

“Life must be lived forwards but can only be understood backwards.”

Kierkegaard

Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Wat is een zorgbeleid ?	5
2.1.	Uitgangspunten voor het zorgbeleid	5
2.1.1.	Evoluties in het aanbodbeleid : van kikvorspectief naar vogelperspectief	5
2.1.2.	Een zorgbeleid moet ambitieus zijn	7
2.1.3.	Een beleidsplan impliceert een breed gedragen visie op het fundamenteel eigen-zijn van de mens ..	7
2.1.4.	Meer dan alleen de patiënt : de plaats van familie, vrienden en belangrijke derden	9
2.2.	Statuut van het zorgbeleid binnen een organisatie	10
3.	Drieluik Ethiek - Missie - Visie	11
3.1.	Ethiek	11
3.2.	Missie	12
3.3.	Visie	13
3.3.1.	Visie op de zorgomgeving	13
3.3.2.	Visie op de zorgrelatie	13
3.3.3.	Visie op de werkrelatie tussen medewerkers	14
3.3.4.	Visie op het medewerkersbeleid in de organisatie	14
3.3.5.	Visie op de maatschappelijke opdracht	15
3.4.	Besluit	15
4.	De zorgstructuur van het PCGS	16
4.1.	Dienst voor zorgvragen	16
4.1.1.	Situering	16
4.1.2.	Kerntaken	16
4.1.3.	Bedbeheer	17
4.1.4.	Ontwikkeling en begeleiding van zorgpaden en externe verbindingen met partners	17
4.1.5.	Dienst voor psychodiagnostiek	17
4.2.	Kritische diensten	18
4.2.1.	Residentieel luik	18
4.2.1.1.	De Afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling	18
4.2.1.2.	De Afdeling voor Crisistoxicomanie	18
4.2.2.	Ambulant luik : het Mobiel Crisisteam	19
4.3.	Kliniek voor opname en behandeling	20
4.3.1.	Residentieel luik : De Kering en de Opnameafdeling	20
4.3.2.	Ambulant luik	21
4.4.	Kliniek voor intensieve doelgroepgerichte behandeling	21
4.4.1.	Afdeling voor Dubbele Diagnose	21
4.4.2.	Feniks	23
4.5.	Kliniek voor herstelgerichte behandeling en rehabilitatie	24
4.5.1.	Residentieel luik	25
4.5.1.1.	De Bron	26
4.5.1.2.	De Stroom	26
4.5.1.3.	Afdeling Rehab	27
4.5.1.4.	De dienst Arbeidstherapie - Arbeidsbegeleiding	28
4.5.2.	Ambulant luik	28
4.5.2.1.	Dagziekenhuis De Steiger	28

4.5.2.2.	Dagcentrum De Weverij	29
4.5.2.3.	Villa Voortman	30
4.5.2.4.	MOBiL Team Gent Noord	31
4.6.	Seniorenkliniek	31
4.7.	PVT Hortus.....	32
4.8.	Jongerencluster Yidam	34
4.8.1.	Residentieel aanbod	34
4.8.2.	Mobiel aanbod.....	35
4.8.3.	De wachtpoli	35
4.9.	De ideale kennisorganisatie	36
4.9.1.	De ideale kennisomgeving: stap voor stap richting een uitgebalanceerde leerzame organisatie.....	36
4.9.2.	Creatief kennismanagement.....	37
5.	Uitleiding	39

1. Inleiding

‘Onafgebroken blijft de dankbaarheid stromen, alsof het onverwachte pas gebeurd is – de dankbaarheid van de herstellende zieke – want het herstel kwam onverwacht {...} Plotseling wordt men overvallen door de hoop {...} de bedwelming van het herstel na langdurige ontberingen en krachteloosheid: de vreugde over de terugkeer van vermogens, over herlevend vertrouwen in morgen en overmorgen, over een onverwacht besef en voorgevoel van een toekomst, over avonturen in het verschiet, over zeeën die weer worden ontsloten, over doelstellingen die weer geoorloofd zijn en waarin weer wordt geloofd.’

*Oliver Sacks
Een been om op te staan*

In deze nota ‘Zorgbeleid’ wordt veel aandacht besteed aan fundamentele waarden (uitgangspunten en drieluik Ethiek-Missie-Visie). Dit frame-work is dragend voor de ganse organisatie, die op een gedecentraliseerde manier haar opdracht vertaalt in alle geledingen voor de functie of de doelgroep binnen de organisatie.

Deze opdracht kristalliseert zich in een fundamentele visie waarbij wordt uitgegaan van de vraag en het engagement van onze cliënt en diens context. Deze visie werd ontwikkeld vanuit een jarenlange ervaring met de meest uiteenlopende moeilijke problematieken en het zoeken naar aangepaste nieuwe werkvormen en methodieken. Elk traject vormt telkens opnieuw een unieke puzzel, geënt op de specifieke cliëntsituatie.

Onze doelgroepen, die vaak heel wat weerstand en wantrouwen t.o.v. hulpverlening hebben ontwikkeld, zetten ons aan tot een voortdurend zoekproces en tot het ontwikkelen van innoverende methodieken. Het flexibel putten uit een divers methodiekeraanbod is nodig om voortdurend die strategieën in te zetten die het best aansluiten bij de specifieke doelgroep.

De gebruikte strategieën moeten continu op hun efficiëntie worden geëvalueerd en indien nodig aangepast worden. Elke afdeling ontwikkelt eigen specialisaties en legt klemtonen in haar aanbod, waarbij de uiteindelijke finaliteit gericht is op een ‘herstel’.

