

## **Visietekst Psychiatrische Rehabilitatie binnen het CGG Noord-West-Vlaanderen**

Binnen de geestelijke gezondheidszorg komen we steeds in contact met nieuwe uitdagingen en perspectieven. Dit is niet anders in dit eerste decennium van de 21<sup>e</sup> eeuw. En misschien zijn deze uitdagingen net wat groter en is de wens naar verandering en verbetering actiever omwille van het huidig maatschappelijk klimaat. Mensen met een psychiatrische problematiek krijgen immers steeds meer een plaats in onze maatschappij, al is deze plaats vaak wazig of staat men er eerder ambigu tegenover.

De nieuwe uitdagingen en perspectieven waar we momenteel mee in aanraking komen zijn een gevolg van een tendens die al enkele decennia aan de gang is en kan gevat worden onder de noemer deinstitutionalisering of vermaatschappelijking van de zorg. Deze bestaat uit 2 bewegingen. Enerzijds de afbouw van residentiële opvang van psychiatrische patiënten, wat we kunnen verstaan als de afbouw van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden. Anderzijds het uitbouwen van een netwerk van gemeenschapsvoorzieningen die de functies die voorheen door het psychiatrisch ziekenhuis werden ingevuld kunnen overnemen (Pieters & Peuskens, 1995). Dat er soms een onevenwicht tussen de beide bewegingen ontstaat, bleek in het verleden in de Verenigde Staten. Het aantal psychiatrische bedden in de staatsziekenhuizen werd er systematisch afgebouwd maar er kwamen weinig ambulante alternatieven voor in de plaats. Het resultaat hiervan was dat heel wat patiënten die geen beroep konden doen op een eigen ziekteverzekering op straat belandden (Bachrach, 1995).

De hierboven omschreven nieuwe perspectieven creëren ook voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg nieuwe uitdagingen.

Binnen onze organisatie leidde dit tot een evaluatie van ons aanbod voor en de multi-disciplinaire begeleiding van mensen met een psychiatrische problematiek. Voor ons bestond de uitdaging er uit om de eerder vermelde begeleiding verder uit te bouwen en de psychiatrische rehabilitatie met al zijn aspecten te introduceren.

In onderstaande tekst wordt onze visie t.a.v. psychiatrische rehabilitatie van chronisch psychiatrische patiënten uitgewerkt. Wanneer we spreken over 'patiënt', bedoelen we hiermee de patiënt alsook zijn onmiddellijke omgeving.

De tekst begint met wat we precies verstaan onder psychiatrische rehabilitatie. Hiervoor baseerden we ons op de beschikbare internationale literatuur en de jarenlange praktische ervaring die al voor handen was binnen onze organisatie. Daarna volgt een omschrijving van de groep patiënten voor wie het aangewezen is een begeleiding vanuit psychiatrische rehabilitatie uit te werken. In het derde punt wordt dieper ingegaan op de uitwerking van de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten vanuit het rehabilitatiedenken binnen ons centrum. Hierbij wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de individuele procesmatige benadering van de patiënt, de accenten binnen de multi-disciplinaire begeleiding en de aanpassing en uitbreiding van het ergotherapieaanbod. Ook wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden naar interventies en ondersteuning vanuit het zorgnetwerk in de regio. We sluiten af met de toekomstperspectieven van psychiatrische rehabilitatie in onze organisatie.

We hopen dat ervaring met de uitgewerkte benadering tot een belangrijke meerwaarde in de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten leidt.

Oostende, 10 januari 2005.

## **1. Psychiatrische rehabilitatie: definiëring en invulling.**

Wat betreft definiëring van het begrip psychiatrische rehabilitatie, sluiten we ons aan bij de definitie van Van Wel (in Pieters & Peuskens, 1995, blz. 14), die psychiatrische rehabilitatie omschrijft als:

*“...het proces waarbij men directe hulpverlening aan de patiënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel van de aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk gebruik te maken zodat hij op een optimaal niveau kan functioneren in een zo normaal mogelijk sociaal kader...”*

Een implicatie van deze definiëring is dat men de **patiënt centraal** plaatst, waarbij verder wordt gebouwd op de vaardigheden die worden beheerst en er ondersteuning wordt voorzien voor die vaardigheden die de patiënt maar gedeeltelijk of niet beheerst. Deze ondersteuning gebeurt vanuit een netwerk dat wordt opgebouwd rond de patiënt. De steun kan komen uit 4 verschillende hoeken: de nabije sociale omgeving (familie, vrienden en burens), lotgenoten, de algemene zorg- en welzijnsvoorzieningen en de diensten vanuit de geestelijke gezondheidszorg (Trainer & Church, in Van Audenhove e.a. 2000).

