theoretisch kader	23
2.3.2 Verband met maatschappijgerichte activiteiten.....	23
2.3.3 Empowerment.....	24
2.4 Weerstand bij de cliënt.....	24
2.4.1 Communicatiestrategieën	24
2.4.2 Motiverende strategieën	26
2.5 Verschil met recreatieve activiteiten	27
2.6 Besluit maatschappijgerichte activiteiten	27
3 <u>METHODOLOGIE.....</u>	28
3.1 Individuele rehabilitatiebenadering.....	29
3.2 ISPB via het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding'	31
3.2.1 Beschrijving van de methode	31
3.2.2 Onderbouwing.....	33
3.2.3 Effectenonderzoek	33
3.2.4 Besluit.....	33
3.3 Besluit methodologie	34
4 <u>BESLUIT LITERATUURSTUDIE.....</u>	35

PRAKTIJKSTUDIE.....	36
5	<u>INLEIDING.....</u> 36
6	<u>VOORSTELLING STAGEPLAATS.....</u> 36
6.1	Visie van de instelling..... 36
6.2	Voorstelling afdeling Polder 36
6.3	Ergotherapeutische visie 37
7	<u>METHODE.....</u> 37
7.1	Selectie cliënten en frequentie 37
7.2	Onderbouwende interventies..... 40
7.2.1	Doel.....40
7.2.2	Inhoud
7.3	Praktijkinterventies..... 41
7.3.1	Doel.....41
7.3.2	Inhoud
7.4	Evaluatie..... 41
7.4.1	Evaluatie onderbouwende interventies
7.4.2	Evaluatie praktijkinterventies
8	<u>MEETINSTRUMENT.....</u> 42
9	<u>RESULTATEN.....</u> 43
9.1	Resultaten Vragenlijst sociale integratie 43
9.1.1	Deelname maatschappijgerichte activiteiten.....43
9.1.2	Huidige versus gewenste situatie
9.2	Resultaten gevoelswaarde..... 45
9.3	Resultaten SRS: therapeutische relatie..... 46
9.4	Bespreking resultaten 46
10	<u>BESLUIT PRAKTIJKSTUDIE</u> 47
BESLUIT EN DISCUSSIE	49
LITERATUURLIJST	51
BIJLAGEN	54
Bijlage 1: Vragenlijst: sociale integratie.....	54
Bijlage 2: Emotielijst	56
Bijlage 3: SRS.....	57

INLEIDING

Vermaatschappelijking van de zorg is een zeer actueel thema binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de toekomst zal men werken aan minder en kortere residentiële opnames in een psychiatrische instelling waardoor de cliënt, indien mogelijk, in zijn thuissituatie zal verblijven en herstellen.

Zo ver is het echter nog niet. De dag van vandaag verblijven er nog steeds zeer veel personen voor een lange tijd in een psychiatrische instelling waardoor de kloof met de maatschappij voor hen steeds groter wordt en ze als het ware een leven opbouwen binnen de veilige muren van het domein van de instelling waarin ze verblijven.

Dit zette mij aan het denken. Als ergotherapeut gaan we namelijk, samen met de cliënt, al handelend op zoek naar mogelijkheden en herstel, momenteel nog vaak binnen de muren van de instelling, om zo participatie te bekomen op domeinen die voor de cliënt belangrijk zijn. Wat als we nu de stap naar buiten zetten, als we op een veilige manier, d.m.v. cliëntgerichte activiteiten, een brug naar de maatschappij bouwen? Zou dit helpen om enkele negatieve gevolgen van een opname te voorkomen en de sociale integratie te bevorderen? We willen namelijk allemaal ergens 'bij horen', onze mogelijkheden benutten en het stigma van 'anders zijn' voorkomen.

Zo kwam ik tot de onderzoeksvraag: Bevorderen maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie op vlak van vrije tijds- en dagbesteding bij langdurig psychiatrische cliënten? De sub-vragen die hieruit voortvloeien zijn de volgende:

- Wat betekent sociale of maatschappelijke integratie?
- Hoe wordt sociale integratie aan inclusie en participatie gelinkt?
- Hoe past het onderwerp 'sociale integratie' binnen de rehabilitatiegedachte?
- Wat is het verband tussen sociale integratie en kwaliteit van leven?
- Welke elementen dragen bij tot het opbouwen van sociale integratie bij psychiatrische cliënten?
- Wat leert de behoeftenpiramide van Maslow ons over sociale integratie?
- Is er een verband tussen sociale uitsluiting (desintegratie) en een opname in een psychiatrische instelling?
- Wat verstaan we onder maatschappijgerichte activiteiten?
- Wat is het verschil tussen maatschappijgerichte activiteiten en recreatieve uitstappen?
- Welke invloed hebben maatschappijgerichte activiteiten op de cliënt?
- Hoe kunnen we omgaan met weerstand die cliënten hebben opgebouwd tegen activiteiten in de samenleving?
- Welk model of methodiek biedt een kader bij het werken met personen met een langdurig psychiatrische beperking?

Aan de hand van een literatuurstudie wil ik een antwoord vinden op bovenstaande vragen en hoop ik een onderbouwing op te bouwen over de vraag of maatschappijgerichte activiteiten wel of niet bijdragen tot de sociale integratie van langdurig psychiatrische cliënten. Wetenschappelijke bronnen op het internet, literatuur uit de campusbibliotheek en de bibliotheek op mijn stageplaats, cursussen uit de opleiding en zowel de ervaringskennis van collega's, docenten als mezelf zullen mij deze informatie hopelijk verschaffen.

Vanuit deze theoretische onderbouwing start ik een praktijkonderzoek op in het psychiatrisch werkveld, op rehabilitatie-afdeling 'Polder' te PC Bethanië. Op deze afdeling verblijven cliënten die meestal al een hele behandelgeschiedenis achter de rug hebben en waarvan men vermoedt dat ze een langdurige vorm van begeleiding nodig hebben in hun weg naar re-integratie in de samenleving. Vandaar dat er een activerend, gestructureerd milieu wordt aangeboden.

In dit onderzoek zal ik mij vooral toespitsen het vrijetijds-aspect van sociale integratie. Dit om het onderzoek binnen het gegeven tijdsbestek haalbaar te maken en voldoende af te bakenen. Tijdens dit praktijkonderzoek gebruik ik het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' als raamwerk voor mijn praktijkinterventies waarin de vrij recente methode 'Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding' staat uitgewerkt. Het boek is speciaal gericht op het methodisch werken met personen met een langdurige en ernstige psychiatrische problematiek.

Omdat een onderzoek om een voor- en nameting vraagt, heb ik de Community Integration Questionnaire vertaald en aangepast aan de cliëntgroep waarbij ik dit onderzoek uitvoer, namelijk chronisch psychiatrische cliënten op een rehabilitatie-afdeling. Aan deze test voeg ik de categorie 'gewenste situatie' toe, aangezien ik de discrepantie tussen huidige en gewenste situatie op vlak van sociale integratie op een positieve manier hoop te beïnvloeden gedurende mijn stageperiode

Bronnenonderzoek

Vooraleer ik van start ging met mijn zoektocht doorheen wetenschappelijke artikels- en literatuur om zo een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvraag en de verschillende subvragen, ben ik op zoek gegaan naar de precieze inhoud van het begrip '(sociale) integratie' en naar de betekenis van begrippen die hierrond hangen.

Hieruit bleek al vrij snel dat '(sociale) integratie' een zeer ruim begrip is, er heel wat aanleunende begrippen zijn zoals 'participatie' of 'inclusie' en dat het op verschillende wijzen kan worden opgevat.

Tijdens deze eerste verkenning waren voornamelijk Google Scholar, wikipedia, thesauri en cursussen uit de opleiding mijn voornaamste bondgenoten.

Voor het verdere literatuuronderzoek en het beantwoorden van de onderzoeksvraag- en subvragen, ben ik op zoek gegaan naar wetenschappelijk en evidence based onderzoek via de zoekkanalen: Pubmed, Springerlink, Tripdatabase, KHKdocs, OTdatabase en opnieuw Google Scholar.

Aangezien 'maatschappijgerichte-activiteiten' door de verschillende databanken vaak niet herkend wordt als bestaand begrip, ben ik op zoek gegaan naar aanleunende begrippen om zo toch de gepaste informatie te vinden.

De zoektermen die ik het vaakst gebruikte zijn: 'Participation'/ 'participatie' ; '(Social) integration'/ '(sociale) integratie'; '(social) inclusion'/ '(sociale) inclusie'; 'community participation'/ 'deelname aan de maatschappij'; 'rehabilitation'/ 'rehabilitatie'; 'chronic psychiatric patients'/ 'chronisch psychiatrische cliënten'; 'community'/ 'samenleving of maatschappij'; 'burgerschap'; 'weerstand'; 'motivation'/ 'motivatie'; 'recovery'/ 'herstel'; 'ISPB'.

Deze termen heb ik steeds met elkaar gecombineerd door er 'AND' en 'OR' tussen te voegen, dit om zo specifiek mogelijke literatuur en artikels te vinden.

Omdat het vaak pdf-bestanden zijn die veel informatie bevatten, heb ik aan mijn zoekstrings regelmatig 'filetype: pdf' toegevoegd om een zo groot mogelijk aanbod aan informatie in handen te krijgen.

Tijdens dit literatuuronderzoek heb ik niet enkel digitale bronnen gebruikt, maar ben ik ook op zoek gegaan naar literatuur die aanleunt bij mijn onderzoeksvraag in de eigen campusbibliotheek (via Limo) en in de bibliotheek van de setting waarin ik stage deed. Dit leverde mij heel wat interessante literatuur op omtrent rehabilitatie, cliëntgerichtheid én een praktijkboek dat mij handvaten gaf voor de praktijkinterventies.

Verder vond ik hier nog enkele werken waarin bruikbare wetenschappelijke artikels te vinden waren die aanleunen bij mijn onderzoeksvraag.

Bij het zoeken naar bronnen, viel me op hoe weinig onderzoek er bij deze doelgroep verricht is over deelname aan activiteiten in de maatschappij (uitgezonderd arbeid) en het belang of effect hiervan. Ook over de weerstand tegen en de tussenstappen naar participatie aan maatschappijgerichte activiteiten die chronisch psychiatrische cliënten nodig hebben om deze stap naar de maatschappij te zetten, wordt zelden iets vermeld. Dit terwijl men wil werken naar vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Daarom ben ik ook te raden gegaan bij literatuur van een andere doelgroep namelijk die van personen met een ontwikkelingsproblematiek.

Maar... het vinden van mogelijk bruikbare bronnen is niet voldoende, er moet ook een selectie gemaakt worden naargelang de betrouwbaarheid van de bronnen. Hiervoor heb ik me vooral gebaseerd op de biografie van de auteur om zijn kennis van zaken te beoordelen en de onderzoekspopulatie- en methode die gebruikt werd. Hierdoor kwam ik al te weten of het onderzoek al dan niet representatief was voor de hele populatie. Ook de recentheid van de artikels gebruikte ik om deze op betrouwbaarheid te beoordelen. Het resultaat van dit literatuuronderzoek is in onderstaand eindwerk terug te vinden.

1 SOCIALE INTEGRATIE

1.1 Integratie

1.1.1 Definiëring

Vooraleer in te gaan op de betekenis van sociale integratie, zou ik eerst graag een beeld schetsen van het overkoepelende begrip 'integratie'.

Wanneer langdurig psychiatrische cliënten op een rehabilitatieafdeling van een psychiatrische instelling verblijven, wordt er door het paramedisch team getracht de cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen in zijn aanpassings- en herstelproces. Een herstelproces is een persoonlijk proces en bestaat uit 2 aspecten namelijk persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Dit laatste vertaalt zich onder andere in het (opnieuw) vervullen van sociale rollen en re-integratie in de maatschappij door middel van arbeid of tal van andere activiteiten. Maatschappelijke participatie en burgerschap zijn hier dus onlosmakelijk aan verbonden.

Door verschillende omschrijvingen samen te voegen kan ik integratie samenvatten als het recht op volwaardige deelname aan de maatschappij (inclusief haar instituten) door iedereen, ongeacht sekse, huidskleur, religie ,... of eventuele (psychische) beperkingen. Er wordt gesteld dat het een proces is van toenemende participatie en positieverwerving binnen onze samenleving waarvan volwaardige deelname aan die maatschappij het uiteindelijke doel is.

Zoals eerder vermeld, is integratie een overkoepelend begrip dat bestaat uit verschillende dimensies en vormen. In de literatuur zijn hiervoor verschillende indelingen te vinden. Ik baseer mij op de indeling van Van Gennep & Ruigrok (2002) waarbij 3 niveaus van integratie worden omschreven.

- Het eerste niveau is dat van de **ruimtelijke of fysieke integratie** waarmee wordt bedoeld dat personen met een beperking wonen en werken tussen personen zonder een beperking. De persoon bevindt zich dus tussen de andere leden van de samenleving.

Segregatie is hiervan het tegenovergestelde. Individuen bevinden zich niet in de normale samenleving, wel in een aparte gemeenschap zoals een psychiatrische instelling.

- Het tweede niveau is **functionele integratie**. Dit niveau omvat dat personen met een beperking (actief) gebruik maken van alles wat de samenleving te bieden heeft. Hierbij kan gedacht worden aan bibliotheken, openbaar vervoer, winkels en andere dienstverleningsbronnen.
- Het derde en laatste niveau omvat **sociale integratie** waarbij personen met een beperking geaccepteerd, gerespecteerd en als gelijke worden behandeld in sociale relaties.

Sociale integratie kan dus gezien worden als het hoogste niveau van integratie. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat sociale relaties en hieraan verbonden een zeker mate van sociale integratie, noodzakelijk zijn voor het bereiken van functionele integratie en dat er dus een wisselwerking bestaat (Van Houten, van den Bosch, 1999).

Integratie wordt gevormd door de relatie tussen persoonseigenschappen- en vaardigheden van de persoon met een beperking enerzijds en de mogelijkheden die de samenleving te beiden heeft anderzijds. Van Weelden (1992) stelt dan ook dat integratie geen kant-en-klaar product is maar wel een nooit aflopend proces. (Van Houten, van den Bosch, 1999)

1.2 Maatschappelijke integratie

1.2.1 Definiëring

Wanneer we ons specifiek toespitsen op de omschrijving van 'maatschappelijke integratie', een synoniem van 'sociale integratie', beschrijft de Europese Unie (2005) dit als een dynamisch en principieel proces, waarbij iedereen kan deelnemen aan de dialoog om zo vreedzame sociale relaties te bereiken of te behouden en dit op een ongedwongen manier. Of anders gezegd, 'de gelijkwaardige opname van alle bevolkingsgroepen in de samenleving'.

Sociaal geïntegreerd zijn, houdt in dat personen (met een beperking) netwerken, relaties en contacten hebben in de maatschappij en dat deze berusten op acceptatie en respect. Belangrijk is dat er binnen deze netwerken, contacten en relaties ruimte is voor eigenheid en variatie maar ook voor een gevoel van verbondenheid. Een grotere hoeveelheid aan contacten tussen mensen met en zonder beperking leidt tot het accepteren van personen met een (psychische) beperking als gelijken in sociale situaties. Deze contacten kunnen zich zowel binnen een werk- als vrijetijdssituatie afspelen (Prooi, 2007).

De Franse socioloog, Emile Durkheim, die als een van de eerste onderzoekers de relatie tussen sociale netwerken en gezondheid aantoonde, stelde in zijn theorie rond sociale integratie dat personen zowel mentale, emotionele als fysieke voordelen ervaren wanneer ze het gevoel hebben dat ze een bijdrage kunnen leveren aan de samenleving en wanneer ze zich geaccepteerd voelen. Zonder dit gevoel van verbinding met anderen, kunnen ze depressieve gevoelens, eenzaamheid en lichamelijke problemen ervaren wat dan weer leidt tot een minder productief en gelukkig leven (Berkman, Glass, Brissette, Seeman, 2000).

Lange tijd vormde arbeidsparticipatie het belangrijkste recept voor sociale integratie van personen met een psychische beperking (Prooi, 2007). Arbeidsparticipatie en de opleiding hiertoe leiden vaak ook tot een betere sociale positie en tot een betekenisvolle deelname aan de samenleving. Maar sociale integratie omvat meer als dit, naast arbeid spelen onder andere ook huisvesting, onderwijs, culturele deelname aan de samenleving, ... een rol.

Het concept 'sociale integratie' kan op verschillende manieren opgevat worden. In de brede betekenis van het begrip betekent dit dat een persoon (met een beperking) deel uitmaakt van de sociale eenheden 'arbeid', 'huisvesting', 'onderwijs' en 'cultuur' en dat er een wederzijdse verbondenheid en erkenning bestaat tussen de persoon met beperking en de personen zonder. Soms wordt het begrip ook geëtniseerd waarbij het enkel betrekking heeft op de integratie van etnische minderheden in de samenleving. In het hierop volgend praktijkonderzoek wordt sociale integratie opgevat in de engere zin van het woord, namelijk als het tegenovergestelde van 'sociaal isolement'. Dit sociaal isolement is sterk gelinkt aan de doelgroep van chronisch psychiatrische cliënten, wat duidelijk wordt in onderstaande alinea's.

1.2.2 De omschrijving, prevalentie en maatschappelijke positie van personen met een chronische psychiatrische aandoening

Wanneer men het heeft over chronisch psychiatrische cliënten, lijkt dit een homogene groep die vaak over dezelfde kam wordt gescheurd. Toch zit er in deze 'groep' evenveel variatie als in andere groepen in onze samenleving. Wel geldt er voor het grootste deel van deze personen dat ze kwetsbaar zijn op de vier levensdomeinen: wonen, arbeid, vrije tijdsbesteding en activiteiten van het dagelijks leven en dat ze gedurende lange periode in een psychiatrische instelling verblijven en hierdoor een kloof met de maatschappij ontstaat. Ook hier wil ik nogmaals de nuance brengen dat elke persoon

uniek is en dat dus niet elke chronisch psychiatrische cliënt over de zelfde kwetsbaarheden en mogelijkheden beschikt.

In België wordt het aantal personen met psychische gezondheidsproblemen geschat op zo'n 31% van de totale bevolking met een leeftijd van 15 jaar of ouder (De Rick, Van Audenhove, Lammertyn, 2002). Over het aantal ernstig en langdurig psychiatrische cliënten zijn er echter weinig gegevens beschikbaar. De omvang van deze groep wordt door enkele bronnen geschat op zo'n 16.000 à 18.000 ernstig en langdurige psychiatrische cliënten in Vlaanderen en tussen de 27.000 a 30.000 in gans België (De Rick, Loosveldt, van Weeghel, Van Buggenhout, 2003). In 2002 zijn er zo'n 57.494 Belgen 'psychisch invalide' verklaard, in 2003 waren dit er 63.911 volgens RIZIV-cijfers waarop de onderzoekers zich baseerden (Van Hauwaert, 2010).

Hoewel de omvang van deze cijfers duidelijk maakt dat er heel wat Belgen te maken krijgen met psychische gezondheidsproblemen, al dan niet van langdurige aard, blijkt deze groep zich nog steeds in een maatschappelijk kwetsbare positie te bevinden, vooral wanneer het gaat om sociale uitsluiting en stigmatisering. Hierna volgt een bespreking van wat sociale uitsluiting net inhoudt.

