

DAGBESTEDING en ACTIVERING

**Unit B, gesloten behandelafdeling
'De Meregaard'**



Gemaakt door:	Hedda Vos en Nienke Bouma Chr. Hogeschool Windesheim te Zwolle
Opleiding:	SPH – GGZ-agoog
In opdracht van:	Symfora Groep, 'De Meregaard' Unit B.
Projectbegeleiders:	S. Steman en J. van Alphen
Datum:	30-05-2008

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag, dat wij gemaakt hebben in het kader van ons afstudeerproject. Het afgelopen half jaar zijn wij hiermee aan de slag geweest, met als doel de activering te verbeteren op de gesloten afdeling van De Meregaard - onderdeel van Symfora Groep - te Almere.

Het onderzoek is een onderdeel van ons afstudeertraject van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening binnen de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Binnen de opleiding SPH, hebben wij gekozen voor de specialisatie tot GGZ-agoog. Mede hierom studeren wij af in een GGZ-instelling. Maar ook omdat wij veel interesse hebben in het werken in de psychiatrie. Onze ervaringen zijn voornamelijk gebaseerd op de kinder- en jeugdpsychiatrie, vandaar dat wij dit een uitdaging vonden om eens een kijkje te nemen in de keuken van volwassenpsychiatrie.

Wij zullen in dit onderzoeksverslag de resultaten en de conclusies van ons onderzoek presenteren. Wij willen de patiënten en de medewerkers van De Meregaard bedanken, en in het bijzonder onze projectbegeleidster Jacqueline van Alphen en onze begeleidster vanuit de instelling Sonja Steman!

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van ons verslag.

Hedda Vos en Nienke Bouma

Zwolle / Almere, mei 2008

Inhoudsopgave:

	Inleiding	pagina 4
1.	Begrippenlijst	pagina 5
2.	Verdieping in de organisatie Symfora Groep	pagina 6
2.1	Verdieping in De Meregaard	7
2.2	Visie met betrekking tot daginvulling	12
3.	De doelgroep	pagina 13
3.1	Literatuuronderzoek:	
	a) Stemmingsstoornis	14
	b) Psychotische stoornis	18
	c) Antisociale persoonlijkheidsstoornis	21
3.2	Actuele doelgroep Unit B	pagina 22
	Aantal cliënten	22
	Percentage man/ vrouw	22
	Gemiddelde leeftijd	22
	Duur verblijf	22
	Diagnosen	22
3.3	Conclusies voor ons onderzoek	24
4.	Onderzoeksresultaten patiënten en medewerkers	pagina 25
4.1	Uitwerking interviews medewerkers	25
4.2	Uitwerking interviews patiënten	28
5.	Werkbezoeken	pagina 30
6.	Literatuuronderzoek	pagina 31
6.1	Motiverende gespreksvoering	32
6.2	Muzischagogisch werken	34
6.3	Nut van fysieke beweging	35
7.	Conclusies en koppeling naar eindproducten	pagina 38
8.	Bijlagen	pagina 40
1	Het begrip 'zinnig'	41
2	Verdieping DSM IV-criteria	42
3	Interview Astrid Noordhof	45
4	Verdieping motivatietechnieken	47
5	Letterlijk respons patiënten en medewerkers	51
6	Literatuurlijst	56

Inleiding

In het kader van ons afstudeeronderzoek hebben wij Symfora Groep benaderd omdat wij op zoek waren naar een GGZ instelling om af te studeren. Via deze weg kwamen wij op afdeling De Meregaard terecht waar wij een geschikt onderzoek konden doen. Ons onderzoek gaat over de activering/zinnige dagbesteding op de gesloten afdeling. Het is zo dat de patiënten op de gesloten afdeling erg in de war zijn en hierdoor niet mee kunnen doen aan de activiteiten die in het behandelhuis geboden worden. Daardoor is er een vraag ontstaan, hoe men nu de activering vorm kan geven op de gesloten afdeling en het behandelhuis.

De doelstelling van ons onderzoek luidt als volgt:

De medewerkers van de gesloten afdeling handvatten en adviezen geven, om de patiënten van de gesloten afdeling van De Meregaard, zinnige activiteiten aan te bieden passend bij hun interesse en mogelijkheden. Op deze manier de kwaliteit van de hulpverlening vergroten.

Ons onderzoek heeft de volgende *onderzoeksvraag*:

Op welke manier kunnen de medewerkers van De Meregaard, de cliënten van de gesloten afdeling een (zinnige) dagbesteding aanbieden en inhoudelijk vormgeven, passend bij de interesses en mogelijkheden van de cliënten, en welke activiteiten zijn dat?

Wij zullen ons gaan verdiepen in de organisatie Symfora Groep en in het bijzonder in de afdeling De Meregaard. Op deze manier zullen wij de organisatie beter te leren kennen, vooral de afdeling waar ons onderzoek op toegespitst is. Pas als wij een goed beeld hebben van de afdeling kunnen wij met een goed en passend advies komen wat betreft de dagbesteding.

In dit onderzoeksverslag zullen de volgende punten aan bod komen. In het eerste hoofdstuk zullen wij onze onderzoeksvraag, onderzoeksmethoden en de bijbehorende specifieke deelvragen toelichten. Ook zullen we de verdieping in de instelling en in het bijzonder de afdeling De Meregaard in het eerste hoofdstuk beschrijven. In het tweede hoofdstuk benoemen we de begrippen met bijbehorende toelichting zodat duidelijk wordt waar we het precies over hebben. In het derde hoofdstuk zullen wij de meest voorkomende stoornissen op de gesloten afdeling van De Meregaard beschrijven vanuit de literatuur. Hierdoor wordt een duidelijk beeld geschetst van de doelgroep zoals een beschrijving van de symptomen, bijzonderheden en de (on)mogelijkheden, hiermee kunnen we rekening mee houden wanneer we een dagbesteding gaan bedenken. Bij het stuk over de doelgroep zullen we de doelgroep van De Meregaard hierbij betrekken.

Vervolgens zullen wij in het vierde hoofdstuk ons onderzoek beschrijven naar de wensen van de patiënten en medewerkers. Het is belangrijk dat én de medewerkers én de patiënten zich kunnen vinden in de door ons bedachte dagbesteding, pas dan zal het werkelijk uitgevoerd kunnen worden. In het vijfde hoofdstuk zullen wij onze bevindingen, verkregen uit de werkbezoeken aan andere instellingen toelichten. Ten slotte, in het zesde hoofdstuk, komen we met de resultaten en conclusies van ons gehele onderzoek. We zullen dus komen met een advies over hoe de medewerkers de patiënten van de gesloten afdeling een passende, zinnige dagbesteding kunnen aanbieden en welke activiteiten dit zijn.

Activiteitenbegeleiders (PB'ers): Iemand die beroepsmatig therapie/ activiteiten aanbied, gericht op het activeren van patiënten.

Persoonlijk Begeleiders (AB'ers): Begeleiding dagelijks proces. De persoonlijk begeleider houdt de voortgang van de hulpverlening/ behandeling in de gaten, voert hulpverleningsgesprekken met hen. Bij De Meregaard verzorgen de persoonlijk begeleiders ook groepstherapieën.

Gesloten afdeling: Wanneer iemand een gevaar voor zichzelf of anderen (en hij ernstige psychiatrische klachten heeft) is kan hij op een gesloten afdeling worden opgenomen. De deur gaat daar op slot. Met een RM of IBS kun je hier terecht komen.

Rechterlijke Machtiging (R.M): een beslissing van de rechter om iemand gedwongen op te laten nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Het is geen spoedprocedure zoals de IBS. Iemand krijgt een RM doordat hij een gevaar voor anderen of zichzelf is en niet bereid is om zich vrijwillig te laten opnemen. Ook wanneer iemand vrijwillig is opgenomen kan een RM voor diegene worden aangevraagd bij de officier van justitie.

Inbewaringstelling (I.B.S.): Een spoedprocedure om iemand in een acute crisissituatie gedwongen op te kunnen nemen. ER moet sprake zijn van gevaar en er is geen tijd voor een RM. Een persoon kan binnen 24 uur worden opgenomen met een IBS.

Fysieke activiteit: elke lichamelijke inspanning die ontstaat uit de samentrekking van skeletspieren en die leidt tot energieverbruik boven het basale niveau. Lichamelijke oefeningen (of trainingen) zijn gestructureerde fysieke activiteiten die doelbewust worden uitgevoerd om fysieke fitheid te bereiken. Ze bestaan meestal uit herhalingen van lichamelijke bewegingen.

Fysieke fitheid: het vermogen om dagelijkse levensverrichtingen op een vitale manier uit te voeren zonder opmerkelijke vermoeidheidsverschijnselen en met behouden van voldoende energie voor andere zaken. Fysieke fitheid komt tot uitdrukking in het uithoudingsvermogen, de prestaties van de spieren (uithoudingsvermogen en sterkte), flexibiliteit, lenigheid, balans, reactietijd en de samenstelling van het lichaam (zoals de omvang van het spier- en vetweefsel).

Hoofdstuk 2. Organisatie 'Symfona Groep'

Symfona Groep is organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in het midden van Nederland. De Symfona Groep biedt deskundige zorg gebaseerd op de zorgvraag van de patiënten. Innovatie, kwaliteit, transparantie, doelmatigheid en voortdurende afstemming met de patiënt zijn voor de Symfona Groep belangrijke principes.

De Symfona Groep heeft een breed zorgaanbod en er zijn locaties in Almere, Amersfoort, Hilversum, Laren en Veenendaal. De zorg wordt geleverd op een van de vele locaties van de Symfona Groep, of bij de patiënt thuis (ambulant). De zorg kan ook in combinatie met een vorm van wonen worden aangeboden, bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Symfona Groep is actief op het gebied van preventie, voorlichting en bevordering van geestelijke gezondheid. De kernactiviteiten van Symfona Groep liggen op drie terreinen: zorg, opleiding en onderzoek. Op deze manier blijft men actueel op het gebied van psychiatrie en behandeling.

Visie

"Wij streven ernaar om ons zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vragen van onze klanten. Wij willen dat klanten voor de Symfona Groep kiezen vanwege de professionele, kwalitatief hoogwaardige zorgverlening, service, bejegening, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Door goed te luisteren naar de behoeften van onze klanten en te kijken naar de ontwikkelingen in het vakgebied en in de maatschappij krijgen wij signalen en ideeën voor het verder verbeteren en/of ontwikkelen van nieuwe zorgvormen."

De nadruk ligt op samenwerking, ontmoeting én op kennisuitwisseling tussen verschillende organisaties en instellingen. "Dit alles met behoud van kleur en eigenheid van de verschillende werkgebieden. Door 'eenheid in verscheidenheid' laten wij zien waar we voor staan en waar we op aangesproken willen worden."¹

Er wordt door de behandelaars (psychiater, arts) zo snel mogelijk bepaald wat de beste aanpak of behandeling is. Dit hele proces wordt zo doelmatig, efficiënt en zo snel mogelijk uitgevoerd. Als er onderzoek plaatsvindt, zal gegevensverzameling zo beperkt mogelijk zijn en zo uitgebreid als noodzakelijk.

Op de afdeling De Meregaard in Almere zullen wij ons afstudeerproject doen. Dit is een aparte afdeling binnen De Symfona Groep waarvan de meeste afdelingen zich in Amersfoort bevinden.

¹ Bron citaat: visie Symfona Groep: Intranet Symfona Groep. 2008

2.1 Instelling 'De Meregaard'

De Meregaard

De informatie over De Meregaard hebben wij voornamelijk van Intranet. Ook hebben wij informatie over de instelling gekregen toen wij kennis maakten met de organisatie. Deze informatie hebben wij voornamelijk gebruikt in ons werkplan, en Intranet voor ons afstudeerverslag.

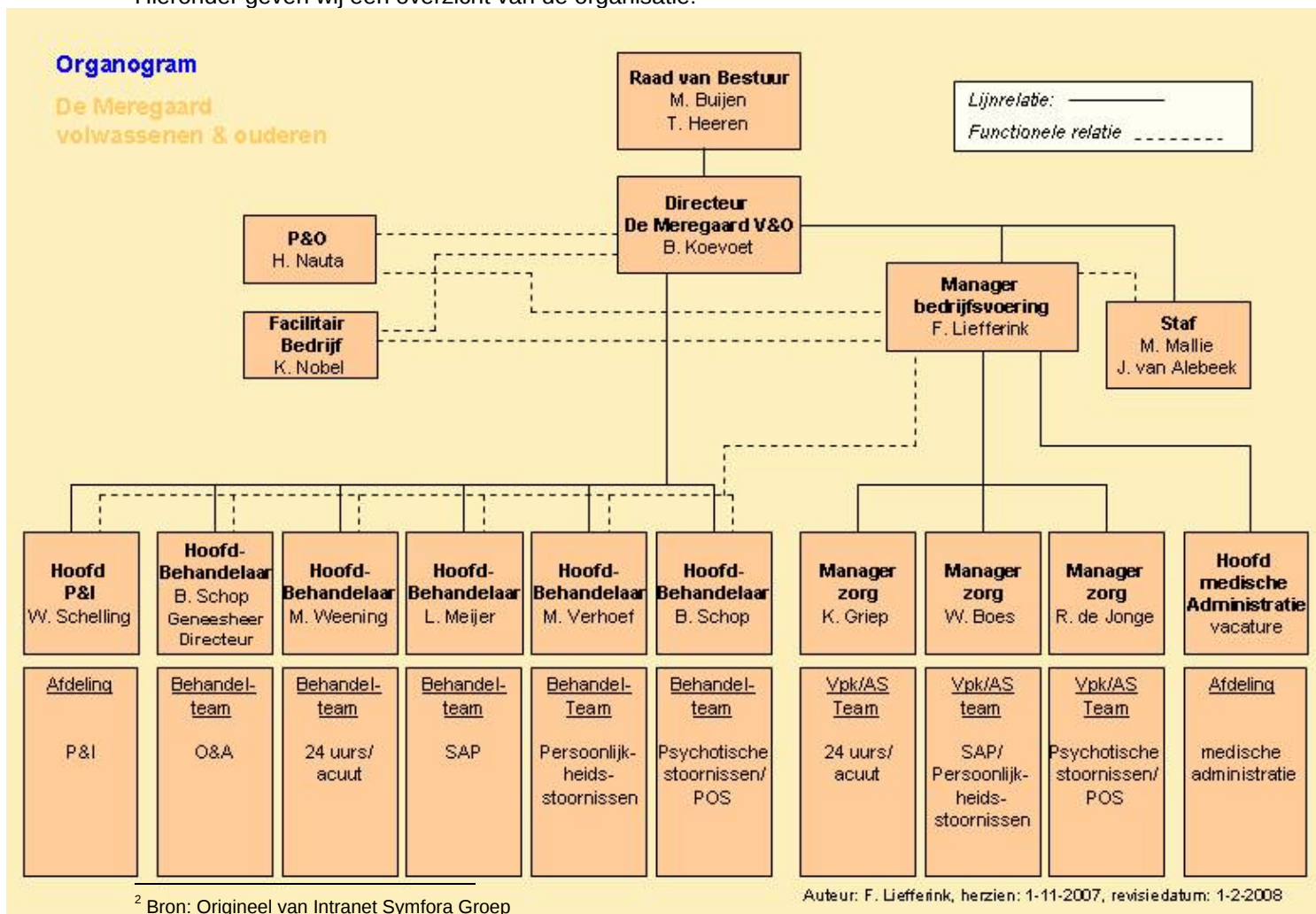
Als er sprake is van ernstige psychische en psychiatrische problemen kunnen patiënten terecht in De Meregaard voor een behandeling. De Meregaard bestaat uit diverse gebouwen, waar zowel ambulante behandeling, klinische opname en deeltijdbehandeling mogelijk is..

Uitgangspunten van De Meregaard (in onze eigen woorden²):

- Een minimaal behandel aanbod, overzichtelijke keuzes, en gelijkwaardige behandelrelaties.
- De Meregaard is geen doel op zich, er wordt een behandeling geboden die de patiënt ertoe aanzet zijn kwaliteiten optimaal te benutten. De Meregaard is dus een middel om uiteindelijke doelen na te streven. Deze zijn dus ten goede van de kwaliteit van zijn bestaan in een woon-, werk- en leefsituatie.
- Behandeling is gericht op ontslag naar de eigen woonruimte of naar een aangepaste woonomgeving, het is dus heel doelgericht.
- Het verblijf in De Meregaard is in principe tijdelijk en de behandeling zal dus weer stoppen. Hierin zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld de patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn.
- Als een patiënt in behandeling wordt genomen, houdt hij één vaste behandelaar (ook wel de *sturend behandelaar genoemd*) gedurende het hele behandelproces.
- Als de patiënt dagbehandeling krijgt, of een opname in de kliniek wordt er ook een *persoonlijk begeleider* (PB'er) toegewezen, die hem begeleidt in het dagelijkse proces.

Organogram:

Hieronder geven wij een overzicht van de organisatie:



De behandelvisie

De Meregwaard heeft als visie dat ieder mens het recht heeft op zelfbeschikking. Hiermee wordt recht op zelfstandigheid en onafhankelijkheid bedoeld voor de invulling van hun leven. Ook het maken van eigen keuzes en beslissingen valt hieronder. Hiervoor is een sfeer van wederzijds respect onmisbaar, zodat in een veilig behandelklimaat rekening gehouden wordt met de rechten van de patiënt. Daarnaast wordt hij zoveel mogelijk actief en gelijkwaardig bij de behandeling betrokken, zoals beschreven is in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Alleen als het niet anders kan wordt tijdelijk de verantwoordelijkheid van de patiënt overgenomen.

Op De Meregwaard zijn drie verschillende units:

- A. Besloten afdeling:
Per keer wordt gekeken of de deur op dat moment open kan of niet (2 verpleegkundigen zijn hier werkzaam)
- B. Gesloten afdeling:
24-uurs acuut (2 verpleegkundigen zijn hier werkzaam)
- C. Open afdeling en zorg plus.
(1 Verpleegkundige is hier werkzaam)³

Behandelprogramma's

Onder een behandelprogramma wordt het volgende verstaan:

'Een omschrijving van alle professionele activiteiten; die ten behoeve van een welomschreven categorie patiënten (doelgroep) met een bepaalde welomschreven doelstelling dienen te worden uitgevoerd; door daartoe aangewezen disciplines; binnen de daartoe aangegeven termijn; waarvan het effect dient te worden vastgesteld⁴.'

Op de volgende pagina geven we een toelichting over de 3 belangrijkste behandelprogramma's; 24uurs-acuut, psychotische stoornissen en stemmings- en angststoornissen (SAP). We hebben hiervoor gekozen omdat deze 3 het meest voorkomen binnen de gesloten kliniek.

Behandeling

Iedere patiënt krijgt een beperkte intake, uitgevoerd binnen Onderzoek & Advisering (intern). De volgende fasen worden onderscheiden:

- 1) Aanmelding
Via huisarts, gespecialiseerd arts, maatschappelijk werker of Bureau Jeugdzorg wordt de patiënt schriftelijk aangemeld bij De Meregwaard.
- 2) Onderzoek
Intakegesprek: informatie over de patiënt wordt verzameld. Er wordt gekeken naar passende hulp (gewenst en noodzakelijk). Zijn er contra indicaties aanwezig?
- 3) Voorstel behandeladvies
De indicatiecommissie neemt conceptadvies uit het intakeverslag over of geeft alternatief advies.
- 4) Indicatie en toewijzing
De zorgtoewijzingscommissie wijst een sturend behandelaar toe, rekening wordt gehouden met hulpbehoefte en urgentie.
 - 1) Overeenstemming c.q. instemming (adviesgesprek)
Behandel mogelijkheden worden besproken, ook termijn en instemming. Wanneer patiënt geen instemming geeft wordt de zaak opnieuw besproken in de indicatiecommissie.

