



**Departement Social Work
Afstudeerrichting maatschappelijk werk**

Werken met psychiatrische patiënten: een probleem?

Een kwalitatief onderzoek naar de obstakels die medewerkers ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden

Door Joy Vreven

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

**Hasselt
Academiejaar 2015-2016**



**Departement Social Work
Afstudeerrichting maatschappelijk werk**

Werken met psychiatrische patiënten: een probleem?

Een kwalitatief onderzoek naar de obstakels die medewerkers ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden

Door Joy Vreven

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

**Hasselt
Academiejaar 2015-2016**

Woord vooraf

Deze bachelorproef is een hoogtepunt en een mooi sluitstuk van mijn driejarige opleiding sociaal werk. Het heeft veel tijd en energie in beslag genomen, maar uiteindelijk ben ik er best trots op. Psychiatrie heeft mij altijd geïnteresseerd. Toen ik te horen kreeg dat er binnen de thuisdiensten veel psychiatrische patiënten gebruik maken van de diensten, was ik meteen overtuigd. In samenspraak met mijn stagementor, heb ik besloten om mijn bachelorproef rond dit thema uit te werken. De totstandkoming van deze bachelorproef was onmogelijk geweest zonder de steun en hulp van anderen.

Uiteraard wil ik hierbij dan ook enkele mensen bedanken. In het bijzonder mijn externe promotor en stagementor Chris Morren voor haar talloze aanwijzingen en constructieve commentaar. Haar deskundige kennis was van onschatbare waarde in het neerschrijven van deze bachelorproef. Ik wil haar dan ook bedanken voor de kostbare tijd die ze in deze bachelorproef heeft geïnvesteerd.

Speciale dank gaat ook uit naar mijn interne promotor Johan Deville. Ik wil hem bedanken voor het opvolgen van deze bachelorproef alsook voor de interessante lessen psychopathologie. Deze boeiende lessen hebben mijn interesse voor de psychiatrie aangewakkerd.

Ik bedank ook alle respondenten, de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers van de thuisdiensten, voor hun medewerking aan de interviews. Zonder hun ervaringen en belevingen was deze bachelorproef niet tot stand gekomen. Daarnaast wil ik graag alle maatschappelijk assistenten van de thuisdiensten bedanken. Hun ervaringen, kennis en bereidheid tot helpen waren onmisbaar in het tot stand komen van deze bachelorproef.

Tot slot wil ik ook mijn dank betuigen aan mijn familie en vrienden voor hun steun en het vele geduld dat zij hebben opgebracht tijdens het neerschrijven van deze bachelorproef. In het bijzonder bedank ik mijn ouders voor het nalezen van mijn werk en de vele steun en motiverende woorden die ik van hun kreeg.

Ik hoop dat deze bachelorproef zinvol kan zijn voor zowel mensen binnen het werkveld als voor mensen die gewoonweg meer informatie willen rond dit onderwerp.

Veel leesplezier!

Joy Vreven

Abstract

Deze bachelorproef handelt over de obstakels die medewerkers van de thuisdiensten ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Het onderzoek vindt plaats binnen het OCMW van Sint-Truiden. Er werd een steekproef genomen uit de medewerkers van de thuisdiensten, onder meer verzorgenden en huishoudelijke medewerkers. Deze medewerkers werden aan de hand van diepte-interviews bevraagd rond de obstakels in het werken met psychiatrische patiënten. Er is gebruik gemaakt van een semi – gestructureerde vragenlijst waardoor de medewerkers de vrijheid kregen om hun verhaal en mening te uiten.

Uit het onderzoek kunnen we concluderen dat de medewerkers vooral obstakels ondervinden in het aanbrengen of weglaten van structuur. Ook het omgaan met de psychiatrische stoornissen van de cliënten is niet altijd even gemakkelijk. Binnen de communicatie met psychiatrische patiënten ervaren de medewerkers ook wel eens obstakels. Psychiatrische patiënten zijn soms zo in zichzelf gekeerd dat het moeilijk wordt om tot hun door te dringen of om iets duidelijk te maken. Ook het aangeven van duidelijke grenzen en het omgaan met gevoelens brengt problemen met zich mee. Verzorgenden en huishoudelijke medewerkers beschikken over een beperkte basiskennis rond psychiatrie, dit kan ook problemen veroorzaken.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Inleiding	6
1. Probleemstelling en onderzoeksvragen	8
2. Bespreking stageplaats	9
2.1 Missie	9
2.2 Visie	9
2.3 De thuisdiensten	11
3. Theoretisch kader	13
Inleiding	13
3.1 Psychiatrische patiënten	13
3.2 Vermaatschappelijking van de zorg	14
3.2.1 Geschiedenis	14
3.2.2 Vermaatschappelijking in de praktijk	15
3.2.3 Ervaringen van hulpverleners en hulpverleningsorganisaties	18
3.2.4 De visie van de minister	19
3.3 Het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten	21
3.4 Ouderen met een psychiatrische stoornis	23
3.5 De omgang en relatie tussen psychiatrische patiënten en hun hulpverleners.	26
Besluit	28
4. Praktijkgedeelte	30
Inleiding	30
4.1 Onderzoeksmethode	30
4.2 Dataverzameling	31
4.3 Resultaten	33
4.3.1 Algemene opmerkingen	33
4.3.2 Communicatie	35
4.3.3 Sociaal – emotioneel	38

4.3.4	Huishoudelijke taken	40
4.3.5	Kennis, vormingen en ervaringen rond de psychiatrie	42
4.4	Conclusies en aanbevelingen	45
4.4.1	Conclusies	45
4.4.2	Aanbevelingen	48
4.4.3	Suggesties voor verder onderzoek	49
	Besluit	50
5.	Kritische reflectie	51
5.1	Kritische reflectie inzake het doorlopen proces	51
5.2	Kritische reflectie inzake het uiteindelijk product	52
5.3	Kritische reflectie over mezelf als onderzoeker	53
	Bibliografie	54
	Bijlagen	56
	Bijlage 1: interviewschema	56

Inleiding

'De vermaatschappelijking van de zorg', het is een begrip dat de laatste tijd steeds meer op de voorgrond komt te staan binnen de zorgsector. Door de vermaatschappelijking van de zorg komen steeds meer hulpverleners in contact met psychiatrische patiënten in hun thuissituatie. Ook verzorgenden en huishoudelijke medewerkers zullen in de toekomst meer moeten samenwerken met deze doelgroep. Het is niet altijd gemakkelijk om met psychiatrische patiënten om te gaan. De meeste verzorgenden en huishoudelijke medewerkers hebben ook maar een beperkte kennis over de psychiatrie. Dit maakt het omgaan met psychiatrische patiënten een nog grotere uitdaging. De thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden verlenen ook diensten aan psychiatrische patiënten. Om tot een optimale samenwerking en hulpverlening te komen, is het noodzakelijk om na te gaan welke obstakels de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten.

Eerst en vooral bespreek ik mijn probleemstelling. De thuisdiensten worden geconfronteerd met psychiatrische patiënten en medewerkers moeten hier steeds meer mee gaan werken. In het tweede hoofdstuk bespreek ik kort de thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden, meer bepaald mijn stageplaats. Zoals ik eerder heb vermeld, maken psychiatrische patiënten gebruik van de thuisdiensten. Het is daarom belangrijk om deze diensten kort te schetsen zodat het duidelijk is waar psychiatrische patiënten van kunnen genieten.

Deze bachelorproef bestaat voornamelijk uit twee delen: een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte. Het theoretisch gedeelte is van belang om een beeld te scheppen over psychiatrische patiënten en het ontstaan van een psychiatrische problematiek. Er wordt vanaf het begin ook dieper ingegaan op de vermaatschappelijking van de zorg, daar dit erg aansluit met het onderwerp van deze bachelorproef. Na een uiteenzetting van de vermaatschappelijking van de zorg, bespreek ik ook de ervaringen van psychiatrische patiënten met het zelfstandig wonen. Alle psychiatrische patiënten die gebruik maken van de thuisdiensten, wonen namelijk zelfstandig, met of zonder enige begeleiding. De cliënten die gebruik maken van de thuisdiensten zijn grotendeels ouderen of hulpbehoevenden. Een volgend deel binnen mijn literatuurstudie wordt dan ook gewijd aan ouderen met een psychiatrische problematiek. Hierna bespreek ik wat er vanuit de literatuur geweten is over de relatie tussen hulpverleners en psychiatrische patiënten. Mijn besluit bestaat uit ervaringen van verzorgenden die regelmatig geconfronteerd worden met cliënten met dementie. Het besluit is specifiek gericht op dementie, daar er weinig informatie te vinden was over obstakels met psychiatrische patiënten in het algemeen.

Na het theoretisch gedeelte, volgt het praktisch deel. Hierin wordt een onderzoek uitgevoerd naar de obstakels die medewerkers van de thuisdiensten ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Hier wordt vooral de focus gelegd op de problemen die ontstaan of kunnen ontstaan. Er wordt ook onderzocht of de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers voldoende kennis hebben over psychiatrische patiënten. Op deze manier kan er nagegaan worden of bijscholingen noodzakelijk zijn om de hulpverlening optimaal te laten verlopen. Ik bespreek ook hoe de interviews tot stand zijn gekomen en welke resultaten ik hieruit gehaald heb. Achteraf ga ik deze resultaten interpreteren en bijgevolg conclusies vormen. De aanbevelingen voor het werkveld bespreek ik hierna. Ik geef ook suggesties voor eventueel verder onderzoek. Om tot een representatief onderzoek te komen, zouden er interviews moeten afgenomen worden met de maatschappelijk assistenten van de dienst en met de psychiatrische patiënten zelf. Op deze manier wordt het helemaal duidelijk welke problemen er ontstaan of kunnen ontstaan.

1. Probleemstelling en onderzoeksvragen

De thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden bieden hulpverlening aan meerdere doelgroepen. Deze doelgroepen kunnen bestaan uit ouderen, zorgbehoevenden en psychiatrische patiënten. Sommige thuisdiensten in andere gemeenten hebben een aparte dienst voor psychiatrische zorg maar dit geldt niet voor de thuisdiensten in Sint-Truiden. De medewerkers van de thuisdiensten hebben meestal weinig tot geen kennis over psychiatrische patiënten. Onder medewerkers verstaan we vooral de huishoudelijke medewerkers, met andere woorden medewerkers van de poetsdienst, en de verzorgenden. Doordat ze weinig kennis hebben, weten ze niet hoe ze met psychiatrische patiënten moeten omgaan of hoe ze deze mensen moeten benaderen. Verzorgenden hebben geleerd hoe ze bedden moeten opmaken of mensen moeten wassen. Ze hebben nooit een opleiding gehad over hoe ze met psychiatrische patiënten moeten omgaan of wat psychiatrie betekent. Dit brengt vaak problemen met zich mee en is een ongunstige situatie zowel voor de medewerkers van de thuisdiensten als voor de psychiatrische patiënten.

Het doel van dit onderzoek is nagaan of de medewerkers van de thuisdiensten obstakels ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Als blijkt uit onderzoek dat er onvoldoende kennis is over deze doelgroep en/of dat er heel wat problemen ontstaan in de omgang met deze doelgroep, kan een bijscholing aangeraden worden.

Dit onderzoek is ethisch verantwoord omdat het geen nadelige gevolgen met zich meebrengt voor beiden groepen. Als de medewerkers een bijscholing kunnen volgen, zal de communicatie en de omgang met deze doelgroep op termijn verbeteren. Zo ontstaat er een optimale hulpverlening en samenwerking.

Mijn onderzoeksvraag is: "Welke problemen ervaren medewerkers van de thuisdiensten in de omgang met psychiatrische patiënten?".

2. Bespreking stageplaats

2.1 Missie

Het OCMW van Sint-Truiden heeft als doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. De thuisdiensten wil deze opdracht waar maken voor mensen die omwille van hun leeftijd of gezondheidstoestand niet meer in staat zijn om geheel of gedeeltelijk zelfstandig thuis te functioneren en toch zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen. De medewerkers van de thuisdiensten zorgen voor huishoudelijke taken, verzorgende taken en psychosociale begeleiding. Met deze hulpverlening wil de dienst de kwaliteit van het leven en de zorg voor de meest kwetsbaren behouden. De dienst wil de hulp afstemmen op de behoeften van elke cliënt en regelmatig aanpassen als de behoeften veranderen.

2.2 Visie

De thuiszorg richt zich vooral tot die personen die niet meer alleen of met behulp van hun directe omgeving alle taken kunnen uitvoeren om zelfstandig te kunnen wonen. De dienst voor gezinszorg vertrekt vanuit onderstaande waarden:

- De cliënt staat centraal. Klantvriendelijkheid, wederzijds respect en discretie staan hoog in het vaandel. De keuzevrijheid van de cliënt dient gerespecteerd te worden.
- De zelfredzaamheid van de cliënt wordt gestimuleerd: de dienst wil mensen helpen om zichzelf te helpen, ook al lijken de mogelijkheden van de personen beperkt.
- Regelmatig wordt de individuele hulp geëvolueerd en aangepast. In de mate van het mogelijke dient de aangeboden hulp te zijn aangepast aan de specifieke hulpvraag.
- De medewerkers eerbiedigen ieders ideologische, filosofische en godsdienstige overtuiging.

De hulpverlening wordt aangepast aan gewijzigde maatschappelijke normen en noden. Daarom moet de dienst de sociale behoeften in de gemeente zo goed mogelijk kennen en opvangen. Samenwerking, overleg en teamwerk worden nagestreefd om de juiste hulp te kunnen bieden, met andere woorden zorg op maat. De dienst gezinszorg zal daarom zowel binnen het OCMW als binnen de regio contact houden met de eerstelijnsverzorgers. De medewerkers worden aangezet om hun deskundigheid voortdurend uit te breiden om het hulpaanbod beter te kunnen afstemmen op de hulpvraag. Dit wordt bereikt via permanente bijscholing.

De thuisdiensten handelen via een handelingskader opgemaakt voor alle medewerkers van de afdeling sociale zaken. Er zijn heel wat waarden en uitgangsprincipes die de medewerkers van de thuisdiensten proberen na te streven. Allereerst is het stimuleren of

het behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt het uitgangspunt van de hulp – en dienstverlening. Dit betekent concreet dat de cliënt zelf zijn keuzes maakt en hierbij ook de verantwoordelijkheid voor zijn keuzes opneemt. De maximale zelfredzaamheid wordt dan ook als een doelstelling vooropgesteld en niet als een waarde. Ten tweede moeten de medewerkers van de thuisdiensten toelaten dat de cliënt zelf beslissingen neemt over belangrijke aspecten in zijn leven en over de ondersteuning die hij daarbij nodig heeft. De hulpverlener heeft als opdracht de hulpvrager hierin te ondersteunen en de cliënt te wijzen op de eventuele voor – en nadelen van de eigen keuzes. De hulpverlener stelt zich ook steeds neutraal op. De hulp – en dienstverlening moet ook betaalbaar zijn voor de cliënt. Hierbij wordt niet enkel verwezen naar de financiële kostprijs maar ook de eventuele nadelen binnen de dienstverlening. Zoals het opgeven van de privacy of het steeds opnieuw moeten investeren in het opbouwen van een persoonlijke relatie met hulpverleners. Alle partijen, zowel in het hulpverleningsproces als in de werkrelatie, moeten ook steeds hun eigen verantwoordelijkheid opnemen.

Een volgende waarde binnen de thuisdiensten en binnen alle sociale diensten van het OCMW is dat de hulpverlener steeds respect heeft voor de cliënt en zijn/haar omgeving. De hulpverlener moet steeds vertrouwen hebben in de mogelijkheden van de cliënt zonder de realiteit van de grenzen ervan te negeren. In de hulpverleningsrelatie dient er ook steeds een wederzijds respect te zijn voor de waarden, prioriteiten en levensstijl van elke betrokkene binnen een hulpverleningstraject. Vertrouwen, eerlijkheid en rechtvaardigheid zijn ook waarden die binnen de thuisdiensten centraal staan. Cliënten moeten ook steeds gelijkwaardig behandeld worden. Elke cliënt met een gelijkaardige hulpverleningsvraag dient ook een gelijkwaardig hulpverleningstraject te ontvangen onafgezien bij welke medewerker de vraag gesteld wordt. De hulpverlener moet er ook op toezien dat de ondersteuningsvormen niet ingrijpender zijn dan noodzakelijk en zo dicht mogelijk aansluiten bij de normale leefsituatie. Binnen de thuisdiensten gaan de hulpverleners actief naar de cliënten, door middel van huisbezoeken. Dit maakt de stap voor de hulpvrager gemakkelijker en krijgt de hulpverlener gelijktijdig ook een beter beeld van de situatie. Van de hulpverleners wordt ook verwacht dat ze hun handelen op een maatschappelijk aanvaardbare, doelmatige en doeltreffende wijze organiseren.