1.2.3 Sociale uitsluiting

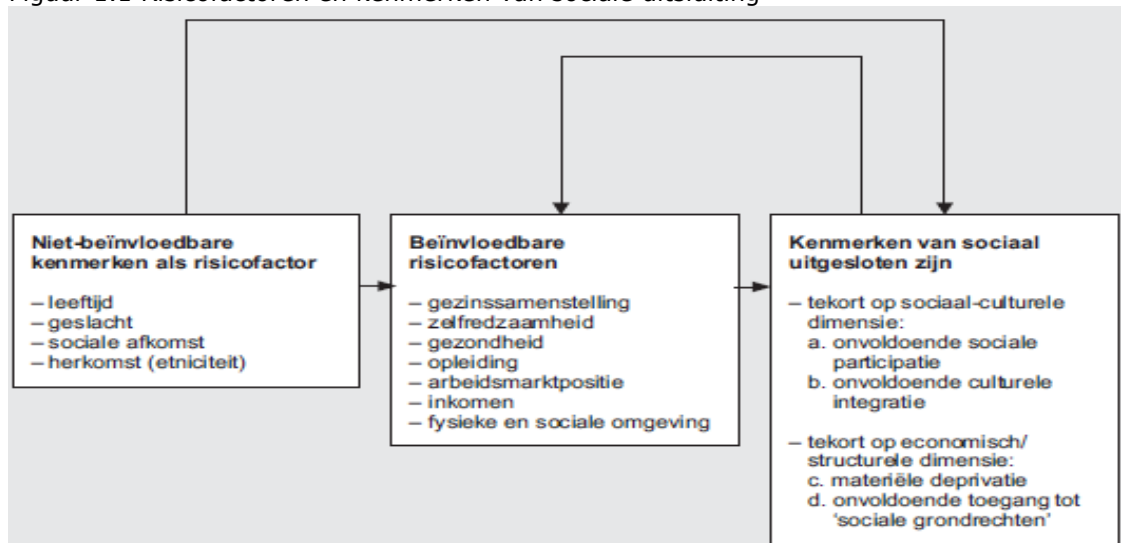
De huidige geestelijke gezondheidszorg- en rehabilitatiemethodieken streven naar (re-) integratie van personen met een psychische aandoening. Toch moeten we ook oog hebben voor de belemmeringen waarmee deze cliënten geconfronteerd worden wanneer zij de burgerrol opnieuw proberen oppakken. Van Weeghel (2005) stelt dat de hardnekkigheid van de maatschappelijke stigmatisering momenteel de belangrijkste hindernis vormt voor rehabilitatie en herstel. Volgens Gerlach en Budde-Lund (2004) kan stigmatisering soms zelfs meer sociaal remmend zijn dan de ziekte zelf en leidt dit tot lage eigenwaarde, sociale isolatie en medicatie-ontrouw. De levensgebieden waarop psychiatrische cliënten het meest een nadelige behandeling ontvingen vanwege hun aandoening zijn arbeid, sociale relaties, familie en hulpverlening. Stigmatisering zorgt ervoor dat mensen zich niet enkel moeten wapenen tegen de aandoening zelf maar ook tegen negatieve reacties van anderen. De gevolgen hiervan zijn niet te overzien ... van chronische stress en depressieve symptomen tot lage kwaliteit van leven, terugval en heropnames of zelfs het vermijden van professionele hulp (van Weeghel, 2010).

Deze stigmatisering kan zich ook uiten in sociale uitsluiting. Hieronder volgt een beschrijving van wat sociale uitsluiting net betekent.

Wanneer bepaalde (groepen van) personen omwille van één of meerdere kenmerken, niet worden opgenomen in een grotere groep of geïsoleerd geraken van het maatschappelijk gebeuren, spreken we van sociale uitsluiting. (Thesaurus zorg en welzijn)

Jehoel-Gijsbers (2004) voerden in Nederland een studie uit met betrekking tot 'sociale uitsluiting'. Hieruit kwamen een aantal factoren die het risico op sociale uitsluiting verhogen alsook een aantal kenmerken van sociale uitsluiting zelf zoals tekorten op sociaal, cultureel, economisch en institutioneel vlak. De relatie tussen risicofactoren en kenmerken wordt in onderstaand schema weergegeven.

Figuur 1.1 Risicofactoren en kenmerken van sociale uitsluiting



Noot Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.)

Uit dit schema blijkt dat er naast de niet- beïnvloedbare kenmerken, er ook beïnvloedbare risicofactoren zijn zoals zelfredzaamheid, arbeid, fysieke en sociale omgeving ,... en kenmerken zoals onvoldoende sociale participatie en culturele integratie. Wanneer we het tegenovergestelde van 'sociale uitsluiting' willen bekomen, zijn dit net de zaken waarop we moeten inspelen.

Psychiatrische cliënten (al dan niet chronisch) vormen één van de groepen die vaak met het fenomeen van sociale uitsluiting te kampen krijgen. Sommigen onder hen beschikken niet over de nodige sociale vaardigheden waardoor ze een blijvende vorm van ondersteuning nodig hebben om zich te kunnen handhaven in de maatschappij. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat ze in de maatschappij een meer sociaal geïsoleerd leven leiden dan wanneer ze in een residentiële instelling zouden verblijven (Hauwaert, 2010).

Een van de oorzaken van sociale uitsluiting is het beeld dat sommigen erop na houden dat psychiatrische cliënten onaangepast zijn die afhankelijk zijn van de hulverlening of het beeld dat zij een gevaar betekenen binnen de maatschappij. Wanneer deze problemen ge-distigmatiserend zouden worden, zou dit bijdragen aan de sociale inclusie van personen met ernstige en langdurige psychische problemen (Hauwaert, 2010).

Maar wat zijn de bouwstenen van een effectieve stigmabestrijding? Van Weeghel J. en Plooy A. (2009) beschrijven ze als volgt:

- Contact: Interactie tussen personen zonder en met een psychische aandoening blijkt de meest effectieve antistigma-strategie.
- Media: De media houdt door zijn vaak negatieve stereotypingen ten opzichte van psychiatrische cliënten, stigmatiserende opvattingen in stand. Meer positief nieuws en opvattingen en een betere kwaliteit van informatie over psychische aandoeningen zou anti-stigmatiserend kunnen werken.
- Cliënten zelf: Wanneer cliënten hun eigen verhaal aan anderen zouden willen vertellen en zelfstigmatisering bestreden wordt, zou dit ook bijdragen aan antistigmatisering.
- Empowerment: wanneer de cliënt weer regie over zijn eigen leven kan nemen, neemt de kans op zelfstigma af.
- Antistigma-programma's: Belangrijk is dat dergelijke programma's moeilijke onderwerpen en emoties niet uit de weg gaan en juiste informatie verspreiden.

Buiten stigmatisering en discriminatie in de samenleving, is het belangrijk te erkennen dat deze stigmatisering ook aanwezig is bij personen met een chronisch psychiatrische aandoening zelf (zelf-sigma), bij hun families én bij professionals. (Lauber, 2004).

1.2.4 Voorwaarden tot sociale integratie en de Behoeftenpiramide van Maslow

Wanneer er met cliënten het proces wordt aangegaan naar een hoger niveau van sociale integratie, spelen hierbij enkele factoren een cruciale rol.

Allereerst spelen het wel of niet ingevuld zijn van de basale behoeften een belangrijkrijke rol. Hiervoor baseren we ons op de behoeftenpiramide van Maslow.

Figuur 1.2: De behoeftenpiramide van Maslow



Noot Gevonden op het internet: http://nl.wikipedia.org/wiki/Piramide_van_Maslow.

Klinisch psycholoog Abraham Maslow en ontwikkelaar van de humanistische psychologie ontwikkelde een behoeftenpiramide waarin hij de universele behoeften van de mens rangschikte. Hij stelt dat mensen pas streven naar bevrediging van hogere behoeften in de piramide wanneer lager geplaatste behoeften bevredigd zijn.

Wanneer we dit linken aan sociale integratie kunnen we besluiten dat eerst lichamelijke behoeften en de behoefte aan veiligheid en zekerheid bevredigd moeten worden vooraleer cliënten ertoe komen om te streven naar positief sociale relaties, vriendschap of liefde. Pas wanneer dit gevoel van samenhang bevredigd is, gaan personen volgens Maslow's piramide belang hechten aan status en sociaal verband om zo waardering en erkenning te bekomen en zo het aanzien in groepsverband te verhogen. Dit opgebouwd sociaal milieu dient dan weer als steunende factor bij het ontwikkelen van persoonlijke en mentale groeimogelijkheden.

Daarnaast is de therapeutische relatie van groot belang voor het verdere verloop en het welslagen van de gestelde doelen. Lambert en Ogles (2004) stelden zelfs dat de precieze vorm van de psychotherapie er niet zoveel toe doet maar dat vooral de cliënt zelf, de therapeut en de therapeutische relatie tussen beiden bepalend is. Volgens Koekkoek (2011) is deze relativisering deels terecht en is een goede therapeutische relatie effectief maar zijn ook de specifieke therapiefactoren zoals een verklaringsmodel en een methode zeer belangrijk aangezien een therapeutische relatie alleen, volgens hem niet helpend is. Een onderzoek van Green (2006) bracht de invloed van de therapeut-client-relatie bij een groep kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen in beeld. Hieruit bleek dat het herstelproces wordt versterkt wanneer de therapeut zich ondersteunend, positief en vriendelijk opstelt naar de cliënt toe. Wanneer er een klik is tussen beiden, is de kans op medicatietevredenheid, onderlinge samenwerking en een hogere kwaliteit van leven groter. Zoals onderstaand wordt aangehaald, spelen ook participatie en vertrouwen een rol in het bekomen van sociale integratie.

Onderstaand raamwerk geeft integratie weer als een samenspel tussen participatie en vertrouwen of anders gezegd tussen gedrag en perceptie van de goede bedoelingen van de sociale omgeving en/of instellingen. Vertrouwen is een noodzakelijk gegeven voor het opbouwen van relaties tussen personen en vergroot dit tevens de bereidheid om te handelen in belang van de gemeenschap. Vertrouwen kan enerzijds een noodzakelijk ingrediënt zijn om participatie te bekomen maar kan anderzijds ook het gevolg zijn van participatie. Integratie is de derde dimensie van het raamwerk en houdt in dat alle leden van de samenleving participeren en vertrouwen hebben, niet alleen in en binnen de eigen groep maar ook in en tussen andere groepen. Het integratieniveau van de samenleving stijgt dus wanneer mensen uit verschillende groepen vertrouwen hebben in en verbinding hebben met elkaar. Begrip voor elkaars mening, het delen van bepaalde waarden en/of normen en samenwerking zijn hiervoor onontbeerlijke voorwaarden (Schmeets, te Riele, 2010).

Figuur 1.3 Raamwerk sociale samenhang

INTEGRATIE	
PARTICIPATIE	VERTROUWEN
Sociaal (sociale contacten)	Sociaal (in anderen)
Organisaties	Organisaties
Politiek	Politiek

Noot Schmeets, H., te Riele, S. (2010). Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie. Den Haag/Heerlen: CBS.

1.3 Inclusie en participatie

1.3.1 Definiëring

Vaak ontstaat er heel wat verwarring over het verschil in de begrippen 'inclusie', 'participatie' en 'integratie'. Hoewel ze allemaal aan elkaar gelinkt kunnen worden, zijn er toch enkele verschillen naar inhoud van de begrippen toe.

Inclusie houdt namelijk de insluiting van achteruitgestelde groepen, in de samenleving, in en dit op basis van gelijkwaardigheid in rechten en plichten en volwaardig burgerschap. De verantwoordelijkheid voor dit proces wordt (deels) bij de samenleving gelegd die deze diversiteit als meerwaarde zou moeten zien en die de hindernissen voor sociale participatie verwijdert, zodat iedereen kan deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Inclusie van personen met een (psychische) beperking kan voor eens stuk gezien worden als een emancipatieproces waarbij acceptatie als gelijke sociale partner en respect voor de persoon, de gehoopte uitkomst is. Dit moet volgens Van Gennep et al. (2003) leiden tot sociale integratie. Van Gennep (2001) deelt deze emancipatie op in sociale en individuele emancipatie waarbij sociale emancipatie staat voor de gelijke rechten en kansen van personen met een (psychische) beperking tot het bemachtigen van een gelijkwaardige positie in de samenleving en waarbij individuele emancipatie gaat over het zelf kunnen kiezen en beslissen over hun handelen en de relaties die ze willen aangaan in de samenleving zodat ze regie krijgen over hun eigen bestaan (Prooi, 2007).

Het burgerschapsparadigma sluit mooi bij deze visie aan. Het gaat namelijk uit van de gedachte dat ieder persoon, ongeacht zijn mogelijkheden om dit recht uit te voeren, de vrijheid heeft om de regie over zijn leven in handen te nemen. Autonomie en zelfbeschikking zijn in deze visie cruciaal aangezien personen volgens het paradigma recht hebben om op basis van eigen waarden, beslissingen te maken (Prooi, 2007). Autonomie wordt hierbij niet enkel als zelfbeschikking gezien, ook zelfontplooiing behoort tot deze autonomie. Door middel van de nodige en juiste ondersteuning krijgen personen opnieuw regie over hun eigen leven.

Inclusie is terug te vinden op vele vlakken van het maatschappelijk leven. Zo is er inclusief onderwijs, zijn er verschillende mogelijkheden op vlak van vrijetijdsbesteding (groepsreizen, een terrasje doen,...), arbeid (vrijwilligerswerk, sociale tewerkstellingsplaatsen,...) en wonen (begeleid of beschermt wonen,..) .

Onder het begrip participatie verstaan we dan weer het vervullen van maatschappelijke rollen, met of zonder ondersteuning, op een manier die voor de persoon zelf, zinvol is. Het ICF (Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren) definieert participatie als iemands deelname aan de samenleving. De mate waarin en de manier waarop een persoon wenst te participeren aan de maatschappij is individueel verschillend (Speet, Rijken, 2005).

Participatie is onder te delen in verschillende participatiegebieden. Zo bestaat er onder andere de indeling van participatie op gebied van wonen, onderwijs, arbeid, gebruik van goederen en diensten, sociale participatie, functioneren in sociale relaties, vrije tijd en vervoer, terug te vinden in de WGBH/CZ (Speet & Rijken, 2005). Dit is de Nederlandse Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte, in werking getreden in december 2003, die stelt dat mensen met een chronische ziekte of beperking dezelfde mogelijkheden moeten hebben op vlak van participatie in de maatschappij als mensen die niet chronisch ziek of beperkt zijn. België heeft ook een beleid rond gelijke kansen, zo bestaat er een antidiscriminatiewet die een gelijke behandeling van alle burgers gerandeerd, vooral arbeidsgerelateerd (Portaal Belgium).

Hoe deze begrippen dan weer aan 'sociale integratie' gelinkt kunnen worden, volgt hieronder.

1.3.2 Link met sociale integratie

Tussen de begrippen 'sociale integratie' en 'participatie', bestaat er een sterke verbondenheid. Zoals eerder vermeld is er steeds vertrouwen in de buitenwereld nodig en participatie aan deze buitenwereld om tot sociale integratie te komen. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt, kan participatie, dus het daadwerkelijk deelnemen aan de samenleving, er voor zorgen dat dit vertrouwen groeit bij succeservaringen of daalt bij bij slechte ervaringen.

Participatie kan dus gezien worden als een stap in het proces naar maatschappelijke integratie. Het situeert zich ongeveer op niveau van functionele integratie waarbij er (actief) gebruik wordt gemaakt van alles wat de samenleving te bieden heeft. Dit is het niveau onder sociale integratie.

Ook inclusie is aan beiden gelinkt. Net zoals participatie, draagt inclusie bij tot het proces naar sociale integratie. Insluiting van achteruitgestelde groepen in de samenleving, creëert kansen tot volwaardig burgerschap en probeert de hindernissen tot participatie aan de maatschappij weg te nemen. Hier zien we dat inclusie de verantwoordelijkheid tot 'aanpassing' deels bij de maatschappij legt en dat integratie het proces van de persoon zelf is. Dit verband kan ook vanuit een andere invalshoek bekeken worden. Wanneer er met personen het proces naar sociale integratie wordt aangegaan, wordt er tevens een

aanzet gegeven om een inclusieve samenleving op te bouwen waardoor beiden elkaar beïnvloeden.

Een laatste link is dat ze allen tot de rehabilitatiegedachte behoren waarbij iedereen de kans op gelijkwaardige ondersteuning moet krijgen bij het opnieuw opnemen van de burgerrol en het activeren van de meestal diepliggende 'restkwaliteiten'.

1.4 Rehabiliatie en sociale integratie

Binnen de rehabilitatie staan volgens Wilken & Den Hollander (2003) integratie en ondersteuning van personen met ernstig en langdure psychische problemen centraal. Via ondersteuning op gebied van verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van eigen doelen tracht men hen zo optimaal mogelijk te laten functioneren in de maatschappij en gebruik te laten maken van hun aanwezige mogelijkheden. Deze ondersteuning moet zo gedoseerd mogelijk zijn, niet te weinig, maar ook niet meer als nodig. Dit alles in functie van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt (Wilken et al., 2003). Om dit te bereiken richt rehabilitatie zich op het vergroten van het participatie- en activiteitsniveau van de cliënt op gebied van wonen, werken, vrije tijd en sociale contacten en wil hiermee rolherstel in de hand werken. De rehabilitatiebenadering streeft dus naar sociale integratie door het ondernemen van alledaagse dingen.

Deze integratie vraagt zowel van de persoon zelf een inspanning als een engagement van de samenleving die ruimte moet geven voor rehabilitatie van personen met een (psychische) beperking om hen zo, met de nodige zorg en erkenning, een plaats te laten verwerven in onze maatschappij. Individuele begeleiding van de cliënt kan dus gecombineerd worden met beïnvloeding van de omgeving.

Ook de functionele beperkingen die voortvloeien uit de chroniciteit van de (psychische) stoornis en deze personen beletten om optimaal te functioneren in een normale context, moeten opgevangen worden. Door de nodige handvaten aan te bieden en een veilige omgeving te creëren wordt participatie in de samenleving bevorderd en wordt er een bedrage geleverd aan de kwaliteit van leven voor personen met een ernstig en langdurig psychische beperking. Maar wat is dat nu net, kwaliteit van leven?

1.5 Kwaliteit van leven

Wetenschappers van de universiteiten in Columbia en Harvard voerden in 2003 een onderzoek naar kwaliteit van leven bij patiënten met een chronisch psychische ziekte. Ze pasten de theorie van sociale integratie toe om zo de emotionele en mentale waarde van interactie en burgerschap voor personen met een beperking in de gemeenschap aan te tonen. Aan de hand van hun bevindingen, konden ze de kracht van sociale integratie aantonen bij langdurig psychiatrische cliënten op vlak van levenskwaliteit (Norma, Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, Fisher, 2008).

Omdat kwaliteit van leven verhogen vaak een van de uitgangspunten is van onze interventies, volgt er hier een definiëring van wat dit net inhoudt.

Kwaliteit van bestaan kan gedefinieerd worden als een begrip dat verhoudingen weergeeft over de mate van integratie en het welbevinden van een persoon in de maatschappij beschrijft.

Hieruit voortvloeiend houdt een goede kwaliteit van bestaan in dat er een optimale integratie van de persoon in de maatschappij is in combinatie met een optimaal gevoel van welbevinden bij deze persoon (Van Houten, van den Bosch, 1999).

In de verschillende definities van levenskwaliteit zijn 4 basisconcepten waar te nemen. Zo is er het gevoel van welbevinden en dat van positieve sociale betrokkenheid, de kans om mogelijkheden waar te maken en het evenwicht tussen enerzijds wensen en behoeften waaraan wel tegemoet is gekomen en anderzijds wensen en behoeften die niet zijn ingewilligd (Van Houten, van den Bosch, 1999).