Dit centraal plaatsen van de patiënt houdt in dat hij een **evenwaardige partner** is in het rehabilitatieproces. We zijn het tijdperk voorbij waarin hulpverleners boven het hoofd van de patiënt beslisten wat het beste was. Deze benadering impliceert dan ook empowerment van de patiënt. Het gebruik van de term empowerment heeft de laatste jaren een hoge vlucht genomen en wordt te pas en te onpas aangehaald. Chamberlin (1997) werkte samen met 12 ervaringsdeskundigen een definitie uit. Zij veronderstellen dat empowerment een omvattend begrip is dat kan gedefinieerd worden a.d.h.v. 15 deelaspecten. Belangrijke deelaspecten voor rehabilitatie zijn: toegang tot voldoende informatie, keuzemogelijkheid, beslissingsvrijheid en het waarderen en benadrukken van het belang van de mening van de patiënt. We kunnen dan ook besluiten dat hulpverlener en patiënt een zogenaamd therapeutisch verbond sluiten (Bachrach in VVGG, 1996).

Uit de gehanteerde definitie volgt eveneens dat rehabilitatie niet als een statisch maar wel als een dynamisch begrip moet beschouwd worden. Rehabilitatie is een **proces** van allesomvattende zorg dat doorheen het leven van de chronisch psychiatrische patiënt wordt uitgewerkt en opgevolgd. Dit proces kunnen we opdelen in 3 fasen: de diagnostische fase, het opmaken van een behandelingsplan en de planning van interventies en het uiteindelijke uitvoeren van de geplande interventies.

Binnen de *diagnostische fase* gebeurt een functionele analyse, waarbij op een systematische manier de vaardigheden en behoeften van de individuele patiënt in kaart worden gebracht. Op basis van deze beeldvorming worden samen met de patiënt *doelstellingen* geformuleerd en hieraan gekoppelde interventies gepland. In de derde fase worden de *geplande interventies uitgevoerd* en wordt de effectiviteit ervan nagegaan. Dit gebeurt a.d.h.v. een nieuwe beeldvorming van de behoeften en vaardigheden van de patiënt. En zo wordt doorheen de tijd het proces verder gezet. We kunnen het rehabilitatieproces dan ook beschouwen als een cyclisch proces dat voortdurend wordt doorlopen. Het uiteindelijke doel van dit proces is het bereiken van een goede levenskwaliteit waarbij de patiënt zijn toekomst in handen heeft en er vorm aan geeft (Bachrach in VVGG, 1996).

## **2. Doelgroepomschrijving.**

In eerste instantie wordt bij rehabilitatie gedacht aan chronisch psychiatrische patiënten. Deze groep wordt onderscheiden a.d.h.v. 3 criteria: diagnose, tekort in het functioneren en de lange duur van de ziekte (van Wel, 1994). Er moet dus sprake zijn van een omschreven psychiatrische problematiek die leidt tot ernstige beperkingen in het functioneren van de

persoon. En deze beide aspecten manifesteren zich gedurende langere tijd. Waar de grens voor minimale duur precies gelegd wordt, varieert van 6 maanden tot 5 jaar.

Bekende voorbeelden van chronische patiënten zijn de patiënten met psychotische stoornissen of patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis met daarnaast belangrijke klachten op as 1 (van de DSM-IV). Deze mensen verbleven vroeger langdurig, versta heel wat jaren, in het psychiatrisch ziekenhuis. Nu probeert men hun opvang binnen de maatschappij uit te bouwen (zie eerder). Een andere belangrijke groep chronische patiënten zijn de zogenaamde draaideurpatiënten. Kenmerkend hierbij is dat zij zich laten opnemen wanneer het functioneren te sterk belemmerd is. Wanneer het acute beeld is opgeklaard, verlaten ze het ziekenhuis tot een nieuwe crisis zich aanbiedt. Het spreekt voor zich dat er een grote overlap is tussen deze 2 groepen.

