

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

**BRUSSEL, 08/02/2001**

—  
**Bestuur van de Gezondheidszorgen**

—  
**Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.**

—  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

—  
**Afdeling "Programmatie en Erkenning".**

—  
**Permanente werkgroep "PSYCHIATRIE"**

**O/Ref. : NRZV/D/PSY/187-1 (\*)**

**ADVIES M.B.T. INHOUD, BELANG EN  
ORGANISATIE VAN DE ZORGFUNCTIE  
"ACTIVERING" IN DE GEESTELIJKE  
GEZONDHEIDSZORG**

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd door het Speciaal Bureau op 08/02/2001**

Op 2 februari 2000 vroegen de ministers M. Aelvoet en F. Vandenbroucke aan de NRZV advies uit te brengen over de prioriteit en de modaliteiten die in het kader van de zogenaamde zorgvernieuwing dienden te worden gegeven aan o.a. het dagactiviteitencentrum. Deze adviesvraag sloot bovendien aan bij besprekingen die reeds op 11 mei 1999 van start gingen in de permanente werkgroep psychiatrie. Een ad-hocwerkgroep had opdracht gekregen een advies voor te bereiden over het belang, de inhoud en de wijze waarop binnen de geestelijke gezondheidszorg de zorgopdracht tot activering gerealiseerd kon worden.

Deze ad hoc werkgroep vergaderde op 11 mei 1999, 10 juni 1999, 2 juli 1999, 10 september 1999, 11 en 25 oktober 1999, op 7 en 15 maart 2000 en op 7 december 2000. Leden van deze groep waren : mevr. C. Bostyn, dhr. L. Du Laing, prof.dr. C. Jannes, dhr. Fauconnier, dhr. G. Lissens, dhr. P. Marroyen, mevr. M.P. Scailteur, mevr. I. Van der Brempt, dr. J. Boydens, prof.dr. J. Peuskens, dhr. J. Bertrand, dhr. M. Vandervelden en dhr. J. Van Holsbeke (voorzitter).

Het secretariaat werd waargenomen door : dhr. J. Holsbeek.

Het uitgebrachte advies van de permanente werkgroep psychiatrie bouwt voort op het basisadvies van de NRZV dd. 12/6/1997, waarin het nieuwe concept voor de geestelijke gezondheidszorg wordt beschreven, en actualiseert en verruimt het reeds door de NRZV uitgebrachte advies dd. 9/5/1996 - technische fiche 3.5 m.b.t. de organisatie van een activiteitencentrum in de geestelijke gezondheidszorg.

Het advies omvat vooreerst een generieke beschrijving van de zorgfunctie activering en concretiseert die opdracht naar de doelgroep volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek.

Bij het formuleren van het advies werd rekening gehouden :

- met de vanuit onderzoek en literatuur beschikbare kennis over het belang en de inhoud van de opdracht (zorgfunctie) tot activering van patiënten met psychiatrische stoornissen;
- met de ervaringen vanuit het werkveld m.b.t. nog niet formeel erkende dagactiviteitencentra en projecten van arbeidstrajectbegeleiding.

Het advies gaat expliciet in op volgende aandachtspunten :

- de noodzaak om de zorgopdracht tot activering te formuleren in zowel algemene termen als in diverse concrete werkvormen;
- de noodzaak om de zorgopdracht tot activering te specificeren in functie van de beoogde beleidsdoelgroep, bv. 'supported education' bij jongeren, arbeidstrajectbegeleiding bij volwassenen en realiteitsoriëntatie en activering bij ouderen;
- de noodzaak om vanuit de doelstellingen en specifieke methodieken uit de geestelijke gezondheidszorg de zorgopdracht tot activering te realiseren, zowel binnen de structuren van de geestelijke gezondheidszorg als in belendende sectoren.

# **1. Betekenis en opdrachtsafbakening van de zorgfunctie activering**

## **1.1. Activering : een zorgfunctie van de geestelijke gezondheidszorg**

De zorgfunctie activering moet door de GGZ opgenomen worden in het perspectief van de inclusie. Het kan niet dat enkel de patiënt zich moet in- en aanpassen aan de maatschappelijke verwachtingen. De maatschappij moet zich evenzeer openstellen en initiatieven nemen die erop gericht zijn de reïntegratie van personen met een psychiatrische problematiek te ondersteunen.