2.3 De thuisdiensten

Binnen de thuisdiensten bestaat er enerzijds de dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT). Deze dienst bestaat uit de poetsdienst en de gezinszorg. De poetsdienst is er voor mensen die niet in staat zijn om hun woning te onderhouden omwille van hun leeftijd of hun gezondheidstoestand. Personen die omwille van hun leeftijd, gezondheid of sociale situatie het huishouden niet kunnen organiseren, kunnen beroep doen op de gezinszorg. De verzorgenden hebben drie taken; huishoudelijke taken, begeleidende taken en de persoonlijke verzorging. Zij mogen maar voor de helft van de afgesproken uren poetsen, de andere uren mogen zij besteden door de boodschappen, de was of de strijk te doen, gezelschap houden of voor de persoonlijke verzorging van de cliënten. Deze taakverdeling hangt uiteraard ook af van de situatie van de cliënt. Bij sommige hulpvragers zal er meer gepoetst moeten worden, bij andere hulpvragers staat het sociaal contact centraal. De verzorgenden proberen de cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen in zijn dagelijkse leven.

Anderzijds zijn er ook nog andere diensten bijhorende tot de thuisdiensten. Deze diensten bestaan uit de warmemaaltijdbezorging, mantelzorgtoelage, mindermobielen centrale, de boodschappendienst en de klusjesdienst. De warme maaltijden bestaan voor senioren die niet in staat zijn hun eigen maaltijden te bereiden. De maaltijdbezorgers komen elke dag aan huis om de vers bereide maaltijden te brengen. Deze maaltijden zijn te verkrijgen aan een laag tarief, rekening houdend met de inkomsten. De mantelzorgtoelage is voor iedereen die helpt bij de verzorging en de opvang van een zorgbehoevende bejaarde. De mantelzorger kan dan in aanmerking komen voor een kleine financiële tegemoetkoming. Er kan beroep gedaan worden op de mindermobielen centrale als personen geen gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer omwille van leeftijd, lichamelijke toestand of sociale situatie. Er is ook aangepast vervoer voor rolstoelgebruikers. Dan is er ook nog een boodschappendienst waarbij een vrijwilliger de boodschappen gaat doen. Als de cliënt dit wenst, kan hij/zij ook meegaan naar de winkel. Tenslotte bestaat er ook nog de klusjesdienst. De klusjesdienst is voor iedereen die omwille van hun leeftijd of omwille van gezondheidsredenen hulp nodig hebben met kleine klussen. Deze taken kunnen bestaan uit klein tuinonderhoud of klusjes rondom de woning. Deze klusjesdienst behoort niet tot de thuisdiensten zelf, de dienst werkt samen met een externe klusjesdienst.

De maatschappelijk assistenten van de thuisdiensten hebben de verantwoordelijkheid om al deze bestaande diensten in goede banen te leiden. De maatschappelijk assistenten gaan op huisbezoek, bij de cliënten, om te bepalen welke diensten het best aansluiten met hun levensstijl en hulpvragen. Ze kijken welke hulpvragen er zijn en doen ook een rechtenonderzoek. Zo zijn er heel wat tegemoetkomingen waar hulpbehoevenden recht op kunnen hebben, bijvoorbeeld de zorgverzekering of de tegemoetkoming hulp aan bejaarden van de federale overheidsdienst sociale zekerheid. De maatschappelijk

assistenten gaan eerst na of de cliënten al genieten van deze tegemoetkomingen. Als blijkt dat de cliënten hier nog niet van genieten, gaan de maatschappelijk assistenten de voorwaarden na en brengen de documenten in orde. Naast het regelen van de thuisdiensten en het in orde brengen van bepaalde tegemoetkomingen, begeleiden ze ook een brede groep hulpverleners. Deze hulpverleners bestaan vooral uit verzorgenden en huishoudelijke medewerkers. Ook de vrijwilligers behoren tot de medewerkers van de thuisdiensten. De diensten, draaiende gehouden door vrijwilligers, bestaan uit de boodschappendienst, mindermobielen centrale en senioren buddy's.

De thuisdiensten bestaan dus voornamelijk voor ouderen en mensen met gezondheidsproblemen, met andere woorden zorgbehoevenden. Een groot deel van deze doelgroep bestaat uit cliënten die kampen met psychiatrische stoornissen.

3. Theoretisch kader

Inleiding

In mijn literatuurstudie ga ik eerst kort schetsen wat psychiatrie betekent en hoe een psychiatrische problematiek ontstaat. Hierna ga ik meer informatie toelichten over de vermaatschappelijking van de zorg omdat dit samenhangt met mijn onderzoek naar psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Deze psychiatrische patiënten wonen namelijk zelfstandig en krijgen hulp van organisaties om het zelfstandig wonen mogelijk te maken. Na een korte samenvatting van de vermaatschappelijking van de zorg, ga ik nog even dieper in op psychiatrische patiënten die zelfstandig wonen en hun ervaringen hiermee. Omdat er vooral met ouderen met een psychiatrische problematiek wordt gewerkt, is dit het volgende stuk waar ik het kort over ga hebben. Het voorlaatste deel van mijn literatuurstudie besteed ik aan de omgang tussen hulpverleners en psychiatrische patiënten omdat dit ook samenhangt met mijn onderzoek. Als besluit schets ik de informatie die ik gevonden heb rond de obstakels die hulpverleners ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Hier is vooral informatie gevonden rond de problemen met ouderen met dementie.

3.1 Psychiatrische patiënten

Psychiatrische patiënten zijn personen met psychiatrische ziektes of aandoeningen, in de meeste gevallen personen met psychotische en ernstige stemmingsstoornissen. Een psychiatrische beperking wordt in het algemeen bekeken als een maatschappelijk nadeel. Het is een soort samensmelting van specifieke kenmerken van een individu en die van de samenleving. Deze samengenomen kenmerken kunnen het individu ernstig verhinderen in zijn participatie in de samenleving. Iemand met een lichamelijke beperking vindt dat de samenleving onvoldoende is ingericht op de eigen lichamelijke toestand. Zo is het net hetzelfde bij psychiatrische patiënten. Zij ondervinden ook onvoldoende gerichtheid op hun psychiatrische beperking in de samenleving. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

De informatieverwerking bij psychiatrische patiënten verloopt anders. Bijgevolg geven ze een andere betekenis aan de informatie die binnenkomt dan personen zonder psychiatrische problematiek zouden doen. Het ontstaan van de meeste psychiatrische stoornissen is het gevolg van de aanleg en omstandigheden in het leven van de mensen. De aanleg betekent het genetisch materiaal dat je hebt meegekregen van de vorige generatie. Afhankelijk van de omgeving, kan deze aanleg zich ook ontwikkelen tot een ziektebeeld. Het gaat niet enkel om de plaats waar je bent of de omgeving waarin je bent opgegroeid, maar ook alles wat je meemaakt of hebt meegemaakt. De interactie tussen de

genen en de omgeving speelt dus een belangrijke factor inzake het ontwikkelen van een psychiatrische problematiek.

Soms komen psychische stoornissen al tot uiting op jonge leeftijd en soms later in het leven. Sommige stoornissen zijn goed te behandelen en anderen zijn dan weer chronisch. Dit is zeer afwisselend en hangt sterk af van de persoon en de omgeving. (van Meekeren, 2009)

3.2 Vermaatschappelijking van de zorg

3.2.1 Geschiedenis

“Een eigen huis in een normale buurt, met zo nodig steun van familie, buren en professionals. Dat is in een notendop het grote ideaal van de vermaatschappelijking van de zorg voor kwetsbare mensen.” (Verplanke & Duyvendak, 2010, p. 17)

Tot in de jaren zeventig werden mensen met chronische psychiatrische problemen afgezonderd van de bewoonde wereld. Ze werden naar instellingen in de bossen en duinen gestuurd waar ze vele jaren van hun leven door brachten. Mensen met psychiatrische problemen werden beschouwd als patiënten die voortdurende zorg en toezicht nodig hadden. Hulpverleners, in het bijzonder therapeuten, gaven aan dat deze mensen het beste konden geplaatst worden in grote inrichtingen, ver weg van het dagelijks leven en hun omgeving. Hier konden de patiënten continu zorg en toezicht krijgen en hier konden ze, volgens de hulpverleners, ook rust, ruimte en regelmaat vinden. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

De inrichtingen voor psychiatrische patiënten hebben tot in de jaren zeventig een sterke groei meegemaakt. Tot er in 1968 een algemene wet bijzondere ziektekosten werd gevormd. Deze ‘tehuizenwet’ vergoedde alle kosten voor wonen, zorg, activiteiten en recreatie in de inrichting. Naarmate het beleid van de vermaatschappelijking van de zorg voor kwetsbare doelgroepen zich ontwikkelde, besepte men dat deze ‘tehuizenwet’ niet meer aansloot bij de vermaatschappelijking van de zorg. Er kwam veel kritiek op deze zorginstellingen zowel van patiëntenorganisaties, professionals en academici. Ze vonden het discriminerend tegenover de patiënten. De patiënten werden gewoon ‘weggestoken’. De mensen werden geïsoleerd en uitgesloten van de samenleving. Het zou mensen in ieder geval niet minder ziek of gekker maken dan ze voor de opname waren. In de ogen van de critici werden bewoners van dit soort instituties helemaal niet bekeken als gek of ziek. Dit maakte de maatschappij ervan. De samenleving moest genezen worden en niet de psychiatrische patiënten. De psychiatrische patiënten konden net helpen met het genezen van de samenleving. Mensen zouden hierdoor kunnen beseffen dat afwijkend gedrag hoort bij de kwetsbaarheid van het leven. De hele samenleving zou er zachtaardiger van worden. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

Goffman stelde psychiatrische ziekenhuizen op één lijn met andere 'totale instituties' zoals gevangenissen, kloosters en concentratiekampen. Ze werden 'totale instituties' genoemd omdat ze de mensen die erin verbleven langzaam onmenselijkten door hen te onderdrukken. Dit gebeurde door elk contact met de buitenwereld te verhinderen. Gesloten deuren, hoge muren of hekken, prikkeldraad, water en bossen rondom de psychiatrische instelling zorgden hiervoor. Binnen de instelling vond eten, slapen, werken en vrijetijdsbesteding allemaal plaats in grote groepen, op dezelfde plaats en volgens een strikt tijdschema. Na verloop van tijd verdween de persoonlijkheid van de patiënt. Een persoon met een eigen identiteit transformeerde in een afhankelijke, gedisciplineerde patiënt. Goffman was tot deze conclusie gekomen na onderzoek in verschillende Amerikaanse psychiatrische instellingen. Eén van de critici, Flip Schrameijer, schreef een boek waarin duidelijk verwoord werd hoe men in de jaren zeventig dacht over de psychiatrie. 'Mensen met problemen kwamen in een isolement terecht en werden vervolgens opgenomen in een negatieve spiraal die uiteindelijk eindigde in de psychiatrie. Hier werden de patiënten dan van hun grondrechten beroofd en ver van de bewoonde wereld opgeborgen, vaak tot de dood erop volgde. De psychiatrie liet zich gebruiken als een instrument van sociale controle.' (Verplanke & Duyvendak, 2010)

Uiteindelijk kwam het besef dat psychiatrische patiënten moesten participeren en integreren in de samenleving. Om dit te bereiken, was er wel nood aan een soort van financiering. Met het ontwikkelen van de vermaatschappelijking van de zorg was er een assortiment aan diensten nodig voor mensen met beperkingen die zelfstandig woonden. Deze diensten moesten gaan van huishoudelijke hulp tot ondersteuning en activering van de mensen bij het onderhouden van contacten of het doen van klussen in hun huis of tuin en nog veel meer. Zo ontstond de wet op de maatschappelijke integratie. Het basisidee van deze wet is dat iedereen moet kunnen participeren in de samenleving en dat mensen, die dit niet zelfstandig kunnen, ondersteuning moeten krijgen in hun leefomgeving zodat ze toch deel kunnen nemen aan de maatschappij. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

3.2.2 Vermaatschappelijking in de praktijk

Het proces van vermaatschappelijking van de zorg heeft een moeilijke start gehad in de praktijk. Er is nog steeds bijna geen sprake van zorg en ondersteuning door de buurtbewoners. Ook als de cliënt zelfstandig buiten de instelling woont, blijft de zorg vrijwel altijd verleend te worden door de instelling of andere hulpverleningsorganisaties. De wet op maatschappelijke integratie is zeer hard nodig. Tot nu toe is de vermaatschappelijking van de zorg nog te beperkt tot het 'wonen'. Niet meer in een instelling, maar zelfstandig in een gewoon huis of in geclusterde woningen met zorg. De kritiek op instellingen in de jaren zeventig richtte zich vooral op het verblijf in een instelling en veel minder op andere

aspecten binnen het leven van een psychiatrische patiënt. Men dacht eerst dat als psychiatrische patiënten in een 'normale' omgeving zouden wonen, het met de andere aspecten van integratie wel zou goed komen. Maar uit een andere vorm van wonen, komt niet meteen een andere manier van contact leggen, werken enzovoort.

Uit binnen – en buitenlands onderzoek blijkt dat 'vermaatschappelijkte patiënten' tevreden zijn met hun eigen woning omdat ze er kunnen doen en laten wat ze willen. Ze hebben meer privacy en vrijheid en dit vinden ze aangenaam. Sociale contacten met burens of kennissen en vrienden is echter minimaal. Meestal bestaan hun contacten uit lotgenoten. Men is er wel van overtuigd dat het voor kwetsbare mensen beter is om zo lang mogelijk in hun eigen huis onder 'gewone' mensen te wonen. Het helpt namelijk met het ontwikkelen van meer autonomie waardoor patiënten minder afhankelijk gaan leven. Autonomie en zelfstandigheid betekent voor 'gewone' mensen dat ze hun plan moeten trekken. Dit wordt ook verwacht van de psychiatrische patiënten dankzij de ondersteuning van hun omgeving. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

Mensen met psychiatrische beperkingen staan in sociaal en maatschappelijk opzicht vaak aan de zijkant. Dit heeft een aantal oorzaken. De psychische problemen van de mensen kunnen zo overheersend zijn waardoor het deelnemen aan de maatschappij een opgave wordt. Die maatschappij is daarbij nog eens weinig uitnodigend en zorgt op zijn beurt voor de nodige barrières voor mensen met psychische problemen en draagt soms ook aan de psychische problemen mee. De professionele ondersteuning aan mensen met psychiatrische beperkingen heeft lange tijd geïsoleerd plaatsgevonden. Deze begeleiding gebeurde afgezonderd van de samenleving en onvoldoende gericht op de participatie en integratie binnen de maatschappij. Voor de 'vermaatschappelijking van de zorg' zijn al heel wat initiatieven genomen om het maatschappelijk isolement van psychiatrische patiënten te doorbreken. Er bestaan vijf kernelementen van vermaatschappelijking van de zorg. Dit zijn dus vijf voorwaarden voor de maatschappelijke participatie van mensen met een psychiatrische beperking. Hieronder een korte opsomming van de vijf kernelementen. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

➤ **Ondersteuning in de naaste omgeving:**

Maatschappelijke participatie van mensen met psychiatrische beperkingen vraagt in de eerste plaats om zorg en ondersteuning vanuit de naaste omgeving. Een sociaal netwerk is zeer belangrijk voor psychiatrische patiënten. Psychiatrische patiënten zouden bij hun sociaal netwerk terecht kunnen voor advies, praktische hulp, emotionele steun enzovoort. Meestal nemen familieleden, vrienden, kennissen en burens deze rol in. Professionele ondersteuners hebben ook een belangrijke rol. Allereerst vanuit hun

expertise maar daarnaast ook vanuit een signalerende en coördinerende verantwoordelijkheid binnen het steunsysteem van hun cliënten. Ondersteuning aan het informele sociale netwerk, het opvullen van lege plekken in het individuele steunsysteem en het verder helpen uitbouwen van een steunend, sociaal netwerk zijn de belangrijkste taken van een professionele hulpverlener. De maatschappelijke participatie van de cliënten bevorderen vraagt ook om een zekere alertheid. Professionele hulpverleners moeten alert zijn voor initiatieven maar ook voor de wensen van de cliënten zelf bijvoorbeeld rond relaties, opleiding, werk enzovoort. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

