

Open venster⁰⁶

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Project Tender Activeringszorg

Unieke samenwerking
welzijn, arbeid en zorg



**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

- 03 Alcohol- en drugbeleid in bedrijven
- 08 Mobiele teams voor zorg aan huis
- 10 Volwassenenkliniek krijgt eenheid Kortverblijf

Samen met u

In de eerste plaats bied ik u allen in naam van de raad van bestuur, de directie en alle medewerkers van Kliniek Sint-Jozef mijn oprechte wensen voor het nieuwe jaar aan. Moge 2011 voor elk van u en voor al wie u dierbaar is, een uitstekende gezondheid, motiverende arbeidsvreugde en bovenal warme vriendschap en genegenheid bieden.

We hopen na de zomer in de Volwassenenkliniek de nieuwe eenheid kortverblijf te kunnen openen. Aan de plannen voor de realisatie van de infrastructuur wordt de laatste hand gelegd.

Met deze eenheid willen we voorzien in een voor de regio noodzakelijke schakel in het zorgaanbod, waardoor het zorgnetwerk vollediger wordt en aldus nog dichter aansluit bij de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen.

We wensen uitdrukkelijk om dit te doen in een goede verstandhouding

met onze regionale partners, in het bijzonder de PAAZ-afdelingen van de ons omringende algemene ziekenhuizen.

Samenwerking loont altijd. Dit wordt overtuigend aangetoond door het project Tender Activeringzorg uitgeschreven door de VDAB voor de zorgbegeleiding van werkzoekenden met een medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek.

In dit project werken samen: de dienst Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding (GTB), Kliniek Sint-Jozef, de arbeidszorgcentra De Bieweg in Roeselare en Den Tatsevoet in Izegem als partners in zorg en de vzw Mentor die het luik empowerment opneemt. De bundeling van expertise loont, zoals dit door één van de partners wordt uitgedrukt: "We vermijden het om mensen van het kastje naar de muur te sturen. We vullen elkaar goed aan. Elke partner is bezig met het ontwikkelen van vaardigheden en attitudes en het wegnemen van



Filip Deboutte

drempels, maar elk vanuit een ander oogpunt of in een andere context." U leest hierover meer in het dossier vanaf pagina 4.

U leest verder in dit nummer over het projectvoorstel dat Kliniek Sint-Jozef met verschillende regionale partners bij de overheid heeft ingediend in het kader van de toepassing van het inmiddels vermaard geworden artikel 107 van de ziekenhuiswet.

Met deze regionale projecten willen de Vlaamse en federale overheid komen tot een betere geestelijke gezondheidszorg door de uitbouw van zorgcircuits en zorgnetwerken: dicht bij de mensen, in nauwe zorgsamenwerking, met oog voor de continuïteit van de zorg.

Bij het ter perse gaan van dit nummer vernemen we dat de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft beslist dat het ingediende projectvoorstel moet worden verfijnd. We zullen hier met enthousiasme verder werk van maken. We doen dit, samen met u, ten behoeve van onze patiënten!

Filip Deboutte – algemeen directeur

Colofon

Open venster is het magazine van Kliniek Sint-Jozef in Pittem. Open venster verschijnt driemaandelijks.

Redactiecomité: Jan Callens, Hilde Cornette, Filip Deboutte, Eddy Deproost, Pol Vanhee, Greta Vanoverschelde

Coördinatie: Pol Vanhee

Redactie: Commad

Fotografie: Stefaan Beel, en eigen archief

Vormgeving: dotplus

Verantwoordelijke uitgever: Filip Deboutte
Boterstraat 6, 8740 Pittem

Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open venster: contacteer Pol Vanhee, pol.vanhee@sintjozefpittem.be

Inhoud

Editoriaal	2
Alcohol- en drugbeleid in bedrijven	3
Tender Activeringzorg verenigt welzijn, arbeid en zorg	4-7
Brede samenwerking voor mobiele teams zorg aan huis	8-9
Volwassenenkliniek krijgt eenheid Kortverblijf	10
Opgemerkt	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12

Studiedag zelfverwondend gedrag

Om de twee jaar organiseert Kliniek Sint-Jozef een studiedag over klinische psychotherapie. Dit jaar handelt de studiedag over zelfverwondend gedrag. Tijdens deze bijeenkomst wordt ook de wetenschappelijke prijs 'Frans Hoornaert' uitgereikt. Hou alvast donderdag 22 september 2011 vrij in uw agenda.

Alcohol- en drugbeleid krijgt vorm in de bedrijven



Middelenverslaving is een maatschappelijk probleem dat gelukkig meer en meer bespreekbaar wordt gemaakt via allerlei initiatieven. Zo organiseert Kliniek Sint-Jozef op 9 juni 2011 een multidisciplinaire studiedag over terugvalpreventie. Maar Kliniek Sint-Jozef deelt zijn expertise ook graag via externe activiteiten. Psychologe Mieke Hoste nam eind december deel aan een trefdag met het bedrijfsleven rond 'CAO 100'.

“Sedert 1 april 2010 is elke organisatie verplicht een intentieverklaring te hebben omtrent het alcohol- en drugbeleid op de werkvloer, de befaamde ‘CAO 100’”, vertelt Mieke Hoste. “In tal van bedrijven is het thema van de middelenverslaving daarmee bovenaan op de agenda geplaatst. Op 20 december 2010 vond hierover in ‘De oude Melkerij’ in Gits een trefdag plaats, georganiseerd door het provinciaal comité West-Vlaanderen voor de bevordering van de arbeid en door Middelpunt CGG Preventie alcohol en drugs West-Vlaanderen. Alle West-Vlaamse bedrijven met meer dan vijftig werknemers werden hierop uitgenodigd. Doelgroep waren personeelsverantwoordelijken, preventieadviseurs, arbeidsgeneesheren en comitéleden.”