Zonder exhaustief te kunnen zijn, stippen wij enkele voorwaarden aan:

1. Bereikbaar en beschikbaar zijn

Bereikbaar en beschikbaar zijn, vloeit eenvoudig voort uit de visie op ontvankelijkheid. Aan elke vraag, zij het van de cliënt, de context of de verwijzer, gaat een proces van hulp zoeken vooraf. Het is nodig hierop naadloos te kunnen inspelen. Dit impliceert een bereikbaarheid van 24 uur op 24 uur én de mogelijkheid om op het moment van de vraag tijd te maken.

Beschikbaarheid is een krachtig middel; vooral als men onmiddellijk in de concrete context kan interveniëren. Soms is het belangrijk om de verantwoordelijkheid van de context niet te ondermijnen en mee te zoeken naar oplossingen voor problemen zonder te vlug de zaken volledig over te nemen. Op die manier kan een opname ook vermeden worden. Dit impliceert ook het mobiel inzetten van een aantal medewerkers voor één of meerdere contacten per week, en dit over een begeleidingsperiode van een aantal weken.

2. Flexibiliteit van de verblijfsfunctie

Wij engageren ons om van start te gaan met moeilijke, complexe problematieken en aanklampend en geduldig te zoeken naar mogelijkheden om een verschil te maken en verandering teweeg te brengen. Het is de bedoeling van een residentiële opname om los van de eigen leefomgeving, een omgeving te creëren waarbinnen de patiënt tot heling kan komen. Deze omgeving is een ondersteunende, beveiligde en structurerende context die een schakel kan zijn tussen verscheidene verblijfsmogelijkheden met een streven naar een stabiel verblijf binnen een eigen context. Het tijdelijk zappen tussen de verschillende schakelmogelijkheden van hospitalisatie en andere projectmogelijkheden is onontbeerlijk. Vandaar de ontwikkeling van een gedifferentieerde hulpverlening op maat en binnen een netwerkorganisatie met alle betrokken diensten en organisaties.

'Je kunt herstel niet zien als een `glijdende schaal'; elke wezenlijke stap vooruit is een trede hoger, die vanaf een lagere trede onbegrijpelijk, onmogelijk scheen. Om die reden kun je eigenlijk geen hoop koesteren (want hoop impliceert een grote mate van voorstelbaarheid). Je kunt alleen hopen op verbetering van het bereikte, maar nooit op de onvoorstelbare volgende trede. Elke trede heeft dan ook het karakter van een wonder dat zonder aandrang van anderen nooit plaatsgevonden zou hebben'.¹

3. Een ziekenhuis als een herstellingsoord

Wij spreken gemakkelijk over een `hospitalisatie' zonder ten volle te beseffen dat dit een onvermijdelijke, onnatuurlijke en tegelijk ook noodzakelijke inkrimping van het bestaan impliceert, met als doel : een dragelijker bestaan voor de patiënt. Dit kan heilzaam zijn in de fase dat men als patiënt tot rust moet komen en niet in staat is tot normale sociale contacten, enigszins geïsoleerd is, te veel eenling, vanwege het persoonlijke karakter van het ziek-zijn en de wezenlijke eenzaamheid ervan. Maar in een later stadium, als de `rust' enigszins is teruggekeerd, moet het beveiligde kader en ook de `hospitalisatie' verbleken en plaats maken voor een andere atmosfeer met een gezellige huiselijkheid in leefgemeenschappen waar men in harmonie deelt in elkaars herstel.

Daardoor vermijdt men ook een hospitalisatie-syndroom. Beter worden kan men alleen zo dicht mogelijk bij de wereld en het leven. De afdeling is een tussenstadium, zowel existentieel als medisch-therapeutisch, een plaats waar men tijdelijk een begrensd en beschermd bestaan kan bieden, niet al te veeleisend, wel expansief, in het perspectief om de grote wereld in fasen en schakelend weer te kunnen betreden.

Om te herstellen hebben we het leven en de wereld nodig. Zolang nog niet kan beantwoord worden aan alle eisen des levens, is een tussenstadium aangewezen, m.a.w. zolang ieder op zijn manier ondermijnd is van de angst en de brutaliteit van de ziekte en de daaraan verbonden zorgen.

¹ Oliver Sacks, Een been om op te staan, Meulenhoff, 2001, p. 137

2. Wat is een zorgbeleid ?

2.1. Uitgangspunten voor het zorgbeleid

2.1.1. Evoluties in het aanbodbeleid : van kikvorsperspectief naar vogelperspectief

‘There are more things in heaven and earth, Horatio, than are dreamt of in your philosophy ’

*Shakespeare
Hamlet, Act 1, Scene V*

Het is niet meer van deze tijd om het eigen aanbod als vertrekpunt te beschouwen voor de verdere uitbouw van een ziekenhuis. Het beleid dat in een betere en meer efficiënte zorg wil voorzien, evalueert de effectiviteit van het zorgaanbod op regionaal niveau. Hiervoor wordt gekeken naar de noden zelf en naar het regionaal zorgaanbod. Elke zorgvoorziening wordt gestimuleerd om in een op elkaar afgestemd zorgaanbod te voorzien.

Deze blikverruiming vergt samenwerking tussen de verschillende voorzieningen in de regio. Daardoor is de regio ook afhankelijk van de functie en de doelgroep(en). Samenwerking consolideert zich via netwerkontwikkeling en impliceert een netwerkgericht denken.

Netwerkontwikkeling kent een organisch verloop : het traject is niet rechtlijnig en de groei gebeurt op verschillende niveaus tegelijk. Immers netwerkontwikkeling doorkruist belangen van de voorzieningen. Men bespreekt met partners de opportuniteiten van de eigen voorziening en overlegt op welke wijze deze voor het netwerk het meest optimaal kunnen zijn.