We menen echter dat het rehabilitatiedenken eveneens een belangrijk kader kan zijn om (nog) niet chronisch psychiatrische patiënten te begeleiden. Dit om een (her)opname en/of crisis te voorkomen. Door deze benadering schenken we ook aandacht aan de preventieve taak die een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg heeft t.a.v. patiënten met een risico op chronische problemen.

### **3. Concrete uitwerking van psychiatrische rehabilitatie.**

De evaluatie van het bestaande aanbod en de aanvullingen vanuit het rehabilitatiedenken zorgden voor twee bewegingen binnen onze begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten. Enerzijds het verder uitwerken van de individuele begeleiding van deze patiënten, waarbij ook werd stilgestaan bij de werking van de multi-disciplinaire aanpak. Anderzijds het aanpassen en uitbreiden van het aanbod ergotherapie binnen de dienst.

#### **3.1. Psychiatrische rehabilitatie voor de individuele patiënt.**

Zoals al eerder aangegeven, is de eerste stap in het rehabilitatieproces het in kaart brengen van de vaardigheden, mogelijkheden, probleemgebieden, behoeften en mogelijke bronnen van steun van de individuele patiënt (Pieters & De Hert, 1995). Dit aspect van het rehabilitatieproces omschrijven we als de functionele analyse. Op basis van deze analyse worden doelstellingen geformuleerd en wordt een behandlingsplan uitgewerkt. Van hier uit worden interventies georganiseerd en neemt de patiënt (al dan niet met steun) de nodige stappen om deze doelstellingen te bereiken. Op regelmatige tijdstippen gebeurt een evaluatie van het functioneren van de patiënt m.b.t. de eerder uitgewerkte doelstellingen.

Dit hele proces wordt opgevolgd en begeleid door de coördinerende behandelaar. We kozen hierbij niet voor de positie van case-manager die enkel coördineert, gezien de onvoldoende resultaten van deze benadering. Wel gaat het om een teamlid dat deel uitmaakt van het behandelteam en de multi-disciplinaire behandeling mee opneemt. Hij krijgt dan een bijkomende taak.

##### **3.1.1. Functionele analyse.**

Deze analyse bestaat uit het in kaart brengen van de zogenaamde sleutelementen. Dit zijn aspecten waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze een belangrijke rol speelden in de preventie van herval van patiënten met psychotische stoornissen (Van Audenhove e.a., 1996). Daarnaast omvatten ze de belangrijkste functioneringsgebieden van een persoon. Alhoewel onze doelgroep vaak aan andere dan psychotische stoornissen lijdt, is over specifieke sleutelementen bij andere problematieken nog maar erg weinig onderzoek beschikbaar. En binnen de beschikbare literatuur worden dezelfde sleutelementen gebruikt.

Shepherd, Murray en Muijen (in Van Audenhove e.a., 1996) onderscheiden 11 sleutelementen. Hieronder volgt een opsomming met een korte omschrijving van de afzonderlijke sleutelementen:

- *Continuïteit en coördinatie van de zorg*: beeld van het zorgtraject dat de patiënt heeft doorlopen en de verschillende zorgverstrekkers die er op het moment zijn, ook het doorgeven van informatie behoort hiertoe.
- *Informatie(verstrekking)*: omvat de informatie die de patiënt heeft over zijn stoornis, zijn klachten en symptomen en zijn behandeling. Ook de eigen ziektheorie komt hierbij aan bod.
- *Verwerking en zingeving*: verwerking van hun ziekte en de beperkingen die hiermee gepaard gaan, het kunnen uitwerken van zingeving voor het eigen leven, welke levensdoelen stelt de patiënt zich.
- *Woongelegenheden en huishoudelijke hulp*: de woongelegenheden waarover de patiënt beschikt; de praktische uitvoering en planning van de huishoudelijke taken.
- *Financiële middelen*: bron van inkomsten van de patiënt; de mate van beheersing van administratieve vaardigheden; geldbesef en -beheer, enz.
- *Dagactiviteiten*: daginvulling van de patiënt (werk, vrije tijd, hobby); aanwezigheid van een duidelijke dagstructuur en de mate waarin de patiënt hieraan behoefte heeft.
- *Sociale ondersteuning thuis*: de personen uit de onmiddellijke omgeving die belangrijke steunfiguren en/of mantelzorgers zijn; de inhoud en concretisering van deze steun en/of zorg. De invulling van sociale rollen door de patiënt: de soorten rollen en de mate van invulling.
- *Sociale contacten buitenshuis*: welke zijn deze contacten, welke onderliggende functie is er bij de contacten en de sociale rol die de patiënt daarbij opneemt.
- *Behandeling van symptomen*: overzicht van de symptomen en klachten, inhoud en focus van de (multidisciplinaire) behandeling; nevenwerkingen van de behandeling.
- *Opvolging van symptoomverandering en planning van crisisinterventie*: het in kaart brengen van (symptoom)veranderingen om zo mogelijke signalen voor herval te ontdekken, het uitwerken van een protocol waarop kan teruggevallen worden bij crisis.
- *Opvolging van lichamelijke gezondheid*: opvolging van lichamelijke klachten en er stil bij staan wanneer deze (te snel) worden toegewezen aan het psychisch ziek zijn.

De verschillende sleutelementen worden per individuele patiënt uitgewerkt in één of meerdere gesprekken met de patiënt. We kozen hierbij bewust voor een kwalitatieve benadering om zo de uniciteit van de patiënt, zijn problematiek en zijn omgeving te vatten. Om deze reden werd er voor gekozen geen gebruik te maken van bestaande instrumenten die de sleuteldomeinen bevragen, zoals de 'Visie op zorg' (in Van Audenhove e.a., 1996). Dit onderzoeksinstrument geeft namelijk erg weinig concrete informatie waarop men zich kan baseren om concrete doelstellingen te formuleren. Om te zorgen voor een duidelijke invulling van elk sleutelement en interindividuele verschillen tussen behandelaars te beperken, werd een handleiding uitgewerkt met daarin de verschillende aandachtspunten per sleuteldomein. Verder werd gezorgd voor de nodige documenten om deze functionele analyse te ondersteunen.

De functionele analyse wordt door de coördinerende begeleider samen met de patiënt uitgewerkt. De andere teamleden die de patiënt volgen, geven hun aanvullingen en opmerkingen m.b.t. de sleuteldomeinen. Alle informatie wordt samengevoegd en op basis daarvan volgt er een teambespreking. Daarna volgt nog een bespreking met de patiënt.

Idealiter gebeurt er een volledige functionele analyse vooraleer interventies worden gestart. Vaak is dit praktisch echter niet haalbaar, omdat er snel moet worden ingegrepen of omdat er onvoldoende tijd of ruimte is om het goed te doen. Belangrijk in dat geval is dat de

coördinerende behandelaar de analyse zo snel mogelijk probeert af te werken en eventueel bij te sturen waar nodig is.

### **3.1.2. Opstellen van het behandelplan.**

Op basis van de functionele analyse worden doelstellingen of werkpunten geformuleerd. Doelstellingen die inhouden dat aspecten binnen de sleuteldomeinen het best kunnen veranderen om de levenskwaliteit van de persoon te verbeteren.

Vorbereidend worden doelstellingen door de verschillende behandelaars geformuleerd op basis van de functionele analyse alsook vanuit (psycho) therapeutische benadering van de problematiek. Daarna gaat de coördinerende behandelaar samen met de patiënt de definitieve doelstellingen formuleren. De nadruk ligt hier op het samen beslissen en het aandacht besteden aan de standpunten of visies van de verschillende betrokken partijen. Uit onderzoek is immers gebleken dat de patiënt, zijn omgeving en de hulpverlener vaak verschillende prioriteiten stellen (Van Audenhove e.a., 1996).

Het is belangrijk dat duidelijke en concrete doelstellingen worden uitgewerkt die nadien kunnen worden geëvalueerd. Wanneer er op veel verschillende sleuteldomeinen veranderingen moeten komen, is het belangrijk om samen met de patiënt de eerste aandachtspunten te bepalen.

Daarnaast is het belangrijk dat op basis van de doelstellingen concrete interventies kunnen worden uitgewerkt. Het spreekt voor zich dat de kennis van het zorgnetwerk hierbij een belangrijke rol kan spelen.