“Zowel de houding tegenover alcoholverbruik op het bedrijf als de maatregelen die genomen worden als men merkt dat iemand onder invloed is, kwamen ter sprake”, vertelt Mieke Hoste. “Middelengebruik heeft uiteraard invloed op het functioneren van de werknemer. Het nemen van preventie maatregelen is dan ook aangewezen. Sommige bedrijven hebben vandaag al een heel concreet plan, andere hebben nog een weg te gaan. De trefdag was in elk geval een mooie gelegenheid om van elkaar te leren.

De meeste bedrijven die met een concreter beleid aan de slag zijn gegaan, merken op dat het probleem groter is dan ze verwacht hadden. Precies door hierrond een beleid op te zetten, wordt het probleem zichtbaarder en

kan je er ook iets aan doen. Want dat is nodig. Het is niet goed als werkgevers hier de ogen voor sluiten, vanuit het idee dat het werk er toch niet erg onder lijdt. Een te strenge of repressieve aanpak lijkt mij nergens goed voor, maar het is toch belangrijk dat elke organisatie even stilstaat en nadenkt over een concreet beleid.”

Vertrouwensrelatie

“Zelf heb ik in mijn bijdrage gefocust op de hulpverlening. Vanuit onze expertise reiken we de hand naar de bedrijven. Middelenverslaving op de werkvloer is immers een complex probleem. De werkgever vindt het vaak moeilijk om iemand te motiveren om hulp te zoeken. Ook bij de patiënt steken heel wat moeilijkheden de kop op: schaamte, angst, de reactie van buitenwereld, de vrees zijn werk te zullen verliezen, de vrees om niet van de verslaving af te geraken enzovoort. Dat laatste is heel belangrijk, want door hier rekening mee te houden, kunnen we een meer menselijke aanpak verzekeren. Vaak wordt pas bij het vaststellen van het probleem een vertrouwensrelatie opgebouwd. Dat maakt het aanvankelijk moeilijk om problemen aan te kaarten. Werkgevers hebben dikwijls ook de neiging om te wachten tot de werknemer voldoende gemotiveerd is om zelf iets aan zijn probleem te doen. Wij daarentegen starten onze behandeling dikwijls met een heel minieme motivatie bij de patiënt, omdat we uit ervaring weten dat die motivatie bij een goede aanpak snel kan groeien.

Werk is voor veel mensen heel be-

Mieke Hoste: “Een te strenge of repressieve aanpak lijkt mij nergens goed voor, maar het is toch belangrijk dat elke organisatie even stilstaat en nadenkt over een concreet beleid rond middelengebruik op de werkvloer.”

langrijk; de dreiging dat werk te verliezen kan een extra motivatie zijn om de stap naar de hulpverlening te zetten. Maar dan is het wel belangrijk om duidelijkheid te scheppen: kan ik na de behandeling terug aan het werk, ga ik mijn job niet verliezen, welke opvolging zal er zijn, krijg ik echt een nieuwe kans...? Dat zijn de vragen die op dat ogenblik tellen.

Tijdens de behandelingsfasen besteden wij ruim aandacht aan de factor werk. Mensen staan vaak niet stil bij de invloed die het misbruik heeft op hun functioneren op de werkvloer. Met groeps gesprekken en individuele gesprekken laten we ze tot inzicht komen. Activiteiten die concentratie, taakspanning en flexibiliteit vergen, openen ook vaak de ogen van mensen voor de problemen die middelengebruik veroorzaken.

Wij gaan de mensen tijdens de behandeling echt voorbereiden op hun werkhervatting. Dat gebeurt met groeps gesprekken over werk, maar ook met activerende ergotherapie, arbeidsgerichte ergotherapie en uiteindelijk ‘preprof training’. Die voorbereiding op de werkhervatting gebeurt overigens vaak in overleg tussen de sociale dienst, dr. Velghe en de werkgever en/of de arbeidsgeneesheer, uiteraard in samenspraak met de patiënt.”

De studiedag op donderdag 9 juni over terugvalpreventie wordt georganiseerd door de Volwassenenkliniek, eenheid Ontwenning. Informatie over programma en inschrijvingen volgt later via de website www.sintjosefpittem.be.

Jan Callens: "Veel mensen uit onze doelgroep geven snel op als iets tegenzit. Ze zijn bang om samen te werken, bang om te falen. Daardoor vermijden ze arbeidsituaties en worden ze als het ware 'chronisch werkloos'. Dit project wil hen wapenen, zodat ze sterker staan."



Project Tender Activeringszorg verenigt welzijn, arbeid en zorg

Samen mensen wapenen en sterker maken

Mensen met een psychische of psychiatrische problematiek hebben het moeilijk om werk te vinden. Ze hebben nood aan begeleiding op maat. De VDAB probeert daaraan tegemoet te komen vanuit de dienst Gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleiding (GTB). Kliniek Sint-Jozef in Pittem neemt de zorgcoördinatie voor zijn rekening voor de regio Midden West-Vlaanderen.

Kliniek Sint-Jozef is sinds november 2009 partner in het project Tender Activeringszorg van de dienst VDAB. Psycholoog Jan Callens treedt op als zorgcoördinator voor de regio Midden West-Vlaanderen.

Jan Callens: Het bijzondere aan dit project is dat het niet gegroeid is vanuit de zorgsector, maar vanuit de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB). Het project Tender Activeringszorg richt zich specifiek op langdurig werklozen met een psychische of psychiatrische problematiek.

Wat houdt dat project precies in?

