



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

DE HERSTELVISIE DOOR DE BRIL VAN DE CLIËNT

Klaartje Quintiens

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2014- 2015**



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

DE HERSTELVISIE DOOR DE BRIL VAN DE CLIËNT

Klaartje Quintiens

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2014- 2015**

Voorwoord

Doorheen de jaren hebben grote veranderingen plaatsgevonden in onze maatschappij. We zijn stilletjes aan gegroeid van een verzorgingsstaat naar een participatiemaatschappij. Onder verzorgingsstaat verstaan we 'zieke' mensen beschermen en afremmen om deel te nemen aan de samenleving, ziekerol promoten, hiertegenover staat onze huidige participatiemaatschappij met een volwaardig burgerschap voor iedereen, met als motto 'Iedereen kan iets!'. Deze evolutie vinden we ook terug in de geestelijke gezondheidszorg. De zorg voor mensen met een psychische problematiek wordt gezien als 'Zorg als teamsport'. Een hele ploeg van professionele mensen staat in voor de opvang en begeleiding van deze personen. Ook de patiënt vormt een belangrijke schakel in dit geheel. Meer en meer zet men de patiënt zelf in de schijnwerpers: meer 'do-it-yourself'. Vanuit dit gegeven probeert men te werken vanuit de herstelvisie. De persoon is ziek en zal een strijd moeten leveren om controle te krijgen en te leren functioneren op een wijze die realistisch maar hoopvol is. Dit eindwerk handelt over hoe bij psychische patiënten in het beschut wonen gehandeld wordt via herstelgericht werken. Het is op termijn de bedoeling dat patiënten werken aan de re-integratie in de maatschappij. In dit eindwerk wordt nagegaan hoe de theorie gekoppeld is aan de praktijk en meer bepaald hoe de bewoners zelf denken over herstelgericht werken. De herstelvisie toepassen in de praktijk vraagt een aanpassing van de maatschappij maar ook van de doelgroep. Zij moeten vertrouwen opbouwen en geloven in hun eigen krachten om zo verder te groeien in hun proces van herstel.

ACADEMIEJAAR 2014 – 2015

Scriptie ingediend voor het behalen van het bachelordiploma sociaal werk.

Dankwoord

Deze Bachelorproef werd opgesteld in het kader van de opleiding Maatschappelijk werk aan de Hogeschool PXL van Hasselt.

Het maken van deze Bachelorproef was niet mogelijk geweest zonder de hulp van een aantal mensen. Mijn dank gaat daarom uit naar mijn eindwerkbegeleider Meneer Deville en eindwerkbegeleiders van mijn stageplaats Kristien Van Gelder en Tom Gijsens. Dankzij hun tips, adviezen en ondersteuning kon deze Bachelorproef tot een goed einde worden gebracht. Verder wil ik de andere collega's en de coördinator van IBW De Linde graag bedanken voor hun enthousiaste medewerking. Ook gaat een dankwoord uit naar de bewoners van IBW De Linde voor hun deelname aan de interviews.

Ten slotte wil ik ook mijn vriend, Jordy Peeters, en mijn ouders bedanken voor de steun en hulp die ze me gegeven hebben doorheen dit intensieve jaar.

Inhoud

Voorwoord.....	2
Inhoudsopgave.....	4
Afkortingen.....	6
Inleiding.....	7
1 Situering	9
1.1 PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS SINT-ANNENDAEL	9
1.1.1 Voorstelling Sint-Annendael.....	9
1.1.2 Missie	10
1.1.3 Visie	10
1.1.4 Korte historiek.....	10
1.2 INITIATIEF BESCHUT WONEN DE LINDE- BESCHUT WONEN/MOBIELTEAM	10
1.2.1 Beschut wonen	10
1.2.1.1 Bepaling van IBW volgens K.B. 10-06-1990	10
1.2.1.2 De werking van IBW De Linde	11
1.2.1.3 De missie, visie en doelstellingen van De Linde	11
1.2.1.4 Aanmelding en opname procedure.....	11
1.2.1.5 Doelgroep.....	12
1.2.1.6 Begeleiding.....	12
1.2.1.7 Dagbesteding- en activering	13
1.2.2 Mobiel team	14
1.2.2.1 Doelgroep.....	14
1.2.2.2 Visie	15
1.2.2.3 Situering	15
2 DEEL 2: THEORETISCH KADER / LITERATUURSTUDIE	16
2.1 De herstelvisie: wat is dat ?	16
2.1.1 Ontstaan van herstel.....	16
2.1.2 Wat is herstel?	16
2.1.3 Strekkingen in de GGZ	17
2.1.4 Aspecten in het herstelproces.....	18
2.1.5 Fasen in het herstelproces.....	19
2.2 Werken volgens de herstelvisie, wat betekent dat?	19
2.2.1 Herstel en empowerment.....	19
2.2.2 Werken volgens herstel, wat betekent dit ?	20
2.2.2.1 Fact-team	20
2.2.2.2 Casemanager.....	21
2.2.2.3 Nieuwe collega's: ervaringsdeskundigen	21
2.2.2.4 Rol van de hulpverlener.....	21
2.2.2.5 Rol en ondersteuning van de familie.....	22

2.3	Methodieken.....	23
2.3.1	FACT – methodiek	23
2.3.1.1	Doel.....	23
2.3.1.2	Werking	23
2.3.2	Ropi (Recovery Oriented Practices Index).....	24
2.3.2.1	Omschrijving.....	24
2.3.2.2	ROPI programma	24
2.3.2.3	Scoren en bespreken van ROPI:	25
2.3.2.4	Van ROPI naar SRH.....	25
2.3.3	De gespreksdriehoek.....	26
2.3.3.1	Omschrijving.....	26
2.3.3.2	Doel van een gespreksmenu	26
2.3.3.3	Voorwaarden voor succes	26
2.4	Het herstelplan en crisisplan.....	27
2.4.1	Het herstelplan	27
2.4.2	Crisisplan.....	28
3	DEEL 3 PRAKTIJK	29
3.1	Inleiding.....	29
3.2	Het onderzoek.....	29
3.2.1	Vraagstelling.....	29
3.2.2	Meetinstrumenten.....	29
3.3	DE VOORBEREIDING	30
3.4	DE ENQUÊTE.....	30
3.4.1	Bespreking van de vragen	31
3.5	Beschouwingen na het onderzoek.....	38
3.5.1	Aanbevelingen.....	38
4	Deel 4: Kritische kijk.....	40
4.1	Kritische visie op de problematiek en het verrichte onderzoek.....	40
4.1.1	Eigen inzichten	40
4.2	Kritische kijk op de resultaten.....	40
4.3	Actualiteit en hulpverlening	42
4.4	Kritische kijk op de taak van de maatschappelijk assistent.....	42
4.5	Mijn leerproces in herstel tijdens de praktijk	43
4.6	Persoonlijke mening.....	44
	Besluit.....	45
	Bibliografie.....	46
	Bijlagen.....	47

Afkortingen

CAW: Centrum Algemeen Welzijnswerk

FACT: Flexible Assertive Community Treatment

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg

GOK: Gelijke onderwijskansen

GSM: Global System for Mobile communications

HONOS: Health of the Nation Outcome Scales

HR : Hoge Raad

IBW: Initiatief Beschut Wonen

IVM: In Verband Met

MA: Maatschappelijk Assistent

MANSA: Manchester Short Assessment of quality of life

OLV: Onze Lieve Vrouw

PZ: Psychiatrisch Ziekenhuis

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

ROPI: Recovery Oriented Practices Index

SRH: Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

VZW: Vereniging Zonder Winstoogmerk

Inleiding

Het onderwerp

In de loop van de jaren is de plaats van de personen met psychische problemen in onze maatschappij erg veranderd. De vermaatschappelijking van de zorg is een belangrijk thema geworden. Door de integratie van 'artikel 107' van de ziekenhuiswet bestaat de mogelijkheid om een deel van de financiële middelen van de ziekenhuizen ook te gebruiken voor de opvang van deze mensen eens ze het ziekenhuis hebben verlaten.

Vanuit deze verandering is de stap naar herstelgericht werken gezet. Herstel betekent groeien en geloven in eigen mogelijkheden om zo te komen tot een manier van leven, een leven dat voldoening geeft, ondanks de beperkingen die de ziekte met zich meebrengt. Empowerment en participeren zijn twee belangrijke componenten in dit herstel. De herstel bevorderende zorg werkt op drie vlakken: persoonlijk herstel, sociaal herstel en medisch herstel.

Mijn eigen interesse bij herstelgericht werken gaat vooral uit naar de personen zelf. Hoe ervaren zij het herstel, hoe gaan zij om met de hulp die hen wordt aangereikt. Het zijn vooral deze twee domeinen van persoonlijk en sociaal herstel die als rode draad in dit eindwerk zijn verweven.

Doel

Ten eerste wil ik een goed en duidelijk beeld geven van wat herstelgericht werken inhoudt en dan vooral gezien bij mensen met psychische problemen binnen het beschut wonen. Ik wil mij verdiepen in de theorie van de herstelvisie. Ik wil nagaan hoe deze theorie gekoppeld wordt aan de praktijk.

Ten tweede wil ik nagaan hoe werken volgens de herstelvisie gezien en ervaren wordt vanuit het oogpunt van de cliënt. Omdat ik tijdens mijn stage mag meedraaien met het team van beschut wonen, ben ik in de mogelijkheid geweest om enkele bevestigingen hieromtrent uit te voeren. In interviews wil ik nagaan en begrijpen hoe de cliënten hun eigen herstel zien, hoe ze begeleiding ervaren of ze zelf veranderingen of wensen willen aanbrengen. Het zijn namelijk hun persoonlijke aspecten die hier een belangrijke rol spelen zoals gevoel van eigenwaarde, attitude, verandering, zelfbeschikking en hoop op herstel.

Opbouw

In het eerste deel van mijn eindwerk zal ik mijn stageplaats voorstellen. Eerst stel ik het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael voor, daar de zorginstelling De Linde een onderdeel van deze overkoepelende organisatie is. Ik geef een kort verslag van hun geschiedenis. Hierna komt een omschrijving, de visie en missie van mijn stageplaats.

In het theoretische gedeelte van mijn eindwerk, deel 2, ga ik verder in op de betekenis van herstelgericht werken, de werkwijze en hun medewerkers. Als laatste bespreek ik in deel 2 de verschillende gangbare methodieken van het moment.

Deel 3 van mijn eindwerk omvat het praktische gedeelte. Hoe ben ik te werk gegaan om deze theorie te toetsen aan de beleving van de cliënten? Hoe ervaren zij herstelgericht werken? Aan de hand van gerichte interviews probeer ik een beeld te vormen van wat de cliënt ziet en begrijpt van herstelgericht werken. Hieruit vertrekkend probeer ik een aantal aanbevelingen en tips voor mijn stageplaats te omschrijven.

In deel 4 volgen mijn persoonlijke reflecties en mijn kritische kijk op de werking. Ik geef een omschrijving van mijn eigen standpunt en overtuigingen en probeer dit te verantwoorden. Ik ga na of ik de vooropgestelde doelstelling van mijn eindwerk bereikt heb.

Als slot volgt nog een algemeen besluit.

1 Situering

Ik heb de kans gekregen om mijn laatstejaarsstage bij initiatief beschut wonen De Linde in Diest te lopen. Omdat De Linde een zorginstelling is van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael ga ik deze overkoepelende organisatie eerst bespreken.

1.1 PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS SINT-ANNENDAEL

VZW¹ Sint-Annendael heeft een maatschappelijke zetel te Diest en is een multicampus organisatie die actief is in de gezondheidszorgsector. Sint-Annendael runt vier zorginstellingen: een psychiatrisch ziekenhuis, een initiatief beschut wonen en twee woonzorgcentra. Elk heeft zijn eigen specifiek intra- en extramuraal zorgaanbod en daarnaast nog tal van andere (zorg)initiatieven. Sint-Annendael biedt jaarlijks hulp aan 1000 verschillende cliënten met een gedreven team van ruim 450 personeelsleden en geneesheren. Zij staan voor een gewaarborgd, gespecialiseerd en efficiënt zorgaanbod voor een provinciegrensoverschrijdende zorgregio van 410.000 inwoners.

1.1.1 Voorstelling Sint-Annendael²

De organisatiestructuur wordt gekenmerkt door een centrale beheers- en directiestructuur. Een algemeen directeur stuurt als operationeel eindverantwoordelijke de volledige organisatie aan. De algemeen directeur kan terugvallen op enkele gespecialiseerde experten functies die in de staf aan hem zijn toegevoegd.

De kernactiviteiten worden ondersteund door 2 centrale ondersteunende departementen, op deze wijze is sprake van een gekanteld organogram. De kernactiviteiten zijn opgevat als zelfstandige exploitatie-units, die telkens geleid worden door een lokale directie en/of management. Op die wijze wordt gestreefd naar een vlakke organisatiestructuur waarbij de verantwoordelijkheden laag in de organisatie zijn doorgedelegeerd.

Algemene directie en stafdiensten:

Chris Muys, algemeen directeur;

Tom Degreef, stafmedewerker algemene directie;

Peter Debroyer, directeur HR³ en communicatie.

Centraal ondersteunende departementen:

Steven Pauwels, financieel-administratief directeur;

Stefanie Gielen, facilitair manager.

Lokale zelfstandige exploitatie-units:

Rob Vanhemel;

dr. Erik Verhaeghen, hoofdgeneesheer medisch departement PZ⁴ St-Annendael;

Ann Hendrickx, directeur departement patiëntenzorg PZ St-Annendael;

Annicq Hulshagen, coördinator IBW⁵ De Linde;

Mark Hellinckx, coördinator Te Gek!?

¹ Zie Lijst met afkortingen

² Sint-Annendael, Internet

(<http://www.sad.be/info-over-onze-organisatie/over-vzw-sint-annendael-grauwzusters/organogram>)

³ Zie lijst afkortingen

⁴ Zie lijst afkortingen

⁵ Zie lijst afkortingen

1.1.2 Missie

Vzw Sint-Annendael, werkzaam in de gezondheidszorg, streeft naar een familiaal en open karakter. Ze willen elke patiënt en bewoner op een professionele wijze zorg op maat aanbieden. Een optimale levenskwaliteit voor de cliënt in zijn totaliteit staat dan ook voorop.

1.1.3 Visie

Deze regionale zorgaanbieder wenst zich te profileren op het vlak van geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. Hij wil blijven werken aan de optimalisering van een degelijk zorgaanbod, en dit zowel op kwantitatief als kwalitatief vlak. Volgens hen kan het zorgaanbod enkel verbeterd worden door een duurzame samenwerking na te streven van elk echelon met de externe omgeving. Dit proberen ze te realiseren door middel van netwerking, participaties in zorgcircuits en duurzame samenwerkingsverbanden.

1.1.4 Korte historiek¹

Vzw Sint-Annendael Grauwzusters werd opgericht in 1974 met als doelstelling de uitbating van het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael te Diest. De geschiedenis van het ziekenhuis gaat terug tot de 14^e eeuw. Zo'n 25 jaar lang betrof de geestelijke gezondheidszorg het unieke werkterrein. Met de ouderenzorg werd de geestelijke gezondheidszorg in 1999 uitgebreid. Kort hierna werden 2 bestaande woon- en zorgcentra – Huize Sint-Augustinus te Diest en OLV Ster der Zee te Scherpenheuvel-Zichem- in exploitatie genomen. Eind 2010 werd de lokale werking rond Beschut Wonen ingelijfd in vzw Sint-Annendael Grauwzusters. Vandaag biedt deze organisatie 438 bedden en plaatsen aan. De vzw is momenteel bezig om haar capaciteit uit te breiden naar bijna 600 bedden/plaatsen. Ook voorziet men een bijkomend aanbod voor serviceflats, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf.

1.2 INITIATIEF BESCHUT WONEN DE LINDE- BESCHUT WONEN/MOBIELTEAM

De Linde heeft zowel een team voor beschut wonen dat begeleiding aanbiedt in woningen, eigendom van De Linde, als een mobiel team dat instaat voor individuele begeleiding van personen in hun eigen woning die behoefte hebben aan ondersteuning in de thuissituatie.