De positieve sociale betrokkenheid en een zo klein mogelijk verschil tussen wel en niet ingewilde wensen en behoeften, leiden tot een hoger gevoel van welbevinden. Schalock & Verdugo (2002) onderscheiden acht domeinen voor een kwaliteitsvol bestaan. Deze gebieden zijn reeds onderzocht in tal van onderzoeken en gevalideerd in enkele interculturele onderzoeken. (van Loon, 2008).

Vanuit deze acht domeinen, zijn er ook drie hoofdfactoren te onderscheiden, waarbinnen deze verschillende domeinen geplaatst kunnen worden. Zo blijken onafhankelijkheid, sociale participatie en welbevinden van groot belangrijk voor een kwaliteitsvol bestaan.

Op basis van een internationale literatuurstudie over kwaliteit van bestaan bij personen met een verstandelijke beperking, kwamen Schalock & Verdugo (2002) tot de drie meest gangbare indicatoren per domein die een indicatie geven over het welzijn van een persoon. Deze indicatoren dienen hoofdzakelijk om elk domein van kwaliteit van bestaan te operationaliseren (waarbij iets abstracts wordt omgezet in iets meetbaar) en bijgevolg te kunnen meten en vergelijken (van Loon, 2008).

Tabel 1.1 Overzicht van Factoren, Domeinen en Indicatoren Kwaliteit van Bestaan.

Kwaliteit van bestaan: Factor	Domein	Indicatoren
Onafhankelijkheid	Persoonlijke Ontwikkeling	opleiding, persoonlijke competentie, vaardigheden.
	Zelfbepaling	autonomie, persoonlijke controle, persoonlijke doelen en waarden, keuzes
Sociale Participatie	Interpersoonlijke Relaties	interacties, relaties/vriendschappen en ondersteuning (emotioneel, fysiek, feedback).
	Sociale Inclusie	integratie en participatie in de samenleving, rollen in de samenleving, sociale ondersteuning/supports
	Rechten	Humane rechten (respect, waardigheid, gelijkheid) en wettelijke rechten (burgerschap, toegang, rechtvaardige behandeling)
Welbevinden	Emotioneel Welbevinden	tevredenheid, zelfbeeld, vrij zijn van stress
	Fysiek Welbevinden	gezondheid, ADL-activiteiten en vrije tijd
	Materieel Welbevinden	financiële status, werk en onderdak

Noot van Loon, J. (2008). Een Persoonsgerichte Ondersteuningsmethodiek. Het methodisch bevorderen van kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.

1.6 Besluit sociale integratie

Integratie is een breed begrip dat kan worden onderverdeeld in verschillende niveau's. Sociale integratie is hiervan het hoogste niveau en ook dit begrip kan op verschillende wijzen worden opgevat. Een praktijkonderzoek vraagt dus om een duidelijke omschrijving en afbakening van de inhoud van dit begrip.

Sociale integratie bevat een gevoelsmatige component namelijk 'wederzijds respect' en 'verbondenheid'. Dit gevoel van verbondenheid, net zoals andere kenmerken van sociaal geïntegreerd zijn, brengt psychische voordelen met zich mee. Gebrek aan verbondenheid heeft de omgekeerde uitwerking. Waarom dan niet de psychische gezondheid trachten te stimuleren door dit gevoel van verbondenheid te helpen verkrijgen bij onze cliënten?

Arbeid is momenteel de meest gekende weg naar sociale integratie. De meeste studies rond integratie, situeren zich dan ook op dit levensgebied. Maar.. arbeid is niet voor elk individu haalbaar. Wordt het misschien tijd om ook andere wegen te verkennen met zicht op vermaatschappelijking van de zorg? Evidence based materiaal op andere levensgebieden is maar gering voor handen, dit maakt de nood naar verder onderzoek duidelijk.

Wanneer we naar prevalentiecijfers kijken, komen heel wat personen in aanraking met een (chronische) psychische problematiek. Toch blijkt hier nog altijd een stigma, met heel wat vooroordelen als gevolg, op te rusten. Net dit stigma blijkt voor heel wat cliënten een hinderpaal te vormen in hun (sociaal) herstelproces. Inspanningen blijven leveren om deze hardnekkige vooroordelen in een nieuw daglicht te stellen, blijft volgens mij dan ook een belangrijke taak, ook van ons hulpverleners.

Wanneer we naar sociale contacten en in een verder stadium naar sociale integratie willen toewerken, dienen volgens Maslow's behoeftenpiramide, eerst de lichamelijke behoeften en de behoefte naar veiligheid en zekerheid ingevuld te worden. Ik stel me hierbij dan ook nieuwsgierig de vraag of hierbij de link gemaakt kan worden naar een goede therapeutische relatie die de cliënt veiligheid biedt? Tijdens mijn literatuuronderzoek bleek deze therapeutische relatie namelijk een belangrijke schakel te zijn in het al dan niet bekomen van succeservaringen in het therapieproces.

Maatschappelijke participatie blijkt naast enkele andere factoren van groot belang te zijn bij de weg naar sociale integratie. Sociale integratie kunnen we niet kant en klaar schenken aan onze cliënten maar ondersteuning in de weg hier naartoe, bijvoorbeeld door voorwaarden tot maatschappelijke participatie te creëren, kunnen we als hulpverlener wel.

2 MAATSCHAPPIJGERICHTE ACTIVITEITEN

2.1 Definiëring van het begrip

Hoewel de verschillende thesauri dit begrip niet herkennen en definiëren, kan de betekenis duidelijk uit de 2 delen van dit samengesteld begrip worden afgeleid.

De maatschappij is een breed gegeven dat kan worden omschreven als een systeem van relaties tussen individuen dat ze met elkaar verbind. Het omvat dus sociale verhoudingen en omgangsvormen van mensen met elkaar en kan ook gedefinieerd worden als de samenleving. Het maatschappijgerichte duidt op aspecten als welzijn en welvaart, het culturele, het sociale en het ethische.

Activiteiten staan voor bezigheden, werkzaamheden of iets waarmee men actief bezig is, lichamelijk of geestelijk. Het ICF gaat nog breder in zijn beschrijving en benoemt activiteiten als alle onderdelen van het menselijk handelen die zowel beschreven als waargenomen kunnen worden.

Wanneer we deze begrippen combineren, kunnen we stellen dat maatschappijgerichte activiteiten staan voor lichamelijke en/of geestelijke bezigheden binnen het systeem van sociale verhoudingen, of anders gezegd, de samenleving, waarbij aspecten als welzijn, cultuur en sociale omgang centraal staan.

2.2 Meerwaarde voor de cliënt

2.2.1 Probleemstelling

Zoals eerder aangehaald vormen psychiatrische cliënten een maatschappelijk kwetsbare groep die nog steeds te maken krijgt met sociale uitsluiting. Uit onderzoek bleek echter dat interactie tussen personen zonder en met een psychische aandoening één van de meest effectieve antistigma-strategieën.

Langdurig psychiatrische cliënten hebben over het algemeen ook een kleiner sociaal netwerk, minder sociale contacten en zijn vaker sociaal geïsoleerd als andere groepen uit de samenleving. Weeghel en Wolf (1995) onderzochten in Nederland de structurele dagbesteding, opleiding, hobby's en huishoudelijke activiteiten van chronische psychiatrische cliënten. Hieruit blijkt dat één op drie niet over bovenstaande zaken beschikt. In Vlaanderen bleek de situatie al niet veel beter. Zo onderzocht De Rick (2000) de situatie omtrent gestructureerde dagbesteding bij samenwonende gezinsleden met een ernstig en langdurige psychische beperking. Ook hierbij gaf 41% van de cliënten aan niet te beschikken over een gestructureerde dagbesteding. Van Weeghel (1995) geeft echter aan dat cliënten met een structurele dagbesteding zich op heel wat levensdomeinen beter voelen dan cliënten die hier niet over beschikken.

2.2.2 Vertaling naar het therapieprogramma

Voortgaand op deze onderzoeken, blijkt dat er in de zorg en begeleiding voldoende aandacht moet geschonken worden aan dagbesteding en sociale contacten. Deze 2 zaken kunnen hand in hand gaan. Door deel te nemen aan sociale activiteiten kan er contact ontstaan met anderen die op hun beurt opnieuw kunnen zorgen voor deelname aan nieuwe activiteiten (De Rick, 2003). Wanneer deze contacten buiten de instelling plaatsvinden, wordt er een netwerk voor en door de cliënt gecreëerd, wat maakt dat er banden met het leven en personen buiten de instelling behouden blijven en hun leven zich niet volledig binnen de instelling of afdeling afspeelt. Hierdoor komen ze in contact met andere normen en waarden wat institutionalisering kan tegengaan. Eerder zagen we ook al dat contact met een persoon die een psychische problematiek heeft, een effectieve

anti-stigmastrategie blijkt. Door als cliënt deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten en in contact te treden met personen zonder deze problematiek, kunnen stigma's doorbroken worden. Dit maakt als bijgevolg de kans op sociale uitsluiting weer wat kleiner.

2.3 Herstel-denken

Daar herstel het doel is van alle hulpverlening, wil ik hier iets dieper op ingaan. Want wat is dat nu net, een herstelproces?

2.3.1 Theoretisch kader

Eerst en vooral wil ik het denkbeeld ontkrachten dat herstel wil zeggen dat alles goed komt, dat is niet zo. Er hoeft namelijk geen klinische 'genezing' te zijn om over herstel te mogen spreken. Vaak zullen er 'restsymptomen' aanwezig blijven en is de persoon niet helemaal dezelfde dan dat hij vroeger was.

Herstel gaat wel over het leven weer oppakken, het leren accepteren van je eigen beperkingen en van daaruit je mogelijkheden en talenten ontdekken om zo opnieuw zingeving in het leven te vinden. De persoon die dit proces doormaakt, gaat zich ontdoen van zijn rol als 'cliënt' en de identiteit van burger trachten te herwinnen. Hiervoor zal hij moeten bekomen van heel wat stigma's, gevolgen van zijn opname of behandeling, het verminderde aantal sociale contacten en doorprikte dromen.

2.3.2 Verband met maatschappijgerichte activiteiten

Na het schetsen van wat onder 'herstel' verstaan kan worden, zou ik ook graag de link leggen met 'maatschappijgerichte activiteiten'. Davidson en Roe (2007) koppelen onderstaande betekenissen als meest gebruikte uitleg voor herstel of recovery.

- Herstellen van de psychische stoornis. Dit is iets wat voor 25 tot 65% van de cliënten geldt, volledig of gedeeltelijk.
- Herstel kan ook verwijzen naar de rechten van elke mens zoals het recht op zelfbeschikking, het recht op deelname aan het maatschappelijk leven,... ondanks een psychische stoornis.

Dit laatste vormt de link met maatschappijgerichte activiteiten.

Personen met een psychische stoornis mogen het recht op deelname aan de maatschappij niet ontnomen worden. Omdat zij in hun weg hiernaar vaak op heel wat hindernissen botsen (vb. stigma's, verminderde draagkracht, de hele reeks programma's dat ze al gevolgd hebben, ...), is het net de hulpverlening die ruimte kan maken voor herstel en dit proces mee kan ondersteunen. Door middel van kleine successen, kan hun zelfvertrouwen stilaan groeien waardoor optimisme en hoop wordt teruggevonden en ze opnieuw in relatie durven treden met andere mensen.

Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat dit geen lineair proces is, dat er vaak niet enkel vooruitgang wordt geboekt maar dat de cliënt (tijdelijk) ook enkele stappen achteruit kan zetten. Het herstelproces kan dus gezien worden als een ontwikkelingsproces en om dit proces te doen slagen blijkt volgens een onderzoek van Mancini (2007) elke persoon een belangrijke bondgenoot nodig te hebben. Deze rol kan zowel door een lotgenoot, een vriend, een familielid als een begeleider ingevuld worden.

We kunnen dus stellen dat 'herstel' gezien kan worden als 'in herstel zijn' daar het gaat om een proces van weer een eigen weg te vinden in het leiden van een leven in de maatschappij.

2.3.3 Empowerment

Zoals eerder vermeld, zijn er op de weg naar herstel heel wat hindernissen waarop de cliënt kan botsen. Vaak hebben ze al een lange behandelgeschiedenis achter de rug wat maakt dat ze 'niet staan te springen' voor een volgende behandeling. Ook heerst er vaak heel wat inactiviteit en staan motivatieproblemen vaak op de voorgrond.

Het is dan aan de therapeut om op zoek te gaan naar andere wegen van ondersteuning waarbij 'kwaliteit van leven' voorop staat en waarbij er rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en kwetsbaarheden van de cliënt. Het 'empoweren' van de mogelijkheden van de cliënt is dan ook een belangrijk aangrijpingspunt.

Hiermee tracht men te zorgen dat de cliënt weer macht krijgt over zijn eigen leven en zijn maatschappelijke positie, dat het zelfbewustzijn en de zelfstandigheid van cliënten wordt vergroot en dat ze de kracht hervinden om (handelings-)problemen te hanteren. Hoewel dit een proces van de cliënt is, is het aan de therapeut om situaties te creëren waarin de cliënt zijn eigen macht kan ontwikkelen. Dit proces samen met de cliënt aanvatten, verloopt niet altijd even vlot. Vaak stuit de therapeut op weerstand bij de cliënt.

2.4 Weerstand bij de cliënt

Omdat er vaak weerstand heerst bij cliënten om een nieuw therapieprogramma aan te vatten, dat er voor kan zorgen dat een deel van hun 'veilige omgeving' in gevaar wordt gebracht, dient hier gepast op gereageerd en ingespeeld te worden.

2.4.1 Communicatiestrategieën

Den Hollander en Wilken (2011) omschreven 10 communicatiestrategieën, gebaseerd op het Weerstandsstrategiemodel van Ezerman (1986) die helpen om begeleidingsactiviteiten beter af te stemmen op de mate waarin de cliënt bereid is tot contactname. Weerstand wordt hierbij namelijk gezien als een gezond verschijnsel en geeft de therapeut een signaal dat er moet overgeschakeld worden naar een andere vorm van communicatie.

Omgaan met weerstand kan vanuit dit oogpunt vergeleken worden met een dans waarin de therapeut meebeweegt met de cliënt om hem te helpen met het overwinnen van zijn weerstand en stappen te zetten richting verandering, niet als een worstelwedstrijd waarin beiden tegenover elkaar staan als tegenstanders (Bartelink, 2013).

Belangrijk is om eerst de achtergrond van de weerstand te achterhalen.

Is deze tegen de persoon, tegen de actie of tegen de omstandigheden gericht?

De grootte van de weerstand bepaalt het startpunt en de dus communicatiestrategie.

Afdwingen en overtuigen mogen enkel gebruikt worden wanneer er sprake is van dreigend gevaar.

Onderstaande strategieën kunnen gezien worden als de verschillende fasen waartussen echter geen strikte overgang is.

- **Ontwijken**

Wanneer de cliënt prikkelbaar en/of volledig afwerend reageert op contact, houdt de therapeut de nodige afstand van de cliënt door moeilijke onderwerpen en gesprekken te vermijden en aandacht te vestigen op onderwerpen die wel bespreekbaar zijn. De cliënt zelf wordt echter nooit ontweken en er kan al een eerste observatie, echter met distantie, plaatsvinden.

- Aandachtig aanwezig zijn

Indien de cliënt niet openstaat voor oplossingen van de therapeut, 'niets' wil doen en (non-)verbaal afwerend reageert, is het belangrijk er te zijn voor de cliënt en je in te leven in zijn leefwereld en bijhorende gevoelens. Echte aandacht voor de cliënt is hierbij een belangrijk element.

- Faciliteren

Wanneer de cliënt, meestal non-verbaal, openingen toont of zelf lastige onderwerpen aansnijdt, kan je de cliënt zelf laten benoemen wat er goed en minder goed gaat. Naast observatie ligt de nadruk hier op het tonen van gerichte belangstelling door het stellen van vragen op een niet-bedreigende manier.

Hiernaast wordt er ook gebruik gemaakt van non-verbale elementen zoals de beschikbaarheid of aanwezigheid van de hulpverlener en de tijd. Omgevingsgerichte activiteiten zoals samen de afwas doen of de cliënt een dienst bewijzen, kunnen vertrouwen wekken bij de cliënt.

- Informeren

Wanneer de cliënt (actief) interesse begint te tonen in zijn omringende omgeving kan er gestart worden met informeren van de cliënt. Informatie draagt bij aan het gevoel van controle bij de cliënt. Het gaat hier om controle over zichzelf en/of zijn omgeving en het stelt hem in staat om zelf keuzes te maken uit de verschillende alternatieven. Het informeren dient wel op een emotioneel neutrale wijze te gebeuren en info wordt gedoseerd verstrekt.

- Ondersteunen

Door het scheppen van een vertrouwelijke sfeer kan er stilaan gedacht worden aan het voorzichtig bespreekbaar stellen van weerstand en de waarom van de cliënt zijn gerag. In deze fase is de cliënt bereid en in staat om acties te ondernemen naar de omgeving toe. Keuzes van de cliënt worden hierbij gerespecteerd en genuanceerd indien nodig. De therapeut stelt zich hierbij begripvol, vriendelijk en actief ondersteunend op en heeft oog voor de emotionele, sociale en praktische invalshoek.

- Open overleg / dialoog

Wanneer de cliënt in staat is zich op te stellen als gelijkwaardige gesprekspartner, wordt de dialoog aangegaan tussen therapeut en cliënt op een open, oprechte en respectvolle manier. Dit vraagt van beiden de bereidheid om elkaar te willen verstaan, de nodige luistervaardigheid en openheid in doelstellingen.

- Onderhandelen

Deze complexe strategie is er een van geven en nemen en vraagt vaak veel van de cliënt. De cliënt wordt ook hier vanuit een gelijkwaardige positie benaderd voor het sluiten van compromissen. Zowel ondersteunen, het opbouwen van een dialoog en informeren behoren tot deze strategie.

- Verleiden

Verleiden is een strategie waarbij je gaat proberen om de aarzelende cliënt te beïnvloeden in het maken van bepaalde keuzes. Het benadrukken van de voordelen of het kleuren van de informatie zijn hier voorbeelden van.

- Overtuigen

Wanneer de cliënt niet bereid of niet in staat is verschillen in opvattingen te overbruggen en bemoediging of inspiratie nodig heeft, kan de therapeut proberen om de cliënt te stimuleren en/of enthousiast te maken door ofwel te onderhandelen ofwel meer te neigen naar afdwingen vanuit een machtspositie. Via deze strategie, die we enkel toepassen wanneer de anderen niet helpen, proberen we terug te keren naar het onderhandelings- of dialoogproces.

- Afdwingen

Afdwingen kan vergeleken worden met een gevecht waarbij er consequenties volgen wanneer de cliënt niet bereid is om belangrijke opvattingen te accepteren. Deze techniek mag enkel worden toegepast wanneer de cliënt het contact met de realiteit verliest en er acuut gevaar voor de cliënt zelf of zijn omgeving dreigt.

Naast deze communicatiestrategieën bestaan er ook nog enkele motivatiestrategieën om de cliënt te ondersteunen en zijn motivatie te bevorderen.

2.4.2 Motiverende strategieën

Cliënten moeten niet alleen weten 'wat' en 'hoe' te doen, ze moeten het ook nog willen doen. Het belangrijkste uitgangspunt hierbij is dat bereidheid tot verandering niet gezien kan worden als een vaststaand kenmerk maar dat dit een variërend resultaat is van persoonlijke interactie. Een essentieel element van motiverende gespreksvoering is 'empathie' waarbij de therapeut een accepterende houding aanneemt en de cliënt helpt om zijn ambivalentie (tweestrijd) te overwinnen. Hieronder volgen enkele motivatiestrategieën (Schoofs, Van Loy, 2011).

- Hoop geven

De hulpverlener neemt de wensen en klachten van de cliënt au serieus en creëert optimisme en verwachting. Hierbij staan de interesses, de wens en het toekomstperspectief van de cliënt centraal aangezien het hebben van bovenstaande zaken op zich al hoopgevend is.