➤ ***Eigen initiatieven en eigen ervaringen:***

Vermaatschappelijking van de zorg gaat over mensen met psychiatrische beperkingen die volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving, als echte 'volwaardige leden of burgers'. Het verwerven van deze positie (of het wegnemen van barrières daarvoor) is een belangrijk deel van het emancipatorisch proces. Als mensen zelf initiatieven nemen, krijgen ze het gevoel een invloed te hebben op hun eigen leven, toegang te krijgen tot de nodige hulpbronnen, hun rechten af te dwingen en een maatschappelijke positie te verwerven. De emancipatie van mensen met een psychiatrische stoornis heeft ook als doelstelling het hervinden van de eigenwaarde, de eigen identiteit en zelfvertrouwen. De inbreng van psychiatrische patiënten is ook belangrijk op collectief niveau. Een volwaardig lidmaatschap van de samenleving vraagt om erkenning van die ervaringen. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

➤ ***Draagvlak en beeldvorming in de samenleving:***

Een realistische en onbevooroordeelde beeldvorming over mensen met een psychiatrische stoornis draagt ook bij tot de vermaatschappelijking van de zorg. Dit betekent dat er een accepterend beeld moet zijn van de burgers naar psychiatrische patiënten toe en dat andere burgers deze patiënten hier ook in moeten ondersteunen. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

➤ ***Ondersteuning bij sociale en maatschappelijke participatie:***

Mensen met psychiatrische stoornissen willen ook meedoen aan het maatschappelijk leven. Langs de andere kant willen ze ook dat er nog steeds rekening gehouden wordt met hun psychische conditie. Elke soort van hulpverlening moet laagdrempeliger gemaakt worden zodat psychiatrische patiënten geen barrière meer ondervinden in de weg naar hulp. Aanpassingen van onderwijs – en arbeidsomstandigheden horen hier ook bij. Verder is de nood aan sociale contacten erg groot. Ontmoetingen,

vriendschappelijke contacten en relatievorming worden belangrijk geacht binnen de vermaatschappelijking. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

➤ **Sturing en organisatie:**

Vermaatschappelijking van de zorg vraagt om sturing en organisatie. Allereerst op uitvoerend niveau. Verschillende innovatieve werkwijzen en samenwerkingsverbanden moeten aangegaan worden inzake de maatschappelijke ondersteuning aan psychiatrische patiënten. Op regionaal niveau moet er een gezamenlijke beleidsontwikkeling gevormd worden van lokale en regionale organisaties. Deze beleidsontwikkeling moet gericht zijn op het bevorderen van de toegankelijkheid van de eigen voorzieningen voor elkaar en voor mensen met psychiatrische beperkingen. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

Vermaatschappelijking van de zorg klinkt erg positief maar het heeft anderzijds ook wel een negatieve kant. Deze negatieve kant bestaat erin dat binnen de geestelijke gezondheidszorg niet snel meer gekozen wordt voor institutionele zorg, waarin een woonplaats, zorg, behandeling, dagbesteding enzovoort vanuit één voorziening op één plaats wordt aangeboden. Er wordt minder snel beslist om mensen langdurig op te nemen in een psychiatrische instelling. Het aantal kortdurende opnames neemt wel nog steeds toe. Deze ontwikkeling geeft overigens wel problemen wanneer alternatieve ondersteuning in de eigen omgeving ontbreekt of onvoldoende snel geregeld wordt. Dak – en thuisloosheid van mensen met ernstige psychiatrische problematieken is soms een gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg en dit komt grotendeels door tekortkomingen in de zorg. Vermaatschappelijking van de zorg gaat over het ontwikkelen van een alternatief, meer genormaliseerd en maatschappelijk ondersteuningsaanbod. Sommigen zien deze dak – en thuisloosheid als een falen van dit proces. Anderen zien het dan weer als een extra aansporing voor het opbouwen van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod dat mensen in de gelegenheid stelt een eigen, waardig leven te leiden. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

3.2.3 Ervaringen van hulpverleners en hulpverleningsorganisaties

Uit onderzoek onder vertegenwoordigers van financiers, aanbieders en organisaties, de zogenoemde beleidsactoren, is als eerste naar voren gekomen dat het centrale uitgangspunt van het beleid – het vergroten van de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen – volop wordt gesteund. Ook het streven naar behoud of herstel van een zelfstandig bestaan en het creëren van extramurale voorzieningen wordt aangewezen. Deze actoren stellen zich wel de vraag bij de haalbaarheid van de vermaatschappelijking van de zorg. De meerderheid van deze actoren geeft aan dat samenwerking en afstemming noodzakelijk is. Maar de verschillen tussen deze

beleidsactoren blijken te groot te zijn op diverse levensdomeinen (zorg, maatschappelijke dienstverlening, wonen) om te komen tot een integraal, samenhangend aanbod. De samenwerking tussen deze actoren lijkt zich te beperken tot sporadische contacten rond tijdelijke projecten of voorzieningen. Samenwerking en afstemming komt het meest tot stand tussen organisaties die op dezelfde manier gefinancierd worden of zich richten tot dezelfde doelgroep. Dit betekent dat op lokaal niveau de door de lokale overheid gesubsidieerde organisaties voor welzijnswerk en maatschappelijke dienstverlening meer met elkaar gaan samenwerken dan met privé organisaties. Deze privé organisaties gaan op hun beurt ook liever samenwerken met collega – organisaties die voor dezelfde doelgroep werken. (Koops & Kwekkeboom, 2005) Hulpverleners twifelen ook aan de acceptatie van mensen met psychische beperkingen door de samenleving, ook als deze mensen, ondanks hun beperking, zelfstandig wonen. Zo ontstaat er bijvoorbeeld heel wat ophef als psychiatrische patiënten in een buurt gaan wonen. De buurtbewoners hebben nauwelijks contact met de psychiatrische patiënten en blijven liever uit hun buurt. (Van Audenhove, Van Humbeek, & Van Meerbeek, 2005)

Men is duidelijk van mening dat er dringend werk moet worden gemaakt van alternatieve vormen van zorg voor diegenen die nu al jarenlang opgenomen zijn in de psychiatrische instellingen. Hulpverleners denken dan aan kleinschalige voorzieningen in de gemeenschap met een ruime personeelsbezetting waarin de beste kenmerken van zorg in een psychiatrische instelling gecombineerd worden met de beste kenmerken van residentiële zorg. (Van Audenhove, Van Humbeek, & Van Meerbeek, 2005)

3.2.4 De visie van de minister

'Vermaatschappelijking van zorg is geëvolueerd tot een containerbegrip. Iedereen denkt te weten waarover het gaat, maar geeft er een eigen invulling aan.' (Everaert, Vanempten, & Vanhaeren, 2015, p. 1)

De Vlaamse minister van Welzijn omschrijft in 2013 het begrip vermaatschappelijking van de zorg als een verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronische zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags – en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een zinvolle plek te geven in de samenleving. Deze mensen moeten hier in gesteund worden waar nodig en de zorg moet zoveel mogelijk geïntegreerd worden in de maatschappij. De minister verwijst naar de ongelooflijke kracht van de informele zorg en betreft hierbij meer dan 600 000 mantelzorgers. (Everaert, Vanempten, & Vanhaeren, 2015) De mantelzorg in het informele zorgcircuit wordt door iedereen als belangrijk beschouwd. Het wordt bekeken als een meerwaarde omdat het de druk op het

professionele zorgcircuit verlicht en het belang van sociale netwerken erkent. Veel mensen met een zorgnood verkiezen ook om thuis te blijven en daarom is de mantelzorg zo belangrijk. Toch is er een daling van het aantal mantelzorgers. De overheid erkent het belang van de mantelzorg en probeert het te stimuleren door mantelzorgpremies uit te reiken. (Verschuere, 2014) Een mantelzorger zijn brengt heel wat taken en verantwoordelijkheden met zich mee. Dit is deels ook de reden waarom het aantal mantelzorgers gedaald is. Hieronder een opsomming van de obstakels waarmee een mantelzorger kan geconfronteerd worden. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)

- Taakbelasting: De zorg voor een psychisch ziek familielid brengt extra taken met zich mee zoals het toezicht op medicatiegebruik van de patiënt, de fysieke verzorging, het beheer van het financiële aspect en de zorg voor zijn of haar vervoer. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)
- Financiële situatie: De kosten voor de medische en niet – medische verzorging kunnen hoog oplopen. Ook het inkomen op zich wordt aangetast, bijvoorbeeld wanneer de mantelzorger een loopbaanonderbreking moet nemen. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)
- Emotionele belasting: Het is emotioneel erg zwaar om voor een zorgbehoevende te zorgen. De emoties kunnen hoog oplopen in een confrontatie met de psychische ziekte en het soms vreemde gedrag van de patiënt. Gezinsleden van de psychiatrische patiënt voelen zich vaak verdrietig omdat ze in de patiënt hun vroegere partner, kind of ouder niet meer herkennen. Ook het contact met de buitenwereld kan voor schaamtegevoel zorgen door het gedrag van de patiënt. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)
- Sociale leven: Het zorgen voor de psychiatrische patiënt heeft een impact op de vrije tijd en op de sociale activiteiten van gezinsleden. Ook het professioneel leven van de mantelzorgers kan door de situatie beïnvloedt worden. Door de problemen kan men het moeilijk vinden om geconcentreerd te blijven tijdens de werkuren.(Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)
- Gezinsrelaties: Het instaan voor een zorgbehoevende kan ook zeer belastend zijn voor de relaties tussen gezinsleden. In sommige gevallen groeien gezinsleden meer naar elkaar toe omdat de gedeelde zorgervaring meer communicatie over aspecten van het leven mogelijk maakt. In andere gevallen kan dit een grotere afstand betekenen tussen de gezinsleden omdat men van mening verschilt over de zorg van de patiënt. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)
- Interacties met de zorgsystemen: Het gebrek aan informatie, het gebrek aan aandacht voor het gezin, het gebrek aan betrokkenheid bij residentiële

behandelingen zijn stresserend en belastend voor de mantelzorgers. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)

Tegenover deze mooie intenties heerst er ook een duidelijke tegenspraak. Er wordt namelijk gesproken van de individualisering van de samenleving. Jonge gezinnen moeten voltijds gaan werken omwille van de toenemende kosten van het dagelijks leven. Het beleid wil de vergrijzing tegengaan door oudere werklozen te activeren en de pensioenleeftijd omhoog te halen. Jonge kinderen zullen meer naar de betaalde opvang moeten gaan omdat hun grootouders nog aan het werk zijn. Ook de grootouders zullen sneller gebruik moeten maken van professionele hulp omdat hun kinderen langer aan het werk zijn en bijgevolg geen tijd hebben om voor hun ouders te zorgen. (Everaert, Vanempen, & Vanhaeren, 2015)

3.3 Het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten

Over de maatschappelijke participatie van zelfstandig wonende mensen met lichamelijke of psychische beperkingen is weinig kennis of informatie beschikbaar. De informatie die wel beschikbaar is, komt vooral uit kleine onderzoeken onder specifieke groepen. Uit deze onderzoeken is naar voren gekomen dat ook mensen met lichamelijke of psychiatrische beperkingen minder deelnemen aan de arbeidsmarkt, minder geld te besteden hebben, een beperkter sociaal netwerk hebben en minder uitgaan dan mensen zonder dit soort problematieken. Wat we ook kunnen constateren, is dat de deelname aan de samenleving samenhangt met de psychiatrische patiënten hun woonsituatie en hun autonomie. (Kwekkeboom, de Boer, van Campen, & Dorrestein, 2006)

Verplanke & Duyvendak (2010) schrijven in het boek 'onder de mensen?' de resultaten van een onderzoek naar het zelfstandig wonen en leven van psychiatrische patiënten. De psychiatrische patiënten, die geïnterviewd werden, wonen nu zelfstandig. Ze krijgen vrijwel allemaal ambulante hulp van een psychiatrische instelling. Woonbegeleiders komen bij de mensen thuis om hen te ondersteunen bij het zelfstandig wonen. Alle respondenten zeggen dat het hun eigen wens was om zelfstandig te gaan wonen. Zij voelden zich er niet toe gedwongen of moreel verplicht door hulpverleners of familieleden. Ik heb getracht een korte samenvatting te maken van dit boek om de obstakels van psychiatrische patiënten in de samenleving te schetsen. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

We zien dat weinig respondenten met een psychiatrische stoornis betaald werk hebben. Sommigen hebben een parttime baan of zijn tewerkgesteld via een sociale werkvoorziening. De meeste psychiatrische patiënten zijn actief als vrijwilliger. Voor de één is dat de belangrijkste bezigheid van de dag, voor de ander is het dan weer een mogelijkheid om sociale vaardigheden te oefenen. Alle geïnterviewden geven aan dat ze gevoelig zijn

voor grote druk. Daarom werken ze parttime of doen ze vrijwilligerswerk. Sommigen hebben al verschillende banen gehad, maar moesten hier telkens weer mee stoppen, omdat het niet meer ging. Hun dagelijks bestaan wordt enorm beïnvloedt door de psychische problemen waarmee ze kampen. Als psychiatrische patiënten zelfstandig gaan wonen, merken we dat ze niet veel contact hebben met hun burens of naaste omgeving. Op één persoon na, die het gevoel heeft dat mensen hem uit de weg gaan vanwege zijn psychische beperking, voelt niemand zich daardoor uitgesloten. Opvallend is dat de respondenten, waarvan de psychiatrische problematiek zich meer op de achtergrond bevindt, meer contacten hebben met hun omgeving. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

De meeste psychiatrische patiënten hebben een beperkt sociaal netwerk. We kunnen constateren dat de respondenten, waarvan de levenssituatie minder problematisch en zelfstandiger is, een uitgebreider netwerk hebben dan de respondenten waarbij contacten met hulpverleners op de voorgrond staan. Veel psychiatrische patiënten hebben het al moeilijk genoeg om zelfstandig te wonen, bijgevolg hebben ze weinig energie of interesse in het onderhouden van hun contacten. Als we dit sociaal netwerk eens ontleden, zien we dat de meeste contacten bestaan uit hulpverleners en familieleden. De psychiatrische patiënten hebben weinig vrienden en deze zijn meestal lotgenoten. Wat zij het meest in de vriendschap met lotgenoten waarderen is het onderlinge begrip. Toch zijn er psychiatrische patiënten die liever niet met lotgenoten gezien worden. Zij willen liever omgaan met 'normale' mensen omdat ze hun al snel gestigmatiseerd voelen in het bijzijn van andere psychiatrische patiënten. (Verplanke & Duyvendak, 2010)

3.4 Ouderen met een psychiatrische stoornis

Een groot deel van de ouderen ervaren geen of weinig chronische problemen binnen hun functioneren. Zij zorgen voor zichzelf, voor hun eigen kwaliteit van leven en voor anderen. Het zelfstandig kunnen functioneren is erg belangrijk voor ouderen. Het bepaalt namelijk de zorgbehoefte en de mogelijkheid om thuis te blijven wonen. De bedreiging of aantasting van het vermogen tot zelfzorg zorgt voor stoornissen in het functioneren. Bij het toenemen van de leeftijd neemt de kans op het krijgen van functiestoornissen toe, net als de kans op ziekten. Binnen de stoornissen in het functioneren kunnen er drie begrippen worden onderscheiden namelijk stoornis, beperking en handicap. Stoornissen en beperkingen zijn individugebonden, de handicap verwijst naar maatschappelijke gevolgen en de context. Ze hebben alle drie gemeen dat de oudere cliënt iets niet meer zelf kan. De mate waarin iemand iets niet kan, speelt altijd een rol bij functiestoornissen. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Er zijn heel wat psychiatrische stoornissen waarmee ouderen kunnen geconfronteerd worden. Deze psychiatrische stoornissen zijn net hetzelfde voor mensen uit andere leeftijdscategorieën. Toch zijn er bepaalde stoornissen waar ouderen sneller mee kunnen geconfronteerd worden. Hieronder een opsomming van de verschillende psychiatrische stoornissen waar veel ouderen mee kunnen geconfronteerd worden. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Depressieve stoornissen:

Depressies zijn een veelvoorkomend probleem bij ouderen. Het herkennen van depressies bij ouderen wordt vaak onderschat. Dit komt doordat een depressie vaak samen gaat met andere ziektebeelden, zoals dementie of de ziekte van Parkinson. Er is bijna altijd een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren aanwezig. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Mensen die depressief zijn, zien het leven somber in en laten dit merken door te klagen. Dit gebeurt vooral als ze gestresseerd zijn. In zulke situaties kunnen ze al snel uitspraken doen als: 'Ik wou dat ik dood was' of: 'Ik ben het niet waard om verzorgd te worden.' Depressieve mensen willen niets ondernemen, ze hebben geen energie en vaak vermijden ze ook leuke activiteiten. Wat nog een aandachtspunt is om een depressie te herkennen is een slechte zelfverzorging. Mensen die zichzelf niets waard vinden, hebben geen zin om zichzelf goed te verzorgen. (Hazelhof & Verdonschot, 2011)

Angststoornissen:

Angst komt veel voor bij ouderen. Het wordt echter regelmatig niet herkend, mede doordat de klachten nogal vaak op lichamelijk vlak zijn. De oorzaak van de angst is ook hier meestal

een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Mensen met angststoornissen hebben vooral moeite met relaties. Ze lopen ook op de zaken vooruit zoals zij dit willen en dringen hun mening op aan anderen, omdat ze anders bang worden. Dit kan allerlei vormen aannemen. De afhankelijke persoon wil dat de hulpverlener bij hem blijft en alles voor hem beslist. De cliënt met een vermijdende angststoornis zal moeite doen om de hulpverlener nooit iets in de weg te leggen of tegen te houden. De persoon met een obsessieve stoornis probeert de hulpverlener zijn schema op te leggen, bijgevolg moet de hulpverlener zich hier ook aan houden. Dit komt anders bedreigend over naar de psychiatrische patiënt toe. (Hazelhof & Verdonschot, 2011)

Apathie:

Apathie is een stoornis waarbij de motivatie om iets te doen ontbreekt of sterk is afgenomen ten opzichte van de motivatie op vroegere leeftijd. Het verlies van de motivatie gaat meestal ook gepaard met het verlies van interesses en emoties. Apathie komt vaak voor bij dementie of bij psychische aandoeningen, zoals een depressie. Apathie kan verschillen in de ernst en kan leiden tot een volledige afhankelijkheid van de mantelzorgers of een permanente opname in een rust – en verzorgingstehuis. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Een veel voorkomend probleem bij ouderen die apathisch reageren is de inactiviteit. Het is moeilijk om de oudere weer in beweging te krijgen omdat deze schrik hebben voor teleurstellingen. Een ander probleem, vooral in rust – en verzorgingstehuizen, is dat het personeel apathisch gedrag niet als een probleem ervaart. In een omgeving waar veel werk en weinig personeel is, zijn ‘rustige’ ouderen erg gemakkelijk. (Hazelhof & Verdonschot, 2011)

Psychotische stoornissen:

Psychotische symptomen kunnen een onderdeel zijn van de primaire psychosen zoals schizofrenie of waanstoornissen of deel uitmaken van een primaire niet- psychotische stoornissen zoals dementie. Mensen met psychotische stoornissen zijn vaak ook erg angstig. (Bakker, Diesfeldt, & Sipsma, 2010)

Neurocognitieve stoornissen:

Het woord ‘dementie’ wijst op een proces waarbij steeds meer problemen ontstaan door een ziekte van de hersenen. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Kwaadheid, ontkenning, wantrouwen, depressie of onverschilligheid zijn gevoelens of uitingen die vaak voorkomen bij personen met dementie. Dit kan een deel zijn van de ziekte, maar het is vaak een normale reactie op de confrontatie met heel veel verlies. In het begin wordt dit verlies met wisselend besef beleefd, afhankelijk van het type

dementie. Dit veroorzaakt heel wat pijn, frustratie en angst. Hoe iemand hiermee omgaat is afhankelijk van iemands persoonlijkheid, verleden en de omgang van de omgeving. (Foton, 2010 - 2015)

DSM – 5 heeft de term ‘dementie’ vervangen door neurocognitieve stoornis. DSM is de afkorting van ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen. Dit is met andere woorden een handboek waarin alle psychiatrische stoornissen staan vermeld. Hiermee wil men duidelijk maken dat de cognitieve stoornissen (uitval van hersenfuncties) die bij dementie horen een gevolg zijn van een hersenaandoening of hersenziekte. Aangezien de DSM-5 nog erg nieuw is, wordt er in de praktijk nog veel met DSM-IV gewerkt, en daarmee met de term ‘dementie’. Om misverstanden te vermijden, wordt er in dit eindwerk ook met de term ‘dementie’ gewerkt. (Volksgezondheid, 2014)

3.5 De omgang en relatie tussen psychiatrische patiënten en hun hulpverleners.

We zien dat psychiatrische patiënten heel wat nood hebben aan ondersteuning, zowel op het gebied van huisvesting, huishouden, lichamelijke gezondheid en psychisch welbevinden tot dagelijkse bezigheden zoals sociale contacten, onderwijs en financiën. Er zijn enkele behoeften van psychiatrische patiënten die het meest als onvervuld worden aangemerkt. Als we deze behoeften op een rij plaatsen, springen er vier categorieën bovenuit. In de eerste plaats is er vaak een onvervulde behoefte aan steun in de omgang met een psychiatrische beperking en de gevolgen hiervan (psychiatrische symptomen, somberheid of angsten, eenzaamheid, verdriet enzovoort). In de tweede plaats zouden psychiatrische patiënten graag meer hulp krijgen bij pogingen tot herstel. Dit houdt in dat psychiatrische patiënten willen geholpen worden in het verwerken en plaatsen van het verleden, ontdekken wat men wil in het leven, zelfvertrouwen opbouwen en meer voor zichzelf leren opkomen. Een derde categorie gaat over het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties. Er is een grote behoefte aan sociale acceptatie en integratie, aan geaccepteerd te worden in de samenleving en 'erbij te horen'. Op de vierde plaats bestaat er een behoefte aan ondersteuning bij het vinden en behouden van zinvolle bezigheden. Kortom zijn de wensen van mensen met een psychische beperking niet anders dan die van 'andere' mensen, maar hun levenskwaliteit is meer beperkt. De ondersteuningsbehoeften hebben vooral betrekking op herstelgerichte zorg. Ondersteuning en begeleiding in het omgaan met de beperking en de gevolgen daarvan en hulp bij pogingen tot persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel behoren tot deze herstelgerichte zorg. (van Hoof, Geelen, van Rooijen, & van Weeghel, 2004)

In de psychiatrie kunnen we verschillende spanningsvelden van waarden en normen onderscheiden naargelang de personen die erbij betrokken zijn, bijvoorbeeld patiënten, familie, hulpverleners, administratief en logistiek personeel, directie enzovoort. Er kunnen spanningsvelden ontstaan tussen deze verschillende groepen of binnen de groepen zelf. Er ontstaan heel wat spanningen tussen de cliënt enerzijds en de hulpverleners of het team anderzijds. Als de hulpverleners met een spanningsveld geconfronteerd worden, kunnen ze verschillende stappen zetten om op een ethisch verantwoorde manier te handelen. Er zijn drie algemene regels voor het omgaan met spanningen van waarden en normen tussen de cliënt en hulpverlener. Allereerst staat het respecteren van de persoon als cliënt centraal. Vervolgens het bespreekbaar maken van de waarden, normen en regels van de cliënt en hulpverleners. Tenslotte hebben we nog het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid. (Liégeois, 1994)

Wat erg belangrijk is binnen de relatie tussen de psychiatrische patiënt en de hulpverlener is betrouwbaarheid. Het gaat hier dan om een positieve en actieve binding tussen patiënt en hulpverlener en de daarbij horende emotionele kant. Het slaafs volgen van de mening of kant van de patiënt wordt in de psychiatrie ervaren als een slechte zaak. In de psychiatrie gaat het niet om gewone of normale mensen. 'Gewone' mensen kunnen mondig en geëmancipeerd zijn, ook al hebben zij problemen of conflicten. In de psychiatrie kan er niet echt gesproken worden van mondigheid. Hoe kan een patiënt namelijk mondig zijn als hij verwarrende en niet verstaanbare woorden uitspreekt. Mondigheid en emancipatie vormen een belangrijke basis voor een volwassen hulpverleningsrelatie maar in de psychiatrie bestaat dit niet. Hierdoor is werken met psychiatrische patiënten emotioneler, meer beladen en bijgevolg moeilijker om mee om te gaan. Betrouwbaar zijn tegenover psychiatrische patiënten is dus erg belangrijk en toont zich in allerlei kleine alledaagse dingen. Trouw uit zich in het nakomen van afspraken, het zich houden aan de medicatie, het op tijd waarschuwen voor veranderingen, het op tijd aankondigen van eventuele belangrijke gebeurtenissen enzovoort. Psychiatrische patiënten gaan de drang voelen om zelfstandig en onafhankelijk te zijn, dit zal bijgevolg leiden tot manoeuvres die de relatie onder spanning zal zetten. Meestal gebeurt dit geleidelijk aan en verspreidt over een bepaalde tijdspanne waardoor de relatie in stand blijft. Er zijn drie elementen die de trouw in een hulpverleningsrelatie kan beïnvloeden. Hieronder een opsomming van deze elementen. (Offerhaus, 1993)

- Bij de patiënten speelt de aard van de psychiatrische stoornis een rol. Persoonlijkheidsstoornissen, vooral agressief of afhankelijk gedrag, kunnen een negatieve invloed hebben op de trouw. (Offerhaus, 1993)
- Bij hulpverleners zien we dat ijdelheid en hooghartigheid trouw afstoten, maar dat ook angst het onmogelijk kan maken om trouw tot stand te brengen. (Offerhaus, 1993)
- Wat de omgeving betreft, bleek de familie of het ontbreken ervan de belangrijkste factor. (Offerhaus, 1993)

Besluit

Welke problemen ervaren hulpverleners in het werken met psychiatrische patiënten?

Steeds meer mensen bereiken een hogere leeftijd en het aantal dementerenden in rusthuizen neemt meer en meer toe. De verzorging van deze bewoners wordt vooral door verzorgenden gedaan. Er is weinig bekend over de wijze waarop verzorgenden met dementerenden omgaan en welke problemen zij daarbij ervaren. Uit buitenlands onderzoek is naar voren gekomen dat de zorg voor dementerende ouderen gevoelens van machteloosheid, nutteloosheid en onzekerheid oproept. Twee medewerkers van Verpleeghuis 'De Amstelhof' in Amsterdam hebben een verkennend onderzoek gedaan naar de omgang met dementerende verpleeghuisbewoners door verzorgenden en de problemen hierbij. Tijdens dit onderzoek zijn er twee soorten problemen naar boven gekomen. Ten eerste problemen met specifieke gedragingen zoals agressief, aanstootgevend of depressief gedrag. Ten tweede zijn er meer algemene problemen in het omgaan met deze bewoners, zoals omgangsproblemen tijdens de ochtendzorg, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en problemen door gebrek aan waardering van de cliënten. Verzorgenden vinden vooral het omgaan met specifieke gedragingen erg moeilijk. Velen van hen geven aan dat zij moeite hebben met agressief gedrag, zeker als het fysiek is en het dreigen met fysiek geweld. Ook aanstootgevend gedrag (bijvoorbeeld naaktlopen, smeren met ontlasting, urineren op willekeurige plaatsen), depressief gedrag (zoals het uiten van doodswensen) en angstig gedrag is voor veel verzorgenden erg moeilijk om mee om te gaan. (Kerkstra & Bilsen, 1999)

Een ander onderzoek gaat eerder in op de richtlijnen rond het werken met dementerende ouderen en de mogelijke risico's als deze richtlijnen niet gevolgd worden. Daarnaast beschrijft men ook hoe de risico's aanzienlijk verkleind kunnen worden. De risico's kunnen verkleind worden als verzorgenden een duidelijke visie hebben over dementiezorg. Een verkleining van de risico's kan ook ontstaan wanneer hulpverleners methodisch en multidisciplinair te werk gaan. Er moet ook voldoende deskundigheid en kennis zijn over dementie. In de interviews werd aan de experts gevraagd welke goede interventies zij kenden om onbegrepen gedrag aan te pakken. De algemene reactie op deze vraag was dat er in de eerste plaats vooral gekeken moet worden naar de individuele kenmerken van de bewoner en het gedrag. Onbegrepen gedrag kan vele oorzaken hebben, en afhankelijk van de oorzaak of de aanleiding van het gedrag worden in de praktijk de meest creatieve interventies verzonden. In het algemeen werd scholing van verzorgenden over dementie en onbegrepen gedrag genoemd als een manier om de zorg voor mensen met dementie en in het bijzonder mensen met dementie en onbegrepen gedrag te verbeteren. (Zwijssen, de Lange, Pot, Mahler, & Minkman, 2013)

Hazelhof & Verdonschot beschrijven in hun boek 'gedragsproblemen bij ouderen' met welke obstakels de verzorgenden van ouderen met psychiatrische problemen kunnen geconfronteerd worden. Verzorgenden of andere helpers hebben het moeilijk om mensen met een depressie te motiveren omdat depressieve mensen niets willen ondernemen. Als verzorgenden iets interessant of leuk aanbieden, reageren de cliënten door te zeggen dat het toch niets zal worden. De cliënten raken ook snel in een woordenwisseling met de verzorgenden. Vaak is de vraag of ze wel of iets niet zelf kunnen, de oorzaak van dit conflict. Verzorgenden hebben het ook moeilijk om mensen die apathisch gedrag vertonen, terug in beweging te krijgen. Omgaan met mensen die in een psychose verkeren is ook niet vanzelfsprekend. Zelfverwaarlozing, agressie en conflicten kunnen optreden. De psychiatrische patiënten kunnen zich door hun hallucinaties of door hun wanen afsluiten van de buitenwereld. Bijgevolg kunnen de cliënten hun omgeving beschadigen. De cliënt denkt bijvoorbeeld bestraald te worden vanuit de stopcontacten en sloopt bijgevolg de elektronica uit de muur. Het is moeilijk om voor verzorgenden of andere helpers om te gaan met psychiatrische patiënten, die geconfronteerd worden met angststoornissen. Verzorgenden of andere hulpverleners zijn snel geneigd om mensen met angststoornissen gerust te stellen. Dit is echter goed bedoeld, maar het kan de cliënt nog angstiger maken. (Hazelhof & Verdonschot, 2011)

4. Praktijkgedeelte

Inleiding

In het praktijkgedeelte ga ik eerst mijn onderzoeksmethode en dataverzameling toelichten. Hierna bespreek ik de resultaten en conclusies van mijn onderzoek. De respondenten werden bevraagd over hun ervaringen en eventueel problemen in de omgang met psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Eerst werd er een algemene vraag gesteld, hierdoor konden de respondenten hun verhaal vertellen. Vervolgens werd er dieper ingegaan op de communicatie, relatie, basiskennis en vormingen rond psychiatrische patiënten. Elke respondent heeft een regelmatig contact met psychiatrische patiënten en heeft de mogelijkheid om vanuit eigen invalshoek een antwoord te bieden op de open bevraging omtrent de obstakels. Tenslotte doe ik ook nog aanbevelingen naar het werkveld toe en geef ik suggesties voor eventueel verder onderzoek rond psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten.

4.1 Onderzoeksmethode

Omdat ik meer te weten wil komen over de belevingen en obstakels die medewerkers van de thuisdiensten ervaren, in de omgang met psychiatrische patiënten, maak ik gebruik van een kwalitatief onderzoek. Tijdens mijn onderzoek ga ik gebruik maken van diepte - interviews, zodat ik zelf nog bijkomende vragen kan stellen en flexibel kan inspringen op de informatie van de respondenten. Om dit te bereiken ga ik gebruik maken van een semi – gestructureerde vragenlijst. Door open vragen te stellen kan het interview al snel een andere wending nemen, waardoor de kans bestaat dat ik nog meer te weten zal komen over de belevingen van de respondenten.

