

# **Pre professionele ergotherapie (PPET): Het aanbod van arbeidshulpverlening in een psychiatrisch centrum**

S. Derijcke

- 1 inleiding
- 2 Achtergrond
  - 2.1 arbeidshulpverlening in het verleden
  - 2.2 arbeidshulpverlening in het heden
  - 2.3 literatuur
  - 2.4 arbeidsrehabilitatieprogramma's
  - 2.5 Situering van deze bijdrage
- 3 centrum voor psychiatrie en psychotherapie Sint Jozef Pittem.
- 4 de interventie PPET
  - 4.1 voor wie
  - 4.2 verloop
  - 4.3 De omkadering
  - 4.4 De activiteit
  - 4.5 psycho educatie
  - 4.6 sociale informatie
- 5 Hulpvraag en therapiedoelen
- 6 Hoe werkt PPET ?
  - 6.1 Fase 1: exploratie van werkmogelijkheden en problemen
  - 6.2 Fase 2: training, competentie ontwikkeling, persoonsontwikkeling
  - 6.3 Fase 3: trajectbepaling en trajectbegeleiding
- 7 besluit

## **1 inleiding**

'Mijn facteur zegt dat ik de mooiste brievenbus in onze straat heb' verklaart een ex-patiënt die gisterenmiddag eens op bezoek kwam. Net voldoende woorden om mij te overtuigen van het gevoel: 'yes, het is gelukt'. Hoewel zijn behandeling ondertussen ruim twee jaar achter de rug is begrijp ik dat het goed gaat met hem en dat hij zijn plaats in zijn maatschappij herwonnen heeft. Hij is de voorbije jaren volledig clean van drugs en alcohol, zorgt voor zijn kinderen, heeft anderhalf jaar gewerkt in de metaalsector, werd ontslagen omwille van te weinig werk, en heeft nu opnieuw werk gevonden als havenarbeider. Een fel contrast met de periode voor de opname, te weten dat hij opgenomen werd als een lichamelijk en geestelijk afgetakeld wrak, dat rondobberde op een zee van alcoholmisbruik en dat nergens noch kant noch wal raakte. Het kantelmoment was de periode van pre professionele ergotherapie, waar hij onder andere een brievenbus voor zichzelf gemaakt heeft. Toegegeven, het was een mooie brievenbus, maar het belangrijkste was het toenemend geloof in eigen kunnen, het hervinden van zijn waardigheid, en de overtuiging dat een leven zonder alcohol meer te bieden heeft dan een leven met alcohol. Werk en tewerkstelling heeft in dit proces een centrale plaats, zowel tijdens de behandeling als erna.

## **2 Achtergrond**

### **2.1 arbeidshulpverlening in het verleden**

Psychiatrie heeft van oudsher relatie met arbeid en tewerkstelling. Honderd jaar geleden en meer werden patiënten betrokken bij het vele werk in de instituten met de bedoeling om zo goed en zo kwaad als mogelijk te voorzien in eigen onderhoud. Later werd de therapeutische waarde van werk onderstreept met de ontwikkeling van de actieve therapie en de arbeidstherapie. Met de ontwikkeling van de beschutte werkplaatsen werd het aspect werk buiten de instituten gelegd. Sinds de reconversiebesluiten (1990) richt het psychiatrisch ziekenhuis zich voortaan op de behandeling van mensen met psychische problemen, en de aandacht voor tewerkstelling situeert zich aan het einde van de behandeling als voorbereiding op het ontslag.

### **2.2 arbeidshulpverlening in het heden**

De huidige arbeidshulpverlening in het psychiatrisch ziekenhuis is gericht op inclusie en arbeidsre-integratie. Dit proces maakt deel uit van de behandeling. Werk is in die zin een middel om er psychisch weer bovenop te komen. Herwinnen van zelfvertrouwen, persoonlijke ontwikkeling, zichzelf beter leren kennen en leren omgaan met psychische beperkingen zijn belangrijke voorwaarden om terug greep te krijgen op het leven. In die zin is arbeidshulpverlening gefocust op een groeiend empowerment. (Chamberlin, 1998)