1.2.1 Beschut wonen

1.2.1.1 Bepaling van IBW² volgens Koninklijk Besluit 10-06-1990

Onder IBW wordt verstaan: *Het huisvesten en begeleiden van personen die geen voltijdse ziekenhuisbehandeling vereisen en die om psychiatrische redenen in hun leef- en woonmilieu moeten geholpen worden bij het verwerven van sociale vaardigheden en waarvoor aangepaste dagactiviteiten moeten worden georganiseerd. Het verblijf in het initiatief is verantwoord voor zover de betrokkenen nog niet volledig zelfstandig, zonder een vorm van ondersteuning, in het maatschappelijke leven kan worden geïntegreerd. De inspectie gebeurt door de Vlaamse Overheid, Afdeling Verzorgingsvoorzieningen. De financiering gebeurt via RIZIV conventie, Federaal aangestuurd.*

¹ Sint-Annendael, Internet

<http://www.sad.be/info-over-onze-organisatie/over-vzw-sint-annendael-grauwzusters/historiek-geschiedenis>

² Zie lijst afkortingen

1.2.1.2 De werking van IBW De Linde¹

IBW De Linde beschikt over een aantal woongelegenheden in regio Diest en in regio Aarschot. De huizen voldoen allen aan de architectonische, functionele en organisatorische normen, zoals de wet het voorschrijft.

In iedere woongelegheden moeten (ten minste 3) en mogen maximaal 10 cliënten worden gehuisvest. De woningen die in de lokale leefgemeenschap te worden gesitueerd zodat een sociale re-integratie ten volle kan worden verzekerd. De personeelsleden verbonden aan het initiatief hebben een begeleidende taak die in essentie gericht is op de maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid van de bewoners.

De werking omvat de volgende domeinen:

- Sociale en administratieve vaardigheden aanleren;
- het bevorderen en organiseren van een waardevolle dagbesteding;
- de bewoners stimuleren tot het maken en onderhouden van hun sociale contacten.

1.2.1.3 De missie, visie en doelstellingen van De Linde

De Linde ondersteunt personen met een chronische en langdurige psychiatrische problematiek, ze staan de patiënten/ bewoners bij en begeleiden ze in hun eigen omgeving met als doel het uitbouwen van een zinvol bestaan waarbij gestreefd wordt naar maximale zelfstandigheid, emancipatie en integratie. Als doelstelling staat re-integratie in de maatschappij voorop.

De Linde hanteert de herstelvisie: ze zijn er van overtuigd dat door de gezamenlijke inspanningen van de begeleid(st)er, de bewoner en diens netwerk, ze niet enkel de symptomen onder controle kunnen houden, maar ondanks de psychiatrische stoornis samen een zinvol bestaan kunnen uitbouwen. De bewoners worden aangemoedigd zo veel mogelijk de 'normale' sociale rollen te vervullen vanuit een beschermd klimaat van respect, verbondenheid en gelijkwaardigheid.

1.2.1.4 Aanmelding en opname procedure

Kandidaten worden aangemeld bij de coördinator, die de verwijzer een aanmeldingsformulier (zie bijlage 1) bezorgt waarbij belangrijke gegevens m.b.t. een plaats in beschut wonen worden opgevraagd. Wanneer een indicatie aanwezig is voor beschut wonen wordt de kandidaat uitgenodigd voor een intakegesprek met de coördinator en de beleidspsychiater. Multidisciplinair wordt beslist of de kandidatuur wordt weerhouden en op de wachtlijst komt. Bij een positieve beslissing volgt een specifieke voorbereiding. Deze positieve beslissing is enerzijds afhankelijk van de expertise van het team en anderzijds van de wil/interesse van de kandidaat. Het kan gebeuren dat een kandidaat na het intakegesprek geen interesse meer heeft om een beschutte woning te huren omdat hij of zij zich bijvoorbeeld niet in de voorwaarden kan vinden, langs de andere kant kan het ook gebeuren dat de kandidaat niet voldoet aan bepaalde voorwaarden zoals:

- een minimale zelfredzaamheid (opstaan, hygiëne,...)
- een stabiele psychische toestand (geen suïcidedreiging, automutatief gedrag, alcohol en drugverslaving)
- het hebben van, of bereid zijn om te zoeken naar een zinvolle dagbesteding.

Voor de goede gang van zaken (en ook omdat het wettelijk verplicht is) is er een huishoudelijk reglement opgesteld. Dit dient de bewoner bij aanvang te ondertekenen.

¹ HULSHAGEN, Voorstelling IBW De Linde, 2013

1.2.1.5 Doelgroep

Het cliënteel Initiatief beschut wonen De Linde richt zich tot personen met een chronische psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Personen die in aanmerking willen komen voor een plaats binnen beschut wonen moeten een minimale zelfredzaamheid hebben en hun toestandsbeeld moet voldoende onder controle zijn. Een andere vereiste is om een zinvolle dagbesteding te hebben . Er is geen leeftijdsbeperking.

1.2.1.6 Begeleiding¹

Met de psychiatrische rehabilitatie en herstelgericht werken als referentiekader worden door De Linde initiatieven ontwikkeld waardoor de bewoner zo optimaal mogelijk kan functioneren in de samenleving.

IBW De Linde biedt zowel individuele als groepsbegeleiding aan. De individuele begeleiding, vertrekt vanuit de cliënt. In samenspraak met de bewoner worden individuele doelstellingen bepaald. Samen met de bewoner wordt er gezocht naar een manier waarin de bewoner een zo zelfstandig mogelijk bestaan kan leiden. De individuele begeleiding bestaat in een wekelijks huisbezoek. Afhankelijk van de nood aan zorg van de cliënt kan dit ook meermaals per week zijn. Tijdens zo'n huisbezoek wordt er samengewerkt rond verschillende doelstellingen Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar de huishoudelijke taken, de dagbesteding, de zelfzorg van de cliënt , eventuele opvolging van de medicatie, administratie en financiën.

Met groepsgericht wordt bedoeld dat de begeleider toeziet op de goede gang van zaken in de huizen. Men organiseert een aantal overlegmomenten. Per huis of etage is er een wekelijkse bewonersvergadering. Hierin worden onderlinge afspraken gemaakt over een aantal gemeenschappelijke belangen zoals poetsbeurten. Lotgenoten worden in groep met elkaar in contact gebracht.

Vanuit de filosofie om de bewoners enerzijds zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren en om anderzijds toch voldoende veiligheid te kunnen geven en tijdig te kunnen ingrijpen in crisissituaties, is er voortdurend permanentie. De bewoners kunnen tijdens de kantooruren en op zaterdagvoormiddag steeds met het bureau van De Linde contact opnemen voor persoonlijke vragen. Buiten die uren kunnen zij zich richten naar de GSM² van wacht in functie van noodoproepen. Deze oproep komt in eerste instantie terecht in Sint-Annendael. Op deze manier wordt er gezorgd voor een optimale bereikbaarheid en continuïteit van de zorg.

Belangrijke principes van de begeleiding zijn:

- Vraag gestuurde zorg op maat;
- erkenning van de cliënt als ervaringsdeskundige ;
- normaal waar mogelijk, speciaal waar nodig;
- samenlevingsgericht;
- methodische begeleiding met maximale inspraak van de bewoner door middel van methodische begeleidingsplannen;
- ontwikkelingsgericht waar mogelijk en acceptatie van beperkingen waar nodig.

Het team werkt nauw samen met de psychiater, huisarts en andere behandelaars die de bewoner zelf kiest. Indien de bewoner dit wenst, kan ook de familie systematisch betrokken worden bij de begeleiding.

¹ HULSHAGEN, Voorstelling IBW De Linde, 2013

² Zie lijst afkortingen

1.2.1.7 Activering en dagbesteding¹

In IBW De Linde is dagbesteding een verplichting voor de bewoners en wordt dit opgenomen in de verblijfsovereenkomst. De Linde vindt het belangrijk dat mensen gestimuleerd worden in een dagbesteding omdat het de contacten met de buitenwereld bevordert.

Eén van de belangrijkste taken van de begeleiding bestaat er dan in om dagbesteding op maat aangepast aan de individuele zorgvraag aan te bieden aan de bewoners. De bewoners moeten zich opnieuw nuttig kunnen voelen en terug plezier en genoeg beleven in sociale contacten.

Enkele initiatieven hieromtrent zijn.

- Tewerkstelling in een beschutte werkplaats²

Beschutte werkplaatsen stellen personen met een arbeidshandicap tewerk die tijdelijk of definitief niet op de gewone arbeidsmarkt terecht kunnen. Vandaag stellen de 54 werkplaatsen in Vlaanderen 20.140 mensen tewerk, waarvan 17.417 personen met een arbeidshandicap.

Het sociale aspect staat centraal in de werking van de beschutte werkplaatsen. Binnen de werkplaatsen wordt werk op maat gecreëerd voor iedereen (onder andere door vorming, training-on-the-job, ergonomische aanpassingen, opsplitsen van het werk in deeltaken...). Het doel is sociaal, maar de middelen zijn economisch.

- Vrijwilligerswerk

Dit kan op verschillende plaatsen georganiseerd worden. Enerzijds specifiek vanuit De Linde. Bewoners van De Linde doen vrijwilligerswerk in het woonzorgcentrum S. Augustinus. Andere bewoners vervullen een taak in het cafetaria Sint-Annendael. Ze verzorgen de bediening tijdens de openingsuren, het cafetaria draait volledig op vrijwilligers. Dit vrijwilligerswerk is speciaal voor deze doelgroep opgezet en is dan ook voorzien van concrete begeleiding. Deze concrete begeleiding houdt bijvoorbeeld in dat er op een regelmatig tijdstip een vergadering plaatsvindt, waar zowel vrijwilligers als begeleiders aan bod komen. Anderzijds wordt er ook algemeen vrijwilligerswerk aangeboden vanuit de stad Diest. In 2009 ontstond in Diest het idee van de spelothek, deze draait bijna uitsluitend met vrijwilligers. De spelothek maakt deel van vzw GOK³. In deze spelothek vindt u mooi kwaliteits speelgoed, dat u kunt lenen tegen lage kosten. Vrijwilligers staan in voor bijvoorbeeld: Het onthaal, uitlenen van speelgoed, begeleiding bij het zoeken naar spel materiaal enzoverder. Naast de spelothek kunnen mensen ook vrijwilligerswerk doen in de plaatselijke bibliotheek, het woonzorgcentrum of in de werkwinkel waar mensen terecht kunnen met alle vragen rond werk en opleiding.

- Activiteitencentrum Ak'cent

Ak'cent, een extramuraal dagactiviteitencentrum, wil voor zijn doelpubliek – volwassenen en sinds 2008 ook ouderen die omwille van psychiatrische problemen en de psychosociale weerslag hiervan kiezen voor een actieve dagbesteding – enerzijds een ondersteunend aanbod realiseren en anderzijds een aanbod gericht op ontwikkeling en rehabilitatie.

Dit wordt gerealiseerd door (1) het bieden van een dagaanbod met activiteitenpakket, gericht op het bieden van een dag structuur, de creatie van zelfontplooiingsmogelijkheden en integratiebevordering en (2) individuele trajectbegeleiding om deelnemers te begeleiden naar andere vormings- en arbeidsinitiatieven.

¹ Sint-Annendael, Internet

(<http://www.sad.be/geestelijke-gezondheidszorg/patient/activeringsbegeleiding/activiteitencentrum-akcent>)

² Sociale economie – beschutte werkplaatsen, Internet

(<http://www.socialeconomie.be/beschuttewerkplaatsen>)

³ Zie lijst afkortingen

Deze steunt op 4 pijlers:

- Vorming (bv. open school) ;
- vrijetijdsbesteding (bv. hobby's, CAW¹) ;
- arbeid (bv. vrijwilligerswerk) ;
- ontmoeting (bv. seniorenwerk, lotgenotencontact).

Deze 4 pijlers van het activiteitenaanbod zijn in een vast uurrooster ingedeeld. In het activiteitenaanbod wordt er gezocht naar "echtheid" en maximale inclusie, gericht op een optimale integratie in de samenleving.

1.2.2 Mobiel team²

Het mobiel team van Diest werd in oktober 2011 opgestart. De personeelsleden van het mobiel team gaan op huisbezoek bij cliënten van regioland met ernstige, langdurige en complexe psychiatrische problemen. De begeleiding bestaat onder andere uit de opvolging van medicatie, psychosociale ondersteuning en activering. Iedereen kan het team contacteren om een aanmelding te doen. Indien de persoon niet in aanmerking komt, wordt er gezorgd voor een gerichte doorverwijzing. Het mobiel team werkt in samenwerking met IBW De Linde en psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael.

Deze wekelijkse gesprekken aan huis houden concreet in dat de begeleider mee aan de zijlijn wandelt van de cliënt. De cliënt kan rekenen op psychosociale ondersteuning, en kan met alles bij zijn of haar begeleider terecht. Ook de opvolging van medicatie is een belangrijke taak van het mobiele team. Voor deze doelgroep is het belangrijk om een duidelijke structuur te hebben in hun dagelijks leven met een goede daginvulling, dit is ook een aandachtspunt. Binnen de begeleiding wordt getracht om de familie zo goed mogelijk te betrekken als partner in de zorg van de cliënt.

Indien er zich een crisissituatie voordoet, wanneer er dus acute psychische problemen zijn wordt er gezorgd voor een intensievere opvolging, meestal houdt dit in dat het aantal huisbezoeken opgedreven worden. Het doel van de crisisbehandeling aan huis is het voorkomen of verkorten van een ziekenhuisopname en het vermijden van herval.

1.2.2.1 Doelgroep

Het mobiel team is beschikbaar voor mensen tussen de 16 en 65 jaar met een ernstige en langdurige, complexe psychische kwetsbaarheid in de regio van Diest en omstreken. Ook voor nieuwe aanvragen bij het mobiel team moet er nagegaan worden of er sprake is van een chronische psychiatrische en/of een psychosociale aandoening. Hiernaast wordt er op de wekelijkse teamvergadering bekeken of er eventueel andere mogelijkheden zijn die beter aansluiten bij de vraag.

¹ Zie lijst afkortingen

² HULSHAGEN, Voorstelling Mobiel Team, 2013

1.2.2.2 Visie

Het mobiele team staat voor een outreachende zorg. Het betekent ook dat hulpverleners bij weerstand tegen aangeboden hulp zelf niet afhaken, maar telkens weer aandringen, bellen, contact opnemen, en cliënten op hun verantwoordelijkheid (voor anderen) blijven aanspreken. Zo willen ze communiceren dat het ertoe doet, hoewel dit vaker in plaats van de cliënt dan wel samen met de cliënt wordt gedaan, mogelijks samen met of door een casemanager.

Daarnaast willen ze een lage drempel hebben voor mogelijke toekomstige cliënten. Dit betekent dat er hulp geboden wordt die makkelijk te bereiken is zonder veel obstakels.

1.2.2.3 Situering¹

De komst van artikel 107 die staat voor de vermaatschappelijking van de zorg en afstemming van de zorgnoden maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dit betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk in het 'bed' hoeft te gebeuren maar dat dit evengoed in de thuissituatie kan plaatsvinden. Een kernfunctie van dit artikel is dus de werking van de ambulante intensieve behandelteams, de mobiele teams. In plaats van een aanbod gestuurde zorg is er nu een vraag gestuurde zorg. Ook de continuïteit van de zorg staat centraal.

¹ Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg, Internet
(<https://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Thuiszorg/Samenwerkingsinitiatieven-eerstelijnsgezondheidszorg-%28SEL%29/>)

2 DEEL 2: THEORETISCH KADER / LITERATUURSTUDIE

Om een duidelijk beeld te geven wat psychiatrische patiënten nodig hebben in hun weg naar herstel wordt er in dit eindwerk een overzicht gegeven van een aantal belangrijke begrippen hieromtrent. Vervolgens wordt een beeld gegeven van herstelgericht werken. Wat betekent herstelgericht werken voor de cliënt maar ook voor de medewerker. Het begrip empowerment komt aan bod, dit ligt namelijk aan de basis van herstel. Daarna bekijken we hoe men werkt volgens de herstelvisie, de opbouw van het team. De opbouw en het samenstellen van een herstelplan moet een duidelijk instrument worden binnen dit proces. Tenslotte wordt de FACT¹-methodiek en de ROPI² uitgelegd, die in de GGZ³ gebruikt kunnen worden om de mate van herstel te meten.