De Meregwaard biedt verschillende soorten hulp:

- Trainingen en cursussen
- Klinische opname
- Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT)
- Deeltijdbehandeling
- Ambulante behandeling

³ Gesprek: Marieke Snel, psychiatrisch verpleegkundige bij De Meregwaard, 27-02-'08

⁴ Citaat: Intranet Symfora Groep. 2008

- *Behandelprogramma 24 uren-acuut (gesloten, besloten en open)*

De 24-uurs zorg is gericht op het hervinden van evenwicht. Hiervoor kent De Meregaard drie mogelijkheden: een gesloten, besloten of open unit. Vanuit het hervonden evenwicht is terugkeer mogelijk naar de oorspronkelijke situatie, doorstroom naar een vervolg setting of een nieuw gecreëerde situatie, tenzij anders gewenst. De 24-uurs zorg biedt overdag eenzelfde aanbod aan (behandel-)activiteiten in het behandelhuis als binnen deeltijd. Activering vindt gericht buiten de klinische setting plaats, om onnodige hospitalisatie tegen te gaan.

Dit behandelprogramma heeft als belangrijkste functie om patiënten die acute hulp nodig hebben, een snelle opvang en behandeling te kunnen bieden. Dit betekent dat dit programma enerzijds een 'voordeurfunctie' heeft en anderzijds bestemd is voor patiënten die elders binnen De Meregaard behandeld worden en zich in een crisissituatie bevinden die hier niet behandeld kan worden om reden van de aard en de ernst van de crisis. Bij aanmelding van patiënten die al bij de Meregaard bekend zijn, zal het onderzoek beperkt zijn en ligt de aandacht vooral op de crisis, waarbij zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de inmiddels aanwezige kennis uit eerdere situaties. Waar nodig zal nieuwe diagnostiek en kortdurende behandeling plaatsvinden.

Voor het behandelprogramma 24 uren/acute psychiatrie komen in aanmerking:

- Patiënten met ernstige psychiatrische problematiek die, indien ze niet onmiddellijk of uiterlijk binnen 24 uur worden behandeld, ernstig gevaar lopen of veroorzaken
- Patiënten welke een medisch specialistische vraag hebben, zoals het instellen van medicatie, observatie en nadere diagnostiek.

De lijdensdruk bij de patiënt en/of diens omgeving is meestal groot en het sociaal functioneren is vaak ernstig belemmerd.

Hoewel de selectie voor dit programma niet primair door het psychiatrisch beeld in engere zin wordt bepaald, maar door de urgentie van de problematiek, zullen de patiënten vooral voortkomen uit de volgende diagnostische categorieën:

- psychotische stoornissen;
- stemmingsstoornissen (met name bipolaire en depressieve stoornissen);
- persoonlijkheidsstoornissen (vooral cluster B, DSM IV).

Dit laatste cluster komt het minst voor op de gesloten afdeling, het zijn voornamelijk mensen met psychotische stoornissen.

De hulpvraag kan van de patiënt zelf afkomstig zijn, maar meestal zullen het primair derden zijn die de hulp inroepen. Naast directe familie of verwanten kunnen dit ook burens, kennissen, huisarts en politie zijn. De hulpvraag vanuit de omgeving komt veelal voort uit bezorgdheid en/of overlast. De duur van de behandeling in dit programma is 2-6 weken. Gedurende deze tijd krijgt de patiënt binnen het programma een vast aanspreekpunt in geval van kliniek of deeltijdbehandeling. Gestreefd wordt naar korte effectieve behandelactiviteiten en indien nodig en mogelijk overplaatsing naar het reguliere behandelcircuit.⁵

⁵ Geparafraseerd: Intranet Symfora Groep. 2008

- *Behandelprogramma Stemmings- en Angststoornissen (stemmings-, angst-, eet- en somatoforme stoornissen) SAP*

De reden dat deze stoornissen alle binnen één programma kunnen worden samengevoegd, is dat zij alle vragen om een behandeling, die primair gericht is op reductie van de bij de stoornis horende specifieke klachten en symptomen, waarbij momenteel cognitieve gedragstherapie de belangrijkste psychotherapeutische behandelmethode is. Ook de medicamenteuze behandeling van de verschillende stoornissen vertoont veel overlap.

Patiënten worden via de indicatiecommissie van het programma Onderzoek en Advies aan het programma toegewezen. Een aantal van hen heeft dan reeds een behandeltraject binnen het programma 24-uurs acuut (crisisdienst of kliniek) van De Mergaard doorlopen. De meerderheid van de patiënten heeft alleen een intakegesprek gehad binnen het programma onderzoek en advies. Na behandeling van de as-1 stoornis, kan een vervolgbehandeling gericht op specifieke persoonlijkheidsproblematiek, geïndiceerd zijn. Patiënt wordt dan overgeplaatst naar het programma persoonlijkheidsstoornissen met behoud van zijn eigen behandelaar.

De volgende programma-fasen worden onderscheiden:

- Opname in het programma
- Uitvoeren van de diagnostiek
- Opstellen van het behandelplan
- Uitvoeren van de behandeling
- Periodiek evalueren van de voortgang van de behandeling
- Afsluiten van de behandeling

De sturend behandelaar voert de behandeling uit en coördineert de afgesproken behandelactiviteiten. Psycho-educatie maakt een vast onderdeel uit van de behandeling.

Er wordt onderzocht bij welke therapie de patiënt baat heeft, er wordt gekozen uit:

- Psychomotore therapie
- Beeldende therapie
- Dramatherapie
- Muziektherapie
- Sociodrama therapie

In het onderzoek vaktherapieën vindt indicatieonderzoek plaats waarbij de vraag beantwoord wordt of één of meerdere vaktherapieën een geschikt onderdeel kan/kunnen zijn van het behandel aanbod. De patiënt krijgt de gelegenheid om kennis te maken met de vaktherapie(-en) en om duidelijk te krijgen of zijn hulpvraag geconcretiseerd kan worden in één of meer doelen waaraan binnen een vaktherapie gewerkt kan worden. Deze therapieën kunnen een aanvullende informatie geven ten behoeve van de diagnostiek.

Er dient een scheiding te bestaan in woon-/leef- en werkruimten. De woonruimten bevatten de gebruikelijke voorzieningen als woon- en slaapkamers. De leefruimten dienen zodanig te zijn dat voldoende interactiemogelijkheden kunnen worden gewaarborgd terwijl ook de gewenste privacy mogelijk is. De woonkamer dient geschikt te zijn voor de nodige ontspanningsactiviteiten, zoals tv-kijken en eventuele andere activiteiten.

De werkruimten bevatten ruimten voor groepstherapieën die multifunctioneel zijn en voor creatieve therapie, uitoefenen van hobby's, etc. Daarnaast dienen voor specifieke therapieën eveneens de geschikte ruimten qua grootte en uitrusting aanwezig te zijn.⁶

⁶ Geparafraseerd: Intranet Symfora Groep. 2008

- *Behandelprogramma voor psychotische stoornissen*

Voor het behandelprogramma psychotische stoornissen komen patiënten in aanmerking waarbij sprake is van een psychotische stoornis of een verdenking hiervan. Ze lopen maatschappelijk vast en de omgeving lijdt onder de stoornis van de patiënt. Maatschappelijk vastlopen kan zich uiten in problemen met werk, wonen, financiële problemen, het moeilijk kunnen onderhouden van relaties, en bij jongere patiënten problemen op school en drugsproblemen.

Het maatschappelijk vastlopen kan door de patiënt zelf ervaren worden, waarna hij zich bij de huisarts meldt. Vaak is verwijzing echter het gevolg van externe motivatie: de patiënt wordt gestuurd door bijvoorbeeld familie, bedrijfsarts of justitie. De klacht zal bestaan uit zaken als gestoord gedrag, gestoorde realiteitsbeleving, gestoorde zelfzorg, verhoogd angstniveau en dergelijke. De dragers van de mantelzorg zullen min of meer ernstige symptomen van burn-out kunnen vertonen of hiervan last ondervinden.

De patiënt zelf zal vooral klagen over problemen met zijn omgeving, met slapen en dagelijkse bezigheden. Verder kunnen klachten bestaan uit angst, suïcidaliteit, obsessieve gedachten enzovoorts.

Dit programma is dus bedoeld voor alle patiënten met psychotische aandoeningen, met uitzondering van die patiënten waarvoor de contra-indicaties van toepassing zijn. Dit kunnen bijvoorbeeld verslaving, Korsakov, te laag IQ (zwakzinnig) of meervoudige problematiek zijn.

Er is sprake van psychiatrische invaliditeit. Ernstige verstoring van de realiteitstoetsing kan leiden tot serieus gevaar voor de patiënt en zijn omgeving. De Meregwaard staat voor een doortastend beleid in die situaties waarin dit gevaar uitsluitend door vrijheidsbeperkende interventies is te keren.⁷

⁷ Bron: intranet Symfora Groep. 2008

2.2 Visie met betrekking tot daginvulling

De visie van de medewerkers van Symfora Groep is als volgt: de patiënten moeten gestimuleerd worden om naar het behandelhuis te komen voor activiteiten omdat zo een appèl gedaan wordt op het gezonde deel van de patiënt.⁸

In de praktijk blijkt dat veel patiënten té ziek zijn om mee te doen aan activiteiten op het behandelhuis. Deze activiteiten zijn vaak te lang en in té grote groepen.

In een verslag van de commissie Actieve Kliniek⁹ wordt aangegeven dat een gemis aan daginvulling en –structuur een negatieve invloed heeft op het herstel, en kan leiden tot onrust binnen de afdeling. Deze onrust beschrijven ze als allerlei vormen van ongewenst gedrag zoals uit verveling of onrust. Gevolgen hiervan zijn dat medepatiënten lastig gevallen worden, maar ook spullen die vernield worden, aldus Actieve Kliniek¹⁰.

Bij de medewerkers van de instelling is duidelijk dat vraaggericht werken niet werkt bij ernstig zieke patiënten die niet in staat zijn om hun hulpvraag te verwoorden. 'Als gevolg daarvan raken juist zij uit beeld, blijven achter op een afdeling, omdat kliniek en deeltijd gescheiden worden. Zo stagneren zij in hun herstel en blijven 'hangen' in de afdeling en in de ziekte met alle gevolgen van dien.'

Ook schrijven de commissieleden:

Wanneer patiënten erg in de war of ziek zijn (bijvoorbeeld bij een psychotische stoornis) lukt het hen niet om zelf activiteiten te organiseren of uit te voeren en door hun ziekte komen ze niet tot spontane handelingen als het gaat om de daginvulling. Daarbij komt nog het feit dat veel patiënten last hebben van bijwerkingen van hun medicatie. Deze bijwerkingen kunnen grote invloed hebben op het functioneren van de patiënten.¹¹

Bepaalde delen uit de oorspronkelijke visie, zie ook hoofdstuk 1. (*'iedere patiënt het recht heeft op zelfbeschikking en dat de patiënt zelf verantwoordelijk en zelfbepalend is voor de invulling van zijn leven'* en *'iedere patiënt is verantwoordelijk zijn voor de invulling van hun leven en dus in essentie zelfbepalend zijn met betrekking tot hun leven'*) blijken in de praktijk dus niet haalbaar te zijn. De patiënten van de gesloten afdeling zijn niet in staat om hun hulpvraag te verwoorden of hun leven in te vullen. Het zou dus wenselijk zijn als er een verandering zou komen in de visie en patiënten zouden op een respectvolle wijze moeten worden ondersteund bij de invulling van de dag.¹²

⁸ Gesprek Sonja Steman: persoonlijk begeleider, 27-02-'08
Bron: Intranet Symfora Groep

⁹ De Actieve Kliniek is een commissie, opgericht om een oplossing te vinden voor het probleem in de kliniek. De commissieleden, (vaktherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen, persoonlijk begeleider en activiteiten begeleiders) houden zich bezig met het ontwikkelen van een activerend aanbod voor de patiënten op de B-unit.

¹⁰ Bron: M. Brands, S. Eleveld, C. Gouw, J. Klein, M. ter Maat, M. Pinkhaar, E. Smit, R. Wezenberg - Van passief naar actief -13 februari 2008 p. 5

¹¹ Deze alinea is geparafraseerd uit: M. Brands, e.a. 2008. a.w. p.3.

¹² Deze alinea is geparafraseerd uit: M. Brands, e.a. 2008. a.w. p.3. p. 7

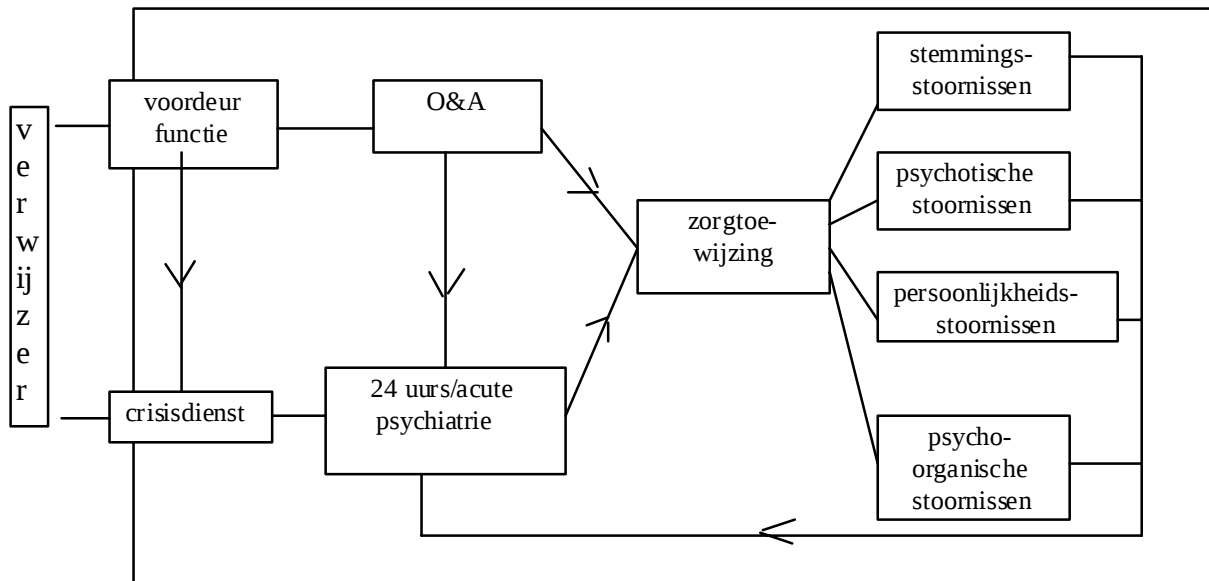
Hoofdstuk 3. De doelgroep

Indicaties voor behandeling in De Meregaard

Alle patiënten die door reguliere verwijzers (zoals de huisarts) naar De Meregaard verwezen worden hebben een indicatie voor De Meregaard. Patiënten moeten ouder zijn dan 18 jaar en er moet een vermoeden zijn van psychiatrische problematiek, waarbij behandeling in de eerste lijn niet toereikend is en die door een huisarts of andere verwijzer naar de Meregaard verwezen zijn.

Instroom van de doelgroep

Het verwijzproces kan als volgt worden weergegeven:



Bron: Intranet Symfona Groep 2008

De verwijzer maakt een keus tussen een aanmelding voor een intake of voor de crisisdienst. Er kan overleg met een psychiater plaatsvinden. De toewijzing van de patiënten in het behandelprogramma gebeurt door de indicatiecommissie en zorgtoewijzingscommissie.

Voor de volgende psychiatrische problematiek biedt De Meregaard behandeling:

- Stemmingsstoornissen;
- Angststoornissen;
- Posttraumatische stressstoornissen;
- Persoonlijkheidsstoornis;
- Psychotische stoornissen;
- Psycho-organische stoornissen.

Contra-indicaties voor behandeling in De Meregaard

Deze kunnen niet absoluut gehanteerd worden maar over het algemeen zijn dit de contra indicaties:

- patiënt is geïndiceerd voor het crisisprogramma
- ernstige acute somatische problemen
- primaire ernstige verslavingsproblematiek
- zwakbegaafdheid als primaire diagnose
- extreem agressief gedrag
- forensisch psychiatrische patiënten¹³

¹³ Bron: Intranet Symfona Groep 2008

3.1 Literatuuronderzoek doelgroep

Om een duidelijk beeld van de doelgroep te schetsen is het van belang om een literatuuronderzoek te doen naar de twee meest voorkomende stoornissen op de gesloten afdeling van De Meregaard. Daarom hebben wij er verschillende boeken en bronnen op nageslagen. Op de gesloten afdeling van De Meregaard, zijn de meeste patiënten gediagnosticeerd met een psychose of een stemmingsstoornis¹⁴. Stemmingsstoornissen zijn onderverdeeld in zeven stoornissen die wij hieronder kort zullen beschrijven. En ook de psychosen zijn onderverdeeld en bestaan uit 8 verschillende stoornissen die wij eveneens hieronder zullen beschrijven. In het volgende literatuuronderzoek gaan we dieper in op de stoornis zodat de symptomen bij ons bekend zijn en we hier (eventueel) rekening mee kunnen houden bij het opzetten van een zinvolle dagbesteding.

• A: Stemmingsstoornissen

De stemmingsstoornissen betreffen stoornissen waarbij als belangrijkste kenmerk de stemming min of meer langdurig veranderd is. Dit kan in de vorm van ernstige somberheid (depressie) of juist in een overdreven goede stemming (manie). Het belangrijkste is de stemmingsverandering, maar dit betekent niet dat elke verandering op een stoornis wijst. Deze kunnen ook optreden als normale emotionele reacties op tegenslag of voorspoed. Stemmingsstoornissen zijn onderverdeeld in drie stoornissen: depressies (unipolaire stoornissen), bipolaire stoornissen en organische stemmingsstoornissen.

De stemming van mensen kan variëren en de meeste mensen zijn wel eens somber. Wanneer dit langduriger wordt, en er behalve deze extreem sombere stemmingen ook andere symptomen aanwezig zijn, kan er sprake zijn van een psychische stoornis: een stemmingsstoornis. Omdat vrijwel iedereen wel eens somber is, is het lastig te zeggen wanneer er precies van een stemmingsstoornis gesproken wordt. Er zijn drie categorieën van stemmingsstoornissen, met daarbinnen de volgende subtypen¹⁵:

Unipolaire stoornissen/Depressieve stoornissen:

- depressieve stoornis ('depressie in engere zin')
- dysthyme stoornis

Bipolaire stoornissen:

- bipolaire I-stoornis
- bipolaire II-stoornis
- cyclothyme stoornis

Overige stemmingsstoornissen:

- stemmingsstoornis door een somatische aandoening
- stemmingsstoornis door een middel

¹⁴ Interview Karen Griep, manager zorg van vpk/AS team en 24u acuut op De Meregaard, 12-03-'08

¹⁵ Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk, 2000 hoofdstuk 5, p. 176

Unipolaire stoornissen (depressies) - Bij de diagnose hiervan wordt er gekeken of er sprake is van een eerste, eenmalige episode, of van een recidief.

- *Psychotische kenmerken:*

De aanwezigheid van psychotische kenmerken wordt vastgesteld op grond van de aanwezigheid van wanen of hallucinaties.

- *Dysthyme stoornis:*

Hierbij heeft de patiënt een sombere stemming en daarbij minstens twee andere symptomen. Dit is een vorm van een chronische depressie (wel minder ernstig), gedurende een periode van tenminste twee jaar.