### **2.3 literatuur**

De literatuur toont voldoende evidentie om arbeidshulpverlening systematisch aan te bieden aan mensen die er nood aan hebben. Een belangrijke vaststelling is dat een werkende populatie geestelijk gezondheidsvoordeel put uit het werk. Epidemiologische studies wijzen uit dat geestelijke gezondheidsproblemen toenemen in populaties met lage tewerkstellingsgraad. Zo stelt Brenner (2006) vast dat het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen stijgt tijdens economische crisis. Het verloop van schizofrenie is erger tijdens economische crisis (Warner, 2004) en suïcide komt meer voor bij werklozen (Beautrais, 2000). Vergelijkend onderzoek, gerandomiseerd en gecontroleerd, waarin werkende (ex) psychiatrische patiënten worden vergeleken met niet-werkende (ex) psychiatrische patiënten toont dat werkenden minder kwetsbaar zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen. Drake (1999) merkt dat het aantal opnames bij werkenden lager is en Warner (1999) becijferde een dalende gezondheidskost. Tewerkstelling kan een positief effect hebben op het algemeen functioneren van mensen met psychische problemen, mits de arbeidsinpassing zorgvuldig gebeurt (Van Audenhove 2000; McGurk & Mueser, 2004). Deze positieve effecten hebben onder meer te maken met een betere kwaliteit van leven (Mueser, 2004), een toegenomen zelfwaardergevoel (Casper, 2002), minder last van psychiatrische symptomen en de versterking van het sociale netwerk (Bell, 1996). Bovendien heeft werk een herstelbevorderend effect voor mensen met psychische problemen (Jakobsen, 2001, Van Weeghel, 1995) en kan werkhervatting als een graadmeter van hun persoonlijk en maatschappelijk herstel worden gezien. (Van Weeghel, Michon & Kroon, 2002; Mettävainio & Ahlgren, 2004)

Toch zijn er ook werksituaties die een nefaste invloed hebben op de geestelijke gezondheid van werknemers. Verschillende studies over werkgerelateerde stress wijzen op gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico. (Wynants, 2008)

### **2.4 arbeidsrehabilitatieprogramma's**

De literatuur is duidelijk over de effectiviteit van arbeidsrehabilitatieprogramma's. Van Audenhove e.a geven een grondig literatuuroverzicht over effectieve methodieken voor arbeidsrehabilitatie (2000, p33 - 39). Crowther (et al, 2006) vergeleken de effectiviteit van alle gepubliceerde arbeidsrehabilitatieprogramma's. Zij stelden vast dat de beste resultaten

behaald werden met methodes die werken volgens het principe place then train. De programma's volgens het tegenovergestelde train then place principe waren minder effectief om mensen te integreren op de arbeidsmarkt. Dit wil zeggen dat een vroege plaatsing in een werksituatie met ondersteuning op de werkvloer te verkiezen valt boven een trainingsfase die op termijn kan uitmonden in een job.

Alle arbeidsrehabilitatieprogramma's die Crowther includeerde, werken vanuit extramurale instanties. In tegenstelling tot deze rijke extramurale illustraties is de intramurale arbeidshulpverlening nauwelijks beschreven. De arbeidshulpverlening vanuit een opname setting daarentegen is weinig geïllustreerd.

We vermelden een specifieke aanpak van arbeidshulpverlening bij mensen met depressie (de Vries & Schene, 2003). Deze interventie kent een intakeperiode, waar het assessment centraal staat, gevolgd door een behandelperiode waar groepsbijeenkomsten en trajectgesprekken aan de orde zijn en tenslotte een follow up fase. Ondertussen houdt de ergotherapeut contact met meerdere externe instanties.

Beutel e.a.(2005) wijst erop dat intramurale arbeidshulpverlening, gestoeld op uitvoerende activiteitgerichte ergotherapie in combinatie met psycho-educatie effectief kan zijn.

## **2.5 Situering van deze bijdrage**

Deze bijdrage wil deze lacune van intramurale arbeidshulpverlening invullen door een beschrijving te geven van de werking van de preprofessionele ergotherapie (PPET), zoals deze wordt toegepast in de het centrum voor psychiatrie en psychotherapie Sint Jozef Pittem.

Vooreerst wordt er een korte beschrijving van de organisatie gegeven waarin de interventie gebed is. Daarna wordt een schets gemaakt van gebruikelijke methodes. Er wordt een overzicht gegeven van belangrijke doelstellingen van de interventie en vervolgens wordt uitgelegd hoe PPET werkt.

Voor er verder wordt gegaan met de beschrijving van de interventie is het belangrijk om te wijzen op een aantal termen die verder in de tekst zullen gebruikt worden. De deelnemers van PPET worden ofwel patiënt ofwel deelnemer noemen, omdat deze termen gebruikt worden in het ziekenhuis. Ondanks de woordkeuze wordt erop gewezen dat de interventie doordrongen is van een cliënt-centered gedachte. De noden, de wensen en de verwachtingen van de patiënt komen op de eerste plaats.

## **3 centrum voor psychiatrie en psychotherapie Sint Jozef Pittem.**

Het psychiatrisch ziekenhuis heeft vijf afdelingen die men klinieken noemt en die functioneren als autonome zelfsturende teams. Elke kliniek staat in voor zowel de opname en observatiefase, als voor de behandeling en dagtherapie. De klinieken zijn gespecialiseerd in het behandelen van specifieke doelgroepen:

De depressiekliniek richt zich tot mensen vanaf 18 jaar die voor hun psychische en/of persoonlijkheidsproblemen een wat grondiger aanpak behoeven. Het kan bijv. gaan om depressie, angst, stress, onbegrepen lichamelijke klachten, traumatische ervaringen, relationele moeilijkheden, enz.