Het actief uitbouwen van specifieke zorgtrajecten is echter niet alleen een taak van het ziekenhuis als geheel, maar vergt ook initiatief op niveau van de afdelingen en desgevallend van individuele medewerkers, bv. casemanagement, samenwerking met huisartsen, ...

Zo wordt gewerkt aan een voldoende brede waaier aan zorgmogelijkheden met bij elk een vlotte toegankelijkheid op maat van de nood. Goed overleg en afstemming biedt duidelijk een meerwaarde voor onze cliënten.

Deze beweging is niet nieuw, wij schrijven verder aan een eerder beperkte maar recent sterk veranderende geschiedenis van initiatieven in de GGZ. Pas in 1948 werden ‘instellingen’ overgedragen van justitie naar Volksgezondheid. In 1963 werd via het RIZIV een financiële tussenkomst voorzien voor de behandeling van geesteszieken. In de jaren zeventig creëerde men de acute afdeling binnen het psychiatrisch ziekenhuis en de psychiatrische afdeling binnen het algemeen ziekenhuis. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg werden in 1975 erkend en ter gelegenheid van de staatshervorming van 1980 toegewezen aan de Gemeenschappen/Gewesten.

Eind jaren 70 en jaren 80 werden experimenten gestart die een nieuwe specifieke woonvorm aanboden voor personen met psychische problemen die geen nood meer hadden aan een residentiële behandeling of begeleiding. Deze initiatieven zouden enkele jaren later uitgroeien tot initiatieven voor beschut wonen. De erkenning van overheidswege van deze initiatieven beschut wonen evenals van een tweede nieuwe woon- en zorgvorm, de psychiatrische verzorgingstehuizen, zijn sleutelmomenten in de uitbouw geweest van het toenmalige GGZ-aanbod. Deze nieuwe types van voorzieningen werden stelselmatig uitgebreid en betekenden een belangrijke stap naar een meer gemeenschapsgerichte zorg, de ‘mijlpaal in de psychiatrie’ genoemd. Het moratorium dat werd ingesteld in de vroegere periode van de jaren 80 zette in de jaren 90 van de 20ste eeuw een tendens in van verdere afbouw van bedden ten voordele van het zorgaanbod in initiatieven beschut wonen en de PVT's.

Een volgende stap in de ontwikkeling naar meer gemeenschapsgerichte GGZ bestond in de omvorming van aanbod-gestuurde, hoofdzakelijk residentiële GGZ naar een zogenaamd vraag-gestuurde meer gedifferentieerde geestelijke gezondheidszorg. Dit nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leef- en werksituatie. In deze evolutie zal zowel de acute als de chronische GGZ georganiseerd worden in zorgcircuits en zorgnetwerken zodat ze zo dicht mogelijk aansluiten op de behoeften en zorgvragen van mensen met psychische problemen. Van een vraag-gestuurde GGZ werd verwacht dat zij residentiële opnames zoveel mogelijk trachten te voorkomen.

De laatste 15 à 20 jaar zijn er, naar aanleiding van deze aanzet naar een vraag-gestuurde geestelijke gezondheidszorg veel initiatieven opgestart in samenwerking tussen voorzieningen, o.a. 'de therapeutische projecten'. Om hieraan vorm te geven rezen allerlei overlegplatforms uit de grond. In de recente hervorming van het bestaande GGZ-kader werden in de te creëren zorgcircuits en netwerken minstens volgende kernfuncties² weerhouden :

- **functie 1:** activiteiten inzake preventie en promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
- **functie 2:** ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische problemen inzake geestelijke gezondheid
- **functie 3:** rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- **functie 4:** intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische problemen inzake geestelijke gezondheid indien een opname noodzakelijk is
- **functie 5:** specifiek woonvormen waarin zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu niet in staat is om de nodige zorg te organiseren.

Met meerdere concrete initiatieven is het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge (verder het PCGS genoemd) actief aanwezig in deze hervorming binnen (inter)sectoriële samenwerking, o.a. de mobiele teams, Villa Voortman, Poco Loco, AZIS, etc.³

Vier jaren na het startsein van de grondige hervorming van de GGZ voor volwassenen (leeftijd vanaf 16j) werd op 30 maart 2015 'de Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid goedgekeurd. Daarin wordt de basis gelegd van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid dat uitgaat van de noden van kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische problemen en hun context. Om optimaal in te spelen op die noden opteren we expliciet voor een globale en geïntegreerde aanpak van alle zorgcomponenten.

Het werken met programma's gerealiseerd door provinciale netwerken staat hierbij centraal. Anders gezegd, een geheel van relevante partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten op kinderen, jongeren en hun context vervullen samen, vanuit het netwerk, een aantal welomschreven kernopdrachten of functies. Deze functies vormen voor ieder netwerk de basisactiviteiten om het toekomstig zorgaanbod in één of meerdere programma's te vertalen. Om de functies te concretiseren, worden er modaliteiten aan gekoppeld. Programma's vertrekken steeds vanuit de noden van de kinderen, jongeren en hun context.

Voor de Jongerencluster Yidam wordt het een bijzondere uitdaging een plaats te verwerven binnen de uitbouw van de verschillende programma's, geconcretiseerd binnen netwerken. Het is duidelijk dat Yidam met de outreachende werking en met de crossover-methodiek innoverend, toonaangevend werk heeft verricht en daardoor ook inspirerend is voor de overheid.

² Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg, Vlaamse en federale overheid, april 2011.

³ Niet-gepubliceerde nota: het PCGS in de ontwikkeling van community care, november 2013.

2.1.2. Een zorgbeleid moet ambitieus zijn

'Nothing is impossible, the word itself says 'I'm possible'!