2.1 De herstelvisie: wat is dat⁴ ?

Als iemand met een ernstige psychische aandoening te maken krijgt, wordt het ritme van het 'gewone' leven onderbroken. Leven met een ernstige psychische aandoening betekent veelal langdurend, al dan niet periodiek en in meer of mindere mate, last hebben van de bijhorende ziekteverschijnselen en kwetsbaarheden. Vaak een leven lang. Ingaan op herstel vraagt een verduidelijking wat we hieronder verstaan.

2.1.1 Ontstaan van herstel

Tijdens de vorige eeuw kwam men tot een nieuw beeld over het herstellen van mensen die lijden aan een psychisch probleem. De Amerikaanse wetenschapper William ANTHONY was toonaangevend binnen deze nieuwe visie. Hij lanceerde in 1993 zijn "Herstelvisie". In deze visie staat de cliënt in het middelpunt. Hij bepaalt de weg die hij wil bewandelen, het doel dat hij voor ogen heeft en hij probeert zoveel mogelijk zelf te handelen om dit doel te bereiken.

"Herstel is een intens persoonlijk, uniek proces van verandering in iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven mét de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de catastrofale gevolgen van de psychische aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven." (ANTHONY,1993)

2.1.2 Wat is herstel?

Herstel is niet (absoluut) hetzelfde als genezen. Al is het een utopie om te zeggen dat herstel mogelijk is zonder enige genezing. Herstel kunnen we omschrijven als een langdurig en individueel proces, van vallen en opstaan. Cliënten krijgen een beter zelfbeeld, een doel in hun bestaan, het weer nemen van verantwoordelijkheid, controle over hun bestaan. De populariteit van de herstelvisie ligt hand in hand met de maatschappelijke evolutie, de vermaatschappelijking. We zijn namelijk van een verzorgingsstaat, waar 'zieke' mensen beschermen en afremmen om deel te nemen aan de samenleving met een gepromoot ziektebeeld, gegaan naar een participatiemaatschappij met een volwaardig burgerschap voor iedereen: 'iedereen kan iets!'

¹ Zie lijst afkortingen

² Zie lijst afkortingen

³ Zie lijst afkortingen

⁴ DE HAAN E., Herstel-Special, GGZ Nederland, 2013, pagina 6



2.1.3 Strekkingen in de GGZ²

In de GGZ kan herstel bekeken worden vanuit twee interpretaties van het begrip, namelijk vanuit:

- het medisch-wetenschappelijk perspectief en
- het cliëntperspectief

a. Medisch-wetenschappelijk perspectief

Vanuit het medisch-wetenschappelijk perspectief wordt herstel opgevat als een specifieke uitkomst van de hulpverlening. Deze hulpverlening is gericht op afname van symptomen, verbeteren van functioneren en verminderen van terugval. Er is sprake van herstel, als er een 'remissie' optreedt: een (tijdelijke) vermindering of verdwijning van ziekteverschijnselen.

b. Cliëntperspectief

Vanuit cliëntperspectief gaat het bij herstel om unieke persoonlijke processen, waarbij mensen met een psychische aandoening proberen de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven. Bij dit herstel staat de psychologische invalshoek van een veranderende identiteit op de voorgrond. Herstel is vanuit dit perspectief geen uitkomst, maar een langdurend proces waarin aspecten als (persoonlijk) welzijn, leren leven met de aandoening en de kwaliteit van leven centraal staan. Herstel is vanuit dit perspectief dan ook niet hetzelfde als 'genezing'. In deze visie

¹ VAN AUDENHOVE CH., Utopie: Herstel zonder genezing, Leuven, 2015, pagina 9

² GGZ Nederland, Naar Herstel en Gelijkwaardig Burgerschap, 2012, pagina 18

wordt de cliënt als uitgangspunt genomen en gaan we uit van ieder zijn mogelijkheden tot herstel.

2.1.4 Aspecten in het herstelproces¹

In de Nederlandse GGZ heeft de heer J.DROËS vier aspecten omschreven die onderdeel zijn van herstelprocessen.

De omschrijving van deze aspecten geeft ons een beter beeld van waar de cliënt zich bevindt in zijn proces van herstel. Het is een houvast voor de hulpverlener om samen met de cliënt de weg van herstel te doorlopen, om gerichte hulp en ondersteuning te geven op elk moment.

De verschillende aspecten zijn:

1. Herstel van gezondheid

Het leren omgaan, herstellen van lichamelijke en psychische klachten noemt men het herstel van gezondheid. De cliënt wordt zich ook bewust van zijn eigen krachten tot herstel. Bij herstel van gezondheid gaat het om de worsteling met lichamelijke en psychische klachten, maar ook met de krachten. Dit laatste geldt voor alle aspecten die hier genoemd worden.

2. Herstel van identiteit

Hiermee bedoelt men het proces van ontdekking over wie iemand is. Dit is een zeer belangrijk aspect dat regelmatig terug zal komen. De cliënt leert zijn eigen waarden, normen ontdekken. Hij gaat zich vragen stellen. Wat wil ik nog verder doen ? Wat kan ik voor mezelf en anderen betekenen ? Het is heel belangrijk dat het gevoel van eigenwaarde wordt opgekrikt.

3. Herstel van maatschappelijke rollen

Hier gaan mensen op zoek naar hun plaats in de maatschappij. Dit aspect gaat veel verder dan door de hulpverlener aanbieden van vrijwilligerswerk, werk of een hobby. De cliënt is op zoek naar wat past bij zijn eigen identiteit of door wat zijn identiteit beïnvloed wordt. Het ontdekken van zijn eigen talenten, krachten en mogelijkheden speelt hierin een zeer belangrijke rol. Het valt niet te onderschatten dat het terug opnemen van een rol in de maatschappij een zeer moeilijk proces is. Mensen willen terug sociale contacten hebben, kunnen werken, naar school gaan.

4. Herstel van dagelijks functioneren

Hiermee bedoelen we het omgaan met het dagdagelijkse leven, de dingen van elke dag, zoals de zorg voor jezelf en anderen, zorgen voor je leefomgeving. Het gaat hier zeker niet in hoofdzaak om het aanleren van vaardigheden maar wel over de zoektocht van mensen, wat houdt dit dagelijkse leven voor hun zelf in. Toch moeten we niet vergeten dat het aanleren van vaardigheden zoals de bus nemen, betalingen doen, meespelen in het groter gevoel van eigen waarde. Maar ook vragen als: " Is het de moeite voor mij om 's morgens op te staan ?" of "Hoe kijk ik tegen een nieuwe dag aan?", gaan door hun gedachten.

¹ DE HAAN E., Herstel-Special, GGZ Nederland, 2013, pagina 8

Besluit

Wat opvalt bij deze aspecten, is dat het vooral gaat om een persoonlijke zoektocht. De cliënt moet zichzelf leren vragen stellen en op zoek gaan naar een antwoord. Als dit gebeurt, kunnen we spreken van een positieve ontwikkeling. De rol van de hulpverlener hierin is vooral begeleiden en ondersteunen, samen zoeken naar een antwoord indien nodig.

Deze aspecten bestaan niet afzonderlijk, maar lopen als een verweven draad doorheen het herstel. De ontwikkeling van de verschillende aspecten hebben een invloed op elkaar, ze vullen elkaar aan.

2.1.5 Fasen in het herstelproces¹

In het hele herstelproces kan men vier fases onderscheiden. Het is de wetenschapper GAGNE (2004) die ons een verduidelijking geeft van deze vier fases.

a. Overweldigd worden door de aandoening

In het begin is de cliënt vaak verward en ontredderd vanwege de aangrijpende symptomen. Hij is dan vooral bezig met mentaal en lichamelijk overleven. Deze fase wordt gekenmerkt door hopeloosheid, machteloosheid en gevoelens van isolement.

b. Worstelen met de aandoening

De cliënt stelt zich de vraag hoe hij met de aandoening kan leven. Hij ontwikkelt manieren om actief met de symptomen om te gaan en zichzelf te hervinden. Hij moet zijn vertrouwen zien te herstellen en adequate reacties op de aandoening aanleren. Hij heeft nog steeds de angst om opnieuw overspoeld te worden door de aandoening

c. Leven met de aandoening

De cliënt ervaart minder angst, omdat zijn vertrouwen groeit dat met de aandoening valt te leven. De cliënt ontwikkelt een nieuw 'zelfbeeld' en leert zijn beperkingen en sterke kanten kennen. Hij herstelt de verbondenheid met naastbetrokkenen, pakt oude rollen op en probeert nieuwe uit. Hij voelt nog steeds beperkingen, maar kent manieren om er mee om te gaan.

d. Leven voorbij de aandoening

De aandoening raakt meer op de achtergrond. De cliënt voelt zich verbonden met anderen en kan weer gewenste rollen vervullen. Er is ruimte voor ontwikkeling van talenten en mogelijkheden op diverse terreinen. Ook is er ruimte voor nieuwe betekenissen en doelen in het leven.

2.2 Werken volgens de herstelvisie, wat betekent dat?

2.2.1 Herstel en empowerment

a. Herstel

Een persoonlijk proces waarin mensen met psychische kwetsbaarheid de draad weer opnemen en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven.

- Bij herstel probeer je de symptomen die je overweldigden een plaats te geven in je leven. Ze hebben als het ware niet meer de bovenhand.

¹ GGZ Nederland, Naar Herstel en Gelijkwaardig Burgerschap, 2009, pagina 14

- Je probeert je niet een rol te bedelen van kwetsbaar, onhandelbaar of uitbehandeld te zijn, maar langs de andere kant kan je ook niet doen alsof er niets aan de hand is.
- b. Empowerment¹

Definitie

In het handboek "Social Casework in de 21^{ste} eeuw" wordt het begrip empowerment als volgt omschreven. *"Een paradigma dat zowel een waarde, een ideologie als een doelstelling en een proces bevat. Het gaat om het sterker én vaardiger maken van mensen, zodat ze een volwaardige plaats in de samenleving kunnen innemen en weer greep kunnen krijgen op hun eigen leven. Mensen in staat stellen om te leren zelfstandig en onafhankelijk van dienst- en hulpverlening te functioneren.*

Vertrekpunt zijn de competenties van mensen en hun omgeving en niet zozeer de problematiek."

Empowerment gelooft echt in de kracht van mensen. Het richt zich vooral op het vermogen van personen en groepen op hun binnenkant en wil echt ontmoeten, voor samenhang. Het herwinnen van de regie over je eigen lijf en leden, versterking van eigenwaarde en zelfrespect en versterking van de positie van ggz-cliënten als groep.

Het begrip empowerment kan je benaderen vanuit 2 niveaus:

Empowerment op individueel niveau:

Men leert zijn eigen krachten verder ontdekken, gebruiken, uitbouwen en gebruiken om meer controle te krijgen over hun eigen leven.

Empowerment op collectief niveau:

Vaak komen individuele problemen voort uit de samenstelling van de maatschappij. Mensen met een psychiatrische aandoening moeten hun weg leren vinden binnen ons heel bureaucratisch systeem. Ze moeten kritisch leren kijken naar hun eigen situatie, ze moeten in dialoog gaan met mensen in dezelfde situatie en samen oplossingen vinden. Met als doel betere info verzamelen zodat men meer zelfvertrouwen krijgt.

c. Besluit

- Herstel vereist empowerment en leidt tot empowerment.
- Empowerment en herstel gaat om het vergroten en ontwikkelen van het vermogen en besef van mensen om zich te onttrekken van een hopeloze situatie en nieuwe kansen te geven aan hun leven .

2.2.2 Werken volgens herstel, wat betekent dit ?

2.2.2.1 FACT-team²

Deze manier van werken heeft ook een weerslag op de organisatie van de hulp. Al de zorg wordt georganiseerd rond de cliënt die centraal staat. Wonen, familie, werk, zingeving, educatie, inkomen Al deze elementen – die stuk voor stuk even belangrijk zijn voor een succesvol herstel – worden afgestemd in een Flexible Assertive Community Treatment team; FACT-team. Per cliënt werken alle disciplines samen in één team. Hieronder verstaan we woonbegeleiders, een ervaringsdeskundige, psychiater, psycholoog, verslavingsdeskundigen en trajectbegeleider.

De werking van het FACT-team wordt verder in dit eindwerk nog uitvoerig besproken.

¹ VLAEMINCK H., SAELENS S., MALFIET W., Social Casework in de 21^{ste} eeuw, Kluwer, Mechelen, 2010, pagina 31

² VAN VELDHUIZEN R., BÄHLER M., POLHUIS D., Handboek FACT, uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht, 2009

2.2.2.2 Casemanager

Elke cliënt krijgt nog een casemanager toebedeeld. Deze persoon kan je ook omschrijven als een persoonlijke begeleider. Samen met de cliënt wordt een Herstelplan opgesteld. Verder in dit eindwerk wordt een herstelplan besproken en het doel ervan.

2.2.2.3 Nieuwe collega's: ervaringsdeskundigen¹

Een ervaringsdeskundige wordt omschreven als een persoon die door zijn doorleefde ervaring van tegenslag, ziekte, beperking, lotgeval of levensomstandigheid in staat is om de kennis die niet door studie of onderwijs maar door deze ervaring is opgedaan - de zogeheten ervaringsdeskundigheid - te benutten.

De ervaringsdeskundige benut deze kennis door soortgelijke ervaringen van anderen te verhelderen, door lotgenoten te helpen, door als klankbord te dienen voor beleidswijzigingen of technische innovaties die gericht zijn op verbetering van het betreffende ervaringsdomein, of door te ondersteunen bij programma's die bijvoorbeeld gericht zijn op armoedepreventie en het voorkomen en afwennen van een ongezonde of onwenselijke levensstijl.

Recente ontwikkelingen in de GGZ tonen aan dat we naast professionele hulpverlening ook ervaringsdeskundigheid nodig hebben, dit om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ervaringsdeskundigen kunnen ervaringskennis aandragen over wat het betekent om psychische problemen te hebben, welke handvatten, oplossingen en strategieën werken, welke steun belangrijk is, welke begeleiding en behandeling aanslaat of herstel bevorderend is. Kortom, de inzet van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg komt de herstelprocessen en maatschappelijke participatie van personen met psychische problemen ten goede. Vanuit verschillende kanten komt ook de vraag om meer en meer ervaringsdeskundigen in te zetten.

Enkele punten van kritiek of eerder bezorgdheid op de werking van de ervaringsdeskundige kunnen zijn: competenties, kwetsbaarheid, afstand kunnen nemen van persoonlijke ervaring en financiële belemmeringen.

2.2.2.4 Rol van de hulpverlener

De doelstellingen van de taak van de hulpverlener binnen de herstelbenadering kunnen we als drieledig omschrijven:

- ✓ Zich richten op de gezondheid (in plaats van op ziekte of problemen)
- ✓ Het zelfmanagement van de patiënt in de verf zetten (in plaats van onze eigen expertise)
- ✓ De bijhorende autonomie of zelfcontrole verhogen (in plaats van de controlerende/ betuttelende/ beheersende / vrijheidsbeperkende rol van de hulpverleners)

¹ VZW Uilenspiegel, Zorg voor mens en deskundige, Ervaringsdeskundige, Internet (http://www.uilenspiegel.net/indexpgs/ervarings_index.htm)

Deze manier van werking helpt ons om onze hulpverlening zo humaan mogelijk te maken

De wijziging in de rol van de hulpverlener kan duidelijk worden aan de hand van onderstaand schema. De rol verschuift van leidinggevend naar meer ondersteunend. Het proces evolueert van “Overnemen van taken en verantwoordelijkheden” naar “Overlaten en niet alleen laten”. De hulpverlener krijgt een meer ondersteunende rol in het proces van herstel waarin de cliënt zelf de hoofdrol krijgt toebedeeld.

