

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 08/07/2004

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

O/Ref. : NRZV/D/PSY/235-1 (*)

**ADVIES M.B.T. CONTINUERING EN VERALGEMENING
VAN DE ZORGFUNCTIE “ACTIVERING” IN DE GGZ**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 8 juli 2004

1 MOTIVERING VAN DIT ADVIES

De in 2001 federaal opgestarte pilootprojecten activering nemen een einde op 20 december 2004. Door het ter beschikking komen van het onderzoeksrapport van de twee wetenschappelijke equipes, die de werking van de pilootprojecten evalueerden, is het moment rijp om de nieuwe, experimentele zorgvorm “activering” te beoordelen.

Dat de interministeriële conferentie van 24 mei 2004 activering vooropstelt als stapsteen in ontwikkeling naar “zorgcircuits en netwerken in de GGZ”, noopt de federale overheid tot beleidsbeslissingen met betrekking tot de continuering en/of veralgemening van de zorgfunctie activering in de GGZ.

2 SITUERING VAN DE PILOOTPROJECTEN ACTIVERING

In het vroeger uitgebracht advies met betrekking tot de inhoud, belang en organisatie van de zorgfunctie « activering » in de geestelijke gezondheidszorg d.d. 8/2/2001 werd een lans gebroken voor nieuwe zorgvormen inzake ondersteuningsgerichte en ontwikkelingsgerichte activiteiten voor de doelgroep van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen.

In uitvoering van dit advies lanceerde de FOD Volksgezondheid een onderzoeksoproep voor het pilootproject “Activering” waarin twee belangrijke componenten van de functie activering dienden te worden uitgebouwd : met name arbeid en vorming, beide beperkt tot het luik trajectbegeleiding 19 pilootprojecten werden geselecteerd.

Tijdens de experimentele periode van het project, dient een gemiddelde caseload van minstens 50 personen op jaarbasis te worden aangehouden in het kader van een trajectbegeleiding.

De duurtijd van het contract was oorspronkelijk bepaald voor een periode van 12 maanden met ingang van 21/12/2001 tot 20/12/2002. Kort voor de einddatum werden de projecten tweemaal verlengd, telkens met een jaar, tot 20/12/2004. Daar het voorziene budget enkel personeelskosten impliceerde, wordt met dit bedrag het nodige personeel ter beschikking gesteld, zijnde minstens 2 VTE van tenminste A1-niveau.

Uit het rapport van de wetenschappelijke equipes die de projectformule dienden te evalueren, blijken volgende resultaten voor de eerste twee pilootjaren:

- Alle projecten richtten zich naar personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen met als doel: dagbesteding en dagactiviteiten, (betaald of onbetaald) werk, ontmoeting en sociale contacten. Educatie werd minder vaak als doel vooropgesteld.
- De doelen die de begeleiders vooropstelden kwamen relatief goed overeen met de doelen die de gebruikers vooropstelden

	Begeleiders	Gebruikers
Lagere doelen: zinvolle bezigheid, dagstructuur	70%	67%
Algemene doelen	60%	60%
Werk of volgen van een opleiding	45%	49%

De onderzoekers suggereren dat de begeleiders te veel vertrekken van een deficiëntiemodel en minder van een competentiemodel, waardoor het gevaar bestaat dat de begeleiders de mogelijkheden van de gebruikers onderschatten en een onderaanbod aanbieden.

- De activiteiten in de projecten hadden in dalende volgorde betrekking op arbeid, vrije tijd en educatie.

- De vooropgestelde doelen “dagactiviteiten” en “zinnvolle bezigheid” wordt bij een grote groep van personen bereikt. Bij een derde van de gebruikers waarbij het doel werk/opleiding werd vooropgesteld, werd dit doel ook effectief bereikt. Eén op 10 gebruikers vond een betaalde job. De pilootprojecten argumenteerden dat arbeidstrajectbegeleiding een heel enge vorm van ondersteuning van gebruikers inhoudt: vele gebruikers hebben immers nood aan ondersteuning en faciliteiten op het vlak van persoonlijke ontwikkeling, dagstructurering en zinnvolle dagbesteding. Ook de opbouw van sociale contacten, vaak met lotgenoten is voor de gebruikers een eerste, laagdrempelige stap naar integratie in de maatschappij
- Ondanks geen wijzigingen in de financiële toestand van de meeste gebruikers, ervaren de meeste gebruikers een positieve evolutie, vooral in hun persoonlijke en sociaal functioneren (actiever geworden, meer vertrouwen en geloof in zichzelf, meer inzicht in wat men wil bereiken, eigen mogelijkheden en beperkingen, vlottere sociale contacten),
- Meer dan 90% van de gebruikers komen graag naar het centrum en 86% zou het centrum ook aanraden aan anderen.
- De projecten realiseerden hun opdracht ten aanzien van gebruikers voornamelijk in samenwerking met voorzieningen uit de GGZ-sector (dagcentra, psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, . Bij 1 op 10 gebruikers werden ook reguliere arbeids/trajectbegeleidingscentra ingeschakeld, vb ATB of werkwinkels. Vanuit de pilootprojecten wordt opgemerkt dat in vele reguliere organisaties en –centra weinig toegankelijk zijn voor de doelgroep, hetzij omdat het niveau te hoog is voor de doelgroep, hetzij omdat de werkwijze niet is aangepast. Gebruikers dringen aan op een nauwere samenwerking tussen GGZ-equipen en reguliere arbeidstrajectbegeleiders .
- De projecten besteedden heel wat niet-gebruikersgerichte tijd aan algemene netwerk-ontwikkeling en het algemeen bekend maken van het project.
- Inzake het kwartiermaken¹, besteedden de projecten het meeste aandacht aan informatie-activiteiten en kwartiermaken op beleidsniveau. Structurele samenwerking met andere initiatieven in de regio kwam tot nu toe minder aan bod.
- Om optimaal te kunnen bijdragen tot het bevorderen van maatschappelijke integratie en sociale inclusie, is er nood aan een rijke waaier van mogelijkheden zoals laagdrempelige ontmoetings- en dagactiviteitencentra, begeleiding en werkvoorbereiding, werk en educatie in een beschermd milieu en ondersteuning bij het zoeken, vinden en behouden van werk, onder meer door de implementatie en verdere ontwikkeling van evidence-based programam’s van supported employment en supported education.

¹ Kwartiermaken kan worden gedefinieerd als de activiteiten van hulpverleners die erop gericht zijn om arbeids-, vormings-, vrijetijds- en ontmoetingsmogelijkheden te verbeteren van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen door de houding van de arbeids-, vormings-, vrijetijds- en ontmoetingsomgevingen in positieve zin te beïnvloeden (LUCAS) Een andere definitie beschrijft kwartiermaken als “het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor mensen men een psychiatrische achtergrond en voor vele anderen die met dezelfde mechanismen van uitsluiting kampen (Van Weeghel en Zeelen 1990).