Audrey Hepburn

Zorgbeleidsvoering situeert zich in een veranderende maatschappij met veranderende noden op vlak van geestelijke gezondheid, met een veranderende kijk op geestelijke gezondheid en met veranderende inzichten in geestelijke gezondheid.

Een zorgbeleidsplan dient op de veranderende noden aan te sluiten, de veranderende kijk aan eigen waarden te toetsen en de veranderende inzichten mee voort te trekken.

Dit vergt creativiteit, een dragende bezieling en daadkracht.

Dit zorgbeleidsplan is gebaseerd op de input vanuit de beleidsplannen van afdelingen en wil een kader scheppen dat uitnodigt tot creatief inspelen. Het is een uitdaging om ook om te gaan met de beperkingen die er zijn omwille van de realiteitszin (financieel, architectonisch, programmatie, structuren,).

Het PCGS is anno 2015 een ziekenhuis in volle fusie, evident intern nog deels beïnvloed door de wortels van de 2 historische PZ. Dit zorgbeleidsplan wil mee de dragende bezieling voor het fusieziekenhuis bewerkstelligen.

Het directieteam wil een daadkrachtig zorgbeleid uitbouwen in dialoog met de afdelingen. Deze dialoog vereist dat elke afdeling in staat is te argumenteren over de mensvisie, de zorg- en behandelmethodiek, het referentiekader, de therapeutische relatie en hoe men zich verhoudt t.a.v. het weten. Binnen deze dialoog is het directieteam vanuit een 'voortschrijdend inzicht' sturend, met respect voor wat goed loopt en zich goed ontwikkelt, maar ook ondersteunend sturend wanneer een afdeling daar nood aan heeft.

2.1.3. Een beleidsplan impliceert een breed gedragen visie op het fundamenteel eigen-zijn van de mens

'Zie naar mijzelf.

Ik heb in mijn jeugd

Mijn leven verslingerd aan duizend dingen

Van felle en vurige namen, oproeren, liefdes

En wat is het alles tezamen nu nog geweest?

Over hoeveel zal ik mij niet blijven schamen

En hoeveel is er dat misschien nooit geneest?

De jongen kijkt door de geopende ramen

Waarlangs de wereld slaat; zonder zich te beraden

Stapt hij de deur uit, helder en zonder vrees'

*Hendrik Marsman
De grijsaard en de jongeling*

Het PCGS is een ziekenhuis dat instaat voor de behandeling van mensen met een psychisch lijden. Met het woord 'psychisch' wordt het niet-tastbare aspect van de mens aangeduid, dat wat betreft het denken, het voelen en het willen. Het psychische onderscheidt zich van het tastbare lichamelijke. Hoewel de werkelijkheid zich niet met dergelijke indelingen bezighoudt, helpt een benadering via dit onderscheid tot een zeker begrip van de mens.

Studies over het psychische geven het inzicht dat de psyché zich na de geboorte verder ontwikkelt en geven modellen over de mechanismen van het procesverloop, inclusief de biologische en sociale elementen die er een rol in spelen.

Na de geboorte loopt het ontwikkelingsproces van de mens nog verder. Dit proces van menswording begint bij een zich in de wereld bevinden met de onvermijdelijkheid om te ageren op de uitdagingen van de omgeving en antwoorden te geven op : wat is ik ? hoe verhoud ik mij tot de wereld ? tot mezelf ? tot de anderen ? hoe ga ik om met wat ik voel ? wat wil ik ? wie ben ik ? ...

Sterk beïnvloed door zijn omgeving, ontwikkelt elke mens een aparte invulling voor elk van deze uitdagingen. Met de geproduceerde oplossingen ontwikkelt elke mens zijn particuliere zelf, creëert zijn identiteit. Deze oplossingen zijn deelachtig aan onbewuste en bewuste keuzes, het nest waarin men is opgegroeid, het land, de taal die men er spreekt, de troost die men heeft gekregen of niet gekregen, conflicten met anderen, interne conflicten, genen, fysieke letsels, beduidende en onbeduidende voorvallen, een knipoog op de speelplaats, de vleugelslag van een vlinder,

Wie psychisch lijdt, lijdt op zijn weg doorheen het leven, lijdt in zijn mens-zijn. De oplossingen hebben in dit particuliere leven nooit echt gewerkt, werken niet goed meer of niet meer.

Wat bij de psychisch lijdende mens als symptoom herkend wordt, zijn afdrucken van tijdens het leven ontwikkelde 'psychische instrumenten' die de mens niet, niet goed, niet meer vooruit helpen, of zelfs averechts werken.

Hoewel op een hinderlijke wijze, blijven symptomen echter hun antwoordfunctie vervullen. Een behandeling die gericht is op het louter elimineren van symptomen, laat de oorspronkelijke vraag opnieuw ondraaglijk onbeantwoord en stuit dan ook veelal op de hardnekkigheid van het symptoom of het opduiken van een nieuw.

Met verworvenheden uit de biologische psychiatrie, de psychotherapie, het systeemdenken, revalidatie ... krijgen wij inzichten in hoe psychische mechanismen functioneren. Dit draagt bij tot het ontwikkelen van behandelmethodieken voor mensen met psychisch lijden. Deze bijdragen zijn slechts effectief wanneer ook mee in rekening wordt genomen hoe deze psychische mechanismen in het particuliere leven van de patiënt hebben gefunctioneerd en nog functioneren.