De lasten van de reïntegratie en rehabilitatie kunnen en mogen niet alleen door de patiënten, hun families en de zorgverleners gedragen worden. Van de diverse Federale en Gemeenschaps-/Gewestoverheden mag verwacht worden dat, naar analogie met wat reeds ten dele gerealiseerd werd voor 'gehandicapten, een op inclusie gericht beleid wordt gevoerd. Naast een algemene sensibilisering en mentaliteitswijziging t.o.v. het bewaren en herstellen van de geestelijke gezondheid, moeten daarom gerichte beleidsinitiatieven genomen worden om personen met een psychiatrische problematiek terug aansluiting te geven in o.a. volgende domeinen :

- onderwijs, dmv. bv. opleidingen gericht op verruimen of heroriënteren van de bekwaamheden;
- huisvesting, dmv. bv. inclusie in sociale huisvestingsinitiatieven;
- tewerkstelling, dmv. bv. specifieke tewerkstellingsprogramma's, creatie van sociale arbeidsplaatsen, arbeidsbemiddeling, vrijwilligerswerk, ...
- cultuur en vrije tijd.

## **1.2. Activering : een volwaardige zorgfunctie van de geestelijke gezondheidszorg**

Een bio-psychosociale benadering van het geestelijk ziek-zijn is maar mogelijk als naast meer voor de hand liggende zorgfuncties, zoals diagnostiek, behandeling, verzorging, ... ook expliciet zorg wordt opgenomen m.b.t. activering.

Uit tal van onderzoeken, literatuur en terreinervaringen blijkt overduidelijk welke belangrijke invloed het herstellen / opnieuw opnemen van haalbare en zinvolle activiteiten en de daaraan verbonden sociale rollen hebben op het welbevinden en functioneren van patiënten met geestelijke-gezondheidsproblemen.

## **1.3. Activering : een zorgfunctie voor elke doelgroep**

Activering is een zorgfunctie die ten aanzien van elke beleidsdoelgroep gerealiseerd zal moeten worden en die vanuit diverse methodieken, zowel in individuele als groepsgerichte benaderingen, aangeboden kan

worden.

**1.4. Activering is een zorgfunctie van de geestelijke gezondheid die diverse therapeutische doelstellingen kan beogen en veelal gecombineerd wordt met andere zorgfuncties, bv. :**

- activeren, gecombineerd met begeleiden (ondersteunen), psycho-educatie en coaching, vindt zijn concretisering in bv. de rehabilitatiebenaderingen;
- indicatiestelling en diagnostiek, gecombineerd met activering, laat toe om een globale functionele beoordeling uit te voeren;
- behandelen, gecombineerd met activering, laat toe om vaardigheden, structuur en controle te herwinnen, bv. Reality Oriëntatie Training.

**1.5. Activering is een zorgfunctie die in diverse omgevingen (settings) gerealiseerd en aangeboden moet worden**

Activering is een opdracht die door de geestelijke gezondheidszorg zowel binnen als buiten de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg opgenomen moet worden.

Vanuit de betrachting om zoveel als nuttig de vereiste zorg aan te bieden in een zo genormaliseerd mogelijke woon-, leef- en werksituatie zal een beroep gedaan worden op de in de brede samenleving beschikbare aanknopingspunten voor de activering m.b.t. opleiding, training, diverse vormen van cultuur, sport, ontspanning, werk (van vrijwilligerswerk over beschutte- en sociale werkplaatsen tot betaald regulier werk).

Dit neemt niet weg dat de zorgfunctie activering, door de verwevenheid met andere zorgfuncties van de geestelijke gezondheidszorg, door de specifieke kenmerken en kwetsbaarheden van de patiënten en omwille van de specifieke deskundigheden en methodieken die hiervoor vereist zijn, in vele gevallen slechts realiseerbaar zal zijn dankzij de inbreng en/of de organisatiecontext die door de geestelijke gezondheid wordt aangeboden.

**1.6. Activering : een gerichte, selectieve en complementaire benadering**

Vele patiënten zullen doorheen hun ziekteverloop een beroep moeten kunnen doen op zorgaanbod inzake activering, zowel binnen de structuren van de geestelijke gezondheidszorg als daarbuiten.

Bij het opstellen van het lastenboek van opdrachten voor elk van de beleidsdoelgroepen (kinderen en jeugd, volwassenen, ouderen) zal in functie van de te realiseren doelstelling, de aard van de activiteiten, de vereiste context en begeleiding een afweging gemaakt moeten worden : wat is de vereiste inzet van mensen en middelen uit de geestelijke gezondheidszorg en op welke wijze kan complementair en selectief gewerkt worden met opdrachten buiten de gezondheidszorg, zoals bv. onderwijs, huisvesting, tewerkstelling, cultuur en vrije tijd, ...

## **2. Beschrijving van de doelgroep en de zorgfunctie activering bij volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek**

In dit advies wordt een aanzet gegeven van concretisering van de zorgfunctie activering voor de beleidsdoelgroep volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek.