De ontwenningkliniek richt zich tot volwassenen met problemen in verband met misbruik en/of afhankelijkheid van alcohol, medicatie of tabak.

De revakliniek richt zich tot volwassenen en jongvolwassenen met psychische en/of persoonlijkheidsproblemen, al dan niet samengaand met een sociale problematiek, waarbij een bijkomende ondersteuning van het psycho-sociaal functioneren gewenst is.

De jeugdkliniek is een afdeling voor jongeren met psychiatrische, emotionele en relationele problemen en bestaat uit twee units : De unit observatie- en kortdurende interventies richt

zich tot jongeren van 14 tot 21 jaar in een ernstige psychiatrische crisis. De unit observatie en behandeling richt zich tot jongeren van 14 tot 19 jaar met psychiatrische en psychologische problemen die thuis, op school of op het werk sociaal niet meer kunnen functioneren en bij wie ambulante hulp ontoereikend is.

De seniorenkliniek richt zich tot 60-plussers met depressie, angst, verwardheid (geen dementie) en misbruik van alcohol en/of medicatie, al dan niet gepaard gaand met een onderliggende persoonlijkheidsproblematiek.

Overkoepelend is er het forum voor persoonsvorming dat bestaat uit een afdelingsoverstijgend aanbod van een 90-tal verschillende groepsactiviteiten. Zo kan het programma dat op de specifieke afdeling wordt aangeboden op maat worden aangevuld. Deze activiteiten kunnen gevolgd worden op basis van interesse, of zij kunnen door het team van de afdelingen worden voorgesteld. Dit aanbod bestaat uit activiteiten die geclusterd worden in volgende domeinen : arbeid en activatie, cultuur en spiritualiteit, familie en gezin, hobby en vrije tijd, kennis en informatie, lichamelijk welzijn en expressie, omgaan met anderen, psychische gezondheid, relaxatie, sport en beweging, voeding en wonen.

PPET maakt deel uit van het forum in het domein arbeid en activatie. De deelnemende patiënten kunnen van alle afdelingen komen. Belangrijke actoren in de doorverwijzende teams zijn de afdelingsergotherapeuten die de patiënten van de afdeling goed kennen. Op basis van een algemene screening en systematische observaties in de afdelingsergotherapie hebben zij een duidelijk beeld van de handelingsmogelijkheden en problemen van elke individuele patiënt. Als zij uitgesproken arbeidsproblemen vaststellen wordt dit op een teamoverleg voorgelegd als een indicatie voor PPET.

Bovendien zijn er de individuele begeleiders, in hoofdzaak psychiatrisch verpleegkundigen, die in het proces van hun begeleiding merken dat tewerkstelling voor de betreffende patiënt een belangrijk knelpunt is.

Maatschappelijk werkenden van de afdeling zijn ook belangrijke actoren. Met het oog op het ontslagmanagement zijn werk en tijdsbesteding belangrijke factoren die het welslagen van de hele behandeling kunnen bepalen. Zij leggen in veel gevallen de externe contacten met werkgevers, arbeidsbemiddelingorganisaties, mutualiteiten enz.

De psychiater is de eindverantwoordelijke voor de behandeling. Met het oog op de toekomstige mogelijkheden van de patiënt is het belangrijk om de arbeidscapaciteiten van de patiënt op een goede manier in te schatten. PPET is daarvoor geschikt.

De multidisciplinaire aspect van PPET zit in de samenwerking tussen de ergotherapeut en de voorgenoemde actoren.

## **4 de interventie PPET**

### **4.1 voor wie**

PPET is een complexe interventie voor mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis, die ofwel op eigen vraag, ofwel op advies van het behandelend team, zich willen voorbereiden op een professioneel leven na de behandeling. De deelnemers kunnen van elke afdeling komen, maar de revakliniek is de meest frequente gebruiker. De interventieduur kan variëren van enkele weken, tot enkele maanden met een gemiddelde van twee tot drie maand.

### **4.2 verloop**

Elke begeleiding wordt opgestart met een intake gesprek. In dit gesprek staat de wederzijdse kennismaking centraal en wordt de concrete hulpvraag verkend. De eerste drie weken wordt een inschatting gemaakt van werkmogelijkheden en problemen op basis van observaties, gestandaardiseerde vragenlijsten en feedback gespreken. Deze eerste fase wordt afgerond in een gesprek met de patiënt over een plan van aanpak voor de PPET voor de komende weken.

Een tweede fase duurt doorgaans langer, en is gericht op competentieontwikkeling en persoonlijke groei. De derde fase is gericht op een arbeidstraject en op arbeidsre-integratie

### **4.3 De omkadering**

Het totale pakket omhelst 10 therapie uur per week, waarbij gesteld wordt dat elke deelnemer minimum 4 uur per week is ingeschreven. De sessies gaan door in groep, met een maximale groepsgrootte van tien. Toch wordt het meeste gewerkt aan individuele opdrachten, of opdrachten per twee of per drie.