### **3.1.3. Uitvoering en evaluatie van het behandelplan.**

Tijdens deze fase worden de geplande interventies uitgevoerd. Het kan gaan om het contacteren van andere instanties uit het zorgnetwerk, bv. een dienst voor poetshulp contacteren om zo ondersteuning te krijgen bij het opnemen van de huishoudelijke taken. Ook kan binnen één van de disciplines van de multi-disciplinaire behandeling bijkomende aandacht besteed worden aan een specifiek punt, bv. het omgaan met anderen binnen de ergotherapie.

De coördinerende behandelaar volgt op en last regelmatig een evaluatie in (ongeveer om de 3 maanden). Dit om na te gaan in welke mate de geplande interventies werden uitgevoerd en de geformuleerde doelstellingen werden bereikt. Waar nodig wordt bijgestuurd. De evaluatie is ook een nieuwe functionele analyse die er voor zorgt dat het rehabilitatieproces opnieuw doorlopen wordt.

## **3.2. Rehabilitatie vanuit een multi-disciplinaire aanpak.**

Ons multi-disciplinair team bestaat uit psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische, sociaal maatschappelijke en ergotherapeutische begeleiding. In functie van de individuele patiënt en zijn problematiek en behandelnoten, wordt een specifiek aanbod uitgewerkt.

Wanneer we stilstaan bij de sleutelementen waarop de afzonderlijke disciplines ingaan, komen we tot de volgende analyse:

- Psychiatrische begeleiding:
  - Continuïteit en coördinatie van de zorg
  - Informatieverstrekking waarbij psycho-educatie een belangrijk positief effect kan hebben (Telias, e.a., 2000).
  - Behandeling van de symptomen
  - Opvolging van de lichamelijke gezondheid
- Psychologische begeleiding:
  - Informatie
  - Verwerking en zingeving
  - Behandeling van de symptomen
  - Opvolging van de symptomen - crisisplanning
- Psychotherapeutische begeleiding:
  - Informatie

- Verwerking en zingeving
- Sociale ondersteuning thuis
- Behandeling van de symptomen
- Opvolging van de symptomen - crisisplanning
- Sociaal maatschappelijke begeleiding:
  - Verwerking en zingeving
  - Woongelegenheid en huishoudelijke hulp
  - Financiële middelen – administratieve vaardigheden
  - Sociale ondersteuning thuis
  - Sociale contacten buitenshuis
- Ergotherapeutische begeleiding:
  - Verwerking en zingeving
  - Woongelegenheid en huishoudelijke hulp
  - Dagactiviteiten
  - Sociale contacten buitenshuis

In de opsomming is een overlapping merkbaar, maar dit wil niet noodzakelijk zeggen dat men met hetzelfde bezig is. De inhoudelijke invulling alsook de aandachtspunten en interventies kan sterk verschillen afhankelijk van de discipline. Belangrijk is dat er hieromtrent voldoende overleg is.

Ondanks deze uitgebreide opsomming, moeten we ook stilstaan bij het feit dat we vanuit het centrum geestelijke gezondheidszorg niet altijd bij alle aspecten kunnen begeleiden en ondersteunen. In dat geval is het belangrijk om gebruik te maken van het zorgnetwerk waarvan we deel uitmaken. Gezien het grote belang van dit aspect, wordt dit verder uitgewerkt.

### **3.3. Uitbouw en aanpassing van het aanbod van de ergotherapie.**

Zo'n 5 jaar geleden werd binnen het centrum gestart met de uitbouw van een aanbod ergotherapie. Het bestaande aanbod kwam in de eerste plaats tegemoet aan de noden van de patiënten op het vlak van de sleutelementen dagactiviteiten en sociale contacten buitenshuis. Het onderliggende thema bij deze benadering kan worden omschreven als 'care'. Het ondersteunen en begeleiden van patiënten zodat het functioneren kan worden gehandhaafd

Binnen de ergotherapie wordt gewerkt met een invulling die sterk aanleunt bij deze van een dagactiviteitencentrum (DAC) die volgens Zeldenrust en Zuttem (1996) 4 inhoudelijke taken hebben: het verrichten van arbeid/vrijwilligerswerk, ontmoetingsactiviteiten, activiteiten binnen het kader van vorming en educatie en activiteiten gericht op vrije tijd en ontspanning. Er werd voor gekozen om de eerste taak maar beperkt in te vullen en indien aangewezen hiervoor de aangewezen partners binnen het zorgnetwerk te betrekken.

