

Beschut wonen¹ in Vlaanderen

Ervaringen van bewoners en begeleiders

Greet van Humbeek en Chantal van Audenhove

Het reconversieplan van 1990 (Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 1990) veranderde het Belgische geestelijke gezondheidssysteem grondig. Dit plan beoogde enerzijds de afbouw van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen en anderzijds de stimulatie van de uitbouw van alternatieve voorzieningen in de samenleving zoals psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen. Op die manier kreeg het beschut wonen in 1990 een wettelijke basis.

Historisch gezien is het beschut wonen in België voortgekomen uit een aantal pilotprojecten in de jaren zeventig, die geïnspireerd door de 'antipsychiatrie', alternatieve opvangstructuren voor chronisch psychiatrische patiënten aanboden. Beschut wonen is als sector gesitueerd tussen het instellingsleven en de maatschappij. Het wil zijn bewoners helpen bij hun integratie in de samenleving en bij de preventie van een (her)opname in een residentiële setting. In 1995 waren er 2885 erkende en 297 geprogrammeerde niet-erkende plaatsen in beschut wonen (De Rycke, 1997). Het beschut wonen heeft een belangrijke functie te vervullen. Zo heeft deïstitutionalisering vooral succes als dit gepaard gaat met een goede uitbouw van voorzieningen en initiatieven, die ex-gehospitaliseerde personen blijven begeleiden voor bepaalde probleemgebieden (Lamb, 1998; Middelboe, 1995; Rock, 2001). Landen of regio's, die deze zorginstellingen niet hadden, bleken bij aanvang van de deïstitutionalisering gekenmerkt te worden door een toename van het aantal daklozen (Aderibigbe, 1997; Olsson, Mechanic, Hansell, Boyer, & Walkup, 1999) en van het aantal psychiatrische patiënten in het gevangeniswezen (Lamb, 1998; Lamb & Weinberger, 1998; Schanda, 2000; Rock, 2001), alhoewel dit laatste niet door iedereen bevestigd wordt.

Daarenboven blijkt dat de kwaliteit van de woonsituatie invloed heeft op het functioneren van (ex)psychiatrische patiënten (Nelson, Hall, & Walsh-Bowers, 1999; Ogilvie, 1997).

Het beschut wonen heeft een aantal troeven zoals het aanbieden van een kader om praktische en sociale vaardigheden aan te leren en te oefenen (Ogilvie, 1997) en het tegemoet komen aan de vraag van de cliënten en hun familie om kleinschalig te wonen. Op die manier kunnen deze bewoners integreren in de maatschappij (Carling, 1993; Conroy & Elks, 1999; Nelson et al., 1999). Het is bewezen dat bewoners, die in het verleden langdurig gehospitaliseerd waren in een psychiatrisch ziekenhuis, zich kunnen handhaven in de samenleving met een minimum aan begeleiding. Maar, ondanks deze positieve geluiden, krijgt het beschut wonen ook kritiek. Ten eerste beschouwen sommigen de deïstitutionalisering eerder als een re- of een trans-institutionalisering (Carling, 1995; Elpers, 1995), waarbij er mini-instituten gevormd worden in de samenleving (Ogilvie, 1997; Shepherd, 1991). In beschut wonen worden de bewoners geholpen op verschillende domeinen zoals zelfzorg, huishoudelijke taken, vrije tijd, sociale contacten. En, alhoewel de begeleiders hierdoor de bewoners handvatten aanreiken om zelfstandig te functioneren, bestaat het gevaar dat deze bewoners het gevoel krijgen dat ze een leven leiden dat zelfs meer gecontroleerd wordt dan toen ze nog in de psychiatrie verbleven (Schnabel, 1999). Op die manier blijven de bewoners ook gestigmatiseerd door de mensen in de samenleving.

Ten tweede wordt de huisvesting vaak gekoppeld aan de begeleiding (Mize, Paolo-Calabrese, Williams, & Margolin, 1998; Wisse, 1998). Dit impliceert dat als bewoners zich onvoldoende aan de huisregels houden of als de begeleiding problematisch

verloopt, dat deze bewoners het beschut wonen moeten verlaten.