De onderzoekspopulatie bestaat uit enkele verzorgenden en huishoudelijke medewerkers die werken met psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Het is onmogelijk om alle medewerkers van de thuisdiensten, die in contact komen met psychiatrische patiënten, te bevragen. Ik trek dus een steekproef uit al deze medewerkers en ik bevraag enkele verzorgenden en huishoudelijke medewerkers die regelmatig in contact komen met psychiatrische patiënten. Deze medewerkers hebben een goed beeld over de verschillende obstakels waarmee hulpverleners kunnen geconfronteerd worden. De medewerkers van de thuisdiensten hebben op voorhand al te horen gekregen dat ik graag interviews wil afnemen en ze willen allemaal graag meewerken aan mijn onderzoek. Binnen de dienst bestaat er een lijst waarop alle cliënten van de thuisdiensten vermeld staan. Bij deze cliënten staat ook steeds vermeld met welke problematiek ze geconfronteerd worden. Bijgevolg kan ik de cliënten met een psychiatrische stoornis selecteren en nadien de hulpverleners van deze cliënten contacteren.

Op voorhand kan ik nog niet zeggen hoeveel medewerkers ik ga bevragen. Dit hangt af van de informatie die ik zal verkrijgen. Ik weet niet of de medewerkers ongeveer hetzelfde gaan vertellen of erg tegenovergestelde belevingen ervaren. Bijgevolg weet ik niet of ik de saturatie zal bereiken.

4.2 Dataverzameling

Voor mijn onderzoek heb ik in totaal 11 respondenten geïnterviewd, bestaande uit 8 verzorgenden en 3 huishoudelijke medewerkers. Deze respondenten heb ik geselecteerd uit een lijst waarop alle cliënten met hun hulpverleners vermeld staan. Ik heb gebruik gemaakt van een theoretisch selecte steekproef, hierbij heb ik een kleine selectie gemaakt van typerende gevallen. Ik heb gekozen voor respondenten waarvan ik dacht dat ze het probleem het best konden representeren. De verzorgenden die ik heb bevroegd, hebben heel wat ervaring met psychiatrische patiënten. De huishoudelijke medewerkers zijn zowat de enige medewerkers van de poetsdienst die bij psychiatrische patiënten worden geconfronteerd. Hierdoor kon ik er dus niet meer bevragen. De reden hiervoor is dat er meestal gezinszorg wordt opgestart bij psychiatrische patiënten omdat zij meer begeleiding nodig hebben. Bijgevolg komen er meer verzorgenden in contact met psychiatrische patiënten dan huishoudelijke medewerkers. Mijn onderzoeksuitspraken gelden enkel voor de respondenten die ik heb bevroegd. Er is hier dus sprake van een interne validiteit. Het gaat namelijk over de belevingen en gevoelens van de respondenten en dit is voor de meeste respondenten verschillend. Bijgevolg kan ik deze onderzoeksresultaten niet uitspreken over alle medewerkers van de thuisdiensten, ze gelden enkel voor de onderzoekseenheden die ik heb onderzocht. De interviews zijn verlopen via een semi – gestructureerde vragenlijst. Ik had een vaste, eerste vraag die ik bij aanvang van het interview stelde. Hierna waren de vragen afhankelijk van de antwoorden die ik verkreeg. Er waren enkele onderwerpen die zeker aan bod moesten komen, zoals de bijscholingen die de respondenten moeten volgen en hun ervaringen hiermee. Verder verliepen de interviews erg flexibel, ik speelde in op hetgeen de respondenten me vertelden.

Tijdens het bevragen van de respondenten merkte ik op dat heel wat respondenten geen problemen ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Toch kwamen er tegenovergestelde reacties van de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers toen er op voorhand vermeld werd dat mijn onderzoek ging over psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Het leek toen alsof er toch wel wat problemen waren in de omgang met psychiatrische patiënten. Ook van de begeleidende maatschappelijk assistenten hoor ik dat er regelmatig problemen ontstaan tussen de verzorgenden en/of huishoudelijke medewerkers en de psychiatrische patiënten. Deze situatie heeft te maken met de sociale wenselijkheid. Heel wat respondenten ervaren wel degelijk problemen in de omgang met

psychiatrische patiënten maar willen dit liever niet vermelden omdat ze antwoorden volgens, wat zij denken, dat de norm is. Hierdoor kan ik vaststellen dat mijn data niet helemaal betrouwbaar en geldig is. Met andere woorden is er sprake van een minder betrouwbare instrumentele validiteit.

4.3 Resultaten

4.3.1 Algemene opmerkingen

Opmerkingen rond structuur

Het eerste obstakel waar de respondenten mee geconfronteerd worden, is dat psychiatrische patiënten nood hebben aan structuur. Dit hebben ze opvallend meer nodig dan zorgbehoevenden zonder psychiatrische problematiek. Alles moet op een exact tijdstip gebeuren anders kunnen de psychiatrische patiënten kwaad, verward of agressief worden. Verzorgenden worden meer met dit obstakel geconfronteerd dan huishoudelijke medewerkers.

Voorbeelden:

- Een verzorgende komt op maandag, woensdag en vrijdag bij een psychiatrische patiënt. Tijdens deze uren moet de verzorgende boterhammen maken voor de komende dagen. Als de verzorgende dit niet doet, kan de psychiatrische patiënt erg verward en kwaad worden.
- Een psychiatrische patiënt vraagt aan de verzorgende om haar schoenen te poetsen. Er staat een hele rij schoenen klaar. De verzorgende begint hieraan, een uur later is de verzorgende klaar. De psychiatrische patiënt vraagt nu of de verzorgende nog snel boodschappen kan gaan doen. De verzorgende zegt dat dit niet meer lukt. De psychiatrische patiënt reageert erg verward en weet even niet wat doen, dit was niet hoe zij het had gepland.

Enkele psychiatrische patiënten kunnen helemaal niet omgaan met structuur. Ook hier ervaren de verzorgenden obstakels mee. De verzorgenden accepteren dit maar zorgen toch voor een bepaalde structuur die ze onderling met elkaar afspreken. Ze houden er rekening mee dat de psychiatrische patiënt deze structuur niet merkt.

Voorbeelden:

- Twee verzorgenden komen afwisselend bij dezelfde psychiatrische patiënt. Elke ochtend vraagt de psychiatrische patiënt of de andere verzorgende iets in het communicatieschriftje genoteerd heeft. Als blijkt dat hier bepaalde taken staan neergeschreven, zal de psychiatrische patiënt de verzorgende zodanig bezig houden dat de verzorgende haar taken niet kan volbrengen. Bijgevolg houden de verzorgenden elkaar op de hoogte door te sms'en of te bellen. Zo weten ze van elkaar wat er al gebeurt is en wat er eventueel de volgende dag moet gebeuren. Op deze manier merkt de psychiatrische patiënt er niets van en kunnen de verzorgenden hun werk doen.

Opmerkingen rond psychiatrische patiënten met angststoornissen

Enkele psychiatrische patiënten met angststoornissen sluiten alle deuren eens de verzorgenden het huis betreden. De verzorgenden voelen zich niet bedreigd maar ervaren toch een beangstigend en onrustig gevoel. Het bespreken van hun gevoel met de psychiatrische patiënt heeft bijna geen effect. Hier ervaren de verzorgenden ook obstakels mee.

Voorbeelden:

- Als de verzorgende 's morgens binnen komt, wordt de poort gesloten. Alle kamers die de verzorgende nadert, worden nadien gesloten. De verzorgende heeft dit al eens bespreekbaar gemaakt met de psychiatrische patiënt. De verzorgende heeft gezegd dat zolang zij daar is, er niets kan gebeuren omdat ze met twee zijn. Soms gaat de psychiatrische patiënt hier op in en laat hij de deuren open, een andere keer weer niet.
- De verzorgende komt binnen en alle deuren worden gesloten. De verzorgende geeft aan een beangstigend gevoel te hebben. Er zijn ook nergens sleutels te vinden in het huis. Deze sleutels houdt de psychiatrische patiënt altijd bij zich.

Opmerkingen rond afwezigheden van verzorgenden of huishoudelijke medewerkers

Het volgende obstakel ontstaat wanneer de verzorgenden of huishoudelijke medewerkers afwezig zijn of verlof hebben. Dit betekent dat er vervanging moet komen en dit hebben de psychiatrische patiënten liever niet. Bijgevolg voelen de verzorgenden of huishoudelijke medewerkers zich schuldig omdat de psychiatrische patiënten hier niet mee kunnen omgaan.

Voorbeelden:

- Twee verzorgenden komen afwisselend bij een psychiatrische patiënt. De ene verzorgenden had een week verlof waardoor er vervanging moest gezocht worden. De andere verzorgende vond dit erg voor de psychiatrische patiënt omdat deze dit helemaal niet zag zitten. Bijgevolg wou zij dan deze dagen komen werken in plaats van de andere verzorgende die de vervanging op zich nam. Dit kon echter niet omdat de verzorgende nog naar andere cliënten moest gaan, hierdoor voelde ze zich schuldig.

Opmerkingen rond de werking van de thuisdiensten

Enkele verzorgenden vinden dat het cliënteel moet verdeeld worden in bepaalde doelgroepen. Ze zouden dan graag vormingen krijgen, specifiek rond hun doelgroep, zodat iedereen gespecialiseerd wordt in zijn bepaalde doelgroep.

Voorbeelden:

- Een verzorgende vindt dat het cliënteel binnen de thuisdiensten moet verdeeld worden in bepaalde doelgroepen. Zo kan elke verzorgenden binnen zijn doelgroep werken en hier specifiek vormingen rond volgen. Op deze manier zijn de verzorgenden als het ware gespecialiseerd in hun bepaalde doelgroep en zal de omgang met deze doelgroep bijgevolg beter verlopen. De verzorgende stelt voor om enkele verzorgenden te plaatsen bij cliënten met psychiatrische stoornissen, enkele verzorgenden bij cliënten met dementie, enkele verzorgenden bij cliënten met een verslavingsproblematiek enzovoort.

Enkele respondenten zouden niet constant met dezelfde doelgroep willen werken. De verzorgenden en huishoudelijke medewerkers geven aan dat dit veel te zwaar zou zijn en dat het nu soms al zwaar is. Af en toe eens werken met een hulpbehoevende zonder psychiatrische problematiek zorgt voor een beetje afwisseling en maakt het werk ook minder zwaar.

Voorbeelden:

- Een verzorgende komt enkele dagen per week bij een psychiatrische patiënt. Zij geeft aan dat deze dagen soms erg zwaar kunnen zijn, vooral wanneer de psychiatrische patiënt een slechte dag heeft. De verzorgende kan even ademhalen als ze namiddag bij een zorgbehoevende zonder psychiatrische problematiek kan komen. Hier kan ze dan haar huishoudelijke taken verrichten zonder enorm veel energie te moeten steken in de cliënt zelf. De verzorgende zegt dat ze het niet zou aankunnen, moest ze altijd met psychiatrische patiënten werken

4.3.2 Communicatie

Communicatie met psychiatrische patiënten in het algemeen

Het communiceren met patiënten met een zware psychiatrische problematiek vormt voor veel verzorgenden en huishoudelijke medewerkers een obstakel. De psychiatrische patiënten begeven zich in hun eigen wereld en als ze dan iets vertellen, begrijpen de respondenten dit meestal niet. Psychiatrische patiënten met een lichtere problematiek zijn veel helderder en bijgevolg is het dan voor de respondenten gemakkelijker om een gesprek aan te knopen. Deze psychiatrische patiënten begrijpen ook alles veel beter.

Voorbeelden:

- Een verzorgende komt enkele keren per week bij een psychiatrische patiënt met een zware problematiek. Hier valt niet mee te communiceren. De psychiatrische patiënt bevindt zich altijd in zijn eigen wereld. Als de verzorgende hiermee wil communiceren of iets wil duidelijk maken, kan hij dit beter op de agenda schrijven. Hier kijkt de psychiatrische patiënt regelmatig op, dit is zijn manier van

communicatie. Er valt ook geen gesprek aan te gaan met de cliënt. Dezelfde verzorgende komt ook bij een psychiatrische patiënt in een rolstoel. Deze psychiatrische patiënt kan het heel goed uitleggen en was altijd vanalles aan het vertellen. Hier merkt de verzorgende een duidelijk verschil in.

- Een medewerker van de poetsdienst komt één keer per week bij een psychiatrische patiënt met een verslavingsproblematiek. Deze cliënt heeft een lichte psychiatrische problematiek en is bijgevolg heel helder. De huishoudelijke medewerker geeft aan geen problemen te hebben binnen de communicatie. Ze kunnen gemakkelijk een diepgaand gesprek aangaan. De psychiatrische patiënt heeft veel interesses en praat hier graag over.
- Een psychiatrische patiënt kijkt veel naar het nieuws en leest veel kranten, ze is erg geïnteresseerd in de aanslagen enzovoort. Hier praten en discussiëren de psychiatrische patiënt en de verzorgende veel over.

Als de verzorgenden of huishoudelijke medewerkers de psychiatrische patiënten iets proberen duidelijk te maken, geven ze hier meestal een draai aan of vertellen ze het op een humoristische manier. Dit werkt in de meeste gevallen beter in plaats van het rechtstreeks te zeggen zoals het is.

Voorbeelden:

- Een verzorgende komt twee keer per week bij een cliënt met dementie. De verzorgende mag absoluut niet poetsen van de cliënt. Toch vragen ze op de dienst voor het onderhoud van de woning. Als de verzorgende om 10 uur iets eet en smoddert, zegt de verzorgende dat ze het zal opvegen. Terwijl ze dit doet, gaat ze ook eens met de natte doek over de hele vloer, zo is deze toch terug proper. Op deze manier merkt de cliënt met dementie er niets van. Als de verzorgende wil afstoffen, zegt ze tegen de cliënt dat zij aan één kant begint en de cliënt aan de andere kant en dat ze elkaar in het midden tegenkomen. Zo is het werk sneller gedaan. Op deze manier kan de verzorgende de cliënt met dementie toch stimuleren om de woning een beetje te onderhouden.

Sommige psychiatrische patiënten zijn ervan overtuigd dat zij altijd de waarheid spreken en dat ze alles beter weten. Dit kan soms een obstakel vormen voor de respondenten. De meeste respondenten kunnen dit van zich afschuiven maar voor sommigen is het best wel frustrerend.

Voorbeelden:

- Een psychiatrische patiënt is ervan overtuigd dat een verzorgende aan de fles drinkt. De psychiatrische patiënt heeft de verzorgende hierop gewezen en zei dat dit niet mocht. Hierop antwoordde de verzorgende dat ze nooit van de fles drinkt maar dit

geloofde de psychiatrische patiënt niet. Bijgevolg zei de cliënt: 'het is goed, ook al weet ik dat het niet waar is.' De verzorgende geeft aan dat het op zulke momenten erg moeilijk is om kalm te blijven. Het is heel frustrerend om zo behandeld te worden terwijl de verzorgende zelf weet dat het niet waar is. 'Wij zijn ook maar mensen hé, we kunnen niet alles verdragen.': zegt de verzorgende tijdens het interview. De verzorgende probeert dit dan los te laten en over iets anders te beginnen.

Inleven en verplaatsen in het verhaal van de psychiatrische patiënten

Binnen de communicatie met psychiatrische patiënten proberen de respondenten zich steeds in te leven in het verhaal van de psychiatrische patiënt. Als ze hier tegenin gaan, kan de psychiatrische patiënt emotioneel onstabiel worden en bijgevolg kwaad of agressief reageren. De verzorgenden of huishoudelijke medewerkers gaan echter niet altijd mee in het verhaal van de psychiatrische patiënt. Dit hangt af van situatie tot situatie.

Voorbeelden:

- Een psychiatrische patiënt was ervan overtuigd dat de stagiair, die meekwam met de verzorgende, blauwe of zwarte ogen had en dus slagen had gekregen. De verzorgende reageerde hierop dat dit helemaal niet zo is. De psychiatrische patiënt was hier nochtans helemaal van overtuigd en begreep niet dat de verzorgende hier zo naast kon kijken. De verzorgende heeft het daarna laten rusten omdat het toch niet zinvol is om hier verder op in te gaan.
- Een psychiatrische patiënt vertelt dat zij vroeger, op dezelfde plaats waar ze laatst een vondeling hebben gevonden, op een inrit verkracht is geweest. Hier maakte ze ook een heel verhaal rond. De verzorgende haar ervaring hiermee is dat ze beter even luistert naar wat de psychiatrische patiënt te vertellen heeft en dat ze ook meegaat in haar verhaal. De verzorgende geeft aan dat als ze hier tegenin zou gaan, de vertrouwensband niets meer waard zou zijn.