3 ACTIVERING: EEN ESSENTIËLE ZORGFUNCTIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

3.1 Definitie

Activering kan worden gedefinieerd als het geheel van opdrachten ten aanzien van de doelgroep van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen met betrekking tot de domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting om aldus bij te dragen tot het herstel en de maatschappelijke integratie van de cliënten en tot de sociale inclusie van de doelgroep. Aldus past activering binnen de ruime beweging van vermaatschappelijking van zorg.

3.2 Doelstellingen²

Gelet op bovenstaande definitie omvatten de activeringsactiviteiten

- op cliëntniveau zowel doelstellingen
 - o gericht op het ondersteunen van de cliënt als gericht op het verder ontwikkelen van de cliënt
 - o gericht op het verbeteren van het functioneren als op het (her-)vinden van betekenisvolle sociale rollen (probleemgericht)
- op samenlevingsniveau doelstelling met betrekking tot het verbeteren van de sociale inclusie van de doelgroep middels “kwartiermaken”.

Deze doelstellingen vallen globaal onder de noemen rehabilitatie. Rehabilitatie beoogt geen genezing maar het optimaal functioneren op basis van de competenties van de persoon. Aldus vormt activering als zorgfunctie, naast de andere zorgfuncties van de GGZ, een essentieel onderdeel van een zorgprogramma voor een doelgroep.

3.3 Doelgroep³

De doelgroep van activering kan worden omschreven als kinderen en jongeren, volwassenen of ouderen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. De totale omvang van deze doelgroep wordt door extrapolatie van Nederlandse cijfers door Van Audenhove voor België geschat op 27.000 à 30.000 personen. De RIZIV-cijfers spreken van 57.494 psychisch invaliden (RIZIV, jaarverslag 2002). Een realistische cijfer zal zich tussen de 30.000 à 60.000 personen situeren.

Deze personen ondervinden beperkingen op verschillende niveaus: functionele beperkingen ten gevolge van de psychiatrische problematiek en beperkingen in de persoonlijkheid: verhoogde eenzaamheid, verhoogde stress, gebrek aan sociale vaardigheden, beperkte transfer van leerervaringen naar het dagelijkse leven, toenemende afhankelijkheid van hulpverleners. Als gevolg van hun psychiatrische stoornis vertonen deze personen symptomen in de vorm van gedragsproblemen, wanen, angsten, psychotische opstoten, depressieve gevoelens, verwardheid, cognitieve problemen en/of geheugenstoornissen.

Deze beperkingen geven vaak aanleiding tot een zwakke financiële toestand van deze personen.

De ziekte is *niet van voorbijgaande aard* maar duurt in veel gevallen levenslang.

Bovendien ondervinden deze personen beperkingen ten gevolge van de stigmatisering vanwege de maatschappij ten opzichte van psychiatrische patiënten.

² Meer gedetailleerd uitgeschreven in bijlage 1.

³ Meer gedetailleerd uitgeschreven in bijlage 2.

3.4 Modellen van activering

Internationaal wordt activering op verschillende wijzen vorm gegeven, gaande van clubhuizen, transitional employment, (openbare) diensten voor tewerkstelling, bedrijven die door cliënten zelf geleid worden, beschermde werkplaatsen, industrial work units, sociale werkplaatsen en coöperatieven (social firms), supported employment en begeleiding bij vorming en educatie. Zie bijlage 3.

Schematisch bestaan er op heden in België 4 modellen van activering: a) Ontmoetingsmogelijkheden en dagstructurering, b) Vrijtijdsbegeleiding, c) Vormings- en studiebegeleiding en d) Werkoriëntering, werkvoorbereiding, werkbegeleiding en alternatieve werkvormen. Zie bijlage 4.

Onderzoek heeft aangetoond dat bepaalde vormen van arbeidsrehabilitatie effectiever zijn dan andere (Michon & Van Weeghel, 2003). Supported Employment komt op de voorgrond als een veelbelovende vorm van activering gericht naar werk en dan in het bijzonder de variant die bekend staat als het IPS: het Individual Placement and Support model (Crowther, Bond, Huxley en Marshall 2001).

4 VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN VOOR HET BELEID

- Van de tijdelijke, federaal gefinancierde pilootprojecten ging een belangrijke zorgvernieuwend impuls uit: De pilootprojecten vertoonden een trendbreuk met de heersende “verzorgende” visie op zorg, geënt op deficiëntiemodel. Dankzij het pilootproject vond het competentiemodel een grotere intrede in de GGZ.
- Teneinde te komen tot een maatschappelijk integratie van de cliënten en sociale inclusie van de doelgroep, dient de invulling van de zorgfunctie activering te zijn ingebed in een globale visie op (GGZ-)zorg en op het zorgaanbod. Dit impliceert dat de realisatie van deze zorgfunctie een onderdeel dient te zijn van het zorgprogramma en zorgtraject voor de personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Het komt dan ook toe aan de samenwerkende zorgactoren om gemeenschappelijk de verantwoordelijkheid op te nemen voor de realisatie van deze functie binnen een werkingsgebied.
- De realisatie van activering vereist op lokaal niveau
 - een functionele samenwerking enerzijds tussen GGZ-actoren onderling en anderzijds tussen GGZ-actoren en partners in de brede samenleving;
 - specifieke kennis, attitudes en methodieken van de zorgverleners
 - additionele inzet van mensen en middelen voor de realisatie van deze zorgfunctie.
- Een optimale realisatie van activering veronderstelt op macroniveau
 - een goede afstemming van het beleid van de verschillende Belgische overheden inzake arbeid, onderwijs, welzijn, huisvesting, cultuur en vrije tijd, integratie in de samenleving en geestelijke gezondheidszorg. Deze afstemming dient operationeel te worden gemaakt in een samenwerkingsprotocol tussen de verschillende bevoegde overheden.
 - van de overheden, vakbonden, werkgevers en alle andere actoren in de samenleving een actief engagement inzake het sensibiliseren van de bevol-

king en hun achterban en het aanpassen en afstemmen van regelgeving. In het bijzonder zal werk moeten worden gemaakt van het bijdragen tot een positieve beeldvorming over GGZ-cliënten, het positieve discrimineren van de doelgroep, het wegwerken van inactiviteitsvallen, verhogen van de tolerantie voor GGZ, toegankelijk maken van de samenleving ... voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen

5 VOORSTELLEN

5.1 Voorstellen tot verdere uitbouw van de functie activering in de GGZ

Verderbouwend op

- de ervaringen van de pilootprojecten, waaruit onder andere blijkt dat heel wat gebruikers zowel nood hebben aan trajectbegeleiding naast ondersteuning, al dan niet in de vorm van een basaal aanbod,
- het feit dat activering zowel de domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en vorming omvat, en in de huidige pilootprojecten enkel op de domeinen arbeid en vorming werd gefocust,
- de evidence based informatie inzake supported employment, in het bijzonder het model van individual placement en support,
- de noodzaak tot de verdere uitbouw van een basisaanbod inzake dagactiviteiten en mogelijkheden tot ontmoeting, extern buiten de campen van de residentiële GGZ-voorzieningen,
- de haalbare caseload van 1 FTE per 50 gebruikers op jaarbasis bij coachen en oriënteren naar werk en 1 FTE per 15 gebruikers wanneer men de volledige begeleiding van de gebruikers op zich neemt, het verder uit te bouwen kwartiermaken via informatie-activiteiten, structurele netwerkvorming en op beleidsniveau,
- enige schaalgrootte van equipe noodzakelijk is om zowel de netwerkfunctie als de begeleidingsfunctie van gebruikers te realiseren

wordt verwacht om op langere termijn per 50.000 à 100.000 inwoners een equipe van 6 FTE op A1-niveau te voorzien, dat instaat voor de volledige realisatie van de functie activering op de 4 domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen.