Wil men de mens met psychisch lijden op zijn weg helpen, dan dient men ten gronde te werken. Dit is: werken met de concreetheid van de levensloop van de patiënt, niet oordelend, teneinde een zicht te krijgen die de weg opent naar draaglijker mogelijkheden. Welke functie en betekenis hebben de symptomen in dit leven? Binnen welke unieke geschiedenis zijn zij ontstaan? Op welke oorspronkelijke onmogelijkheden in dit leven zijn zij een antwoord?

Om dit 'ten gronde werken' te kunnen realiseren is een bepaalde tijdsinvestering en intensiteit vandoen, verschillend naargelang de functies en doelgroepen.

De aanpak en specificiteit van de behandeling is omwille van bovengenoemde redenen sterk gevarieerd. Er dienen dus aangepaste werkvormen (diensten, afdelingen en therapeutische oriëntaties) uitgebouwd binnen de mogelijkheden en middelen van ons ziekenhuis en met partners binnen een aantal netwerken.

2.1.4. Meer dan alleen de patiënt : de plaats van familie, vrienden en belangrijke derden

‘Je est un autre’

Arthur Rimbaud

De mens ontleent zijn bestaan in relatie tot de ander.

Op de keper beschouwd zijn wij verdeeld tussen ons lichaam en de ander. Ons lichaam produceert prikkels, lustvolle en pijnlijke, en via de ander leren we hoe daarmee om te gaan – ook al omdat een groot aantal van die prikkels op de ander gericht zijn. De verzorgingssituatie tijdens de babyperiode is het startpunt, met de moeder, of ruimer, de ouders, als eerste sprekende en corrigerende spiegel. De identiteit van een pasgeborene ligt besloten in de fantasieën en angsten van de moeder, die op grond daarvan voortdurend identiteitsbepalende boodschappen geeft, zelfs reeds voor de geboorte. Vergelijk de twee volgende reacties. Een vrouw die zeven maanden zwanger is en haar nog niet geboren baby vaak voelt schoppen, kan reageren met “ Er zit pit in, mooi zo! “. Ze kan ook reageren met “ ‘t Is nu al een ADHD’er, hij laat mij nooit met rust, wat zal dat straks wel niet zijn? “. Zodra de baby geboren is, kan zijn gedrag in dezelfde richting gelabeld worden, en meteen zijn identiteit en zelfbeeld gaan bepalen.

Dergelijke boodschappen komen natuurlijk niet uit de lucht vallen. De verwachtingen die ouders koesteren over hun kinderen halen zijzelf ook uit een bepaalde spiegel, meer bepaald de spiegel van hun familie, of ruimer, van de cultuur waarin zij leven. In eerste instantie betreft dat het familieverhaal. Het merendeel van ons groeit op met verhalen over bepaalde grootouders of zelfs overgrootouders, hun successen en mislukkingen, met vaak daaraan gekoppelde familiegeheimen waarover men slechts mag fluisteren. Op die manier leren we niet alleen onze oorsprong kennen, maar krijgen we ook de verwachtingen en zelfs de opdrachten te horen voor onze eigen toekomst en wordt ons een plaats toebedeeld in de lijn van de generaties wier verhaal we later aan onze eigen kinderen zullen doorgeven. Kinderen hebben daar een duidelijke honger naar, en vanaf vrij vroege leeftijd worstelen ze met de verbanden tussen de generaties ⁴.

Familie, vrienden en belangrijke derden maken wezenlijk deel uit van het patiënt-zijn. Het ten gronde werken is enkel mogelijk wanneer in de behandeling de context een plaats krijgt.

Vanuit deze vanzelfsprekendheid worden de belangrijke relaties van de patiënt mee in de behandeling en de zorg opgenomen.

Inbreng vanuit de context van de patiënt kan een bijdrage leveren in de behandeling en zorg voor de patiënt. Tegelijk zijn familie, vrienden en belangrijke derden vaak ook deelgenoot in het lijden en medehulpvrager in de behandeling en de zorg.

Afhankelijk van de casus varieert deze betrokkenheid van het spreken over, het uitnodigen voor gesprek, psycho-educatie tot het aanbieden van een therapeutisch parcours voor patiënten en hun context (partner, ouders, enz.).

De familie informeren en betrekken bij de behandeling van de patiënt is bij de meeste psychiatrische stoornissen hoofdzaak. Steeds meer wordt ook de potentieel belangrijke bijdrage erkend die psycho-educatie voor familie tot de behandeling kan leveren. Aldus begrepen, situeert de verst doorgedreven (want ook in het programma-aanbod geïntegreerde) familiewerking zich in de psychozorg en de verslavingszorg. Wanneer echter min of meer diepgaande psychotherapie in de behandeling een hoofdrol speelt, is het betrekken van de familie voor patiënt en/of hulpverlener niet altijd een evidentie. Nochtans is dit met name in de behandeling van jongeren, die per definitie nog op de een of andere manier van hun familie afhankelijk zijn, absoluut noodzakelijk.

⁴ Paul Verhaeghe, Identiteit, De bezige bij, 2012

2.2. Statuut van het zorgbeleid binnen een organisatie.

‘We moeten blijven denken, spreken, schrijven, symboliseren als bewerking van wat ultiem nooit volledig gedacht, gezegd, geschreven, gesymboliseerd kan worden’

*Paul Verhaeghe
Einde van de Psychotherapie Boom*

Gefundeerd op deze basisstellingen en binnen het kader dat beschreven is in het drieluk: ‘Ethiek - Missie - Visie’ heeft een zorgbeleidsplan tot doel een pad uit te stippelen naar een nieuwe structuur en / of de re-engineering van de processen in een organisatie. Tevens probeert de organisatie het hoofd te bieden aan toekomstige uitdagingen of veranderende eisen van de maatschappelijke context. Het is dus ook een voortdurende beweging van herformulerend zoeken.