De begeleiding in PPET gebeurt door 1 ergotherapeut, halftime. Er wordt regelmatig overlegd met de betrokken individueel begeleider van de patiënt en de afdelingsergotherapeut. Op deze manier is de PPET verankerd in de multidisciplinaire behandeling.

Ten aanzien van de deelnemers wordt er op een ondubbelzinnige manier een drietal verwachtingen geformuleerd. Vooreerst wordt gevraagd om zich op te stellen als een betrouwbare deelnemer, door stipt te zijn, door te verwittigen bij afwezigheid, door regels van orde en netheid te respecteren en door de veiligheidsvoorschriften nauwgezet te eerbiedigen. Daarnaast wordt gevraagd om attent te zijn naar de kwaliteit van het product. In de PPET worden producten gemaakt die op één of ander manier een economische waarde hebben, en derhalve foutloos moeten afgewerkt worden. Tenslotte wordt de verwachting geformuleerd om productief te zijn. Er wordt verwacht dat deelnemers voldoende inzet en doorzetting aan de dag leggen om de afgesproken werktijd actief te zijn.

Deze verwachtingen zijn voor de deelnemers niet vreemd en de meesten leggen onmiddellijk de link met een reële werksituatie. Sommige patiënten hebben daar weinig moeilijkheden mee, anderen kunnen dit slechts waarmaken dank zij de nodige ondersteuning van de ergotherapeut en het behandelende team. Het falen in één van deze verwachtingen is nooit aanleiding tot een of andere vorm van sanctie, integendeel. Als er zich problemen voordoen wordt dit steeds aangewend als een leermoment en wordt de nadruk gelegd op de ontwikkelingskansen.

### **4.4 De activiteit**

Centraal in het aanbod staat het uitvoeren van activiteiten met een werkkarakter, activiteiten waarin productiviteit centraal staat. Concreet gaat het over taken in de moestuin, in houtbewerking, metaalbewerking, fietsenherstelling, computerwerk of restauratie. In principe kunnen alle werkgerelateerde activiteiten uitgevoerd worden in zoverre de accommodatie het toelaat. De ergotherapeut beschikt over een polyvalent atelier, een computerlokaal, een houtbewerkingsatelier en een moestuin met een ruime serre. Elk atelier is uitgerust met de nodige gereedschappen.

De keuze van een passende activiteit gebeurt in overleg tussen de ergotherapeut en de patiënt. Belangrijk is dat de activiteit voldoende attractief is voor de patiënt. Hij moet er tenslotte de nodige energie voor opbrengen.

### **4.5 psycho educatie**

Het uitvoerende activiteitenaspect van PPET biedt een aantal kansen en mogelijkheden met betrekking tot psycho-educatie en psychotherapie. De confrontatie met de realiteit van het werk, de confrontatie met het taakgerichte karakter van PPET en de confrontatie met de ergotherapeut als 'baas' roept bij nagenoeg alle patiënten een affectieve reactie op. Deze gevoelsmatige reacties zijn divers. Sommige patiënten ervaren PPET op een aangename manier, omdat aspecten als taakgerichtheid, zich nuttig voelen en actief zijn aansluiten bij hun identiteit. Andere patiënten ervaren het aanbod eerder op een afkerende of bedreigende

wijze, waardoor veelal een soort weerstand ontstaat. Het doorgronden van deze weerstand wordt veelal als een overwinning ervaren.

In PPET is het belangrijk om deze persoonlijke affectiviteit aan te grijpen en de therapeutische waarde ervan te benutten. Bovendien kunnen patiënten inzichten verwerven in eigen taakgericht functioneren en leren zichzelf beter kennen vanuit eigen normen en waarden. Om deze psychotherapeutische dynamiek op gang te brengen en te stimuleren worden verschillende principes toegepast. Feed-back, zelfbeoordeling, psycho-educatie in groep en portfolio worden achtereenvolgens beschreven.

Vooreerst is het geven van *feed-back* bij elke sessie een belangrijke stimulator om mensen te laten reflecten. Feed back is in deze situatie niet te beschouwen als een éénrichtingscommunicatie waar de patiënt hoort hoe hij presteert, maar wel een interactieve uitwisseling van gedachten en gewaarwordingen tussen patiënt en ergotherapeut. Er wordt regelmatig verwezen naar de psychotherapie die de patiënt ondertussen doormaakt bij de afdelingspsychiater of psycholoog.

Daarnaast wordt gebruik gemaakt van *zelfbeoordeling* aan de hand van vragenlijsten die als huiswerkopdracht worden meegegeven. Achteraf worden deze besproken in een onderling evolutieoverleg. Soms wordt daarbij de individueel begeleider betrokken. Dergelijke gesprekken worden soms ervaren als een functioneringsgesprek, maar de psycho-educatieve invalshoek is nooit veraf. Inzicht verwerven in het eigen arbeidsfunctioneren en de invloed van persoonlijke factoren en omgevingsfactoren dekken de lading van de werkgerelateerde psycho-educatie.