Bij evaluatie van deze werking en met de aanvullingen vanuit het rehabilitatiedenken werd geopteerd om het bestaande aanbod uit te breiden en daarnaast een nieuw aanbod uit te werken dat meer gericht is op verandering of 'cure'. Dit leidde tot de uitwerking van een specifiek groepsaanbod voor beiden, de Ontmoetingsgroep en de Trainingsgroep.

#### **3.3.1. De Ontmoetingsgroep.**

Binnen dit groepsaanbod ligt de nadruk op sociale contacten buitenshuis en een zinvolle invulling van de dagactiviteiten, alsook op persoonlijke zingeving. Belangrijk is dat dit een laagdrempelige initiatief is, waar mensen tijdens de ontmoetingsmomenten (zie verder) zonder verplichting mogen binnenkomen. Het gaat om een groepsaanbod waarbinnen individuele accenten en aanpassingen gebeuren. Er wordt ook een keuze gemaakt in het aantal gevolgde momenten. Dit houdt in dat een patiënt niet altijd naar alle activiteiten hoeft te komen, maar dat er duidelijk wordt afgesproken wanneer de patiënt aanwezig zal zijn.

Het aanbod bestaat uit ontmoetingsmomenten en ergotherapiemomenten.

De ontmoetingsmomenten bieden de patiënten de gelegenheid om in sociaal contact te treden zonder dat er enige verplichting is naar de invulling van dit moment. Samen met de ergotherapeuten kan wel bekeken worden of de patiënt tijdens deze momenten een persoonlijke inhoud kan uitwerken (bv. het opnemen van bepaalde activiteiten). Op dit moment kan er ook ruimte zijn om een patiënt individueel te benaderen.

Bij de ergotherapiemomenten ligt er een duidelijke nadruk op een gestructureerd aanbod (vaste momenten en een vast programma) waarbinnen de patiënt zich kan bewegen. Verschillende aspecten komen aan bod: georganiseerde uitstappen, contact met andere diensten in de regio, koken, creatieve taken, sportactiviteiten, enz. Dit om vaardigheden aan te leren, te oefenen of te onderhouden. Ook wordt een transfer naar het dagelijks leven van de patiënt gestimuleerd. Gebaseerd op onze ervaring is het al dan niet optreden van deze transfer sterk persoonsgebonden. De specifieke invulling van de ergotherapiemomenten wordt maandelijks samen met de patiënten besproken tijdens de agenda-opmaak.

### **3.3.2. De Trainingsgroep.**

Dit groepsaanbod streeft naar verandering en het bereiken van een hoger functioneringsniveau. Het streefdoel wordt geconcretiseerd in doelstellingen die voortvloeien uit de functionele analyse van de individuele patiënt. Het belangrijkste sleutelement waarop wordt ingegaan is de behandeling van de symptomen. Het gaat hierbij niet om de primaire symptomen (kenmerken van een stoornis) maar wel de secundaire (gevolgen van de symptomen) en tertiaire symptomen (gevolgen van het verminderd/veranderd functioneren). Er wordt vertrokken vanuit het functioneren van de patiënt dat is beïnvloed door de symptomen op de verschillende niveaus. Daarnaast blijven dagactiviteiten en sociale contacten buitenshuis belangrijke sleuteldomeinen waaraan gewerkt wordt. Afhankelijk van de patiënt komen andere sleuteldomeinen eveneens uitgebreid aan bod.

Het aanbod voor deze groep bestaat uit ergotherapiemomenten en een groepsgesprek, waarbij de patiënt op alle momenten aanwezig is.