Ten derde is beschut wonen voor vele bewoners geen echte vrije keuze geweest. Vaak zijn het de hulpverleners die de cliënten het beschut wonen als woonvorm aanraden (Srebnik, Livingstone, Gordon & King, 1995; Van Audenhove et al., 1998). Uit het onderzoek van Van Audenhove en collega's (1998) bleek daarenboven dat 34% van de bewoners alleen zou willen wonen en dit omwille van de grotere vrijheid en zelfstandigheid (Van Audenhove et al., 1998).

Naar aanleiding van de toenemende aandacht van de overheid om de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten te verbeteren (Aelvoet en Vandenbroucke, 2001; Denkgroep Vlaamse GGZ, 1998), kan de vraag gesteld worden of het beschut wonen als woonvorm wel datgene is wat (ex)psychiatrische patiënten willen. Om een antwoord te geven op deze vraag werd binnen een onderzoek naar de kwaliteit van de relatie tussen een bewoner en een begeleider in beschut wonen, tevens nagegaan hoe de bewoners hun woonvorm ervaren. Door de positieve en de negatieve aspecten van beschut wonen te bevragen, kunnen handvatten aangereikt worden die de kwaliteit van de woonvorm en dus ook de kwaliteit van de zorg voor deze bewoners kan verbeteren.

De studie die hier gepresenteerd wordt, laat toe om vanuit het perspectief van de bewoners en hun begeleiders, sterktes, zwaktes, uitdagingen en knelpunten van beschut wonen in kaart te brengen. Hiermee sluit dit onderzoek aan bij de studie van Van Audenhove et al. (1998) waarin 105 bewoners uit elf beschut wonen-initiatieven in Oost-Vlaanderen werden bevraagd naar wat zij positief en negatief beschouwden aan beschut wonen. Als positief werden vooral het hebben van een vaste woonplaats en de contacten met de

medebewoners en met de hulpverleners ervaren. De antwoorden op de vraag naar de minpunten konden hoofdzakelijk teruggebracht worden tot het samenleven met andere bewoners, wat soms voor conflicten zorgt. Het huidige onderzoek gaat echter een stap verder dan de studie van Van Audenhove et al. (1998) en bevraagt ook de ervaringen van de bewoners en de begeleiders met betrekking tot de begeleiding zelf.

Methodedeelnemers

Deze studie is te situeren binnen een groter onderzoek dat de kwaliteit van de relatie bestudeert tussen een begeleider en bewoner in beschut wonen (Van Humbeeck, et al., in druk a, b, c). Om een zekere homogeniteit te bewerkstelligen op het vlak van de aard van de problematiek, werd ervoor gekozen om enkel bewoners die lijden aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis (American Psychiatric Association 1994) op te nemen in het onderzoek. Negen initiatieven voor beschut wonen in Vlaanderen (uit de provincies Vlaams-Brabant, Antwerpen en Oost-Vlaanderen) werden in de zomer van 1999 benaderd. Aan de coördinatoren van deze initiatieven werd gevraagd om bewoners te selecteren die, naast de diagnose van schizofrenie, tevens moesten voldoen aan de volgende criteria: (1) Nederlandstalig, (2) ouder dan 18 jaar, (3) minstens drie maanden verblijven in een huis van beschut wonen, (4) minstens drie maanden in begeleiding zijn bij beschut wonen, (5) ernstige beperkingen hebben in het sociaal en psychisch functioneren en (6) in staat zijn om deel te nemen aan het onderzoek (= geen acting out of hallucinaties op het testmoment). Per begeleider werd elke bewoner, die beantwoordde aan deze criteria, op een alfabetische lijst geplaatst. De begeleiders

en de coördinatoren spraken vervolgens de eerste bewoner van elke lijst aan om te participeren in de studie. Bij weigering werd de tweede bewoner gecontacteerd. Op deze manier werden 65 bewoners benaderd, waarvan er negen weigerden omdat ze dachten dat ze het onderzoek niet aankonden, omdat ze geen zin hadden, of omdat ze zich te ziek voelden. De deelnemende bewoners, 56 in totaal, gaven hun schriftelijke toestemming zodat ook de begeleiders geïnterviewd konden worden. Geen enkele bewoner of begeleider weigerde in deze fase.