In het vooruitzicht van een toekomstig groeipad naar deze 6 FTE's, wordt verwacht om in de nu voorgestelde eerste fase van consolidering en veralgemening van de pilootprojecten activering de lokale projecten te bestafferen met 4 FTE's.

Bij de inschakeling van medewerkers voor activering, wordt aanbevolen om ook beroep te doen op ervaringsdeskundigen, die naast hun professionele deskundigheid ook ervaring hebben als gebruiker van de geestelijke gezondheidszorg.

Op jaarbasis dient deze equipe een permanente caseload van minstens 70 gebruikers aan te houden voor de opdracht van arbeids- en vormingstrajectbegeleiding met een jaarlijkse minimale "verversingscoëfficiënt van 20 procent. Met het oog op het realiseren van de continuïteit van zorgen en het bevorderen van de ontslagmogelijkheden kan maximaal 30 % van deze caseload verblijven in een residentieel psychiatrische voorziening.

Ten einde de functie activering in België minimaal verder uit te bouwen naar één equipe per 50.000 à 100.000 inwoners, dienen er in de eerste fase 2005-2006 bijkomende investeringen te worden gedaan om in totaal 50 dergelijke projecten te organiseren, wat 31 bijkomende projecten veronderstelt.

Voor de formalisering van elk van deze projecten is minimaal een juridisch geformaliseerde functionele samenwerking vereist tussen enerzijds 2 GGZ-actoren (waaronder steeds één cgg) en anderzijds 2 niet-GGZ-actoren uit de niet-categoriale wereld van arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting.

Indien in deze pilootfase om praktische, juridische, financiële, lokale of andere reden het noodzakelijk blijkt om te beschikken over een afzonderlijke juridische entiteit, wordt gepleit voor een eigenstandige samenwerkingsinitiatief, naar analogie met het juridisch kader dat nu van toepassing is als samenwerkingsinitiatief voor de oprichting en exploitatie van de initiatieven beschut wonen.

Deze samenwerkingsinitiatieven moeten uitgaan van minstens drie bestaande GGZ-actoren (P.Z, PAAZ, PVT, BeWo, CGG). Als bijkomende erkenningsvoorwaarde dient te worden gesteld dat het samenwerkingsinitiatief een functionele samenwerking heeft met partners uit de wereld van reguliere arbeid, vorming, vrijetijd en/of ontmoeting.

Lokaal kan dit samenwerkingsinitiatief hetzelfde initiatief zijn als het samenwerkingsinitiatief voor de oprichting en exploitatie van een initiatief beschut wonen.

Kostprijs per project:

Type kost	Kost per jaar in EUR	Eenheden	Totaal /jaar in EUR
Bruto loonkost A1 aan 15 jr ancienniteit, zonder extraprestaties	44.417	2	88.834
Bruto loonkost A1 aan 15 jr ancienniteit met 4u/wk extra prestaties à 26% en 2u/wk à 56 %	46240,5	2	92.481
Overheadkosten (verwarming, electriciteit, verzekering, verplaatsing, bureaumateriaal...voor het personeel,) naar analogie met de werkingskosten beschut wonen:	€ 4992 / FTE	4	19968
Huur/afschrijving lokalen (secretariaat personeel, ontmoetingsruimte, arbeids- en/of activiteitencentrum)	12.500	1	12.500
Werkingsmateriaal voor ontmoeting dagactiviteiten	3000		3000
Totaal per project			216.783
Totaal voor 50 projecten			10.839.150

5.2 Voorstellen tot bijkomende, faciliterende maatregelen

Teneinde de activeringsfunctie ook verder uit te bouwen in de residentiële psychiatrische voorzieningen en deze voorzieningen in het kader van hun behandelings- en begeleidingsopdracht meer mogelijkheden te bieden de activeringsfunctie op te nemen, wordt voorgesteld:

- a) om erkenningsnormen van de partiële T-hospitalisatiediensten aan te passen zodat er een versoepeling komt in de verhouding verpleegkundigen / andere kwalificaties op niveau A1 in functie van het specifieke profiel van deze eenheden;
 - b) de RIZIV-overeenkomst verzekeringsinstellingen – psychiatrische ziekenhuisdiensten aan te passen zodat een partiële ziekenhuisbehandeling kan worden gerealiseerd à rato van 3,5 uur per kalenderdag, in vergelijking van de verplichte 7 à 8 uur per kalenderdag in de huidige overeenkomst;
 - c) de RIZIV-overeenkomst verzekeringsinstellingen – psychiatrische ziekenhuisdiensten aan te passen zodat een revalidatie nabehandeling ook mogelijk is buiten de campus van het ziekenhuis;
 - d) de financiering van de initiatieven beschut wonen aan te passen door het toevoegen van begeleidingsgebonden kosten (cfr advies van de NRZV in voorbereiding);
 - e) de erkenningsnormen van de initiatieven beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen aan te passen zodat de functie activering van hun bewoners en patiënten kan plaatsvinden buiten de campus maar met het personeel van deze voorzieningen, al dan niet op zelfde locatie als de hierboven beschreven projecten.
-

SYNTHESE ADVIES mbt
DE CONTINUERING EN VERALGEMENING VAN DE ZORGFUNCTIE ACTIVE-
RING IN DE GGZ

De interministeriële conferentie van 24 mei 2004 stelt activering voorop als stapsteen in ontwikkeling naar “zorgcircuits en netwerken in de GGZ”. De in 2001 federaal opgestarte pilootprojecten activering nemen een einde op 20 december 2004.

De federale overheid moet bijgevolg op korte termijn beleidsbeslissingen nemen met betrekking tot de continuering en/of veralgemening van de zorgfunctie activering in de GGZ.

In uitvoering van het advies van de NRZV met betrekking tot de inhoud, belang en organisatie van de zorgfunctie « activering » in de geestelijke gezondheidszorg d.d. 8/2/2001 financierde de FOD Volksgezondheid 19 pilootprojecten voor een periode van 1 jaar, later tweemaal verlengd met nog een jaar.