Een discussie hebben met psychiatrische patiënten maakt de situatie alleen maar erger en de vertrouwensband kan hierdoor in het gedrang komen. Alle respondenten proberen zich in te leven in het verhaal van de psychiatrische patiënten maar kunnen niet alles goedkeuren van wat de psychiatrische patiënten vertellen. Bijgevolg proberen ze de psychiatrische patiënt af te leiden en starten ze een ander gespreksonderwerp om een discussie of meningsverschil te vermijden.

Voorbeelden:

- Een verzorgende zei eens tegen de psychiatrische patiënt dat ze teveel rookte en dat dit moest stoppen. Hierna had ze het gevoel alsof de psychiatrische patiënt opeens afstand van haar nam. De verzorgende voelde aan dat de psychiatrische patiënt dit niet op prijs stelde en probeerde toen naar alternatieven te zoeken zoals

een voorstel om sigaretten te rollen. Daarna is de verzorgende over een ander gespreksonderwerp begonnen omdat ze voelde dat het gesprek een verkeerde wending nam.

4.3.3 Sociaal – emotioneel

De relatie met psychiatrische patiënten

De vertrouwensband tussen verzorgenden en/of huishoudelijke medewerkers en psychiatrische patiënten is de belangrijkste factor waar aan gewerkt moet worden bij aanvang van de ontmoeting. Bij de ene psychiatrische patiënt is het al gemakkelijker om een vertrouwensband op te bouwen dan bij de andere. Psychiatrische patiënten zijn vaak erg wantrouwig en daarom kan dit langer duren dan bij zorgbehoevenden zonder psychiatrische problematiek.

Voorbeelden:

- Een verzorgende zegt dat de vertrouwensband erg belangrijk is omdat er anders 'niets met de psychiatrische patiënt aan te vangen is'. Ze zijn dan argwanend en zoeken achter alles iets. Het is dus cruciaal om die vertrouwensband te behouden.
- Een medewerker van de poetsdienst vertelt dat de psychiatrische patiënt meer vertelt tegen haar dan tegen de begeleidende maatschappelijk assistent van Asster. De psychiatrische patiënt heeft schrik voor de gevolgen en wil niet terug opgenomen worden in een instelling als ze haar huidige situatie en gevoelens aan de maatschappelijk assistent vertelt.
- Een verzorgende zegt dat ze op het begin echt heeft moeten vechten om aanvaard te worden door de psychiatrische patiënt. De verzorgende geeft zelf ook aan dat ze dit op het begin niet zag zitten, ze komt daar nu twaalf uur per week. Na een tijd is de verzorgende toch geaccepteerd door de psychiatrische patiënt en wordt daar nu op handen gedragen.

De verzorgenden en huishoudelijke medewerkers worden vooral bekeken als een luisterend oor. Ze merken dat de psychiatrische patiënten zich veel beter voelen als ze hun gevoelens eens kunnen ventileren. Meestal zijn de respondenten ook de enige mensen die op een dag langskomen bij de psychiatrische patiënten.

Voorbeelden:

- Een verzorgende geeft aan dat de psychiatrische patiënt veel tegen haar vertelt. De verzorgende merkt dat de psychiatrische patiënt op het begin van de dag erg gespannen is, naar het einde toe is de psychiatrische patiënt eerder rustig omdat ze haar gedachten en gevoelens eens heeft kunnen ventileren. De verzorgende heeft medelijden met de psychiatrische patiënt omdat ze, samen met de kapper en de

chauffeur van de mindermobielen centrale, de enige is die daar langskomt. Daarom vindt de verzorgende het zo belangrijk om tijd te maken voor een goed gesprek.

De meeste respondenten hebben een goede band met psychiatrische patiënten. Sommigen hebben ze een betere band met zorgbehoevenden zonder psychiatrische problematiek. Dit komt doordat ze meer afstand nemen van psychiatrische patiënten omdat deze cliënten al snel verkeerde ideeën of gedachten kunnen ontwikkelen. Anderen hebben dan weer een heel goede band met psychiatrische patiënten. Deze verzorgenden zijn erg betrokken met de psychiatrische patiënten en geven zelf aan misschien iets te betrokken te zijn.

Voorbeelden:

- Een verzorgende zegt dat hij een betere band heeft met hulpbehoevenden zonder psychiatrische problematiek dan met cliënten met psychiatrische problematiek. De reden hiertoe is dat hij steeds het gevoel heeft dat hij op zijn hoede moet zijn in de omgang met psychiatrische patiënten. De verzorgende bewaart automatisch meer afstand waardoor hij een meer oppervlakkige band heeft met psychiatrische patiënten. De verzorgende heeft al eens meegemaakt dat de psychiatrische patiënt leugens begon te vertellen over de verzorgende zelf. Deze verhalen gingen hun eigen leven leiden en kwamen uiteindelijk op de dienst terecht. De verzorgende wist toen niet hoe hij moest reageren omdat hij geen bewijzen had.
- Een andere verzorgende heeft een heel goede band met de psychiatrische patiënt. Ze gaat hier zelfs heel ver in en spendeert soms haar vrije tijd aan de psychiatrische patiënt. De verzorgende doet eigenlijk dingen die niet tot haar takenpakket hoort. Ze weet dat dit niet hoort, maar geeft zelf aan dat ze in haar vrije tijd doet wat ze zelf wil.

Grenzen aangeven

De meeste respondenten kunnen duidelijk hun grenzen aangeven. Dit is soms een hele opgave omdat ze de cliënten niet willen kwetsen.

Voorbeelden:

- Er was een psychiatrische patiënt die aan de verzorgende vroeg of zij haar kinderen eens mocht ontmoeten. De verzorgende zei dat ze het moeilijk vond om dit te weigeren omdat ze medelijden had met de psychiatrische patiënt. Uiteindelijk heeft de verzorgende toch op haar tanden gebeten en gezegd dat dit niet mag van de dienst. Hier is de psychiatrische patiënt toen akkoord mee gegaan en heeft er verder nooit nog om gevraagd.
- Een verzorgende geeft aan dat er geen cadeaus mogen aangenomen worden. De psychiatrische patiënten proberen de verzorgenden of huishoudelijke medewerkers

zo om te kopen, eerst is dit bijvoorbeeld een suikerbol maar dit kan al snel evalueren tot cash geld. Als dit dan niet aangenomen wordt, worden de psychiatrische patiënten kwaad.

Psychiatrische patiënten en hun familieleden

Voor familieleden is het een hele opluchting als de verzorgenden langskomen. Op deze manier krijgt het familielid de kans om even adem te halen. De verzorgenden merken dit heel sterk binnen een gezin waar een familielid samenwoont met een psychiatrische patiënt. De verzorgenden hebben het soms ook wel moeilijk om te ervaren hoe de psychiatrische patiënten met hun familieleden omgaan.

Voorbeelden:

- Er is een psychiatrische patiënt die samenwoont met haar echtgenoot. Deze is erg dominant en agressief tegenover haar echtgenoot. Van het moment dat de verzorgende daar is, verandert het gedrag van de patiënt. De cliënt komt dan minder dominant en agressief uit de hoek en dit is een hele verademing voor haar echtgenoot. De echtgenoot van de psychiatrische patiënt is dan blij als hij met de verzorgende mee kan boodschappen doen of eens kan weggaan. Zo krijgen de mantelzorgers op hun beurt ook eens de kans om te ontspannen. De huishoudelijke medewerkers hebben hier geen ervaring mee. Uiteraard komen zij er enkel om te poetsen en dit wordt heel anders ervaren door de familie dan met verzorgenden.

4.3.4 Huishoudelijke taken

De verzorgenden en huishoudelijke medewerkers ervaren geen problemen inzake de huishoudelijke taken. Het poetsen verloopt eigenlijk hetzelfde als bij cliënten zonder psychiatrische problematiek. Het is wel zo dat er soms meer moet gebeuren bij psychiatrische patiënten omdat ze niet veel huishoudelijke taken op zich nemen. De psychiatrische patiënten moeten ook gestimuleerd worden door de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers vooraleer ze iets doen in het huishouden.

Voorbeelden:

- Sommige psychiatrische patiënten doen op voorhand enkele huishoudelijke taken. Als de verzorgenden of huishoudelijke medewerkers dan aankomen, kunnen ze eerst samen een tas koffie drinken. Het sociaal contact vinden de meeste psychiatrische patiënten dus erg belangrijk.

De verzorgenden stellen zelf hun takenpakket samen bij cliënten met een zware psychiatrische problematiek. Zo proberen de verzorgenden het poetsen te combineren met de rest van de taken. Verzorgenden geven aan dat ze bij psychiatrische patiënten minder moeten poetsen dan bij andere zorgbehoevenden. Psychiatrische patiënten hebben meestal meer begeleiding en ondersteuning nodig op psychisch vlak. Hier besteden de

verzorgenden meestal meer aandacht aan. Huishoudelijke medewerkers poetsen net hetzelfde als bij zorgbehoevenden zonder psychiatrische problematiek.

Voorbeelden:

- Een verzorgende komt enkele keren per week bij een psychiatrische patiënt. Normaal gezien moet er bij de gezinszorg de helft van de uren gepoetst worden, de andere helft moeten ze invullen met andere taken of persoonlijke verzorging van de cliënten. De verzorgende geeft aan dat hij zelf zijn takenpakket samenstelt. De psychiatrische patiënt zegt hem niet wat hij moet doen. De verzorgende zorgt altijd eerst dat de maaltijden bereid zijn en hierna gaat hij boodschappen doen. Als er nog tijd over blijft, poetst hij nog. Dit hangt af van dag tot dag zegt de verzorgende. Soms hebben de psychiatrische patiënten echt nood aan een gesprek en dan laat hij de huishoudelijke taken even achterwege. De verzorgende vindt het belangrijker dat de psychiatrische patiënt zich goed voelt.

Sommige psychiatrische patiënten willen niet dat de verzorgenden huishoudelijke taken uitvoeren. Zij vinden dat de poetsdienst moet poetsen en de verzorgenden meer dienen als gezelschap. Hier ervaren de verzorgenden soms wel obstakels mee omdat er vanuit de dienst aangegeven wordt dat er huishoudelijke taken moeten uitgevoerd worden.

Voorbeelden:

- Een verzorgende mag van de psychiatrische patiënt niet poetsen. De psychiatrische patiënt eist de verzorgende helemaal op. 'Jij bent hier voor mij en voor niets anders': zegt de cliënt dan. De verzorgende vindt dit langs de ene kant niet erg maar langs de andere kant is het ook haar taak om toch wat huishoudelijke taken over te nemen, ook al is het maar een beetje strijken. De psychiatrische patiënt wil dit echter niet, dit moet de poetsvrouw doen en is geen werk voor de verzorgende.

4.3.5 Kennis, vormingen en ervaringen rond de psychiatrie

Vormingen

Alle verzorgenden moeten ongeveer vijf tot zes vormingen per jaar volgen. Ze vinden de vormingen rond psychiatrie erg zinvol. Er zou wel verandering moeten komen in de manier waarop deze vormingen gegeven worden. De verzorgenden vinden de vormingen waarin er ruimte is voor interactie en ervaringen erg interessant en hier leren ze ook het meeste uit. De verzorgenden vinden ook dat er specifiek zou moeten ingegaan worden op de verschillende soorten ziektebeelden binnen de psychiatrie. Nu zijn de vormingen meestal erg algemeen.

Voorbeelden:

- Een verzorgende vindt dat de vormingen teveel gaan over de psychiatrie in het algemeen. Als ze ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen heeft dit wel nut en vindt ze het interessant, maar ze kunnen deze kennis over de algemene psychiatrie niet gebruiken in de omgang met hun cliënten. De verzorgende zou liever specifieke vormingen krijgen over de verschillende ziektebeelden. Ze zou ook graag tips krijgen over hoe ze beter met psychiatrische patiënten kunnen omgaan.
- Sommige verzorgenden vinden dat bepaalde vormingen helemaal niet zinvol zijn. Bepaalde vormingen zijn zo theoretisch dat ze hier niets van kunnen onthouden. Ze zouden liever vormingen krijgen met meer interactie.

De huishoudelijke medewerkers hebben nog nooit een vorming rond psychiatrie of psychiatrische ziektebeelden gehad. Ze zouden dit ook erg zinvol vinden omdat zij helemaal geen kennis hebben over de psychiatrie. De huishoudelijk medewerkers zouden ook graag tips willen krijgen over hoe ze beter kunnen omgaan met psychiatrische patiënten.

- Een medewerker van de poetsdienst zegt nog nooit een vorming gehad te hebben rond psychiatrie. De vormingen die zij heeft gevolgd, gaan meestal meer over hoe ze in het algemeen met hulpbehoevenden en/of ouderen moeten omgaan. Ze heeft ook eens een EHBO – cursus gehad wat ze heel nuttig vond. De medewerker zou toch graag eens een vorming rond psychiatrie willen meevolgen omdat ze dit interessant vindt.
- Een andere medewerker van de poetsdienst heeft al eens een vorming gevolgd waarbij gebruik gemaakt werd van rollenspelen. Dit vond zij erg interessant. Op deze manier werd er duidelijk gemaakt hoe ze het best konden omgaan met cliënten of moeilijke situaties. Ze zou graag ook eens zo een soort vorming volgen rond psychiatrie omdat ze hier geen kennis over heeft en dit toch wel belangrijk vind.

Kennis rond psychiatrie

De meeste verzorgenden hebben al wat basiskennis over de psychiatrie en psychiatrische patiënten. De verzorgenden die nu hun diploma halen, krijgen heel wat leerstof rond de psychiatrie omdat dit een veelvoorkomend thema is. Verzorgenden die al langer hun diploma hebben, kregen nooit leerstof over de psychiatrie. Toch geven verzorgenden aan dat ze wat achtergrondinformatie hebben over de psychiatrie, mede te danken aan de vormingen die ze binnen de thuisdiensten hebben gevolgd.

Voorbeelden:

- Een verzorgende zegt dat ze vroeger af en toe les kregen over de psychiatrie, dit was echter heel algemeen. Toch heeft ze veel informatie en kennis opgedaan door de vormingen binnen de thuisdiensten te volgen. Ze zegt dat ze de kennis van vroeger al snel vergeten was. Bijgevolg vind de verzorgende het niet slecht dat deze kennis af en toe wordt opgefrist door een verplicht aantal bijscholingen te moeten volgen.
- Een verzorgende geeft aan dat ze vroeger nooit iets heeft geleerd over psychiatrie. Haar opleiding bestond meer uit hulpbehoevenden en ouderen. Zelfs ouderen met dementie kwam toen nog niet aan bod binnen de opleiding. Bijgevolg had ze geen kennis over psychiatrie toen ze begon te werken binnen de thuisdiensten. Nu heeft ze al wat meer kennis opgedaan door de vormingen mee te volgen.

Al de huishoudelijke medewerkers zeggen dat ze helemaal geen basiskennis hebben rond psychiatrie. Dit komt deels doordat ze ook nog nooit vormingen rond dit thema hebben gevolgd.

Voorbeelden:

- Alle huishoudelijke medewerkers zeggen dat ze vroeger nooit les hebben gehad over psychiatrie. Ze weten ook niet goed wat dit juist inhoudt. Dit kwam nu eenmaal niet voor binnen hun opleiding of richting.

De meeste verzorgenden en huishoudelijke medewerkers weten met welke psychiatrische problematiek hun cliënten geconfronteerd worden. Sommige respondenten weten dit helemaal niet, dit komt doordat de dienst het dan zelf niet weet en ze de respondenten bijgevolg niet meer informatie kunnen geven. Andere respondenten beweren dan weer dat de cliënten waar zij komen helemaal geen psychiatrische patiënten zijn, terwijl dit wel zo staat aangegeven.