Verder kan ook het benoemen van de positieve kwaliteiten van de cliënt en het benadrukken van de positieve ervaringen in de levensgeschiedenis van de cliënt, hoopgevend zijn.

- Positief etiketteren

Om een machtsstrijd tussen cliënt en hulpverlener te voorkomen en de band tussen beiden te versterken, is het belangrijk op zoek te gaan naar de positieve kanten van de cliënt zijn gedrag en deze ook te benoemen.

- Doelen bereiken

Het stellen van bereikbare doelen die voor succeservaringen en complimentjes van anderen zorgen, kan hoopgevend en motiverend zijn voor de cliënt.

- Voordoen en samen doen

Wanneer de therapeut het gewenste gedrag voordoet en daarbij de stappen benoemt die hij of zij onderneemt, kan de cliënt bij iedere stap nagaan of hij dit zelf zou kunnen. Dit kan voor enige motivatie zorgen. Ook het samen ondernemen van activiteiten, projecten, ... is een goede stimulans om de cliënt te activeren.

- Onderhandelen

Onderhandelen is één van de belangrijkste methodieken om een cliënt te motiveren aangezien hij wordt uitgedaagd zijn eigen standpunt in te nemen en er geen pasklare oplossing wordt opgelegd of afgedwongen. Onderhandeling sluit nauw aan bij empoweren daar het de cliënt uitdaagt tot zelfstandigheid en het maken van eigen keuzes.

Voordat een persoon tot verandering komt, spelen er 3 aspecten een belangrijke rol in de motivatie tot verandering (Bartelink, 2013).

- Bereidheid om te veranderen: wat is het belang van de verandering?
- Overtuiging in staat te zijn om te veranderen: beschik ik over de nodige capaciteiten om de verandering te realiseren?
- Gereedheid om te veranderen: heeft de verandering prioriteit?

Hier bovenop wordt de kans op verandering beïnvloed door persoonlijke interactie, bijvoorbeeld met de therapeut. Empathie en geloof in de mogelijkheid van de cliënt om te veranderen, spelen hierbij een belangrijke rol.

2.5 Verschil met recreatieve activiteiten/uitstappen

Maatschappijgerichte activiteiten gaan niet over het onbezonnen ondernemen van ontspannende activiteiten, georganiseerd door de hulpverlener. Wel over een onderdeel van het therapeutisch proces waarbij op een doelgerichte en cliëntgerichte manier stappen worden ondernomen naar de wereld buiten de instelling. Het gaat over het doorbreken van de veilige cocon die is opgebouwd binnen de instelling en het ontdekken van de mogelijkheden daarbuiten. Hierbij mag vooral de taak van de therapeut én de cliënt niet worden onderschat. Beiden moeten een stukje geven en nemen, de cliënt moet zich durven openstellen, zijn eigen interessegebieden en krachtbronnen leren verkennen en een stukje van zijn vertrouwen aan de therapeut geven. Deze therapeut moet voldoende veiligheid voor de cliënt kunnen bieden, hem ondersteunen bij het verkennen van interesses en mogelijkheden, vooral het tempo van de cliënt niet voorbij hollen en stapje voor stapje de muur van weerstand doorbreken die de cliënt heeft opgebouwd.

Wanneer het ondernemen van deze activiteit achteraf inderdaad leerzaam, ontspannend en plezierig bleek te zijn, mag er van grote succeservaring gesproken worden. Ik wil hierbij vermelden dat ik beseft dat het niet realistisch is om deze verwachting te koesteren bij elke activiteit die wordt ondernomen met de cliënt.

2.6 Besluit maatschappijgerichte activiteiten

Maatschappijgerichte activiteiten kunnen opgevat worden als de samenvoeging van drie belangrijke begrippen binnen de rehabilitatie namelijk 'activeren' in voor de cliënt 'zinnvolle bezigheden' (d.m.v. activiteiten) en dit zoveel mogelijk in een 'sociale of maatschappelijke context'.

Dit sluit ook sterk aan bij begrippen als herstel-denken en empowerment. Via maatschappijgerichte activiteiten kunnen personen hun leven weer oppakken, kunnen ze eigen (nieuwe) krachtbronnen zoals mogelijkheden en talenten ontdekken om zo opnieuw regie te krijgen over hun leven en zingeving hierin te vinden.

Hierbij vind ik het belangrijk de kanttekening te maken dat dit ook niet te idealistisch mag worden opgevat. Deze weg naar herstel is er vaak geen zonder drempels of hindernissen.

Weerstand bij de cliënt is hierbij een fenomeen dat niet onderschat of over het hoofd gezien mag worden. In het verleden is hier onderzoek naar gedaan en zijn er methodieken gevormd om deze weerstand te hanteren in de verschillende fasen. Het is aan de therapeut om in te schatten wanneer welke methodiek het meest effectief of gepast is.

Naar mijn mening mag deze indeling zeker niet te strak worden opgenomen en zullen er ook tussenfasen zijn of persoonlijke factoren bij de cliënt die de best passende methodiek mee bepalen. Iedere cliënt is namelijk uniek.

Persoonlijk vind ik dat maatschappijgerichte activiteiten een vast of optioneel onderdeel moeten zijn binnen een rehabilitatie-afdeling. Deze afdelingen streven namelijk naar maatschappelijk herstel, wat naar mijn mening niet te verkrijgen is binnen een kunstmatige context (de afdeling). Hiernaast vormen maatschappijgerichte activiteiten een doelgerichte manier van handelen en kunnen ze onderdeel zijn van een therapeutisch proces wanneer de cliënt een wens of nood heeft aan uitbreiding van dagbesteding, sociale contacten, het heropnemen van zijn burgerrol of het 'gevoel om erbij te horen'.

3 Methodologie

Om cliënten kwaliteitszorg te kunnen bieden, wordt het ergotherapeutisch handelen gekenmerkt door een proces van systematische besluitvorming op basis van een professioneel referentiekader en in samenspraak met de cliënt. Er wordt gebruik gemaakt van zowel objectieve (Evidence Based) als subjectieve gegevens (ervaringen, gevoelens,... van de cliënt) om zo tot de planning, uitvoering en (continue) evaluatie van het therapieproces te komen.

Tijdens dit proces van methodisch handelen, waarbij we als ergotherapeuten doelgericht, systematisch, bewust en procesmatig te werk gaan, stellen we de cliënt centraal en nemen we zijn handelen als uitgangspunt. Dit handelen vormt één van de 4 belangrijke elementen binnen de ergotherapie. Naast dit handelen zijn ook de omgeving, de cliënt zelf en de therapeut van groot belang en beïnvloeden ze elkaar onderling. Zo vindt het handelen plaats binnen een bepaalde omgeving waarin er een relatie bestaat tussen therapeut en cliënt. De kwaliteit van deze relatie is meebepalend voor het al dan niet slagen van therapie en het behalen van de gestelde doelen. Het is belangrijk om als therapeut een gelijkwaardige relatie na te streven met acceptatie van de cliënt en wederzijds respect. (Kinébanian, le Granse, 2006)

Omdat aan deze thesis ook een praktijkonderzoek verbonden is, zocht ik naar methodieken om doelgericht, systematisch, bewust en procesmatig te werk te kunnen gaan én die passend zijn voor het onderwerp 'sociale integratie'. Mijn zoektocht naar methodieken leerde me dat er verschillende benaderingen zijn om rehabilitatie vorm te geven. (van Dam, van Popta, Scheurwater, 2009; Schoofs, Van Loy, 2011)

- De probleemgerichte benadering volgens Liberman
Bij deze benadering ligt de focus op de klacht of het probleem van de cliënt. Liberman onderzocht welke overlevingsstrategieën een persoon nodig heeft in het leven en aan de hand van verschillende modules (de Liberman modules) krijgt de cliënt uitleg, instructies of oefeningen om te leren omgaan met problemen of beperkingen, gerelateerd aan de stoornis.
- De omgevingsgerichte benadering volgens Bennet en Shepherd
Deze benadering besteedt veel aandacht aan het behouden of creëren van een omgeving (fysiek en/of relationeel) waarin de cliënt de kans krijgt om zich te ontplooien en verschillende rollen te vervullen.
- De ontwikkelingsgerichte benadering volgens Anthony en Farkas
Bij deze benadering ligt de nadruk op de cliënt als individu met zijn eigen behoeften en wensen. De cliënt is dus zelf in staat doelen te ontwikkelen en bereiken. Interventies binnen deze benadering richten zich op het ontwikkelen van vaardigheden om deze doelen te bereiken. Een bekend voorbeeld hiervan is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB).

- De integrale benadering volgens Wilken en Den Hollander
Deze benadering kan omschreven worden als een combinatie van 3 bovenstaande benaderingen. Ze richt zich op zowel de cliënt zelf als op zijn omgeving met als doel herstel van de cliënt te bevorderen of hem te leren omgaan met langdurige beperkingen. Deze benadering is ook bekend onder de naam Systematisch Rehabilitatiegericht handelen (SRH).

Bovenstaande benaderingen hebben een aantal kenmerken gemeen. Zo richten ze zich allen op verbetering en groeimogelijkheden van de cliënt, is de vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt van belang, leveren de cliënten een actieve bijdrage in het stellen van doelen en het plannen van interventies, is de omgeving of het milieu een belangrijke factor, wordt er steun geboden op maat van de cliënt en richten ze zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven. (Het Oude Gesticht, 2008)

Binnen deze benaderingen die reeds bekendheid genieten, leek de Individuele Rehabilitatie Benadering me het meest geschikt voor mijn onderzoek aangezien hier cliëntgericht werken en empowerment voorop staan.

Hiernaast ontdekte ik ook nog een andere methode, niet specifiek voor rehabilitatie, namelijk de ISPB uit het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011). Hieronder volgt een beschrijving van beiden omdat ze naar mijn mening beiden aansluiten bij dit onderzoek en deze doelgroep.

3.1 De Individuele Rehabilitatiebenadering

3.1.1 Beschrijving van de methode

Via de IRB wil men mensen met ernstige en langdurige beperkingen, die belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke en/of sociale rollen, helpen om beter te functioneren zodat ze succesvol en tevreden kunnen leren, wonen, werken en sociale contacten hebben is de omgeving van hun persoonlijke keuze. Dit alles met zo min mogelijk professionele hulp. De benadering kan zowel intramuraal, semimuraal als extramuraal worden toegepast en is beschikbaar voor verschillende doelgroepen. Afhankelijk van de doelgroep en het terrein waarop de methodiek wordt toegepast, varieert de naamgeving (Korevaar, Droës, 2008).

De aanpak van deze methode bestaat uit gesprekken en activiteiten die personen met een beperking ondersteunen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van eigen doelen op het gebied van leren, wonen, werk/dagbesteding of vrije tijd, sociale contacten en financiën. Voor deze gesprekken en activiteiten zijn er handleidingen beschikbaar voor de hulpverlener en werkboeken- en bladen voor de cliënten. Dit laatste is optioneel (Korevaar, Droës, 2008).

De techniek van de IRB bestaat uit verschillende modules om de cliënt te ondersteunen bij het afronden van de huidige fase en zo door te kunnen gaan naar de volgende fase van rehabilitatie. Deze fasen zijn: 'verkennen', 'kiezen', 'verkrijgen', en 'behouden'. Enkele voorbeelden van modules zijn: 'het scheppen van een band', 'doelvaardigheid beoordelen', 'het stellen van een rehabilitatiedoel', 'functionele diagnostiek',... .

3.1.2 Onderbouwing

De ontwikkelaars, o.a. rehabilitatiepsycholoog Anthony (2002), op het Center for Psychiatric Rehabilitation van de Boston University baseerde zich bij de ontwikkeling van deze methode op het werk van de psychotherapeut Rogers (1961) en op de 'teaching as

treatment benadering' van Carkhuff en Berenson (1976) om zo antwoord te bieden op de deïstitutionalisering in de psychiatrie tussen de jaren '60 en '80. Personen met ernstige beperkingen die opnieuw in de maatschappij gingen functioneren bleken namelijk in belangrijke mate dezelfde wensen en doelen te hebben als andere burgers maar misten vaak de vaardigheden en hulpbronnen om deze persoonlijke doelen te verwezenlijken. Hierbij kwam nog eens de (zelf)stigmatisering waarbij gedacht werd dat deze personen, vanwege hun aandoening, niet in staat waren zelf doelen te stellen, laat staan te verwezenlijken. Hoewel sommige personen met een beperking gerichte en systematische begeleiding nodig hebben bij het verkennen, kiezen, behalen en behouden van hun eigen doelen, is het tegendeel van deze opvatting inmiddels gebleken.

3.1.3 Effectenonderzoek

Naar de effectiviteit van deze methode zijn al heel wat studies gedaan en de uitkomsten van deze onderzoeken zijn over het algemeen positief. Zo bleek ook uit een Nederlands gerandomiseerd multi-site onderzoek (156 deelnemers) waarbij personen die IRB-begeleiding krijgen er na een jaar bijna twee keer zo vaak in slagen om hun zelf gestelde doelen te behalen (31%) als cliënten die andere vormen van rehabilitatiegerichte begeleiding krijgen (17%). Het gebruik van IRB-trajecten op langere termijn bleek wel succesvoller te zijn. Na twee jaar bereikte 46% zijn doel met IRB-begeleiding tegenover 32% met andere begeleiding. Verder bleek ook dat het bereiken van rehabilitatiedoelen zorgt voor een hogere kwaliteit van leven.

Uit een ander Nederlands onderzoek bij chronisch psychiatrische cliënten zonder controlegroep bleek dat 46% van de cliënten na 2 jaar hun zelf gesteld doel volledig haalde en 16% gedeeltelijk. Ook werd er een grotere mate van maatschappelijke participatie vastgesteld en was er daling van de zorgbehoefte. Ook hier weer bleek de grotere kans op succes bij langere trajecten en het stijgen van de kwaliteit van leven bij het bereiken van hun doelen. Belangrijk hierbij is dat de kwaliteit van leven daalde voor cliënten die hun doel niet bereikten.

Een derde onderzoek bij 35 cliënten met psychotische – of affectieve stoornissen stelde ook vast van 46% van de deelnemers na een jaar hun doel volledig behaalde en 34% gedeeltelijk. Het aantal zorgbehoeften nam af maar op vlak van levenskwaliteit en functioneren werden er geen duidelijke effecten gevonden.

Italiaans onderzoek bij mensen met chronische schizofrenie geeft resultaat aan op vlak van persoonlijk en sociaal functioneren maar uit een Amerikaanse studie naar arbeidsrehabilitatie is er geen effect en ging zowel de groep die IRB-begeleiding kreeg als de controlegroep erop vooruit.

3.1.4 Besluit

Dit alles in beschouwing genomen, kan ik besluiten dat de belangrijkste elementen van de IRB-begeleiding de individu-gerichte aanpak, de cliëntgerichtheid en het geloof in capaciteiten van elke persoon zijn. Dit geeft de cliënten hoop en verhoogt de motivatie.

Ook het tijdsaspect mag niet buiten beschouwing gelaten worden. De meeste onderzoeken liepen over een periode van één à twee jaar en gaven hierna pas positieve resultaten. Aangezien het bereiken van doelen samenhangt met de kwaliteit van leven en deze ook kan dalen bij faalervaringen is het belangrijk een methodiek te kiezen die haalbaar is binnen de gegeven tijd.

3.2 Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB) volgens het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding'

3.2.1 Beschrijving van de methode

De methode 'Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding' of kortweg ISPB is een begeleidingsmethode voor psychiatrische cliënten in de langdurige zorg en kan toegepast worden door sociaal-psychiatrische verpleegkundigen en andere professioneel opgeleide zorgprofessionals.

Ze is ontwikkeld en geëvalueerd op basis van wetenschappelijk onderzoek waarbij er een nauwe samenwerking was met zowel cliënten als professionals in het werkveld.

Net zoals wij dit in het ergotherapeutisch handelen gewend zijn, gaat het ISPB procesmatig tewerk. Zo onderscheidt het 3 fasen (die duidelijker worden naarmate het contact tussen cliënt en professional moeilijker verloopt).

- Als eerste is er de contactfase waarin men tracht de therapeutische relatie te optimaliseren. Cliënt en therapeut bespreken op welke manier ze met elkaar willen omgaan en geven zo vorm aan hun werkrelatie.
- Hierna volgt de doelenfase waarin er een probleemexploratie plaatsvindt, de zorgbehoefte wordt vastgesteld en de inhoud van het contact wordt bepaald. Dit alles leidt tot goed doordachte en gezamenlijk overeengekomen doelstellingen
- Als laatste is er de werkfase waarin men tot een verbetering probeert te komen van het sociaal en psychisch functioneren. De inhoud van deze interventies wordt samen met de cliënt overeengekomen en sluiten aan bij de vooropgestelde doelstellingen.

Om de gesprekken tussen cliënt en therapeut gestructureerd en doelmatig te laten verlopen, voorziet het ISPB een aantal vaste elementen in ieder gesprek.

- Elke sessie wordt geopend met het maken van een agenda waarin alle punten komen te staan die beide partijen willen bespreken.
- Daarna wordt er teruggeblikt op de periode tussen het huidige en het vorige gesprek waarbij de therapeut de cliënt uitnodigt om hierover te reflecteren.
- De therapeut laat de cliënt reflecteren over de samenhang tussen de vooropgestelde gespreksonderwerpen en de geformuleerde doelstellingen van de begeleiding.
- Naar het einde van het gesprek toe, kijken therapeut en cliënt samen terug op het afgelopen gesprek en overlopen ze of alle agendapunten besproken zijn.
- Als afsluiter vullen zowel professional als cliënt een korte vragenlijst in over het contact tussen beiden.

Gedurende deze gesprekken maakt de therapeut gebruik van enkele gespreksmethoden gerelateerd aan de fase waarin het contact zich bevindt. Zo wordt er in de contactfase gebruik gemaakt van relatiemanagement en motiverende gespreksvoering ter optimalisatie van de relatie, wordt er tijdens de doelenfase motiverende- en oplossingsgerichte gespreksvoering gehanteerd ter verduidelijking van het probleem, de zorgbehoefte en doelen en wordt er tijdens de werkfase gebruik gemaakt van casemanagement, gedragsanalyse en oplossingsgerichte gespreksvoering om het sociaal psychiatrisch functioneren te verbeteren. Een korte beschrijving van de verschillende gespreksmethoden volgt hieronder.

- **Relatiemanagement**

Relatiemanagement kan gezien worden als een houding waarbij de hulpverlener niet de hem toegewezen, helpende rol inneemt maar wel de cliënt verantwoordelijk maakt en houdt. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat té helpend gedrag ineffectief is en ertoe kan leiden dat de cliënt zich minder adequaat gedraagt. De hulpverlener moet dus alles wat met het contact of de behandeling heeft te maken, direct en open bespreken en vermijden om een 'beter wetende' rol in te nemen. Het voornaamste doel van relatiemanagement is geen schade aanrichten.

- **Motiverende gespreksvoering**

Bij motiverende gespreksvoering wordt zowel een directieve als cliëntgerichte aanpak gehanteerd om de voor- en nadelen van een bepaalde situatie te belichten en de tegenstrijdigheid in gevoelens over deze situatie te onderzoeken en indien mogelijk op te lossen. (discrepantie en ambivalentie). Deze gespreksmethode kan opgedeeld worden in 4 onderdelen namelijk:

- Empathie van de hulpverlener t.o.v. de situatie en ambivalentie van de cliënt
- De tegenstrijdigheid vergroten tussen de voor- en nadelen van de situatie
- Wanneer de cliënt weerstand heeft om te veranderen, hierin meebewegen
- De cliënt zijn/haar zelfvertrouwen ondersteunen wanneer deze stappen onderneemt om dingen anders te doen.