Voorstelling rol van de hulpverlener¹

Overnemen van taken en verantwoordelijkheden	Overdragen van activiteiten	Overlaten en niet alleen laten
‘Genezen’ Stabiliseren	Aanleren Heroriënteren	Laten groeien Re-integreren
Aanbieden van prothese	Ondersteunen van persoonlijke doelen en ontwikkeling.	Participatie mogelijk maken . Afstand nemen en professioneel nabij blijven.
Behandelen Medicatie-management Veiligheid, Vluchtheuvel bieden	Stilstaan bij verlies. Toekomst plannen. Vaardigheden aanleren.	Kansen creëren Beschikbaar zijn Vinger aan de pols houden.
Dwingen Verantwoordelijkheid Grenzen stellen	Aanmoedigen Samenwerken Praktische hulp bieden en aanleren.	Bekrachtigen Waarderen Ontmoeten Gezel en bondgenoot zijn.

2.2.2.5 Rol en ondersteuning van de familie

Het sociale netwerk en de familierelaties van cliënten worden alom erkend als belangrijke factoren in het beloop van hun aandoening maar ook van hun herstel en maatschappelijke re-integratie.

In de laatste decennia is het inzicht gegroeid dat familie- en gezinsleden ernstig kunnen lijden onder ziekte van hun dierbaren en dat zij tegelijkertijd vaak een belangrijk deel van het sociale netwerk vormen. Soms bestaat het sociale netwerk van cliënten enkel uit familie. Zij zijn voor informele steun dat ook aangewezen op familieleden.

Vaak zijn het de familieleden die het optreden van de psychische problemen vanaf het begin hebben meegemaakt. Zij beschikken over een kennis die voor de hulpverleners zeer belangrijk is. Zij moeten beschouwd en gerespecteerd worden als volwaardige partners in het herstelproces van de cliënt.

¹ VAN AUDENHOVE CH., Utopie: Herstel zonder genezing, Leuven, 2015

De laatste tijd is het inzicht gegroeid dat behalve de cliënten ook de familieleden dikwijls een herstelproces doormaken. Naast de ziekte van hun dierbare zijn er vaak ook contacten met de hulpverlening (of juiste het ontbreken daarvan) en andere instanties te verwerken. De familie heeft hierin ondersteuning nodig.

In de sociale contacten met de familie mag de cliënt niet vergeten worden, de cliënt kan ook hulp nodig hebben om beter leren om te gaan met zijn familieleden.

2.3 Methodieken

2.3.1 FACT – methodiek¹

Aansluitend bij artikel 107 waarin de vermaatschappelijking van de zorg samen met het mobiel team centraal staat wordt er recent ook gebruik gemaakt van de FACT-methodiek, ofwel “Flexible Assertive Community Treatment”. Deze methodiek is een ontwikkeling van de GGZ van Nederland. Het is intensieve en flexibele psychiatrische zorg die aan huis (in de maatschappij) geleverd wordt op een actieve, outreachende manier. Het FACT-model richt zich zowel op ernstige onregelde patiënten als de min of meer stabiel functionerende patiënten. Binnen het FACT-model kan een team de patiënt dus in alle situaties bijstaan: niet alleen wanneer deze stabiel functioneert, maar ook op het moment dat hij in crisis verkeert of dreigt te raken.

2.3.1.1 Doel

Flexibele Assertive Community Treatment beoogt de patiënten te ondersteunen in hun herstelproces. Dit doet FACT onder andere door deze doelgroep zodanig te behandelen, te ondersteunen en te begeleiden dat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren en mee kunnen participeren in de maatschappij op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is. Het resultaat van het FACT-bord (zie bijlage 2) kan zijn dat de cliënt in zijn eigen woonomgeving kan blijven en niet genoodzaakt is om in opname te gaan.

2.3.1.2 Werking

Wanneer een FACT-team, dit is een multidisciplinair samengesteld team, signaleert dat het minder goed gaat met een patiënt, geeft zijn of haar individuele begeleider dit aan binnen het team. Dit is de individuele casemanager, het eerste aanspreekpunt voor zowel de cliënt als zijn netwerk. Hiertoe wordt de patiënt op het FACT-bord geplaatst, met als doel alle teamleden bij de zorg aan deze patiënt te betrekken, nu spreekt men van een shared case load. Men schakelt op dat moment over op de meer intensieve zorg volgens de visie van deze methode. Het zorgaanbod is flexibel want het wordt aangepast op de behoeften die de patiënt op dat moment heeft; in de praktijk wordt de patiënt onder andere vaker bezocht door verschillende disciplines binnen het team. Het voordeel hiervan is dat de patiënt altijd met dezelfde hulpverleners te maken heeft, ongeacht de ernst van het psychiatrisch toestandsbeeld. Hulpverleners en patiënten ervaren een dergelijke continuïteit van de behandelrelatie als prettig omdat beide partijen op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van de patiënt. Daarnaast kan er op die manier een vertrouwensband ontstaan.

¹ VAN VELDHUIZEN R., BÄHLER M., POLHUIS D., Handboek FACT, uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht, 2009

Het FACT-bord heeft een centrale rol in zorg volgens FACT. Het is een Excel-werkblad, dat met een digitale projector op de muur geprojecteerd wordt. Achter de naam van iedere cliënt staat de informatie over zijn of haar situatie: geboortedatum, de psychiatrische problematiek en/of verslaving, de datum waarop de cliënt op het FACT-bord geplaatst is en de reden hiervoor, de al ondernomen acties en wie de contactpersoon van de cliënt is vanuit zijn of haar sociale netwerk. In bijlage 2 vindt U een fictief voorbeeld van een cliënt met als werkinstrument het FACT-bord.

2.3.2 ROPI (Recovery Oriented Practices Index)¹

2.3.2.1 Omschrijving

Recovery Oriented Practices Index is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health in 2006. Door de komst van artikel 107, het hervormingsprogramma van de geestelijke gezondheidszorg waarin vermaatschappelijking van de zorg centraal staat, is ROPI ontstaan. Er was namelijk nood aan een instrument die de indicatie van de mate van herstelondersteunende zorg kon meten.

ROPI meet op teamniveau, er wordt zowel gemeten door middel van bevraging van het personeel als patiënten/cliënten/bewoners en inzage in belangrijke documenten. Het moet beschouwd worden als een hulpmiddel om de kwaliteit van de herstelvisie te meten. ROPI meet het proces(verloop), niet het resultaat en biedt handvatten voor implementatie van herstel ondersteunende zorg. Er zijn 3 varianten van ROPI, er is de index voor verblijfsafdelingen, beschut wonen en voor ambulante behandelteams. ROPI geeft inzicht in de huidige situatie met zowel goede punten als verbetermogelijkheden. Op deze manier worden er zowel handvatten voor prioriteiten aangereikt als inspiratie voor oplossingen, zo wordt er richting gegeven aan het groeitraject van een team. Opvolging van dit proces is vereist. Dit gebeurt door een vergelijking van de nulmeting met de vervolgmeting. De aansturing gebeurt dan bij het team zelf.

Om een ROPI succesvol te maken is het belangrijk om een gelijke visie op 3 verschillende niveaus te hebben. Zowel de organisatie, het team als elk afzonderlijk teamlid moet zich kunnen vinden in de herstelvisie.

Ook moet de cliënt betrokken worden bij de afname van de ROPI, indien dit niet zou gebeuren is er weinig tot geen sprake van herstelgericht handelen.

2.3.2.2 ROPI programma

ROPI is een instrument dat afgenomen wordt op verschillende terreinen van een organisatie. Men is er van overtuigd dat voor een succesvol herstelprogramma, de samenwerking van zowel de organisatie, team als de cliënt vereist is.

Er is dus niet alleen een ROPI interview voor de medewerkers waarin deze 8 dimensies gescoord en besproken worden, er is ook een ROPI voor het cliëntpanel. Naast de 8 dimensies die hier opnieuw gescoord worden kan er ook plaats zijn voor een groeps- of panelgesprek waarin persoonlijke ervaringen verteld worden. Belangrijk is om na de afname hiervan aanknopingspunten te hebben voor verbeteracties.

Hiernaast is de inzage van documenten zoals behandel-, begeleidingsplannen en beschikbare folders een troef om elke dimensie zo juist mogelijk te beoordelen. Zo bevatten deze plannen doelen met betrekking tot bijvoorbeeld sociale contacten en maatschappelijke re-integratie. Belangrijk om hierbij te kijken als deze doelen gebaseerd zijn op de mogelijkheden van de cliënt en op de mate waarin deze gerelateerd zijn aan rollen in het leven.

¹ FARKAS M, Is it old wine in new bottles, GGZ, 2012

2.3.2.3 Scoren en bespreken van ROPI:

Er wordt gewerkt met een scoreblad (zie bijlage 3) om elk aspect afzonderlijk en correct te kunnen beoordelen. Dit scoreblad bevat 8 dimensies van herstel ondersteunende zorg:

- Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes;
- breed aanbod van diensten;
- sociale contacten en participatie;
- medezeggenschap en participatiemogelijkheden;
- zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt;
- cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden;
- zelfbepaling van de cliënt ;
- focus op herstel en ervaringsdeskundigheid.

Deze dimensies zijn elk nog gespecificeerd in onderliggende items.

Op basis van de informatie verkregen uit de interviews met medewerkers, het cliëntpanel en de inzage van de documenten wordt er voor alle items een score bepaald. ROPI werkt met een puntenverdeling van 1 t.e.m. 5 , waarbij 1 het minst goede resultaat is, wat inhoudt dat de praktijk niet overeen komt met de omschrijving van het item en 5 de beste beoordeling is, wat dan weer wil zeggen dat de praktijk geheel in overeenstemming is met de omschrijving van het item. Op het scoreblad vind je de scores van 2 metingen terug, namelijk die van de nulmeting en van de vervolgmeting, dit om zicht te krijgen op een eventuele vooruitgang/ evolutie. Daarnaast vind je er ook een streefscore op terug, dit is de score die de organisatie na de nulmeting als doel voor ogen neemt om te bereiken bij de volgende afname.

Niet alleen de scores zijn belangrijk ook een goede terugkoppeling is voornaam.

De rapportage wordt door de interviewers teruggekoppeld aan het team en cliënten. Waarbij gekeken wordt naar de punten die voor het team al herstel ondersteunend werken en dus behouden moeten worden maar ook naar punten waar verbeteracties mogelijk zijn. Betrokkenheid van het team is hierbij noodzakelijk.

2.3.2.4 Van ROPI naar SRH¹

Een ROPI afname zorgt voor de formulering van een aantal mogelijke verbeterpunten SRH² kan een middel zijn om deze aan te pakken. SRH: systematisch, rehabilitatiegericht, handelen:

Systematisch

- Systematiek uit zich op alle gebieden;
- gebruik van duidelijk persoonlijk profiel en plan;
- regelmatige groepscoaching;
- uitgebreid pakket hulpmiddelen om op te schalen indien nodig.

Rehabilitatiegericht

3 principes waarop SRH gebaseerd is

- Herstelgericht;
- presentiegericht;
- krachtgericht.

¹ DUTHOO K., Powerpoint Ropi, 2013
(<http://www.pzolvl.be/upload/ws%206%20-%20Roggeman%20&%20Duthoo%281%29.pdf>)

² Zie lijst afkortingen

Handelen

Praktische methodiek om samen met de cliënt op weg te gaan

- Plan zet ook hulpverlener aan om “ te doen”
- Coach en andere vervolgoopleidingen mogelijk

De SHR maakt gebruik van basisprincipes als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht werken.

De aanpak bestaat uit de volgende zes stappen :

- Opbouwen en onderhouden van een 'werkzame' relatie;
- verzamelen van informatie en met de cliënt een Persoonlijk Profiel maken;
- de cliënt helpen wensen te formuleren, keuzes te maken en doelen te stellen;
- de cliënt helpen een Persoonlijk Plan te maken (inclusief Ondersteuningsplan);
- het plan helpen uitvoeren;
- het proces volgen; leren, evalueren en bijstellen.

De duur van de interventie en de frequentie en intensiteit van de contacten verschillen per persoon en per setting. Hoewel er een zekere volgorde zit in deze activiteiten, zijn het niet allemaal afgebakende stappen. Zo gaat het opbouwen en borgen van een werkzame relatie door gedurende het gehele proces. De professional stemt zijn handelen voortdurend af op wat de cliënt en de situatie vragen, maar hij blijft tegelijkertijd toekomst- en ontwikkelingsgericht werken.

2.3.3 De gespreksdriehoek

2.3.3.1 Omschrijving

De gespreksdriehoek (zie bijlage 4) of dialoog is een gesprek waarbij we cliënten, naasten en professionals samen rond de tafel brengen. Door tijd en ruimte te maken voor de beleving van wat de andere partij als cruciaal ervaart, weet één ieder zich gehoord. Zo wordt het makkelijker om samen een concrete volgende stap te zetten waarin iedereen zich kan vinden.

2.3.3.2 Doel van een gespreksmenu

Dit menu is een werkinstrument om het gesprek tussen cliënt, de familie/naaste en de hulpverlener te ondersteunen. Het menu kan op 2 manieren gebruikt worden zowel bij de voorbereiding en als leidraad tijdens het gesprek. Het is zeker raadzaam om elke deelnemende partner van het gesprek vooraf een exemplaar te bezorgen van het menu en de bedoeling ervan toe te lichten. Soms is het mogelijk om via deze weg dingen te bespreken die anders delicaat zouden zijn, of vergeten zouden worden.

In bijlage 4 vindt U een voorbeeld van een gespreksmenu terug.

2.3.3.3 Voorwaarden voor succes¹

In een dialoog gaan de ruimtes van de cliënt, de familie en de zorgprofessionelen met elkaar in interactie. Er is een klimaat van cultuur nodig waarin alle families betrokken worden bij de zorg. We stellen wel voorop dat de cliënt de ziekte wil erkennen, dat de professionals openstaan voor gesprek en aan de andere kant de familie die de ziekte ervaren als een bron van (dagelijks) lijden.

¹ Koningin Fabiolafonds, GGZ, Seminarie familiebetrokkenheid – steun geven en zoeken, 2013

Voorwaarden voor succes:

- Een dialoog zo snel mogelijk in het zorgtraject instellen;
- ieders eigen rol en positie moeten worden gerespecteerd;
- de gelijkwaardigheid van de partners is een must;
- openheid over wat er wordt beoogd is ook een must.
- Een dialoog mag geen middel worden om vooropgestelde doelen van de verzorgers te bereiken.

De familie wordt een 'deskundige derde', met eigen kennis die de professionelen niet hebben.

2.4 Het herstelplan en crisisplan¹

2.4.1 Het herstelplan

Herstellen betekent in de psychiatrie iets heel anders dan genezen. Herstel gaat over de manier waarop je psychische kwetsbaarheid omgaat, over hoe je die een plek geeft in je leven en over de pogingen een bevredigend en zinvol leven op te bouwen. Herstel gaat om een uniek persoonlijk proces, het gaat om wie je feitelijk bent en herstel van je maatschappelijke/sociale rol. Je hebt hierbij zelf de regie in handen. Vertrekkend vanuit dit gegeven speelt de cliënt een belangrijke rol in zijn eigen herstel. Daarom komt men tot het opstellen van een herstelplan samen met de cliënt.

Vertrekkend vanuit het gegeven dat de cliënt zelf een belangrijke rol speelt in zijn herstel, wordt in samenspraak met hem een herstelplan (zie bijlage 5) opgesteld. In het herstelplan wordt er samen met de cliënt gewerkt naar herstel toe. Deze werkwijze verschilt van vroeger toen de hulpverlener het herstelplan alleen of met het team opstelde.

Het herstelplan wordt jaarlijks opgesteld en geëvalueerd.

Verschillende gegevens zijn opgenomen in het herstelplan. In het eerste deel leest men over de algemene gegevens van de cliënt, contactgegevens en gegevens van de betrokken steunfiguren.