- *Depressieve stoornis NAO (niet anders omschreven):*

Als er niet wordt voldaan aan het tijds criterium van twee jaar, maar wel dezelfde symptomen aanwezig zijn, spreekt men van een depressieve stoornis NAO. Men noemt het ook wel een beperkte depressieve stoornis.

- **Depressie** – Het kernsymptoom van de depressieve episode is de sombere, gedaalde stemming. Daarnaast wordt ook een verminderde interesse of een verminderd vermogen om plezier te kunnen beleven aan zaken die de cliënt daarvoor wel prettig vond (anhedonie).

Andere symptomen die kenmerken zijn van een depressie:

- o Vermindering/toename van eetlust en gewicht
- o Verstoring van slaappatroon
- o Verandering in psychomotoriek
- o Vermoeidheid/verlies van energie
- o Zelfverwijt en schuldgevoel
- o Verminderd concentratievermogen
- o Besluiteloosheid
- o Gedachten aan dood en suïcide.

Er zijn ook andere mogelijke emotionele (affectieve) symptomen, naast de somberheid en anhedonie. Dit kunnen de volgende zijn: angst, paniek, irritatie, piekeren, depersonalisatiegevoelens, verminderde seksuele gevoelens. Angstgevoelens komen bij depressies veel voor, soms is er sprake van een paniekaanval. Er kunnen ook lichamelijke angstverschijnselen optreden zoals hartkloppingen, zweten en trillen.

- **Manische en hypomane episode** – De manische episode wordt gekenmerkt door een toestand van ontremming, met een verhoogde (eufore) prikkelbare stemming. Frequent komen wisselingen in de stemming voor.

Bij de hypomane episode zijn de criteria grotendeels het zelfde, alleen zijn er geen beperkingen in het sociale functioneren en duurt het minimaal vier dagen.

Kenmerken van een manische episode:

- a) opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën
- b) minder behoefte aan slaap (voelt zich bijvoorbeeld uitgerust na een paar uur slaap)
- c) langzamer dan gebruikelijk of spreekdrang
- d) gedachtevlucht of subjectieve beleving dat de gedachten jagen
- e) verhoogde afleidbaarheid (de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet terzake doende prikkels van buitenaf)
- f) toename van doelgerichte activiteit (sociaal, op het werk of op school of seksueel) of psychomotorische agitatie
- g) zich overmatig bezighouden met aangename activiteiten, waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, zakelijk onverstandige investeringen, of seksuele indiscreties).

- **Bipolaire stoornissen** – Deze stoornissen worden gekenmerkt door het optreden van een of meer manische, hypomane of gemengde episoden. Daarnaast treden ook altijd een of meer

episoden van meer of minder ernstige depressies op. Daarom wordt de bipolaire stoornis ook wel de manisch-depressieve stoornis genoemd¹⁶.

- **Bipolaire stoornissen**

De aanwezigheid van twee tegenovergestelde verschijnselen (of syndromen) in een beeld: depressief en uitgelaten of prikkelbare stemming.

- **Bipolaire I stoornis/manische depressie** – Er zijn zodanige klachten (geweest) dat symptomen voldoen aan criteria voor een depressieve episode en een manische episode en de gemengde episode (deze variant komt echter weinig voor) De ernst van een bipolaire I stoornis blijkt uit het feit dat de helft tijdens de manische episode psychotische verschijnselen vertoont, zoals grootheidswaans, hallucinaties en religieuze almachtsfantasieën. Van deze ernst is de patiënt zich vaak niet zelf bewust.
- **Bipolaire II stoornis** - Er is ooit een depressieve episode terwijl de stemmingsklachten nooit hebben voldaan aan de diagnostische criteria voor een manische episode maar wel aan die voor een hypomane episode. Ze lijden niet tot aanzienlijke beperkingen in het functioneren.
- **Cyclothyme stoornis** - Het hebben van veel energie om vervolgens weer in de put te zitten. Dit is een cyclisch patroon dat zorgt voor bijvoorbeeld relatieproblemen. Stemmingen wisselen zich snel af maar depressieve stemming bereikt nooit de ernst van een depressieve episode. Het komt vaak voor dat een patiënt in een depressieve stemming besloten heeft om hulp te zoeken. Vervolgens kan de hypomane episode zich weer voordoen, en ervoor zorgen dat de patiënt geen hulp meer wil. De stemmingen waren nooit van dergelijke aard dat voldaan werd aan diagnostische criteria voor manische en depressieve episode.

¹⁶ Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk, 2000 Hoofdstuk 5 p. 176 - 184

- **Overige stemmingsstoornissen**

Deze worden veroorzaakt door organische aandoeningen of het gebruik van medicijnen, alcohol of drugs. Het middel beïnvloedt de werking van de hersenen. Op deze manier wordt er via een organische weg een stemmingsstoornis veroorzaakt.

- Door lichamelijke ziekten, zoals:
 - Hersenziekten (Parkinson, multiple sclerose en ziekte van Huntington)
 - Ziekten van hormoonvormende organen (zoals schildklier)
 - Ziekten door gebrek aan bepaalde vitaminen (zoals B12) of mineralen
 - Vormen van kanker (voornamelijk alvleesklierkanker)
- Door een middel, zoals:
 - Sommige hormoonpreparaten en medicijnen tegen hoge bloeddruk en hartziekten.
 - Overmatig gebruik van alcohol en drugs (intoxicatie) en acuut stoppen van gebruik van deze middelen (onthouding)

Wanneer de laatste stemmingsepisode bekeken wordt kan er een onderscheid gemaakt worden tussen 'licht', 'matig', 'ernstig met psychotische kenmerken' (wanen en hallucinaties) en 'ernstig zonder psychotische kenmerken'. De inhoud van wanen kan overeenkomen met depressieve thema's (schuld, dood, persoonlijke tekortkomingen) of manische thema's (zoals groot gevoel van eigenwaarde, macht, contacten met beroemde personen). Soms gaan depressieve perioden gepaard met *melancholische of vitale* kenmerken. Dit houdt in dat de patiënt (bijna) nergens meer plezier aan beleeft, of niet reageert op prikkels die hij gewoonlijk aangenaam vond. Ook is kenmerkend dat de depressieve stemming 's ochtends het ergste is¹⁷.

¹⁷ Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 2000. Hoofdstuk 5, 3^e druk.

- **B: Psychosen**

Psychosen zijn psychiatrische stoornissen waarbij het begrip van realiteit ernstig verstoord is. Er is een onderscheid tussen 'organische' en 'functionele' psychosen. Bij organische psychosen zijn er aantoonbare afwijkingen in de hersenen, of de persoon gebruikt stoffen die de hersenen ontregelen zoals drugs. In de praktijk wordt de term 'psychotisch' pas gebruikt wanneer iemand zo afwijkend functioneert dat ingrijpen noodzakelijk is. Er is vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en deze cliënten voelen zich niet ziek.

Psychosen zijn in te delen in de volgende categorieën:

- Schizofrenie
- Schizofreniforme stoornis
- Schizoaffectieve stoornis
- Waanstoornis
- Kortdurende psychotische stoornis
- Gedeelde psychotische stoornis
- Psychotische stoornis door middelengebruik
- Niet nader gespecificeerde of atypische psychose.

De belangrijkste kenmerken van een psychotische stoornis zijn:

- Wanen
- Hallucinaties
- Incoherentie (onsamenhangendheid)
- Andere stoornissen van de logische gedachtegang
- Katatoon – ernstig ontregeld gedrag

- **Schizofrenie**

Schizofrenie wordt meestal in de adolescentiefase/vroege volwassenheid ontdekt. Het wordt gekenmerkt door psychotische perioden, afgewisseld door rustiger fasen waarin de cliënt op een veel beperkter niveau functioneert dan voor het uitbreken van de ziekte. Sommige mensen zijn langdurig psychotisch, anderen maken een aantal psychotische episoden door, maar altijd blijft het risico van een nieuwe psychose.

Kenmerken:

- o Dagdromen
- o Terugtrekken op eigen kamer
- o Vreemde belangstellingen
- o Inadequate emotionele reacties
- o Overgevoeligheden
- o Chaotisch en bizar gedrag
- o Apathisch nietsdoen
- o Betrekkingsideeën
- o Agressief gedrag
- o Waanachtige uitingen
- o Verwarde gedachtegang

Sommige patiënten lachen zonder aanwijsbare reden, kijken verdwaast om zich heen, anderen zijn in zichzelf verzonken en reageren prikkelbaar. Het is moeilijk om contact te maken met een schizofrenie patiënt, omdat de gevoelswaarde lijkt te ontbreken. Patiënten uiten weinig emoties of reageren met emoties die niet passen in de context van het gesprek¹⁸.

¹⁸ Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk, 2000, p. 127 – 131.

Denkstoornissen

- Formele denkstoornissen: Chaotisch denken
- Inhoudelijke denkstoornis: Afwijkende denkbeelden, opvattingen, interpretaties en gedachteblokkade. Bijv. van de hak op de tak springen.
- Wanen: Overtuiging van alleen de patiënt zelf, zonder voldoende bewijzen.
 - o Gedachte-inbrenging: de patiënt denkt dat er van buiten af gedachten in zijn hoofd worden gestopt die niet van hem afkomstig zijn.
 - o Gedachte-onttrekking: de patiënt meent hij dat gedachten uit zijn hoofd worden weggehaald.
 - o Gedachte-uitzending: de patiënt het idee dat anderen zijn gedachten kunnen opvangen.
 - o Beïnvloedingswanen: gedachten, gevoelens of handelingen lijken dan bestuurd te worden door een macht van buiten (bijv. door God).
 - o Betrekkingswanen: de patiënt geeft een persoonlijke betekenis aan triviale gebeurtenissen.
 - o Paranoïde waan: de patiënt denkt dat hij bedreigd wordt.

Er zijn waarnemingsstoornissen zoals *hallucinaties*: zintuiglijke belevingen die niet kunnen worden verklaard door een uitwendige prikkel. Ook hebben patiënten last van stemmen die zich tot hen richten. Er kunnen problemen zijn in de stemming zoals angst en geprikkeldheid maar ook *affectieve vervlakking* die zich meestal later ontwikkelt. Er zijn cognitieve stoornissen zoals moeite met het verwerken van ingewikkelde of snel opeenvolgende indrukken. De aandacht is gestoord en dwaalt gemakkelijk af, met als gevolg geheugenproblemen. De beweging is aangetast en er zijn katatone symptomen (controle en souplesse van bewegingen zijn verloren gegaan), zoals houterig lopen vaak door medicatie. *Stupor* is een toestand van bewegingsloosheid, waarin de patiënt niet reageert op de omgeving. *Negativisme* is automatisch anders doen dan wat er van je gevraagd wordt.

Bij schizofrenie spreekt men van positieven en negatieve symptomen. Positieve symptomen, ook wel bijkomende symptomen, die er niet zouden moeten zijn, zoals wanen en hallucinaties.

Negatieve symptomen bestaan uit het ontbreken van gedragingen of belevingen die er normaal wel zijn, bijv: affectieve vervlakking, sociaal teruggetrokken gedrag, initiatiefverlies, spraakarmoede.

Omgevingskenmerken die moeilijk te verdragen zijn voor patiënten met schizofrenie:

1. Verwarrende omgeving met onduidelijke communicatiepatronen (sommige gezinnen)
2. Een emotioneel belastende omgeving met een hoog EE niveau*
3. Een omgeving die te hoge eisen stelt aan het sociale functioneren (vele werksituaties)
4. Een bedreigende of demoraliserende omgeving (vaak de woonomgeving van chronische patiënten¹⁹)

* EE = Expressed Emotion, te sterk betrokken zijn bij patiënt. EE verwijst naar de affectieve attitudes en gedragingen - kritiek, vijandigheid en/of emotionele overbetrokkenheid - van een familielid ten opzichte van een patiënt. Niet alleen familieleden hebben een hoge EE-score, ook hulpverleners kunnen kritisch, vijandig en/of emotioneel overbetrokken reageren²⁰.

¹⁹ ¹⁹ Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk, 2000, p. 132-133.

²⁰ <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?kw=expressed+emotion&pgr=0>

Vormen verwant aan schizofrenie:

- **Schizofreniforme stoornis** – deze term wordt gebruikt voor psychosen die wat de symptomen betreft verwant zijn aan schizofrenie, maar een gunstiger verloop hebben. In de DSM-IV wordt gesproken van een schizofreniforme stoornis als het beeld dat van schizofrenie is, maar het tijds criterium van een half jaar niet wordt gehaald. Verder is niet vereist dat het sociaal functioneren is verslechterd.
- **Schizoaffectieve stoornis** – Deze categorie omvat ernstige stemmingsstoornissen met sterke stemmingscongruente psychotische belevingen en relatief gunstig verlopende schizofrene stoornissen met aanzienlijke stemmingsontregeling. Deze stoornis kan zich als manisch voordoen, maar ook als depressief.
- **Waanstoornis** – Met deze term wordt een groep psychosen aangeduid met als kenmerk een hardnekkige niet-bizarre waan. Het algemeen functioneren van deze mensen blijft wel redelijk intact. Vergeleken met schizofrenie, ontbreken bij de waanstoornis de psychotische verschijnselen, en het achterwege blijven van sociaal disfunctioneren. Er zijn verschillende varianten waanstoornissen: de erotische betrekkingswaan, groothedswaan, jaloersheidswaan, achtervolgingswaan en de somatische waan.
- **Kortdurende psychotische stoornis** – In de DSM-IV wordt de kortdurende psychotische stoornis gebruikt voor goed verlopende, psychosen met of zonder een aanwijsbare ernstig belastende ervaring als aanleidinggevend moment. Dit is de minst ernstige psychotische stoornis. Er moet minimaal een dag, minder dan een maand, minstens een psychotische symptoom aanwezig zijn; waan, hallucinatie, denkstoornis of ernstig ontregeld gedrag. Daarnaast zijn deze psychotische symptomen niet zo ernstig dat deze passen bij de diagnose schizofrenie.
- **Gedeelde psychotische stoornis** – Deze stoornis wordt ook wel inductiepsychose genoemd. Het gaat hierbij om een waan die ontstaat bij iemand die in een nauwe relatie staat met een andere persoon die al eerder dezelfde waan heeft ontwikkeld. Dit syndroom is zeldzaam.
- **Atypische psychosen** – Dit is min of meer de restcategorie voor cliënten die niet in de overige 'hokjes' passen, ook wel niet nader gespecificeerde psychose genoemd²¹.

²¹Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk 2000, 158 – 169.

- **C: Antisociale persoonlijkheidsstoornis**

Volgens de DSM-IV is de diagnose bedoeld voor mensen die van jongs af aan kampen met ernstige gedragsproblemen. In het volwassen leven tonen zij weinig respect voor de medemens, en hebben ze er vaak plezier in anderen te misleiden en te liegen. Men heeft een gebrek aan empathie, gevoelsarmoede, grootheidsfantasieën, grandioos gevoel van eigenwaarde (ik ben fantastisch!) en oppervlakkige charmes en gevoelens. Men noemt hen ook wel de 'echte' psychopaten, mensen zonder geweten, en wat overigens ook veel voorkomt bij verslaafden en gedetineerden. Dit komt door afwijkend normbesef, en de meeste mensen met deze diagnose raken op het criminele pad en verblijven regelmatig in de gevangenis. Toch zitten er veel intelligente psychopaten tussen, door hun charmante voorkomen weten zij uit de handen van justitie te blijven.²²

²².Prof.dr. Vandereycken. W, Prof.dr. Hoogduin. C.A.L, Prof.dr Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk 2000 P. 419-420

3.2 Actuele doelgroep Unit B

03-04-2008

Unit B

Op de gesloten afdeling, unit B, verblijven elf patiënten. Van deze elf patiënten zijn er drie vrouwen en acht mannen. Over de lengte van het gemiddelde verblijf is weinig eenduidigs te zeggen. Hoe lang patiënten op de gesloten afdeling verblijven, verschilt enorm en is afhankelijk van veel factoren.

Voorbeelden van deze factoren zijn de aard en de ernst van de stoornis, ook het sociale netwerk van patiënten kan van invloed zijn op de duur van het verblijf.

De meeste patiënten verblijven hier verplicht (met een RM of IBS). Het komt ook voor dat patiënten vrijwillig binnenkomen (dus geen IBS hebben), de IBS krijgen ze vaak alsnog op de afdeling omdat ze en gevaar zijn. De meest voorkomende stoornissen zijn psychotische stoornissen en manisch ontremde patiënten.²³

Na ons literatuuronderzoek over psychotische en depressieve stoornissen zijn wij op zoek gegaan naar de actuele diagnoses van de patiënten die momenteel op unit B verblijven. Dit omdat ons onderzoek met name gericht is op deze doelgroep en de mogelijkheden rekening houdend met de psychiatrische stoornis. Hieronder zullen wij de patiëntengroep weergeven.

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1972
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis, cocaïne misbruik, antisociale persoonlijkheidsstoornis

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1974
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis, cocaïne misbruik, cannabis afhankelijkheid, antisociale persoonlijkheidsstoornis

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1988
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis, cocaïne misbruik, antisociale persoonlijkheidsstoornis

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1988
Diagnose: Schizo-freniforme stoornis

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1976
Diagnose: Bipolaire stoornis waarvan laatste episode hypomaan, psychotische stoornis N.A.O.

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1984
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1976
Diagnose: Waanstoornis, psychotische stoornis N.A.O.

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1957
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis

Geslacht: Vrouw
Geboortedatum: 1970
Diagnose: Schizo-affectieve stoornis bipolair type

²³ Gesprek: Marieke Snel, psychiatrisch verpleegkundige bij De Mergaard, 27-02-'08

Geslacht: Vrouw
Geboortedatum: 1947
Diagnose: Kortdurende psychotische stoornis

Geslacht: Vrouw
Geboortedatum: 1967
Diagnose: Schizofrenie paranoïde type

Geslacht: Man
Geboortedatum: 1984
Diagnose: Schizofrenie paranoïde type, aan cannabis gebonden stoornis N.A.O.,
psychotische stoornis N.A.O., antisociale persoonlijkheidsstoornis,
misbruik van alcohol, cannabis, amfetaminen²⁴

²⁴ Gesprek Sonja Steman, Persoonlijk Begeleidster op De Meregwaard. 2008
Bron: DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) voor de patiëntinformatie.

3.3 Doelgroep en activering

Patiënten op de gesloten afdeling hebben verschillende stoornissen, over het algemeen komen er veel psychotische- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen voor. Symptomen van deze stoornissen die een verband kunnen hebben met de moeilijkheid van het activeren van deze doelgroep zijn de volgende:

- o Vermoeidheid/verlies van energie
- o Verminderd concentratievermogen, verhoogde afleidbaarheid
- o Besluiteloosheid
- o Angst, paniek (soms in de vorm van een paniekaanval) en piekeren
- o Lichamelijke angstverschijnselen zoals hartkloppingen, zweten en trillen.
- o Irritatie
- o Depersonalisatiegevoelens
- o Ontremming
- o Prikkelbare stemming
- o Spreekdrang of spraakarmoede
- o Toename doelgerichte activiteit of psychomotorische agitatie
- o Overmatig bezighouden met aangename activiteiten, waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, zakelijk onverstandige investeringen, of seksuele indiscreties).
- o Misleiden, liegen
- o Weinig respect voor medemens
- o Dagdromen
- o Terugtrekken op eigen kamer
- o Vreemde belangstellingen
- o Inadequate emotionele reacties/ affectieve vervlakking
- o Overgevoeligheden
- o Chaotisch en bizar gedrag
- o Apathisch nietsdoen
- o Agressief gedrag
- o *Stupor*: een toestand van bewegingsloosheid, waarin de patiënt niet reageert op de omgeving
- o Wanen, verwarde gedachtegang en hallucinaties.
- o Sociaal terugtrekgedrag
- o Initiatiefverlies

Wanneer we onze vraagstelling er bij pakken is te lezen:

Op welke manier kunnen de medewerkers van De Meregwaard, de cliënten van de gesloten afdeling een (zinvolle) dagbesteding aanbieden en inhoudelijk vormgeven, passend bij de interesses en mogelijkheden van de patiënten, en welke activiteiten zijn dat?