Gedurende de werkuren werden de *face à face* interviews afzonderlijk afgenomen van de bewoners en de begeleiders hetzij in de woning van de bewoner, hetzij in het hoofdgebouw van beschut wonen. De informatie uit deze interviews werd niet doorgegeven aan de bewoners of de begeleiders. Tijdens de interviews werd de volgende informatie verzameld: (1) socio-demografische kenmerken van de begeleiders en hun bewoners, (2) plus- en minpunten aan de begeleiding vanuit het bewoners- en het hulpverleningsperspectief en (3) plus- en minpunten aan beschut wonen vanuit de visie van de bewoners.

Resultaten deelnemers

In deze onderzoeksgroep zijn er drie keer meer mannelijke dan vrouwelijke bewoners (75.0%). Zij zijn gemiddeld 45.4 jaar (bereik 19 – 67 jaar), en ze lijden reeds 18.6 jaar aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis. In het initiatief voor beschut wonen verblijven ze gemiddeld meer dan vijf jaar (bereik 3 maanden tot 19 jaar). Meer dan 80% van de begeleiders zijn vrouwen (45 vrouwen). Zij zijn gemiddeld 34.5 jaar en werken ongeveer zeven jaar in het beschut wonen. Ongeveer de helft

(48.2%) was voorheen werkzaam in een psychiatrisch ziekenhuis. Het merendeel van de begeleiders zijn verpleegkundige (33.9%) of maatschappelijk assistent (20%). De hulpverleners hebben gemiddeld ongeveer 10 bewoners in begeleiding (bereik 2-27) en zij hebben ongeveer 4.2 uren per week (bereik 1 - 12) contact met hun bewoners.

Plus- en minpunten volgens de bewoners

Tabel 1 presenteert de antwoorden van de bewoners op de vraag naar de plus- en de minpunten van de begeleiding.

op emotioneel als op praktisch vlak. Daarnaast wordt de persoon van de begeleider ook erg gewaardeerd (36 antwoorden); de begeleider is vriendelijk en sympathiek. De bewoners vinden dat de begeleiders hen goed aanpakken (19 antwoorden); ze zijn niet te streng of te bemoeizuchtig. Andere pluspunten aan de begeleiding zijn de bereikbaarheid (18 antwoorden), het vertrouwen (9 antwoorden), de steun (11 antwoorden) en de interesse (5 antwoorden). De heterogeniteit van de antwoorden toont aan dat er verschillende aspecten van de begeleiding als positief ervaren worden. Voor bijna de helft van de bewoners (41%)

Tabel 1 Plus- en minpunten aan de begeleiding volgens de bewoners

Pluspunten (N = 173)		Minpunten (N = 41)	
Geen	Frequentie	Geen	Frequentie
	0		23
1. Hulpvaardigheid	74	1. Verkeerde manier van aanpakken	21
- emotioneel	49		
- praktisch	25	2. Bereikbaarheid	13
2. Persoonlijk begeleiden	36	3. Andere	7
3. Manier van aanpakken, o.a. streng zijn en niet bemoeizuchtig	19		
3. Bereikbaarheid (emotioneel en structureel)	18		
4. Steun geven	11		
5. Vertrouwen geven	9		
6. Interesse in de bewoner	5		
7. Begeleider is niet wereldvreemd	1		

Opvallend is dat alle bewoners, op één uitzondering na, een goede relatie hebben met hun begeleider. Op de vraag wat de bewoners positief vinden aan de begeleiding, worden er 173 antwoorden gegeven, een gemiddelde van drie per bewoner. Er is niemand die geen positief aspect kan formuleren. Het grootste pluspunt aan de begeleiding vinden de bewoners de hulpvaardigheid (74 antwoorden) en dit zowel

zijn er geen minpunten verbonden aan de begeleiding! De overige bewoners formuleren 41 negatieve aspecten, welke voornamelijk terug te brengen zijn tot de wijze van begeleiden. Dus, alhoewel veel bewoners de aanpak van de begeleiders als correct beschouwen, worden er toch 21 kritiekpunten geformuleerd die erop wijzen dat de begeleiding niet steeds van een leien dakje verloopt. Zo is de begeleiding voor