Vervolgens wordt de diagnose, die vastgesteld is door de psychiater, omschreven. Hier is ook plaats voor een beschrijving van de cliënt hoe hij zijn ziektebeeld inschat.

In het volgende onderdeel komen verschillende elementen aanbod. Eerst volgt er een korte omschrijving van het levensverhaal van de cliënt, belangrijke levensgebeurtenissen. Daarna leest men over de financiële en juridische toestand van de cliënt. Even belangrijk is kort te schetsen hoe zijn huidige huisvestingssituatie en werksituatie er uitziet. De relatie zijn met zijn familie en eventuele sociale contacten worden aangehaald. Een omschrijving van zijn dagactiviteiten geven een beeld over zijn tijdbesteding. Niet onbelangrijk is zijn relatie met de begeleider en andere professionelen. Ook wordt aandacht gegeven aan zijn medicatieschema.

Daarna wordt de zorgvraag geformuleerd zoals de cliënt hem beschrijft.

¹ IBW, De Linde

In het laatste gedeelte worden per levensdomein de doelstellingen geformuleerd. Men noteert een bepaalde tijdsperiode die realistisch is om het doel te bereiken. Ook moeten deze doelstellingen specifiek, acceptabel en meetbaar zijn. Niet onbelangrijk is de omschrijving van het middel om het doel te bereiken.

2.4.2 Crisisplan

Elke cliënt heeft niet alleen een herstelplan maar ook een crisisplan (zie bijlage 6). Net als het herstelplan wordt dit plan ook opgesteld in samenspraak met de cliënt. Men probeert een omschrijving te geven van tekens die een crisissituatie aangeven.

Men gaat dit om schrijven in drie verschillende fases. De eerste groene fase geeft aan dat het goed gaat met de cliënt. De gele fase geeft aan dat er voortekens aanwezig zijn van een crisis en dat grotere waakzaamheid nodig is. Als laatste volgt de rode fase. In deze fase is er duidelijk sprake van een crisis en is hulp nodig.

In het crisisplan worden de symptomen van de verschillende fases duidelijk omschreven. Daarnaast vindt men er ook een opsomming in van acties die ondernomen moeten worden door de cliënt wanneer hij voelt dat het niet gaat of zich in een fase van crisis bevindt. Deze acties kunnen verschillende activiteiten inhouden, zoals : lezen, muziek luisteren of gaan wandelen. Ook is er plaats voor een lijst van medicamenten die door de cliënten worden ingenomen of kan innemen indien noodzakelijk.

3 DEEL 3 PRAKTIJK

3.1 Inleiding

De herstelvisie heeft de laatste jaren heel wat populariteit gewonnen in de hulpverleningssector. Het woord geven aan de cliënt en werken met hun eigen krachten/sterktes zijn nog maar enkele aspecten die veel hulpverleners in de praktijk proberen toe te passen. Voor veel hulpverleners is het zelf nog zoeken om hun weg te vinden in de herstelvisie en om er vertrouwd mee te geraken.

Om dit proces vlotter te laten verlopen leek het mij zinvol om het woord te geven aan de cliënten. Laten we eens kijken in hoeverre zij al op de hoogte zijn van de inhoud van deze visie, zijn ze het hier mee (on)eens en is het iets wat hun bezighoudt? Zowel mijn stageplaats als ik vonden dit zinvolle vragen om mee aan de slag te gaan en zo verder te kunnen werken aan een hulpverlening waarbij zorg op maat voorop staat en waarbij er gewerkt wordt vanuit de vraag van de cliënt. Met de gegevens die ik kan verzamelen zullen we achteraf kunnen concluderen of het nodig is om de bewoners "bij te scholen" over herstelondersteuning. Het lijkt mij logisch dat ze pas het belang ervan kunnen beseffen indien ze er ook degelijk van op de hoogte zijn. Een ander belangrijk aspect van werken rond herstel is inspraak, hier heb ik dan ook enkele vragen op gebaseerd. Hoe belangrijk is het voor hen om inspraak te hebben en wat zijn hun ondervindingen hieromtrent. De antwoorden hierop zullen ons hopelijk verder kunnen helpen om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan elkaars wensen en noden.

Ik heb geprobeerd om een onderzoek op te stellen dat ethisch verantwoord is, zo zal ik om de privacy van de bewoners van IBW De Linde te kunnen garanderen geen reële namen gebruiken. Mijn interview is zo opgesteld dat er gewerkt kan worden met de resultaten om de hulpverlening doeltreffender te maken zowel voor begeleider als cliënt. Geen van beide partijen zal geschaad worden, we proberen namelijk om de handen in elkaar te slaan voor een betere samenwerking en een begeleiding die rekening houdt met de vraag van de cliënt.

3.2 Het onderzoek

3.2.1 Vraagstelling

Hoeverre zijn bewoners mee in de herstelvisie en in welke mate houdt dit hun bezig? Vanuit deze onderzoeksvraag is mijn onderzoek gestart. Ik ga dit onderzoeken door middel van een interview op te stellen en dit bij een aantal bewoners van IBW De Linde af te nemen. Hierdoor werk ik met een kwalitatief onderzoek waarbij ik als onderzoeker mezelf open stel om iets bij te leren. Mijn onderzoeksvraag is een open vraag waarbij ik verschillende antwoorden ga krijgen, in mijn interview maak ik gebruik van zowel open als gesloten vragen.

3.2.2 Meetinstrumenten

Om de vooruitgang te meten zijn er al verschillende meetinstrumenten beschikbaar. Op organisatieniveau is er bijvoorbeeld ROPI, dat ik al eerder uitvoerig heb besproken. Op cliëntniveau is er bijvoorbeeld *HONOS* (zie bijlage 7) en *MANSAS* (zie bijlage 8). Deze twee instrumenten worden op De Linde ook gebruikt. *MANSAS* staat voor Manchester Short Assessment of Quality of life en meet de kwaliteit van leven aan de hand van de

tevredenheid op een aantal levensgebieden. *HONOS*¹ staat voor De Health of the Nation Outcome Scales en meet de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van mensen met een psychiatrische problematiek.

Op de vraag in hoeverre bewoners mee zijn in deze visie of wat hun hierin vooral bezig houdt heb ik nog geen eerder onderzoek teruggevonden. Daarom dat ik ook zelf een interview heb opgesteld om hier antwoorden op te vinden.

3.3 DE VOORBEREIDING

Mijn onderzoek kan pas geslaagd zijn, als mijn stageplaats achteraf met de resultaten effectief aan de slag kan.

Bij de start heb ik samengezeten met twee medewerkers van IBW De Linde. We hebben overlegd over hun ervaringen en ideeën rond herstel bij de cliënten. Zo zijn we gekomen tot het opstellen van mijn onderzoeksvraag. Dit gesprek maakte het mij achteraf gemakkelijker om de vragen voor mijn onderzoek op te stellen. Daarna ging ik op zoek naar cliënten die wilden meewerken. Dit verliep minder vlot. Ik merkte dat de mensen in het begin eerder aarzelend reageerden op mijn vraag. Dit komt omdat veel bewoners het nog steeds moeilijk vinden om open en zonder schaamte te praten over hun belemmeringen en alles wat er bij komt kijken waardoor ze telkens weer over hun eigen functioneren moeten nadenken. Om mijn zoektocht vlotter te laten verlopen, heb ik hulp gevraagd aan mijn collega's van beschut wonen. Zij hebben mijn vraag besproken op de verschillende bewonersvergaderingen. In totaal heb ik zo'n 11 bewoners kunnen interviewen. Doordat veel van mijn vragen, open vragen zijn had ik aan dit aantal genoeg om representatieve conclusies te trekken. Ook wil ik even aanhalen dat mijn onderzoek specifiek was voor zorginstelling De Linde zodat mijn aantal wel representatief genoemd mag worden. Ik heb 5 mannen kunnen interviewen en 6 vrouwen. De steekproef uit mijn populatie was een goede mix van verschillende diagnoses en verschillende leeftijden. Dit waren uiteraard belangrijke elementen om rekening mee te houden om geen vertekend beeld krijgen van de herstelvisie voor een specifieke doelgroep.

Het afnemen van de interviews verliep wisselend afhankelijk van de cliënt. Elke bewoner is anders en heeft een verschillend niveau van functioneren. Mijn beslissing om de vragen samen met de bewoner in te vullen was doeltreffend. Voor sommige zou het moeilijk zijn om zelf het antwoord te formuleren en neer te schrijven. Op deze manier kon ik ook de vraagstelling aanpassen aan elke specifieke bewoner. Soms was het nodig vragen anders te formuleren of voorbeelden te geven, om tot een antwoord te komen. Door zelf de vragen te stellen kan je ook de non-verbale signalen opvangen die anders verloren gaan. Deze manier van onderzoek neemt natuurlijk wel meer tijd in beslag. Maar dit was bij deze onderzoeksgroep zeker nodig.

3.4 DE ENQUÊTE

De enquête bestond uit een 20-tal vragen, een combinatie van open en gesloten vragen. Een interview afnemen duurde ongeveer 30 minuten, afhankelijk van de cliënt. In het persoonlijk gesprek was ik in de mogelijkheid om bijvragen te stellen of meer duidelijkheid.

(Zie bijlage 9)

¹ Zie lijst afkortingen – HONOS / MANSA

3.4.1 Bespreking van de vragen

Hieronder volgt een bespreking van het resultaat van mijn enquête. Aan de hand van teksten, grafieken probeer ik een doorlopend en overzichtelijk geheel te brengen. Ten slotte stel ik aan de hand van mijn conclusies een aantal aanbevelingen/tips op waar in de toekomst mogelijks rekening mee gehouden kan worden.

1. *Heb je binnen beschut wonen als eens gehoord van het woord herstel? Wat houdt herstel volgens jou in?*

Deze openingsvraag is meteen ook een sleutelvraag doorheen mijn enquête. Ik heb er bewust voor gekozen om met deze vraag te starten om zo in te spelen op hun respons. Ook indien ze binnen beschut wonen nog nooit van het woord herstel hadden gehoord, vroeg ik wat herstel voor hen betekende. Op voorhand had ik beslist om na hun visie te beluisteren ook "onze" visie te verkondigen. Ik probeerde op maat van de bewoner in een notendop uit te leggen wat de herstelvisie grotendeels inhoudt. Ik vertelde dat herstel enerzijds wil zeggen dat je leert omgaan met je ziektebeeld en de beperkingen die hier bij komen kijken. Maar hier tegenover staat dat je je leven niet meer laat leiden door je diagnose, je vindt een manier om er mee te leven. Je neemt het roer in eigen handen. Anderzijds is herstel een individueel proces dat gekenmerkt wordt door persoonlijke overwinningen. Deze overwinningen kunnen heel verschillend zijn. Een voorbeeld dat ik erbij illustreerde was dat het winnen van sociale contacten of het hernemen van huishoudelijke taken belangrijke stappen kunnen zijn in een persoonlijk groeiproces. Ik probeerde hun een duidelijk beeld te geven van "Het roer in eigen handen nemen". In totaal waren er 5 bewoners die binnen beschut wonen al eens gehoord hadden van het woord herstel, 4 bewoners nog nooit en de overige 2 hadden er al eens vaag van gehoord. Dit was toch wel een verassend antwoord voor mij. Ik merk doorheen mijn stage dat de werknemers van IBW De Linde de herstelvisie als een belangrijke visie zien en hier ook zoveel mogelijk mee bezig te zijn. Ik neem in mijn achterhoofd mee dat de bewoners er waarschijnlijk wel al eens van hoorden maar dat andere factoren hun antwoord bepaalden. Toch kan ik hieruit afleiden dat meer educatie hierover niet overbodig zou zijn. Indien de bewoners op de hoogte zijn van de herstelvisie kunnen hun ogen geopend worden en kan er gewerkt worden volgens hun persoonlijke mogelijkheden.

Op de vraag wat herstel voor hun betekent kwamen vaak dezelfde elementen terug. Ik schrok ervan hoe vaak herstel gelijk gesteld werd met genezing. Dit betekent voor hen weer terug zoals vroeger worden, zelfstandig gaan wonen, een job in de reguliere arbeidssector uitoefenen, volledig deel uitmaken van de maatschappij. Slechts 1 bewoner omschreef herstel als een groeiproces dat kleine stappen inhoudt om zo te komen tot een beter en gelukkiger leven in de maatschappij. Nog enkele anderen stelden herstel gelijk aan het innemen van hun medicatie en contact houden met hun psychiater. Ik kan hieruit afleiden dat herstel vaak gezien wordt zoals het in de medische wereld omschreven wordt. Terug volledig hersteld zijn, verlost zijn van je kwalen/ beperkingen. Ik hoop dat mijn uitleg over de betekenis van herstel bij zoveel mogelijk mensen is blijven hangen en dat ze inzien dat herstel niet altijd gezien moet worden als een afgerond proces maar net een groeiproces. Een proces waarin de cliënt centraal staat door op zijn eigen krachten stap voor stap zijn zelfstandigheid terug te winnen.

2. Ben je hier zelf mee bezig? En waarom ?

Voor mijn onderzoek was het niet alleen belangrijk om te weten welke kennis de bewoners al hadden over dit onderwerp, ik was ook nieuwsgierig in hoeverre dit hun dagelijks leven bepaalt. Zijn ze bewust bezig met hun persoonlijk herstel of welke redenen zijn er om dit minder belangrijk te achten? Dit was aanvankelijk een gesloten vraag waar ze konden antwoorden met neen, soms of veel. In de praktijk werd het verlengd met een open vraag, ik wou weten waarom zie hier dan wel of niet mee bezig waren/zijn.



Een aantal bewoners is hier dus bewust veel mee bezig terwijl anderen hier minder of zelfs niet mee bezig zijn. Het is moeilijk om exact te achterhalen welke bewegingen hierachter zitten, door erachter te vragen ben ik toch een beetje wijzer geworden over de redenen die er bestaan. Ik kan enkele linken leggen met de verschillende antwoorden. De 5 bewoners die er veel mee bezig zijn, zijn ook de bewoners die nog verschillende doelen voor ogen hebben. Ik denk dat dit een belangrijke motivatie is om aan herstel te kunnen werken en om er mee bezig te zijn. Ook speelt leeftijd volgens mij een rol. De 5 bewoners die er veel mee bezig zijn zitten in mijn steekproef bij de lagere leeftijdscategorie in vergelijking met diegene die er minder of niet mee bezig zijn.

Ik heb een zeer opvallend en gemeenschappelijk element in deze vraag van mijn enquête kunnen vaststellen. Namelijk bij de resterende 6 bewoners die er minder of niet mee bezig zijn is de kern van hun antwoord in overeenstemming met dat van de rest. Ze willen niet naar de toekomst kijken maar ze willen alles dag per dag bezien. Ze geven aan geen toekomstplannen te willen maken omdat ze vaak door hun diagnose zo wisselend van stemming of gedrag kunnen zijn dat dit zeer moeilijk wordt. Ik hoorde vaak dat het eng is om naar de toekomst te kijken en dat ze ook wel tevreden zijn met hoe het nu loopt.

3. Denk je soms na over je toekomst, waar je binnen x-aantal jaren wilt staan?

Ik kan concluderen dat deze vraag sterk samenhangt met de vorige vraag. Bewoners die net aangaven dat ze veel met hun herstel bezig zijn, denken ook meer na over hun toekomst en hebben duidelijke (niet altijd realistische) doelen voor ogen. Andersom kan ik ook vaststellen dat bewoners die net aangaven weinig of niet met hun herstel bezig te zijn in overeenstemming komt met de bewoners die nu aangeven weinig over hun toekomst na te denken. Ook de leeftijd speelt hier weer parten. De bewoners met een hogere leeftijd zijn blijkbaar minder toekomstgericht dan de jongere onder deze steekproef. De doelen die hier genoemd werden zijn vooral gericht op zelfstandigheid. Bijvoorbeeld zelfstandig gaan wonen, een job op de reguliere arbeidsmarkt vinden, Ik merk hier dat mensen vaak de kleine stapjes/overwinningen vergeten zoals bijvoorbeeld: ik wil binnen x-aantal jaren mijn huishouden weer zelf kunnen runnen.