De mogelijkheden van patiënten hebben houden verband met de symptomen van de betreffende stoornissen. Wij hebben de symptomen nu beschreven en vervolgens zullen we ze koppelen aan het onderwerp van ons onderzoek: de activering c.q. dagbesteding. De conclusies die we hieruit kunnen trekken zijn dat we een evenwicht moeten vinden in het aanbieden van activiteiten en het rust laten nemen. De patiënten hebben rust nodig en activering, hier moet een balans tussen gevonden worden zodat ze kunnen ontspannen maar ook inspanningen kunnen volhouden. Dat patiënten ook rust nemen lijkt zeker zo belangrijk als het leveren van inspannende activiteiten.

Het kan zijn dat patiënten snel moe worden doordat ze minder energie en concentratievermogen hebben dan normaal. Het is dus van belang dat activiteiten niet te veel tijd in beslag nemen omdat de spanningsboog korter is (of dat ze energie krijgen van de activiteit zoals bij sporten het geval kan zijn). Wanneer patiënten zich sociaal terug trekken lijkt het ons goed dat deze patiënten door medewerkers worden aangespoord om toch iets te ondernemen die dag, al is het maar bij het koffierondje zijn. Het zou ideaal zijn wanneer patiënten dit uit zichzelf doen maar gezien de symptomen kan het voor patiënten soms lastig zijn om deel te nemen aan de activiteiten. In sommige gevallen wanneer patiënten erg besluiteloos zijn lijkt het ons goed dat de verpleging of PB'ers knopen doorhakken met hen.

Hoofdstuk 4. Uitwerking interviews patiënten en medewerkers

4.1 Conclusies interviews medewerkers

Gedurende ons onderzoek hebben we een aantal medewerkers van De Meregaard ondervraagd over verschillende aspecten, die te maken hebben met de daginvulling van de patiënten op de gesloten afdeling. De medewerkers die wij ondervraagd hebben bestaan uit verschillende disciplines: persoonlijk begeleiders, verpleegkundigen, activiteitenbegeleider.

Hieronder zullen we de belangrijkste conclusies in thema's weergeven. Ook zijn we door middel van gesprekken met medewerkers veel informatie te weten gekomen. De vragen die wij hierbij hebben gebruikt, zijn toegevoegd in de bijlage.

• Visie

Enerzijds hebben medewerkers de visie dat patiënten voor de activering van de afdeling af zouden moeten, dit om hospitalisatie tegen te gaan en een appèl te doen op het gezonde deel van patiënten. Anderzijds wordt ook het belang van activering op alle afdelingen benadrukt, maar daarbij ook dat patiënten van de gesloten afdeling lang niet altijd in conditie zijn om naar het behandelhuis te gaan. Men ziet zeker de bijdrage die activering levert voor het herstelproces. Argumenten die genoemd worden zijn als volgt:

- Je haalt mensen in hier en nu
- Je krijgt er contact door
- Je doet een appèl op het gezonde deel van iemand
- Activering helpt mensen met een depressie zich beter te voelen en mensen met schizofrenie kunnen minder last krijgen van negatieve symptomen
- Observatie (van bijvoorbeeld de conditie van de patiënt)
- Mensen zijn meer in staat aan hun behandeldoelen te werken.

Medewerkers vinden het activeren beter gaan maar missen de activering op de afdeling zelf: één op één of therapie in kleinere vorm zou meer aangeboden mogen worden. Verpleegkundigen zouden een bijdrage aan de activering kunnen leveren op momenten dat er bijvoorbeeld een enkele patiënt op de afdeling blijft, juist op de momenten dat de anderen naar behandelhuis zijn, is het rustig op de afdeling. Activiteiten zouden meer genormaliseerd moeten worden en verpleegkundigen zouden een bijdrage kunnen leveren aan het stimuleren van patiënten. Een enkele medewerker vindt dat de taken van verpleegkundigen breder getrokken kunnen worden. Ook SPH'ers kunnen een bijdrage leveren in de activering, omdat zij hier meer kennis van hebben opgedaan tijdens de opleiding. Het zou wenselijk zijn als activiteitenbegeleiders meer overleg zouden hebben met andere disciplines binnen de Meregaard.

• Belemmeringen/ problemen

Belemmeringen die de medewerkers tegen komen bij het activeren van patiënten zijn:

- Werkdruk, te weinig personeel, zeker wanneer de separeers vol zitten.
- Weinig middelen op de afdeling om iets met de patiënt te doen.
- Te weinig aanbod, wanneer er wel aanbod is is er te weinig keuze in het aanbod
- Er moet rekening worden gehouden dat patiënten niet mee kunnen doen met de activiteiten als ze agressief zijn, klieren of de boel vernielen en op stelten zetten.
- De patiënten hebben vaak geen ziekte-inzicht en zien het nut niet in van een koffierondje of therapie. Ook weten ze vaak niet wat het doel is van de aangeboden therapie.
- Een activiteit vanaf 9.00 uur is voor sommige patiënten te vroeg, doordat de ze moeite hebben met opstarten en structuur.
- In het weekeind wordt er helemaal niets aan activering aangeboden en is verveling het grootst.
- Vaak hebben patiënten achterdocht en geen vertrouwen om 'zomaar' mee te gaan naar het behandelhuis.

- **Doelen**

Medewerkers zijn het redelijk eens over de doelen van patiënten met betrekking tot de activering. Doelen moeten niet te hoog liggen en voornamelijk: stabiliseren, verveling tegen gaan, een goede structuur in het dagritme, zelfzorg en ontspanning, rust en plezier wordt genoemd. Een enkele medewerker vindt therapeutische doelen zoals sociale vaardigheid belangrijk. 'Aanwezig zijn' is vaak al een doel op zich.

Toch wordt 'verveling' niet door iedere medewerker als indicatie gezien om mee te mogen doen met een activiteit, patiënten moeten er wel zin in hebben of moeten er wat van leren. Benoemd is nog dat het van belang is om als activiteitenbegeleider je gezicht vaak te laten zien zodat patiënten het vertrouwen kunnen kweken om mee te gaan.

- **Aandachtspunten**

- Groepsgrootte
- Duur van activiteit is belangrijk, snel te druk en de concentratieboog is vaak kort.
- Je zou individueel moeten kijken wat de patiënt aankan.
- Er is weinig budget voor aanschaf van materiaal. (Er is bijvoorbeeld net een tafeltennistafel aangeschaft, waar men 2 jaar op heeft gewacht). Mensen kunnen uit vrij veel mogelijkheden kiezen, het materiaal waaruit men kan kiezen is er.
- Patiënten stelen nog wel eens materialen.
- De patiënten moeten worden geprikkeld door passende activiteiten die bij hen aansluiten. En door het laagdrempelig te houden, maar wel prikkelend te maken!
- Activiteiten zouden moeten plaatsvinden in een ruimte die gesloten kan worden, eventueel kan er therapie gegeven worden in de tussenruimte van de separeer.
- Structuur in activiteiten. Er zijn een aantal dingen die kunnen worden voorbereid om het overzichtelijk te houden voor de mensen, bijvoorbeeld dat ze kunnen kiezen uit twee dingen.
- Patiënten mogen ook alleen kijken tijdens een activiteit, het aanwezig zijn kan vaak al een eerste stap zijn.
- Wat de patiënten echt leuk vinden is sporten: hometrainer, thuisoefeningen, groepssporten. Dit staat nog weinig op de activiteitenlijst.

- **Soort activiteiten**

Eén van de vragen die wij medewerkers gesteld hebben ging over welke activiteiten geschikt zouden zijn voor deze doelgroep. Hierbij hebben wij een lijst met verschillende soorten activiteiten gebruikt. De meeste soorten zijn toe te passen op de doelgroep en wij zullen in één van onze eindproducten deze activiteiten concreter weergeven.

Televisie kijken: iets kijken wat je thuis altijd kijkt of volgt, kijken van een film (film huren), DVD waarover gepraat kan worden

Muziek: instrumenten bespelen, muziek of radio luisteren en meespelen, ritme- oefeningen, muziek laten horen die je thuis altijd luistert, luister CD's met korte verhalen/ bieb met CD, DVD, boeken, een radio op de groep waar op bepaalde tijdstippen muziek gedraaid kan worden, gesprek voeren over muziek, zingen.

Tuinieren: bezig zijn met bloemen, aarde en planten, eventueel een groentetuin onderhouden, onkruid wieden, tuin netjes maken, iets maken voor in de tuin, bijvoorbeeld doppinda's rijgen voor vogels.

Kranten / Tijdschriften: lezen van krant of tijdschriften, mooie plaatjes zoeken, plakboek maken, kaartenboek maken, kalender maken, maken van een kookboek met recepten die je lekker vindt, voorlezen uit de krant en erover praten.

Koken: recepten opzoeken op internet, boodschappenlijstje maken, koekjes/ iets lekkers bij de koffie bakken, avondeten koken.

Sport: tafeltennis, tafelvoetbal, darten, sjoelen, squash, tennis/ badminton, hometrainer, thuisoefeningen, groepssporten, zwemmen/wateractiviteiten, wandelen, fietsen, voetballen op het veld of overgooien met de bal, basketbal.

Spel: bordspellen, kaartspellen, toneel, drama, hints, legpuzzels, woordpuzzels, sudoku's

Computeren: computeren, bijv. Nintendo Wii

Thema's: vriendschap, toekomst, ziektebeeld

Even lekker niks doen: soms een uurtje tussendoor

Planning maken voor de toekomst

Een bad nemen

Kamer opruimen: zorg voor rust en minder chaos in je omgeving

Creatief / Klussen: schilderen op doek (eventueel verkopen), maak eigen kunstwerk, tekenen, fotografie, kleien, verhalen / gedichten schrijven, een eigen spel maken, breien, borduren, punniken, haken, collage maken (mooie plaatjes, vriendschap, toekomst, dieren, natuur), maskers maken, boetsen / keramiek, mozaïek kaarsen maken, zeep maken, figuurzagen, textiel, bakjes van hout beschilderen, bakdeeg dat in de oven hard wordt/ klei, hout, gekleurd papier, sieraden maken (kralen en draad), boeken met ideeën erin, beeldjes maken/ verven van gips, vogelhuisjes, timmeren.

4.2 Conclusies interviews patiënten

Het afnemen van interviews bij patiënten is niet makkelijk geweest. In overleg hebben wij de persoonlijk begeleiders gevraagd om de interviews bij de patiënten af te nemen. Dit omdat patiënten wantrouwend kunnen zijn bij onbekende mensen. Daarnaast hebben zij een persoonlijk begeleider waar ze meer een band mee hebben opgebouwd, waardoor ze daar deze onderwerpen makkelijker kunnen bespreken. Patiënten zijn erg ziek, daardoor is het soms lastig om contact te krijgen. Een ander aspect dat meespeelt is het tijdslimiet waarin wij ons onderzoek af moeten ronden.

Daarbij is intussen al een groot deel van het probleem opgelost door de komst van de Actieve Kliniek. Mede hierom hebben we maar een aantal, om precies te zijn drie patiënteninterviews en gesprekjes met patiënten op de gesloten afdeling kunnen houden.

Deze groep is niet groot genoeg om alle patiënten te vertegenwoordigen en een betrouwbaar beeld neer te zetten van de activering en daginvulling. Toch nemen we de conclusies uit de gesprekken en interviews met patiënten mee in ons onderzoek.

o Activiteiten van patiënten thuis

Interesses zijn zeer persoonafhankelijk en er is geen eenduidig antwoord op deze vraag te geven. Over het algemeen zijn het hele normale activiteiten zoals de Bijbel lezen, moeder zijn, huishouden, studeren, werk en wandelen, naar het casino gaan, op bezoek bij kennis, met hun kinderen bezig zijn.

o Doelen

Van de doelen waaruit de patiënten konden kiezen kregen we wisselende antwoorden. Verveling tegen gaan en gezelligheid is het meest naar voren gekomen. Een enkeling wil terug naar werk, arbeid en/of school. Verder zijn doelen genoemd als zelfzorg en ontspanning. Opvallend was dat één patiënt niets te doen wil hebben op De Meregaard, die wilde echt rusten.

o Samen of alleen

Dit is heel wisselend, alleen vinden sommige patiënten prettiger of samen met begeleiding (bijvoorbeeld corveetaken).

o Wat willen patiënten

Dit hangt af van de interesses en problematiek van de desbetreffende persoon. Er is een verschil te zien tussen wat vrouwen graag doen en wat mannen graag doen. Vrouwen kiezen vaker voor creatieve activiteiten zoals handwerken (breien, borduren enzovoorts). Mannen kiezen met name voor sportieve activiteiten, sommigen voor klusactiviteiten maar ook rustige activiteiten zoals tv kijken. Het komt ook voor dat patiënten het programma zoals het nu is goed vinden en hier niets aan willen veranderen. Opvallend is dat patiënten soms zelf aangaven dat ze bepaalde activiteiten niet te lang willen doen en het overzicht willen bewaken, zodat de activiteit gestructureerd is. De interesses van de patiënten qua activiteiten zijn aangevinkt op een door ons ontwikkelde lijst en de resultaten zijn als volgt:

TV kijken: met name 's avonds naar programma's als: Goede Tijden Slechte Tijden, comedies, Oprah Winfrey, Discovery Channel of iets kijken wat je thuis altijd kijkt of volgt.

Muziek: radio luisteren op de groep waar op bepaalde tijden muziek gedraaid mag worden, zingen/ karaoke, leren instrumenten bespelen, een gesprek voeren over muziek, muziek luisteren en meespelen.

Tijdschriften en kranten: lezen van krant of tijdschriften, actueel nieuws bespreken/lezen, eventjes, niet te lang.

Spel: bordspellen, dammen, kaartspellen, pesten, pokeren, 31'en, eventjes, niet te lang

Tuinieren en koken: avondeten koken, tuinieren thuis en bij Annie, avondeten koken hoort thuis

Sport: tafeltennis, badminton, zwemmen/ wateractiviteiten, wandelen, darten, poolen, hometrainer, wandelen of fietsen met groep, voetballen op het veld of overgooien met bal, basketbal, tafelvoetbal, darten, sjoelen, squash, fietsen

Computeren: spelcomputer of internet

Thema's: thema's waar men zich mee bezig houdt, vriendschap, toekomst. Met Judith, de arts over werk.

Even lekker niets doen: een enkele patiënt 'doet het genoeg'

Planning maken voor de toekomst: dit wil iemand zelf doen maar ook zijn er patiënten die op De Mergaard een planning willen maken voor toekomst.

Kamer opruimen: Hier zelf voor zorgen. Ja, zorgen voor minder chaos en meer rust.

Creatief/ klussen: tekenen: fotografie, handwerken borduren en sieraden maken. wel geordend blijven, structuur, niet teveel spullen. Maak eigen kunstwerk, tekenen, teken iets na uit een boek, verf, fotografie, verhalen of gedichten schrijven, figuurzagen, vogelhuisjes timmeren.

Kaarsen maken, collage maken over de toekomst, borduren, handwerken, breien, haken, punniken, sieraden maken

5. Werkbezoeken

Wij hebben ervoor gekozen om meerdere gesloten afdelingen te bezoeken. Dit doen we omdat we op deze manier meer kennis opdoen over gesloten afdelingen en hun activering. Het is de bedoeling dat wij dan met iemand meelopen die ons alles kan vertellen over de activering, hoe deze wordt vormgegeven en hoe patiënten er op reageren.

Wij zijn voor werkbezoeken naar het Johannesbos, Meerzicht en Rietschans geweest. De belangrijkste ideeën die hieruit naar voren kwamen:

- Niets hoeft, alles mag wat betreft meedoen aan activiteiten. Het is lastig om iemand ergens toe te dwingen als hij hier geen zin in heeft. Ook is het haast niet voor elkaar te krijgen om iedereen dan mee te laten doen. Door activiteiten verplicht te stellen zou er weerstand bij de patiënten kunnen ontstaan.
- De activiteiten zijn dichtbij de huiskamer van de patiënten. De patiënten hoeven dus geen grote afstand te overbruggen om eens te komen kijken (en mee te komen doen) bij de geboden activiteiten. Dit is een bekende omgeving waarin de patiënten zich waarschijnlijk veiliger voelen. Momenteel is dit op De Meregaard niet het geval. Eerst zouden patiënten van de gesloten afdeling helemaal naar het behandelhuis (open) moeten om mee te doen aan activiteiten. Nu, met de actieve kliniek, is het nog steeds zo dat cliënten naar een andere afdeling (naar besloten afdeling) moeten om een dagbesteding te hebben. Wanneer er een aparte activiteitenkamer zou zijn die bijv. aansluit aan de huiskamer (Unit B), zou dit niet meer nodig zijn. De tussenruimte bij de separeercellen zou hiervoor gebruikt kunnen worden, omdat dit een redelijk grote, overzichtelijke ruimte is, verpleegkundigen op hun afdeling blijven en de patiënten niet van de afdeling af hoeven om een daginvulling te hebben.
- Er moet een ideeënbus komen waarin patiënten uiteenlopende ideeën (bijvoorbeeld over de dagbesteding) in kunnen gooien en hier in het team serieus naar gekeken wordt. Deze kunnen worden besproken in de staf ontmoeting 's ochtends. Ook motiverende gespreksvoering kan hierbij komen kijken, wanneer iemand ergens over klaagt kan hij nadenken over een oplossing en hierover in gesprek gaan door middel van de ideeënbus.
- De ochtendontmoeting (Staf Ontmoeting): deze vindt plaats op de banken in de huiskamer.
 - o In de ontmoeting worden de (tijden van de) afspraken van die dag met de patiënten en bijv. hun arts besproken. De dag voorbespreken.
 - o Er wordt een vragen rondje gedaan waarin ook opmerkingen of klachten naar voren kunnen komen. Hierin kan afgesproken worden dat er later op die dag nog op terug gekomen wordt.
 - o Het corveeschema wordt ingedeeld. Er is ochtend, middag en avond corvee, per dagdeel staat duidelijk op gekleurde papieren beschreven wat er moet gebeuren. De patiënten mogen kiezen welk dagdeel ze corvee willen hebben, hierin oefenen ze met overleggen, luisteren, rekening houden met anderen etc. Inhoudelijk bestaat corvee uit afwassen en afdrogen. Thee en koffie maken voor het ontbijt en later op de ochtend. De tafels afruimen, en er moet er twee keer in de week de keuken schoongemaakt worden zodat de patiënten de gewone dagelijkse dingen leren/blijven doen. Dit is dus een activiteit op zich waarin veel sociale vaardigheden kunnen worden geoefend.
- De taken van de activiteitenbegeleiders kunnen heel breed getrokken worden. Op bijvoorbeeld De Rietschans was de activiteitenbegeleidster de hele dag aanwezig. Haar taken zijn ook het het zoeken van stages en werkplekken.

6. Verdieping literatuur

De vraagstelling van ons onderzoek luidt als volgt:

‘Op welke manier kunnen de medewerkers op de gesloten afdeling een zinvolle dagbesteding aanbieden aan de cliënten?’