De **beleidsmatige management-component** enerzijds impliceert de nood aan een optimale / rationele aanwending van de (schaarse) middelen (in casu bedden, financiering, ...).

Anderzijds houdt dit een **inhoudelijke zorgcomponent** in, nl. mogelijkheden en middelen op dusdanige wijze aanwenden zodat we een gevarieerd aanbod kunnen bieden aan verschillende zorgvragers. Een goede organisatie van de middelen om tijdelijk zelf innovatieve zorgprojecten te kunnen ontwikkelen en dragen is hierbij ook belangrijk. Dit geeft ons de kans te organiseren wat nodig is, aansluitend bij de op gang zijnde grondige reorganisatie van de GGZ, of anticiperend op toekomstige ontwikkelingen (evidence-based, practice-based, organisatiemodellen, etc).

De uiteindelijke toetssteen voor de aanwending van middelen is de rechtstreekse of onrechtstreekse meerwaarde die erdoor wordt gerealiseerd inzake patiëntenzorg.

In een **Integraal Organisatiemodel** is het onderscheid tussen zorgafdelingen en facilitaire afdelingen kunstmatig en irrelevant, beiden zijn bondgenoten. Er is veeleer sprake van ‘rechtstreekse’ zorg en ‘niet-rechtstreekse’ zorg; beiden staan in het teken van het gezamenlijk en belangen overschrijdend doel van de organisatie nl. optimale patiëntenzorg. Niet de winst, maar de realisatie en de organisatie zijn het centrale doel.

Dat doel omvat eigenlijk twee deeldoelen ⁵:

- vooreerst het behartigen van het doel waarvoor de organisatie werd opgericht
- vervolgens evenwaardig maar in functie hiervan, het behartigen van het voortbestaan en de ontwikkeling van de organisatie als middel.

In een Integrale Organisatie wordt sturing beperkt tot het geven van opdrachten en resultaatcriteria en het verschaffen van de middelen die nodig zijn om tot resultaten te komen. Afdelingen sturen zichzelf aan, en krijgen eindverantwoordelijkheid om hun doel te realiseren. De managementtaak wordt op die manier beperkt tot communicatie en afspraakbewaking.

In een Integrale Organisatie worden alle afdelingen en diensten beheerd met het **zobh-model** (zien – observeren – beslissen – handelen). Dat wil zeggen dat in al die velden de horizontale samenwerking overheerst. De deelnemers gaan er gezamenlijk zien, oordelen, beslissen en handelen, gaan er zelf zowel de genietbaarheid als de doeltreffendheid van hun samenwerking behartigen en beheren. De verticale aansturing varieert afhankelijk van de specifieke opdracht of het gewenste resultaat. Doch het zorgen voor interne relaties en effectiviteit zijn de belangrijkste opdrachten van leidinggevendenden. Alle deelnemers in de Integrale Organisatie komen overeen zowel de genietbaarheid als de doeltreffendheid van het realiseren uitsluitend horizontaal te behartigen, anders gezegd aan de hand van het zobh-model.

⁵ Gebaseerd op : Herman Lodewyckx , Het organisatiedilemma, genietbare en doeltreffende organisaties, Garant, 2001

3. Drieluik Ethiek - Missie - Visie

Het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge is het historisch resultaat van twee fusies. Ongeveer een kwarteeuw terug vond er in Sleidinge een één wording plaats tussen de twee 'geneeskundige instituten' Sint-Jozef en Mater Dei. Zij vormden vanaf 1989 de 'Psychiatrische Centra Sleidinge'. In 2012 zijn ook het 'P.C. Sint-Jan de Deo' en de 'P.C. Sleidinge' gefusioneerd tot het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge. In het kader van het uitschrijven van een 'ethiek, missie, visie' is het onmiskenbaar het belang aan te geven van de verschillende 'stichters', met name de familie 'De Seille', de 'Broeders Hiëronymieten' en de 'Congregatie van de Dochters van het Kind Jezus'. Het is essentieel te erkennen dat zij de initiële opening hebben tot stand gebracht door hun visie op het fundamentele eigen-zijn van de mens. Het Centrum is deze stichters blijvend schatplichtig. Wij funderen dan ook de ethische reflecties, missie en visie op hun oorspronkelijk waardenkader.

Met de **missie** van een organisatie wordt aangegeven welke de opdracht is die de organisatie als de zijne beschouwt en ten aanzien van wie zij deze opdracht vervult.

In de **visie** van een organisatie wordt aangegeven hoe de organisatie tegen zowel zijn opdracht als zijn opdrachtgever aankijkt en op welke wijze de organisatie zijn opdracht wil vervullen.

Voorafgaand aan de formulering van een missie en visie, zien wij het als noodzakelijk om **ethische reflecties** weer te geven over de juiste omgang met betrekking tot menselijke relaties. Ook als bij mensen een psychiatrische problematiek is gediagnosticeerd, verhopend zij bejegend te worden vanuit moreel oogpunt als een concreet uniek individu, met een eigen identificeerbare persoonlijke historie, met identificeerbare persoonlijke ervaringen, herinneringen en toekomstverwachtingen, kortom: met een eigen identiteit.

Op een ethisch bezonnen wijze in het werk staan, is een continu proces. Het betreft zowel een houding van autonoom en kritisch nadenken over criteria om het eigen handelen af te stemmen, als de blijvende kritische reflectie zelf. Het PCGS verlangt dat deze kritische houding wordt opgenomen door alle medewerkers individueel voor zich, door teams in de zorg, zorgondersteunend en logistiek, en door het PCGS als organisatie in zijn geheel.