zeven bewoners te bemoeizuchtig en te controlerend, terwijl vijf andere bewoners hun begeleider niet streng genoeg vinden. Een tweede groep van negatieve aspecten betreft de moeilijke bereikbaarheid van de hulpverleners (13 antwoorden); een aantal bewoners wil meer contact met de begeleider. Andere kritiekpunten over de begeleiding betreffen de soms onpersoonlijk en nonchalante houding van de begeleider en de geringe interesse in het groepsproces.

Hierbij aansluitend wordt de manier van werken (18 antwoorden), de zelfstandigheid van de bewoners (12 antwoorden) en de gemakkelijke begeleiding (13 antwoorden) ook als een pluspunt beschouwd. Toch wordt de begeleiding ook als negatief ervaren (61 negatieve aspecten). Opmerkelijk is dat de helft van deze antwoorden betrekking heeft op moeilijkheden waarmee de begeleiders zelf worstelen (29 antwoorden). Zo geven ze problemen aan bij

Tabel 2: Plus- en minpunten van de begeleiding volgens de begeleiders

Pluspunten (N = 74)		Minpunten (N = 61)	
	Frequentie		Frequentie
Geen	0	Geen	0
1. Positieve relatie	27	1. Niet goed weten hoe te begeleiden	15
2. Begeleiding op zich	18	2. Vanuit de persoon van de begeleider	14
3. Gemakkelijk te begeleiden	13	3. Niet doordringen tot de belevingswereld	7
4. Zelfstandig - zelfredzaam	12	4. Moeilijk gedrag van bewoners	6
5. Gedrag van de bewoner	4	5. De relatie	5
		6. Vinden van geschikte activiteiten	5
		7. Andere zoals geen evolutie zien in de bewoner en tijdgebrek	9

Plus- en minpunten volgens de begeleiders

Ook aan de begeleiders werd gevraagd wat zij als positief en negatief ervaren in de relatie met hun bewoners (zie tabel 2). Op de vraag naar de positieve aspecten van de begeleiding, geven de begeleiders 74 antwoorden (gemiddeld één à twee), wat beduidend minder is dan het aantal antwoorden van de bewoners. De antwoorden van de begeleiders kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën. Vooral de goede relatie en het contact met de bewoners worden als positief ervaren (27 antwoorden).

het vinden van een goed evenwicht tussen het sturen van de bewoner en hem de vrijheid geven of tussen het zelf meer doen voor de bewoner versus de bewoner zijn taken zelf laten opnemen. Daarenboven stellen vier begeleiders dat ze moeilijk de grens kunnen trekken tussen hun privéleven en hun werk. Andere negatieve aspecten aan de begeleiding zijn het niet kunnen doordringen tot de belevingswereld van de bewoner (7 antwoorden), te weinig diepgang ervaren in de relatie (5 antwoorden), geen duidelijke vooruitgang zien bij de bewoner (4 antwoorden), het

moeilijk gedrag van de bewoner (6 antwoorden), het niet vinden van een gepaste dagindeling (5 antwoorden) en tijdsgedbrek (2 antwoorden).