Gezien de ernst van de stoornissen c.q. problematiek lijkt het ons er nuttig om motiverende gespreksvoering in te zetten. Het kan zo zijn dat patiënten nergens meer zin in hebben, moe zijn en het liefst de hele dag op hun bed liggen. Het zou een hele opgave zijn wanneer verpleegkundigen er dan voor moeten zorgen dat ze toch uit bed komen en iets gaan doen. Het is dus dat de patiënten die niets doen moeten veranderen en hierbij hulp kunnen gebruiken. We hebben ons verdiept in de literatuur die hierover te vinden was en zullen dit in hoofdstuk 6.1 beschrijven.

Omdat wij als SPH studenten veel met muzisch-agogisch werken te maken hebben en het mogelijk nuttig kan zijn voor deze patiënten hebben we hierover informatie opgezocht en beschreven wat muzisch agogisch werken inhoudt en hoe het toe te passen is op De Meregaard.

Ten slotte bleek naar aanleiding van interviews met medewerkers en gesprekken met patiënten dat ze sporten als activiteit wel zien zitten. Ook wij denken dat dit zeker een nuttige dagbesteding is, hierom zijn we naar de literatuur over fysieke activiteiten binnen een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg gaan zoeken en na dit te beschrijven zullen we komen met conclusies.

6.1 Motiverende gespreksvoering

Wij hebben ervoor gekozen om motiverende gespreksvoering nader toe te lichten, omdat deze korte, handige en bruikbare tips bevat voor de mensen die werken met de patiënten op de gesloten afdeling. Vaak is het lastig mensen te motiveren voor bepaalde activiteiten, en je kunt hen ook niet dwingen om iets te gaan doen! Vandaar dat wij deze bruikbare theorie graag willen toevoegen, om de mensen actiever te krijgen, zodat ze zin hebben om iets te gaan ondernemen. Dit heeft positieve gevolgen; het ziektebeeld kan stabiliseren en symptomen verminderen.

Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte methode om te bevorderen dat de cliënt gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie²⁵ te verkennen en op te lossen. Deze methode is gericht op patiënten die zich verzetten tegen veranderingen. Het is uit te leggen als een manier van communiceren met patiënten zodat wordt voorkomen dat patiënten worden overladen met goedbedoelde adviezen of het gevoel heeft overtuigd te worden van gelijk van de hulpverlener.²⁶

Motiverende gespreksvoering houdt in: selectief op taalgebruik reageren zodat ambivalentie kan worden opgelost en patiënten tot verandering komen. Deze methode zou als voorbereiding kunnen gelden op verdere behandeling en kan therapietrouw, motivatie en activering verhogen. Er zijn drie belangrijke componenten aan motivatie: gereedheid, bereidheid en vermogen. Ook vertrouwen in eigen kunnen is belangrijk.

Vaak is het zo dat er een conflict ontstaat wanneer twee mensen gemotiveerd zijn voor twee verschillende doeleinden, zoals de patiënt en de hulpverlener. Het ontdekken en begrijpen van wat iemands motivatie precies is dan de eerste stap naar verandering. Motivatie ontstaat vanuit de persoon zelf.

Bij motiverende gespreksvoering is het de patiënt die argumenten voor verandering onder woorden moet brengen en dus zijn ambivalentie moet oplossen. Als je als hulpverlener in de rol zit die verandering bepleit, terwijl de patiënt tegenargumenten opnoemt zit je precies in de verkeerde rol. Het is dus de uitdaging om eerst de ambivalente gevoelens helder te krijgen en ze vervolgens op te lossen. Dit oplossen gebeurt door discrepantie²⁷ te ontwikkelen tussen de situatie nu en de gewenste toekomst. Motiverende gespreksvoering houdt zelfonderzoek in, in plaats van aansporing en ondersteuning en in plaats van overtuiging. Een directieve, confronterende manier zal de weerstand van de patiënt doen stijgen. In plaats daarvan is het beter om op een reflectieve, ondersteunende manier de patiënt aan te spreken. Empathie is hierbij belangrijk. Verandering wordt dus gestimuleerd maar niet afgedwongen.

Motiverende gespreksvoering	Tegenovergestelde benadering van hulpverlening
• Coöperatie: Je sluit een bondgenootschap en hulpverlener staat niet boven de patiënt maar ze vormen een team. • Evocatie: Je gaat ervan uit dat de middelen en de motivatie voor verandering zich in het innerlijk van de patiënt bevinden. Motivatie wordt gestimuleerd doordat de doelen, waarden en percepties van patiënten zelf erbij gehaald worden. • Autonomie: de hulpverlener bevestigt bij de patiënt het recht op het maken van eigen beslissingen, en helpt hem bij het maken van keuzes.	• Confrontatie: problemen niet vanuit het patiëntenperspectief bekijken. Patiënt moet eerste een proces doormaken bewustwording en acceptatie van de werkelijkheid die hij zo zij niet kan zien of niet toe wil geven. • Educatie: Ervan uit gaan dat het de patiënt te weinig inzicht, kennis en vaardigheden bezit die nodig zijn om verandering tot stand te brengen. De hulpverlener wil deze gebreken opheffen door voorlichting te geven. • Autoriteit: Hulpverlener zegt wat de patiënt moet doen.²⁸

²⁵ Ambivalentie: wanneer patiënten gemotiveerd moeten worden komen er vaak ambivalente gevoelens bij kijken. Ambivalente gevoelens zijn uit te leggen als twee gevoelens ergens bij hebben (bijv. wel vrienden willen maken en leuke dingen doen, maar je niet belangrijk genoeg voelen). Ambivalentie is dus uit te leggen als een soort twijfel tussen twee verschillende dingen.

²⁶ Stel van der J. – Pillen, praten, bewegen, nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid - uitgeverij SWP. Amsterdam. 2005

²⁷ Discrepantie: onderlinge afwijking; het uiteenlopen, tegenstrijdigheid (www.vandale.nl).

²⁸ Geparafraseerd uit: Miller. R. W, Rollnick. S – *Motiverende gespreksvoering*- theologische uitgeverij Ekklesia. 2006

De vier algemene principes:

- 1) *Druk empathie uit:* Ook wel aanvaarding genoemd, dit schept mogelijkheden tot verandering en doe je door reflectief te luisteren en gevoelens/ perspectieven van de patiënt begrijpen. Hierbij niet oordelen, bekritisieren of beschuldigen. Tegenstrijdige gevoelens zijn normaal.
- 2) *Ontwikkel discrepantie:* Het doel van motiverende gespreksvoering is niet dat mensen zichzelf aanvaarden zoals ze zijn en daarom zo blijven, juist verandering heeft het voor ogen. Niet de hulpverlener maar de patiënt moet argumenten voor verandering aangeven. Verandering kan gemotiveerd worden door een discrepantie (afstand) tussen huidig gedrag en de doelen van iemand te creëren.
- 3) *Meegaan met de weerstand:* Oproepen van verandering is het minst wenselijk als hulpverlener voor deze verandering pleit, dit moet andersom zijn! Vermijd discussie bij het bestrijden van weerstand. De patiënt zelf is een bron van antwoorden en oplossingen. Weerstand is een signaal voor de noodzaak van een andere benadering van de hulpverlener, de manier waarop de hulpverlener reageert, maakt dat weerstand toe- of afneemt.
- 4) *Ondersteun persoonlijke effectiviteit:* Dit begrip heeft te maken met geloven in eigen kunnen. Een algemeen doel van motiverende gespreksvoering is dan ook dat de patiënt meer vertrouwen krijgt in zijn of haar vermogen om met hindernissen om te gaan en ook echt veranderd. De patiënt en de hulpverlener moeten geloven in de mogelijkheid tot verandering. De patiënt zelf is verantwoordelijk voor het kiezen en uitvoeren van verandering.

Centrale vragen

De volgende centrale vragen kunnen binnen de motiverende gespreksvoering gesteld worden:

- Wat denk je te gaan doen? Waar denk je op dit moment over?
- Hoe zou je deze verandering kunnen aanpakken?
- Wat zou een goede eerste stap zijn?
- Welke hindernissen voorzie je, en hoe zou je daar mee om kunnen gaan?
- Nu we dit allemaal op een rijtje hebben gezet, wat is voor jou de volgende stap?
- Wat zou je kunnen doen? Wat zijn je mogelijkheden?
- Wat denk je dat je zou kunnen doen?
- Als je nagaat wat we allemaal hebben besproken, wat houdt je dan het meest bezig? Wat wil je op dit moment?
- Waar gaan we vanaf dit punt naar toe?
- Wat zou voor jou de ideale afloop zijn?
- Noem eens een paar goede kanten van verandering.²⁹

²⁹ Geparafraseerd: Miller. R. W, Rollnick. S – *Motiverende gespreksvoering*- theologische uitgeverij Ekklesia. 2006

6.2 Muzisch agogisch werken

Deze theorie hebben we gebruikt om zo een beeld te geven van wat muzisch agogisch werken precies inhoudt. Omdat er veel verpleegkundigen op de afdeling werken, is dit waarschijnlijk een handige toevoeging, omdat zij niet agogisch geschoold zijn. Op de afdeling zou dit goed van toepassing kunnen zijn. Het is bij muzisch agogisch werken niet zo dat je echt actief mee moet doen, soms is aanwezig zijn al een prestatie en goed op dat moment. Vaak hebben dit soort activiteiten tijd nodig, de patiënt moet er aan wennen. Het is dan ook belangrijk hem hierin te blijven uitnodigen, zodat hij weet dat hij welkom is!

Onze probleemstelling heeft veel te maken met het onderwerp 'Muzisch Agogisch werken'. Wat niet vergeten moet worden is het feit dat er niet per definitie een onderliggend doel moet zijn in de activiteit die de patiënten aangeboden worden. Een doel op zich is al ontspanning, structuur en rust. De ervaringen in de psychiatrie met muzisch agogisch werken zijn positief; de problemen kunnen in een ander kader gezet worden dan alleen in een gesprek. Door het bezig zijn met de handen (en eventueel het lichaam) kunnen problemen in een ander perspectief geplaatst worden, en dit kan vormgegeven worden door een gedicht, een geboetseerde vaas, of een tekening. Daarom zou dit goed van toepassing kunnen zijn op De Meregaard. Hiermee willen we de verpleegkundigen die hier niet veel ervaring mee hebben hier toch kennis mee laten maken, omdat het een heel breed onderwerp is, en het niet altijd veel voorbereidingstijd kost en het voor een patiënt zeer rustgevend en prettig kan werken.

Het woord muzisch is afgeleid van het Griekse woord *mousai*, dat muzen betekent, beschermvrouwen van kunsten en oorspronkelijke wetenschappen. Muzische activiteiten zou je dus kunstzinnige activiteiten kunnen noemen. In het werkveld van o.a. de SPH'er ligt de betekenis van het muzisch werken vooral in wat muzische activiteiten kunnen bewerkstelligen bij cliënten:

- Het leren uiten van en leren vorm geven aan persoonlijke belevingen, gedachten en gevoelens;
- Het zich bewust worden en eventueel verwerken van belevingen, gedachten en gevoelens;
- Het ontwikkelen van de creativiteit en vindingrijkheid op muzisch gebied, meestal met een verwachting dat het ook effect heeft op andere gebieden;
- Het ontwikkelen van een persoonlijke identiteit, van talenten en voorkeuren;
- Sociale ontwikkeling en maatschappelijke bewustwording;
- Ontspanning en recreatie in het bezig (laten) zijn;
- Het inspelen op het menselijke vermogen tot verwondering, bezieling en plezier.

Mensen hebben over het algemeen behoefte zich te uiten, vorm te geven aan wat zij in zich voelen. Dit kan op veel verschillende manieren; taal, beelden, dans, muziek etc. Mensen kunnen een vorm aan meten die bij hen past, om iemand te zijn. Dit wordt ook wel zelfverwezenlijking, zelfontplooiing of emancipatie genoemd. De manieren waarop een persoon dat doet hangt af van zijn voorkeuren, gerichtheid, opvoeding en mogelijkheden.

Vormgeven aan het eigen bestaan is ook al een vorm van creativiteit. Dit hoeft geen doel te hebben, het gaat meer om het proces wat hij doormaakt. Als je het op die manier opvat, dan heeft creativiteit vooral te maken met verandering en beweging. Dit kan zich binnen een persoon afspelen, maar ook doordat iemand zich leert openstellen voor invloeden van buitenaf, een ervaring durven ondergaan.

Wat zou voor patiënten prettig zijn?

- Aanwezig zijn
- Ontspannen
- Bezig zijn
- Problemen van je af zetten
- Problemen verwerken, een plek geven in de activiteit

Beroepshouding

De hulpverlener werkt met mensen, moet kunnen inspelen op die creativiteit en de behoefte aan expressie en communicatie. Een beroepshouding heeft wel iets van een optelsom:

Grondhouding + reflectie + kennis + vaardigheden = beroepshouding (De Vries-Geervliet, 1993)³⁰

³⁰ Geparafraseerd: Dineke Behrend – Muzisch Agogische Methodiek, een handleiding. Uitgeverij Couthinho, jaar 2004, 4^e druk (Hoofdstuk 1 en 2)

6.3 Nut van fysieke beweging voor geestelijke gezondheid

In gesprekken door ons met patiënten op de afdeling, kwam naar voren dat verschillende patiënten het leuk vinden om te sporten. De fitness-half-uurtjes die er 's avonds zijn worden regelmatig door de patiënten van de gesloten afdeling bezocht en van een aantal patiënten ligt de interesse bij het sporten. Ook medewerkers gaven aan dat sporten als nuttige en passende dagbesteding gezien wordt.

In één van de gesprekken³¹ kwam naar voren dat patiënten vaak geen ziekte-inzicht hebben en het nut niet in zien van een koffierondje of therapie. Het lijkt ons hierom handig om inzicht te geven in het nut van de activiteiten die medewerkers van De Meregaard aanbieden. Hieronder zullen we het nut van fysieke activiteiten voor deze doelgroep beschrijven.

Fysieke activiteiten zijn voor ieder mens van belang! Het hoe en waarom wordt hieronder beschreven omdat het onmisbaar is voor psychiatrische patiënten.

Fysieke activiteit: elke lichamelijke inspanning die ontstaat uit de samentrekking van skeletspieren en die leidt tot energieverbruik boven het basale niveau. Lichamelijke oefeningen (of trainingen) zijn gestructureerde fysieke activiteiten die doelbewust worden uitgevoerd om fysieke fitheid te bereiken. Ze bestaan meestal uit herhalingen van lichamelijke bewegingen.

Fysieke fitheid: het vermogen om dagelijkse levensverrichtingen op een vitale manier uit te voeren zonder opmerkelijke vermoeidheidsverschijnselen en met behouden van voldoende energie voor andere zaken. Fysieke fitheid komt tot uitdrukking in het uithoudingsvermogen, de prestaties van de spieren (uithoudingsvermogen en sterkte), flexibiliteit, lenigheid, balans, reactietijd en de samenstelling van het lichaam (zoals de omvang van het spier- en vetweefsel).

o **Inactiviteit:**

- Verkort levensduur
- Beperkt functionele afhankelijkheid op latere leeftijd
- Verminderde kwaliteit van het leven
- Gezondheidsklachten als: obesitas, diabetes type 2, kanker, psychische stoornissen etc.

o **Activiteit**

De norm voor volwassenen is tenminste vijf dagen per week, maar het liefst elke dag, minstens een half uur matig tot intensief bewegen. Bewegen is een fundamenteel onderdeel van een gezonden leefstijl.

Fysieke activiteit gunstig is voor de preventie van meerdere chronische aandoeningen, maar ook effectief bij de behandeling van psychische stoornissen (emotionele en cognitieve effecten) – de hersenen en de psyche hebben er baat bij! Naast het verminderen van symptomen van psychische stoornissen is deelname aan fysieke activiteiten ook nuttig voor het verbeteren van het zelfbeeld, de sociale vaardigheden, afname van angst en vermindering van reageren van hart en bloedvaten op stressvolle gebeurtenissen. Maar dit niet alleen, fysieke activiteit draagt ook bij aan het gevoel van welbevinden.

In de GGZ is men werkzaam op drie domeinen:

1. Biologische benadering: behandelen met pillen
2. Psychologische benadering: praten staat centraal
3. Sociale benadering: gestimuleerd worden iets te doen.

Wij willen vooral het belang van beweging in een behandeling aankaarten. Beweging leidt tot verbetering van de lichamelijke gezondheid, en ook tot een bijdrage aan het hele herstel. Bijvoorbeeld het nut van hardlopen bij een depressie. Er is sprake van een verband tussen gebrek aan fysieke activiteit en chronische gezondheidsaandoeningen. Zorgwekkend bij psychiatrische patiënten is vaak de levensstijl: veel roken, het drinken van alcohol, het gebruiken van drugs, veel stress en teveel of eenzijdige voeding. Het is belangrijk dat een gezonde levensstijl gestimuleerd wordt. Daarnaast moeten spanning en ontspanning worden afgewisseld.

³¹ Gesprek met Corina Verduijn, verpleegkundige op unit B van De Meregaard.

Waarom bewegen voor deze doelgroep?

Mensen kunnen veel plezier beleven aan fysieke activiteiten. Dit meer dan bijvoorbeeld aan pillen of praten bij bepaalde doelgroepen zoals mannen, van wie door een stoornis de communicatie ernstig verstoord is of de patiënten niet graag of makkelijk over hun gevoel praten.

Bewegen en bipolaire stoornis:

Een bipolaire stoornis heeft hoogstwaarschijnlijk een biologische oorzaak. Het is dus niet logisch dat fysieke activiteit de ziekte had kunnen voorkomen. Patiënten zouden de symptomen wel als lichter kunnen ervaren en beweging kan in bepaalde periodes een goede uitlaatklep zijn. Bij manie is het van belang juist 'rust' in de activiteiten te creëren, en ze gestructureerd aan te bieden.

Bewegen en schizofrenie:

Patiënten met deze stoornis bewegen over het algemeen weinig (Lambert e.a., 2003). Wanneer deze groep patiënten wél zou gaan sporten zouden zij kunnen werken aan sociale integratie, dagstructuur, zelfbewustzijn, lichaamsgevoel, lichamelijk vermogen en invulling van de vrije tijd. Depressieve klachten zullen hierdoor kunnen afnemen en bepaalde lichamelijke functies verbeteren. Ook zijn er aanwijzingen gevonden dat sporten een afname van auditieve hallucinaties en psychomotorische agitatie als effect heeft en de sociale competentie toeneemt (Wattles, ibid).

Werkingsmechanismen

Hoe bewegen precies de stemming kan beïnvloeden is nog niet helemaal duidelijk. Het is waarschijnlijk dat er meerdere mechanismen tegelijk in het spel zijn. Biologische, psychologische en sociale factoren zouden afzonderlijk maar ook in combinatie met elkaar voor positieve effecten kunnen zorgen. Een verklaring zou kunnen zijn dat door de activering van verschillende neurotransmittersystemen³² (zoals noradrenaline, serotonine en dopamine die ook bij anti-psychotische medicatie zijn betrokken) of een toename in de bloedsomloop in de hersenen ten grondslag liggen aan de verbeterde stemming.

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat bij bijvoorbeeld hardlopen (aerobics/ fitness) endorfinen, (natuurlijke opiaten), in de hersenen vrijkomen en men hierdoor gelukkige gevoelens tijdens of na het hardlopen zou krijgen. De vraag blijft wel of we op deze manier de genezend werkende effecten van hardlopen bij een depressie voldoende kunnen verklaren. Ook wordt er gedacht dat een toename van de lichaamswarmte een rustgevend effect zou kunnen hebben. Of dat men door sporten het gevoel krijgt om meer aan te kunnen en men minder tijd heeft om te piekeren.