4. Wordt er soms tijdens huisbezoeken over jouw herstel of persoonlijke doelen gepraat, zou dit meer aan bod mogen komen?



Zoals u kan zien heb ik hier een verdeeld antwoord op gekregen. Er zijn 5 bewoners die beweren dat er weinig of niet over hun herstel gepraat wordt tijdens een huisbezoek en 6 bewoners beweren het tegendeel. Deze 5 bewoners gaven als reden aan meer over hun dagelijks leven met hun begeleider te praten dan over hun toekomstperspectief. Ik denk dat het antwoord van deze 5 bewoners aan de basis ligt van hun kennis over herstel. Herstel zit namelijk ook in het dagelijks leven. Als iemand zijn studio heeft opgeruimd en een begeleider is dit aan het complimenteren is dit namelijk herstel, want dit lukte blijkbaar vroeger niet. Over herstel praten is niet (perse) hetzelfde als grote toekomstplannen bespreken maar kan elke overwinning zijn, hoe klein deze ook mag lijken. Ik kon deze vaststelling maken doordat zij mij zelf voorbeelden gaven waar ik duidelijk uit kan afleiden dat persoonlijke doelen een belangrijk gespreksonderwerp zijn binnen een huisbezoek. Ik heb een verschillend aantal keren gehoord dat het fijner is om kleine stapjes te bespreken dan naar iemand zijn toekomstplannen te vragen. De 11 bewoners zijn unaniem dat herstel zoals ik het beschrijf als iets overwinnen stap per stap meer aan bod mag komen tijdens een gesprek in tegenstelling tot de grotere toekomst ideeën/plannen.

5. Wat zou voor jou herstel betekenen, waaraan zou jij merken dat het goed met je gaat? Probeer jij hier zelf aan te werken? En hoe doe je dat?

Deze vraag is vergelijkbaar met mijn openingsvraag, namelijk wat herstel voor hun inhoudt. Maar hier zat een opzet achter, doordat ik het deze keer anders/ makkelijker had geformuleerd, hoorde ik nu wel antwoorden die passen in het kader van de herstelvisie. Door hier nog eens op terug te komen, hebben ze zelf de theorie kunnen linken met eigen praktijkvoorbeelden en hoop ik dat er iets van mijn uitleg zal blijven hangen. Naar mijn mening kon iedereen relevante zaken aanhalen. Enkele voorbeelden: als ik terug goed kan slapen, als ik mij fit voel, als ik durf buitenkomen, als ik mij gemotiveerd voel...

Slechts 1 bewoner gaf aan hier niet zelf aan te werken, bij hem zou alles vanzelf zijn gegaan of aangeboden/aangereikt door anderen zijn. De manieren waarop iemand aan zijn of haar herstel werkt, verschilt natuurlijk wel van persoon tot persoon. Wat vaak terug komt is het belang van muziek of van sport in hun leven. Ik heb geleerd dat een goede ontspanning bijdraagt tot herstel. Dit hangt ook samen met het hebben van een daginvulling, verschillende bewoners gaven aan niet graag vrije tijd over te hebben, ze willen bezig blijven en iets om handen hebben. Een andere voorbeeld dat ze me gaven is alles bespreekbaar maken met hun begeleider. Het bespreken van een obstakel of belemmering met hun begeleider zorgt volgens hen voor vooruitgang.

6. Heb je het gevoel dat we genoeg rekening houden met jouw wensen en gedachten? En heb je momenteel nog doelen voor ogen die je nog niet met ons besproken hebt?

Omdat inspraak een sleutelwoord is in de herstelvisie, werd deze vraag geformuleerd. Zoals ze zeggen in de herstelvisie moet de cliënt het roer van zijn leven terug in eigen handen nemen, daarvoor heb je wel inspraak nodig. Zo niet worden alle beslissingen uit handen gegeven en is er geen sprake van samenwerking tussen cliënt en begeleider. Deze samenwerking is net belangrijk, cliënten zien op die manier dat ze zelf een grote bijdrage leveren in hun herstel en dat ze zelf zo veel meer kunnen. Voor hun zelfvertrouwen is dit een grote boost wat dan weer bijdraagt in hun groeiproces.

Ik heb kunnen vaststellen dat 8 bewoners steeds tevreden zijn over hun inspraak die ze bij De Linde hebben, de andere drie waren in het algemeen ook tevreden maar hadden toch enkele bemerkingen hierbij. Deze drie bewoners konden hun mening illustreren met voorbeelden. Ze gaven telkens specifieke voorbeelden zoals: ik zou graag mijn studio in een andere kleur verven of ik zou graag meer inspraak hebben i.v.m.¹ mijn geldbesteding of dag invulling. Naast deze specifieke voorbeelden waren ze wel tevreden over hun inspraak. Ik denk dat ik hieruit mag afleiden dat op vlak van inspraak De Linde al zeer goed bezig is. De nieuwe aanpak met het opstellen van een herstelplan werkt hier zeer positief.

Slechts 1 iemand van de ondervraagde gaf aan doelen te hebben die nog niet besproken zijn met zijn/haar begeleider. De reden van hiervan was angst om teleurgesteld te worden, om terug met beiden voeten op de grond te komen. Ik moet toegeven dat de

¹ Zie lijst afkortingen

kans groot is dat deze doelen onbereikbaar zijn. Het gaat hier om iemand die volgens mij en de begeleiding niet in staat is om ooit terug zelfstandig te gaan wonen, laat staan om in de reguliere arbeidssector een job te vinden. Dit zijn wel haar dromen. Dromen kan je natuurlijk alleen maar aanmoedigen maar belangrijk is wel om realistisch te blijven, anders stuit je nadien alleen maar op teleurstelling die nefast is voor het zelfvertrouwen.

7. Heb je het gevoel dat de begeleiding je tot nu toe gestimuleerd heeft om je persoonlijk herstel verhaal te maken?

Het antwoord op deze vraag was unaniem positief. Elke bewoner voelt zich voldoende gestimuleerd in zijn persoonlijk herstelverhaal.

8. Hoe denk je in de toekomst nog meer aan je herstel te kunnen werken?

Binnen de herstelvisie is het belangrijk om niet alleen maar pas klare antwoorden voor te schotelen aan je cliënt. Hem aanmoedigen om zelf ideeën/ oplossingen te bedenken is dan weer wel verantwoord. Dit valt onder het begrip: werken op eigen krachten. Ik ben ervan overtuigd dat wanneer je cliënt zelf met een oplossing komt dit voor hem veel doeltreffender zal zijn, het is namelijk zijn idee, zonder inbreng van iemand anders waar hij 100% achter staat.

Deze vraag is hier ook op gebaseerd, ik wou weten of de bewoners acties of werkpunten konden benoemen waarmee ze zelf aan de slag kunnen. In totaal waren er 7 bewoners die mij enkele relevante acties konden benoemen. Deze acties zijn heel uiteenlopend bijvoorbeeld: aan mijn sociale contacten werken, afspraken nakomen, geen verantwoordelijkheden doorschuiven die ik zelf aankan... . De andere 4 bewoners vonden het moeilijk hierop te antwoorden. Dit resultaat was teleurstellend, daar ik toch had verwacht dat elke cliënt minstens één acties zou benoemen.

Ik hoop dat het stellen van deze vraag hen tot nadenken heeft gezet. In de toekomst lijkt het mij belangrijk om hier bij de cliënten nog meer op in te spelen. Vragen zoals: "Hoe zou je dit in de toekomst kunnen vermijden?" "Wat zou je kunnen doen om je morgen beter te voelen?" zijn maar enkele voorbeelden om samen te werken met je cliënt en niet enkel op jouw sterktes al hulpverlener.

9. Vind je dat je hier bij beschut wonen voldoende inspraak hebt bijvoorbeeld op vlak van wonen, dagbesteding, sociale contacten...? En is dit belangrijk voor jou?

Uit mijn resultaten kan ik afleiden dat bewoners over het algemeen een goed gevoel hebben over hun inspraak binnen IBW De Linde. Ze vinden het fijn dat afspraken voor wekelijkse huisbezoeken samen vastgelegd worden. Ze geven aan dat hun stem gehoord wordt binnen De Linde en dat ze dit toch heel belangrijk vinden. Ik vond het goed om te horen dat ze hier belang aan hechten, dit wil zeggen dat ze de regie van hun leven zelf willen vasthouden.

Toch hadden enkele bewoners bemerkingen. Zo hadden 2 bewoners graag wat meer inspraak gehad op vlak van hun dag invulling. Mevrouw x beschreef dit als volgt: "Ik doe vrijwilligerswerk maar eigenlijk is dat niet vrijwillig." Iemand anders vond dat hij voor teveel zaken toestemming moet vragen. Als ik hier verder op in ging hoorde ik wel dat Mevrouw

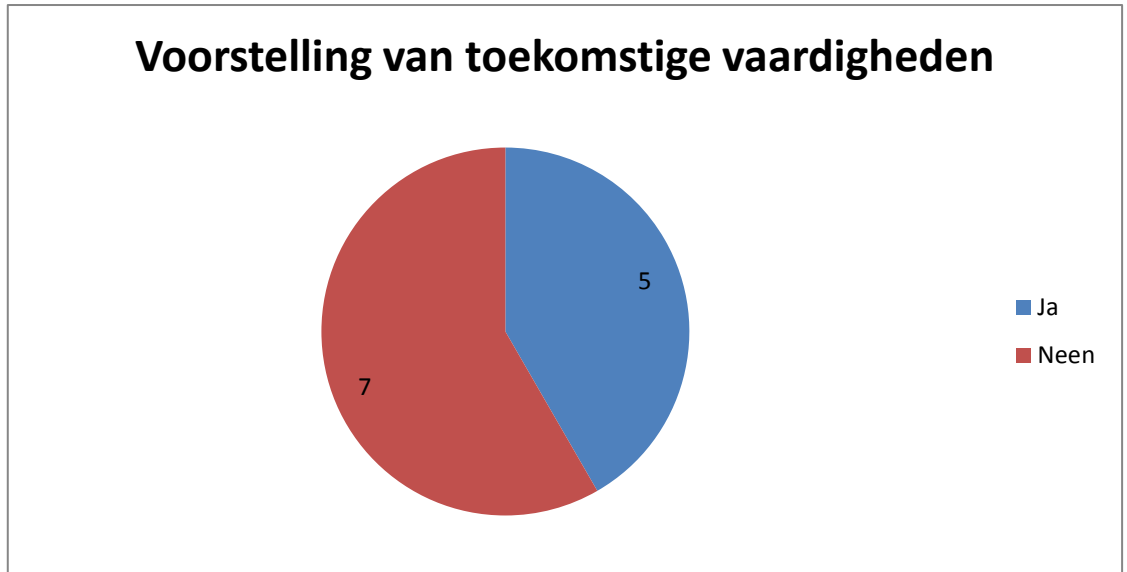
x in samenspraak met De Linde heeft gekozen voor haar vrijwilligerswerk. Bij IBW De Linde is het een voorwaarde om een goede daginvulling te hebben, ze mogen zelf kiezen en indien nodig worden er opties aangeboden.

10. Zijn er dingen die wij voor je doen waarvan je denkt ze zelf te kunnen



Dit vond ik een opmerkelijk resultaat. Er waren 4 bewoners die mij hier een positief antwoord op gaven waarvan er 3 ook effectief vaardigheden konden opnoemen die ze mogelijks zelf zouden kunnen, maar waarbij ze wel nog hulp krijgen. Dit vond ik een redelijk groot aantal. Ik ben bij deze 4 bewoners nagegaan welke vaardigheden dit dan precies zijn: 1 bewoner gaf aan 1 maal per week enkele huishoudelijke samen met zijn begeleider op te nemen, volgens hem zou hij dit ook alleen aankunnen. Twee andere bewoners voelden zich bekwaam om meer verantwoordelijkheid rond hun administratie op zich te nemen. En dan was er nog 1 bewoner die mij geen voorbeeld kon benoemen. Als ik dieper op haar antwoord inging, kreeg ik vreemd genoeg een negatief antwoord.

11. Zijn er vaardigheden die je nu nog niet zelf kunt, maar mogelijks wel in de toekomst?



Zien bewoners hun eigen doorgroeimogelijkheden? Dat was de hamvraag bij het opstellen van deze enquêtevraag. Zo'n 5 bewoners konden mij voorbeelden opnoemen van activiteiten die ze mogelijks in de toekomst zelfstandig kunnen uitoefenen, bijvoorbeeld: zelfstandig koken, boodschappen doen, frequenter alleen buitenkomen, mijn papierwerk...De andere 7 bewoners konden mij geen voorbeelden geven. Dit was voor mij een heel verrassend antwoord. Bij vorige vragen in het interview benoemden ze spontaan wel acties waaraan ze werken. Als ik hun hiermee confronteer, blijkt het dat ze de vraag zo niet hadden begrepen.

12. Zijn er gespreksonderwerpen die meer aan bod mogen komen tijdens de huisbezoeken?

De geïnterviewde bewoners gaven aan heel tevreden te zijn met de inhoud van hun huisbezoeken. Van enkele onder hen heb ik aspecten gehoord die meer aan bod zouden mogen komen, bijvoorbeeld: ik zou graag mijn begeleider meer over zichzelf horen praten, mijn dagbesteding bij Ak'cent mag meer aan bod komen of over mijn familie zou ik graag wat meer vertellen. Indien deze bepaalde bewoners dit zouden aangeven bij hun begeleider ben ik er zeker dat deze er ook voor open staan. Om als begeleider meer over jezelf te praten is natuurlijk een keus die ieder voor zichzelf maakt.

13. Kan je aspecten opnoemen waarvan je kan zeggen: " Deze heb ik al geleerd uit een huisbezoek?"

Elke geïnterviewde bewoner kon mij verschillende aspecten opnoemen die hij of zij al had geleerd uit een gesprek tijdens een huisbezoek. Dit positieve resultaat is natuurlijk te danken aan de begeleiding van De Linde. Uit hun reacties kon ik afleiden dat verschillende bewoners verrast waren over het besef van de dingen die ze al geleerd hebben. Ik hoop dat ze inzien dat iedereen een toekomstperspectief heeft als men er maar aan wil werken.

14. Heb je meer behoeften aan huisbezoeken of is het huidige aantal voldoende?



3.5 Beschouwingen na het onderzoek

3.5.1 Aanbevelingen

Eenzijds was het doel van mijn interview om samen met de bewoners van IBW De Linde na te denken over het begrip herstelvisie. Het is niet alleen belangrijk dat de medewerkers van IBW De Linde op de hoogte zijn van deze visie, het is minstens even belangrijk dat de cliënten hier ook educatie rond krijgen. Ik hoop dat ik de geïnterviewde bewoners even heb doen nadenken over de mogelijkheden van herstel en iets heb kunnen bijbrengen over de inhoud van de herstelvisie. Ik besef dat het niet altijd zo'n makkelijke vragen waren om te beantwoorden, maar door het te herformuleren heb ik niet alleen mezelf uitgedaagd om het te vertalen naar de cliënt maar heb ik hen ook aangespoord om er bij stil te staan. Door het afnemen van deze vragenlijst, kan ik mij beter inleven in de gedachten van deze bewoners. Ik sta nu stil bij vragen waar ik voordien niet aan zou denken, bijvoorbeeld: Waarom hebben zoveel bewoners schrik van de toekomst of toch in ieder geval om eraan te denken...? Wat mij bij zal blijven, is dat velen het moeilijk hadden om hierover te praten of zelfs over na te denken. Het lijkt wel een taboe te zijn voor velen.