Praktisch gezien neemt de hulpverlener een coachende stijl aan waarbij hij open vragen stelt en luistert naar de beleving van de cliënt. Verder maakt hij gebruik van strategieën zoals het maken van een agenda, het bepalen van voors en tegens, het bepalen van het belang en het nemen van besluiten over verandering, wat zich vertaalt in doelstellingen. Hiernaast reageert de hulpverlener vaardig maar behoedzaam op de taal van de cliënt. Zo probeert hij 'verandertaal' uit te lokken door middel van vraagstelling.

De effectiviteit van deze gespreksmethode is reeds uit vele wetenschappelijke onderzoeken gebleken.

- **Oplossingsgerichte gespreksvoering**

Bij oplossingsgerichte gespreksvoering richt de hulpverlener zich niet op het probleem, wel op de oplossing.

Het belangrijkste uitgangspunt is dat de oplossing niet noodzakelijk het tegengestelde van het probleem is zodat er ruimte is om te praten over waar de cliënt naartoe wil en niet over wat hij vooral niet wil.

In de praktijk vertaalt dit zich naar veel vragen en opdrachten aan de cliënt. Een voorbeeld hiervan is de vraag naar uitzondering, de schaalvraag, de wondervraag,... . Door middel van deze vragen leren cliënten een onderscheid maken in verschillende situaties en wordt zwart-wit denken vermeden.

- **Casemanagement**

Casemanagement is een begeleidingsvorm waarbij de hulpverlener de cliënt actief helpt om zijn of haar leven weer op orde te krijgen, dit op allerlei gebieden (wonen, werk, relaties,...). Casemanagement is vooral bruikbaar wanneer er veel praktische zorgbehoeften aanwezig zijn. De hulpverlener neemt hierbij een

coachende en soms zorgende rol in die gaat van meer naar minder activiteit en verantwoordelijkheid voor zichzelf.

Praktisch gezien gaat casemanagement volgens het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' vooral om interventies in de sociale omgeving van de cliënt. Hiervoor gaan hulpverlener en cliënt in dialoog over wie wat doet.

Zelfredzaamheid van de cliënt staat hierbij voorop, hoewel er wordt getracht hem geen schade (vb. overvraging) toe te brengen.

- **Gedragsanalyse**

Bij gedragsanalyse gaat men proberen om situaties te ontleden die hebben geleid tot bepaald gedrag (al dan niet ineffectief). Hierdoor kan het gedrag beter begrepen worden wat mogelijkheid geeft tot verandering. Dit principe gaat ervanuit dat gedrag vooraf wordt gegaan door bepaalde gevoelens en gedachten waarbij het eerste sterk bepaald wordt door het tweede. Wanneer er zich een gebeurtenis voordoet, wordt dit door een persoon geïnterpreteerd via cognities en volgt er een bepaald gevoel. Dit gevoel resulteert dan uiteindelijk in waarneembaar gedrag. Cliënten die hiermee aan de slag gaan, moeten een groot deel van hun ambivalentie reeds opzij hebben gezet en over enige bereidheid beschikken om te veranderen.

In de praktijk wordt er een formulier gehanteerd om situaties te analyseren. Belangrijk hierbij is dat er lang en precies genoeg wordt doorgevraagd en dat er niet in de valkuil wordt getrapt van het te snel afsluiten van een bepaald onderwerp. Dit vraagt oefening en training.

Bij dit alles gaat het ISPB ervan uit dat een persoon deel uitmaakt van verschillende sociale systemen. Dit geldt zowel voor de therapeut als voor de cliënt

3.2.2 Onderbouwing

Lector Bauke Koekkoek schreef een praktijkboek over sociaal-psychiatrische begeleiding gebaseerd op een wetenschappelijk artikel over de bruikbaarheid en effectiviteit van ISPB.

3.2.3 Effectenonderzoek

Uit een onderzoek in 3 GGZ-diensten in Nederland waaraan 14 psychiatrisch verpleegkundigen en 36 niet-psychotisch maar wel moeilijk te behandelen en chronische cliënten deelnamen, blijkt de effectiviteit van de ISPB-methode. Zowel de ISPB-groep als de controlegroep toonden vooruitgang maar op sommige vlakken haalde de eerste groep significant betere resultaten. Zo steeg het sociaal netwerk van de zorggebruikers en daalde hun zorgbehoefte. De professionals melden tevens een betere werkrelatie met deze vooraf benoemde 'moeilijke cliënten'.

ISPB is een van de weinige programma's dat gericht is op zogenaamde 'moeilijke' niet psychotische cliënten. Deze eerste studie lijkt te wijzen op positieve uitkomsten voor deze methode maar verder onderzoek met een grotere doelgroep is gewenst.

3.2.4 Besluit

De ISPB is een methode die nog vrij recent is en waarnaar nog maar weinig wetenschappelijke studies zijn gedaan. In september 2013 start er een nieuwe studie die

voortbouwt op bovenstaand onderzoek en uitzoekt wat de (kosten) effectiviteit van ISPB is in vergelijking met de gebruikelijke zorg.

Hoewel wetenschappelijke onderzoek naar de effectiviteit van deze methodiek amper voor handen is, wat geen veilige basis geeft om met deze methodiek te werken, maakt de recentheid deze methode ook net interessant voor mij. Dit maakt namelijk dat deze methodiek vernieuwend kan zijn voor de afdeling waar ik mijn praktijkonderzoek ga uitwerken en eventueel voor andere afdelingen.

3.3 Besluit methodologie

Binnen de rehabilitatie is er momenteel al een grote waaier van methodieken beschikbaar. Ook over de effectiviteit van deze methodieken is er heel wat Evidence Based onderzoek voor handen. Extra onderzoek blijft echter steeds wenselijk.

Het gebruik maken als hulpverlener van een methodiek die zijn effectiviteit reeds bewezen heeft, geeft een veilige basis om met de cliënt aan de slag te gaan. Vandaar bovenstaande beschrijving van de IRB voor eventueel vervolgonderzoek van wetenschappers die gebruik willen maken van een methodiek die zijn effectiviteit reeds bewezen heeft.

Maar kan het, zonder afbreuk te doen aan het belang van Evidence Based werken, ook niet interessant zijn om onderzoek te verrichten naar een methode die nog niet zo'n grote bekendheid geniet? Hierbij denk ik aan de ISPB, die niet specifiek gericht is op de rehabilitatie maar die naar mijn mening hier wel bij kan aansluiten aangezien hij over dezelfde kenmerken beschikt als de vier eerder genoemde benaderingen.

- verbetering en groeimogelijkheden van de cliënt
- de vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt
- de cliënt heeft een actieve bijdrage in het stellen van doelen en het plannen van interventies
- de omgeving of het milieu is een belangrijke factor
- steun wordt geboden op maat van de cliënt
- het verbeteren van de kwaliteit van leven

Hiernaast vind ik het belangrijk dat de keuze van de methodiek aansluit bij de instellings- en afdelingsvisie. Zoals verder in het praktijkgedeelte uitgebreid wordt besproken, richt de instelling en afdeling waar ik stage zal lopen zich op de zorgvraag van de cliënt en wordt er getracht om binnen een veilig, gestructureerd en activerend milieu de cliënt een leven te laten opbouwen voorbij hun (blijvende) beperkingen. Dit kan zowel door op zoek te gaan naar nieuwe rollen als door resterende krachtbronnen aan te boren. Het uiteindelijke doel is een zinvol en betekenis leven voor de cliënt. Omdat het hier om langdurig psychiatrische cliënten gaat, wordt er ook een deel bemoeizorg toegepast omdat de cliënten vaak al een (groot) deel van hun motivatie zijn verloren en weerstand hebben opgebouwd tegen alweer een nieuwe therapie.

Hier sluit het ISPB met zijn verschillende gesprekstechnieken, zijn structuur en de focus op langdurig psychiatrische cliënten mooi bij aan.

Ook het feit dat er via deze methodiek behandeldoelen- en plannen op maat van de cliënt worden gecreëerd, (cliëntgerichtheid) overhaalt mij om de uitdaging aan te gaan om met deze methodiek aan de slag te gaan.

4. Besluit literatuuronderzoek

Wanneer we re-integratie in de maatschappij theoretisch bekijken, zou participatie aan het maatschappelijk leven de sociale integratie van personen met een chronisch psychiatrische aandoening bevorderen. Ook wanneer het gaat om kwaliteit van bestaan, wat zowel binnen de rehabilitatie als van de ergotherapeut een belangrijk uitgangspunt is, toont onderzoek aan dat sociale participatie en relaties hier een positieve invloed op hebben.

Maar, de vraag is of de samenleving wel klaar is om personen met een chronisch psychiatrische aandoening te accepteren als gelijkwaardige burgers binnen hun gemeenschap. Zolang dit niet het geval is, is er van sociale integratie geen sprake.

Hierbij stel ik mij meteen de volgende vraag of het werken aan één kant van de medaille (met de cliënten), wel genoeg is? Moeten er niet gelijktijdig interventies in de maatschappij worden aangebracht zoals antistigma-campagnes om enerzijds de vooroordelen bij de bevolking in te perken en anderzijds voor de cliënten de stap naar de maatschappij minder groot te maken en zo inclusie te bevorderen?

Hiernaast voel ik een groot gebrek aan in onderzoek en integratieprojecten voor langdurig psychiatrische cliënten op vlak van vrijetijdsbesteding. Wanneer het gaat over arbeids-re-integratie, zijn er tal van onderzoeken gebeurd en verschillende instanties te vinden die hierrond werken (vb. ATB). Maar het leven bestaat uit meer dan arbeid alleen en voor een (groot) deel van de cliënten, zal dit domein een stap te ver zijn.

In verschillende onderzoeken wordt er gesproken over de belemmeringen van de maatschappij (vb. stigmatisering) maar wordt er zeer weinig aangehaald over de stappen die genomen moeten worden alvorens de cliënt kan overgaan tot het daadwerkelijk participeren. Bij heel wat cliënten heerst er namelijk heel wat angst en weerstand om deze stap te zetten. Is het in kader van cliëntgerichtheid en empowerment niet belangrijk om ook daar rekening mee te houden?

Wanneer ik terugblik naar de onderzoeksvraag waarmee dit literatuuronderzoek van start is gegaan en waarbij ik mezelf de vraag stelde of maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie bevorderen op vlak van vrijetijdsbesteding, wees dit literatuuronderzoek uit dat maatschappelijke participatie, en dus ook het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten, de sociale integratie en kwaliteit van bestaan positief kan beïnvloeden. Wel werd me duidelijk dat het ondernemen van dit soort activiteiten niet als vanzelfsprekend mag worden beschouwd bij deze doelgroep. Zowel van de maatschappij als van de cliënt uit, zijn er belemmeringen en hindernissen die deze sociale integratie in de weg kunnen staan.

Om als hulpverlener de cliënt te ondersteunen in zijn weg naar maatschappelijke participatie en integratie, bestaan er heel wat rehabilitatiegerichte methodieken en denkkaders. Allen hebben gezamenlijke uitgangspunten zoals het aanboren van krachtbronnen van de cliënt, het belang van de therapeutische relatie, de cliëntgerichtheid, Ook de ISPB houdt deze uitgangspunten er op na en voegt een aantal methodieken toe om de vertrouwensrelatie op te bouwen, de therapie sessies structuur te geven en de therapeutische relatie te monitoren. Ook laat het voldoende ruimte om eigen inbreng, kennis en handelingen van de hulpverlener zelf hierin te verweven. Dit alles vind ik persoonlijk de grote meerwaarde van deze methodiek voor een eerder chronische doelgroep.

Praktijkstudie

5. Inleiding

Na verkenning van de beschikbare literatuur over sociale integratie en maatschappijgerichte activiteiten bij een eerder chronisch psychiatrisch publiek, werd het tijd om deze bevindingen in het werkveld te toetsen.

Het doel om op een cliëntgerichte manier te komen tot maatschappijgerichte activiteiten en hierbij het effect op de sociale integratie in beeld te brengen, werd als uitgangspunt genomen.

Gedurende een stageperiode van 9 weken op afdeling Polder van PC Bethanië, trachtte ik een goede therapeutische relatie op te bouwen met de cliënten, samen met hen een verkenning te doen van hun huidig sociaal netwerk en hun wensen hierrond in kaart te brengen.

Hierna werd een volgende stap genomen in het methodisch proces, kenmerkend voor ergotherapeuten, namelijk het vertalen van wensen en noden in haalbare werkdoelen om van hieruit te werken aan de onderbouwende factoren tot maatschappijgerichte activiteiten en deze ook daadwerkelijk te ondernemen. Dit alles zonder de afdelingsvisie en eventuele weerstand van cliënten uit het oog te verliezen.

Een heldere beschrijving van dit proces en mijn bevindingen hierover, zijn in onderstaand praktijkonderzoek terug te vinden.

6. Voorstelling stageplaats

6.1 Visie van de instelling

Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis in Zoersel verleent vanuit een christelijke visie op mens en samenleving vraaggerichte zorg aan zijn cliënten waarbij de zorgvraag van de cliënt en zijn omgeving een belangrijk uitgangspunt vormt voor de behandeling.

Behandelplannen worden steeds in samenspraak met de cliënt (en zijn omgeving) opgesteld waarbij er oog is voor de familiale en sociale context waarin de cliënt leeft. Er wordt gehandeld vanuit een holistische mensvisie waarbij zorgverlening is afgestemd op de gehele mens met aandacht voor psychische, fysische, sociale en zingevings-factoren. Deze behandeling vindt plaats met respect voor eigenheid, waardigheid en privacy van elke cliënt.

De weg naar herstel met de cliënt vindt plaats in teamverband waarbij er wordt gestreefd naar hoge kwaliteit en deskundigheid van zorgverlening, gebaseerd op recente wetenschappelijke ontwikkelingen.

Verder is er een samenwerkingsverband met externe zorgpartners waardoor, indien nodig, continuïteit van de zorg kan worden gewaarborgd.

6.2 Voorstelling afdeling Polder

Afdeling Polder is één van de 3 rehabilitatie-eenheden van psychiatrisch ziekenhuis Bethaniënhuis die instaat voor de begeleiding van 30 volwassenen die langduriger kampen met een psychiatrische problematiek. Cliënten krijgen hier, binnen een veilig, gestructureerd en activerend milieu, de kans om een leven op te bouwen voorbij hun

(blijvende) beperkingen en op zoek te gaan naar nieuwe rollen en resterende krachtbronnen om zo te bouwen aan een nieuw toekomstperspectief. Er is dus sprake van een actief heroriënteringstraject, waarbij op maat van de cliënt op zoek wordt gegaan naar een zinvolle dagbesteding en voor de cliënt betekenisvol leven. In begin kan dit betekenen dat er hand-in-handbegeleiding plaatsvindt, die stilaan wordt afgebouwd om zo tot een maximale zelfstandigheid van de cliënt te komen. De begeleiding vindt plaats binnen een multidisciplinair team bestaande uit psychiatrisch verpleegkundigen en zorgkundigen, een psychiater, een psychologe, een maatschappelijk werkster, ergotherapeuten en een psychomotorische therapeut. Binnen dit team wordt, net zoals binnen de instellingsvisie, een holistische mensvisie gehanteerd.

6.3 Ergotherapeutische visie

Ergotherapie op afdeling Polder richt zich op het betekenisvol handelen van de cliënt. Door gebruik te maken van concreet materiaal en praktische middelen tracht men het bio-psycho-sociaal welzijn van de cliënten te beïnvloeden. Er wordt dus uitgegaan van een holistische mensvisie waarbij personen gezien worden als een biologische- psychologische en sociale eenheid. Hierbij wordt gezocht naar een goede balans tussen rust en activatie.

Ook buiten de therapie-uren proberen de ergotherapeuten op deze afdeling 'present' te zijn om zo in te spelen op de vragen of noden van cliënten en hen zo op een persoonlijke en cliëntgerichte manier tegemoet te komen.

Omdat cliënten vaak al gedurende langere tijd zijn opgenomen en niet altijd even gemotiveerd zijn om deel te nemen aan 'alweer' een nieuwe therapie, wordt de rehabilitatievisie aangevuld met een stukje bemoeizorg. Dit om cliënten te activeren, te empoweren en al handelend hun motivatie en hoop op/kracht tot herstel te vergroten. Hierbij staat herstel echter niet gelijk aan genezing maar wel aan het vergroten van de cliënt zijn handelingscompetentie waarbij hij/zij leert omgaan met al dan niet blijvende beperkingen en de aanwezige mogelijkheden optimaal benut. Het uiteindelijke doel is een zo groot mogelijke kwaliteit van leven.

7. Methode

Zoals reeds aangegeven in het theoriegedeelte, ga ik in dit praktijkonderzoek aan de slag met ISPB of anders gezegd, Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding. Ik zal de verschillende stappen, methodieken of technieken in het boek dat hierrond uitgegeven is niet letterlijk opvolgen maar wel eerder gebruiken als handelingskader waarbij ik de grote lijnen en aangeraden principes respecteer. Ook wanneer ik op vragen of problemen bots, zal het dit boek en deze methode zijn, waar ik in eerste instantie naar teruggrijp.

7.1 Selectie cliënten en frequentie

Na een verkenningsperiode van een week waarbij ik zicht kreeg op de werking, de visie en het therapieprogramma van afdeling Polder, had ik ook een beter beeld gevormd van de cliëntgroep en de individuele noden van deze cliënten. Ik maakte samen met mijn stagebegeleider een eerste selectie op basis van huidige beperkingen (eenzaamheid, angsten,...) en wensen of noden van de cliënten (wensen tot groter sociaal netwerk, nood aan vrijetijdsbesteding, wens tot grotere zelfstandigheid of opnieuw alleen wonen,...). Bij de keuze van het aantal deelnemers werd rekening gehouden met de haalbaarheid naar aantal therapie sessies buiten het normale stage-programma toe maar ook met eventuele

uitval en representativiteit van het onderzoek. Diagnose, leeftijd of geslacht waren van ondergeschikt belang. Uiteindelijk selecteerde ik 5 cliënten waaraan ik de opzet van mijn eindwerk tijdens de eindwerkweek reeds voorstelde en al een eerste peiling naar hun interesse of reactie (~weerstand) deed.

Een korte anamnese van de cliënten volgt hieronder.

Cliënt 1: G.B. (18/09/1954)

G, een vrouwelijke cliënte, doorverwezen vanuit PAAZ Turnhout met vermoeden van een persoonlijkheidsproblematiek is sinds september 2012 opgenomen op afdeling Polder. Ze komt uit gezin met 8 kinderen die momenteel haar belangrijkste sociaal netwerk vormen. Haar vader en moeder zijn beiden overleden.

G. studeerde verpleegkunde A2 niveau en werkte in totaal zo'n 6 jaar in een algemeen ziekenhuis. Sindsdien is ze werk-onbekwaam.

G. heeft steeds weinig sociale contacten gehad, op 1 jeugdvriendin na had ze geen echte vriendenkring.

Momenteel heeft ze een onduidelijk toekomstperspectief. Op de afdeling lijkt ze in de massa te verdwijnen en heeft ze het moeilijk om zich aan afspraken rond zelfzorg, adl en zakgelden te houden. Er is een zeer laag zelfbeeld en grote faalangst merkbaar.

Er wordt geprobeerd haar zelfstandigheid en initiatief-name te bevorderen aangezien G. therapieën en activiteiten probeert te vermijden en ook vermijdend is in contact met familie.