Plus- en minpunten van beschut wonen volgens de bewoners

Tabel 3 (pag. 188) beschrijft de plus- en minpunten van beschut wonen volgens de bewoners. Op de vraag omtrent de pluspunten van beschut wonen, worden er 170 verschillende antwoorden gegeven of een gemiddelde van drie positieve aspecten per bewoner. Er is geen bewoner die geen positief aspect kan benoemen. Positief zijn vooral de sociale contacten (37 antwoorden), de praktische kant (32 antwoorden), de begeleiding (26 antwoorden) en de vrijheid (20 antwoorden). De privacy (13 antwoorden), de mogelijkheid om onafhankelijk te leven (10 antwoorden) en de ligging van de woning (6 antwoorden) worden ook, weliswaar in mindere mate, als positief aangehaald. Daarnaast zijn er nog 26 antwoorden waaruit blijkt dat de bewoners graag wonen in beschut wonen. Voor 13 bewoners zijn er geen minpunten verbonden aan het leven in beschut wonen. De overige 43 bewoners geven 59 minpunten aan. Deze antwoorden zijn hoofdzakelijk terug te brengen tot vier grote categorieën. Ten eerste loopt het samenleven met anderen niet altijd even rimpelloos (28 antwoorden). Er zijn conflicten tussen de bewoners onderling, sommige karakters botsen en soms worden afspraken niet altijd even goed nageleefd. Een tweede kritiek op beschut wonen is dat niet alle bewoners zich vrij voelen (9 antwoorden); ze hebben nog steeds het gevoel dat ze gecontroleerd worden. Ten derde hebben sommige bewoners kritiek op een aantal praktische beslommingen, zoals het niet tijdig herstellen van een radio, het eten dat niet altijd even lekker is en het te beperkte

leefgeld (10 antwoorden). Een vierde categorie betreft de stigmatiserende samenleving (7 antwoorden). De bewoners stellen vast dat er nog altijd een taboe rust op beschut wonen. Hierdoor durft een aantal bewoners aan mensen uit de samenleving niet te vertellen dat ze er verblijven. Bovendien vinden de bewoners het moeilijk om los te komen uit het circuit van de psychiatrie. Hiermee bedoelen ze dat de activiteiten waaraan ze deelnemen exclusief bijgewoond worden door de mensen van beschut wonen. Het blijft moeilijk om de stap te zetten naar activiteiten die onafhankelijk van beschut wonen plaatsvinden.

Discussie

Dit onderzoek beschrijft hoe patiënten met schizofrenie hun begeleiding en hun leefomstandigheden in beschut wonen ervaren. Tevens wordt nagegaan wat hulpverleners als positief en negatief beschouwen aan het begeleiden van deze bewoners. Het opvallendste resultaat is dat de algemene indruk van de bewoners op beschut wonen positief is, net zoals in het voorgaand onderzoek van Van Audenhove et al. (1998). Er worden immers bijna drie keer zoveel pluspunten aangegeven dan minpunten. De bewoners verblijven dus graag in beschut wonen; het is een echt thuis voor hun. Dit betekent dat de setting geslaagd is om een veilige en geborgen woongelegenheid te creëren voor de doelgroep. Voor een groot deel van de bewoners is dit heel belangrijk aangezien zij waarschijnlijk voor de rest van hun leven in beschut wonen zullen blijven wonen. Beschut wonen is voor hen de enige haalbare mogelijkheid om een leven in de maatschappij te leiden. Maar, voor een ander deel van de bewoners blijft beschut wonen een tijdelijke stap naar zelfstandig wonen en naar integratie in de maatschappij.

Tabel 3: Plus- en minpunten van beschut wonen volgens de bewoners

Pluspunten (N = 170)		Minpunten (N = 59)	
	Frequentie		Frequentie
Geen	0	Geen	13
1. Sociale contacten	28	1. Sociale contacten	28
2. Praktisch	18	2. Praktische bezwaren	10
3. Begeleiding	26	3. Geen echte vrijheid	9
4. Vrijheid	20	4. Stigma van maatschappij	7
5. Privacy	13	5. Andere	5
6. Onafhankelijkheid	10		
7. Ligging	6		
8. Goede algemene indruk	26		

Zij beschouwen beschut wonen vooral als een aangename woonvorm, waarbinnen ze die vaardigheden kunnen aanleren, die ze nodig hebben om zich staande te houden in de samenleving.

Toch is het niet allemaal rozengeur en maneschijn. De kritiek die in de literatuur gevonden werd, komt ook in dit onderzoek naar de oppervlakte. Het samenwonen met anderen, het gebrek aan 'echte vrijheid' en het stigma dat op hen rust, worden ook hier door de bewoners als problematisch ervaren.