De motivatie hiertoe is dat volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek specifieke karakteristieken hebben die maken dat ten aanzien van de zorgfunctie activering een volwaardig uitgebouwde benadering nodig is.

### **2.1. De doelgroep volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek**

#### ***2.1.1. VOORKOMEN***

In de wetenschappelijke literatuur lopen de opvattingen over het aantal personen (volwassenen) met ernstige en langdurige psychische stoornissen uiteen, o.a. naar gelang van de door de onderzoekers gehanteerde definities. In een overzichtsartikel komen Kroon e.a. (1998) voor Nederland tot een raming van minstens 75.000 informele en formele zorg ontvangende patiënten. Voor België komt dit neer op ongeveer 60.000 personen en voor Vlaanderen betekent dit ongeveer 34.000 personen. Deze maken op regelmatige basis gedurende lange tijd (minstens twee jaar) gebruik van zowel ambulante als intramurale voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg.

#### ***2.1.2. KENMERKEN VAN DEZE DOELGROEP***

Bij personen met ernstige psychiatrische stoornissen kunnen drie niveaus van beperkingen onderscheiden worden: de primaire, de secundaire en de tertiaire beperkingen.

De primaire beperkingen vloeien voort uit de ziekte zelf en bestaan uit disfuncties die als symptomen van de ziekte kunnen worden beschouwd.

Bij de secundaire beperkingen gaat het over de mate waarin de patiënt de ziekte te boven is gekomen, welke luttelkens de stoornis in de persoon van de patiënt heeft nagelaten, zoals bijvoorbeeld een gebrek aan zelfvertrouwen.

De tertiaire beperkingen vloeien voort uit de houding die de omgeving van de patiënt aanneemt ten aanzien van de problematiek. Deze beperkingen bestaan uit fenomenen zoals stigma, armoede en kansarmoede, een

inkrimpend sociaal netwerk en uitsluiting uit de arbeidswereld. Het zijn vooral de secundaire en de tertiaire beperkingen die kunnen doorwegen bij het herstelproces dat gericht is op meer dan de genezing en revalidatie en tevens de rehabilitatie omvat.

### **2.1.3. EEN NIEUWE VISIE OP SAMENLEVINGSGERICHTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

In de laatste decennia is er veel veranderd in de visie van professionele hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg op het leven van psychiatrische patiënten. Deze veranderingen hebben enerzijds te maken met de vooruitgang die werd geboekt op het vlak van de behandeling van psychiatrische stoornissen, maar anderzijds ook met ingrijpende wijzigingen in het gezondheidsbeleid in de westerse landen. Deze nieuwe visie vertrekt ook van een andere benadering van het verloop van psychiatrische stoornissen die meer ruimte laat voor de eigen invulling door de patiënt. *Herstel* is hierbij een sleutelbegrip. De geestelijke gezondheidszorg sluit aan op deze benadering door de uitbouw van *omvattende zorgprogramma's en zorgnetwerken* en op het inhoudelijke vlak door de verdere ontwikkeling van de *psychiatrische rehabilitatie*. Hierdoor kan deze zorg een beter antwoord bieden op de diverse en veranderlijke noden die patiënten ervaren tijdens hun persoonlijk herstelproces.

### **2.1.4. VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT IS HERSTEL VAN DE WAARDIGHEID EEN SLEUTELBEGRIP**

- De voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg formuleren expliciet als één van hun doelstellingen het mogelijk maken dat patiënten een zelfstandigheid kunnen verwerven in de samenleving. Deze doelstelling veronderstelt een nieuwe visie op het begrip 'genezing'. De bredere term 'herstel' heeft ingang gevonden en verwijst naar gezamenlijke inspanningen van hulpverleners en patiënten, niet enkel om de symptomen onder controle te houden, maar om, ondanks de psychiatrische stoornis, een zinvol bestaan als burger uit te bouwen.
- Elementen in het herstelproces kunnen zijn: het loskomen van de ziekte, het besef dat vooruitgang mogelijk is, het opnieuw controle verwerven over het eigen bestaan, het opbouwen van een nieuw zelfbeeld, een vernieuwde aandacht voor basale activiteiten zoals huisvesting, voeding en dagactiviteiten, het meewerken aan de psychiatrische behandeling en de zinvolheid ervan erkennen (o.a. van medicatie). Patiënten verwerven controle over hun psychiatrische problematiek; leren symptomen herkennen en werken in overleg met hun behandelaars aan een strategie om herval te voorkomen.