Er zijn twee belangrijke aspecten:

het aanbieden van zorg op maat en het versterken of het 'empoweren' van de mensen, zodat ze zich terug kunnen oriënteren op de arbeidsmarkt. Het is een complexe opdracht en daarom werken verschillende partners mee. Kliniek Sint-Jozef neemt het zorgaspect voor zijn rekening in de regio Midden West-Vlaanderen. We werken hiervoor samen met de arbeidszorgcentra De Bieweg in Roeselare en Den Tatsevoet in Izegem.

Wakker schudden

Hoe gaat dat praktisch in zijn werk?

Elk traject begint bij de VDAB, waar

een psycholoog een gesprek heeft met de langdurig werkloze en een advies formuleert. Dat advies is bindend; het is dus geen vrijblijvend traject. Vervolgens wordt de 'klant' doorverwezen naar de dienst GTB, die het traject van elke klant coördineert en opvolgt. Op uitnodiging van de GTB heb ik als zorgcoördinator een verkennend gesprek met de klant. Om de drempel zo laag mogelijk te houden, vindt dat gesprek plaats in de Werkwinkel en niet in de kliniek. Tijdens dat gesprek probeer ik met de klant op één lijn te komen. Samen bekijken we welke zorg en welke begeleiding aangewezen zijn. We werken in overleg een 'zorgbegeleidingsovereenkomst' (ZBO) uit, met duidelijke doelstellingen, acties en een tijdschema; een soort behandelplan, zeg maar.

Over welke zorgbehandeling spreken we dan bijvoorbeeld?

Dat verschilt van individu tot individu. Er is bijvoorbeeld een groep van mensen die zichzelf overschat, die

grote dromen en hoge ambities koestert, maar er in de realiteit niet veel van terechtbrengt. Die mensen grijpen te hoog. Je moet ze als het ware wakker schudden uit hun droom en hun ambities bijstellen tot een realistischer niveau. Te grote ambities en dromen zijn dikwijls een vlucht uit de werkelijkheid, het vermijden van de confrontatie met de realiteit. In dat geval kan een psychotherapie van een viertal sessies al enige verandering teweegbrengen.

Soms gaat het ook om erg jonge mensen, die bijvoorbeeld twee jaar afgestudeerd zijn maar nog nooit een job hebben gehad, zich thuis verschansen achter hun pc en in hun eigen

wereldje leven. Of mensen die vroeger psychiatrische problemen hebben gehad of een verslaving achter de rug hebben, maar er als het ware nog de uitwassen van dragen: angst, wrok of wantrouwen tegenover de wereld of tegenover autoriteit.

Er wordt 'zorg op maat' geboden, maar hoe ver gaat dat dan?

Dat gaat vrij ver. Kliniek Sint-Jozef beschikt sowieso over een ruim aanbod aan therapieën in groep. We kunnen die activiteiten ook aan deze mensen uit het Tenderproject aanbieden. Ik denk aan relaxatietraining, yoga, assertiviteit, mindfulness, diverse sociale vaardigheden enzovoort. Als sluitstuk bieden we dikwijls pre-pro-

fessionele training, waarbij de klant vier halve dagen per week verschillende ateliers volgt: tuinonderhoud, houtbewerking, informatica,... Het komt erop aan om de mensen zowel de juiste vaardigheden als de goede attitude bij te brengen. Hoe ga je om met een opdracht? Hoe trek je je uit de slag? Hoe ga je om met autoriteit, met kritiek, met frustratie. Veel mensen uit onze doelgroep geven snel op als iets tegenzit. Ze zijn bang om samen te werken, bang om te falen. Daardoor vermijden ze arbeidssituaties en worden ze als het ware 'chronisch werkloos'. Dit project wil hen wapenen, zodat ze sterker staan. >>

Sofie Vandermarliere van de dienst GTB

“Unieke samenwerking in Midden West-Vlaanderen”

De dienst Gespecialiseerde Trajectbepaling en -begeleiding (GTB) werkt als een onafhankelijke vzw, gesubsidieerd door de VDAB. De dagelijkse werking verloopt binnen het kader van de Werkwinkels. Projectmedewerker Sofie Vandermarliere van de dienst GTB geeft tekst en uitleg.

“De VDAB wil alle werkzoekenden bereiken en begeleiden. Soms zijn niet alleen arbeidsgerelateerde aspecten oorzaak van de werkloosheid, maar speelt een ruimere en complexere problematiek. Zo is er een groep mensen met een MMPP-problematiek: ‘medisch, mentaal, psychisch of psychiatrisch’. Omdat de VDAB zelf niet de expertise heeft om deze doelgroep te begeleiden, doet men een beroep op externe partners. In een eerste fase was er het Tender Activeringsproject, maar omdat de zorg erg belangrijk bleek, is het partnerschap uitgebreid en spreken we nu van het project Tender Activeringszorg (TAZ). De dienst GTB neemt de overkoepelende coördinatie op zich. Samen met

de klant bepalen we de werkpunten. Daarna is het aan de partners uit de zorg en uit de empowerment, maar wij blijven het traject volgen en nemen de loopbaanoriëntering op ons. Voor de werkloze is dit niet vrijblijvend. Hij krijgt een werkloosheidsvergoeding, wat zowel rechten (bv. het recht op begeleiding) als plichten (bv. de plicht om actief mee te werken) met zich meebrengt.

Het project loopt sinds september 2009 en is onlangs met één jaar verlengd tot eind 2011. We zitten nog in de pilootfase, maar er wordt nagedacht over een structurele inbedding. De samenwerking is een grote stap vooruit. Hier werken de sectoren welzijn, zorg en werk op het terrein samen, elk vanuit zijn eigen expertise.