In het verleden is ervaring opgedaan met *psycho-educatie in groep*, waarbij telkens een thema besproken werd. Stress op het werk, perfectionisme op de werkvloer, wat vertel je over psychische problemen, wat denk ik over sociale tewerkstelling, omgaan met leidinggevend, conflicten op het werk zijn enkele voorbeelden van thema's die ter sprake komen. In deze groeps gesprekken is er gelegenheid om te spreken over ervaringen die zich voordoen in de activiteitensessies. Er kunnen meningen geformuleerd worden en er kunnen gevoeligheden ter sprake komen.

Recentelijk werd gestart met een *pre professionele port folio*. De bedoeling is dat het proces dat patiënten doormaken concreet wordt gemaakt aan de hand van illustraties en concreet materiaal, zoals foto's, vragenlijsten, huiswerkopdrachten, enz.

#### **4.6 sociale informatie**

De interventie PPET wil de deelnemers informeren over diensten en maatregelen met betrekking tot arbeidshulpverlening, extramurale diensten waarop zij kunnen beroep doen om een arbeidstraject met succes te kunnen doorlopen. Deze informatie wordt op maat verstrekt door de ergotherapeut, ofwel door de maatschappelijk werker van de betrokken kliniek.

Bovendien wordt 4 keer per jaar een informatievergadering georganiseerd over de VDAB en GTB. Deze informatie wordt gegeven door een consulent van de VDAB en de consulent van GTB van onze regio. Naast het doel om informatie te verschaffen is het ook de bedoeling om de drempel van deze diensten te verlagen. Ook patiënten die de PPET niet volgen kunnen aansluiten bij deze informatievergadering.

## **5 Hulpvraag en therapiedoelen**

De hulpvraag en de therapiedoelen die aan bod komen zijn voor elke patiënt anders. Toch kunnen we stellen dat nagenoeg iedereen die PPET volgt, komt met een verwachting om na de behandeling terug te gaan werken. Dit kan ofwel in het normaal economisch circuit, of in een aangepaste job of in een vrijwillige job of in arbeidszorg. De hulpvraag heeft te maken met het behouden of het verwerven van een job. Sommige deelnemers hebben omwille van hun psychische problemen, hun job verloren, of ze konden zich moeilijk staande houden in de actuele job voor de opname. Sommige mensen ervaren werkhervatting als een te grote stap, gezien de soms lange periode van inactiviteit. De doelstelling op lange termijn is dan ook gericht op de re-integratie in een realistische werksituatie. Werk wordt gezien als een kans om opnieuw te participeren in de maatschappij en als het lukt, is werk hebben en werk houden een sterke empowerment ervaring. Bovendien is uitzicht op werk een teken van psychisch herstel.

Toch mogen we de belemmerende gezondheidstoestand, die een nefaste invloed heeft op het arbeidsfunctioneren, niet onderschatten. Psychiatrische ziekten hebben een invaliderend effect, naargelang de diagnose, de ernst van de symptomen en de al dan niet gunstige prognose. Patiënten worden door hun, psychische ziekte geconfronteerd met kwetsbaarheden. Het leren herkennen van deze kwetsbaarheden en ermee leren omgaan is andere invalshoek van de hulpvraag. Het aanvaardingsproces, dat dikwijls ook een rouwproces is, maakt in die zin deel uit van PPET.

In het verloop van de psychiatrische behandeling verkeren veel patiënten in een twijfelende situatie als het gaat over hun professionele toekomst. Ze weten niet goed wat voor hen haalbaar zal zijn in de toekomst, men twijfelt aan het eigen kunnen of soms zijn de verwachtingen onrealistisch. Op dit terrein ligt een andere kerntaak van PPET. We willen een plan opmaken dat vooruitziet op een reële werksituatie, een plan op maat van de patiënt. We gaan op zoek naar antwoorden op vragen wat wil ik, wat kan ik, wie ben ik als werkende, waarom is werk voor mij belangrijk? Telkens rekening houdend met de kwetsbaarheden eigen aan de psychische problemen. De opwaardering van een actief leven bevordert de autonomie en de zelfredzaamheid.

In 2006 werd er een bevraging georganiseerd over de nood aan arbeidshulpverlening in het ziekenhuis bij 143 patienten. 86 patienten lieten blijken dat ze in min of meerdere mate arbeidsproblemen hadden. De problemen die ze beschreven werden als volgt geclusterd:

- Ik heb geen werk.
- Ik beschik over te beperkte competenties om het werk aan te kunnen.
- Ik kan me niet handhaven in de sociale werkomgeving.
- De sociale omgeving op het werk is bedreigend (pesten, teveel eisen, conflicten).
- Mijn persoonlijkheid komt in conflict met de arbeidssituatie (bvb door mijn laksheid / perfectionisme/ problemen met structuur).
- Ik ben onzeker en angstig.
- Ik weet niet wat ik wil.
- Ik heb teveel last van symptomen , zowel psychische als lichamelijke klachten.
- Ik heb een drankprobleem.
- Ik heb geen fut om te werken, ik voel me burn out.
- Mijn motivatie voor het werk is beneden peil.
- Ik kan de stress en de werkdruk niet meer aan.
- Pensioen of werkloos; ik heb een probleem met mijn tijdsbesteding.