Sommige patiënten voegen in een latere fase hier nog elementen aan toe en formuleren meer complexe doelen. Deze doelstellingen kunnen zich situeren op het vlak van werk, maar kunnen ook bijvoorbeeld



de inschakeling als ervaringsdeskundige of als vrijwilliger in een ontmoetingscentrum inhouden. Het herstelproces verloopt niet lineair, maar met wisselende snelheden en perspectieven. Op de weg naar het herstel doen zich ook periodes voor van minder goed functioneren en soms steekt de ziekte weer de kop op. Voorzieningen dienen hier rekening mee te houden en patiënten voldoende tijd te gunnen om deze minder goede periodes door te komen.

Een ander element in deze benadering is het unieke karakter van de wijze waarop elk individu met psychiatrische problemen zijn weg naar herstel probeert te vinden. De consequentie hiervan voor de voorzieningen is dat rehabilitatieprogramma's naar maatwerk moeten streven. De tijd van de uniforme therapieprogramma's ligt hiermee definitief achter de rug.

Voor volwassenen met een dergelijk zorgprogramma zijn, naast de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de diverse functies, vooral de vloeiende overgangen en de samenhang in het geheel van belang. De realisatie van de herstelvisie vereist een verbreding van het aanbod aan diverse vormen van behandeling en ondersteuning. In de verbreding van dit aanbod is de zorgfunctie activering een sleutelement, als onderdeel van een omvattend zorgprogramma.

Personen met langdurige en ernstige psychiatrische stoornissen hebben het in onze samenleving niet gemakkelijk. In de volgende paragraaf bespreken we enkele terreinen waarop deze personen specifieke noden ervaren. Een doelgerichte benadering op het vlak van activering kan op deze noden een antwoord bieden.



### ***Moeilijkheden om betekenisvolle sociale relaties op te bouwen***

Vele psychiatrische patiënten kampen met eenzaamheidsproblemen. Deze eenzaamheid heeft te maken met de moeilijkheden die deze mensen ondervinden om betekenisvolle sociale relaties aan te gaan. Deze moeilijkheden vloeien voort uit de psychiatrische stoornis zelf of zijn een gevolg van de secundaire beperkingen. Ook door de talrijke opnames in psychiatrische ziekenhuizen komen de contacten met vrienden en kennissen onder druk te staan. Omwille van deze eenzaamheidsproblemen zetten sommige patiënten bewust niet de stap naar zelfstandig wonen en blijven zij bij hun ouders inwonen. Hierdoor kan de emotionele belasting voor de families toenemen.



### ***Stress-kwetsbaarheid***

In het algemeen zijn personen uit deze groep op een specifieke wijze vatbaar voor bepaalde vormen van stress. Zelfs weinig stress kan in sommige gevallen extreme angst of een nieuwe psychotische episode uitlokken. Het stress-kwetsbaarheidsmodel is ondertussen algemeen geaccepteerd als uitgangspunt voor de begeleiding van mensen met langdurige psychotische stoornissen. Leren omgaan met diverse vormen van stress is een belangrijk onderdeel geworden van veel psycho-educatieve programma's, gericht naar patiënten en families.



### ***Gebrek aan coping-vaardigheden en beperkte transfer van leerervaringen***

Een derde kenmerk van deze doelgroep is het gebrek aan basale coping-vaardigheden en probleemoplossend vermogen. Eenvoudige activiteiten zoals de bus nemen, geld beheren, winkelen in een supermarkt of gezonde voeding klaarmaken kunnen voor patiënten met cognitieve beperkingen bijna onoverkomelijke opdrachten zijn. Dit gebrek aan basale coping-vaardigheden gaat samen met een beperkte transfer van leerervaringen. Hieruit vloeit de noodzaak voort om vaardigheden zo veel mogelijk in te oefenen in de werkelijke leefomgeving van de patiënten.



### ***Stigma***

Een belangrijk element in de sociale uitsluiting van mensen met ernstige psychiatrische problemen is het stigma dat op deze aandoeningen rust. In onze samenleving beschouwen heel wat mensen psychiatrische patiënten als onbetrouwbaar of gevaarlijk, als lui of onbekwaam om te werken, of als zwakbegaafd en niet in staat om dingen aan te leren. Deze stigmatisering leidt op haar beurt tot het versterken van de handicaps en de beperkingen. Auteurs met ervaring als patiënt in de geestelijke gezondheidszorg benoemen stigma dikwijls als de voornaamste barrière op hun weg naar maatschappelijke integratie. Arbeidsrehabilitatie zien zij als de belangrijkste uitweg om uit deze impasse te geraken.