Het uiteindelijke doel is om een gefundeerd advies te kunnen geven aan de VDAB. Dat advies kan een verwijzing naar het reguliere arbeidscircuit zijn, naar een beschutte werkplaats, een sociale werkplaats of naar de arbeidszorg. Maar het besluit kan ook zijn dat de werkloze ‘niet toeleidbaar’



Sofie Vandermarliere: “Het project Tender Activeringszorg loopt over heel Vlaanderen. De manier waarop Midden West-Vlaanderen het aanpakt is echter vrij uniek.”

is. Dan worden er de komende twee jaar geen verwachtingen gesteld op het gebied van arbeid, omdat de werkloze er niet klaar voor is. Van die mensen wordt wel verwacht dat ze zich verder laten begeleiden.

Het project Tender Activeringszorg loopt over heel Vlaanderen. De manier waarop Midden West-Vlaanderen het aanpakt is echter vrij uniek. Kliniek Sint-Jozef stelt zijn brede waaier aan activiteiten open en zoekt bovendien nog versterking bij de arbeidszorgcentra De Bieweg en Den Tatsevoet. Die flexibiliteit, dat maatwerk en die openheid maken mee de sterkte uit van dit project.”

Vincent Serbruyns van arbeidszorgcentrum Den Tatsevoet

“We spelen kort op de bal”

De arbeidszorgcentra De Bieweg in Roeselare en Den Tatsevoet in Izegem zijn nauw betrokken partners van Kliniek Sint-Jozef voor het zorgluik in het project Tender Activeringszorg. Vincent Serbruyns van Den Tatsevoet is opgezet met de samenwerking.

“Een arbeidszorgcentrum is een werkplaats voor mensen die noch in het gewone economische circuit, noch in een beschutte werkplaats of een sociale werkplaats aan de slag kunnen. Er zijn diverse doelgroepen, maar zowel Den Tatsevoet als De Bieweg richten zich specifiek op psychiatisch kwetsbare mensen.

‘Psychiatrisch kwetsbaar’ is een moeilijk te definiëren begrip. Onze doelgroep heeft een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Alle-

maal hebben ze een moeilijke weg afgelegd, met opnames, tegenslagen en mislukkingen op maatschappelijk en persoonlijk vlak. Soms is hun psychiatrische problematiek het gevolg van die mislukkingen, soms ook de oorzaak.

Arbeidszorg heeft drie doelen. Het kan een springplank zijn naar bijvoorbeeld een sociale of een beschutte werkplaats. Het is ook een vangnet voor mensen die tijdelijk elders uit de boot vallen. En ten slotte is het voor een aantal mensen een eindstation. Deze mensen zitten aan hun maximale capaciteit in het arbeidszorgcircuit.

Wie bij ons werkt, is verplicht om te komen. Vijftien jaar geleden werkten hier vooral 45-plussers, vandaag zijn

er steeds meer jongeren van halfweg de twintig. De gemiddelde leeftijd bedraagt nu 34 jaar.

In Den Tatsevoet zijn verschillende ateliers: een bakkerij-atelier; een voedingsatelier voor belegde broodjes, soep, recepties en maaltijden; een strijkatelier; een onderhoudsatelier en een semi-industrieel atelier. Alles wat we maken, gebeurt op bestelling. Onze eisen naar afwerking liggen hoog. Alleen het werktempo ligt lager. We beperken het aantal bestellingen.

Mensen uit het Tenderproject krijgen hier de kans om hun attitudes en sociale vaardigheden te oefenen in een reële werksituatie. Ze leren autoriteit aanvaarden, samenwerken, zorg dragen voor het materiaal enzovoort. We

>> **Hier komt ook de samenwerking met De Bieweg en Den Tatsevoet om de hoek?**

Inderdaad. Met beide arbeidszorgcentra werken we uitstekend samen. Soms sturen we de mensen eerst naar één van de twee centra, soms doen we het als sluitstuk van het zorgtraject. Alles hangt af van de concrete situatie. En als het zorgluik resultaat geeft, verwijzen we de mensen verder naar het luik empowerment. Hiervoor is onze partner vzw Mentor uit Kortrijk. Het kan natuurlijk ook dat er meer zorg nodig is dan voorzien is. In dat geval verwijzen we de klant naar een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg of een ander zorgaanbod voor verdere opvolging.

Hoe lang duurt een traject in principe?

Maximaal 18 maanden voor het hele traject van zorg en empowerment. Wij zijn nu goed een jaar bezig. Een aantal mensen zit nu in de fase van empowerment. De samenwerking verloopt prima. Er is een verregaande afstemming. Alle partners hebben hun eigen bedrijfscultuur, maar de samenwerking loop vlot, zonder bureaucratie. Elke maand komen we

samen en tussendoor is er veel direct contact. Onze gezamenlijke opdracht situeert zich op het raakvlak tussen psychisch welzijn en maatschappelijke inbedding. Die interactie is niet alleen leerrijk en bevruuchtend, ze werpt ook concrete resultaten af. Met Kliniek Sint-Jozef bereiken we hiermee een publiek dat anders gemakkelijk door de mazen van het net valt en waar we toch mee het verschil kunnen helpen maken.

Innerlijke motivatie

Deze trajectbegeleiding is niet vrijblijvend voor de betrokken werklozen. Is het een goede zaak dat er wat druk achter zit?

Ik zie dit vooral als positief. Tot vandaag hebben we een dertigtal mensen in begeleiding. Voorlopig zijn we erin geslaagd om bij elk van hen gemeenschappelijke doelstellingen te ontdekken, waar de klant zelf ten volle achter kan staan. Elk mens heeft de behoefte om zich te ontploien. Het komt erop aan de psychische hindernissen die er soms zijn, weg te nemen. Daarbij zoeken we aansluiting bij de unieke context van elk individu. Als dat lukt, stappen de mensen graag mee in dit verhaal. En

dan is het aan ons om hun motivatie warm te houden en langzaam maar zeker op te bouwen.