Het loont de moeite om dergelijke problemen aan te pakken, ook al lijkt het op het eerste gezicht onoverkomelijk. We kunnen dit best planmatig aanpakken maar het is vooral een kwestie van de moed niet te laten zakken en te geloven in een gestadige persoonlijke ontwikkeling. Een ergotherapeut kan hierbij een spiegelende en motiverende steun zijn.

## **6 Hoe werkt PPET ?**

De deelnemers van PPET maken een proces door dat we hieronder in een drietal fasen trachten te beschrijven.

### **6.1 Fase 1: exploratie van werkmogelijkheden en problemen**

Zoals eerder vermeld start elke therapieproces met een *kennismakingsgesprek*. In een interview wordt gepeild naar het opleidingsverleden, het werkverleden, de interesses en belangrijke tijdsbestedingen. De feitelijke gegevens komen ter sprake, maar we peilen vooral naar de manier waarop het verleden beleefd werd. Er wordt gesproken over de woonsituatie, de sociale omgeving van de deelnemer, en over de toekomstverwachtingen die de patiënt koestert in verband met werk, als die er al zijn. Het is belangrijk om stil te staan bij de actuele psychiatrische behandeling en de reden van opname in het ziekenhuis. In dit gesprek, dat ongeveer 45 minuten duurt, wordt ook informatie gegeven over PPET en worden de verwachtingen naar de deelnemer geschetst.

In een poging om het werkelijke arbeidsfunctioneren in te schatten gaan we de deelnemer in een taakgerichte omgeving gaan *observeren*. Hoe voeren mensen taken uit? Beschikt de patiënt over de basiscompetenties, zoals stipt zijn en doorzetting. Kan iemand verantwoordelijkheden dragen, en tot welke hoogte? Is er voldoende aandacht, voor kwaliteit en productiviteit niet te veel en niet te weinig. Bovendien heeft de patiënt de kans om zijn specifieke vaardigheden, zoals bijvoorbeeld het gebruik van computer, omgaan met gereedschappen en machines, administratieve vaardigheden enz. te tonen.

Bijzondere aandacht gaat er naar de psycho-sociale vaardigheden zoals de assertiviteit waarmee de patiënt zich tussen andere mensen begeeft. Hoe gaat de deelnemer om met leiding, hoe werkt hij samen met anderen op welke manier legt hij contact? Bovendien is het belangrijk om psychiatrische symptomen vast te stellen als die er zijn. Concentratiestoornissen, psychotische belevingen, paranoïde contacten, manische ervaringen, vermoeidheid, dwanggedachten, en dergelijke kunnen een sterk deprimerende invloed hebben op het arbeidsfunctioneren, zonder dat de patiënt zich dit realiseert.

Naast de observaties, is het *contact met de patiënt* een belangrijke informatiebron om het arbeidsfunctioneren in te schatten. Vanuit het samen werken en het samen dingen doen, leert de ergotherapeut de deelnemer kennen in zijn ware aard als werkende. Het wordt duidelijk hoe waardevol werk is voor de deelnemer, hoe werk verankerd zit in de opvoeding en de ontwikkeling. Wat zijn zijn ware motieven die aan de basis liggen van zijn wil om te werken? Hoe zit het met het zelfinschattend vermogen? Het intermenselijke contact lukt soms beter via het samen uitvoeren van werkactiviteiten dan in een gesprek. In dat geval is PPET een middel om de hulpvraag van patiënt ten gronde te begrijpen.

### **6.2 Fase 2: training, competentie ontwikkeling, persoonsontwikkeling**

Na een drietal weken wordt een bilan opgemaakt van sterkten en zwakten. Dit gebeurt in een wederzijds overleg en het is vooral de bedoeling dat de therapeut en de patiënt de situatie op een gelijke manier aanschouwen. Er worden therapiedoelen en strategieën afgesproken, met de bedoeling om de arbeidsmogelijkheden te vergroten. Door de grote diversiteit, en de individuele aanpak is het bijzonder moeilijk om een overzicht te geven van deze 2<sup>o</sup> fase.

Soms gaat het om een specifieke vaardigheidstraining, waarbij een bepaalde vaardigheid op de voorgrond wordt geplaatst. Ervaringen opdoen werkt veelal versterkend. Soms wordt gestreefd om inzicht in het functioneren te verwerven. Symptomen of persoonlijke factoren leren herkennen en er leren mee omgaan is dan het therapeutische streefdoel. Soms is het belangrijk om patiënten te motiveren tot een actieve deelname, of meer verantwoordelijkheid durven nemen. Dat kunnen we aanpakken door actie en verantwoordelijkheid gradueel op te

bouwen. Soms wordt het een uitdaging om zich beter te leren aanpassen aan gestelde verwachtingen.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat deelnemers versterkt uit deze fase komen. Deze sterkte komt vooral tot uiting als de interesse en het engagement op gang komt om effectieve stappen te zetten in de arbeidshulpverlening buiten het ziekenhuis. Dit brengt ons naadloos naar de volgende fase.