3.1. Ethiek

Binnen de psychiatrie bieden levensverhalen en levensgeschiedenissen een interpreteerbaar perspectief van waaruit de patiënt zichzelf, zijn verleden en zijn situatie onder ogen ziet, beoordeelt en hieraan betekenis hecht. Aan de hand van deze levensgeschiedenissen kunnen de al dan niet verborgen waarden afgelezen worden, waaraan mensen hun waardigheid ontleen of ontleenden en die hen in hun ogen tot mens maken.

Respect voor werkelijke **autonomie**, opgevat als respect voor het persoon-zijn van de mens, hoezeer deze ook getekend is door ziekte of gebrek, veronderstelt daarom een ruimte waarin patiënten als mens, dus niet louter als patiënt, gehoord worden. Daarbij wordt van hulp- en zorgverleners verlangd dat zij **authentiek** in het werk staan, m.a.w. dat hun professionele kennis-arsenaal, zonder dewelke overigens elke professionaliteit inhoudsloos is, hen niet vooraf reeds verhindert om zich ook als mens, dus niet op voorhand als professional, ontvankelijk open te stellen voor de situatie waarin mensen zich als patiënt bevinden. Een dergelijke opstelling vereist een **dialogisch perspectief**, waarin professionals en patiënten elkaar als mens zien, horen, herkennen en erkennen.

Wij stellen dat een dialogisch perspectief van psychiatrische hulpverleners **ontvankelijkheid** verlangt voor hetgeen patiënten als mens werkelijk te zeggen hebben. Alleen op basis van een dialoog, waarbinnen **ruimte en aandacht is voor de levensgeschiedenis, achtergronden en potenties van patiënten** kan een nieuw, door alle gesprekspartners gedeeld perspectief ontwikkeld worden. Daardoor onttrekt het gesprek tussen patiënten en medische professionals zich aan de sfeer van het

wetenschappelijke verhoog en kunnen nieuwe, vaak onverwachte perspectieven ontstaan. In deze zin hebben dergelijke gesprekken **'verassingswaarde'**.

Alleen vanuit een interpersoonlijke dialoog, waaraan alle betrokkenen naar eigen aard en mogelijkheden participeren en waarbij ze elkaar in hun persoon-zijn erkennen, kan de psychiatrie zich manifesteren als een discipline die mensen in hun waarden bevestigt en aan hen de ruimte en de mogelijkheden biedt om op basis van nieuwe perspectieven zin en betekenis aan hun leven te geven. Een leven zonder perspectief is immers onmenselijk en ondraaglijk.

In de verdere exploratie kan het werk van Emmanuel Levinas (1905 – 1995) als denker van het gelaat van de ander inspirerend zijn. Dit denken kan oriëntaties bieden voor een beter begrip van de hulpverlening als menselijke en professionele relatie. Het levinasiaanse onderscheid tussen gezicht en gelaat heeft ethische implicaties voor de hulpverlening als "huiveringwekkende verantwoordelijkheid". Vermits de hulpverlening niet functioneert in een vacuüm zijn er kansen en risico's van de georganiseerde hulpverlening en aan de "kleine goedheid" als overschrijding van elk hulpverleningsregime.

3.2. Missie

Het PCGS is een psychiatrisch ziekenhuis die intramurale, ambulante en mobiele zorg en behandeling aanbiedt aan mensen met psychosociale, psychische of psychiatrische problemen.

Het PCGS vervult deze opdracht t.a.v. de maatschappij in zijn geheel.

Het psychiatrisch centrum beschikt hiervoor over een ziekenhuis met 320 plaatsen, een divisie voor jongeren (vanaf 12 jaar), een PVT en participatie in enkele initiatieven voor beschermt wonen.

Hulpverlening wordt niet alleen aangeboden in de context van het centrum zelf, maar ook door het uitsturen van medewerkers bij de hulpvrager ter plaatse. Het PCGS erkent dat het ziekenhuis als voorziening een onderdeel is binnen een aantal zorgtrajecten en richt daarom zijn blik in alle aspecten van de zorg naar buiten toe.

Eenzijds vertaalt het PCGS zijn ethische cultuur in toegankelijke en laagdrempelige zorg. Er is de niet aflatende poging om als organisatie steeds een antwoord te bieden aan elke individuele of maatschappelijke hulpvraag.

Anderzijds biedt het PCGS de mogelijkheid tot hoogintensieve, kwalitatieve, gespecialiseerde zorg op indicatie en afgestemd op verschillende problematieken. We hebben hierbij aandacht voor biologische, psychische, sociale en existentiële dimensies en de integratie daarvan. Deze opdracht wordt vervuld in dialoog en samenwerking met alle betrokkenen met zorgvuldige aandacht voor de continuïteit van de zorg.

Het PCGS wil innoverend zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op die wijze wil het centrum zich engageren om steeds te kunnen beantwoorden aan de veranderende vragen en noden van de maatschappij en verantwoorde, performante zorg te bieden, en dit op het niveau van de maatschappij, op het niveau van de individuele zorgvrager en desgevallend de familie en de context.

3.3. Visie

3.3.1. Visie op de zorgomgeving

In de inleiding werd verwezen naar de inrichting van het ziekenhuis als herstellingoord. In eerste instantie kan er een 'nuttige periode' van 'relatieve afzondering' nodig zijn. Pas ziek geworden, of ernstig in crisis, kan men soms ook de wereld niet aan. Anderzijds kan de wereld (context, maatschappij) soms ook de kenmerken van de ziekte niet aan, omdat de patiënt teveel onrust geeft en het dus voor ieders heil beter is dat hij tijdelijk van de wereld afgezonderd is.