Onderzoek in de menselijke hersenen³³ heeft bewezen dat fysieke activiteiten een gunstig effect hebben op de structuur van de menselijke hersenen. Dit blijkt onder andere uit het feit dat fitte ouderen minder van hun grijze en witte stof hebben verloren in vergelijking tot ouderen die weinig lichamelijke activiteit hebben.

Er zijn vier mechanismen die bij kunnen dragen aan de verbetering van de cognitieve functies na beweging:

1. Ontspanning van het zenuwstelsel. Deze is van belang voor de ademhaling, het hart en de ingewanden en heeft indirect een positief effect op de cognitie.
2. Psychologische verklaringen zoals meer zelfvertrouwen, controle hebben op het eigen leven, sociale steun, een verbeterd zelfbeeld en vermindering van negatieve gevoelens.
3. Meer zuurstof gaat naar de hersenen en draagt bij aan het vrijkomen van monoamines (zoals serotonine) in de hersenen.
4. Fysiologische verklaring: de fysieke opwinding vermindert de vermoeidheid en stimuleert mentale kant.³⁴

³² Een neurotransmitter: dit is een molecuul dat wordt gebruikt voor de signaaloverdracht tussen zenuwcellen ('neuronen') in het zenuwstelsel.

Systeem: wederzijds beïnvloedende elementen (www.wikipedia.nl)

³³ Stel van der J. – Pillen, praten, bewegen, nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid - uitgeverij SWP.

Amsterdam. 2005 – p. 50

³⁴ Stel van der J. –a.w – p. 51

Aanbevelingen ten aanzien van bewegen:

Wij bevelen aan om Fitness of Aerobics aan te bieden aan de patiënten. Op De Meregwaard zijn er diverse middelen in huis, het is van belang dat men hier wel gebruik van blijft maken. De middelen dus inzetten die er al zijn!

Dit is niet alleen gunstig voor het lichaam (hart- en vaatstelsel), maar ook voor de hersenen! Er zijn hierover effecten aangetoond in bepaalde delen van het geheugen.

Voor iedereen geldt dat elke fysieke activiteit die leidt tot een verhoogde ademhaling en hartslag nuttig is. In het dagelijks leven kunnen de patiënten wandelen, fietsen, zwemmen of binnenshuis verschillende activiteiten doen of zelfs fysiek inspannende arbeid verrichten. Hier kunnen wij op in spelen doordat niet iedereen zin heeft om een half uur achter elkaar te gaan sporten maar wel in staat en bereid zijn om enkele keren korter, maar intensievere inspanningen te verrichten.

We vinden het belangrijk dat mensen in de natuur komen, dit kan tot een vermindering van stressgevoelens leiden. De blootstelling aan de zon kan ervoor zorgen dat men meer vitamine D krijgt en zich vrolijker voelt. Uit onderzoek blijkt dat natuur een positief effect heeft op concentratie, stemming, zelfdiscipline en fysiologische stress, zelfs na korte tijd! Er zijn zelfs aanwijzingen gevonden dat de natuur sociaal contact (waar veel psychiatrisch patiënten moeite mee hebben) vergemakkelijkt.

Het is bekend dat er patiënten zijn die nergens zin in hebben. Het is hierom van belang dat hulpverleners interdisciplinair gaan samenwerken. Dat wil zeggen fysiotherapeuten, bewegingswetenschappers, sportartsen binnen en buiten de GGZ om uit te zoeken wat voor soort activiteit of bewegingsprogramma de patiënten het meest behoefte aan hebben. Er kan gekozen worden voor groepsgewijs of individueel. Ook kan er na worden gegaan per patiënt wat beweging kan bijdragen in zijn behandeling.

Er moet een voorlichting komen aan de patiënten, dit zou bijvoorbeeld kunnen binnen de psycho-educatie. Hierin moeten hulpverleners aangeven wat het nut is van bewegen en kan eventueel in samenhang met thema's als stoppen met roken/alcohol drinken, gezonde voeding e.d. Ook kan er gekeken worden naar mogelijkheden (o.a. financiën) om (ex)-patiënten deel te nemen aan een fitnessclub of sportvereniging. Fysieke activiteiten zouden een geïntegreerd onderdeel moeten zijn van de verschillende behandelprogramma's binnen de gesloten afdeling (zoals een running-therapie of fitnessmogelijkheden).

Stimuleren van patiënten

Het gedrag van patiënten kan worden beïnvloed. De volgende elementen kunnen hierbij helpen:

- Het herkennen van kenmerken van het probleem en het hierdoor beïnvloede gedrag
- Formuleren van realistische doelen en overeenstemming hierover bereiken
- Subdoelen maken waardoor er sneller succes wordt geboekt door de patiënten met kleinere inspanningen
- 'Zelfcontrole en zelfmonitoring: patiënten leren bewust te worden van hun inspanningen en op grond daarvan hun impulsen bedwingen en de problemen op te lossen die meer bewegen of minder eten in de weg staan'.

7. Conclusie onderzoeksverslag met koppeling naar eindproducten

Conclusies en aanbevelingen

Activering is en blijft een lastig probleem op gesloten afdelingen in de psychiatrie. Dit hebben we mede door de werkbezoeken en het meelopen op De Meregaard, ondervonden in de praktijk. Er zijn verschillende visies wat betreft de daginvulling van patiënten. Hiermee bedoelen wij de diverse disciplines die een andere kijk hebben op activering als de patiënten zelf. Verschillende aspecten spelen hierbij een rol: de ernst van de psychiatrische problematiek, werkdruk en mogelijkheden op financieel gebied. Wat we zelf hebben ondervonden is dat patiënten zich echt vervelen: doelloos rondjes lopen, hangen en weinig in staat zijn tot activering. Hiermee willen wij de aandacht vestigen op het belang van activering!

1. Personeel

De werkdruk is hoog, voornamelijk wanneer de separeers vol zitten. Medewerkers hebben dan hier hun handen vol aan. Onze eerste aanbeveling is om een stagiaire een stageplaats aan te bieden. Hierbij denken wij studenten die bijvoorbeeld SPH c.q. GGZ-agoog doen, of activiteitenbegeleiders. Op deze manier kunnen de activiteiten ook op de gesloten unit plaatsvinden. Een stagiaire is goedkoop en kan een waardevolle aanvulling zijn op de afdeling. Het nadeel hiervan is, is dat het tijd en begeleiding kost.

Wij zijn echter van mening dat er meer een balans op de afdeling moet ontstaan tussen het verpleegkundige personeel en SPH'ers c.q. GGZ-agogen. Dit omdat zij een juiste aanvulling op elkaar kunnen hebben wat betreft het werk, visie en benadering. Het lijkt ons hierom wenselijk dat er meer agogisch-geschoolde mensen op de afdeling komen. Verpleegkundigen hebben geleerd vanuit hun opleiding te werken vanuit het ziektebeeld van de patiënt. Bij SPH ligt juist de nadruk op het werken vanuit het gezonde deel en op de mogelijkheden van de patiënt.

Medewerkers geven aan dat wanneer de patiënten deelnemen aan het programma van de Actieve Kliniek, de verpleegkundigen tijd hebben om met de andere patiënten iets op het gebied van activering te ondernemen. Het is dan rustig en er kan met collega's afgesproken worden wie welke taak op zich neemt (wie er rapporteert, wie wat doet met een patiënt). Een extra activiteitenbegeleider aanstellen die zich bezig houdt met de activering op Unit B lijkt niet overbodig!

Interdisciplinaire samenwerking: Het is belangrijk dat er een samenwerking is tussen de medewerkers van Unit B en de activiteitenbegeleiding. Hierdoor kun zij elkaars ideeën en materialen gebruiken, overleggen, en eventueel mensen doorsturen naar het behandelhuis voor een activiteit.

2. Dagbestedingsplan

In eerste instantie is het van belang om het activiteitenpatroon van patiënten (en zo ook zijn interesses) inzichtelijk te maken. Bij de anamnese, die medewerkers van de Meregaard in het computerprogramma Ezis horen te beschrijven, staat ook een stuk dat betrekking heeft op het activiteitenpatroon van patiënten. Wij willen het belang van het invullen van deze anamnese nog eens benadrukken. Uit ons onderzoek bleek dat hiermee niets wordt gedaan, dit is zonde!

Een andere manier om het activiteitenpatroon inzichtelijk te maken is door het gebruik van ons dagbestedingsplan (zie eindproduct 1). Dit is een zeer kort en bondig overzicht dat betrekking heeft op de dagbesteding in combinatie met de doelen van patiënten. Vragen die hierbij ingezet kunnen worden is naar het vroegere beroep van patiënten vragen. Ook eindproduct 2, waarin we vanuit de symptomen en problematiek doelen opgesteld, zijn goed in te zetten. Doelen en activering staan hierdoor in direct verband met elkaar, en zijn goed toepasbaar door de medewerkers om over te brengen aan de patiënten.

3. Weekend

Wij raden aan weekendprogramma's op te stellen zodat patiënten niet alleen maar op de afdeling blijven hangen in het weekend. Uit de conclusies blijkt dat patiënten zich vervelen in het weekend omdat er niets te doen is en het aanbod van de Actieve Kliniek alleen van maandag tot en met vrijdag is. Wij raden aan dat de commissie van de Actieve Kliniek een programma opstelt voor het weekend, zodat de medewerkers die werkzaam zijn in het weekend hiermee aan de slag kunnen.

4. Ruimte en materiaal

Tijdens onze werkbezoeken hebben wij ondervonden dat de geboden activiteiten zeer laagdrempelig en toegankelijk moeten zijn voor de patiënten. Wij raden aan om letterlijk dichtbij de patiënt activiteiten aan te bieden, en de materialen inzichtelijk te maken. Hierdoor ontstaat er vertrouwen om een activiteit te gaan doen, en is de omgeving veilig; het staat dichtbij de patiënt. Wanneer activering niet op de afdeling zelf plaatsvindt, gaat dit ten koste van de geboden zorg en de gevolgen zijn dat symptomen verergeren. Dit blijkt onder andere uit ons literatuuronderzoek.

Wij vinden dat er meer materialen beschikbaar gesteld moeten worden op de afdeling, bijvoorbeeld knutselmateriaal en sportmateriaal. Wij hebben gemerkt dat dit voornamelijk een lastige kwestie is op het gebied van geld. Maar veel materialen zijn niet duur om aan te schaffen, kijk bijvoorbeeld eens op Marktplaats. Het is van belang om te kijken naar duurzaam materiaal, zoals een hometrainer of een computer. De materialen (zoals knutselmaterialen) die gebruikt kunnen worden zijn wel aanwezig op De Mergaard, maar worden voornamelijk gebruikt in het behandelhuis. En het behandelhuis ligt letterlijk en fysiek verder dan de gesloten (en veilige) afdeling Unit B. Misschien kan de ruimte tussen de separeercellen hiervoor gebruikt worden, omdat deze af te sluiten is.

5. Sport

Beweging is ontspannend, leuk en lichamelijk en geestelijk goed voor patiënten. Niet iedere patiënt wil sporten. Hier kunnen medewerkers op inspelen doordat niet iedereen zin heeft om een half uur achter elkaar te gaan sporten. Sommige patiënten zijn wel bereid en in staat om enkele keren kort, maar intensief zich in te spannen, bijvoorbeeld op de afdeling zelf, of buiten (tuin, onder begeleiding). Het lastige is dat er patiënten zijn die nergens zin in hebben. Het is hierom van belang dat hulpverleners interdisciplinair gaan samenwerken (in dit geval fysiotherapeuten, bewegingswetenschappers, sportartsen binnen en buiten de GGZ om uit te zoeken wat voor soort activiteit of bewegingsprogramma de patiënten de meeste behoefte aan hebben). Er kan bijvoorbeeld worden nagegaan per patiënt wat beweging kan bijdragen in zijn behandeling (zie dagbestedingsplan, eindproduct 1). Ook hier geldt wederom dat activiteiten fysiek zo dicht mogelijk bij de patiënten aangeboden moeten worden, zoals een hometrainer in de leefruimte van Unit B. Ook kan er gekeken worden naar mogelijkheden (o.a. financiën) om (ex-)patiënten deel te laten nemen aan een fitnessclub of sportvereniging. Fysieke activiteiten zouden een geïntegreerd onderdeel moeten zijn van de verschillende behandelprogramma's (zoals een running-therapie of fitnessmogelijkheden).

6. Motiverende gespreksvoering

Gezien de ernst van de stoornissen c.q. problematiek lijkt het ons er nuttig om motiverende gespreksvoering in te zetten. Het komt nu regelmatig voor dat patiënten nergens meer zin in hebben, moe zijn en het liefst de hele dag op hun bed liggen. Of dat ze vinden dat ze niet ziek zijn en het belang van activering niet inzien. Daarom lijkt het ons ook belangrijk hier **doelen** (zie eindproducten) aan te koppelen, die helder voor de patiënt zijn, en goed uit te leggen door de hulpverleners. Het zou een hele opgave zijn wanneer verpleegkundigen er dan voor moeten zorgen dat ze toch uit bed komen en iets gaan doen. Het is zo dat de patiënten die niets willen doen en zich vervelen, moeten veranderen en hierbij hulp kunnen gebruiken. Wij hebben ervoor gekozen om motiverende gespreksvoering nader toe te lichten, omdat deze korte, handige en bruibare tips bevat voor de mensen die werken met de patiënten op de gesloten afdeling. Vaak is het lastig mensen te motiveren voor bepaalde activiteiten, en je kunt hen ook niet dwingen om iets te gaan doen! Ze moeten zin hebben om iets te gaan ondernemen. Dit heeft positieve gevolgen; het ziektebeeld kan stabiliseren en symptomen verminderen. (zie onderzoeksverslag).

7. Muzisch agogisch werken

Omdat er veel verpleegkundigen op de afdeling werken, is dit waarschijnlijk een handige toevoeging, omdat zij niet agogisch geschoold zijn. Het is bij muzisch agogisch werken niet zo dat je echt actief mee moet doen, soms is aanwezig zijn al een prestatie, en goed op dat moment. Vaak hebben dit soort activiteiten tijd nodig, de patiënt moet er aan wennen. Het is dan ook belangrijk hem hierin te blijven uitnodigen, zodat hij weet dat hij welkom is! Een doel op zich is al ontspanning, structuur en rust. De ervaringen in de psychiatrie met muzisch agogisch werken zijn positief; de problemen kunnen in een ander kader gezet worden dan alleen in een gesprek. Door het bezig zijn met de handen (en eventueel het lichaam) kunnen problemen in een ander perspectief geplaatst worden, en dit kan vormgegeven worden door een gedicht, een geboetseerde vaas, of een tekening.

8. Psycho-educatie

Er moet betere voorlichting komen aan de patiënten, dit zou bijvoorbeeld kunnen binnen de psycho-educatie. Patiënten krijgen hierdoor meer inzicht in hun problematiek en hoe ze er mee om kunnen gaan. Hierin moeten hulpverleners aangeven wat het nut is van bewegen en kan eventueel in samenhang met thema's als stoppen met roken/alcohol drinken, gezonde voeding enzovoorts. Het blijft een probleem, waar niet zo 1-2-3 een oplossing voor is. De zorg blijft natuurlijk maatwerk! En dat het belangrijk is dat er goed naar de patiënt geluisterd wordt. Het zijn zieke mensen die sturing nodig hebben in hun dagelijkse structuur, en zeker bij de activering. Uit onderzoeken is namelijk gebleken dat dit het herstel bevordert!

Bijlagen

Bijlage 1. Wat houdt het begrip 'zinvol' in?

Zinvolle activiteiten zijn bezigheden die voor de patiënt op dat moment nodig zijn en een prettig tijdverdrijf bieden. Dit hoeft niet per definitie een activiteit te zijn met een doel erachter, Volgens Van Dale is de betekenis van zinvol: vol betekenis³⁵. Dit kan dus per persoon verschillen, wat voor de één zinvol is hoeft voor de ander niet zinvol te zijn.

- o Ontspanning
- o Kan leiden tot herstel of verbetering
- o Sociale vaardigheden vergroten
- o Voorkomen conflicten
- o Bezigheid doet problemen even vergeten
- o Kwaliteiten ontdekken en ontwikkelen
- o Tegen verveling
- o Voldoen aan behoeften (Maslov)
- o Kan zelfbeeld en zelfvertrouwen vergroten
- o Kennis maken met nieuwe dingen
- o Patiënten daadwerkelijk iets te bieden hebben op een dag
- o Groepsgevoel vergroten
- o Dagelijkse routine bevorderen
- o Zingeving: reden om 's ochtends op te staan
- o Gevoelens leren uiten.

³⁵ www.vandale.nl

Bijlage 2. DSM-IV criteria

Diagnostische criteria depressieve episode (DSM IV;APA,1994³⁶)

- '1.Ten minste vijf van de volgende symptomen zijn binnen een periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren. Minstens één van de symptomen is of a) een depressieve stemming, of b) het verlies van interesse of plezier.
- a. depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld zegt zich verdrietig of leeg te voelen) of waarneming door anderen (ziet er bijvoorbeeld betraand uit).
 - b. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of waarneming door anderen)
 - c. Duidelijke gewichtsafname zonder dat een dieet gevolgd wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld 5 procent van het lichaamsgewicht in één maand tijd), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
 - d. Moeite met in- of doorslapen (insomnia), of overmatige slaperigheid (hypersomnia), bijna elke dag.
 - e. Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet slechts een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid) bijna elke dag.
 - f. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
 - g. Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet uitsluitend zelfverwijten of schuldgevoelens over het ziek zijn), bijna elke dag.
 - h. Afgenomen vermogen tot nadenken of concentratie, of besluiteloosheid (subjectieve mededeling door betrokkene, of waargenomen door anderen), bijna elke dag.
 - i. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de angst dood te gaan), terugkerende gedachten aan suïcide zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, een suïcidepoging hebben gedaan of een specifiek plan hebben om suïcide te plegen.
2. De symptomen veroorzaken duidelijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld op sociaal of beroepsmatig gebied.
3. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde' episode.
4. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.
5. De symptomen zijn geen onderdeel van een rouwproces. Dat wil zeggen: na het verlies van een geliefd persoon houden de symptomen langer dan twee maanden aan of zij kenmerken zich door duidelijke functionele beperkingen, een ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidedgedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remmingen.'

Diagnostische criteria voor depressieve stoornis (DSM-IV; APA, 1994):

1. 'Er is sprake van een depressieve episode (zie hiervoor)
2. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een schizoaffectieve stoornis en zijn niet gesuperponeerd op een andere psychotische stoornis.
3. Er is nooit een manische, gemengde of hypomane episode geweest.

Indien sprake is van een eenmalige depressieve episode: depressieve stoornis, eenmalige episode.
Bij aanwezigheid van twee of meer depressieve episoden: depressieve stoornis, recidiverend'.

Diagnostische criteria schizofrenie (DSM IV;APA, 1994)

De DSM-IV criteria hebben we letterlijk overgenomen omdat er één richtlijn gehanteerd wordt bij het stellen van een diagnose. Daarom is het handig te weten welke richtlijn dit precies is.