### **6.3 Fase 3: trajectbepaling en trajectbegeleiding**

De uiteindelijke verwachting van deelnemers in PPET is om een job te verwerven of te hervatten. De methode van arbeidstrajectbegeleiding biedt hiervoor een goed houvast. Een traject moeten we beschouwen als een proces dat uiteindelijk leidt tot een job die op maat is van de deelnemer. Het traject verloopt in verschillende stappen en wordt opgestart in de PPET, en loopt meestal verder na het ontslag uit het ziekenhuis.

We beginnen met een voortraject. Deze eerste stap heeft de bedoeling dat mensen met een grondige zelfkennis over het eigen werkfunctioneren kunnen oordelen. De zelfkennis is belangrijk om een goede keuze te maken voor de toekomst. Deze startfase, waarin inzicht verwerven centraal staat wordt gevolgd door de oriëntatiefase waar de tijd en de gelegenheid wordt gemaakt om te kiezen voor een eigen traject, gericht op een passende job in de toekomst. Mensen helpen kiezen is helemaal niet kiezen in hun plaats. Het is wel helpen om te reflecteren over de mogelijke keuzes en om voor- en nadelen af te wegen. Uiteindelijk kiest de deelnemer zelf welk soort werk en in welke context hij dat wil doen. Soms wordt gekozen voor een opleiding, of voor een stage ervaring. Soms gaat men direct voor de job, en dan kan de sollicitant rekenen op ondersteuning bij de sollicitatie.

Een groot aantal deelnemers in PPET heeft nog zijn job en kan deze in principe hervatten, al dan niet met ondersteunende maatregelen (deeltijds werk, loonsubsidie). Toch is dat niet steeds vanzelfsprekend, vooral niet als de vroegere job één van de ziekmakende factoren was, die een rol speelde in de ontwikkeling van de psychische problemen.

Voor de trajectbegeleiding wordt steeds samengewerkt met partners buiten het ziekenhuis, in eerste instantie met GTB (gespecialiseerde traject en bepalingsdienst) en met de VDAB. Andere partners zijn Jobcentrum West- Vlaanderen, omliggende beschutte en sociale werkplaatsten, arbeidszorgcentra en werkervaringsprojecten. Deze samenwerking gaat dikwijls gepaard met een transmurale zorg, waarbij de intramurale zorg in het ziekenhuis systematisch wordt afgebouwd en de extramurale arbeidshulpverlening ondertussen wordt opgebouwd. Deze laatste fase in PPET valt dikwijls samen met ontslagfase uit het ziekenhuis.

## **7 besluit**

PPET is de interventie die het thema 'werk' binnenbrengt in de psychiatrische behandeling van mensen met psychische problemen. Er wordt gewerkt aan een toekomstgericht perspectief, met de focus op de werksituatie na de opname. Het is een zoektocht naar een gepaste werksituatie en het is een persoonlijke ontwikkelingsfase, waarin de patiënten leren om ondanks de kwetsbaarheden, toch een plaats te verwerven op de arbeidsmarkt. Het uitgangspunt is de overtuiging dat een goed passende job op maat een voordeel is en een gezond makend effect heeft. Het is een manier om te rehabiliteren na een psychische ziekte, het is een manier om zichzelf te ontplooien en het is een concrete aanpak om empowerment waar te maken.

Toch is tewerkstelling, zelfs in de beschermde vormen, niet vanzelfsprekend voor mensen met psychische problemen. De invaliderende effecten van psychiatrische problemen zijn groot, en het is een zware opgave om desondanks toch te kiezen voor een productief leven. We merken dat de meeste mensen wel degelijk aan de slag willen, en bij voorkeur in een betaalde job, maar men botst tegen obstakels. Obstakels die te maken hebben met de eigen

kwetsbaarheid, maar ook met het onbegrip in de werkende omgeving. Het is een maatschappelijke paradox dat mensen met psychische problemen die het meest zouden gebaat zijn bij een stabiele werksituatie, daartoe de minste kansen krijgen.

In die zin staat de arbeidshulpverlening voor een belangrijke uitdaging. Hoe worden mensen met psychische problemen die verwachtingen hebben op vlak van tewerkstelling het best geholpen? De sector bestaat uit een veelheid van initiatieven op vlak van arbeidstoeleiding, initiatieven in de sociale economie, arbeidszorg en opleidingsinitiatieven. Elk van deze organisaties kan een bijdrage leveren aan het herstelproces van de werkzoekende met een psychische kwetsbaarheid. Een goede coördinatie is in deze belangrijk.