### ***Vooroordelen i.v.m. dagbesteding en werkmogelijkheden***

In de samenleving bestaan ook heel wat vooroordelen in verband met de werkmogelijkheden van psychiatrische patiënten. Soms gaat men ervan uit dat deze mensen niet voor werk in aanmerking komen en best onledig gehouden worden met wat men noemt vrijetijdsactiviteiten. Maar tege-

lijktijd ontvangen deze mensen signalen van een omgeving die hen als lui en onverschillig beschouwt. Hierdoor worden voor patiënten paradoxale verwachtingen gecreëerd die zich soms doorzetten tot in de professionele hulpverlening. Patiënten ontvangen daar het advies om opnieuw aan de slag te gaan, om werk te zoeken of om een goede bezigheid voor overdag te zoeken en om op deze wijze herval te voorkomen en de druk op het thuismilieu te verlichten. Maar tegelijkertijd reikt de geestelijke gezondheidszorg geen concrete handvaten aan om patiënten te helpen om aansluiting te vinden bij de wereld van het werk en van het maatschappelijk leven. Er is daarom nood aan een gerichte ondersteuning vanuit de geestelijke gezondheidszorg om deze overgang mogelijk te maken. In de nieuwe benaderingen van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg vinden we deze concrete ondersteuning terug als een belangrijk element in de zorgprogramma's.



### *Beperkende levensomstandigheden*

De pogingen van patiënten om aansluiting te vinden bij de samenleving worden nog bemoeilijkt door beperkende levensomstandigheden zoals regelmatige hospitalisaties, gebrekkige behuizing en een laag inkomen. Onderzoek heeft aangetoond dat één derde van de chronische patiënten balanceren op de rand van de armoede en dat hun mogelijkheden om aan de samenleving te participeren hierdoor ernstig beperkt worden.

## **2.2. Uitgangspunten op het zorginhoudelijke vlak bij de realisatie van de functie Activering**

Uit de wetenschappelijke literatuur en uit de ervaring van veldwerkers in pioniersprojecten blijkt voor deze doelgroep het belang van het aanbieden van een brede waaier van mogelijkheden op het terrein van de activering. De verschillende elementen in dit brede aanbod kunnen elkaars werking ondersteunen en bieden aan de patiënten de zo nodige aanknopingspunten om het herstelproces op gang te brengen of te bevorderen. Laagdrempelige initiatieven voor dagactiviteiten kunnen zo de bakermat vormen voor meer ontwikkelingsgerichte acties, waarbij professionele hulpverleners patiënten methodisch begeleiden bij het zoeken en behouden van werk. In deze optiek dienen dagbesteding, werkvoorbereiding en arbeidstrajectbegeleiding als in elkaar overlopende deelfuncties gezien te worden binnen het brede concept van de activering.

Volgende basisprincipes dienen gerealiseerd te worden bij de operationalisering van de functie 'activering in de GGZ' :

### **2.2.1. EEN BELEID VERTREKKEND VAN DE NODEN VAN PATIËNTEN IN DE GGZ**

De individuele noden van patiënten zijn het uitgangspunt van het beleid dat de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelt op het vlak van activering. Deze noden kunnen zeer uiteenlopend zijn; enerzijds omwille van de verschillende doelgroepen in de GGZ en anderzijds omwille van de individuele verschillen binnen deze doelgroepen. Zo zijn sommige patiënten op zoek naar een oefenruimte voor sociale contacten en willen anderen hun mogelijkheden op het vlak van werk in kaart brengen in het vooruitzicht van een eventuele werkhervatting. Belangrijk hierbij is de individuele begeleiding van de cliënt. De begeleider vervult de functie van 'gids, doorheen het bestaande aanbod op het vlak van activering en legt eveneens de link naar de voorzieningen in de samenleving. Hierbij vervult hij de rol van 'community connector'.

### **2.2.2. HET PROCES STAAT VOOROP, NIET EEN VASTOMLIJNDE DOELSTELLING**

Om een antwoord te kunnen bieden op deze uiteenlopende noden kan niet geopteerd worden voor een standaardprogramma of voorziening, maar voor een op maat gesneden benadering voor elk individu over de grenzen van voorzieningen heen. Het is de patiënt die aangeeft in welke omgeving hij wil functioneren en de begeleiding en het inschatten van de mogelijkheden van de patiënt worden hierop afgestemd. Vertrekkend van het reeds bestaande aanbod en de noden in een regio dienen de initiatiefnemers vorm te geven aan de functie 'activering'. De structuren die gecreëerd worden dienen als ondersteunend kader om de individuele trajecten van cliënten mogelijk te maken.