Inderdaad, sociale contacten zijn voor sommige bewoners zowel positief als een bron van ergernis. Enerzijds hebben de bewoners het gevoel dat ze niet alleen zijn; er is altijd wel iemand om mee te praten. Maar anderzijds hebben ze soms ook meningsverschillen met elkaar, die kunnen ontaarden in ruzies. Desondanks blijft het belangrijk dat bewoners contact hebben met hun medebewoners. Indien deze er niet zouden zijn, zouden een aantal bewoners in een sociaal isolement kunnen komen en dit kan zeer nadelig zijn voor hun functioneren (Howard, Leese, & Thornicroft, 2000; Leff & Vaughn, 1985). In een ander luik van deze studie werd aangetoond dat bewoners in beschut wonen over een vrij

beperkt sociaal netwerk beschikken (gemiddeld 11.6 leden), dat bijna voor de helft is samengesteld uit medebewoners en hulpverleners. Ter vergelijking, het netwerk van een 'normale' populatie bedraagt 20 à 30 leden (Goering, Durbin, Foster, Boyles, Babiak, & Lancee, 1992).

Alhoewel ongeveer de helft van de bewoners het gevoel heeft dat ze een bepaald niveau van vrijheid heeft verworven, is dit voor bijna 20% toch een vals gevoel van vrijheid. Deze bewoners stuiten nog vaak op regels en plichten, waaraan ze zich moeten houden. Ook worden sommige begeleiders als betuttelend en controlerend ervaren, alhoewel dit niet voor iedereen een minpunt is. Waar bijna alle bewoners aangeven dat ze een begeleider nodig hebben om op terug te vallen in een mindere periode, willen ze in een betere periode de teugels terug in handen nemen.

Meer dan 10% van de bewoners uit deze studie vindt de maatschappij stigmatiserend (Kaasenbrood & de Valck, 2000; Wahl, 1999). Schizofrenie is voor velen nog steeds een grote onbekende en het wordt vaak geassocieerd met raar, afwijkend, gevaarlijk en angstaanjagend (Penn et al., 1994; Wolff, 1997). Het stigma heeft echter

een nadelig effect op de patiënten. Het veroorzaakt angst, ontgoocheling en een verminderd zelfvertrouwen. Het stigma zorgt ervoor dat de (ex)psychiatrische patiënten zwijgen over hun verleden en over hun woonplaats, dit om negatieve opmerkingen te ontwijken (Wahl, 1999). Nochtans zijn er een aantal manieren om het stigma te verkleinen. Deze zijn o.a. psycho-educatie van de samenleving en (ex)psychiatrische patiënten laten deelnemen aan het reguliere arbeidscircuit. Op die manier kan de samenleving een positiever beeld krijgen van (ex)psychiatrische patiënten (Kaasenbrood & de Valck, 2000). Het is daarnaast ook belangrijk dat er een persoonlijk contact is tussen de mensen in de samenleving en de (ex)psychiatrische patiënten (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999; Penn et al., 1994). Door zijn opzet alleen al (huizen buiten het domein van het psychiatrisch ziekenhuis) reikt het beschut wonen alle kansen aan aan zijn bewoners om opgenomen te worden in de samenleving. De bewoners worden aangeemoedigd om hun boodschappen te doen in de buurtwinkels en om deel te nemen aan activiteiten, los van de woonvorm. Maar, vaak durven de bewoners deze stap niet te zetten. Het is immers een stuk veiliger en een stuk minder confronterend om in het eigen milieu te blijven, bij de mensen die men kent. Misschien moet het in de toekomst nog meer de taak van beschut wonen worden om naast de uitbouw van een eigen activiteitenaanbod, de bewoners te stimuleren tot activiteiten elders.

Uit de antwoorden van de begeleiders blijkt dat ze bovenal een goed contact met de bewoners waarderen. Opvallend is dat de moeilijkheden die ervaren worden niet zozeer te herleiden zijn tot het moeilijk gedrag van de bewoners, maar eerder tot interne struikelblokken zoals het zich inleven in de belevingswereld van de patiënten

en het vinden van een op-maat-gesneden begeleiding. Inderdaad, veel begeleiders weten niet altijd exact hoe de belevingswereld van de bewoner eruit ziet; vaak kunnen ze er niet tot doordringen. Een mogelijke oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn dat begeleiders cursussen psycho-educatie volgen, waarin de, voor beschut wonen meest courante psychiatrische stoornissen, behandeld worden.