Voorbeelden:

- Een verzorgende vraagt tijdens het interview hoe ik erop kom dat haar cliënt eigenlijk een psychiatrische patiënt is. Hier antwoord ik op dat ik deze informatie heb van het interne document dat gehanteerd wordt binnen de dienst. Daarna

antwoordt de verzorgende dat dit helemaal niet zo is, de cliënt is slimmer dan ons twee samen. Ze is altijd hoofdverpleegster geweest en haar wil is wet. De cliënt heeft moeilijkheden met medicatie maar heeft, volgens de verzorgende, geen psychiatrische problematiek. De verzorgende geeft aan dat dit gewoon de cliënt haar karakter is.

Vermaatschappelijking van de zorg

Alle verzorgenden weten dat ze steeds meer geconfronteerd gaan worden met psychiatrische patiënten. Ze weten erg duidelijk wat de vermaatschappelijking van de zorg inhoudelijk betekent. Enkele verzorgenden geven aan dat Sint- Truiden de stad van de psychiatrie is en zijn hierdoor ook niet verbaasd dat ze steeds meer met psychiatrische patiënten gaan moeten werken. De meeste verzorgenden hadden en hebben er geen problemen mee om met psychiatrische patiënten te werken. Als verzorgenden of huishoudelijke medewerkers naar een nieuw gezin moeten gaan, wordt er altijd eerst informatie gegeven door de maatschappelijk assistenten. De verzorgenden geven aan dat ze eerst wel even schrokken toen ze hoorden dat hun nieuwe cliënt een psychiatrische problematiek had. Het werken met psychiatrische patiënten is stilaan binnen de thuisdiensten geïntroduceerd geweest. Dit gebeurde niet van de ene dag op de andere. De meeste verzorgenden wisten niet wat te verwachten. Ook de huishoudelijke medewerkers wisten niet goed wat te verwachten toen ze hoorden dat ze met psychiatrische patiënten moesten gaan poetsen. Zij hebben er ook geen problemen mee om met deze cliënten te werken, iedereen moet volgens hun geholpen worden. De huishoudelijke medewerkers hadden eerder weinig kennis over de vermaatschappelijking van de zorg. Tijdens het gesprek melde ik dat zorgbehoevenden en psychiatrische patiënten steeds langer zullen thuisblijven en dat hier uiteraard ook thuishulp voor ingeschakeld moet worden. Toen de huishoudelijke medewerkers dit hoorden, stonden ze helemaal open voor extra vormingen en begeleiding rond psychiatrische patiënten.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

4.4.1 Conclusies

In het algemeen duiken er geen ernstige obstakels op in de omgang met psychiatrische patiënten. De respondenten passen zich aan en proberen zo goed mogelijk met deze obstakels om te gaan. Hieronder een opsomming van de obstakels die verzorgenden en huishoudelijk medewerkers ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten.

➤ *Obstakel 1: structuur of geen structuur*

Als de psychiatrische patiënten nood hebben aan structuur, zorgen de respondenten voor structuur. Het is niet gemakkelijk voor de respondenten om steeds dezelfde taken op hetzelfde tijdstip te behandelen. Als de psychiatrische patiënten niet met structuur kunnen omgaan, zoeken de verzorgenden een manier om toch met bepaalde taken te werken zonder dat de psychiatrische patiënten dit merken. De respondenten maken aanpassingen in hun werking zodat de samenwerking met psychiatrische patiënten vlot kan verlopen.

➤ *Obstakel 2: angststoornissen*

Sommige psychiatrische patiënten kampen met angststoornissen en sluiten bijgevolg alle deuren en ramen als de verzorgenden binnenkomen. Dit geeft de verzorgenden een beangstigend en onzeker gevoel. Enkele verzorgenden kunnen hier al beter mee omgaan dan anderen. Sommige verzorgenden zeggen wel dat ze hiermee om kunnen gaan maar ik merk toch dat ze zich in dit soort situaties niet comfortabel voelen.

➤ *Obstakel 3: afwezigheid van de respondenten*

Verzorgenden en huishoudelijk medewerkers voelen zich schuldig als ze verlof moeten opnemen of afwezig zijn wegens ziekte. De psychiatrische patiënten willen steeds dezelfde hulpverleners en liever geen vervanging. Het is onmogelijk om psychiatrische patiënten steeds dezelfde hulpverleners of dezelfde vervanging te sturen. Dit is een obstakel waar eigenlijk niets aan veranderd kan worden. Dit probleem komt trouwens niet enkel voor bij psychiatrische patiënten. De meeste mensen hechten zich aan hun hulpverleners en willen daarom steeds dezelfde hulpverleners.

➤ *Obstakel 4: communicatie*

Vooraf verzorgenden komen in contact met zware psychiatrische patiënten. De reden hiervoor is dat psychiatrische patiënten met een ernstige problematiek meer begeleiding en ondersteuning nodig hebben. Dit is meer een opdracht voor de

verzorgenden, huishoudelijke medewerkers mogen tenslotte enkel poetsen. De huishoudelijke medewerkers komen enkel in contact met psychiatrische patiënten met een minder zware problematiek, meestal een verslavingsproblematiek. Bijgevolg ervaren verzorgenden ook meer moeilijkheden in de communicatie met psychiatrische patiënten dan huishoudelijke medewerkers. Het is niet gemakkelijk voor de verzorgenden om psychiatrische patiënten iets duidelijk te maken, mede doordat ze zich niet steeds bewust zijn van wat er rondom hun gebeurd. Hierdoor gaan de verzorgenden iets vertellen op een humoristische manier of geven er een draai aan. Met andere woorden verdraaien de respondenten de werkelijkheid zodat psychiatrische patiënten zich hier niet bewust van worden. Niet alle psychiatrische patiënten zijn hier echter mee opgezet. De respondenten moeten zich bewust zijn van het feit dat sommige psychiatrische patiënten heldere momenten hebben en dat ze de psychiatrische patiënten niet kinderachtig gaan behandelen.

➤ *Obstakel 5: zich kunnen inleven en duidelijke grenzen aangeven*

Zowel de verzorgenden als de huishoudelijk medewerkers zeggen dat het erg belangrijk is om naar de psychiatrische patiënten hun verhaal te luisteren. De respondenten moeten wel oppassen dat ze niet te fel meegaan in de psychiatrische patiënten hun verhaal. Er moeten nog steeds duidelijke grenzen aangegeven worden, wat niet zo gemakkelijk blijkt te zijn. De verzorgenden ervaren hier moeilijkheden mee omdat ze de cliënten niet willen kwetsen. Toch merken we dat de meeste verzorgenden erg assertief uit de hoek komen. Als het noodzakelijk is, zullen ze niet terugdeinzen om zichzelf te verdedigen. Andere respondenten hebben meer moeilijkheden met het aangeven van hun grenzen. Zo merken we op dat sommige verzorgenden echter over hun grenzen gaan en extra dingen gaan doen die niet tot hun takenpakket horen.

➤ *Obstakel 6: omgaan met gevoelens*

Psychiatrische patiënten laten ventileren over hun gevoelens en belevingen is een belangrijk punt. We merken op dit vlak wel een verschil in de aanpak tussen de verzorgenden en huishoudelijk medewerkers. Verzorgenden gaan meer in op de gevoelens van de psychiatrische patiënten. Als de cliënt zich niet goed voelt, gaan de verzorgenden hier op in en proberen ze zo een gesprek aan te knopen. De huishoudelijk medewerkers gaan hier niet op in. Zij willen de psychiatrische patiënt niet dwingen om iets te vertellen. Dit heeft deels te maken met het feit dat huishoudelijk medewerkers weinig kennis en ervaringen hebben met psychiatrische patiënten. Ze weten bijgevolg niet hoe ze hiermee moeten omgaan. Huishoudelijk medewerkers gaan er vanuit dat als de cliënten iets niet willen vertellen, ze dit ook

niet moeten doen. Sommige psychiatrische patiënten moeten echter gestimuleerd worden om hun gevoelens te uiten en dit is iets waar de huishoudelijk medewerkers geen rekening mee houden.

➤ *Obstakel 7: het niet mogen uitvoeren van huishoudelijke taken*

Enkele verzorgenden mogen geen huishoudelijke taken uitvoeren van de psychiatrische patiënten. Vanuit de dienst wordt er wel aangegeven dat er huishoudelijke taken moeten uitgevoerd worden. Verzorgenden proberen de psychiatrische patiënten te 'omzeilen' om op deze manier toch huishoudelijke taken te kunnen uitvoeren. Ook hier moeten de verzorgenden in hun achterhoofd houden dat ze de psychiatrische patiënten niet kinderachtig gaan behandelen.

➤ *Obstakel 8: kennis, belevingen en ervaringen rond psychiatrie*

Als we de antwoorden op de bijkomstige vragen bestuderen, merken we toch enkele opvallende uitspraken op. De verzorgenden geven aan dat ze een beperkte kennis over de psychiatrie hebben. Toch merken we op dat een verzorgende een soort van eigen diagnose stelt. De verzorgende zegt namelijk dat haar cliënt helemaal geen psychiatrische problematiek heeft maar dat dit gewoon haar karakter is. Het is wel de begeleidende maatschappelijk assistent die aangegeven heeft dat de cliënt een psychiatrische problematiek heeft. Toen ik dit tijdens het interview zei, was de verzorgende er nog steeds van overtuigd dat dit de cliënt haar karakter is en dat ze geen psychiatrische problematiek heeft. We kunnen dus concluderen dat de verzorgende tegen de uitspraak van de maatschappelijk assistent in gaat, wat toch opvallend is daar de maatschappelijk assistent veel ervaring heeft met psychiatrische patiënten.

Een tweede verzorgende bezoekt een psychiatrische patiënt in haar vrije tijd. De verzorgende benadrukt dat ze in haar vrije tijd mag doen wat ze zelf wil. Dit is ook een opvallende uitspraak en getuigt niet van een professionele houding. De verzorgenden en huishoudelijke medewerkers worden zodanig gewezen op de eventuele nadelige situaties die kunnen ontstaan als ze te emotioneel betrokken raken met de cliënten. Deze verzorgende trekt zich hier niets van aan en doet wat ze zelf denkt dat het beste is.

Een derde verzorgende wil graag weten wat psychiatrische patiënten ervaren en voelen. De verzorgende zoekt vaak op internet wat de symptomen zijn van een bepaald ziektebeeld en hoe hier het beste mee wordt omgegaan. Wat de verzorgende niet beseft, is dat het onmogelijk is om te weten wat er in het hoofd van

een psychiatrische patiënt afspeelt. De maatschappelijk assistenten geven veel tips over hoe er het beste met de cliënten wordt omgegaan. De verzorgende luistert hier niet naar en gaat liever zelf op zoek naar meer informatie.

4.4.2 Aanbevelingen

De thuisdiensten stellen de verzorgenden in de mogelijkheid om vormingen te volgen en zo meer kennis en informatie te verschaffen rond psychiatrie. Toch merken de verzorgenden op dat deze vormingen te algemeen zijn en specifiek moeten ingaan op de verschillende ziektebeelden. Een eerste aanbeveling naar de toekomst toe is verzorgenden vormingen laten meevolgen die specifiek rond een bepaald ziektebeeld gaan. Idealiter, vormingen die meer informatie verschaffen rond een bepaald ziektebeeld waar de verzorgenden mee geconfronteerd worden. Een tweede aanbeveling is dat huishoudelijke medewerkers ook vormingen moeten volgen rond psychiatrie. De huishoudelijke medewerkers hebben helemaal geen basiskennis maar komen ook in contact met psychiatrische patiënten. Het zou voor de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers zinvol zijn, moesten ze bepaalde tips meekrijgen over hoe ze het best met psychiatrische patiënten kunnen omgaan. Er bestaat al een document met tips voor verzorgenden en huishoudelijke medewerkers maar dit is niet breed genoeg. Dit is bijgevolg een derde aanbeveling, een document met handige tips die de respondenten altijd kunnen raadplegen. Een volgende aanbeveling is om de medewerkers meer informatie mee te geven over het ziektebeeld van een nieuwe psychiatrische patiënt. Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten hier veel belang aan hechten. Uiteraard is het niet altijd mogelijk om het juiste ziektebeeld te informeren naar de medewerkers toe, daar dit niet steeds gekend is.

De medewerkers binnen de thuisdiensten worden verschillende keren uitgenodigd voor een cliëntoverleg. Tijdens dit cliëntoverleg gaan de maatschappelijk assistenten met de medewerkers in gesprek rond de situatie met de psychiatrische patiënt. Tijdens dit gesprek, gaat de maatschappelijk assistent ook na hoe de medewerkers met de cliënten omgaan. Via dit kanaal krijgen de medewerkers onbewust ook begeleiding rond de omgang met psychiatrische patiënten. De maatschappelijk assistenten geven ook steeds advies mee. Om een optimale begeleiding te kunnen bieden aan de medewerkers, zouden de maatschappelijk assistenten hier ook bijscholingen rond moeten volgen. Op deze manier weten ze hoe ze hun medewerkers moeten aanspreken en motiveren. Dit is een volgende aanbeveling naar het werkveld toe.

Verzorgenden en huishoudelijke medewerkers merken ook op dat het gemakkelijker zou zijn moest het cliënteel binnen de thuisdiensten verdeeld worden in verschillende doelgroepen. De medewerkers zouden dan vormingen kunnen volgen, specifiek gericht op de doelgroep waarmee zij in contact komen. Andere respondenten geven dan weer aan dat

dit veel te zwaar zal worden om steeds met dezelfde doelgroep te moeten werken. Dit is misschien een aandachtspunt wat in de toekomst getoetst kan worden naar de andere medewerkers binnen de thuisdiensten. Zo kunnen we te weten komen hoe de meerderheid over dit idee denkt. Het is uiteraard ook niet gemakkelijk voor de maatschappelijk assistenten om het cliënteel te verdelen in doelgroepen. Nu is het soms al ingewikkeld om voor de gepaste vervanging te zorgen, zonder rekening te houden met de psychiatrische problematiek van de cliënten. Als de thuisdiensten in de toekomst met doelgroepen gaan werken, zullen de maatschappelijk assistenten ook steeds vervanging moeten zoeken tussen de medewerkers die in een bepaalde doelgroep werken. Ik denk dat dit een voorstel is wat haast niet haalbaar is maar het is wel eens interessant om de meningen van de andere medewerkers hierrond te bespreken.

4.4.3 Suggesties voor verder onderzoek

Na dit onderzoek ontstaat er een algemeen overzicht over de obstakels die de medewerkers van de thuisdiensten ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Wat ik al eerder heb aangehaald, is dat dit onderzoek niet helemaal representatief en betrouwbaar is. Om te toetsen of de antwoorden van de respondenten wel correct zijn, zou dit teruggekoppeld moeten worden naar de begeleidende maatschappelijk assistenten. Zo kunnen we te weten komen of de respondenten wel helemaal de waarheid spreken rond hun ervaringen en obstakels. Het onderzoek zou nog verder kunnen uitgebreid worden. Nadat we de ervaringen van de medewerkers hebben besproken met de maatschappelijk assistenten, kunnen we ook interviews gaan afnemen met de psychiatrische patiënten zelf. Soms ervaren de psychiatrische patiënten de samenwerking met de medewerkers anders. Ze hebben soms andere belevingen en gevoelens en dit zou ook getoetst moeten worden aan de antwoorden van de respondenten. Op deze manier verkrijgen we de ervaringen van de medewerkers, de ervaringen van de maatschappelijk assistenten en de ervaringen van de psychiatrische patiënten waardoor we een volledig overzicht krijgen en het onderzoek bijgevolg wel representatief en valide kan zijn.

Besluit

Verzorgenden en huishoudelijke medewerkers ervaren obstakels in de omgang met psychiatrische patiënten. De medewerkers proberen zich aan te passen aan de situatie en zoeken een eigen manier om met deze psychiatrische patiënten om te gaan. We kunnen besluiten dat de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers hier wel in slagen en dat er niet veel problemen ontstaan. De verzorgenden lijken meer obstakels te ervaren dan de huishoudelijke medewerkers. Meestal komen de verzorgenden ook meerdere keren per week bij psychiatrische patiënten terwijl dit voor huishoudelijke medewerkers beperkt is tot één keer per week. Uiteraard kan ik hier niet helemaal zeker van zijn, omwille van het beperkt aantal respondenten.