### **2.2.3. NOODZAAK AAN EEN ONDERSTEUNENDE ÉN EEN ONTWIKKELINGSGERICHTE BENADERING**

Het herstelproces van volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen kan op de meest uiteenlopende wijze verlopen. Op weg naar het herstel doen zich ook periodes van minder goed functioneren voor en soms steekt de psychiatrische problematiek weer de kop op. Zo kan het noodzakelijk zijn om patiënten die voor een bepaalde tijd geen verdere stappen kunnen zetten in een arbeidstrajectbegeleiding, weer op te vangen in een dagactiviteitencentrum. Op het terrein van de activering is daarom een ontwikkelingsgerichte én een accepterende instelling vereist. De ontwikkelingsgerichte benadering leidt tot volgende stappen op weg naar meer maatschappelijke integratie onder de vorm van bijvoorbeeld supported education of arbeidstrajectbegeleiding. De accepterende benadering leidt tot het creëren van een omgeving waar men zich goed voelt en contacten kan leggen.

#### **2.2.4. EEN METHODISCHE BENADERING DOOR DESKUNDIG EN GEMOTIVEERD PERSONEEL**

Deze tweevoudige benadering dient gestoeld te zijn op een methodische benadering. Elementen hierin kunnen zijn: de functionele beoordeling van de mogelijkheden van patiënten op het vlak van dagbesteding en maatschappelijke integratie via arbeid, met patiënten samen doelstellingen formuleren en het uitstippelen van een traject om deze doelstellingen te realiseren, het op gang brengen van het proces van empowerment bij de bezoekers van een ontmoetingscentrum of de leden van een clubhuis. De ontwikkelingsgerichte en de probleemgerichte rehabilitatiebenaderingen kunnen deze werkwijze ondersteunen. Begeleiders op het terrein van de activering moeten de mogelijkheid hebben om hun deskundigheid op deze terreinen te verhogen.

#### **2.2.5. EEN AANBOD AAN ACTIVERING IN NAUWE VERBINDING MET BEHANDELING EN REHABILITATIE**

Twee overwegingen verantwoorden een nauwe relatie tussen het aanbod op het vlak van dagbesteding en psychiatrische behandeling :

- 1) Dagbesteding en arbeid zijn niet de enige domeinen waar patiënten met problemen te kampen hebben. Per persoon dient nagegaan te worden op welke terreinen interventies nodig zijn om tot een betere levenskwaliteit te komen. Interventies op het ene terrein beïnvloeden het functioneren op andere terreinen.
- 2) Veel integratieproblemen van psychiatrische patiënten vloeien rechtstreeks voort uit de psychiatrische problematiek op zich. Deze overweging manifesteert zich vooral wanneer patiënten opnieuw de rol van o.a. werknemer willen opnemen en plots met hun beperkingen geconfronteerd worden.

Uit deze overwegingen vloeit de noodzaak voort aan een voortdurend afstemmen van enerzijds de benadering op het vlak van activering en anderzijds de psychiatrische behandeling. Regelmatig overleg tussen de hulpverleners die voor de behandeling instaan en de hulpverleners die actief zijn op het vlak van activering is wenselijk. Onderzoek heeft aangetoond dat een geïntegreerde benadering, waarbij onderdelen in een zorgprogramma zoals bijvoorbeeld arbeidstrajectbegeleiding en psychiatrische behandeling zorgvuldig op elkaar afgestemd worden, tot meer effectiviteit leidt en de voorkeur heeft boven een versnipperde aanpak.

## **2.3. Zorgorganisatorische uitwerking van de functie activering in de GGZ.**

### **2.3.1. BASISPRINCIPES**

Het centraal stellen van de noden en behoeften van patiënten impliceert de toepassing van een aantal basisprincipes in de concrete uitwerking van de functie activering :



#### ***Het belang van patiëntenparticipatie***

De geformuleerde basisprincipes veronderstellen per definitie een grote participatie van patiënten op diverse niveaus: in de individuele begeleiding, bij de uitbouw van het activiteitenaanbod, bij het werken in groepen... Deze participatie is noodzakelijk om het proces van empowerment op gang te brengen.



#### ***Samenlevingsgerichtheid van de initiatieven***

De functie 'activering' is in de geestelijke gezondheidszorg gericht op de maatschappelijke integratie van patiënten. Om deze opdracht te kunnen waarmaken, worden alle activiteiten gericht op participatie aan het maatschappelijke leven. Zo vormt het lotgenotencontact de stapsteen bij de opbouw van een eigen sociaal netwerk en hebben de arbeidsmatige activiteiten hun betekenis, vooral in het kader van arbeidstrajectbegeleiding.



#### ***Destigmatiserend werken***

Stigma is een van de meest belemmerende factoren bij de sociale integratie van patiënten. Via de functie 'activering' wordt aan patiënten de gelegenheid geboden om aanvaarde sociale rollen te vervullen en los te komen van de zwaarbeladen rol van psychiatrische patiënt.