Tijdens de experimentele periode dienden de projecten de deelcomponenten van activering arbeids- en vormingstrajectbegeleiding verder uit te bouwen met 2 FTE voor een gemiddelde caseload van minstens 50 personen op jaarbasis.

De voornaamste bevindingen van de wetenschappelijke equipes die de projectformule evalueerden, werden weergegeven.

Activering wordt gedefinieerd als het geheel van opdrachten ten aanzien van de doelgroep van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen met betrekking tot de domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting om aldus bij te dragen tot het herstel en de maatschappelijke integratie van de cliënten en tot de sociale inclusie van de doelgroep.

Aldus past activering binnen de ruime beweging van vermaatschappelijking van zorg.

Gelet op bovenstaande definitie omvatten de activeringsactiviteiten zowel doelstellingen op cliëntniveau als op niveau van de samenleving.

De doelgroep van activering kan worden omschreven als kinderen en jongeren, volwassenen of ouderen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. De totale omvang van deze doelgroep wordt geschat op 30.000 à 60.000 Belgen.

Deze personen ondervinden beperkingen op verschillende niveaus: functionele beperkingen ten gevolge van de psychiatrische problematiek en beperkingen in de persoonlijkheid. Deze beperkingen geven vaak aanleiding tot een zwakke financiële toestand van deze personen.

De ziekte is *niet van voorbijgaande aard* maar duurt in veel gevallen levenslang.

Bovendien ondervinden deze personen beperkingen ten gevolge van de stigmatisering vanwege de maatschappij ten opzichte van psychiatrische patiënten.

Verschillen de internationale en Belgische modellen van activering werden besproken.

VOORSTELLEN

Deze invulling van de functie activering veronderstelt op lokaal niveau een functionele samenwerking enerzijds tussen GGZ-actoren onderling en anderzijds tussen GGZ-actoren en partners in de brede samenleving. Op macroniveau is een goede afstemming van het beleid van de verschillende Belgische overheden inzake arbeid, onderwijs, welzijn, huisvesting, cultuur en vrije tijd, integratie in de samenleving en geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk, liefst in de vorm van een samenwerkingsakkoord.

Concreet wordt verwacht om op langere termijn per lokaal project een equipe van 6 FTE op A1-niveau te voorzien, dat instaat voor de volledige realisatie van de functie activering op de 4 domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. In een eerste fase van consolidering en veralgemening van de pilootprojecten activering wordt verwacht de lokale projecten te bestafferen met 4 FTE's. Ten einde de functie activering in België minimaal verder uit te bouwen, dienen er in de eerste fase 2005-2006 bijkomende investeringen te worden gedaan om in totaal 50 dergelijke projecten te organiseren, wat 31 bijkomende projecten veronderstelt.

Kostprijs per project: € 216.783 per jaar

Totale kostprijs voor 50 projecten: € 10.839.150 per jaar

Ter verdere ondersteuning van de uitbouw van deze zorgfunctie in de residentiële voorzieningen, wordt gepleit voor volgende bijkomende, faciliterende maatregelen

- f) om erkenningsnormen van de partiële T-hospitalisatiediensten aan te passen
- g) de RIZIV-overeenkomst verzekeringsinstellingen – psychiatrische ziekenhuisdiensten aan te passen inzake de partiële ziekenhuisbehandeling en nabehandeling
- h) de financiering van de initiatieven beschut wonen aan te passen door het toevoegen van begeleidingsgebonden kosten (cfr advies van de NRZV in voorbereiding);
- i) de erkenningsnormen van de initiatieven beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen aan te passen zodat de functie activering van hun bewoners en patiënten kan plaatsvinden buiten de campus maar met het personeel van deze voorzieningen, al dan niet op zelfde locatie als de hierboven beschreven projecten.

BIJLAGE 1: DOELSTELLINGEN VAN ACTIVERING

De algemene doelstelling van activering is gelijklopend met de doelstelling in de psychiatrische rehabilitatie: het realiseren van de participatie van de psychiatrische patiënt als burger in de samenleving.

Deel uitmaken van een gemeenschap houdt in dat men deze verbondenheid concretiseert. De meeste mensen doen dit via hun werk, hun vrijetijdsactiviteiten en het verenigingsleven en via contacten met vrienden en familieleden. Via concrete activiteiten in deze domeinen voelt men zich verbonden met de gemeenschap en vervult men sociaal aanvaarde rollen. Deze sociale rolvervulling is voor psychiatrische patiënten echter niet vanzelfsprekend. Activering heeft als doelstelling deze sociale rolvervulling op gang te brengen of te herstellen zodanig dat de patiënt opnieuw het gevoel heeft deel uit te maken van de samenleving.

Activering heeft een aantal secundaire doelstellingen, die uit deze algemene doelstelling voortvloeien. Opnieuw als burger in de samenleving functioneren - en niet als patiënt in een instelling - veronderstelt dat zelfhulp, mantelzorg en beroep kunnen doen op de algemene hulpverlening belangrijker worden (Carling, 1995). Activering biedt hiertoe concrete handvaten. Activering kan mogelijkheden creëren voor zelfhulp, onder meer via lotgenotencontact in ontmoetingshuizen. Een aanbod op vlak van gestructureerde dagbesteding kan eveneens een ondersteuning betekenen voor de families en de direct betrokkenen (respite care). Overleg met algemene hulpverleners en welzijnswerkers draagt bij tot een betere toegankelijkheid van het algemene hulpverlenings- en welzijnsaanbod voor mensen met ernstige psychiatrische problemen (kwartiermaken). Op deze wijze vormt activering een sleutelement in een sociaal inclusiebeleid.

De GGZ wendt de zorgfunctie activering ook aan om een aantal doelstellingen te realiseren die aansluiten bij het persoonlijke herstelproces van de psychiatrische patiënt. Activering biedt immers *concrete handvaten* aan om verdere stappen te zetten in dit herstelproces, (de zogenaamderecovery triggers') en helpt cliënten om specifieke vaardigheden te ontwikkelen om zich te handhaven in nieuwe sociale rollen (recovery skills-LeRoy Spaniol, 2002).

Onderzoek heeft aangetoond dat activering leidt tot een beter functioneren van psychiatrische patiënten op verschillende levensdomeinen en tot een beter zelfbeeld. Deze veranderingen leiden op hun beurt tot een toegenomen zelfeffectiviteit (Arns en Linney, 1998). Deze verbeteringen kunnen versterkend en ondersteunend werken naar de algemene psychiatrische behandeling toe en maken patiënten minder afhankelijk van psychiatrische zorgverleners.