Anderzijds wou ik een interview afnemen waarmee mijn stageplaats later ook effectief aan de slag kan. Doorheen mijn stageperiode heb ik kunnen merken dat de medewerkers van IBW De Linde al geruime tijd bewust bezig zijn met de implementatie van deze visie. Het houdt hun niet alleen theoretisch bezig maar ook in de praktijk zie ik doorgevoerde veranderingen in functie van deze visie. Ik denk bijvoorbeeld aan het herstelplan dat nu samen met de cliënt wordt opgemaakt, terwijl dit vroeger individueel door de begeleiding werd gedaan. De vraag die leidde tot mijn onderzoeksvraag is ontstaan bij medewerkers van De Linde. Buiten het feit dat deze visie stilletjes aan een vaste waarde heeft gekregen in hun werking, vroegen ze zich af in hoeverre hun bewoners op de hoogte zijn van de herstelvisie. Dit wou ik onderzoeken, en heb ik gedaan aan de hand van een vragenlijst die ik zelf heb opgesteld. Zoals u kan lezen heb ik elke vraag geanalyseerd, daarnaast heb ik geprobeerd zo waarachtig mogelijk conclusies te trekken uit mijn resultaten. Ik hoop dat mijn stageplaats door deze analyses wijzer is geworden. Om hen mogelijks in de toekomst nog verder op weg te helpen in deze interessante materie heb ik nog enkele tips geformuleerd:

Meer educatie over de herstelvisie, lijkt mij niet overbodig voor deze bewoners. Weinigen onder hen waren correct op de hoogte en zagen herstel zoals het tegenwoordig in de maatschappij wordt gezien, dus enkel door de ogen van de medische wereld in termen van genezen. Dit kan op verschillende momenten gebeuren, bijvoorbeeld op de wekelijkse bewonersvergadering of tijdens een huisbezoek.

Een andere tip die ik graag zou willen geven is om niet vast te raken in een routinewerking met je cliënt. Het is belangrijk om op geregelde tijdstippen de gegeven ondersteuning te evalueren en indien nodig bij te sturen. Bijvoorbeeld: als je een x-aantal jaren steevast bent meegegaan met je cliënt naar de bank om geld af te halen, is het na een periode zinvol om hier bij stil te staan en met je cliënt na te gaan of hier verandering in kan komen. Zo voorkom je dat dit gedrag een gewoonte wordt.

Wat mij opviel tijdens het interview is dat sommigen bewoners niet beseffen of inzien dat er voor hun ook groeipotentie is weggelegd. De meeste van de geïnterviewde bewoners hadden het moeilijk om mij te vertellen waarin ze mogelijks nog in zouden groeien. Toch lijkt mij dit een belangrijk item om te bespreken, "hoop doet leven" zegt men maar ik denk dat dit spreekwoord ook hierbij van toepassing is. Toekomstplannen en dromen kunnen motiverend werken, anderzijds moet je opletten dat ze realistisch blijven om een grote teleurstelling te voorkomen. Het kan zeker waardevol zijn om dit op regelmatige tijdstippen op te nemen in een gesprek.

Doordat herstel voor iedereen zo'n uniek en persoonlijk proces is, is het moeilijk om één algemene conclusie te trekken. Wel kan ik nog eens zeggen hoe positief de bewoners unaniem waren over hun begeleider en over de algemene werking van De Linde. Er waren natuurlijk bij sommigen aspecten enkele bemerkingen maar dat laat zien dat ze me eerlijk durfden antwoorden. Door deze bemerkingen kon ik ook vaak conclusies trekken naar mogelijke oorzaken. Ik hoop dat deze vragenlijst helpt om de herstelvisie eens te zien door de ogen van onze cliënt.

4 Deel 4: Kritische kijk

4.1 Kritische visie op de problematiek en het verrichte onderzoek

4.1.1 Eigen inzichten

De herstelvisie blijft me boeien. Voor aanvang van dit onderzoek had ik beperkte kennis van deze hedendaagse visie. Kernwaarden van deze visie zoals empowerment en emancipatie klonken me wel al bekend in de oren. Tijdens verschillende lessen werd het belang hiervan ons verteld. Als hulpverlener mogen we niet alle verantwoordelijkheid bij onszelf leggen maar moeten we samen met de cliënt werken en dit vooral met zijn eigen krachten gecombineerd met onze expertise als hulpverlener. Hulpverleners worden de laatste tijd overstelpt met ideeën van deze visie, voor hun is dit wel alom bekend. Maar geldt dit ook voor de cliënten? Zijn zij ook even goed op de hoogte en in welke mate zijn ze hier mee bezig?

Zoals ik hierboven aangeef ben ik zelf heel geïnteresseerd in dit onderwerp en ben ik zelf ook voorstander van de herstelvisie. Deze visie is vooral gericht op mensen die ten gevolge van een psychosociale problematiek niet in staat zijn om volledig zelfstandig door het leven te gaan en hierdoor hulp krijgen van een professional met als missie maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid. Maar volgens mij gaat deze visie verder dan deze doelgroep. Iedereen die hulpbehoevend is, kan volgens mij aanspraak maken op de verschillende waarden van deze visie. Een voorbeeld: een bejaarde vrouw kan niet werken met haar nieuwe afstandsbediening en vraagt om hulp. Je kan dit oplossen door dit telkens voor haar te doen maar als je denkt aan de herstelvisie kan je dit haar ook leren door samen met haar te werken met de afstandsbediening. Door deze tweede methode zal ze het waarschijnlijk na een tijd zelf kunnen, terwijl ze dit anders nooit zou leren laat staan zelf kunnen. Samen werken en niet alles uit handen nemen dus, dit alledaags voorbeeld vind je terug in de herstelvisie.

Toen de beslissing viel om voor dit onderwerp te gaan heb ik meteen wat research gedaan. Ik wist dat deze visie aan het toenemen was in populariteit, maar dat deze in het hulpverleningslandschap zo van waarde was geworden, had ik niet gedacht. Tijdens mijn stage heb ik voor de eerste keer in de praktijk kunnen werken met deze visie, bijvoorbeeld door samen met een cliënt zijn herstelplan op te stellen. Ik moet toegeven dat in theorie de herstelvisie als een ideale hulpverlening klinkt. In de praktijk is het vaak nog zoeken naar de gulden middenweg voor zowel hulpverlener als cliënt.

4.2 Kritische kijk op de resultaten.

Het onderwerp van mijn eindwerk is gekozen in samenspraak met mijn stageplaats. Bij de medewerkers is de herstelvisie al gekend, maar hoe ziet de cliënt deze werkwijze. Hiermee ging ik aan de slag. Om dit te testen bij de bewoners, leek het mij zinvol om dit te onderzoeken in een enquête. Dat was de opzet.

We zijn gestart met het opstellen van een enquête. Bij aanvang van het opstellen, had ik gedacht: "Dit moet vlot verlopen." Maar uiteindelijk bleek het niet zo gemakkelijk om de juiste vragen te stellen en de juiste duidelijke bewoording te kiezen voor de cliënten. Achter elke vraag zat ook de doelstelling in mijn hoofd, wat wil ik hiermee bereiken, welke conclusies kunnen afgeleid worden uit de antwoorden.

Als ik achteraf stil sta bij de vragen, moet ik zelf toch enkele tekorten toegeven. Eerst en vooral was het tijdens het afnemen van de interviews snel duidelijk, dat sommige vragen te moeilijk opgesteld waren. De cliënten begrepen soms de opzet van de vraag niet, en dan was het nodig om bijkomende uitleg te geven. Het voordeel was wel dat ik het interview steeds persoonlijk afnam, en zo snel kon inspelen op de inbreng van de cliënten. Een tweede vaststelling achteraf was, dat ik sommige vragen had kunnen bundelen tot één vraag.

De volgende stap in mijn onderzoek was op zoek gaan naar cliënten die willen meewerken. Ik heb eerst de tijd moeten nemen om de bewoners te leren kennen. Maar het was ook belangrijk dat ze mij leerden kennen, ergens ook vertrouwen in mij kregen. Deze vertrouwensband was heel belangrijk, wat betreft de geloofwaardigheid van de antwoorden. De medewerkers aan de enquête moesten het gevoel hebben om te durven praten, niet beschaamd te zijn, en weten dat ze geen foute antwoorden konden geven. Ik heb veel tijd gestoken in het zoeken van mensen, raad en hulp gevraagd aan mijn collega's. Het was een zoektocht naar bewoners die openstonden om mee te werken. Bij sommige mensen heb ik overredingskracht moeten gebruiken om hun medewerking te krijgen. Ik had het gevoel dat ze zich ergens schaamden voor hun problemen en moeite hadden om hierover te praten. Dan hoorde ik ze denken, we praten al met zoveel mensen, moet dit ook nog met jou.

Ergens ben ik wel teleurgesteld dat ik geen groter aantal cliënten heb kunnen bereiken om mee te werken aan mijn vragenlijst. Redenen hiervoor vind ik in de moeilijke zoektocht naar deelnemers maar ook de tijd speelde in mijn nadeel. Ik had tijd nodig om een vertrouwensband op te bouwen, elk interview nam ook geruime tijd in beslag.

Het afnemen van de interviews verliep uiteindelijk vrij vlot. Na enkele vragen gesteld te hebben, voelde ik dat de mensen zich meer op hun gemak voelden, en veel spontaner waren in hun antwoord.

Tijdens het analyseren van mijn antwoorden moest ik rekening houden met verschillende elementen, die volgens mij een invloed hebben op de resultaten. Ik moet in mijn achterhoofd houden dat ik werk met mensen met een ernstige psychosociale problematiek. Door hun ziekte/diagnose is hun beeld van de werkelijkheid soms niet in overeenstemming met de realiteit. Sommigen onder hun hebben last van chronische wanen of belevingen. Ze antwoorden vanuit eigen beleving en dit is niet steeds in overeenstemming met de realiteit.

Daarnaast had ik in mijn enquête ook enkele vragen die te maken hadden met hun tevredenheid over de samenwerking met IBW De Linde. Ik denk bijvoorbeeld aan de vraag: "Vind je dat je genoeg inspraak hebt binnen De Linde?" Ik had het gevoel dat sommigen onder hen sociaal wenselijk antwoordde, wat wil zeggen dat ze de neiging hebben om antwoorden te geven die naar hun verwachting 'goed' of 'passend' zijn. Ondanks ik op voorhand verwittigde dat deze enquête anoniem en persoonlijk was, had ik soms het gevoel dat er sommigen geremd waren in hun antwoord.

4.3 Actualiteit en hulpverlening

Tijdens mijn literatuurstudie had ik geen gebrek aan informatie omtrent dit onderwerp. Ik heb wel geen gelijkaardig onderzoek gevonden zoals het mijne. Dit komt omdat ik zelf mijn vragenlijst heb opgesteld en deze ontstaan is vanuit een specifieke vraag vanuit mijn stageplaats. Ik kon hierdoor exploratief te werk gaan. De vele geschreven literatuur heeft mij wel op weg geholpen om kennis te vergaren over de inhoud en waarden van deze visie.

Ik ben aangenaam verrast door de aandacht die de herstelvisie de laatste tijd krijgt. Zo worden er geregeld vormingen gegeven over deze visie, tijdens mijn stageperiode heb ik de kans gekregen om hierover een vorming te volgen. Dit was voor mij een unieke kans om mij nog verder te verdiepen in deze materie.

Het was voor mij een heel leerrijke dag, om met gelijkgestemden na te denken en ervaringen uit te wisselen. De rode draad doorheen de dag was goed voelbaar, samen werken aan herstel. Ook hoorde je vanuit verschillende hoeken de verdere ontwikkeling en vraag om ondersteuning. Enkele aspecten wil ik toch aanhalen die me van deze dag zijn bijgebleven. De nieuwe ontwikkeling, die vanuit Engeland naar ons is overgewaaid, vind ik zeer interessant. Hiermee bedoel ik het ontstaan van de Herstelacademie. Ik denk dat dit een heel nieuwe wind binnen de herstelvisie is. In dit herstel denken verschuift de benadering van een therapeutische naar een educatieve opstelling. De herstelacademie biedt een educatief programma rond diverse thema's die te maken hebben met psychisch herstel. Studenten aan de academie ontwikkelen deskundigheid in zelfzorg en bouwen vanuit verworven inzichten aan nieuwe levenszin:

- ieder stuurt op zijn eigen weg;
- ieder stopt waar hij wil;
- ieder kiest zelf zijn afslag;
- neen zeggen is een kracht.

De herstelacademie ondersteunt mensen in deze zoektocht.

Verder wil ik nog even aanhalen dat ook bij deze sociale voorzieningen voor mensen, duidelijk en herhaaldelijk gesproken wordt over het tekort aan middelen.

4.4 Kritische kijk op de taak van de maatschappelijk assistent

Het einddoel van de herstelvisie is duidelijk. Maar de weg ernaar toe is nog in volle ontwikkeling. De taak van de MA¹ krijgt hierin een nieuwe invulling. De MA neemt niet meer de hoofdleiding in het proces maar loopt samen met de cliënt deze weg naar herstel. De MA moet open staan in zijn houding naar werken en gedrag ten opzichte van de cliënt. Hij moet leren een deel van de verantwoordelijkheid af te staan, om samen dit proces te doorlopen. Hij zal ervaren dat het een proces wordt van vallen en opstaan. Nieuwe werkmethodes dringen zich ook op, werken met het FACT-bord, nieuwe collega's zoals de ervaringsdeskundigen, de casemanagers. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de MA voldoende scholing krijgt, een heldere omschrijving van zijn taken en verantwoordelijkheden is ook bevorderlijk.

Toch wil ik nog eens aanhalen dat ze bij De Linde zeker op goede weg zijn. Tijdens mijn stage heb ik mogen ervaren hoe open de medewerkers zijn om op deze manier te

¹ Zie lijst afkortingen

werken. Nieuwe werkwijze zoals het FACT-bord, het opstellen van een herstelplan zijn hier al zeer goed ingeburgerd. Ook heb ik gemerkt dat ze openstaan voor verbeteringen en aanpassingen. Ik denk dat dit zeker belangrijk is in onze snel veranderende maatschappij. Van de MA wordt een 'open mind' gevraagd, de wil om te blijven leren en de betrokkenheid om jouw inzichten te delen.

4.5 Mijn leerproces in herstel tijdens de praktijk

Elke mens wil een zinvol leven. Deze stelling vind ik zeer belangrijk en wou ik ook als een leidende draad meenemen doorheen mijn stage. De zoektocht naar de zin van het leven, de worsteling die ermee gepaard gaat, verbindt ons met andere mensen en dus ook met mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid. Wat telt voor ons en voor hen? Waar staan wij en zij elke ochtend voor op?

Zelf heb ik tijdens deze stage en met het maken van mijn eindwerk een groei gemaakt in het ontdekken wat herstelgericht werken eigenlijk betekent. De theorie van herstelgericht werken klinkt heel duidelijk en op het eerste zicht zeker haalbaar. Maar we moeten niet vergeten dat we in dit proces te maken krijgen met mensen met een psychische aandoening. Deze mensen hebben al een lange weg achter de rug en moeten leren om terug zelfvertrouwen op te bouwen.

In de praktijk is het soms gemakkelijker om een oplossing aan te bieden aan een cliënt dan er samen op zoek naar te gaan. Deze manier van werken vraagt meer openheid van de begeleider en ook meer tijd. Je moet leren stilstaan bij hoe de mensen het echt zelf voelen. Ik merkte dat ik soms hulp wou bieden vertrekkend vanuit zijn of haar ziektebeeld zonder rekening te houden met de persoon die tegenover me zat. Door meer te praten met de mensen en te voelen als hen, kwam er verandering in mijn manier van denken en werken. Ik heb geleerd dat ik niet altijd voor hen moet denken.

Ik heb met de visie van herstelgericht handelen kunnen werken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Toch denk ik dat de tendensen rond deze vorm van werken ook leven in de andere sectoren. Ik denk dat de ervaringen die ik nu heb opgedaan ook kan meenemen en gebruiken in de toekomst.

Tijdens het afnemen van de interviews heb ik ervaren hoe mensen zelf over hun herstel denken. Deze ervaringen hebben mijn eigen inzicht verrijkt. Ik heb geleerd dat het belangrijk is om oor te hebben naar hun eigen verzuchtingen en vragen. Ik denk dat één ieder van hen op zijn of haar eigen manier wel bezig is rond herstel maar er zich niet steeds van bewust is. Ik heb geleerd dat je als begeleider deze positieve elementen zeker moet herhalen en dat ze bijdragen aan een positieve groei in hun herstel.

Mijn louter theoretische kennis van herstelgericht werken is dankzij deze praktijkervaring ook uitgegroeid naar een handelen in de praktijk.