#### ***Aanvullend werken en toegankelijkheid creëren***

Het aanbod dat uitgewerkt dient te worden, sluit aan op het reeds in de samenleving voorhanden aanbod aan voorzieningen op het vlak van vorming, trajectbegeleiding en georganiseerde vrijetijdsactiviteiten. Door met deze voorzieningen samen te werken, vervullen de begeleiders de taak van 'community connector' of kwartiermaker: zij effenen zodanig het pad dat patiënten beter toegang kunnen verwerven tot het bestaande aanbod in de samenleving.



#### ***Aantrekkelijkheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid en flexibiliteit***

Het geformuleerde aanbod dient op de eerste plaats aantrekkelijk te zijn, er moet aandacht zijn voor de toegankelijkheid (openingsuren, geen hoge financiële drempels), het aanbod moet beschikbaar

zijn op een redelijke afstand van de woonplaats van de patiënten, maar dient gesitueerd te zijn *in* de samenleving en het aanbod dient soepel aan te sluiten bij de wensen en de voorkeuren van de patiënten.

### 2.3.2. ORGANISATORISCHE UITWERKING



#### ***Een veelomvattend en gedifferentieerd aanbod***

Om tegemoet te komen aan de diverse noden van patiënten uit deze doelgroep is er nood aan een gedifferentieerd en veelomvattend aanbod. Dit aanbod kan zich situeren op verschillende domeinen: het bieden van ontmoetingskansen, bijvoorbeeld door het organiseren van een laagdrempelig aanloopadres, het organiseren van recreatie, het ondersteunen van initiatieven van patiënten zelf, het bieden van vorming, het voorzien in activiteiten op het vlak van arbeidsrehabilitatie. In dit laatste domein kunnen de activiteiten variëren van het creëren van arbeidsmogelijkheden die de functionele beoordeling van arbeidsmogelijkheden toelaten, tot het organiseren van arbeidstrajectbegeleiding in samenwerking met andere voorzieningen in de samenleving. Indien de functie 'activering' zich zou beperken tot een kleinschalig aanbod op één bepaalde plaats, lopen patiënten het risico hierin ofwel niet aan hun trekken te komen met hun specifieke vragen, ofwel om vast te lopen bij gebrek aan bijvoorbeeld individuele methodische ondersteuning. Bij een beleid op het vlak van activering in een werkingsgebied dienen minimaal twee subfuncties gerealiseerd te worden: een op ondersteuning gericht aanbod onder de vorm van een ontmoetingsruimte en een op de ontwikkeling van patiënten gericht aanbod van begeleiding op het vlak van professionele integratie onder diverse vormen.



#### ***Een aanbod gericht naar bepaalde doelgroepen***

Een beleid op het vlak van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de GGZ dient zich naar verschillende doelgroepen te richten. Voor volwassenen en ouderen omvat het aanbod een brede waaier van mogelijkheden zoals beschreven in de rehabilitatieliteratuur : van aanloopadressen, clubhuizen en ontmoetingsplaatsen tot individuele en collectieve werkvoorbereiding en werkbegeleiding.



#### ***Het bereiken van de doelgroepen***

De functie 'activering' dient in een omschreven werkingsgebied opgenomen te worden ten behoeve van alle patiënten in de geestelijke gezondheidszorg die op deze dienstverlening een beroep wensen te doen.

Het aanbod dient voldoende gevarieerd te zijn en aantrekkingskracht te bezitten om minstens 50

wekelijkse bezoekers of deelnemers aan te trekken. Hiervan is een aanzienlijk deel betrokken bij een ontwikkelingsgerichte individuele begeleiding. De andere bezoekers kunnen gedurende minstens 15 uur per week rekenen op een ondersteunende benadering in bijvoorbeeld een ontmoetingscentrum of clubhuis.

Omwille van de samenlevingsgerichte opstelling is de inplanting van de diverse onderdelen van het programma in een gewone buurt noodzakelijk.

Het aanbod dient vlot bereikbaar en toegankelijk te zijn. De GGZ-voorzieningen in de regio dienen mee te werken aan de bekendmaking van het initiatief en de toeleiding van patiënten.



#### ***Aansluitend op het reguliere aanbod op het vlak van werk, opleiding en dagbesteding***

Door middel van praktische ondersteuning kunnen veel patiënten in de geestelijke gezondheidszorg werk of dagbesteding vinden in een maatschappelijke omgeving.

Hoofdzakelijk is dat deze ondersteuning werkelijk geboden wordt. Psychiatrische problematiek leidt in veel gevallen tot beperkingen. Deze beperkingen verhinderen een vlotte maatschappelijke integratie van patiënten. Om patiënten aansluiting te laten vinden bij het gewone maatschappelijke leven dient de GGZ een specifieke strategie gericht op een inclusieperspectief, te ontwikkelen. Onderdeel van deze strategie is het bemiddelen bij bestaande voorzieningen zoals opleidingscentra, sociale werkplaatsen, arbeidszorgcentra om patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg mee op te nemen in hun doelpubliek.