Over het algemeen krijgen de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers voldoende begeleiding in het omgaan met psychiatrische patiënten door de maatschappelijk assistenten van de thuisdiensten. Deze begeleiding gebeurt via verschillende kanalen. Enerzijds vindt er regelmatig een cliëntoverleg plaats. Tijdens een cliëntoverleg gaan de verzorgenden en/of huishoudelijke medewerkers samen met de maatschappelijk assistent rond de tafel zitten. De situatie met de psychiatrische patiënt wordt besproken en tegelijkertijd worden de medewerkers ook getoetst over hoe ze met de cliënten omgaan. Tijdens dit overleg gaan de maatschappelijk assistenten ook steeds adviezen meegeven over hoe de medewerkers het best met psychiatrische patiënten kunnen omgaan. Het cliëntoverleg is de belangrijkste factor in de begeleiding en opvolging van de medewerkers.

Anderzijds bestaat er ook nog het zorgoverleg. Een zorgoverleg is niet enkel met de medewerkers van de thuisdiensten, maar ook met andere hulpverleners die betrokken zijn met de situatie van de cliënt. We kunnen dus besluiten dat de maatschappelijk assistenten van de thuisdiensten hun medewerkers voldoende betrekken tijdens een overleg en ook regelmatig advies geven om de hulpverlening optimaal te laten verlopen. Uiteraard moeten de medewerkers dit advies ook accepteren en integreren in de hulpverlening, wat niet altijd blijkt te gebeuren. Het is vooral belangrijk om de medewerkers van de thuisdiensten specifieke en interne begeleiding te bieden. Vormingen of bijscholingen zijn zinvol om meer informatie te bekomen maar helpt niet echt in het omgaan met psychiatrische patiënten. Er zijn namelijk zoveel verschillende ziektebeelden dat het haast onmogelijk is om deze te bespreken tijdens een vorming. Daarom is een intense één op één begeleiding tussen de maatschappelijk assistent en de verzorgende of huishoudelijke medewerker van de dienst noodzakelijk. Zij kunnen de verzorgenden en huishoudelijke medewerkers tips geven en weten het beste hoe hun cliënten in elkaar zitten.

De maatschappelijk assistenten moeten dus voldoende begeleiding geven aan de medewerkers van de thuisdiensten. Uiteraard zullen de maatschappelijk assistenten ook bijscholingen moeten volgen om deze begeleiding op een correcte manier aan te pakken.

5. Kritische reflectie

5.1 Kritische reflectie inzake het doorlopen proces

Eerst wou ik mijn bachelorproef graag uitwerken rond ex – psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Ik dacht namelijk dat de thuisdiensten meer met ex – psychiatrische patiënten werkten omwille van het zelfstandig wonen van de cliënten. Na heel wat onderzoekwerk, merkte ik dat er weinig informatie te vinden was over deze doelgroep. Uiteindelijk heb ik dit besproken met mijn stagementor en heb ik besloten mijn bachelorproef uit te werken rond psychiatrische patiënten binnen de thuisdiensten. Op dit moment besepte ik pas dat er toch wel wat psychiatrische patiënten gebruik maken van de thuisdiensten. Het zoeken naar een gepaste en duidelijke onderzoeksvraag was voor mij de moeilijkste stap in het proces. Ik wist niet goed hoe ik mijn ideeën moest formuleren in een onderzoeksvraag. Het zoeken naar bruikbare informatie voor de literatuurstudie is vlot verlopen. Ik wist duidelijk welke onderwerpen ik wou bespreken. Ik had ook een duidelijk structuurplan opgemaakt waardoor het zoeken naar informatie nog sneller verliep. Sommige onderwerpen binnen mijn literatuurstudie zijn gevormd op basis van verschillende bronnen. Over andere onderwerpen was weinig literatuur te vinden en hierdoor heb ik onvoldoende verscheidene bronnen gebruikt.

Het verwoorden van de onderzoeksmethode en dataverzameling verliep vlot. Het was eerst moeilijk om geschikte respondenten te vinden voor mijn diepte – interviews. Binnen de dienst bestaat er een lijst waarop alle cliënten en hun hulpverleners staan. Omdat ik de medewerkers nog niet kende, wist ik bijgevolg niet wie het meeste ervaring had met psychiatrische patiënten. De maatschappelijk assistenten hebben me uiteindelijk geholpen met het selecteren van geschikte respondenten. Sommige respondenten hadden veel informatie te vertellen waardoor het diepte – interview vlot verliep. Andere respondenten hadden bijna niets te vertellen, ze ervoeren geen problemen in de omgang met psychiatrische patiënten waardoor het interview soms stil viel. Het is jammer dat ik de verworven resultaten niet heb kunnen terugkoppelen aan de begeleidende maatschappelijk assistenten. Hierdoor heb ik een minder duidelijk beeld over de correctheid van de antwoorden. Het uitschrijven van de resultaten verliep ook vlot doordat ik gebruik had gemaakt van data – analyses. Hierdoor had ik een duidelijk beeld over de verschillende antwoorden zowel van de verzorgenden als van de huishoudelijke medewerkers. Toen ik mijn resultaten achteraf liet nalezen door mijn stagementor en ouders, merkten ze op dat er geen structuur in zat en het moeilijk was om te lezen. Hier heb ik achteraf heel wat

aanpassingen aan gemaakt. Het uitschrijven van de conclusies, aanbevelingen en suggesties verliep ook vlot. Deze heb ik achteraf ook met mijn stagementor/ externe promotor besproken.

5.2 Kritische reflectie inzake het uiteindelijk product

Ik vind dat mijn probleemstelling een duidelijk beeld geeft over de bedoeling van mijn onderzoek en de situatie binnen de thuisdiensten. De onderzoeksvraag vind ik ook specifiek en duidelijk geformuleerd. Hier had ik eerst moeite mee maar uiteindelijk heb ik toch een duidelijke onderzoeksvraag kunnen vormen. Tijdens het opzoeken naar informatie voor mijn literatuurstudie, merkte ik op dat er weinig informatie te vinden was over de relatie tussen psychiatrische patiënten en hun hulpverleners. Er was nog minder informatie te vinden over eventuele obstakels die de hulpverleners ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Er was vooral veel literatuur te vinden over ouderen met dementie en de obstakels die hulpverleners hiermee ervaren. Dit is eerder specifiek terwijl ik mijn onderzoek erg algemeen behandel. Daarom vind ik dat mijn onderzoek vernieuwend is. Ik vind dat ik voldoende bronnen heb geïntegreerd in mijn literatuurstudie. Hierbij heb ik ook steeds geprobeerd om mijn bronnen voldoende te variëren en mij niet enkel te baseren op één soort bron. Tijdens het uitschrijven van mijn literatuurstudie, heb ik gebruik gemaakt van boeken, websites en tijdschriften. Voor sommige onderwerpen had ik voldoende bronnen. Over andere onderwerpen was minder informatie te vinden waardoor ik maar enkele bronnen heb kunnen gebruiken. Bijgevolg kan ik enkele bronnen niet met elkaar vergelijken.

Het dataverzamelingsproces heb ik duidelijk beschreven. Hierin heb ik ook vermeld dat mijn resultaten niet representatief en betrouwbaar zijn. Ik had het gevoel dat de respondenten hun ervaringen niet helemaal durfden te uiten. Bijgevolg is mijn onderzoek niet valide. Misschien hadden de respondenten het gevoel dat ik niet helemaal betrouwbaar was. Ik heb nochtans iedere keer vermeld dat het interview volledig anoniem was en dat niemand het gesprek te horen kreeg. De semi – gestructureerde vragenlijst heb ik in de bijlagen opgenomen. De uitgeschreven diepte – interviews worden niet opgenomen in de bijlagen van deze bachelorproef omwille van discretie. Deze transcripties zijn wel raadpleegbaar bij mij.

De data analyse is vlot verlopen maar hier heb ik wel veel tijd in moeten steken. Ik had de antwoorden verdeeld in verschillende onderwerpen. Doordat ik mijn interviews had opgedeeld in onderwerpen, was het gemakkelijk om de antwoorden met elkaar te vergelijken en achteraf te verwoorden. Ik ben tevreden over de resultaten die ik uit de diepte – interviews heb kunnen halen. Helaas gelden deze resultaten enkel voor de respondenten die ik bevraagd heb. Ik had ook graag mijn resultaten besproken met de maatschappelijk

assistenten van de thuisdiensten. Zo kon ik hun ervaringen toetsen aan de verkregen antwoorden van de respondenten en dit zou mijn onderzoek meer betrouwbaar maken. Nu weet ik niet of de antwoorden van de respondenten wel helemaal correct zijn. Helaas had ik onvoldoende tijd om de resultaten terug te koppelen aan de maatschappelijk assistenten, daarom neem ik dit ook op in mijn suggesties voor verder onderzoek. Ik denk wel dat ik bruikbare aanbevelingen heb gevormd. De respondenten wilden duidelijk meer vormingen. Ik weet niet of het volgen van meer vormingen erg zinvol is. Ik denk dat de begeleiding door de maatschappelijk assistenten de beste manier is om de omgang met psychiatrische patiënten te verbeteren.

5.3 Kritische reflectie over mezelf als onderzoeker

Eerst vond ik het moeilijk om me neutraal op te stellen tijdens de diepte - interviews. Ik merkte dat ik soms te meelevend was tijdens het afnemen van deze interviews. Dit merkte ik ook aan de respondenten. Doordat ik niet neutraal genoeg reageerde, veranderde het gedrag en het antwoord van de respondent. Achteraf lukte het beter om me neutraal op te stellen tegenover de respondenten. Enkele respondenten hadden erg veel te vertellen, bijgevolg had ik het soms moeilijk om het interview te beperken tot de essentie. Sommige verhalen of opmerkingen hadden niets waren niet relevant maar ik had moeite om meteen verder te gaan naar de volgende vraag. Ik had het interview soms niet onder controle. Dit is uiteraard het nadeel van een diepte – interview, ik gaf de respondenten soms teveel vrijheid waardoor het interview een hele andere wending nam. Andere respondenten hadden bijna niets te vertellen. Doordat de respondenten niet veel te vertellen hadden, kon ik me concentreren en doorvragen op datgene wat ik zeker wou weten.

Tijdens het afnemen van de interviews, deelden de respondenten erg vertrouwelijke informatie, wat uiteraard ook de bedoeling is. Na het horen van sommige verhalen, had ik het gevoel dat ik dit moest melden aan de teamcoördinator. Ik wist uiteindelijk niet goed wat ik met deze informatie moest doen. Een respondent zei ook uitdrukkelijk dat ik deze informatie niet mocht doorgeven aan de maatschappelijk assistenten. Dit vond ik best moeilijk. Ik begrijp dat de respondenten alles in vertrouwen hebben verteld en dat ze anders misschien niet aan mijn onderzoek hadden meegewerkt. Enkele situaties kunnen echter uit de hand lopen en ik voelde me hier niet comfortabel bij. Bijgevolg vind ik het toch belangrijk dat de teamcoördinator hiervan op de hoogte is.

Bibliografie

- Bakker, T., Diesfeldt, H., & Sipsma, D. (2010). *Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen*. Assen: Van Gorcum.
- Everaert, E., Vanempten, T., & Vanhaeren, M. (2015). *Vermaatschappelijking van zorg. Sociaal.net*.
- Foton. (2010 - 2015). *Dementie in vraag en antwoord*. Opgehaald van Dementievriendelijk Brugge: <http://www.dementievriendelijkbrugge.be/>
- Hazelhof, T., & Verdonschot, T. (2011). *Gedragsproblemen bij ouderen*. Amsterdam: Reed Business.
- Kerkstra, A., & Bilsen, P. (1999). *Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis. Narcis*.
- Koops, H., & Kwekkeboom, M. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M., de Boer, A., van Campen, C., & Dorrestein, A. (2006). *Een eigen huis: ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Liégeois, A. (1994, Maart). *Ethisch advies GGZ - waarden en normen*. Opgehaald van Broeders van liefde: <http://www.broedersvanliefde.be/document/ethiek/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20Waarden%20en%20normen.pdf>
- Offerhaus, R. (1993). *Omgaan met mensen in de sociale psychiatrie*. Schoten: AMBO/BAARN.
- Ontstaan psychische aandoening*. (sd). Opgehaald van Menzis: <https://www.menzis.nl/zorgadvies/menz-en-geest/aandoeningen/ontstaan-psychische-aandoening>
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Leuven: Lannoo Campus.
- van Hoof, F., Geelen, K., van Rooijen, S., & van Weeghel, J. (2004). *Meedoen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Meekeren, E. (2009). *Oorzaken van psychiatrische stoornissen*. Nederlandse vereniging voor psychiatrie.
- Verplanke, L., & Duyvendak, J. W. (2010). *Onder de mensen?* Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Verschuere, B. (2014). *Welzijn in Vlaanderen: beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen*. Brugge: die Keure.

- Volksgezondheid, N. K. (2014, Juni 23). *Dementie*, 4.17. (RIVM) Opgehaald van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/>
- Zwijssen, S., de Lange, J., Pot, A., Mahler, M., & Minkman, M. (2013). Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. In *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie*. Utrecht: Trimbos instituut - Vilans.

Bijlagen

Bijlage 1: interviewschema

Inleiding

Ik ben een derdejaarsstudente sociaal werk op de hogeschool PXL te Hasselt. Het laatste onderdeel van mijn opleiding bestaat uit mijn derdejaarsstage, die ik nu doe op de thuisdiensten van het OCMW te Sint-Truiden, en de bachelorproef. Omdat ik geïnteresseerd ben in de psychiatrie en psychiatrische patiënten, heb ik deze doelgroep gekozen voor mijn bachelorproef. Er is een lichte toename van het aantal cliënten die worden geconfronteerd met een psychiatrische problematiek. Het is niet altijd even gemakkelijk om met deze doelgroep om te gaan. Daarom leek het mij relevant om te onderzoeken of medewerkers van de thuisdiensten problemen ervaren in de omgang met psychiatrische patiënten. Met medewerkers bedoel ik meer specifiek de huishoudelijke hulp en verzorgenden.

Met de verkregen informatie wil ik graag nagaan of medewerkers van de thuisdiensten problemen ervaren en wat deze problemen inhoudt. Naderhand kan ik eventueel bijscholingen of informatiesessies aanbevelen als blijkt dat dit noodzakelijk is. Bent u ermee akkoord dat ik het interview opneem? Alle gegevens en informatie die ik verkrijg door middel van het afgenomen interview wordt vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

- Wat is uw naam?
- Welke functie heeft u binnen de thuisdiensten van het OCMW?
- Weet u welke psychiatrische problematiek uw cliënt heeft? Zo ja, welke is deze psychiatrische problematiek?

Algemeen

- Welke problemen ervaart u in het algemeen in het werken met psychiatrische patiënten?
- Kan u enkele voorbeelden geven waar het eventueel eens is misgelopen of waar er problemen zijn?
- Wat loopt er wel goed in het werken met psychiatrische patiënten?

Sociaal – emotioneel

- Is het mogelijk om duidelijk te communiceren met de cliënt?
- Begrijpt de cliënt u als je iets duidelijk probeert te maken?
- Begrijpt u de cliënt als hij/zij iets probeert te vertellen?
- Is het mogelijk om afspraken te maken met de cliënt?
- Is het al eens voorgekomen dat er communicatie problemen waren waardoor er misverstanden ontstaan?
- Hoe gaat u ermee om als er communicatie problemen ontstaan? Wat voelt u hier dan bij?
- Wat loopt er goed binnen de communicatie met de cliënt?
- Heeft u een goede band met de cliënt?

Huishoudelijk – praktisch

- Ervaart u problemen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken bij psychiatrische patiënten?
- Zo ja, welke problemen ervaart u dan?

Andere

- Bent u al eerder in contact gekomen met psychiatrische patiënten vooraleer u hier begon te werken?
- Vindt u dat u over voldoende kennis beschikte over de psychiatrie vooraleer u met psychiatrische patiënten begon te werken?
- Heeft u er zelf voor gekozen om met psychiatrische patiënten te werken? Wat voelde u hierbij?
- Zou u in de toekomst terug met psychiatrische patiënten willen werken? Waarom wel of niet ?
- Wat heeft u nodig om beter te kunnen omgaan met psychiatrische patiënten?
- Denkt u dat bijscholingen of informatiesessies u zouden kunnen helpen in de omgang met psychiatrische patiënten?