Schrikken de mensen niet als ze horen dat ze naar een psychiatrisch ziekenhuis moeten om hulp te zoeken voor hun arbeidsproblematiek?

De dienst GTB verricht uitstekend voorbereidend werk op dat gebied. Voor ik een eerste gesprek heb in de context van de Werkwinkel, is er al een trajectovereenkomst gemaakt. De mensen zijn dus goed voorbereid. De meesten zien het ook als een opportuniteit. Ze willen graag geholpen worden. We helpen ze dat ook inzien, dat ze geholpen *kunnen* worden. Als ze tot dat inzicht gekomen zijn, willen de meesten er echt voor gaan. De innerlijke motivatie is belangrijker dan de opgelegde druk van buitenaf.

Kunt u al een eerste evaluatie maken?

Het is nog wat vroeg voor concrete resultaten, aangezien een traject over 18 maanden loopt. Maar we zitten op een goed spoor, daar twijfel ik niet aan. Dit is een samenwerkingsproject met een grote maatschappelijke relevantie en inbedding.



Vincent Serbruyns: “Mensen uit het Tenderproject krijgen hier de kans om hun attitudes en sociale vaardigheden te oefenen in een reële werksituatie. Ze leren autoriteit aanvaarden, samenwerken, zorg dragen voor het materiaal enzovoort.”

volgen de mensen van nabij. En datzelfde gevoel hebben we over de andere partners in dit project: de mensen worden niet aan hun lot overgelaten, iedereen speelt heel kort op de bal. En dat appreciëren de mensen.”

Werkzoekende Trees

“Ik sta nu sterker in mijn schoenen”

Trees* is 51 jaar, gescheiden en moeder van drie kinderen. Zij was één van de eerste werkzoekenden die in het project Tender Activeringszorg stapten. “Ja, ik ben een proefkonijn”, lacht ze. “Maar ik heb veel steun aan het project. Ik sta een stuk sterker in mijn schoenen dan een jaar geleden.”

“Ik heb veel problemen gekend in mijn leven. En nog altijd, trouwens. Mijn vader is onlangs overleden en mijn moeder is zwaar ziek. Ik was vroeger huisvrouw. Na mijn echtscheiding kon ik nergens terecht. Ik had geen enkel statuut. Via het OCMW kon ik toch een statuut heropbouwen. Daarvoor moest ik anderhalf jaar voltijds werken. Eerst in een dienstencentrum, waar ik met een busje

Kristof Spruyt van Mentor

“Project met grote meerwaarde”

Naast de zorg is ook het aspect empowerment erg belangrijk in het project Tender Activeringszorg. Partner hiervoor is vzw Mentor uit Kortrijk. Adjunct-coördinator Kristof Spruyt geeft toelichting.

“Mentor is van bij de start betrokken bij het Tender Activeringsproject, met trajectbegeleidster An Watteyn. Eerst was de zorg geen afzonderlijke partner, maar snel voelden we aan dat hier nood aan was. Zorg is niet de core business van Mentor. Je kunt het zorgaspect uitbesteden, maar sterker is het als de zorg een volwaardige partner is. Het sectoroverschrijdend karakter biedt een grote meerwaarde.

Mentor is actief op verschillende terreinen, waaronder weerbaarheid, assertiviteit, motivatie, communicatieve vaardigheden en het vormen van een realistisch beeld van de arbeidsmarkt. Belangrijk in onze werking is de opvolging van stages. Tijdens de stages kijken we of iemand het werkritme aankan, of hij met autoriteit kan omgaan, wat zijn hoogst haalbare werkniveau is... Samen met de zorgpartner schrijven we dan een

advies voor de VDAB voor de verdere opvolging.

De samenwerking met de diverse partners verloopt gesmeerd. Er is veel telefonisch overleg, zodat een klant met een vraag direct geholpen kan worden. We vermijden het om mensen van het kastje naar de muur te sturen. We vullen elkaar goed aan. Elke partner is bezig met het ontwikkelen van vaardigheden en attitudes en het wegnemen van drempels, maar elk vanuit een ander oogpunt of in een andere context. Dat maakt de kracht uit van dit project.”



Kristof Spruyt

fase hebben we gewerkt aan meer innerlijke kracht. Ik voel me nu beter gewapend. Al blijft het soms moeilijk. Ik heb veel aan de gesprekken, maar uiteindelijk moet je het wel zelf doen. Ik mag de moed niet laten zakken. Ik heb harde noten te kraken, maar ik moet erdoorheen.

Ik heb een tijdje gewerkt in De Bieweg in Roeselare. Ik was blij dat ik iets omhanden had en dat ik onder de mensen kwam. Daarna heb ik via Mentor vijf weken stage kunnen lopen in het Ecocafé van de Kringloopwinkel in Roeselare. Ik werkte er in de keuken en als dienster. Ik heb er goede feedback gekregen. Ik wil graag werk vinden. Ik ben niet gemaakt om niets te doen. Dat ligt niet in mijn aard.”

* Trees is een verzonden naam om de privacy van de getuige te garanderen.

*Eddy Deproost en Lieven Lust:
“Mobiele behandelteams passen in
de vermaatschappelijking van
de geestelijke gezondheidszorg
en de vraaggestuurde zorg.”*



Samenwerking, netwerking, zorgcircuits: het zijn dé sleutelwoorden in de geestelijke gezondheidszorg vandaag. Liefst 25 initiatieven hebben een netwerkdossier ingediend bij de overheid. Ook Kliniek Sint-Jozef engageert zich. Doel is een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg met onder andere de oprichting van mobiele teams voor acute en chronische zorg aan huis voor volwassenen. Wij gingen even poolshoogte nemen. Onze gesprekspartners zijn directeur patiëntenzorg Eddy Deproost van Kliniek Sint-Jozef en netwerkcoördinator Lieven Lust van de PAAZ van het H.- Hartziekenhuis in Roeselare.