1. 'Een maand lang (korter bij succesvolle behandeling) gedurende een groot deel van de tijd tenminste twee van de volgende symptomen:
 - a) wanen
 - b) hallucinaties
 - c) ontregelde spraak (bijv. steeds de draad kwijtraken)
 - d) zeer chaotisch of katatoon gedrag
 - e) negatieve symptomen (bijv. affectvervlakking, apathie)

(De aanwezigheid van één symptoom volstaat als de wanen bizar zijn of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die doorlopend commentaar geeft op gedragingen of gedachten van de persoon dan wel de vorm hebben van enkele stemmen die tegen elkaar spreken)

2. Sociaal en beroepsmatig functioneren: een groot deel van de tijd sinds het begin van de stoornis is het functioneren op gebieden als werk, sociale contacten en zelfverzorging aanzienlijk beneden het niveau dat bestond voordat de stoornis begon. Als de symptomen voor of tijdens de adolescentie ontstaan, wordt het verwachte niveau van functioneren niet bereikt.
3. Duur: gedurende tenminste zes maanden zijn er voortdurend tekenen van de stoornis geweest. Er moet een actieve psychotische periode van tenminste een maand zijn geweest die voldoet aan de criteria onder 1, al dan niet voorafgegaan of gevold door perioden met prodromale of restverschijnselen. In dergelijke perioden zijn er alleen negatieve symptomen of tenminste twee symptomen uit 1 in lichte vorm
4. Tijdens de actieve psychotische fase (criterium1) zijn er geen, of hoogstens kortdurende, depressieve, manische of gemengde episoden voorgekomen.
5. De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of van een somatische aandoening.'

Sybtypen van schizofrenie (DSM IV;APA, 1994)

- o Katatone type: indien tenminste twee van de volgende verschijnselen het klinisch beeld overheersen:
 1. Onbeweeglijkheid (bijv. stupor)
 2. Overmatige motorische activiteit
 3. Negativisme (weerstand tegen alle opdrachten of een rigide houding handhaven wanneer anderen de betrokkene in beweging proberen te brengen).
 4. Vreemde bewegingen, grimassen of houdingen.
 5. Echolalie (herhalen wat een ander zegt) of echopraxie (bewegingen van een ander nadoen)
- o Gedesorganiseerde type: indien onsamenvangende spraak, chaotisch gedrag en vlak of zeer inadequaat affect centraal staan in het klinisch beeld, terwijl niet wordt voldaan aan de criteria van het katatone type.
- o Paranoïde type: er zijn 1) frequente gehoorshallucinaties en/of er bestaat een preoccupatie met een of meer wanen, terwijl 2) ontregelde spraak en vlak of inadequaat affect niet in opvallende mate aanwezig zijn.
- o Ongedifferentieerde type: indien er sprake is van een actieve fase van schizofrenie, zonder dat wordt voldaan aan de criteria voor het katatone, gedesorganiseerde of paranoïde type.
- o Resttype: er is geen sprake van opvallende wanen, hallucinaties, onsamenvangende spraak en chaotische of katatone gedragingen. Wel zijn er voortdurend negatieve symptomen of ten minste twee symptomen van een actieve fase (criterium 1 van schizofrenie) in mildere vorm aanwezig.

Diagnostische criteria antisociale persoonlijkheidsstoornis (DSM IV)

"De patiënt:

- o Wordt gekenmerkt door lichtgeraaktheid en agressie, wat wel blijkt uit de vechtpartijen waarbij hij, vaak op eigen initiatief, betrokken is;
- o Gedraagt zich consequent onverantwoordelijk, hij weet zich niet in een nette baan te handhaven en zijn financiële verplichtingen komt hij niet na;
- o Is impulsief en het lukt hem niet een mooi plan voor de toekomst te maken;
- o Bedriegt de medemens, bijvoorbeeld door regelmatig te liegen, zich onder een andere naam te presenteren of anderen te misbuiken voor eigen voordeel en pret;
- o Veronachtzaamt de veiligheid van zichzelf en anderen;
- o Heeft van wroeging of spijt in het geheel geen last, wat wel mag blijken uit het feit dat het hem niet kan schelen of hij anderen heeft gekwetst, mishandeld of bestolen³⁷."

³⁷ Handboek psychopathologie. Door: Prof.dr. W. Vandereycken, Prof.dr. C.A.L. Hoogduin en Prof.dr.P.M.G. Emmelkamp.
Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. P. 419

Bijlage 3. Interview activiteitenbegeleidster

Datum: 12-03-2008

Astrid is activiteitenbegeleidster op het Behandelhuis van De Meregwaard, dit doet zij nu ongeveer 8 jaar. Zij vervult het creatieve deel en heeft een bakgroep.

1. Werkt u ook met patiënten op de gesloten afdeling?

Ja, Astrid werkt met patiënten die op gesloten verblijven. Er werd gewerkt met blokken van 1,5 uur, dit zijn nu blokken van 1 uur geworden, omdat het toch te lang was.

2. Welke soort activiteiten worden aangeboden?

Tuinieren, spel, zwemmen, computeren, muziek, creatief, wandelen, huishouden, maatschappelijk spreekuur en een bakgroep. Overal staat 'Inloop' voor, omdat het vrijblijvend is. Vaak komen patiënten met wie afspraken gemaakt kunnen worden alleen naar de afdeling, en soms onder begeleiding. Ze hebben wel een motivering en stimulans nodig om naar het Behandelhuis te gaan.

3. Hoe pak je een activiteit aan; draaiboek, voorbeeldmap, eigen ervaring, overleg met collega's?

Een aantal dingen worden voorbereid om het overzichtelijk te houden voor de mensen, het is zo dat ze kunnen kiezen uit een paar dingen. Kijken mag ook, dit is vaak al een eerste stap. Astrid merkt dat als mensen meer naar de Inloop gaan er verbetering komt in hun behandelplan en ziekte en zijn ze meer in staat een behandelprogramma te volgen.

4. Welke doelen zijn belangrijk?

Er worden geen doelen gesteld aan de activiteiten, als de mensen maar zin hebben om mee te gaan, al is het maar om aanwezig te zijn. Vaak hebben patiënten achterdocht en geen vertrouwen om 'zomaar' mee te gaan naar het Behandelhuis. Daarom is het belangrijk je gezicht vaak te laten zien en vertrouwen te kweken om met Astrid mee te gaan.

Astrid vindt dat 'verveling' geen indicatie is om mee te mogen doen met bijvoorbeeld creatief, de patiënten moet wel zin hebben om wat te doen, en er eventueel van willen leren.

De ergotherapeut die ook activiteiten met patiënten doet, doet dit meer met een achterliggend doel, scheppen meer voorwaarden. Bijvoorbeeld hoe men inrichting kan geven aan het leven en wat daarin bij de patiënt past. De activiteitenbegeleiding biedt meer ontspanning, rust en plezier.

5. Op wat voor manier merk je dat de cliënten geïnteresseerd zijn, of zin hebben in de activiteit?

Door ze te prikkelen en door passende activiteiten aan te bieden die aansluiten bij de patiënten. En door het laagdrempelig te houden, maar wel prikkelend te maken!

6. Wat zijn de voorwaarden voor de cliënten van een gesloten afdeling om een activiteit te doen? Kunnen ze bijvoorbeeld naar buiten, koken, sporten etc.? Wat voor soort activiteiten kunnen deze cliënten wel of niet aan? (Bv. koken-messen/ darten)

Ja, dat doen ze daar gewoon. Er is ook een bakgroep (onder leiding van Astrid). Hiervoor staan de materialen niet achter slot, omdat zij het niet 'geheimzinnig' wil houden wat er nou in die kast zit, maar het juist gewoon wil houden. Natuurlijk zijn ze extra alert en nooit alleen! Er zijn zelden incidenten voorgekomen. Astrid merkt op dat suïcidale en automutilerende patiënten vaak niet mee willen doen aan de activiteiten en het sowieso niet doen waar een groep bij zit, maar op hun kamer.

7. Hoeveel AB'ers/ begeleiding zou wenselijk zijn met deze groep patiënten?

Er komen meestal tussen de 2 en 8 patiënten per blok (gemiddeld genomen), waar er 2 mensen op staan. 's Morgens wordt er gestart met een Inloop, dit zijn dus blokken van een uur. Spelinloop is 2 keer een middag en er is eenmaal per week muziek. Verder zijn er zogeheten Soos-momenten waarop patiënten koffiedrinken met elkaar, zonder over problemen te hoeven praten. Dit wordt door veel mensen als positief en prettig ervaren. Eens per week komt er een geestelijk verzorger, en eens per week is er een maatschappelijk spreekuur. Hierbij praat men voornamelijk over hoe het nu met hun gezin verder moet, met hun huis, hun geld, schulden en ook de zorg van huisdieren. Daarnaast ook over alcohol en drugs.

8. *Wie heeft de taak de activering vorm te geven (bedenken en uitvoeren) op de gesloten afdeling-AB?*

Er zijn 4 activiteitenbegeleiders in het Behandelhuis, alle 4 op een ander gebied. Samen vormen zij hun programma's en overleggen ze. Het is nu zo dat ze meer doen met de verpleegkundigen, voorheen was dat niet zo en miste Astrid wel het overleg met hen.

9. *Wat zijn de redenen dat patiënten op gesloten niet mee kunnen doen met de activiteiten op de open afdeling (bijv. grootte groep, ziektebeeld, spanningsboog)*

Als er niet met patiënten te onderhandelen valt, als ze agressief zijn, klieren of de boel vernielen en op stelten zetten kunnen ze niet meedoen met de activiteiten op het Behandelhuis.

10. *Wat is er aanwezig qua materiaal in het behandelhuis?*

Er is weinig budget voor alles. Er is bijvoorbeeld net een tafeltennistafel aangeschaft, waar men 2 jaar op heeft gewacht... Mensen kunnen dus in principe uit vrij veel mogelijkheden kiezen, dat materiaal waaruit men kan kiezen is er. Astrid benoemt nog wel dat veel patiënten dingen mee willen nemen en willen stelen.

11. *Wat mist u?*

Dat de verpleegkundigen breder denken, de activiteiten moeten meer genormaliseerd worden. Er wordt door veel mensen niet ingezien hoe belangrijk activering kan zijn! Het was zo dat er plotselinge veranderingen doorgevoerd werden zonder overleg met de activiteitenbegeleiding. Hier is men wel mee bezig; veel disciplines buigen zich erover om deze samenwerking optimaal te maken en te houden. Voor de patiënten werkt dit uiteraard het meest positief!

Ook mist Astrid wel het contact met de verpleegkundigen, ze vindt dat zij er meer actief betrokken bij moeten worden, om ook de patiënten te stimuleren en het belang van activering in te zien. Astrid vindt dat hun taken breder getrokken moeten worden, het is niet alleen maar zorg. Daarom werken er nu ook meer SPH'ers en AB'ers, maar hier wordt nog niet echt een verschil in opgemerkt.

12. *Wat zou wenselijk zijn qua activering voor de gesloten afdeling?*

Astrid vindt het wenselijk dat alle activiteiten gewoon in het Behandelhuis blijven. Dit vindt zij omdat ze heeft gemerkt dat het goed is voor de patiënten ze uit de gesloten woonsituatie te halen. Hierbij wordt er een appèl gedaan op het gezonde stuk.

Ook is er binnen De Meregaard nog een poli-groep. Hier komen patiënten bij elkaar die niet meer opgenomen zijn, maar waarvan de arts het aanraadt dit als dagbesteding te gebruiken. Dit om een vinger aan de pols te houden, het is dus een soort van na-traject / nazorg. Hierbij wordt vooral vooruitgekeken en zijn de patiënten met hun toekomstperspectief bezig.

Bijlage 4. Overzicht motivatietechnieken

In ons onderzoeksverslag hebben wij een uitleg gegeven over 'Motiverende gespreksvoering'. Hierbij willen we nog korte tips geven om te gebruiken in de dagelijkse praktijk, om patiënten wat geactiveerder/ gemotiveerder te krijgen. Dit zijn taken voor zowel de Persoonlijk Begeleiders als de verpleegkundigen.

- Informeren naar oude wensen en doelen van patiënten in hun kindertijd/ jeugd. Hierdoor krijg je een beeld van ambities van vroeger en de haalbaarheid van het heden;
- Wensen die onmogelijk zijn, proberen om te buigen naar een realiseerbare/ haalbare activiteit, om het ook samen inzichtelijk te maken voor de patiënt;
- Je als medewerker je aanpassen aan de stijl van praten van de patiënt (referentiekader), positieve ervaringen uit het verleden benadrukken. Ook de wensen benoemen, dit versterkt het zelfvertrouwen en stimuleert de motivatie;
- Als PB'er/ verpleegkundige het aansturen op bepaalde (kleine) doelen die met succes behaald kunnen worden. De patiënt complimenteren en hoop geven voor meer successen, dit motiveert ook tot andere activiteiten;
- Als PB'er/ verpleegkundige het gewenste gedrag voordoen en de stappen benoemen die daarvoor nodig zijn;
- Als PB'er/ verpleegkundige de patiënt uitdagen tot zelfstandig gedrag en het maken van eigen keuzes. Het is dan niet de bedoeling hem iets op te dringen, ideeën van de patiënt moeten welkom zijn. Zo ervaart hij dat hij zelf invloed kan uitoefenen op meningen en gedrag van anderen.

Verandertaal en weerstandsreacties

Als hulpverlener is het belangrijk om verander taal en weerstandsreacties te herkennen en hier weer op een specifieke manier op te reageren.

Verandertaal (door patiënt)

Meestal de volgende vier categorieën.

1. Nadelen van gedrag dat moet veranderen (rede tot zorg, een probleem erkennen)
2. Voordelen van verandering (patiënt gaat zelf voordelen verwoorden)
3. Optimisme over verandering (bijv. 'ik zou kunnen...')
4. Het voornemen om te veranderen (in beeld brengen hoe het eruit zal zien als)

Weerstandsgedrag bij patiënten:

- 1) 'In discussie gaan. De patiënt betwist de zorgvuldigheid, deskundigheid of integriteit van de hulpverlener.
 - a) *In twijfel trekken.* De patiënt trekt de zorgvuldigheid van wat de hulpverlener heeft gezegd, rechtstreeks in twijfel.
 - b) *Niet serieus nemen.* De patiënt vecht het gezag en de deskundigheid van de hulpverlener aan.
 - c) *Vijandigheid.* De patiënt geeft rechtstreeks uiting aan vijandigheid jegens de hulpverlener.
- 2) *Interrumperen. De patiënt valt de hulpverlener op een defensieve manier in de rede*
 - a) *Erdoorheen praten.* De patiënt praat terwijl de hulpverlener nog aan het woord is, zonder te wachten op een geschikte pauze of stilte.
 - b) *Onderbreken.* De patiënt valt de hulpverlener in de rede met woorden die duidelijk bedoeld zijn om hem de pas af te snijden (bijvoorbeeld: 'hou eens even op, zeg. Nou weet ik het wel')
- 3) *Ontkennen. De patiënt geeft uiting aan onwil om problemen te erkennen, mee te werken, verantwoordelijkheid te aanvaarden of advies op te volgen.*
 - a) *Beschuldigen.* De patiënt geeft anderen de schuld van de problemen.
 - b) *Het oneens zijn.* De patiënt is het oneens met een idee dat de hulpverlener heeft aangereikt, zonder een fatsoenlijke alternatie te geven. Vaak gebruikt hij hierbij het bekende 'ja maar...', waarmee hij wil aangeven wat er mis is met de aangereikte ideeën.
 - c) *Onkwetsbaarheid veinzen.* De patiënt beweert dat hij geen enkel risico loopt (bijv. door te drinken).

- d) *Bagatelliseren*. De patiënt suggereert dat de hulpverlener risico's of gevaren over drijft, en 'dat het echt zo erg niet is'.
- e) *Pessimisme*. De patiënt doet algemene uitspraken over zichzelf of over anderen die pessimistisch, defaitistisch of negatief van toon zijn.
- f) *Tegenzin*. De patiënt geeft uiting aan reserves en tegenzin naar aanleiding van verkregen informatie of advies.
- g) *Onwil om te veranderen*. De patiënt geeft aan dat hij weinig zin heeft, niet bereid is of niet van plan is om te veranderen.
- 4) *De patiënt geeft tekenen de hulpverlener te negeren of niet te volgen*.
 - a) *Onoplettendheid*. De reacties van de patiënt wijzen erop dat hij of zijn de hulpverlener niet gevolgd heeft, of niet heeft geluisterd.
 - b) *Geen antwoorden geven*. Naar aanleiding van een vraag van de hulpverlener geeft de patiënt een reactie die geen antwoord is op de vraag.
 - c) *Geen reactie geven*. De patiënt geeft geen hoorbare of non-verbale reactie op een vraag van de hulpverlener.
 - d) *Uitwijken*. De patiënt verandert de richting van het gesprek die de hulpverlener heeft gevolgd.³⁸

Reageren op weerstand

Reflectieve reacties:

- Eenvoudige reflectie: op weerstand kun je het beste reageren met niet- weerstand. Juist de onvrede, het gevoel e.d. beamen en erkennen. Dit zorgt ervoor dat je niet blijft steken in defensiviteit, maar verkenning voortzet. Ook zal je op deze manier geen partij kiezen.

Voorbeeld:

P: 'Ik doe mijn best! Als de verpleegkundigen mij nou gewoon mijn gang laten gaan, dan zal ik proberen om mijn leven weer op de rails te krijgen.

HV: Je bent hard bezig met de veranderingen die nodig zijn/ HV: 'Het is frustrerend dat zo'n verpleegkundige altijd over je schouder mee kijkt.

Of

P: Wat weet jij er nou van hoe het is om patiënt te zijn? Je bent nog nooit opgenomen?

HV: Je kunt je moeilijk voorstellen hoe ik het zou kunnen begrijpen.

- Versterkte reflectie

Op een extremere manier weerspiegelen wat de ander (de patiënt) zegt. Het is belangrijk om dit rechtstreeks, ondersteunend en nuchter te doen.

Voorbeeld:

P: Ik ga toch niet tuinieren, wat moeten andere mensen wel niet van mij denken?

H: U zou geen weg weten met de reacties van anderen als u dit gaat doen?

Of

P: Ik kan wel voor mezelf zorgen. Jullie hoeven me niet steeds in de gaten te houden.

HV: Dus zonder ons zou je er eigenlijk beter aan toe zijn?

Of

P: Mijn vrouw overdrijft altijd heel erg, ze zegt dat ik er nog nooit zo erg aan toe ben geweest

HV: U vindt dat ze geen reden heeft om bezorgd te zijn?

³⁸ Citaat: Miller. R. W, Rollnick. S – *Motiverende gespreksvoering*- theologische uitgeverij Ekklesia. 2006

- Tweezijdige reflectie

Beide kanten van ambivalentie weergeven zodat accenten in balans blijven. Wanneer de één een argument geeft voor de ene kant van de discussie wordt dit erkend, maar wordt er ook de andere kant van de discussie eraan toegevoegd. Dit gebeurt dan uit stof die de patiënt eerder heeft aangedragen.

Voorbeeld:

P: Ik weet dat je me probeert te helpen, maar ik ga echt niet meedoen met hobbyactiviteiten.

HV: Enerzijds weet u dat u op dit moment veel problemen heeft, waar ik u mee probeer te helpen, aan de andere kant kunt u niet accepteren wat ik voorstel.

Of

P: Ik weet wel dat bezig zijn zin heeft, maar u snapt niet hoe erg de pijn is als ik mijn bed uitkom. Laat staan als ik ga sporten, ik heb een verschrikkelijke pijn in mijn rug en voel het de hele tijd.

HV: U denkt dat oefeningen op de lange duur kunnen helpen om de pijn te verminderen en tegelijk heeft u veel last. Dat maakt het moeilijk om te beginnen met sporten of om er zelfs maar aan te denken.

- Blikrichting veranderen

Dit doe je door de aandacht van de ander af te leiden. Eerst maak je bezorgdheid onschadelijk en dan richt je de aandacht op een makkelijker aan te pakken thema.