Wat betreft de ergotherapiemomenten kan het gaan om gelijkaardige activiteiten als de ontmoetingsgroep (bv. een kookopdracht, creatieve opdrachten, enz.), maar bij de invulling wordt uitgebreider stilgestaan bij het functioneren van de patiënt. Op deze manier wordt de patiënt voortdurend gestimuleerd om na te denken over zijn eigen functioneren om zo tot de beoogde veranderingen te komen. De activiteiten zijn in dat opzicht minder gestructureerd. Enkele activiteiten worden op voorhand gepland, maar de concrete invulling wordt meestal aangeboden door de ergotherapeut die een keuze maakt in functie van de individuele doelstellingen van elke patiënt.

Binnen het groepsgesprek wordt samen met de begeleiders en de patiënten stilgestaan bij individuele werkpunten. Hierbij komen de eigen inzichten die de patiënt bereikte tijdens of na de opdrachten alsook de inbreng hierop van de andere groepsleden aan bod. Er wordt eveneens stilgestaan bij de beleving van het programma alsook bij de eigen positionering binnen het groepsgebeuren. Het groepsgesprek is tevens de plaats om conflicten uit te spreken en ruimte te bieden aan thema's uit de media of uit het leven van de individuele patiënt. Het doel van deze gesprekken is het zelfinzicht en de zelfbeleving van de patiënt te verhogen en de patiënt verschillende handvaten aan te reiken om het veranderingsproces te ondersteunen en analyseren. Bijvoorbeeld het uitgebreid stilstaan bij zelfcontroletechnieken.

### **3.3.3. De individuele patiënt binnen het aanbod ergotherapie.**

Wanneer de patiënt en/of zijn behandelaar(s) van oordeel zijn dat een ergotherapeutische begeleiding een belangrijke meerwaarde kan hebben in de behandeling wordt dit besproken op het multi-disciplinair team. Op dit moment wordt de coördinerende behandelaar aangesteld. Dit teamlid voert de functionele analyse met de patiënt uit en formuleert doelstellingen en dit geheel terugbrengt in het team waar een uitgebreide bespreking volgt. Op basis van de bekomen functionele analyse en de geformuleerde doelstellingen wordt

nagegaan welk ergotherapieaanbod (trainings- of ontmoetingsgroep) het meest aangewezen is. Dit voorstel wordt met de patiënt besproken en de patiënt beslist of hij er al dan niet op in gaat.

De inschakeling in de ergotherapie wordt door de verschillende behandelaars opgevolgd en indien nodig wordt bijgestuurd.

Een overschakeling van de ene naar de andere groep is mogelijk. Dit wordt voorafgegaan door veranderende doelstellingen. Deze overschakeling kan in beide richtingen, daarom enkele voorbeelden:

Wanneer een patiënt bij aanvang van de begeleiding nog forse klachten heeft, waardoor hij vooral nood heeft aan ondersteuning, zal hij starten in de ontmoetingsgroep. Wanneer er door de multi-disciplinaire behandeling verbetering komt in het klachtenpatroon, er ruimte en verlangen is om naar verandering toe te werken kan hij de overstap maken naar de trainingsgroep.

Een patiënt die start in de trainingsgroep, maar bij wie na verloop van tijd blijkt dat de beoogde verandering te hoog was gegrepen en behoud meer op de voorgrond staat kan overstappen naar de ontmoetingsgroep.

### **3.4. Functie van het zorgnetwerk vanuit het rehabilitatiedenken.**

Zoals al eerder vermeld kunnen we vanuit het CGG niet ingaan op alle noden en behoeften van de chronisch psychiatrische patiënt. Daarom is het belangrijk dat we ook stilstaan bij de taken die onze partners uit het zorgnetwerk kunnen opnemen.

In de eerste plaats denken we hierbij aan de mantelzorgers die zich rond de persoon situeren. Zij situeren zich vaak op verschillende domeinen.

Daarnaast is er een groot netwerk van professionele hulpverleners, ervaringsdeskundigen en lotgenoten waarop we een beroep kunnen doen. Hieronder volgt