Het herstelproces kunnen we op gang brengen door de betrokkenen te sensibiliseren voor een arbeidstraject op maat. Hierin ligt een belangrijke taak van de PPET in het psychiatrisch ziekenhuis. Door mensen te ondersteunen en te motiveren voor deze aanpak wordt niet alleen de weg naar werk bewandeld, ook de persoonlijke ontwikkeling, en het geloof in eigen kunnen, worden aangewakkerd. Deelnemers ontwikkelen een realistisch plan om zichzelf een plaats toe te eigenen in een productieve maatschappij. Dit gaat hand in hand met een groeiend empowerment.

We raden daarom aan om reeds vroeg in de behandeling van mensen met psychische problemen aandacht te besteden aan deze ontwikkelingskansen. PPET is een geschikte interventie om mensen te overtuigen van hun kansen. We besluiten met de gedachte dat initiatieven op vlak van arbeidshulpverlening moeten bereikbaar zijn voor alle patiënten die op dit vlak verwachtingen hebben. Er moet niet gewacht worden tot de psychiatrische behandeling beëindigd wordt, beter is om tijdens de behandeling de arbeidshulpverlening op te starten.

## Referenties

- Beautrais, A.L.(2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:420-436.
- Bell, M.D., Lysaker, P.H., Milstein R.M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 22, 51-67.
- Beutel, M.E., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D. & Knickenberg R.J. (2005) Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 27(15): 891-900.
- Brenner, H. (2006). Unemployment and health in the context of economic change. *Social science and medicine*. 17: 1125-1138
- Casper, E.S. & Fishbein, S. (2002) Jobsatisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26, 1, 33-42.
- Chamberlin, J. (1998) Naar een werkdefinitie van 'Empowerment'. *Passage*, 7-2, p.88-p.93.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. & Huxley P. (2006). Helping people with severe mental illness to obtain work, systematic review. *British Medical Journal*, 322, p.204-p.208.
- De Vries, G. & Schene, A.H. (2003). Arbeidshulpverlening bij depressie, protocollen programma stemmingsstoornissen. Amsterdam, AMC/De Meren.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R., Becker, D.R., Haris M., Bond, G.R. & Quimbly, E. (1999). A randomized clinical trial of support employment for inner-city patients with severe mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 56, 627-633.
- Jakobsen, K. (2001) Employment and the reconstruction of Self. A model of space for maintenance of identity by occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, p.40-p.48.

- McGurk, S.R. & Mueser, K.T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, p.147-p.173.
- Mettävainio, B. & Ahlgren, C. (2004). Facilitating factors for work return in unemployed with disabilities: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11 p.17-p.25.
- Van Audenhove, C., Van Rompaey, I., De Coster, I. & Lissens, G. (2000). *Op weg naar werk: werkvoorbereiding, en werkbegeleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Weeghel J. (1995) Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht: SWP
- Van Weeghel, J., Michon, H. & Kroon, H. (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 57-10, p.936-p.949.
- Warner, H. (2004). Cit in Maes E. (2008). Als een psychiater het moeilijk heeft ... op zijn werkvloer. [Onuitgegeven nota bij studiedag M/V met kopzorgen: arbeidstherapeut gezocht].
- Wynants H., (2008). *Waarom Pinokkio een jongen wil worden. Stress en overbelasting, mechanismen die leiden tot gezondheidsklachten, disfunctioneren en negatieve emoties*. Gent, Academia press.

### **Trefwoorden :**

arbeidshulpverlening, empowerment, re-integratie, geestelijke gezondheidszorg, ergotherapie

### **Abstract**

Een passende job verwerven of behouden kan voor mensen met psychische problemen gezondheidsvoordeel betekenen. Daarom is het aangewezen om tijdens de behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis aandacht te besteden aan werkproblemen, als de betrokkene het wenst. Pre professionele ergotherapie is een interventie die deze problemen aanpakt. Er wordt gewerkt in een interdisciplinaire context, waarbij de ergotherapie deel uitmaakt van de totaalbehandeling. De interventie is een combinatie van arbeidsgerichte atelierwerking, psycho-educatie en trajectbegeleiding. Er wordt gefocust op het verwerven van inzicht, een groeiende arbeidscompetentie, een persoonlijke ontwikkeling en een versterkend gevoel van empowerment. Arbeidshulpverlening wordt beter niet uitgesteld tot na de behandeling; beter is om tijdens de opname in een psychiatrisch ziekenhuis aandacht te besteden aan werkproblemen en werkmogelijkheden.

### **Over de auteur**

Stefaan Derijcke is ergotherapeut in het Centrum voor psychiatrie en psychotherapie Sint Jozef Pittem, en lector ergotherapie aan de Artevelde Hogeschool in Gent.

Contactadres :

[stefaan.derijcke@artevelddehs.be](mailto:stefaan.derijcke@artevelddehs.be)

[stefaan.derijcke@sintjozefpittem.be](mailto:stefaan.derijcke@sintjozefpittem.be)