Cliënt 2: B.C. (31/03/1954)

B. is opgenomen op afdeling Rif en nadien vanuit Gondel doorverwezen naar afdeling Polder. Ze is sinds de zomer van 2012 in een neerwaartse spiraal terecht gekomen waarvan zelfverwaarlozing, inactiviteit, isolement en het ontbreken van een toekomstperspectief de gevolgen waren.

B. is chaotisch en verward, heeft een laag zelfbeeld, komt niet tot zelfzorg en vertoont soms bizar en theatraal gedrag.

Ook is er een ernstige daling van het cognitief functioneren vastgesteld waardoor er aandachttekorten, moeilijke opname van nieuwe informatie en ernstig verstoorde executieve functies zijn.

In de toekomst is het de bedoeling dat ze terug naar huis wordt georiënteerd. Momenteel gaat ze al in weekend van vrijdagavond- zondag. Haar vriend en familie vormen haar belangrijkste sociaal netwerk.

Cliënt 3: R.D. (9/08/1951)

R. heeft zich in 2012 vrijwillig laten opnemen op afdeling Oever omwille van een eenzaamheidsproblematiek vanwaar er een doorverwijzing naar afdeling Rif en later Polder plaatsvond.

R. is tweemaal gehuwd, haar eerste man stierf in het jaar dat ze huwden, haar 2^{de} echtgenoot stierf na 9 jaar huwelijk. R heeft geen kinderen, maar heeft wel nog regelmatig contact met de kinderen van haar tweede echtgenoot. Haar zussen vormen momenteel haar belangrijkste sociaal netwerk. In haar jeugd jaren zat ze in de Chiro en turnkring, was ze een echte durver en genoot ze van aandacht. Op haar 18^e is ze gaan werken bij de VDAB, later bij een interimkantoor. Dit was telkens voor enkele maanden, het was voor haar te moeilijk of het werk ging te snel voor haar. Sindsdien is R. in behandeling bij een psychiater. Momenteel is R. vooral passief ten gevolge van angsten, heeft ze weinig fut en een onduidelijk toekomstperspectief.

Cliënt 4: B.D. (29/07/1963)

B. is in 2013 vrijwillig opgenomen op afdeling Oever omwille van een depressieve decompensatie en suïcidepoging waarna er een doorverwijzing naar afdeling Polder plaatsvond.

B. komt uit een gezin met 4 kinderen waarin ieder meer op zichzelf was. Hij vindt zichzelf een gesloten persoon die geen vrienden maakt maar wel een fatale hechtingsdrang heeft. Hij voelt zich vaak buitengesloten en kan niet meepraten met anderen. Twaalf jaar geleden heeft hij een vriendin gehad maar deze relatie heeft B. verbroken omdat het niet klikte en de relatie structureel en onstabiel was. Verder waren er veel moeilijkheden op sociaal vlak gedurende heel B's leven. Momenteel heeft hij 1 vriend en zegt hij geen behoefte te hebben aan andere mensen.

B. heeft geen controle over geld, eten, drinken, medicatie-inname en heeft een koopverslaving. Hij heeft vele jobs gehad, die eindigden in ontslag omdat het moeilijk liep (arbeider, administratief bediende,...). Het liefst zou hij trein-tram-camionbestuurder zijn omdat je hierbij volgens hem alleen kan werken.

Verder vertoont B. sociaal teruggetrokken gedrag, is er een vermoeden van een autismespectrumstoornis en is er een onbeperkte inname van voedsel.

B. zelf heeft het verlangen om zo snel mogelijk zelfstandig te wonen.

Cliënt 5: M.W. (18/08/1973)

M. is in de zomer van 2013 vrijwillig opgenomen op afdeling Oever en hierna doorverwezen naar afdeling Polder omwille van een angstige-dwangmatige compensatie.

M. heeft 1 jongere zus, die volgens hem thuis alles was terwijl hij ongewenst was. Er heerste thuis steeds een gespannen sfeer zonder genegenheid en erkenning. Rond het 6^{de} leerjaar begon hij dwanggedachten en handelingen te ontwikkelen, deze escaleerden.

M. is tot zijn 16^e naar school geweest (diploma kapper behaald) en is nadien in de bouw begonnen. Hoewel zijn vriendenkring beperkt was, voelde hij zich hier beter in zijn vel.

Op zijn 21^{ste} kocht hij een huis, hier woonde hij met zijn vrouw en 2 kinderen samen.

Geleidelijk aan kon M. minder werk verzetten, hij was altijd moe. Op zijn 34 besloot hij om opname te gaan in Duffel, vanaf toen besepte hij dat zijn relatie meer een broer-zus-relatie was waarna de scheiding volgde. Momenteel vormen zijn ex-vrouw, zijn kinderen en ook zijn ouders M's belangrijkste sociaal netwerk.

De prioriteit van het team ligt op M. motiveren tot langer verblijf omwille van de ernstige situatie. M. zelf hoopt vooral uit zijn financiële put te geraken en de oorzaak te vinden van zijn moeheid en futloosheid. Zijn familie hoopt op de opbouw van een sociaal netwerk en het vinden van een bepaalde woonvorm voor M.

Ook over de frequentie van de therapie sessies, moest ik een besluit nemen dat zowel voor de cliënten als voor mezelf haalbaar was. Hierbij hield ik rekening met het beperkt aantal weken dat ik ter beschikking had, met de draagkracht van de cliënten, met mijn eigen programma en met het feit dat ik nog een onbekende was voor de cliënten en zij voor mij wat betekende dat we vanaf 0 moesten beginnen. In samenspraak met mijn stagebegeleider en de cliënten, kwamen we tot een overeenkomst van 2 sessies per week van zo'n 30 tot 45 minuten.

Ik verkoos individuele sessies boven groeps sessies om volledig op maat en tempo van de cliënt te kunnen werken en om het cliëntgericht werken te garanderen. Ook omwille van het empowerend aspect, waarbij individuele sessies er voor zorgen dat de cliënt niet in de groep kan verdwijnen, maar zelf op de voorgrond staat, vond ik individueel werken gepaster.

7.2 Onderbouwende interventies

7.2.1 Doel

Vanwege de chroniciteit van de cliënten, die niet voor het eerst een (ergo)therapeut zien met alwéér een nieuwe therapie, was weerstand een in-denkbaar én invoelbaar iets waarvan ik wist dat de kans groot was dat ik hierop zou botsen. In mijn literatuuronderzoek ging ik daarom eerst op zoek naar mogelijke strategieën om dit fenomeen zo goed mogelijk te hanteren.

Een tweede factor waaraan ik in de beginfase wou werken, was de opbouw van een vertrouwensrelatie. Ook hiervan bleek uit mijn literatuuronderzoek en het 'Praktijkboek sociaal psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011) dat dit een niet te onderschatten bijdrage levert aan het therapieproces.

7.2.2 Inhoud

Week 1 van mijn daadwerkelijke eindwerkstage, gebruikte ik als inloopweek om een eerste contact met de cliënten op te bouwen, mijn plaats in het team te zoeken, mijn weekprogramma samen te stellen en een vast besluit te nemen over de deelnemers aan mijn praktijkonderzoek rond sociale integratie.

In deze week werd er ook samen met de cliënten op zoek gegaan naar passende momenten in hun therapieprogramma. Dit hield meer in dan verwacht omdat het uiteindelijk om 10 therapie momenten ging buiten het gewone stage-programma.

Tijdens deze eerste week werd al snel duidelijk dat het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten niet vanzelfsprekend is voor deze cliëntgroep, ik botste hierbij op heel wat weerstand en besloot daarom eerst onderbouwend te werken.

De eerste weken stonden voornamelijk in teken van opbouw van een werkbare therapeutische relatie en het maken van therapie-afspraken (begeleidingsaanpak, afwezigheid, frequentie,...). Dit alles behoort tot de contactfase volgens ISPB die de belangrijke kanttekening maakte dat contact maken één iets is maar het behouden nog iets helemaal anders is.

Hierna volgden de nulmeting waarbij huidige en gewenste situatie werden bevestigd en verkenning van het sociaal netwerk d.m.v. een netwerkcirkel. Het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, B., 2011) bood opnieuw een goed kader voor de opbouw van deze sessies qua structuur en belichte belangrijke aandachtspunten die in acht genomen moesten worden zoals het vergroten van de ambivalentie tussen huidige en gewenste situatie, de toepassing van relatiemanagement en motiverende gespreksvoering.

Aangezien het boek voornamelijk gericht is op verbale interventies, zocht en creëerde ik zelf, ter aanvulling, meer doe- en creatieve opdrachten. Dit omdat ik het gevoel had dat beelden of het handelen soms meer zeggen als woorden en omdat dit meer aansluit bij het ergotherapeutisch handelen. Een voorbeeld hiervan is: 'Brief aan jezelf'.

Dit verzamelde materiaal gaf handvaten voor het opstellen van werkdoelen, wat vanzelfsprekend gebeurde in samenspraak met de cliënt, waarna op zoek werd gegaan naar activiteiten die aansluiten bij de interesses van de cliënt of betekenisvol zijn voor hem/haar. Een werkplan waarin d.m.v. kleine stappen (grootst haalbare voor de cliënt) werd gewerkt aan deze doelen, was hierop een logisch vervolg.

Ook dit verliep niet altijd van een leien dakje. Motivatieproblemen, weerstand vanuit angst, psychische decompensatie en een gebrek aan toekomstperspectief of sociaal netwerk belemmerden cliënten in het kenbaar maken en ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten.

Interventies rond motivatie, het creëren van een toekomstperspectief en het verminderen van de weerstand waren een volgende stap in het therapeutisch proces.

7.3 Praktijkinterventies

7.3.1 Doel

Het ondernemen van deze praktijkinterventies staan in teken van mijn onderzoeksvraag waarbij de relatie tussen maatschappijgerichte activiteiten en sociale integratie wordt onderzocht. Enkel door praktijkgericht te werken en activiteiten buiten de instelling te ondernemen, kunnen de effecten op sociale integratie, als tegengestelde van sociale isolatie, onderzocht worden.

7.3.2 Inhoud

Vanaf het moment dat er sprake was van een werkbaar therapeutische relatie waarbij er vertrouwen was tussen beide partijen, er doelen waren opgesteld in samenspraak met de cliënt en er een werkplan was dat aansloot bij de interesses van de cliënt, kon er van start gegaan worden met praktijkinterventies.

Deze werden steeds goed voorbereid met de cliënt waarbij er een duidelijke planning werd gemaakt en de nodige ondersteuning werd bepaald.

Bij de meeste cliënten ontbrak er een eigen sociaal netwerk en waren en nog heel wat angsten aanwezig waardoor er bijna altijd ondersteuning van mij werd gevraagd bij het ondernemen van de geplande activiteiten. Wanneer ik zelf het gevoel had dat deze vraag naar ondersteuning terecht was en een cruciale factor in het ondernemen van de activiteit heb ik deze ook geboden. Hoewel zelfstandigheid bevorderen een belangrijk ergotherapeutisch en rehabilitatiegericht doel is, heb ik er voor gekozen dit niet als prioriteit te stellen en heb ik door middel van ondersteuning de nodige veiligheid proberen bieden om tot maatschappijgerichte activiteiten te komen. Dit vanuit de redenering dat het ondernemen van dit soort activiteiten op zich een belangrijk onderdeel is van mijn onderzoeksvraag en een eerste stap is in het vertrouwd raken hiermee. Deze ondersteuning heb ik wel afgebouwd van actieve ondersteuning naar present zijn, op een niet of minder actieve wijze.

Tussen praktijkinterventies door werd er naargelang de noden van de cliënten verder gewerkt aan onderbouwende factoren zoals sociale vaardigheden, zelfbeeld, ... en werd er uitgebreid gereflecteerd over de uitgevoerde activiteit.

7.4 Evaluatie

7.4.1 Evaluatie onderbouwende interventies

Om zicht te krijgen op het effect van de onderbouwende interventies op de cliënt, de therapeutische relatie te evalueren en de doelgerichtheid na te gaan, rijkt het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' de SRS (session rating scale) aan (zie bijlage 3). Deze vragenlijst geeft de cliënt de kans om door middel van enkele schaalvragen zijn/haar ervaring van de sessie weer te geven waardoor de therapeut zijn

aanpak zo goed mogelijk op de cliënt kan afstemmen. Oorspronkelijk dient deze vragenlijst elke sessie en door zowel cliënt als professional te worden ingevuld maar ook hier vond ik het belangrijk om de cliënten inspraak te geven en ze zelf te laten bepalen of ze dit wel of niet elke sessie invulden of liever mondeling deden. Dit laatste bleek voor merendeel van de cliënten het geval te zijn.

7.4.2 Evaluatie praktijk interventies

Om duidelijk te maken dat de praktijkinterventies niet zomaar doelloze opdrachten zijn, vond er na een praktijkinterventie steeds een evaluatiesessie plaats waarbij er gereflecteerd werd over de activiteit zelf, over gevoelens en over de sociale context. Zo kregen de cliënten de kans om stil te staan bij succesfactoren, aandachtspunten en de doelgerichtheid van de activiteit en werd deze niet gezien als 'zomaar een recreatieve uitstap'. Bij één van de cliënten ben ik bewust afgestapt van deze reflectieve stijl omdat dit een negatieve uitwerking bleek te hebben op motivatie en zorgde voor een negatieve terugblik.

8. Meetinstrument

Een praktijkonderzoek vraagt om een geschikt meetinstrument om op objectieve wijze al dan niet een verandering of effect te kunnen vaststellen.

Het vinden van een geschikt meetinstrument bleek geen eenvoudige opgave te zijn. De voorbereidingsfase op dit praktijkonderzoek werd dan ook een lange zoektocht naar een geschikt meetinstrument. Er passeerden heel wat meetinstrumenten en vragenlijsten de revue die aansloten bij het thema van sociale integratie, maar geen enkele leek volledig relevant. Vaak bevroegen ze te grote thema's of stappen waarop het onmogelijk was om in 2 maanden verandering op te bereiken of waren ze niet passend voor een vrij chronische psychiatrische doelgroep, die op het moment van afname in een instelling verblijft. Een ander probleem was dat ze sociale integratie in de brede betekenis (zie literatuuronderzoek), onderzochten. Ook de wensen van de cliënt naar de toekomst toe werden zelden bevraagd.

Dit maakte ook meteen de nood en het tekort aan onderzoek duidelijk bij dit chronisch publiek.

Hierdoor besloot ik de Community Integration Questionnaire (CIQ) die naar mijn mening wel een goede basis bood, aan te passen en er ook telkens de vraag naar gewenste situatie aan toe te voegen. Dit om op een cliëntgerichte, doelgerichte manier te werk te gaan en de motivatie van de cliënten te verhogen. Ook bood de toevoeging van 'gewenste situatie' handvaten om een eventuele hulpvraag op vlak van maatschappijgerichte activiteiten te ontdekken.

Naast deze vragenlijst die de objectieve deelname of wens tot deelname aan sociale activiteiten bevraagd, wou ik ook de gevoelsmatige kant van de cliënten niet uit het oog verliezen. Hiervoor ontwikkelde ik een eenvoudig meetinstrument met schaalvragen om ook de gevoelens rond het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten van de cliënten in kaart te brengen. Ik wil wel vermelden dat ik me ervan bewust ben dat deze vragenlijst slechts heel beperkt en niet gestandaardiseerd is. Wel gaf dit een goede aanzet om tot een open gesprek omtrent de emotionele beleving bij de cliënten te komen. Beide meetinstrumenten zijn in bijlage 1 en 2 terug te vinden.

9. Resultaten

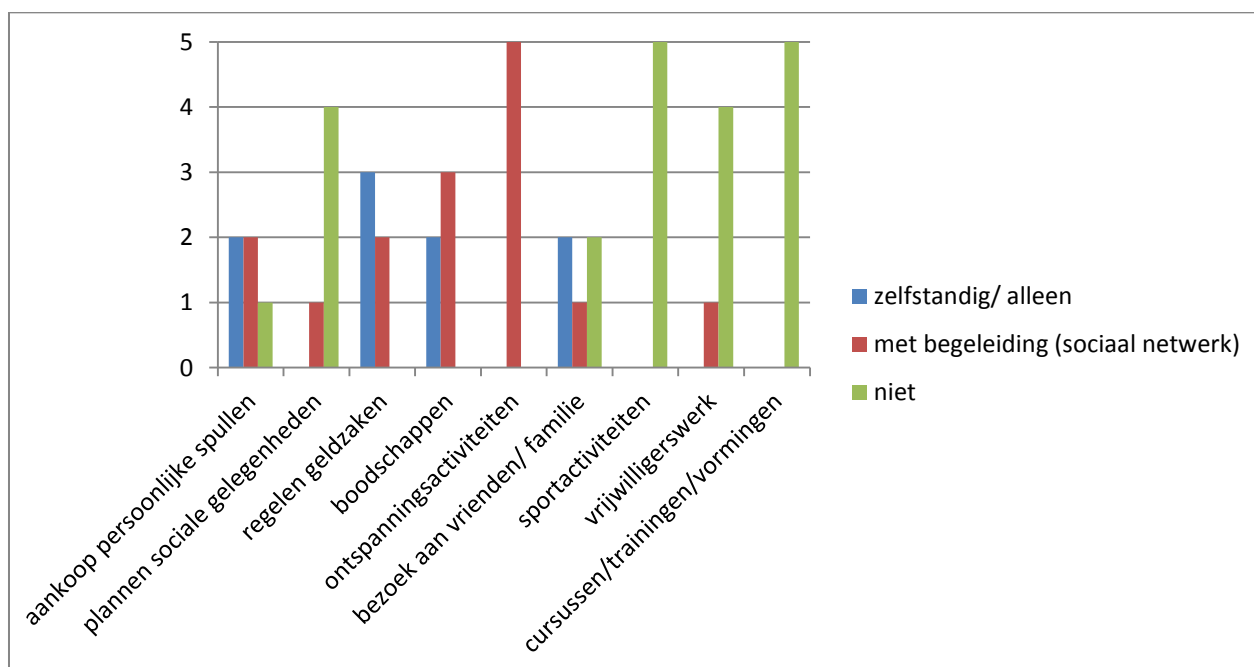
9.1 Resultaten Vragenlijst sociale integratie

9.1.1 Deelname maatschappijgerichte activiteiten

In de vragenlijst rond sociale integratie werd aan de cliënten bevraagd of ze al dan niet activiteiten (binnen de maatschappij) uitvoerden op verschillende vlakken van het dagelijks leven, of ze dit alleen of met gezelschap/ondersteuning deden en wie dit sociaal netwerk dan vormde. De resultaten hiervan zijn in onderstaande grafiek terug te vinden.

Verder werd er in de vragenlijst ook naar de 'waarom' of 'met wie' gevraagd, werden de vervoersmogelijkheden bevraagd, het wel of niet hebben van een beste vriend/vriendin, de werksituatie en de frequentie waarmee het domein van de instelling verlaten wordt.