Een ander negatief aspect dat tevens door de bewoners als problematisch ervaren wordt, is dat begeleiders vaak niet goed weten hoe ze sommige van hun bewoners moeten begeleiden. Dus, alhoewel de begeleiders over een professionele bagage beschikken, kunnen ze hierop niet altijd terugvallen. Vooral het evenwicht tussen het beschermen en het ondersteunen van de bewoners enerzijds en het controleren en het betuttelen anderzijds, wordt als zeer moeilijk ervaren door sommige begeleiders. Want, waar trek je als hulpverlener de streep? Wanneer wordt iets als helpend ervaren en wanneer mondt datzelfde uit in controle? Met deze vragen worden de begeleiders vaak geconfronteerd omdat het voor hen niet altijd duidelijk is wat hun functie precies inhoudt. De functie 'woonbegeleider' kan immers ingevuld worden door verschillende beroepsgroepen en in het verleden reikte ieder initiatief zijn hulpverleners een eigen functie-omschrijving aan. Recent werd echter door het HIVA het beroepsprofiel van de begeleiders in beschut wonen opgesteld (Huys & Van Hootegem, 2000), waardoor het voor elke begeleider duidelijk wordt welke taken van hem of haar verwacht worden. Daarnaast werd in dit onderzoek ook aangetoond dat hulpverleners vooral de methodiek van de begeleiding of het toeleiden van de bewoners naar het formuleren van de begeleidingsvraag door toedoen van diverse communicatiestrategieën (Huys & Van Hootegem, 2000), als moeilijk beschouwen. In de

nabije toekomst zal aansluitend op deze bevindingen een opleidingsprogramma voor begeleiders in het werkveld van start gaan, dat specifiek aandacht heeft voor de struikelblokken en de moeilijkheden die deze begeleiders ervaren. De volgende thema's zullen hier aan bod komen: psychosociale rehabilitatie, het werken met begeleidingsplannen, relatie en communicatie, zinvolle dagbesteding en netwerkgericht werken, juridische en ethische vragen en samenwerking en consultatie in de begeleiding van bewoners met psychosociale problemen (De Coster, Van Humbeek, De Rick & Van Audenhove, 2000). Daarnaast kunnen supervisie en intervisiemomenten van belang zijn om aandacht te besteden aan de problemen die de hulpverleners ervaren.

Ondanks de kritiekpunten op het beschut wonen, is het resultaat positief. We zijn van mening dat het beschut wonen naast het individueel begeleid wonen een belangrijke woonvorm is voor een specifieke groep van personen met ernstige en langdurige psychische problemen: voor sommigen als een permanente verblijfplaats en dus het hoogst haalbare niveau van 'zelfstandig' wonen en voor anderen als een overgangperiode naar individueel zelfstandig wonen.

Grœet van Humbeek is Wetenschappelijk medewerker bij LUCAS, K. U. Leuven,

Chantal van Oudenhove is coördinator bij LUCAS, K. U. Leuven

Literatuur

Aderibigbe, Y. A. (1997). Deinstitutionalization and criminalization: Tinkering in the interstices. *Forensic Science International*, 85(2), 127-134.

Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg. De psyche: mij een zorg?* Brussel: Federaal ministerie van volksgezondheid, consumentenzaken en leefmilieu.

Carling, P. J. (1993). *Housing and supports for persons with mental illness. Emerging approaches to research and practice.* Hospital and Community Psychiatry, 44(5), 439-449.

Carling, P. J. (1995). *Return to community. Building support systems for people with psychiatric disabilities.* New York - London: The Guilford Press.

Conroy, J. W., & Elks, M. A. (1999). Tracking qualities of life during deinstitutionalization: A covariance study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34(2), 212-222.

De Coster, I., Van Humbeek, G., De Rick, K., & Van Audenhove, Ch. (2001). *Ontwikkeling van een opleidingsprofiel en van een vormingsprogramma voor begeleiders in Beschut Wonen.* Leuven: LUCAS.

Denkgroep Vlaamse GGZ (1998). *De Vlaamse GGZ in de 21ste eeuw.* Brussel: Niet-gepubliceerde nota van de Vlaamse Overheid.