- *Continuïteit en coördinatie van de zorg:*
  - De huisarts
  - De psychiater
  - Sociale dienst die de patiënt al een lange tijd opvolgt.
- *Informatie*
  - De huisarts
  - Behandelaar: psychiater, psycholoog, enz. die de patiënt volg(d)en omwille van zijn psychiatrische problematiek.
  - Contacten met Similes of lotgenotengroep
- *Verwerking en zingeving*
  - De huisarts
  - Behandelaar: psychiater, psycholoog, enz. die de patiënt volg(d)en omwille van zijn psychiatrische problematiek.
  - Contacten met Similes of lotgenotengroep
- *Woongelegenheid en huishoudelijke hulp*
  - Familiehulp en familie zorg die de patiënt thuis kunnen ondersteunen in het uitvoeren van huishoudelijke taken.
  - Sociale huisvestingsmaatschappijen
  - Thuisbegeleidingsdienst
  - Begeleid wonen
- *Financiële middelen – administratieve vaardigheden*
  - OCMW
  - Begeleid wonen
  - Thuisbegeleiding
- *Dagactiviteiten:*
  - Daghospitalisatie vanuit de PAAZ of een psychiatrisch ziekenhuis
  - Dagactiviteitencentra
  - Inloopcentra vanuit een eerste lijns-dienst bv.CAW
  - Vrijwilligerswerking



- Cursussen en opleidingen gericht op vrije tijd, bv. muziekonderwijs, creatieve cursussen, enz.
- Arbeidstrajectbegeleiding (ATB) voor mensen met een psychische handicap
- VDAB
- Consultatiebureau voor personen met een handicap
- Het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap
- *Sociale ondersteuning thuis*
  - Thuisbegeleidingsdiensten
  - Begeleid wonen
- *Sociale contacten buitenshuis*
  - Via dagactiviteiten (zie hoger)
  - Contacten met Similes of lotgenotengroep
- *Behandeling van de symptomen*
  - Huisarts
  - Thuisverpleging
- *Opvolging van de symptomen – crisisplanning*
  - Behandelaar(s).
- *Opvolging van de lichamelijke gezondheid*
  - De huisarts
  - Thuisverpleging

Deze opsomming is zeker niet uitputtend. Dit is dan ook een stimulans om de verschillende partners uit het zorgnetwerk te leren kennen en op zoek te gaan naar nieuwe partners.

#### 4. Toekomstperspectieven

##### Referenties

- Alanen, Y. (1995). Schizofrenie, psychotherapie en gemeenschapspsychiatrie. In *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*, Pieters, G & Peuskens, J. (Red). Garant: Leuven.
- Bachrach, L. (1995). Aspecten van deinstitutionalisering. In *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*, Pieters, G. & Peuskens, J. (Red). Garant: Leuven.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20:4.
- McReynolds, C. (2002). Psychiatric rehabilitation: the need for a specialized approach. *International journal of psychosocial rehabilitation*, 7, 61-69.
- Pieters, G & De Hert, M. (1995). Assessment en psychiatrische rehabilitatie. In *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*, Pieters, G & Peuskens, J. (Red). Garant: Leuven.
- Pieters, G. & Peuskens, J. (1995). Inleiding. Gemeenschapspsychiatrie en rehabilitatie. In *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*, Pieters, G & Peuskens, J. (Red). Garant: Leuven.
- Stein, L. (1995). Systeemaanpak van ernstig zieke chronische psychiatrische patiënten. In *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*, Pieters, G & Peuskens, J. (Red). Garant: Leuven.
- Telias, D., Fronscky, A. & Umansky, R. (2000). Developments in psychiatric rehabilitation: a therapeutic trip. *International journal of psychosocial rehabilitation*, 5, 53-60.
- Van Audenhove, C., Carlasasara, V., De Brouwere, J. & Vijverman, J. (1996). *Chronisch psychiatrische patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg. Nieuwe mogelijkheden?* Leuven: Acco.

- Van Audenhove, C., Van Rompaey, I., De Coster, I. & Lissens, G. (2000). *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Acco: Leuven.
- Van Audenhove, C. & Pieters, G. (2002). Diagnostiek en psychosociale rehabilitatie. In *Post Academische Vorming Klinische Psychodiagnostiek Volwassenen, cyclus 2001-2003*, Brussel.
- Van Wel, T. (1994). Chronisch psychiatrische patiënten en rehabilitatie. Voorstellen voor definities. *Tijdschrift psychiatrie*, 36:1, 64-69.
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (1996). *Leona Bachrach in dialoog met de psychiatrische rehabilitatie in Vlaanderen. Principes en Rolverandering*.
- Zeldenrust, E.J. & Van Zuthem, J.W. (1996). Dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51:1, 3-17.