Beginmeting: maatschappijgerichte activiteiten



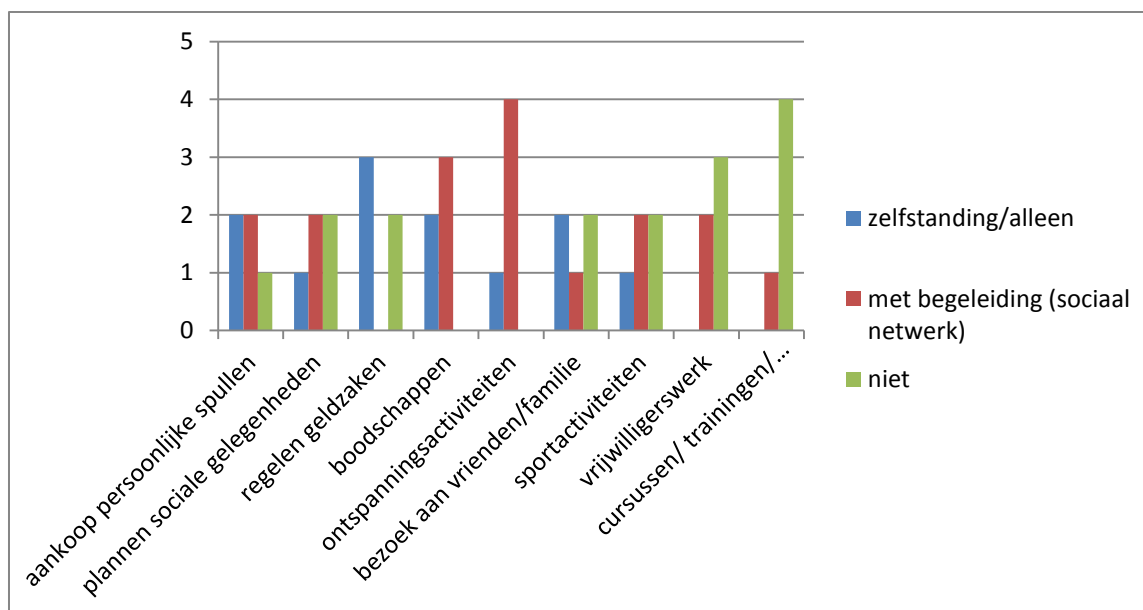
Vervoersmogelijkheden: Geen enkele van de vijf cliënten beschikt over de mogelijkheid om zich zelf met de wagen te verplaatsen. Hierdoor zijn ze allen aangewezen op het openbaar vervoer en/of familie en/of om zich te voet/met de fiets te verplaatsen. Voor drie van de vijf cliënten viel de mogelijkheid van het openbaar vervoer weg uit angst om dit (alleen) te gebruiken.

Beste vriend/vriendin: Drie van de vijf cliënten geeft aan een beste vriend of vriendin te hebben.

Werksituatie: Geen enkele van de vijf cliënten is momenteel actief op de reguliere arbeidsmarkt. Eén cliënte is momenteel in ziekteverlof, één is actief op zoek, de drie anderen zien dit momenteel niet als prioriteit of vinden dit niet van toepassing.

Frequentie waarmee het domein verlaten wordt: Drie van de vijf cliënten verlaten ongeveer 1 maal per week het domein, voor de twee anderen is dit minder frequent.

Eindmeting: maatschappijgerichte activiteiten



Vervoersmogelijkheden: Geen enkele van de vijf cliënten beschikt over de mogelijkheid om zich zelf met de wagen te verplaatsen. Hierdoor zijn ze allen aangewezen op het openbaarvervoer en/of familie en/of om zich te voet/met de fiets te verplaatsen. Voor drie van de vijf cliënten viel de mogelijkheid van het openbaar vervoer weg uit angst om dit alleen te gebruiken. Wanneer ze dit in gezelschap kunnen doen, durven 2 van voorgaande drie dit wel.

Beste vriend/vriendin: Drie van de vijf cliënten beschikt over een beste vriend of vriendin.

Werksituatie: Twee van de vijf cliënten zijn niet actief op de arbeidsmarkt. Eén cliënt werkt wekelijks in het semi-industrieel atelier op het domein en hoopt later aan de slag te kunnen op de reguliere arbeidsmarkt. Een andere cliënte doet vrijwilligerswerk, georganiseerd vanuit de instelling en de laatste cliënt is actief op zoek naar een deeltijdse job en begint weldra met een werkervaringsstage op het domein van de instelling.

Frequentie waarmee het domein verlaten wordt: Elk van de vijf cliënten verlaat minstens één keer in de week het domein van de instelling.

9.1.2 Huidige versus gewenste situatie

Er werden 14 items gescoord waarbij gevraagd werd naar wel of geen deelname aan desbetreffende maatschappijgerichte activiteit en het sociaal netwerk dat hierbij betrokken is. Steeds werd er ruimte gelaten voor extra aanvullingen.

Na de eindmeting bleek het grootste deel van de items onveranderd. Toch bleek voor alle cliënten op 1 of meerdere vlakken de discrepantie tussen huidige en gewenste situatie wat verkleind of gaven ze aan dat deze totaal verdwenen was.

B.C.: Voor deze cliënte kwam er gelijkstemming in huidige en gewenste situatie op vlak van sportactiviteiten, planning sociale gelegenheden en het volgen van cursussen of trainingen.

G.B.: Voor G. was gedurende voorbije 10 weken overeenstemming gekomen tussen huidige en gewenste situatie op vlak van planning sociale gelegenheden, sociaal netwerk bij deelname aan ontspanningsactiviteiten, de frequentie waarbij het domein van de instelling verlaten wordt en het ondernemen van vrijwilligersactiviteiten. Toch blijven er een groot aantal onvervulde behoeften op 7 van de resterende items. Maatschappijgerichte activiteiten (alleen of met een minder gekend iemand) ondernemen boezemen G. veel angst in.

M.W.: M. bekwaam verandering tussen huidige en gewenste situatie op vlak van boodschappen doen en sportactiviteiten. Zijn onvervulde zorgbehoeften situeren zich niet echt rond het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten (uitgezonderd werk), wel rond het hebben van een partner in het ondernemen van dit soort activiteiten.

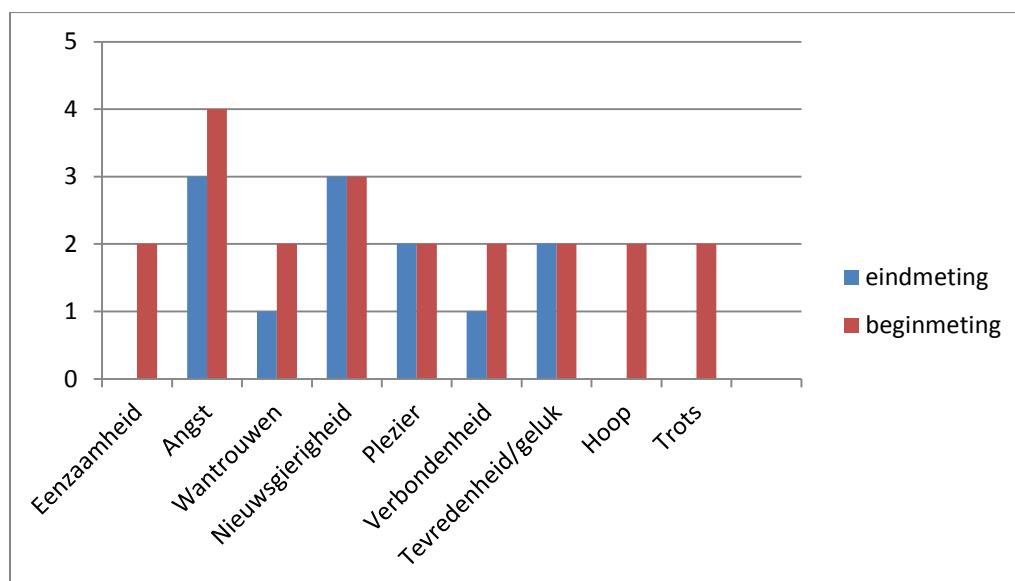
B.D.: Voor B. was de discrepantie gedurende de voorbije 10 weken verkleind of weggewerkt tussen het plannen van sociale gelegenheden en de frequentie waarbij het domein van de instelling wordt verlaten. Ook op vlak van vervoersmogelijkheden- en/of middelen, was er geen discrepantie meer tussen huidige en gewenste situatie.

R.D.: Volgens R. verkleinde de discrepantie tussen huidige en gewenste situatie op vlak van sportactiviteiten en de frequentie waarbij het domein van de instelling wordt verlaten. Bij R. liggen de zorgbehoeften voornamelijk op vlak van sociaal netwerk en vervoersmogelijkheden. Maatschappijgerichte activiteiten alleen ondernemen, boezemt R. veel angst in

Items waarbij er bij de beginmeting al overeenstemming was tussen huidige en gewenste situatie zijn in bovenstaande samenvatting niet opgenomen.

9.2 Resultaten gevoelswaarde

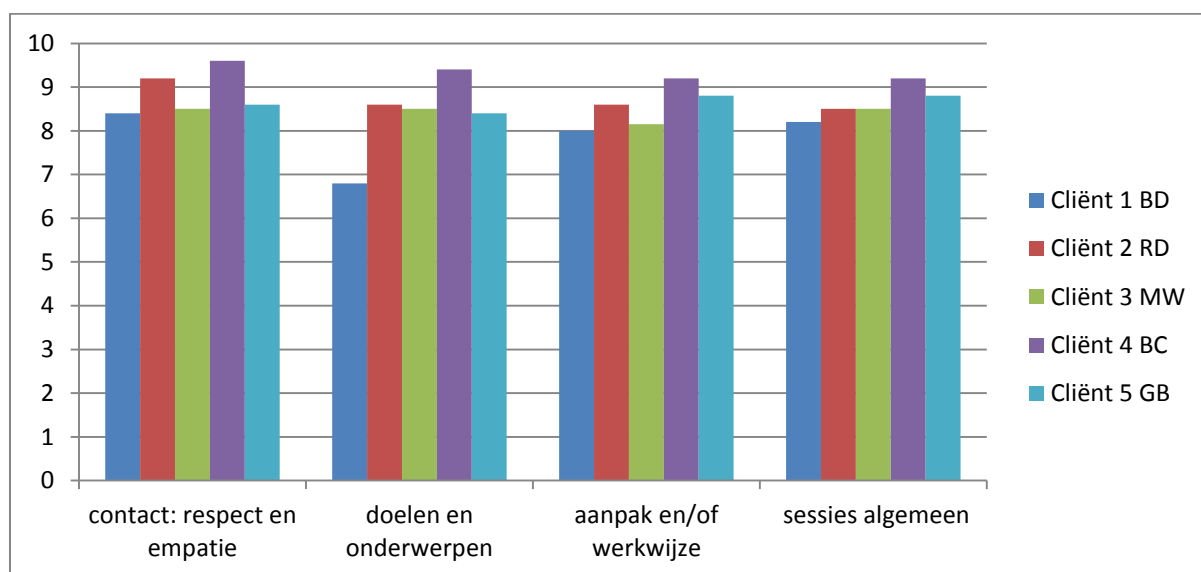
Omdat het al snel duidelijk werd dat de stap naar buiten toe, niet vanzelfsprekend is heb ik aan bovenstaande vragenlijst, nog een beknopte bevraging toegevoegd rond gevoelens die maatschappijgerichte activiteiten met zich meebrengen. Hierbij werd het onderscheid gemaakt tussen het alleen uitvoeren van dit soort activiteiten of met meerderen. Hieronder volgt een samenvatting van de aangeduide en/of genoemde emoties die de cliënten verbinden met maatschappijgerichte activiteiten.



Bij een diepere bevraging naar die angst vormde het alleen ondernemen van een maatschappijgerichte activiteit, met zijn tweeën of dit in groep/met meerdere doen, een verschil. Afhankelijk van de persoon, zorgde de groep voor net meer of minder angst in vergelijking met dit alleen ondernemen (die bij 4 van de 5 cliënten meestal hoog werd gescoord op de schaal). Het ondernemen van activiteiten met z'n tweeën leek voor alle vijf de cliënten het aangenaamst en kon het angstpeil wat verlagen. Ook wanneer het over interesse en motivatie gaat, zijn bovenstaande resultaten hier evenredig mee. Afhankelijk van de persoon stijgt of daalt dit wanneer ze dit in groep ondernemen t.o.v. alleen/zelfstandig. En ook hier lijkt het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten met z'n tweeën het meest acceptabel en bevorderlijk voor de motivatie.

9.3 Resultaten SRS: Therapeutische relatie

Omdat een goede, werkbare therapeutische relatie een belangrijk element blijkt te vormen in het herstelproces of het al dan niet slagen van het therapeutisch proces (zie theorie-deel), vond ik het belangrijk deze te monitoren a.d.h.v. de SRS uit het 'Praktijkboek sociaal psychiatrische begeleiding'. Tijdens de laatste sessie heeft elke eindwerkcliënt a.d.h.v. deze SRS met schaalvragen mogen terugblikken op alle voorbije therapie-sessies in hun geheel. Dit met het besef dat de betrouwbaarheid hiervan niet al te hoog en objectief is aangezien de kans op sociaal 'wenselijke antwoorden' groot is. Wel geloof ik dat deze vragenlijst, wanneer zich geen noemenswaardige conflicten tussen therapeut en cliënt hebben voorgedaan een indicatie kunnen geven van hoe de cliënt zich voelde tijdens de sessie en dat op basis hiervan samen kan gezocht worden naar verbeterpunten en een goede afstemming op elkaar.



9.4 Bespreking resultaten

Tijdens het praktijkonderzoek en uit de onderzoeksresultaten bleken voor de meeste cliënten de bevroegde items van de aangepaste versie van de CIQ nog een brug te ver om zichtbare verandering te bekomen. Op één van de items, namelijk de frequentie waarmee het domein van de instelling verlaten wordt, heeft er zich echter wel een zichtbare verandering afgespeeld. Bij de eindmeting verlieten alle 5 de cliënten de instelling één of meerdere keren per week om te participeren aan de samenleving. Dit is een stap in de goede richting naar sociale integratie. Hierbij wil ik wel de kanttekening

maken dat eenmalige activiteiten naar mijn mening niet heel bevorderlijk zijn voor de sociale integratie maar dat er gestreefd moet worden naar duurzame activiteiten doorheen de tijd met een vaste frequentie.

De discrepantie tussen huidige en gewenste situatie is voor elke cliënt op één of meerdere items verkleind of weggewerkt. Dit wil niet meteen zeggen dat het activiteitsniveau op al deze vlakken veranderd is, maar kan ook betekenen dat de cliënt zijn doelen, verachtingen of wensen heeft bijgesteld.

Uit de vragenlijst rond gevoelens met betrekking tot het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten, bleek angst vaak de bovenhand te halen. Toch konden twee van de vijf cliënten dit soort activiteiten, ondanks de angst, ook koppelen aan positievere emoties. Twee andere cliënten verbonden deelname aan maatschappijgerichte activiteiten met enkel positieve emoties wat kan wijzen op de positieve effecten van maatschappijgerichte activiteiten op een persoon. Bij één cliënte overheersten negatieve emoties zo sterk dat er geen enkele positieve emotie aan gekoppeld kon worden. Voor alle vijf de cliënten bleek het kunnen ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten met z'n tweeën het meest bevorderlijk voor zowel motivatie, interesse als voor het doorbreken van angstgevoelens.

Het opbouwen en behouden van een vertrouwensrelatie met de cliënt is een belangrijke factor in het therapeutisch proces. Omdat het ondernemen van maatschappijgerichte activiteiten om vertrouwen vraagt bij de cliënt, bleek deze therapeutische zelfs een cruciale factor. De SRS bleek hierbij een handig middel om werkpunten of aandachtspunten binnen deze therapeutische relatie in kaart te brengen zodat therapeut en cliënt op elkaar afgestemd blijven. Het gegeven dat een werkrelatie valt te monitoren, trek ik niet in twijfel maar ik stel me wel wat vragen of ze valt te meten. Ik denk dat je als therapeut kritisch moet zijn en niet enkel naar de resultaten op papier mag kijken, ook het aanvoelen van noden van de cliënt en door middel van open communicatie deze bevragen, is belangrijk. De categorieën van de SRS bieden wel een houvast.

Als laatste wil ik nog even opmerken dat de veranderingen tussen begin- en eindmeting niet enkel het resultaat zijn van de sessies 'sociale integratie', maar dat ook andere therapieën, ondersteuning, ... en de tijd hier een bijdrage in hebben geleverd.

10. Besluit praktijkstudie

Mijn onderzoeksopzet was om het effect van maatschappijgerichte activiteiten op de sociale integratie van langdurig psychiatrische cliënten onderzoeken. In de praktijk bleek dit echter niet vanzelfsprekend.

Cliënten hebben binnen de instelling, soms zelfs binnen de afdeling, een veilige omgeving voor zichzelf gecreëerd waarbij het zeer moeilijk bleek deze veiligheid en vertrouwdheid los te laten om de stap naar buiten toe te zetten. Alvorens dit mogelijk was, heb ik heel wat motiverende- en communicatiestrategieën moeten uitproberen en toepassen om door deze weerstand te breken. Zeker niet allen waren deze methoden effectief. Vooral de persoonlijkheid van de cliënt, de omstandigheden, de aanwezigheid van al dan niet een vertrouwensrelatie én mijn persoonlijke begeleidingsstijl leken hierbij van invloed.

Hier wil ik ook nog even terugkoppelen naar de behoeftenpiramide van Maslow, wanneer de behoefte aan veiligheid en zekerheid niet is ingewilligd, lijkt de behoefte aan sociale contacten inderdaad naar de achtergrond te verdwijnen.

Naast de eigenlijke participatie, heb ik net zoals dit in het literatuuronderzoek beschreven staat, kunnen vaststellen dat ook vertrouwen een grote rol speelt wanneer het gaat over integratie. Wanneer dit vertrouwen is overschaduwd door angst en wantrouwen in anderen, organisaties of politiek, bleek het moeilijk om de brug te maken naar participatie.

Niet enkel weerstand, maar ook een gebrek aan een duidelijke hulpvraag op gebied van sociale integratie bleek een hinderpaal te zijn. In de beginfase kan je samen op zoek gaan naar aanknopingspunten, onderbouwend werken op vlak van motivatie en zelfbeeld maar wanneer je echt cliëntgericht wil werken en de cliënt heeft geen hulpvraag naar uitbreiding van sociale- of maatschappijgerichte activiteiten, loop je vast in het therapeutisch proces. In dit geval ben ik wel ondersteunend blijven werken en ben ik de situatie steeds mee blijven opvolgen. Ik ben van mening dat je geen problemen moet creëren waar deze er niet zijn en dat ik me er bij moet neerleggen dat de keuze van desbetreffende cliënt niet optimaal was voor deelname aan dit eindwerkonderzoek.

Bij deze hinderpalen bleef het echter niet. Een vaak voorkomend fenomeen in het psychiatrisch werkveld, overkwam ook één van mijn eindwerkcliënten: regressie. Wat met cliënten die geen toekomstperspectief meer hebben, een vraag naar euthanasie hebben? Bij deze cliënt heb ik er voor gekozen om de communicatie open te houden. Er was reeds sprake van een vertrouwensrelatie en de therapie sessies waren meestal vrij constructief. Dit was iets wat ik niet zomaar wou loslaten. Met respect voor en op maat van de cliënt is dit proces verder gezet met enkele succeservaringen tot gevolg.

Bovenstaande hinderpalen zijn allen gelinkt aan de cliënten maar ook externe factoren spelen een belangrijke rol bij al dan niet deelname aan maatschappijgerichte activiteiten of sociale integratie. Vooroordelen, de individualisering, stigmatisering, hoge financiële kosten en een verminderd gevoel van veiligheid maken de stap naar de samenleving enkel maar groter. Hoewel deze begrippen niet rechtstreeks gemeten zijn met het gebruikte assessment, kreeg ik hier regelmatig verbale feedback over van cliënten.

Bijkomend onderzoek en het in de aandacht brengen van deze mogelijke hinderpalen zijn naar mijn mening van groot belang wanneer men het heeft over vermaatschappelijking van de zorg.