#### ***Een aanbod binnen de context van zorgnetwerken en zorgprogramma's***

De functie activering in de GGZ dient voor deze doelgroep opgenomen te worden door een geheel van met elkaar samenwerkende voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg in een omschreven werkingsgebied. In een werkingsgebied waar geen samenwerkingsverband voor beschut wonen voorhanden is, kan een specifiek samenwerkingsverband opgericht worden om de uitbouw van samenlevingsgerichte initiatieven mogelijk te maken. Van dit samenwerkingsverband maken minstens deel uit: een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ), een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) en/of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). De reeds bestaande samenwerkingsverbanden voor beschut wonen hebben op dit terrein reeds een opdracht en kunnen als aanknopingspunt dienen voor de verdere ontwikkeling van deze functie.



### **3. Projectmatige uitwerking.**

Voorgesteld wordt om dit advies in een eerste fase te concretiseren via een projectmatige benadering.

In het kader van de door de minister van Volksgezondheid aangekondigde zorgvernieuwende initiatieven voor dagactivering dient aan pilootprojecten de opdracht gegeven worden dit advies te concretiseren. Met het oog op evaluatie is externe begeleiding en opvolging van deze initiatieven noodzakelijk.

Inzake betoelaging van deze zorgvernieuwende initiatieven verwijzen we naar de criteria opgenomen in punt 4.4. van het advies dd. 13/04/2000 inzake het zorgvernieuwingsfonds voor de GGZ (ref. NRZV/D/PSY/170-2)

#### **3.1. Noodzakelijke middelen om dit omvattende aanbod te realiseren.**

Om dit gevarieerde aanbod in de context van de functie 'activering' in een werkingsgebied te realiseren, is de inzet van professionele medewerkers noodzakelijk. Om de continuïteit te waarborgen, zijn voor het realiseren van het op ondersteuning gerichte aanbod minstens twee vrijgestelde begeleiders noodzakelijk. Om dezelfde redenen dient eveneens de ontwikkelingsgerichte benadering toevertrouwd te worden aan minstens twee begeleiders. Daarenboven moet voorzien worden in een coördinatiefunctie. Minstens drie van de vier begeleiders hebben minimaal een AI-diploma in o.a. een menswetenschappelijke richting.

Op deze wijze kan een equipe samengesteld worden die in nauw overleg met de teams die verantwoordelijk zijn voor de psychiatrische behandeling de doelstellingen van het initiatief realiseren.

De leden van deze equipe hebben de functie activering als hoofdopdracht.

#### **3.2. Structuur van de initiatieven.**

Er wordt een comité samengesteld dat de doelstellingen van het initiatief formuleert en de realisatie van deze doelstellingen begeleidt. Het comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de organisaties die lid zijn van het samenwerkingsverband. Minstens één van deze vertegenwoordigers is een geneesheer-psychiater. Dit comité kan uitgebreid worden met vertegenwoordigers van organisaties buiten de geestelijke gezondheidszorg en met vertegenwoordigers van de betrokken patiënten.

De medewerkers van het initiatief werken intensief samen met voorzieningen in het algemeen welzijnswerk en in de lokale samenleving op het terrein van arbeid en vrije tijd om hierdoor gestalte te geven aan de samenlevingsgerichte opstelling van het initiatief.

### **3.3. Duurtijd van de pilootprojecten.**

Rekening houdend met de doelstellingen en met de context van de zorgvernieuwing die gepaard gaat met experimenteren van nieuwe benaderingswijzen dient een looptijd van twee jaar vooropgesteld te worden.

### **3.4. Doelstellingen.**

Aan de pilootprojecten wordt gevraagd om de volgende doelstellingen te realiseren :

- na te gaan op welke wijze de geformuleerde basisprincipes geconcretiseerd kunnen worden in deze specifieke vorm van ondersteuning van volwassenen en/of jongeren met ernstige en langdurige psychiatrische problemen;
- na te gaan welke de meest noodzakelijke en meest helpende elementen zijn in een programma in het kader van de functie activering;
- de ontwikkeling van een specifieke methodische aanpak;
- mee te werken aan de wetenschappelijke evaluatie van het gehele project.

### **3.5. Wetenschappelijke evaluatie en begeleiding.**

Een erkend universitair onderzoeksinstituut ondersteunt de ontwikkeling van de methodische benadering en is eveneens verantwoordelijk voor de evaluatie van de resultaten en het formuleren van beleidsaanbevelingen. Voor deze opdracht dienen eveneens voldoende middelen voorzien te worden.