Voorbeeld:

P: ik moet hier van de rechter zijn dus vertel me maar wat ik moet doen.,

HV: Ik weet nog niet genoeg van jou om je te vertellen wat goed voor je is. Wat we nu moeten doen is...

Of

P: Nou moet ik zeker elke op al die fitnessapparaten omdat het goed voor me zou zijn. Maar ik wil gewoon in bed liggen, ik ben zo moe.

HV: Rustig aan! We zitten pas net aan tafel om aan een spel te beginnen en jij begint al over het feit dat je zo moe bent. Laten we eerst maar eens rustig gaan spelen.

- Herkaderen

De opmerkingen van patiënten in een ander kader zetten. Door er anders tegen aan te kijken, zodat het zinvoller wordt en verandering wordt ondersteund.

- Keuzevrijheid en zelfsturing benadrukken

Vaak komt er bij weerstand ook psychologische weerstand kijken. Psychologische weerstand, ook wel schijnweerstand komt naar boven wanneer mensen merken dat ze minder keuzevrijheden hebben.

Vaak kun je in deze gevallen het beste de patiënt ervan overtuigen dat uiteindelijk alleen gebeuren zal wat hij bepaalt. Dergelijke uitspraken kunnen schijnweerstand verminderen.

Voorbeeld:

P: De rechter heeft gezegd dat ik hier moest komen en ik heb er niets over te zeggen.

HV: In sommige opzichten heb je dat wel. Je hebt een keus gemaakt om hier ook te komen in plaats van de zaak uit te vechten bij de rechter. Wanneer jij ervoor kiest om goed mee te werken aan je behandeling kunnen we eraan werken dat je hier zo snel mogelijk weer weg kan.

- Onder één hoedje spelen

Beide kanten van de ambivalente gevoelens verkennen, uitspelen. Variaties op dit thema zijn bijvoorbeeld de psychologische paradox. Als alle pogingen van hulpverleners tot veranderingen bij de patiënt niet werken, kan de hulpverlener de patiënt adviseren op de oude voet verder te gaan, of het gedrag (het niets willen doen, nergens toe zetten) zelfs te versterken. Dit moet de hulpverlener dan op een toon zeggen alsof hij de hoop opgeeft.

Met de patiënt onder één hoedje spelen is een manier om discussie onschadelijk te maken of eigenlijk te voorkomen en verandertaal uit te lokken.

Voorbeeld:

P: Ik denk dat dit me niet veel verder zal helpen, ik ben wanhopig.

HV: Het is zeker denkbaar dat nog een poging ook niet veel uit zal halen, misschien kun je maar beter helemaal niets meer proberen. Waar ben je het meest toe geneigd op dit moment?

Of

P: Ik weet niet zeker of ik wel zin heb om aan al die therapieën mee te doen. Het kost een boel tijd en inspanning.

HV: En daar maak ik me zorgen over. De therapieën vragen veel motivatie en inzet. We willen eigenlijk liever pas aan het werk met mensen als ze echt willen veranderen. Als ik eerlijk ben weet ik niet zeker of u er wel klaar voor bent. Ook als ik je hoor praten ben ik niet overtuigd dat je genoeg gemotiveerd bent om door te zetten.³⁹

³⁹ Geparafraseerd: Miller. R. W, Rollnick. S – *Motiverende gespreksvoering*- theologische uitgeverij Ekklesia. Jaar 2006

Bijlage 5. Letterlijke respons patiënten

o Wat deden patiënten toen ze nog thuis waren?

(V1) Huishouden, studeren, werk en wandelen

(M) Bijbel lezen, naar het casino gaan, op bezoek bij kennis

(V2) Bijbel lezen, met zoontje bezig zijn, moeder zijn.

o Wat willen patiënten?

(V1) Hobby, handwerken, borduren

(M) Programma zoals het nu is houden, rustig TV kijken voor het slapen

(V2) Niets want ze begrijpen mijn ideeën niet. N.v.t. ik hoor hier niet.

o Waarom willen patiënten geactiveerd worden?

(V1) Terug naar werk, arbeid, school, zelfzorg, verveling tegen gaan en gezelligheid

(M) Ter ontspanning (TV, muziek, lezen, spel hobby groenvoorziening etc.) verveling tegen gaan, gezelligheid

(V2) Ik wil niets te doen hebben hier

o Willen de patiënten activiteiten het liefst samen of alleen doen?

(v1) Samen

(M) Alleen

(V2) Alleen

o Wat willen patiënten?

TV kijken:

(V1) Comedy's, GTST, Opera Windfrey

(M) 'S avonds Discovery channel

(V2) Iets kijken wat je thuis altijd kijkt of volgt

Muziek:

(V1) Zingen/ karaoke

(M) Leren instrumenten bespelen, radio op de groep waar op bepaalde tijdstippen muziek gedraaid mag worden, zingen.

(V2) Een gesprek voeren over muziek, muziek of radio luisteren en meespelen.

Tijdschriften en kranten

(V1) Eventjes niet te lang

(M) Actueel nieuws bespreken/lezen

(V2) Lezen van krant of tijdschriften.

Spel:

(V1) Eventjes niet te lang

(M) Bordspellen, dammen

(V2) Kaartspellen, pesten, pokeren, 31'en

Tuinieren en koken:

(V1) Thuis.

(M) Avondeten koken, tuinieren thuis en bij Annie.

(V2) Avondeten koken

Sport:

(V1) Tafeltennis, Badminton, zwemmen/ wateractiviteiten, wandelen, basketbal

(M) Tafelvoetbal, Darten, Poolen, Hometrainer, zwemmen/ wateractiviteiten, wandelen of fietsen met groep, voetballen op het veld of overgooien met bal, basketbal.

(V2) Tafelvoetbal, Darten, Sjoelen, Squash, Fietsen

Computeren:

(V1) Spelcomputer of internet

(M) -

(V2) Spelcomputer

Thema's:

(V1) Thema's waar men zich mee bezig houdt, vriendschap, toekomst. Met de SB'er over werk (Judith de arts).

(M) -

(V2) Toekomst

Even lekker niets doen

(M) doet het genoeg

Planning maken voor de toekomst:

(V1) zelf

(M) Op Meregwaard planning maken voor toekomst

(V2) Op Meregwaard planning maken voor toekomst

Kamer opruimen

(V1) Zelf

(M) -

(V2) Ja, zorgen voor minder chaos en meer rust.

Creatief/ klussen: tekenen→

(V1) Fotografie, handwerken borduren en sieraden maken. Wel geordend blijven, structuur, niet teveel spullen.

(M) Maak eigen kunstwerk, tekenen, teken iets na uit een boek, verf, fotografie, verhalen of gedichten schrijven, figuurzagen, vogelhuisjes timmeren.

(V2) Fotografie, Kaarsen maken, collage maken over de toekomst, borduren, handwerken, breien, haken, punniken, sieraden maken.

Letterlijke conclusies interviews medewerkers

Gedurende ons onderzoek hebben we een aantal medewerkers van De Meregwaard ondervraagd over verschillende aspecten, die te maken hebben met de daginvulling van de patiënten op de gesloten afdeling. De medewerkers die wij ondervraagd hebben bestaan uit verschillende disciplines: persoonlijk begeleiders, verpleegkundigen, activiteitenbegeleider, nurse practitioner. Hieronder zullen we de belangrijkste conclusies in thema's weergeven. Ook zijn we door middel van gesprekken met medewerkers veel informatie te weten gekomen.

• Visie

Mw. 1: Activering vind ik belangrijk bij het herstelproces, het haalt mensen in hier en nu, je krijgt er contact door en je doet een appel op het gezonde deel. Daarnaast merk je goed hoe de conditie van een betreffende patiënt is. Activering helpt vooral ook mensen met depressie om zich beter te gaan voelen, mensen met schizofrenie kunnen hierdoor minder last krijgen van negatieve symptomen en zich dus ook beter gaan voelen.

Ik ben het eens met de visie van De Meregwaard, maar wel met de nuance dat als een patiënt nog niet in conditie is om naar het behandelhuis te gaan, hij op de afdeling ook geactiveerd moet worden. Het activeren gaat al beter, er wordt meer laagdrempelig geboden, maar op de afdelingen zelf nog erg weinig. Ik zou het prettig vinden dat de verpleging tijd had om iets met de patiënten te doen (desnoods individueel) die nog niet in conditie zijn om programma in behandelhuis te volgen. Juist op de momenten dat de anderen wel naar behandelhuis zijn, zodat het lekker rustig op de afdeling is

Mw. 2: Ik vind een goed activiteitenprogramma belangrijk op alle afdelingen.

Mw. 3: Dat de verpleegkundigen breder denken, de activiteiten moeten meer genormaliseerd worden. Er wordt door veel mensen niet ingezien hoe belangrijk activering kan zijn! Het was zo dat er plotselinge veranderingen doorgevoerd werden zonder overleg met de activiteitenbegeleiding. Hier is men wel mee bezig; veel disciplines buigen zich erover om deze samenwerking optimaal te maken en te houden. Voor de patiënten werkt dit uiteraard het meest positief!

Ook mist Mw.3 wel het contact met de verpleegkundigen, ze vindt dat zij er meer actief betrokken bij moeten worden, om ook de patiënten te stimuleren en het belang van activering in te zien. Mw.3 vindt dat hun taken breder getrokken moeten worden, het is niet alleen maar zorg. Daarom werken er nu ook meer SPH'ers en AB'ers, maar hier wordt nog niet echt een verschil in opgemerkt.

Mw.3 vindt het wenselijk dat alle activiteiten gewoon in het Behandelhuis blijven. Dit vindt zij omdat ze heeft gemerkt dat het goed is voor de patiënten ze uit de gesloten woonsituatie te halen. Hierbij wordt er een appel gedaan op het gezonde stuk. Ook is er binnen De Meregwaard nog een poli-groep. Hier komen patiënten bij elkaar die niet meer opgenomen zijn, maar waarvan de arts het aanraadt dit als dagbesteding te gebruiken. Dit om een vinger aan de pols te houden, het is dus een soort van na-traject / nazorg. Hierbij wordt vooral vooruitgekeken en zijn de patiënten met hun toekomstperspectief bezig. Een aantal dingen worden voorbereid om het overzichtelijk te houden voor de mensen, het is zo dat ze kunnen kiezen uit een paar dingen. Kijken mag ook, dit is vaak al een eerste stap. Astrid merkt dat als mensen meer naar de Inloop gaan er verbetering komt in hun behandelplan en ziekte en zijn ze meer in staat een behandelprogramma te volgen.

Mw. 4: De visie om al de behandeling in het behandelhuis te houden past niet helemaal bij de patiënten groep doordat lang niet iedereen naar het behandelhuis kan. Of niet naar een grote groep een op een of therapie in kleinere vorm zou mijn inziens meer aangeboden mogen.

Wat de patiënten echt leuk vinden en wat mijn inziens heel goed is is sporten: hometrainer, thuisoefeningen, groepssporten. Dit staat nog weinig op de activiteitenlijst. Daarnaast is er in het weekend echt niks te doen, hierdoor is in het weekend de verveling het grootst.

• Belemmeringen/ problemen

Mw 1: Werkdruk, te weinig personeel, zeker wanneer separeers vol zitten. Weinig middelen op de afdeling om iets met de patiënt te doen.

Mw. 2: Te weinig aanbod, als er aanbod is te weinig keuze in het aanbod

Mw. 3: Er moet rekening worden gehouden dat patiënten niet mee kunnen doen met de activiteiten als ze agressief zijn, klieren of de boel vernielen en op stelten zetten.

Mw. 4: De patiënten hebben vaak geen ziekte inzicht en zien het nut niet in van een koffierondje of therapie daarnaast is de activiteit vaak vanaf 9.00 uur wat ook vaak te vroeg is doordat de patiënten moeite hebben met opstarten en structuur en moeten vaak meerdere malen geroepen worden om uit bed te komen.. daarnaast weten de patiënten vaak niet wat het doel is van de aangeboden therapie

- **Doelen**

Mw. 1:

- Ontspanning (muziek, creatief, lezen, spel, hobby, groenvoorziening etc.)
- Zelfzorg
- Verveling tegen gaan
- Stabiliseren

Mw. 2:

- Ontspanning (muziek, creatief, lezen, spel, hobby, groenvoorziening etc.)
- Zelfzorg
- Stabiliseren
- Een goede structuur in het dagritme

Mw. 3: Er worden geen doelen gesteld aan de activiteiten, als de mensen maar zin hebben om mee te gaan, al is het maar om aanwezig te zijn. Vaak hebben patiënten achterdocht en geen vertrouwen om 'zomaar' mee te gaan naar het Behandelhuis. Daarom is het belangrijk je gezicht vaak te laten zien en vertrouwen te kweken om met Astrid mee te gaan.

Astrid vindt dat 'verveling' geen indicatie is om mee te mogen doen met bijvoorbeeld creatief, de patiënten moet wel zin hebben om wat te doen, en er eventueel van willen leren.

De ergotherapeut die ook activiteiten met patiënten doet, doet dit meer met een achterliggend doel, scheppen meer voorwaarden. Bijvoorbeeld hoe men inrichting kan geven aan het leven en wat daarin bij de patiënt past. De activiteitenbegeleiding biedt meer ontspanning, rust en plezier.

Mw. 4:

Ontspanning (muziek, creatief, lezen, spel, hobby, groenvoorziening etc.)

- Zelfzorg
- Therapeutische doelen, (bijv sociale vaardigheid)
- Verveling tegen gaan
- Gezelligheid
- Stabiliseren
- Problemen vergeten
- Nieuwe dingen leren
- Anders, nl*de patiënten hebben vaak veel vragen over financiën, hoe moet het met de post, hoe moet het met de huisdieren, een vorm waarin zij hier info over krijgen en mee geholpen kunnen worden.

- **Aandachtspunten**

Mw. 1: Met name groepsgrootte en duur activiteit zijn belangrijk, het wordt al snel te druk en de concentratieboog is vaak kort.

Mw.2: Je zou individueel moeten kijken wat de patiënt aankan.

Mw. 3: Er is weinig budget voor alles. Er is bijvoorbeeld net een tafeltennistafel aangeschaft, waar men 2 jaar op heeft gewacht. Mensen kunnen dus in principe uit vrij veel mogelijkheden kiezen, dat materiaal waaruit men kan kiezen is er. MW.3 benoemt nog wel dat veel patiënten dingen mee willen nemen en willen stelen. Door ze te prikkelen en door passende activiteiten aan te bieden die aansluiten bij de patiënten. En door het laagdrempelig te houden, maar wel prikkelend te maken!

Mw. 4: Met de groepsgrootte, evt een ruimte die gesloten kan worden, evt therapie die gegeven kan worden in de tussenruimte van de separeer.

Welke activiteiten zijn passend bij de doelgroep?

Mw. 1: *Televisie kijken:* iets kijken wat je thuis altijd kijkt of volgt, Kijken van een film (film huren), DVD waarover gepraat kan worden

Muziek: Instrumenten bespelen, muziek of radio luisteren en meespelen, ritme-oefeningen. II, muziek laten horen die je thuis altijd luistert II, luister CD's met korte verhalen/ bieb met CD, DVD, boeken II, een radio op de groep waar op bepaalde tijdstippen muziek gedraaid kan worden, gesprek voeren over muziek, zingen

Tuinieren: bezig zijn met bloemen, aarde en planten II, eventueel een groentetuin onderhouden, onkruid wieden etc. II, tuin netjes maken II, iets maken voor in de tuin, bijvoorbeeld doppinda's rijgen voor vogels II

Kranten / Tijdschriften: lezen van krant of tijdschriften II, mooie plaatjes zoeken, plakboek maken II, kaartenboek maken, kalender maken, maken van een kookboek met recepten die je lekker vindt - 'Voorlezen uit de krant en erover praten'

Koken- Recepten opzoeken op internet, boodschappenlijstje maken II, koekjes/ iets lekkers bij de koffie bakken II, avondeten koken II

Sport: tafeltennis II, tafelvoetbal II, darten II, sjoelen II, squash, tennis/ badminton II, hometrainer II, thuisoefeningen, groepssporten, zwemmen/wateractiviteiten, wandelen II, fietsen II, voetballen op het veld of overgooien met de bal II, Basketbal II

Spel: Bordspellen, kaartspellen, toneel, drama, hints II, legpuzzels, woordpuzzels, sudoku's II

Computeren: Computeren, bijv. Nintendo Wii (bewegen) of Braintraining II (geen braintraining)

Thema's: vriendschap, toekomst, ziektebeeld

Even lekker niks doen Soms een uurtje tussendoor

Planning maken voor de toekomst

Een bad nemen II

Kamer opruimen II: Zorg voor rust en minder chaos in je omgeving

Creatief / Klussen

- Schilderen op doek (eventueel verkopen) II

- Maak eigen kunstwerk II

- Tekenen II

- Fotografie

- Kleien

- Verhalen / Gedichten schrijven

- Een eigen spel maken

Handwerken

- Breien II

- Borduren II

- Punniken II

- Haken II

- Collage maken

- Maskers maken

- Boetseren / Keramiek

- Kaarsen maken II

- Zeep maken II

Collage maken (mooie plaatjes, vriendschap, toekomst, dieren, natuur)

- Figuurzagen

- Textiel II

- Bakjes van hout beschilderen II

- Bakdeeg dat in de oven hard wordt/ klei II

- Hout II

- Gekleurd papier II

- Sieraden maken (kralen en draad) II

- Boeken met ideeën erin

- Beeldjes maken/ verven van gips II

- Vogelhuisjes timmeren II

Bijlage 6. Literatuurlijst

Boeken:

- Behrend D. – *Muzisch Agogische Methodiek, een handleiding*. Uitgeverij Couthinho, jaar 2004, 4^e druk
- Meer, van K., Neijenhof, van J. Bouwens, M. – *Elementaire sociale vaardigheden* – Tweede druk. Bohs Stafleu Van Loghum. Houtem/ Diegem. 2001
- Miller. R. W, Rollnick. S – *Motiverende gespreksvoering* - theologische uitgeverij Ekklesia. 2006
- Molen van der H, Perreijn S, Hout van den M. – *Klinische psychologie theorieën en psychopathologie*. Wolters Noordhoff Groningen 1997
- Pijper, G. - *Drama voor de beroepspraktijk* – Derde druk, eerste oplage. Wolters Noordhoff bv. Utrecht. 2004
- Stel van der J. – *Pillen, praten, bewegen, nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid* - uitgeverij SWP. Amsterdam. 2005
- Vandereycken. W, Hoogduin. C.A.L, Emmelkamp. P.M.G - *Handboek psychopathologie* - Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. 3^e druk, 2000

Internet:

- <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?kw=expressed+emotion&pgr=0>
- Intranet Symfora Groep – 2008
- www.vandale.nl

Overig:

- DBC (Diagnose Behandeling Combinatie voor patiënteninformatie)
- Gesprek met Corina Verduijn, verpleegkundige op unit B van De Meregaard 12-03-'08
- Gesprek persoonlijk begeleider S. Steman 27-02-'08
- Gesprek psychiatrisch verpleegkundige M. Snel 27-02-'08
- Interview Astrid Noordhof 12-03-'08
- Interview Karen Griep, manager zorg van vpk/AS team en 24u acuut op De Meregaard, 12-03-'08
- Meerkanten – afdeling Johannesburg, Meerzicht en Rietschans (werkbezoek)
- Verslag commissie '*Van passief naar actief*', door: M. Brands, S. Eleveld, C. Gouw, J. Klein, M. ter Maat, M. Pinkhaar, E. Smit, R. Wezenberg. 13-02-'08