Onderzoek op grotere schaal is gewenst, persoonlijk merkte ik dat de inclusie van 5 cliënten te miniem is om een betrouwbaar en representatief resultaat te verkrijgen over ganse doelgroep, dat een periode van 9 weken veel te beperkt is om grote en meetbare veranderingen te bekomen en dat er nood is aan een passend assessment voor deze doelgroep op vlak van sociale integratie. Huidige vragenlijst bevatte onderwerpen waarop de gekregen tijd moeilijk grotere veranderingen op behaald konden worden en bevroeg hoofdzakelijk maatschappelijke participatie. Hiernaast heb ik geen meting kunnen uitvoeren bij de personen met wie de cliënten die deelnamen aan mijn eindwerkonderzoek, in contact kwamen. Of er dus sprake is van wederzijds respect, verbondenheid,... etc. is dus onbekend. De enge betekenis van het woord wordt grotendeels wel onderzocht, namelijk het vrijkomen uit het sociaal isolement wat betekent dat personen in contact treden met anderen. Achteraf gezien was de toevoeging van een vraag rond (gevoelens van) stigmatisering wenselijk geweest aangezien dit een grote hinderpaal is tot sociale integratie.

Wel zou ik graag nogmaals het belang van een goede vertrouwensrelatie aanhalen. Tijdens mijn stageperiode merkte ik namelijk dat dit een belangrijke voorwaarde is om de nodige veiligheid en ondersteuning naar maatschappijgerichte activiteiten te kunnen bieden. Het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011) bood mij hierin goede handvaten ter opbouw van deze vertrouwensrelatie en voor het monitoren van de werkrelatie.

Besluit en discussie

Sociale integratie is een begrip dat op verschillende wijzen geïnterpreteerd kan worden. Het is dan ook belangrijk een duidelijke begripsafbakening te doen bij het voeren van wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp zodat lezers weten wat er net onderzocht is. In voorgaand praktijkonderzoek werd deze term hoofdzakelijk opgevat als het tegenovergestelde van sociale isolatie.

Niet enkel uit de literatuur, maar ook in de praktijk bleek dat sociale integratie aan participatie en inclusie gelinkt is. Door enkel en alleen binnen de 4 muren van de instelling te blijven is het niet reëel dat een persoon sociaal geïntegreerd geraakt in de maatschappij, hier is een vorm van participatie voor nodig. Het proces van eventuele inclusie was minder duidelijk tijdens het praktijkonderzoek aangezien er met de cliënt gewerkt en gereflecteerd werd, niet actief met (personen binnen) de samenleving.

Na het afronden van voorgaand literatuur- en praktijkonderzoek, kan ik stellen dat sociale integratie wel degelijk binnen een rehabilitatie-afdeling thuishoort en het specifiek werken hieraan met cliënten zelfs een meerwaarde kan bieden wanneer dit tot de noden of wensen van de cliënt behoort.

Eenzijds is het namelijk de bedoeling dat cliënten een betekenisvol leven opbouwen voorbij hun beperkingen maar met resterende krachtbronnen. De gehoopte situatie is dat dit leven zich niet binnen maar buiten de instelling afspeelt. Hierbij staat ook kwaliteit van leven centraal. Uit de literatuur bleek namelijk dat sociale participatie, meer bepaald sociale inclusie en interpersoonlijke relaties een positief effect hebben op de levenskwaliteit. Ook zelfbeschikking, waarbij ik meteen denk aan cliëntgerichtheid en empowerment, is een bepalende factor. In de praktijk is er geen meting verricht naar kwaliteit van leven maar uit afgenomen vragenlijst bleken sociale relaties en activiteiten wel bij alle cliënten tot de gewenste situatie te behoren.

Anderzijds rust er vaak een stigma op personen met een psychiatrische problematiek. Door te werken aan participatie en integratie in de maatschappij, waarbij personen met psychiatrische problematiek in contact komen met personen zonder deze problematiek, zou dit volgens de literatuur anti-stigmatiserend werken. Deze redenering is in de praktijk niet onderzocht aangezien er geen personen zonder een psychiatrische problematiek in het onderzoek zijn geïnccludeerd.

De belangrijkste elementen in de weg naar sociale integratie bleken in de literatuur de invulling van lichamelijke behoeften, zekerheid en veiligheid (behoeftepiramide van Maslow), vertrouwen in anderen, organisaties en politiek, maar ook de eigenlijke participatie. Hiernaast bleek ook de therapeutische relatie van belang te zijn. Dit alles werd opnieuw in het praktijkonderzoek bevestigd. Wanneer deze voorwaarden niet waren ingevuld, werd er onvermijdelijk op weerstand bij de cliënt gebotst. Voorgaande factoren behoorden dan ook tot de onderbouwende factoren waaraan tijdens het praktijkonderzoek eerst werd gewerkt.

Om even verder te gaan op deze weerstand ... de verschillende strategieën die in de literatuur werden aangehaald, zijn wanneer dit passend was, toegepast in de praktijk. Hierbij bleek dat niet alle methoden altijd even effectief waren. Vooral de persoonlijkheid van de cliënt, de omstandigheden, de aanwezigheid van al dan niet een vertrouwensrelatie én mijn persoonlijke begeleidingsstijl leken hierbij van invloed.

Het verschil tussen maatschappijgerichte activiteiten en recreatieve uitstappen werd in het literatuuronderzoek al omschreven en ook het praktijkonderzoek maakt duidelijk dat het hier om een cliëntgericht, doelmatig proces gaat, niet om louter een ontspannings- of tijd invullende activiteit.

Dit proces volgde het denkkader van de methodiek ISPB, beschreven in het 'Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding' (Koekkoek, 2011). Hoewel er heel wat rehabilitatiegerichte methodieken zijn, bood deze methodiek die niet specifiek binnen de rehabilitatie thuishoort, goede handvaten voor het werken met langdurig psychiatrische cliënten. Een leidraad voor de opbouw van een goede therapeutische relatie, het structureren van therapie sessies, de verschillende fasen in een therapieproces en verschillende gesprekstechnieken zijn maar enkele voorbeelden waar deze methodiek hulp bij biedt.

Wanneer ik terugblik naar de onderzoeksvraag waarmee deze thesis van start ging en waarbij ik mezelf de vraag stelde of maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie bevorderen op vlak van vrijetijds- en/of dagbesteding, bevestigde het literatuuronderzoek dit positief wanneer de cliënt tot maatschappelijke participatie komt, maar kon het praktijkonderzoek dit niet volledig bevestigen. Het zou echter fout zijn de conclusie te trekken dat maatschappijgerichte activiteiten de sociale integratie niet bevorderen. Het praktijkonderzoek vertoonde tekorten zoals een niet volledig aangepast meetinstrument, een beperkt aantal cliënten en een nog beperktere tijdsduur om dit te realiseren waardoor er geen veralgemeende conclusies getrokken kunnen worden.

Tijdens het bronnenonderzoek en in de voorbereiding op mijn praktijkonderzoek, heb ik me vaak de vraag gesteld of er bij de planning van het afbouwen van het aantal ziekenhuisbedden niet enkele zaken uit het oog verloren zijn. Bij de meeste langdurig psychiatrische cliënten, is de stap naar de maatschappij zo groot, bestaan hier heel wat angsten rond en botste ik als therapeut op heel wat weerstand en andere praktische problemen zoals het gebrek aan financiële middelen en een sociaal netwerk. In maar weinig artikels over vermaatschappelijking van de zorg, kreeg ik iets te lezen hoe ze op een menswaardige en verantwoorde manier met deze weerstand gaan omgaan en de cliënten gaan tegemoet komen in hun noden. De maatschappij klaarstomen is één (moeilijke) zaak maar het ondersteunen en begeleiden van cliënten bij deze stap, is dat zeker ook.

Verder onderzoek rond dit onderwerp is zeker gewenst wanneer we ook met langdurig psychiatrische cliënten naar vermaatschappelijking van de GGZ willen toewerken.

Literatuurlijst

- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: motiverende gespreksvoering?*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. Gevonden op het internet: www.nji.nl.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, Vol. 51, p. 843-857. Gevonden op het internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600000654>.
- Davidson, L., Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, Vol. 16. Gevonden op het internet: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638230701482394>.
- Den Hollander, D., Wilken, J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- De Rick, K., Loosveldt, G., Van Buggenhout, B., van Weeghel, J. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Lucas, KU Leuven. Gevonden op het internet: http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2003_7_KDR_GL_CVA_FL_Verm_aatschappelijking%20van%20de%20GGZ.pdf.
- De Rick, K., Van Audenhove, C., Lammertyn, F. (2002). De omvang van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 58, p. 729-735. Gevonden op het internet: <http://poj.peeters-leuven.be/content.php?id=1001342&url=article>.
- Dijkers, M. (2000). *The Community Integration Questionnaire*. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Gevonden op het internet: <http://www.tbims.org/combi/ciq>.
- Gerlach, J., Budde-Lund, S. (2004). Working in a politically-neutral advocacy organisation for mental illness. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, Vol. 1, p. 1-2. Gevonden op het Internet: <http://psykiatrifonden.web.zensystems.dk/Service/English/Danish+Mental+Health+Fund+Article+in+English>.
- Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance, a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 47, p.425-435. Gevonden op het internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16671926>.
- Hutschemaekers, G. (2012). Implementatie van een begeleidingsprogramma voor 'moeilijke' mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek: Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen. Gevonden op het internet: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/implementatie-van-een-begeleidingsprogramma-voor-moeilijke-mensen-met-ernstige-en-langdurige-psych/samenvatting/>.
- Jehoel-Gijsbers, G., Smits, W., Boelhouwer, J., Bierings, H. (2009). *Sociale uitsluiting en meetinstrument*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Kinébanian, A., le Granse, M. (2006). *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., Smit, A., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G. (2012). Interpersonal Community Psychiatric Treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: A

controlled pilot study on feasibility and effects. *International Journal of Nursing Studies*, 49, P. 549-559. Gevonden op het internet:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004445>.

- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korevaar, L., Droes, J. (2008). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Lambert, M., Ogles, B. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In Lambert, M. (2010). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5th edition*. p. 139-193. New York: Wiley. Gevonden op het internet:
[http://psyc.csustan.edu/kbaker/5780/lambert%20and%20ogles%20\(2004\).pdf](http://psyc.csustan.edu/kbaker/5780/lambert%20and%20ogles%20(2004).pdf).
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 17., p. 10-13. Gevonden op het internet: http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_1-Lauber.pdf.
- Mancini, M. (2007). A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Process. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 10, p. 223-244. Gevonden op het internet: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487760701508359>.
- Norma, C., Ware, P., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., Fisher, D. (2008). A Theory of Social Integration as Quality of Life. *Psychiatric Services*, Vol. 59. Gevonden op het internet:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784672/>.
- Prooi, E. (2007). *Meedoen met een handicap: sociale integratie van gehandicapten*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schalock, R., Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schmeets, H., te Riele, S. (2010). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag/Heerlen: CBS. Gevonden op het internet:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/BFBEA3C6-5CD3-42FE-92CC-BA0A8FA85A9B/0/2010g96pub.pdf>.
- Schene, A.H., Boer, F., Jaspers, J.P.C., Sabbe, B., van Weeghel, J. (2007). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Speet, M., Rijken, P. (2005). *Participatie van mensen met een verstandelijke beperking in de samenleving: een ontwerpstudie*. Utrecht: Nivel. Gevonden op het internet:
http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/participatie_mensen_verstandelijke_beperkingen.pdf.
- Schoofs, L., Van Loy, V. (2011). *Theorie psychiatrie: Rehabilitatie en herstel*. Geel: Katholieke Hogeschool Kempen, campus Geel.
- Van Audenhoven, C. (2005). Discriminatie van personen met psychische problemen in de gezondheidszorg. *Psychiatrie en verpleging: tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 6, p. 386-395. Gevonden op het internet: <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/163843>.
- van Dam, A., van Popta, M., Scheurwater, J. (2009). *Rehabilitatie. Handboek voor groepsbegeleiders van afdeling Eikenhorst*. Christelijke Hogeschool Ede. Gevonden op het internet: <http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:2500/DS2/>.
- Van de Kar, F., van Keijzerswaard, A., van Wel, T. (2003). *Rehabilitatie: dat is toch normaal?!*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

- Van Genneep, A., Ruigrok, H. (2002). Tussen deinstitutionalisatie en integratie: op weg naar inclusie?. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, Vol. 2, p.104-119.
- Van Hauwaert, S. (2010). *Activering van psychiatrische patiënten: een praktijkstudie van doorverwijzing*. Gent: Universiteit Gent. Gevonden op het internet: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/402/RUG01-001459402_2011_0001_AC.pdf.
- Van Houten, J., van den Bosch, E. (1999). *Gelukkig geïntegreerd: Onderzoek naar de kwaliteit van het bestaan van mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Groningen: Stichting Kinderstudies. Gevonden op het internet: <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/gmw/1999/e.j.van.houten.van.den.bosch/>.
- van Loon, J. (2008). Een Persoonsgerichte Ondersteuningsmethodiek. Het methodisch bevorderen van kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.
- Van Weeghel, J., Plooy, A., Goei, L. (2010). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Van Weelden, J. (1992). Integratie naar menselijke maat. In: de Groot, R., Van Weelden, J. (1992). *Orthopedagogiek inzicht, uitzicht, overzicht*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- Van Wel, T., Felling, A., Persoon, J. (2002). De invloed van rehabilitatie op het activiteiten- en participatieniveau van chronisch psychiatrisch patiënten: een effectonderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44, p. 589-597. Gevonden op het internet: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_147pdf.pdf.
- Wilken, J.P., den Hollander, D. (2003). *Psychosociale rehabilitatie. Een integrale benadering*. Amsterdam: SWP.

Internetbronnen:

- Gevonden op het internet: http://www.belgium.be/nl/werk/werk_zoeken/gelijke_kansen_en_diversiteit/discriminaties/strijd_tegen_discriminaties.
- Gevonden op het internet: <http://www.hetoudegesticht.com/4-stromingen-in-de-rehabilitatie/>.
- Gevonden op het internet: https://nl.wikipedia.org/wiki/Piramide_van_Maslow
- Gevonden op het internet: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/socialeintegratie.htm>.
- Gevonden op het internet: <http://www.han.nl/onderzoek/werkveld/onderwerpen/psychiatrische-zorg/interpersoonlijke-sociaal/>.
- Gevonden op het internet: <http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=50438>.
- Gevonden op het internet: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Inclusie>.
- Gevonden tot het internet: <http://www.travecademy.nl/extratools/woordenboek/item.php?id=2839>.
- Gevonden op het internet: <http://nl.wikipedia.org/w/index.php?search=sociale+uitsluiting&title=Speciaal%3AZoeken>.

BIJLAGEN

Bijlage 1

Vragenlijst sociale integratie (gebaseerd op de CIQ)

HS	GS
----	----

Steeds huidige (HS) en gewenste situatie (GS) aangeven a.u.b.

- | | |
|--|--|
| 1. Wanneer je persoonlijke spullen nodig hebt, wie gaat hiervoor dan naar de winkel? | Jijzelf, alleen
Jijzelf in het gezelschap van iemand anders
Iemand anders haalt dit voor jou |
| 2. Wie plant er meestal sociale gelegenheden zoals familiebijeenkomsten of afspraken onder vrienden? | Ikzelf
Ik, samen met iemand anders (wanneer die persoon mij dit voorstelt)
Dit laat ik aan anderen over |
| 3. Wie staat er in voor het regelen van jouw geldzaken? | Ik regel dit zelf (zakgelden/bank)
Ik regel dit met hulp/begeleiding van iemand anders (begeleider gaat mee)
Iemand anders regelt dit voor mij |

Kan u mij vertellen of u deel neemt aan onderstaande activiteiten buiten de instelling?

- | | |
|--|--|
| 4. Gaan winkelen/boodschappen doen | Ja, alleen
Ja, maar enkel in het gezelschap van iemand anders
Nee, omdat: |
| 5. ontspanningsactiviteiten (film, uit eten/drinken, marktbezoek, ...) | Ja, alleen
Ja, maar enkel in het gezelschap van iemand anders
Nee, omdat: ... |
| 6. Bezoek aan vrienden/ kennissen | Ja, uit eigen initiatief
Ja, maar enkel als iemand dit vraagt/ voorstelt
Nee, omdat: ... |
| 7. sportactiviteiten (yoga, sportvereniging, fitnesscentra, ...) | Ja, liefst alleen
Ja, maar enkel in het gezelschap van iemand anders
Nee, omdat: ... |
| 8. Wanneer u deelneemt aan ontspanningsactiviteiten, doet u dit dan meestal alleen of samen met anderen? | Meestal alleen
Meestal met vrienden vanop het domein
Meestal met familieleden
Meestal met vrienden van buiten de instelling
Zowel met vrienden als met familie |

9. Hebt u een beste vriend/vriendin waarmee u vertrouwd bent?
Ja, binnen de instelling
Ja, buiten de instelling
Nee
10. Hoeveel keer gaat u buiten het domein van deze instelling?
Bijna elke dag
Bijna elke week
Zelden/nooit (minder als 1x per week)
11. Welk antwoord sluit het best aan bij uw werksituatie?
Voltijdse job
Deeltijdse job
Niet werkende maar actief op zoek naar een job
Niet van toepassing wegens leeftijd
Vrijwilligerswerk
12. Volgt u vormingen/trainingen of cursussen?
Ja, vanuit de instelling
Ja, buiten de instelling
Nee, maar ik heb dit in het verleden wel gedaan
- Welke: ...
- Waarom mee gestopt: ...

Nee, omdat: ...
15. Hebt u zichzelf de afgelopen 3 maanden ingezet voor vrijwilligersactiviteiten?
Ja, binnen de instelling
Ja, buiten de instelling
Nee, omdat: ...
16. Wanneer u activiteiten buiten de instelling onderneemt, welke vervoers-middelen neemt u dan?
Openbaar vervoer
Te voet/ met de fiets
Auto
Anders: ...

Aanvullingen:







.....

.....

.....

Bijlage 2

Emotielijst

<p>Angst om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (alleen)</p>	<p>Omcirkel de beste omschrijving Bezorgdheid, ongerustheid, nervositeit, zorg, ontzetting, wantrouwen, alertheid, schrik, afgrijzen</p>  <p>Weinig veel</p>
<p>Angst om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (in groep)</p>	<p>Omcirkel de beste omschrijving Bezorgdheid, ongerustheid, nervositeit, zorg, ontzetting, wantrouwen, alertheid, schrik, afgrijzen</p>  <p>Weinig veel</p>
<p>Interesse om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (alleen)</p>	 <p>Klein groot</p>
<p>Interesse om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (in groep)</p>	 <p>Klein groot</p>
<p>Motivatie om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (alleen)</p>	 <p>Klein groot</p>
<p>Motivatie om deel te nemen aan maatschappijgerichte activiteiten (in groep)</p>	 <p>Klein groot</p>
<p>Welke emoties verbind jij met deelname aan activiteiten in de maatschappij?</p>	<p>Omcirkel de meest passende emoties Nieuwsgierigheid, Bewondering, Plezier, Angst, Afkeer, Hoop, Vrees, Woede, Verdriet, Trots, Wantrouwen, Eenzaamheid, Tevredenheid, Geluk, Verbondenheid andere:</p>

Bijlage 3

SRS: Session Rating Scale

Beleving van het contact

Beoordeel het behandelcontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u dit behandelcontact hebt ervaren. Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel over dit behandelcontact. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever is uw gevoel over dit behandelcontact.

Relatie/contact

Relatie/Contact	
Ik voelde me <i>niet</i> gehoord, begrepen en gerespecteerd.	Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.
We hebben <i>niet</i> gewerkt aan of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.	We hebben gewerkt aan of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.
De manier waarop de begeleider problemen aanpakt sluit <i>niet</i> bij me aan.	De manier waarop de begeleider problemen aanpakt sluit goed bij me aan.
Er miste iets in het begeleidingscontact vandaag.	Over het geheel genomen vond ik het begeleidingscontact van vandaag in orde.

Ruimte voor eigen rapportage

Uit Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.