BIJLAGE 2: NADERE BESCHRIJVING VAN DE DOELGROEP

1. Afbakening van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken

De groep van ernstig en langdurig psychisch zieken wordt in de wetenschappelijke literatuur doorgaans afgebakend op basis van drie criteria: de diagnose, de duur van de ziekte en de beperkingen in het functioneren die uit de aandoening voortvloeien (Bachrach, 1995, 1986). Wat de diagnose betreft gaat het om volwassen personen met *een ernstige psychiatrische ziekte* zoals bvb. schizofrenie of een manisch-depressieve stoornis. Als gevolg van hun psychiatrische stoornis vertonen deze personen symptomen in de vorm van gedragsproblemen, wanen, angsten, psychotische opstoten, depressieve gevoelens, verwardheid, cognitieve problemen en/of geheugenstoornissen. De ziekte is *niet van voorbijgaande aard* maar is een last die de betrokkenen in veel gevallen levenslang moeten dragen. De ziekte grijpt sterk in op het functioneren van de personen en geeft aanleiding tot *ernstige beperkingen* bijvoorbeeld in het onderhouden van sociale contacten.

2. Stoornissen, beperkingen en handicaps

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg heeft geleid tot nieuwe omschrijvingen van de doelgroep van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Het opnameverleden in psychiatrische ziekenhuizen voldoet niet langer als criterium voor de bepaling van chroniciteit. Er dient ook rekening gehouden te worden met de *functionele beperkingen* die uit de stoornis voortvloeien, die de patiënt beletten om gedurende lange tijd adequaat te functioneren in een normale maatschappelijke context en die hem noodzaken herhaaldelijk beroep te doen op professionele ondersteuning.

Wing en Morris (1981) omschrijven specifiek voor deze groep drie elkaar beïnvloedende niveaus van beperkingen: de primaire, de secundaire en de tertiaire.

De primaire beperkingen vloeien voort uit de ziekte zelf en bestaan uit disfunctionele eigenschappen of gedragingen die als symptomen van de ziekte kunnen worden beschouwd.

Wing en Morris benoemen de secundaire beperkingen als de ‘persoonlijke (in)tolerantie’. Het gaat om de mate waarin de patiënt de ziekte te boven is gekomen, welke littekens de stoornis in de persoon van de patiënt heeft nagelaten zoals bijvoorbeeld een gebrek aan zelfvertrouwen of ongelooft in de eigen herstelmogelijkheden.

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 arbeidsweld.

De professionele hulpverlening dient met deze drie niveaus van beperkingen rekening te houden en specifieke benaderingswijzen hiertegenover te plaatsen. Uit deze beperkingen vloeien ook specifieke noden voort die deze groep onderscheiden van andere zorgvragers en waar professionele hulpverleners in de algemene hulpverlening niet altijd mee vertrouwd zijn.

3. Specifieke noden

Volwassenen met langdurige en ernstige psychiatrische stoornissen hebben het in onze samenleving niet gemakkelijk. Velen onder hen hebben te kampen met *eenzaamheidsproblemen* (Lehman, 1986 in Borge, 1999, Poulin et Massé, 1994) en het ontbreken van een sociaal net-

werk. 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 en de tertiaire beperkingen (stigma). 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 (De Rick et al, 2000).

In het algemeen zijn personen uit deze groep erg vatbaar voor *stress*. Zelfs weinig stress kan in sommige gevallen extreme angst of een nieuwe psychotische episode uitlokken. (Stein en Santos, 1998). Omgaan met emotionele stress is een bijzondere uitdaging zowel voor informele (de gezinsleden) als voor formele hulpverleners (*expressed emotions*) (Van Humbeeck et al, 2002).

Een derde kenmerk van deze doelgroep is het *gebrek aan basale sociale vaardigheden*. 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. In het normale leven van mensen gaat het aanleren van deze basale vaardigheden samen met het proces van verzelfstandiging. In deze levensfase zijn psychiatrische patiënten dikwijls opgenomen of functioneren ze psychisch minder goed en besteedt hun omgeving minder aandacht aan het aanleren van deze vaardigheden. In een latere fase is er dan het probleem van de *beperkte transfer van leerervaringen*. Onderzoek wijst uit dat patiënten, ondanks intensieve training in het psychiatrisch ziekenhuis, de aangeleerde vaardigheden na ontslag vrijwel niet gebruiken (Stein en Santos, 1998). Veel patiënten keren na het verlaten van het ziekenhuis ook niet meer terug naar hun oorspronkelijke woonomgeving. Zij komen in nieuwe situaties terecht die zij als zeer stresserend ervaren. Daarom gaan zij deze systematisch uit de weg en kunnen de in het ziekenhuis aangeleerde vaardigheden niet in de praktijk gebracht worden. Sommige patiënten hebben echter ook moeite met het leren uit ervaringen op zich en het leggen van verbanden tussen de trainingssituatie en de woonomgeving (Stein en Santos, 1998).

Deze reeds opgenoemde beperkingen kunnen patiënten in sterke mate hinderen om als autonome individuen aan de samenleving te participeren. Dikwijls treedt hierdoor een *toenemende verafhankelijkheid van ouders of van zorgverstrekkers op* (De Rick et al, 2001). Een belangrijk element in de sociale uitsluiting van mensen met ernstige psychiatrische problemen is het *stigma* dat op psychiatrische 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. Hierdoor worden gestigmatiseerden geleidelijk aan uit de samenleving uitgesloten.. Volgens Seyfried leidt de stigmatisering van psychiatrische patiënten op haar beurt tot een versterken van de handicaps en de beperkingen (Seyfried en Bertzeletou, 1990). 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 (De Jonghe, 1991, Chamberlin, 2000). In zijn theoretisch model van arbeidsrehabilitatie richt Seyfried zich echter niet enkel tot de patiënten maar doet hij ook een appèl naar de omgeving toe. Het aanleren van nieuwe vaardigheden aan patiënten dient te worden gekaderd in een context die sociale aanvaarding vooropstelt, een context waarin cliënten emotionele zekerheid ervaren en positieve sociale relaties kunnen opbouwen. Op deze wijze worden de negatieve effecten van de stigmatisering weggewerkt. Seyfried pleit er daarom voor om bij het ontwikkelen van programma's in de arbeidsrehabilitatie voldoende aandacht te besteden aan deze contextgegevens en aan de sociale processen die erin plaatsvinden. Hierbij zijn zowel cliënten, begeleiders als werkgevers betrokken partij.

Met betrekking tot de vraag of personen met ernstige psychiatrische problemen in aanmerking komen voor werk bestaan er ook heel wat *vooroordelen*. Soms gaat men er van uit dat deze mensen helemaal niet voor werk in aanmerking komen en best onledig gehouden worden met wat men noemt 'vrijtjdsactiviteiten'. Maar tegelijkertijd ontvangen deze mensen signalen van een omgeving die hen als lui en onverschillig beschouwd. 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 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. Van Weeghel beklemtoont dat patiënten uit deze doelgroep in de stoet van werkzoekenden terug te vinden zijn in de laatste rijen. Zij moeten vertrekken van stand 0 en het is juist die initiële start die voor deze groep zo belangrijk en zo moeilijk is (Van Weeghel, 1995). Voor wie met de hierboven opgesomde beperkingen geconfronteerd wordt is opnieuw aan het werk gaan immers niet vanzelfsprekend. Er is 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 ondersteuning terug als een belangrijk element in de zorgprogramma's.