“Er wordt vaak naar artikel 107 van de ziekenhuiswet verwezen”, aldus Lieven Lust. “Dat artikel laat ziekenhuizen toe bestaande middelen te gebruiken voor nieuwe doeleinden. Belangrijker is het artikel 11 over netwerkvorming en zorgcircuits. Voor de geestelijke gezondheidszorg is de officiële opportuniteit nieuw. In eerste instantie worden de PAAZ'en (Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis) en de psychiatrische ziekenhuizen aangesproken, maar voor een netwerk is dat natuurlijk te beperkt. Ook Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Psychiatrische Verzorgings- tehuizen (PVT), Beschut Wonen, de Psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT), de eerste lijn en andere initiatieven zijn partners. We hebben nood aan een grote inbedding van zorg én welzijn op alle niveaus.”

“De overheid heeft recent de krijtlijnen vastgelegd onder de titel ‘Gids naar een betere geestelijke gezond-

heidszorg”, aldus Eddy Deproost. “Daarin worden vijf functies benoemd voor een regionale invulling. De eerste functie betreft preventie en vroegdetectie. De tweede functie gaat over ambulante intensieve behandelteams, zowel voor acute als voor chronische zorg. Dat is nieuw. Een derde functie is het streven naar maximale sociale inclusie via revalidatieteams. Ten vierde is er de intensivering van het aanbod van de residentiële behandelunits. Ten slotte moet gewerkt worden aan specifieke woonvormen voor als thuiszorg niet haalbaar is. Het vernieuwende aspect zit vooral in die tweede functie: de mobiele behandelteams. Die evolutie past in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en de vraaggestuurde zorg.”

Goede zorg aanbieden

Minder middelen voor de gezondheidszorg en meer zorg op maat aanbieden. Valt dat te rijmen? “Ik ga

Vele partners maken sterk geheel

Het dossier vanuit Midden West-Vlaanderen is opgemaakt in overleg met diverse GGZ-partners:

- CGG Mandel en Leie;
- CGG Largo;
- Beschut Wonen Roeselare-Tielt;
- Beschut Wonen Regio Izegem;
- Psychiatrische zorg in de thuissituatie Izegem-Roeselare-Tielt
- PAAZ Stedelijk Ziekenhuis Roeselare;
- PAAZ Sint-Andries-ziekenhuis Tielt;
- PAAZ H.- Hartziekenhuis Roeselare - Menen;
- Psychiatrisch verzorgings- tehuis Valkeburg Rumbeke
- Kliniek Sint-Jozef Pittem.

Daarnaast is ook het CAW Midden West-Vlaanderen betrokken en is er een vertegenwoordiging van de huisartsen en de SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg) in het overleg; er was ook contact met de regionale welzijnsraad. Een breed platform dus.

op termijn uit van een nuloperatie”, stelt Eddy Deproost. “We moeten de nieuwe organisatie met bestaande middelen en een projectbonus rond krijgen. Concreet verwacht de overheid dat wij bedden op non-actief zetten en de vrijgekomen middelen investeren in de mobiele teams. Dat klinkt goed en wij zijn daar ook toe bereid, maar waar is de grens van de

Mobiele teams voor zorg aan huis

beddenafbouw? Want we moeten ook de verblijfsduur bij opname verkorten en zo nog eens bedden afbouwen.”

“De regio Midden West-Vlaanderen beschikt nu al over weinig psychiatrische bedden”, sluit Lieven Lust aan. “Het nationaal gemiddelde bedraagt 152 bedden op 100.000 inwoners. Wij komen aan 122 bedden. We staan honderd procent achter het idee, maar dan wel op een haalbare manier. Uiteindelijk moeten we nog in staat blijven om goede residentiële zorg aan te bieden.”

Tussen twee stoelen

“Ons dossier wilde zich in een eerste fase richten op de doelgroep jongvolwassenen”, vertelt Eddy Deproost. “De 18- tot 25-jarigen vormen een kwetsbare groep. In onze complexe maatschappij is de overgang naar de volwassenheid duidelijk moeilijker geworden. Denk ook aan ADHD, autismespectrumstoornissen, midde-

lenmisbruik, het hoge suïdecijfer. Toch is er weinig aanbod. Je hebt de jeugdpsychiatrie en het volwassenenaanbod, maar de groep jongvolwassenen valt vaak tussen twee stoelen. Ondertussen kregen we de vraag van de overheid deze doelgroep uit te breiden naar alle volwassenen. De uitdaging is hoe dan ook alle knowhow te bundelen en de eerstelijnszorg te ondersteunen en te versterken. Het is uitdrukkelijk niet onze bedoeling om in de plaats te treden van de eerste lijn. Er bestaat vandaag al veel, maar we kunnen alles nog beter op elkaar afstemmen.”

De klemtoon in het dossier ligt op de ontwikkeling van mobiele behandelteams voor acute en chronische zorg aan huis. Eddy Deproost: “Het acute team moet volgens de overheid zeven dagen op zeven klaarstaan, dag en nacht. Acute zorg kan maximaal één maand verleend worden. Als daarna nog zorg nodig is, kan doorverwezen worden naar een CGG of een andere

zorgaanbieder of moet het team langdurige zorg het overnemen. Een bijkomende mogelijkheid is om assertief op te treden; niet wachten tot de cliënt initiatief neemt, maar zelf de mensen contacteren en actief opvolgen. We werken trapsgewijs: eerst komt de eerste lijn aan bod. Alleen als dat niet volstaat komt het mobiel team op de voorgrond. Op zijn beurt kan het mobiel team doorverwijzen naar een andere functie. Maar we blijven zo dicht mogelijk bij de maatschappelijke context van elke individuele cliënt.”