De Rycke, R. (1997). Evaluatie van de reconversie: Feiten en cijfers. *Acta Hospitalia*, 2, 47-65.

Du Laing, L. (1990). *Het reconversieplan 1990 voor de psychiatrie. Toelichting ten grieve van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.* Brussel: VMSI.

Elpers, J. R. (1995). Chapter 50: Hospital and Community Psychiatry. 50.1 Community Psychiatry. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 2663-2677). Baltimore: Williams & Wilkins.

Goering, P., Durbin, J., Foster, R., Boyles, S., Babiak, T., & Lancee, B. (1992). Social networks of residents in supportive housing. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 199-214.

Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.

Howard, L., Leese, M., & Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 376-385.

Huys, R., & Van Hootegem, G. (2000). *Beroepsprofiel begeleider beschut wonen.* Leuven: HIVA.

Kaasenbrood, A. J. A., & de Valck, B. R. (2000). *Stigma.*

In G. Pieters, & M. van der Gaag (Eds.), Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten. (pp. 135-143). Houtem-Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Lamb, H. R. (1998). Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(1), 1-10.

Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49(4), 483-492.

Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families.* New York - London: The Guilford Press.

Middelboe, T. (1995). Community care for the long-term mentally ill. A review of the housing issue. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(3), 161-168.

Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, *Bestuur der Verzorgingsinstellingen (1990). 1990: een mijlpaal voor de psychiatrische sector. Conceptie en concretisering van het beleidsplan in de psychiatrie.* Brussel.

Mize, T. I., Paolo-Calabrese, M. A., Williams, T. J., & Margolin, H. K. (1998). Managing the landlord role: How can one agency provide both rehabilitation services and housing with collaboration? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 117-122.

Nelson, G., Hall, G. B., & Walsh-Bowers, R. (1999). The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumers/survivors. *Community Mental Health Journal*, 34(1), 57-69.

Ogilvie, R. J. (1997). The state of supported housing for mental health consumers: A literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 122-131.

Olson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., & Walkup, J. (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(5), 667-673.

Penn, D. L., Guyman, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 567-578.

Rock, M. (2001). Emerging issues with mentally ill offenders: Causes and social consequences. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(3), 165-180.

Schanda, H. (2000). Problems in the treatment of mentally ill offenders. A problem of general psychiatry? *Psychiatrische Praxis*, 27(2), S72-S76.

Schnabel, P. (1999). Reflections on the innovation of care in psychiatry. In J. Wolf & J. van Weeghel (Eds.), *Changing community psychiatry. Care innovation for persons with long-term mental illness in the Netherlands.* (pp. 131-143). Utrecht: NcGV.

Shepherd, G. (1991). Psychiatric Rehabilitation for the 1990s. In F. N. Watts & D. H. Bennett (Eds.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation.* (pp. xiii-xiv-ii). Chichester: John Wiley & Sons.

Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-151.

Van Audenhove, Ch., Van Rompaey, I., Carlassara, V., Spruytte, N., Van Humbeek, G., Rosseel, T., & Nieuландt, K. (1998). *Beschut Wonen in de Geestelijke Gezondheidszorg. Realisaties en behoeften in Oost-Vlaanderen.* Leuven-Apeldoorn: Garant.

Van Humbeek, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., Storms, G., & Vertommen, H. (in druk a) Expressed Emotion in de patiënt - hulpverlener relatie in beschut wonen. *Tijdschrift voor psychiatrie.*

Van Humbeek, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., Storms, G., & Vertommen, H. (in druk b). *Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals' and residents' perspectives.* *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.*

Van Humbeek, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., Storms, G., & Vertommen, H. (in druk c). Expressed emotion in professional caregivers' relations with residents with mental disabilities: Towards a new definition of emotional overinvolvement. *European Journal on Mental Disability.*

Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.

Wolff, G. (1997). Attitudes of the media and the public. In J. Leff (Ed.), *Care in the community. Illusion or reality?* (pp. 145-163). Chichester: Wiley.

Not

¹ In Nederland wordt niet gesproken over beschut wonen, maar over beschermende woonvormen.