De materiële en financiële levensomstandigheden van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen beïnvloeden het sociaal functioneren van deze mensen dikwijls in negatieve zin. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld het lage inkomen van veel patiënten: 30% moet het stellen met minder dan € 625 per maand (Van Audenhove et al, 1998).

BIJLAGE 3: INTERNATIONALE MODELLEN VAN ACTIVERING

In België bieden GGZ-organisaties een brede waaier aan van mogelijkheden voor patiënten op het vlak van activering. Deze evolutie is ook merkbaar in andere landen. Zoals reeds gesteld is deze brede waaier nodig om aan te sluiten bij de uiteenlopende en in de tijd veranderende noden van patiënten op dit terrein. Naargelang de fase van het herstel waarin patiënten zich bevinden kunnen zij nood hebben aan lotgenotencontact, aan een tijdelijk vormingsaanbod en/of aan werkbegeleiding.

De internationale rehabilitatieliteratuur biedt op verschillende plaatsen overzichten van de verschillende modellen van activering. Rekening houdend met de context van een expliciet sociaal inclusiebeleid in de meeste angelsaksische landen ligt de nadruk sterk op werkwijzen die gericht zijn op of te maken hebben met tewerkstelling. Met 'modellen' bedoelt men goed omschreven werkwijzen, die op verschillende plaatsen worden toegepast volgens bepaalde regels of standaarden en waarbij de resultaten en de werkwijze voorwerp zijn geweest van wetenschappelijk onderzoek. In het kader van deze visietekst vertrekken we van een overzicht van Evans en Repper (2000) dat we in cursief aanvullen met opmerkingen van de werkgroep ter verduidelijking.

Modellen van werk, tewerkstelling of werkvoorbereiding voor personen met ernstige psychiatrische problematiek (Evans and Repper, 2000)

Clubhuizen

Voorzieningen in de lokale gemeenschap die door gebruikers worden geleid. De gebruikers hebben doorgaans het statuut van 'leden'. De leden hebben een job in het clubhuis of zijn in normale bedrijven tewerkgesteld via Transitional employment (zie verder). *De clubhuizen (ook bekend als de Fountain-houses) vormen een internationale beweging, zijn enigszins vergelijkbaar met de ontmoetingshuizen in Vlaanderen maar meer nog met de DAC's in Nederland.*

Transitional employment (TE)

Vorm van tewerkstelling gekoppeld aan de clubhuizen. Het clubhuis beheert een aantal jobs in de samenleving, waarin achtereenvolgens een aantal cliënten werken. Meestal gaat het om jobs met een beperkte werktijd. TE wordt beschouwd als een overgangsmaatregel naar gewone competitieve tewerkstelling. In de praktijk lijkt de werkwijze sterk op Supported Employment.

Diensten voor tewerkstelling

Niet in de GGZ-geïntegreerde diensten die cliënten bij het vinden van aan hun noden aangepast werk *(vergelijkbaar in Vlaanderen met ATB, methodisch verwant aan het brokered-casemanagement model, waarvan de geringe effectiviteit bewezen is).*

Openbare diensten voor tewerkstelling

Specifieke afdelingen van algemene tewerkstellingsdiensten, gericht naar bepaalde doelgroepen. Bieden soms tijdelijk werk aan of jobs die door twee cliënten gedeeld worden. *(Vergelijkbaar met VDAB-initiatieven gericht naar bepaalde doelgroepen).*

Bedrijven die door cliënten zelf geleid worden

(Zeer) kleine zelfstandige ondernemingen, geleid door personen met ervaring als gebruiker in de GGZ (Vrijwel onbestaand in Vlaanderen).

Beschermde werkplaatsen

Semi-commerciële ondernemingen, toegankelijk voor personen met een (soms specifieke) handicap.

Industrial Therapy Units (Arbeidszorg)

Bieden niet-betaald werk in een setting die alleen voor de doelgroep is voorbehouden. *Model komt overeen met 'arbeidszorg' in Vlaanderen.*

Sociale werkplaatsen en coöperatieven (social firms)

Situëren zich verspreid in de samenleving. In feite kleine ondernemingen, dikwijls met een gemengd samengestelde personeelsgroep (cliënten en niet-GGZ cliënten). Voorzien in een competitief loon, meestal delen alle medewerkers ook in de winst, grote participatie van alle betrokkenen. *Social Firms, exclusief gericht naar psychiatrische patiënten bestaan in Vlaanderen maar zijn gering in aantal. In Europa zijn de bedrijven verenigd in de CEFEC.*

Supported employment (SE)

Dienst die continue steun verleent, ook in de werkplaats zelf, waardoor psychiatrische patiënten zich kunnen handhaven in meestal, normale jobs. De ondersteuning is sterk geïndividualiseerd en omvat ook voorbereiding op werkhervatting (o.a. sollicitatietraining).

Supported employment is sterk ingeburgerd in de gehandicaptensector. Het 'Individual Placement and Support model (Becker en Drake, 2003) is één model van SE, specifiek bedoeld voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek.

Begeleiding bij vorming en educatie

De vorming kan plaatsvinden in 'normale' settings maar ook via specifieke cursussen gericht naar de doelgroep. De vorming wordt aangeboden zowel ter voorbereiding van toekomstig werk als voor andere doelstellingen. Begeleiders bevorderen deelname aan het vormingsaanbod in de samenleving, soms via de inschakeling van 'buddies'.

Onderzoek heeft aangetoond dat bepaalde vormen van arbeidsrehabilitatie effectiever zijn dan andere (Michon & Van Weeghel, 2002). Supported Employment komt op de voorgrond als een veelbelovende vorm van activering gericht naar werk en dan in het bijzonder de variant die bekend staat als het IPS: het Individual Placement and Support model (Crowther, Bond, Huxley en Marshall 2001). De praktijk van het IPS-model lijkt deels op werkwijzen die ook in Vlaanderen ingeburgerd zijn (bv. ECHO) (Lissens & Van Audenhove, 1997, 2000). Werkbegeleiding wordt beschouwd als een opdracht voor een GGZ-team en wordt van daaruit georganiseerd (omwille van de negatieve ervaringen met het 'uitbesteden' van deze opdracht). IPS is dus een voorbeeld van een in de GGZ-geïntegreerde werkwijze van activering. Verschillend met de werkwijze in Vlaanderen is de sterke nadruk op 'snelle plaatsing' en de goed georganiseerde job-coaching van patiënten die al aan het werk zijn (omwille van de beperkte transfer van leerervaringen en het belang van ondersteuning in de natuurlijke omgeving).

Het lijkt erop dat het IPS-model ook in Nederland aan zijn opmars is begonnen. Momenteel proberen diverse GGZ-teams deze nieuwe werkwijze uit en de eerste wetenschappelijke bevindingen kunnen wellicht binnenkort verwacht worden.