“De modaliteiten en de criteria willen we in de loop van 2011 met alle partners concreet maken”, aldus Lieven Lust. “Wij opteren ervoor om grondig tewerk te gaan. Liever iets trager maar met een heel breed draagvlak, dan snel en onvoorbereid. Het principe is simpel: we bieden de zorg maximaal aan in de thuisomgeving. Alleen als het niet anders kan, wordt geopteerd voor een opname.”

Hilde Vens, Regionale Welzijnsraad en CAW

“Deze samenwerking is een goede zaak”

Het Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW) en de Regionale Welzijnsraad Roeselare-Tielt zijn ook betrokken bij het netwerkdossier geestelijke gezondheidszorg. Hilde Vens, respectievelijk directeur en voorzitter van deze verenigingen, geeft toelichting.

Hilde Vens: “Uit het sociaal beleidsplan van de Regionale Welzijnsraad blijkt dat de gezondheidszorg erg versnipperd is en hiaten in het aanbod vertoont. We weten allemaal dat er geen extra middelen zijn. We moeten dus op zoek naar efficiëntie-winsten. Als we erin slagen de eerste, tweede en derde lijn beter

op elkaar af te stemmen, dan kunnen we samen die hiaten wegwerken.

Artikel 107 laat toe om middelen voor residentiële bedden in te zetten voor mobiele teams. Dat is een goede zaak. Hier is echt nood aan, omdat dit ons toelaat proactief en ‘aanklampend’ te gaan werken. In de ambulante zorg komen mensen dikwijls niet opdagen op een afspraak: ze haken af en dan gaat het snel van kwaad naar erger. Met die mobiele teams kunnen we zelf initiatief nemen en die mensen proactief gaan opzoeken. Want als we ze loslaten, dan zakken ze dieper en dieper weg en uiteindelijk wordt hun zorgnood veel zwaar-

der. Dat moeten we vermijden. Ook de ‘meervoudig gekwetsten’, mensen die zoveel hebben meegemaakt dat ze zelfs de hulpverlening moeten zijn, kunnen we alleen met een afgestemd netwerk bereiken.

Het is alleen jammer dat in dit concept geen middelen voorhanden zijn om de eerste lijn met extra personeel te versterken. Akkoord, er zal expertise ingebracht worden uit de tweede en de derde lijn. Dat juichen we toe, maar meer deskundigheid lost helaas het gebrek aan beschikbare medewerkers niet op. Maar in elk geval, de samenwerking is een goede zaak, waar we ten volle willen voor gaan!”

Dr. Sofie Muylaert, afdelingshoofd Stefaan Vercruyse en psychologen Hilde Vandenbogaerde en Jan Callens staan aan de wieg van de nieuwe eenheid Kortverblijf in de Volwassenenkliniek.



Volwassenenkliniek krijgt eenheid Kortverblijf

Zorgnetwerk beste garantie voor laagdrempelige zorg

In 2011 start de Volwassenenkliniek van Kliniek Sint-Jozef met een eenheid Kortverblijf. Dit nieuwe aanbod kadert in de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, die de geestelijke gezondheidszorg laagdrempeliger en toegankelijker moeten maken. De eenheid Kortverblijf zal zo onder meer sneller kunnen inspelen op de vragen vanuit de algemene ziekenhuizen. Als alles volgens plan verloopt, opent de nieuwe eenheid haar deuren na de zomer van 2011.

Met de invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken wil de overheid de psychiatrische zorgverlening zo toegankelijk mogelijk maken. Daarbij wordt gekozen voor een trapsgewijze benadering, waarbij in eerste instantie altijd de voorkeur gaat naar zorg zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de patiënt. Zolang ambulante zorg volstaat, kan de zorg beperkt worden tot de eerste lijn. Een volgende stap is dikwijls een PAAZ, een Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis. Voor veel patiënten is een opname in een PAAZ minder ingrijpend dan in een psychiatrisch ziekenhuis. Patiënten verblijven doorgaans enkele weken in de PAAZ en worden daarna verder doorverwezen: ofwel naar ambulante opvolging vanuit de thuissituatie, ofwel, wanneer meer gespecialiseerde hulp nodig blijkt, naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Ook in het psychiatrisch ziekenhuis is het echter de betrachting om de op-

name zo kort mogelijk te houden. De nieuwe eenheid Kortverblijf speelt hierop in met een laagdrempelig aanbod dat vooral medisch-psychiatrisch gericht is en een maximale verblijfsduur van acht weken nastreeft.

De eenheid Kortverblijf kan voor een brede groep van patiënten soelaas bieden, al dan niet na een opname in een PAAZ. Zo kan de eenheid Kortverblijf aangewezen zijn voor acute psychiatrische ziektebeelden, voor diagnose en indicatiestelling bij nog ongekende patiënten en voor crisisinterventie van reeds gekende patiënten. Het streefdoel van de eenheid Kortverblijf is om patiënten na enkele weken uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan of over te schakelen op dagbehandeling. De eenheid is voorzien op twaalf patiënten.

Vernieuwing

De nieuwe eenheid Kortverblijf in de Volwassenenkliniek sluit mooi aan bij

het streven naar een betere geestelijke gezondheidszorg en bij alle innovatieve ontwikkelingen in het kader van 'artikel 107' (zie ook het artikel op pagina 8-9, red.). Sleutelfunctie 4 binnen dit overheidsproject gaat over het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg.

Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden, dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is. Deze units kunnen specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aanbieden. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling.

Zodra iemand opgenomen wordt, wordt al rekening gehouden met alle aspecten van de zorgcoördinatie. Belangrijk zijn het ontslagmanagement met het oog op (vroeg)tijdig ontslag, filters voor opname en follow-up na de acute fase. Deze follow-up gebeurt opnieuw door de hulpverlener of het team dat het dichtst bij de patiënt staat.

Dankzij een constante communicatie met de andere functies wordt de link met het sociale netwerk van de patiënten behouden. Zo wordt de mogelijkheid op een terugkeer naar de thuisomgeving en op integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden.

Opgemerkt

Paul Rijnders & Els Heene (red.):

Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn

KOP-model versterkt eerstelijnszorg

Psychotherapeuten bieden vaak omslachtige en langdurige behandelingen aan, op basis van ingewikkelde en soms esoterisch aandoende mens- en behandelmodellen. En ja, deze benadering werpt vruchten af. Toch is de uitval in de tweede en derde lijn aanzienlijk. Vraag is of de eerste lijn in sommige gevallen niet een beter alternatief kan aanbieden. Paul Rijnders en Els Heene bieden in hun boek 'Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn' alvast een werkmethode.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie heeft acht procent van de bevolking psychische klachten die niet vanzelf overgaan en die leiden tot problemen in relaties, op het werk, op school en bij de opvoeding. Veel mensen die hulp zoeken, belanden echter in lange hulpverleningstrajecten, die demotiveren omdat ze te omvangrijk zijn voor hun probleem.

De eerste lijn houdt het voorlopig meestal op 'empathisch reageren' en/of het verstrekken van adviezen. Vanuit die optiek levert het boek van Rijnders en Heene baanbrekend werk: het biedt een deskundig en door evidentie onderbouwd model voor de eerste lijn. Het KOP-model beschouwt klachten (K) als het gevolg van de combinatie van omstandigheden (O) en het persoonlijk functioneren (P). Meteen heb je drie aangrijpingspunten voor kortdurende interventies die streven naar een adequate manier van reageren (P), waardoor stressvolle omstandigheden (O) niet tot disfunctioneren (K) leiden, maar tot een redelijke beheersing en groei. Deze methode voor de eerste lijn richt zich dus vooral op het verhogen van de zelfredzaamheid

van patiënten. Dankzij korte psychologische interventies in de eerste lijn, doorgronden patiënten hun klachten en leren ze hun doen en laten en hun gewoonten aan te passen. Deze interventies bestaan uit acht stadia. Ze beantwoorden aan de empirische cyclus en aan wat uit effectonderzoek bekend is.

Het boek beschrijft de methode, de achtergronden en de toepassingsgebieden van kortdurende psychologische interventies en illustreert deze met veel praktijkvoorbeelden. Het is bestemd voor hulpverleners in de eerste lijn, zoals psychologen, huisartsen en maatschappelijk werkers, maar ook voor psychiaters, klinisch psychologen en medisch specialisten.

Naast het boek verschenen twee stappenplannen: een voor volwassenen en een voor kinderen. Beide bestaan uit een deel voor de therapeut en een deel voor de patiënt en zijn als set verkrijgbaar. De werkboeken zijn ook los te bestellen. Er zijn ook twee filmpjes waarin met deze methode wordt gewerkt, zie : www.kortdurendetherapie.nl.

Hiermee krijgt de eerste lijn eindelijk een verantwoorde en leerbare visie op disfunctioneren en een methodiek die zinvolle en verantwoorde psychologische interventies haalbaar maakt. Als de tweede of derde lijn ingeschakeld moet worden, kan die bovendien zinvol aansluiten op wat reeds gebeurd is.

Boeiend is verder dat dit boek en deze methode een spiegel voorhouden aan de reguliere geestelijke gezondheidszorg: zijn we wel zo klantvriendelijk als we denken? Hebben we niet de neiging om mensen in behandelkeurslijven te persen, die niet altijd beantwoorden aan wat mensen verwachten en nodig hebben? En vooral: ook de eerste lijn kan een belangrijke bijdrage leveren in het streven naar een geestelijk gezonde samenleving!

Jan Callens

Jan Callens

Paul Rijnders & Els Heene (red.), Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn, Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2010.



Medisch en therapeutisch aanbod



Kliniek Sint-Jozef vzw is een open, gespecialiseerd en vernieuwend centrum voor psychiatrie en psychotherapie.

JEUGDKLINIEK eenheden

- > *kortverblijf*
dr. Geert Everaert
- > *behandeling*
dr. Leen Vancompernelle

VOLWASSENENKLINIEK eenheden

- > *jongvolwassenen*
dr. Geert Everaert
- > *ontwenning*
(*alcohol, medicatie, tabak, cannabis*)
dr. Ilse Velghe
- > *mentaliserende therapie*
dr. Mark Kinet
- > *psychoanalytische therapie*
dr. Mark Kinet
- > *psychosociale revalidatie*
dr. Sofie Muylaert
- > *gedragstherapie*
dr. Sofie Muylaert
- > *psychosenzorg*
dr. An Verbrugghe

SENIORENKLINIEK eenheden

- > *angst- en stemmingsstoornissen*
dr. An Verbrugghe
- > *ontwenning*
dr. An Verbrugghe
- > *resocialisatie*
dr. An Verbrugghe

**Voor meer informatie en
contactgegevens:
www.sintjozefpittem.be.**

Kliniek Sint-Jozef vzw Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

Boterstraat 6, 8740 Pittem | Tel. 051 46 70 41 | Fax 051 46 70 46
info@sintjozefpittem.be | www.sintjozefpittem.be