4.6 Persoonlijke mening

Ik denk dat u ondertussen wel heeft begrepen dat ik achter de herstelvisie sta, zowel als toekomstige hulpverlener en als mens. Het is een mooie gedachte dat hulpverlener en cliënt de handen in elkaar slaan om samen te werken aan persoonlijk herstel waarbij de sterktes van de cliënt in de verf worden gezet. Het is ook mooi dat woorden als 'hoop', 'kracht' en 'verbondenheid' centraal staan in een maatschappij waar nog vooral het principe van 'ieder voor zich' geldt.

Zoals u kan lezen is de herstelvisie een visie met veel mooie beloftes en ideeën. Ik ben er mij van bewust dat het er in de theorie soms anders aan toe gaat dan in de praktijk. Als je de theorie leest, lijkt het allemaal vlot haalbaar en zeer realistisch, toch zal het in de praktijk niet altijd zo gemakkelijk zijn om steeds volgens de herstelvisie te werken. Door mijn onderzoek ben ik te weten gekomen dat niet elke cliënt voor 100% achter deze visie staat, sommigen houden er net van dat de hulpverlener de touwtjes in handen neemt. Ook deze cliënten zouden we moeten stimuleren om niet alle verantwoordelijkheid door te geven. Maar laat ons realistisch blijven en stellen dat er volledige inzet en overtuiging van zowel cliënt al hulpverlener nodig is om deze theorie om te zetten in praktijk.

Daarnaast zal de hulpverlener er op moeten toezien dat hij niet te veel steunt op de krachten van zijn cliënt. Sommigen onder hen, en zeker in het begin van hun herstelperiode zijn nu eenmaal niet in staat om veel hooi op hun vork te nemen. Jammer genoeg zijn er cliënten die door hun chronische diagnose veel zullen moeten blijven rekenen op de expertise van hun begeleider. Hierbij wil ik niet zeggen dat ook bij deze cliënten geen vooruitgang geboekt kan worden, maar er is wel een verschil. De juiste beslissing is volgens mij om een gulden middenweg te vinden. Idealiter zou zijn om met de begeleider het herstelplan op te stellen en dit te bespreken in het team. Zo kan men voorkomen dat er geen belangrijke aspecten worden vergeten.

Wat naar mijn mening binnen de herstelvisie ook een belangrijke plaats mag krijgen zijn de familieleden van de cliënt. Familieleden spelen volgens mij een zeer belangrijke rol in dit proces. Familieleden blijven aanwezig, terwijl hulpverleners komen en gaan. De relatie met de familie is vaak invloedrijker dan die met hulpverleners.

Daarnaast is de familie dikwijls van in het begin geconfronteerd met de psychische problemen van de cliënt. Naast de hulpverlener en cliënt lijkt het mij dus ook heel zinvol om familieleden te informeren over de herstelvisie. Door familieleden te betrekken hebben hulpverleners zicht op hun verwachtingen, alsook hun sterktes en noden.

Besluit

Het Initiatief Beschut Wonen De Linde zet zich in voor mensen met een ernstige, langdurige psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Zij bieden met hun team begeleiding aan, aan mensen die door hun ziekte niet in staat zijn om zelfstandig te wonen. Zij werken aan het herstel van de cliënten en aan hun rehabilitatie, streven naar een maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid staat voorop.

De toepassing van artikel 107 heeft een verschuiving mogelijk gemaakt in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Er wordt gezorgd voor een zorgaanbod meer op maat van de cliënt. Ook de kijk op de psychiatrische gezondheidszorg is de laatste jaren veranderd. Als al deze tendensen zich verderzetten, zal de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zeker verder groeien en in de toekomst meer realiteit worden.

Binnen deze hele verandering heeft de herstelvisie een duidelijke plaats gevonden. Werken volgens de herstelvisie geeft de cliënt een leidende rol in zijn eigen herstel. De kansen die ik heb gehad om mij te verdiepen in de theorie en praktijk van de herstelvisie hebben mij verrijkt. Niet enkel op professioneel vlak maar ook op persoonlijk vlak heb ik geleerd dat er veel waarde zit in de herstelvisie. Iedereen kan vallen. Opstaan kan snel gebeuren maar is soms ook een proces van lange adem. Ieder mens is uniek en zal zelf zijn weg moeten vinden in zijn herstel. Maar één ding heb ik wel geleerd, met of zonder hulp, kan iedereen terug opstaan.

Bij het begin van dit eindwerk heb ik me de vraag gesteld, wat weet de cliënt zelf van deze herstelvisie. Hoe voelt hij zich bij deze manier van werken. Het besluit is dat de cliënt wel met zijn herstel bezig is, maar dit niet altijd zo benoemt. De cliënt moet nog meer bewust worden van de positieve stappen die hij zelf al zet, hoe klein ze soms ook zijn en zo verder kan groeien naar herstel. De professionelen spelen een belangrijke rol in de ondersteuning en moeten ook bewust zijn dat zij niet steeds de leiding hebben. De hulpverlener gaat uit van de wensen, sterke kanten en groeimogelijkheden van de cliënten en ondersteunt hen bij het ontdekken en realiseren hiervan.

In dit geheel moet ook de maatschappij openstaan voor deze verandering. Discriminatie en uitsluiting van deze mensen moet worden bestreden. Het vergroten van hun participatie en het ondersteunen van activiteiten is belangrijk. Er moet een maatschappelijk steunsysteem zijn dat als doel heeft om cliënten met een beperking zo volwaardig mogelijk te laten participeren in de samenleving. Rehabilitatie op de gebieden wonen, werken, leren, sociale contacten en financiën is dus een opdracht van de persoon als burger.

Bibliografie

Boek

KORENVAAR L. en DRÖES J., Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn, uitgeverij Coutinho, Bussem, 2011, 391 pagina's

VAN VELDHUIZEN R., BÄHLER M., POLHUIS D., Handboek FACT, uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht, 2009, 455 pagina's

VLAEMINCK H., SAELENS S., MALFIET W., Social Casework in de 21^{ste} eeuw, Kluwer, Mechelen, 2010, 305 pagina

Rapport

DE HAAN E., Herstel Special – De route naar herstelondersteunende zorg: wat werk en wat niet, GGZ, Nederland, januari 2013

FARKAS M., Recovery: Is it old wine in new bottles ? Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres, Antwerpen, 2012

Koningin Fabiolafonds voor Geestelijke Gezondheid, Seminarie: Familiebetrokkenheid: Steun geven en zoeken, Brussel, 2013

GGZ nl., Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, Visie op de zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, Nederland, 2009

SCHERPHOF G., Werken volgens de Herstelvisie, GGZ Nederland, Oost Brabant 2008

VAN AUDENHOVE CH., Utopie: Herstel zonder genezing, Leuven, 2015

Informatie van het netwerk

DUTHOO K., Powerpoint Ropi, 2013
(<http://www.pzolv.be/upload/ws%206%20-%20Roggeman%20&%20Duthoo%281%29.pdf>)

Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg, Internet
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Thuiszorg/Samenwerkingsinitiatieven-eerstelijnsgezondheidszorg-%28SEL%29/>

Sint–Annendael, Internet
<http://www.sad.be/>

Sociale economie – beschutte werkplaatsen, Internet
<http://www.socialeconomie.be/beschuttewerkplaatsen>

VZW Uilenspiegel, Zorg voor mens en deskundige, Ervaringsdeskundige, Internet
http://www.uilenspiegel.net/indexpgs/ervarings_index.htm

Interne nota

HULSHAGEN, Voorstelling IBW De Linde, 2013

Bijlagen

- ❖ Bijlage 1: Aanmeldingsformulier IBW De Linde
- ❖ Bijlage 2: Klinische casuïstiek
- ❖ Bijlage 3: ROPI scoreblad
- ❖ Bijlage 4: Gespreksdriehoek
- ❖ Bijlage 5: Herstelplan
- ❖ Bijlage 6: Crisisplan
- ❖ Bijlage 7: Vragenlijst HONOS
- ❖ Bijlage 8: Vragenlijst MANSA Kwaliteit van Leven meting
- ❖ Bijlage 9: Enquête

Basisinformatie eindwerk

VOORNAAM: Klaartje

NAAM: Quintiens

KLAS: 3MAW

DEPARTEMENT: PXL Social Work

ACADEMIEJAAR: 2014-2015

TREFWOORD: De herstelvisie

TITEL: De herstelvisie door de bril van de cliënt.

Samenvatting

In deze samenvatting wil ik jullie in een notendop vertellen wat je uitgebreid in mijn eindwerk kan lezen.

Ik heb stage gelopen in De Linde, een zorginstelling Beschut Wonen te Diest. In overleg met mijn mentoren ben ik gekomen tot de belangrijkste vraag “ Hoe denken cliënten zelf over de herstelvisie ?” Deze vraag loopt als een rode draad doorheen mijn eindwerk.

In de inleidende delen stel ik mijn stageplaats voor. Ik duik in hun geschiedenis en de groei doorheen de jaren wordt besproken. Meer specifiek wordt IBW De Linde besproken. Het is heel belangrijk om inzicht te krijgen in hun manier van werken. De doelstellingen en visie komen uitvoerig aan bod. Maar ook de plaats van de cliënt in de zorginstelling is belangrijk. Dit gegeven heb ik later nodig in mijn praktische gedeelte. Eerst en vooral ben ik nagegaan: Welke groep mensen is de doelgroep, wat is hun achtergrond ? Hoe brengen zij hun dag door ? Hoe wordt er gewerkt rond hun begeleiding ? Vertrekkend vanuit deze gegevens ben ik verder op onderzoek gegaan. Kort kan ik zeggen dat De Linde een zeer goed georganiseerde zorginstelling is, waar de cliënt de hoofdrol speelt. Doorheen de verschillende jaren merk je dat de herstelvisie al goed geïmplementeerd is binnen hun werking. Dit dragen ze ook uit in hun doelstellingen en visie.

In het volgende deel kan je meer informatie lezen over de verrijkte theoretische kennis. Alvorens in de praktijk goed aan de slag te gaan moest ik zelf inzichten en kennis verwerven, eerst en vooral over de herstelvisie, werken volgens de herstelvisie en de gebruikte methodieken. Deze drie onderdelen vind je hier ook terug.

Herstel wordt omschreven als een uniek groeiproces van iedere cliënt. Het is een manier van leven, een bevredigend, zinvol leven met eigen beperkingen. Heel belangrijk in dit hele proces is dat de cliënt de regie van zijn leven zoveel mogelijk zelf in handen neemt. Deze herstelvisie heeft ook een plaats gevonden binnen de GGZ.

Herstel is een bundeling van verschillende aspecten, nl op vlak van gezondheid, identiteit, maatschappelijke rollen en het dagelijks functioneren. Empowerment is een belangrijke kracht die aanwezig moet zijn in dit proces. Dat wil zeggen dat cliënten de kracht terugvinden om de regie over hun leven te herwinnen. Zij maken eigen keuzes en bepalen

zelf zoveel mogelijk de wijze waarop zij willen leven. Heel belangrijk is ook de komst van de ervaringsdeskundige. Recente ontwikkelingen binnen de GGZ tonen aan dat deze ervaringsdeskundige nodig is om de kwaliteit van de zorg nog verder te verbeteren. Ervaringsdeskundige medewerkers zijn vanuit hun eigen ervaring van ernstig psychisch lijden en substantieel rolverlies geschoold in het onderkennen en ondersteunen van herstelprocessen. De rol van de hulpverlener is door het werken met de herstelvisie erg veranderd, van leiding gevend naar meer ondersteunend en geleidend. De rol en ondersteuning van familie moet in dit hele proces ook worden meegenomen.

Hierna kan je lezen over de verschillende gangbare methodieken en onderzoeksmethoden. De Flexibele Assertive Community Treatment beoogt patiënten te ondersteunen in hun herstelproces. FACT doet dit door de doelgroep zo goed mogelijk te ondersteunen, behandelen en begeleiden om op een tevreden en veilige wijze te kunnen participeren in de maatschappij. Een goede werking van het FACT-team is heel belangrijk. Er is nood aan veel communicatie en een flexibel zorgaanbod. Een vertrouwensband opstarten en behouden met de cliënt is een grote vereiste. Als meetinstrument is er de ROPI (Recovery Oriented Practiced Index) beschreven. De ROPI meet de mate van herstelgericht handelen op afdelings-/ teamniveau. Dit wordt gedaan door middel van bevraging van zowel personeel als patiënten/cliënten/bewoners en inzage in belangrijke documenten. De ROPI geeft zowel sterke punten als richtlijnen voor verbetering. Het belang van de familie is al eerder aangehaald. Hieruit vertrekkend is de gespreksdriehoek ontwikkeld, een dialoog waarbij cliënten, naasten en professionelen samen rond de tafel zitten. De familie wordt een 'deskundige derde', met eigen kennis die de professionelen niet hebben. Binnen de herstelvisie wordt er gewerkt met een herstelplan en een crisisplan. Dit zijn belangrijke werkinstrumenten zowel voor de begeleider als de cliënt. Het herstelplan wordt in samenspraak met de cliënt opgesteld, besproken in het team en op regelmatige tijdstippen geëvalueerd. Naast het herstelplan is er voor elke cliënt een crisisplan. Dit wordt ook met de cliënt opgesteld en reikt handvatten aan om te doen in een crisissituatie.

In het praktisch gedeelte worden de antwoorden samengevat van mijn enquête. De antwoorden moesten mij een beter beeld geven op verschillende vragen zoals: "Hoe ziet de cliënt zijn persoonlijk herstel? Is hij tevreden met de aangeboden ondersteuning of wil hij of zij hierin verandering?". Tijdens de voorbereiding werden de juiste vragen opgesteld, het zoeken naar cliënten die bereid waren om mee te werken, en het maken van afspraken. Sommige antwoorden van vragen zijn weergegeven in een grafiek terwijl andere omschreven worden. De nabeschouwingen en aanbevelingen zijn zeker zo belangrijk. Er wordt omschreven wat we geleerd hebben uit het onderzoek en waarmee De Linde aan het werk kan. Eerst en vooral mag gezegd worden dat de cliënten heel tevreden zijn over de werking van De Linde. Wel kan ik afleiden uit de antwoorden dat niet iedereen even goed op de hoogte is wat de herstelvisie inhoudt. Hier dient zeker nog info over gegeven te worden. Ook is het belangrijk dat de begeleider niet vastroest in routine van de aangeboden begeleiding maar dit samen met de cliënt in vraag durft te stellen. Toekomstplannen en dromen kunnen motiverend werken.

In deel vier volgt een kritische kijk op de problematiek en het verrichte onderzoek. Het inzicht in de herstelvisie is gegroeid en dit is zeker heel positief. Bij een kritische kijk op mijn resultaten valt eerst de keuze van mijn onderwerp op. Deze keuze is achteraf heel positief bevonden. Teleurstellend was in eerste instantie het aantal deelnemers. Cliënten voelden zich vaak beschaamd om over hun problemen te praten of andere dachten: "Dit

kan ik niet!". Achteraf gezien moet ik toch tevreden zijn met het aantal correspondenten omdat het gaat om een onderzoek specifiek voor De Linde.

In mijn persoonlijke mening kan men lezen dat ik achter de herstelvisie sta, zowel als toekomstig hulpverlener en als mens. Het is een mooie gedachte dat hulpverlener en cliënt de handen in elkaar slaan om samen te werken aan persoonlijk herstel waarbij de sterktes van de cliënt in de verf worden gezet. Zeer belangrijk is de plaats van de familie in dit gebeuren. Familieleden blijven aanwezig, terwijl hulpverleners kunnen gaan.

In het besluit kijk ik tevreden terug op het resultaat van mijn eindwerk. Het Initiatief Beschut Wonen De Linde zet zich in voor mensen met een ernstige, langdurige psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Zij bieden met hun team begeleiding aan, aan mensen die door hun ziekte niet in staat zijn om zelfstandig te wonen. Zij werken aan het herstel van de cliënten en aan hun rehabilitatie. Streven naar een maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid staat voorop.