Voor wat Nederland betreft kan het bovenstaande overzicht nog aangevuld worden met enerzijds het model van het '**dagactiviteitencentrum**' en anderzijds de activiteiten van de **Passage-bureaus**

De Nederlandse dagactiviteitencentra worden erkend door de overheid en zijn inmiddels voorwerp geweest van onderzoek (Van Hoof e.a. 2000). Deze centra beogen doorgaans een dubbele doelstelling: het bieden van een veilige thuishaven en tegelijkertijd het aanbieden van een uitvalsbasis naar de samenleving. Deze tweevoudige opstelling (ondersteunende rehabilitatie en ontwikkelingsgerichte rehabilitatie) herkennen we ook in de Belgische pilootprojecten voor activering. De DAC's blijken niet zo effectief te zijn als het op doorstroming naar de samenleving op aan komt. Zij blijken duidelijk te beantwoorden aan andere herstelbehoeften van de leden: de nood aan een veilige omgeving als steun op de achtergrond bij het zich handhaven in de samenleving of het zetten van nieuwe stappen naar integratie.

In Nederland is de groep van mensen die niet beroepsmatig actief zijn om psychische redenen zeer groot. Om aan deze nood tegemoet te komen werden de bureaus Passage opgericht. Deze bureaus zijn diensten voor arbeidstrajectbegeleiding voor een brede maar specifieke doelgroep. Doorgaans werken deze bureaus sterk samen met de GGZ-teams. Daarnaast vindt er ook arbeidstrajectbegeleiding plaats vanuit de DAC's of vanuit de sterk ontwikkelde sociale werkplaatsen voor de doelgroep van psychiatrische patiënten.

BIJLAGE 4: BELGISCHE MODELLEN VAN ACTIVERING

Kenmerken voor de Belgische praktijk is dan ook de brede gerichtheid (...een brede waaier van mogelijkheden) en het grote belang dat hulpverleners hechten aan de samenhang van de verschillende componenten. Individuele arbeidstrajectbegeleiding verloopt moeizamer wanneer men niet kan terugvallen op een dagactiviteitencentrum wanneer het met een cliënt een tijd minder goed gaat. Assertive outreach is soms nodig bij cliënten die zich plots en om onverklaarbare redenen aan alle zorg onttrekken. Niet alle cliënten willen opnieuw betaald werk. Een begeleiding naar vrijwilligerswerk moet ook deel uitmaken van het programma. Heel wat cliënten hebben ook nood aan contact met lotgenoten en aan een veilige omgeving om vaardigheden in het opbouwen van relaties in te oefenen.

Op basis van de ervaringen kunnen de activiteiten van de hulpverleners ondergebracht worden in vier grote groepen, vertrekkend van de doelstellingen die cliënten via de activiteiten kunnen bereiken:

a) Ontmoetingsmogelijkheden en dagstructurering creëren en een opstap bieden naar de samenleving (m.i.v. lotgenotencontact, maatjesprojecten en vriendendiensten)

De activiteiten vinden plaats in een herkenbare omgeving die aangeduid wordt als het ontmoetingshuis of dagactiviteitencentrum. Beide komen tegemoet aan de volgende noden:

- Nood aan contact met lotgenoten: toetsen en verkennen van het eigen herstelproces, op gang brengen van empowerment, isolement doorbreken (disclosure);
- Nood aan een opstap voor activiteiten in de samenleving (informatie, kwartiermaken);
- Nood aan oefenruimte voor basisvaardigheden (communicatie, organiseren);
- Nood om betere toegankelijkheid in de samenleving te verwerven (bv op vlak van sport);
- Nood aan een ‘veilige thuishaven’ voor vrijblijvende ontmoeting;
- Nood aan structuur in het dagelijkse leven.

Het ontmoetingshuis functioneert daarnaast meestal nog als draaischijf voor allerlei andere activiteiten in het kader van activering bijvoorbeeld door het oprichten en ondersteunen van zelfhulpgroepen, het uitbouwen van een patiëntenbeweging op het lokale niveau, het organiseren van ‘maatjesprojecten’ en ‘vriendendiensten’. Sleutelwoord hierbij is ‘empowerment’.

b) Vrijtijdsbegeleiding

Hierbij gaat het om de begeleiding van cliënten bij het kiezen, het vinden en het behouden van een gepaste vrijetijdsbesteding. De activiteiten vinden zowel in groep als individueel plaats. Deze begeleiding komt tegemoet aan de nood van cliënten aan concrete ondersteuning bij het zetten van belangrijke stappen: het leggen van contacten in een sportclub, het vinden van een aangepast aanbod rekening houdend met cognitieve beperkingen...

c) Vormings- en studiebegeleiding

De activiteiten die tot doel hebben cliënten te begeleiden bij het kiezen, het vinden en het succesvol doorlopen van een opleiding of studie. De begeleiding is hoofdzakelijk individueel maar er kunnen ook groepsessies plaatsvinden. Een belangrijk deel van de activiteiten richt zich naar de studieomgeving: het vormingscentrum of het opleidingsinstituut. Binnen het kader van een ontmoetingshuis kunnen ook laagdrempelige vormingsactiviteiten georganiseerd worden die cliënten kunnen helpen om competenties te verwerven die noodzakelijk zijn om in de samenleving aan vormingsinitiatieven deel te nemen.

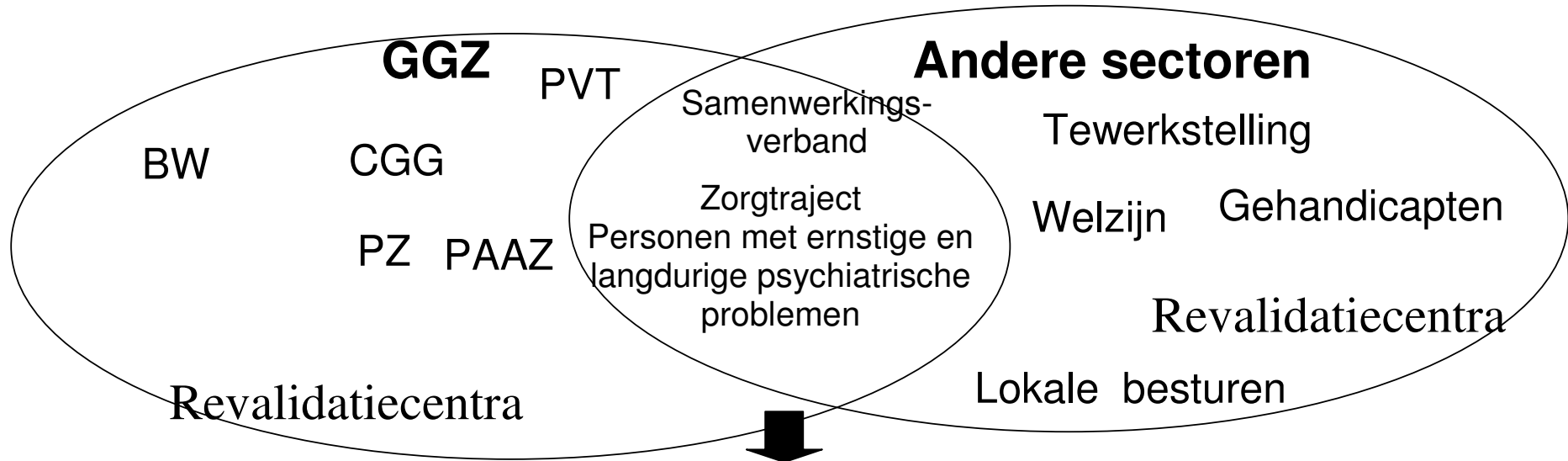
d) Werkoriëntering, werkvoorbereiding, werkbegeleiding en alternatieve werkvormen

Dit is een verzamelterm voor die activiteiten van GGZ-hulpverleners die gericht zijn op het beoordelen van arbeidsmogelijkheden, het kiezen, het vinden en het behouden van geschikte werkplaatsen voor psychiatrische patiënten. De nadruk ligt sterk op de individuele begeleiding maar in de gehanteerde werkwijzen wordt ook gebruik gemaakt van andere benaderingen: trajectbegeleiding, assessment, arbeidszorg, vaardigheidstraining, aanleren van arbeidsattitudes, sollicitatietraining, supported employment, jobcoaching, loopbaanontwikkeling,...

De activiteiten zijn niet voorbehouden voor patiënten die een gewone betrekking aankunnen. De uitkomst van de begeleiding kan evenzeer een alternatieve werkvorm (vrijwilligerswerk, arbeidszorg) zijn. Dit is het geval bij patiënten voor wie echte tewerkstelling geen realistisch doelstelling (meer) is.

De activiteiten in het kader van de functie activering kunnen nog op andere manieren gerangschikt worden; bijvoorbeeld vertrekkend van de wijze waarop de activiteiten plaatsvinden of worden aangeboden: in groep, individueel... De werkgroep geeft de voorkeur aan de bovenstaande indeling omdat ze in grote mate aansluit met ontwikkelingen in andere landen.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de functie activering, zoals ingebed in een geheel van zorg.



ACTIVERING

Niveau individu
 Maatschappelijk integratie
ACTIVERING

Niveau doelgroep
 Sociale inclusie
KWARTIERMAKEN

- ▶ Ontmoeting
- ▶ Arbeid
- ▶ Vrije tijd
- ▶ Vorming

Ontmoeting

Vrijetijd

Vorming

Arbeid

Basaal aanbod

Traject-begeleiding

Basaal aanbod

Traject-begeleiding

Basaal aanbod

Traject-begeleiding

Basaal aanbod

Traject-begeleiding

Persoon met ernstige en langdurige psychiatrische problemen

BIJLAGE 5: LITERATUUR

- Arns, P., Linney, J.A. (1993) *Work, self and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders* Psychosocial Rehabilitation Journal, 17, 2
- Bachrach, L. (1986) *The challenge of service planning for schizofrenia and mental illness*, Community Mental Health Journal, 22
- Bachrach, L. (1991). *Perspectives on work and rehabilitation*. Hospital and Community Psychiatry, 42, 890-891.
- Bachrach, L. (1992). *Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients*. American Journal of Psychiatry, 149, 1455-1463.
- Borge, L., e.a., (1999), *Quality of life, loneliness and social contact among long-term psychiatric patients*, Psychiatric Services, 50, 1, 81-84
- Carling, P. J. (1995), *Return to community. Building support systems for people with psychiatric disabilities*, New York, The Guilford Press
- Chamberlin, J. (2000), *Preface* in Lissens, G. & Van Audenhove, C., *Supported Employment for people with mental health problems: the practices in four European organisations* Stakes Consortium, Helsinki
- Crowther, R., Bond, G.R., Huxley, P., & Marshall, M., (2002). *Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders* The Cochrane Library, issue 2, Oxford
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P., (2003). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness* The Cochrane Library, issue 3, Oxford
- De Jonghe, M., (1991), *Werk als psychische rolstoel* MGV-12, Utrecht, Trimbos-instituut
- De Rick, K., Opdebeeck, S., e.a. (2000), *De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen*. Leuven, LUCAS
- Evans, J., en Repper, J., (2000) *Employment, social inclusion and mental health* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 15-24
- Lissens, G., en Van Audenhove, C., (1997) *Werk en geestelijke gezondheidszorg* Hospitalia, 4, VVI, Brussel
- Lissens, G., Van Audenhove, C., (2000), *Supported Employment for people with mental health problems: the practices in four European organisations* Stakes Consortium, Helsinki
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (1999) *Schatten van mogelijkheden. Richtlijnen voor de inschatting van arbeidsmogelijkheden van(ex)- psychiatrische cliënten* Trimbos-instituut, Utrecht
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (1999) *Het werkdocument, een verkenning van de arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische of verslavingsproblemen* Trimbos-instituut, Utrecht

- Michon., H., en Van Weeghel, J., (2000) *Arbeidsrehabilitatie* Hoofdstuk 2.2 in Pieters, G., en Van der Gaag, M., *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* Bohn, Stafleu Van Loghum, Houtem-Diegem
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (2003) *Effectieve Arbeidsrehabilitatie*. In AH Schene, F. boer, TJ Heeren, H.W.J. Henselmans, B. Sabbe & J. Van Weeghel (eds): *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Bohn, Stafleu Van Loghum, Houtem-Mechelen
- Seyfried, E. & Bertzeletou, T. (1990). *Vocational rehabilitation of the mental ill in office and computer services*, Meeting Berlin : Results of the CEDEFOC research
- Stein, L., Santos, A., (1998), *Assertive Community Treatment of persons with severe mental illness*, W.W. Norton & Company, Inc., New York, London
- Van Audenhove, C., e.a. (1998), *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg. Realisaties en behoeften in Oost-Vlaanderen*, Garant, Leuven
- Van Hoof, F., Ketelaars., Van Weeghel, J., (2000) *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ* Trimbos-instituut, Utrecht
- Van Humbeeck, G. (2002). *Expressed emotion in de cliënt-hulpverlener dyade*. Proefschrift aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Doctor in de Psychologische Wetenschappen o.l.v. Prof. dr. Chantal Van Audenhove. Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, onderzoeksgroep psychodiagnostiek en psychopathologie, LUCAS, Leuven
- Van Weeghel, J.: *Goed Bezig. Op weg naar regionaal beleid voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie*. Utrecht, NcGv-reeks 94-6, 1994.
- Van Weeghel, J., (1995) *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van*
- Wing, J.K. en Morris, B., (1981), *Clinical basis of rehabilitation* in Wing, J.K. en Morris, B. (eds), *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*, Oxford University Press, Oxford, 3-16