Goffman heeft op indringende wijze 'de totale afzondering' besproken: de gesloten inrichtingen, de gevangenissen, de verschrikkelijke maar noodzakelijke infrastructuur, het stigma dat hierdoor bevestigd wordt, de mensen die uit het zicht moeten worden gehouden. Voor bepaalde patiënten en voor een beperkte periode is dit te beschouwen als een vriendelijke, broodnodige verzorging. De wereld buiten kan met zijn hoeveelheid aan afspraken, verwachtingen en diverse interacties een overspoelend en beangstigend effect hebben. Terwijl in de mini-maatschappij die een afdeling is, er plaats gemaakt wordt voor een duidelijke, vaste structuur die rust en voorspelbaarheid kan bieden. Dit moet echter gevolgd worden door een volgende fase: de behoefte om te groeien en te herstellen.

*'Er was een tussenstation nodig, zowel existentieel als medisch, een plaats waar we een begrensd bestaan konden leiden, begrensd en beschermd en niet al te veeleisend, een begrensd maar expansief bestaan, tot we klaar zouden zijn om de grote wereld weer binnen te treden. Het eigenlijke ziekenhuis kon je nauwelijks een wereld noemen, zo min als verwonding en ziekte echt leven is. Nu het ons beter ging hadden we de wereld en het leven nodig, maar we beantwoordden nog niet aan alle eisen des levens en waren nog niet opgewassen tegen de jachtige, harde, meedogenloze grote wereld; we zouden eraan ten onder gaan. Wat we nodig hadden was een rustig plekje, een haven, een schuilplaats waar we geleidelijk gezondheid en zelfvertrouwen zouden herwinnen, niet in de laatste plaats dat zelfvertrouwen – een vredig intermezzo, een wereld waar het elke dag sabbat is, een soort kostschool waar we moreel en fysiek op krachten konden komen.'*⁶

3.3.2. Visie op de zorgrelatie

Het PCGS gelooft in de gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en hulpverlener en heeft aandacht voor de risico's die de machtsverhouding tussen patiënt en hulpverlener uit evenwicht kunnen brengen.

Zorg en behandeling vinden plaats door het bijeen brengen van de deskundigheid en het vakmanschap van de hulpverlener met de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de hulpvrager en zijn omgeving. Leidraad in deze samenwerking is de wijze waarop patiënt en zijn omgeving zijn / hun leven verder wensen uit te bouwen.

Hierin staan dialoog, onderhandelen en bondgenootschap centraal. Het PCGS past hiervoor verschillende denkstromingen en therapeutische oriëntaties toe en baseert het werk onder meer op Evidence-Based Medicine/Practice en actuele standaarden.

Evidence Based Medicine impliceert een gestandaardiseerde aanpak, wat voor een deel van de psychiatrie wellicht nuttig of zelfs nodig is (bv. medicamenteuze therapieën). Alleen moet de 'evidence' uit voldoende betrouwbare bronnen gehaald worden. EBM streeft ook naar het opstellen van protocollen, beslisbomen en dergelijke meer. Wie 'protocollen' zegt, zegt ook meteen 'gestandaardiseerde benadering van de patiënt'. Hierin schuilt het risico van uniformisering van de

⁶ Oliver Sacks, Een been om op te staan, Meulenhoff, 2001, p. 145 – 146.

behandeling als men deze principes klakkeloos toepast zonder aandacht te hebben voor het levensverhaal van de patiënt.

EBM is een waardevolle methode bij kritisch gebruik, om tot een gefundeerde behandelingskeuze te komen uitgaande van en in samenspraak met de individuele patiënt en de literatuur. Het gevaar schuilt er echter in dat wanneer men biomedische wetenschappen plaatst boven de menswetenschappen, de behandeling gestuurd wordt vanuit een impliciet objectivistisch mensbeeld. Een goede behandeling impliceert dat EBM aangevuld wordt met Value Based Medicine (VBM), die de explicitering en afweging ondersteunt van waarden die betekenisvol zijn.

'Ik hoop dat het huidig medisch-genetisch discours en het psychosociale discours elkaar uiteindelijk gaan vinden en elkaar aanvullen. (...) Ik roep iedereen op, patiënt en hulpverlener, om zich te laten horen, al is alléén maar om de hedendaagse druk van efficiëntie, cijfers en resultaten weerwerk te bieden en zo de volledig mens weer centraal te stellen'.⁷

3.3.3. Visie op de werkrelatie tussen medewerkers

Ons personeelsbeleid is er op gericht medewerkers in te zetten op de plaats die het meest aansluit bij hun capaciteiten, aspiraties en talenten. Wij kiezen om te werken met bezielde en gepassioneerde medewerkers die elk een deel willen vormen van het collectief. Wij geloven dat de ruimte die een persoon krijgt om creatief te zijn, een voorwaarde is om tot innovatieve ideeën en constructieve oplossingen te komen.

Humaan professioneel in het werkveld staan echter, vergt het vakmanschap waarbij men zich in de eerste plaats ontvankelijk opstelt met de niet evidente acceptatie dat het leven van elke ander niet in onze eigen termen is te vatten, maar waarbij men tegelijk ook de ruimte creëert voor de heilzame effecten van wetenschappelijk gefundeerde methodieken.

De meerwaarde van transdisciplinaire samenwerking in teams is onder meer terug te vinden in kennisoverdracht, kritische reflectie, intervisie, benadering vanuit verschillende perspectieven en evenwaardigheid.

3.3.4. Visie op het medewerkersbeleid in de organisatie

Het PCGS is een lerende organisatie die gekenmerkt wordt door continue evaluatie en het nemen van initiatief. Het beleid van het PCGS wil door een transparante en duidelijke communicatie en wisselwerking met zijn medewerkers, ondersteunend en motiverend zijn.

Participatie in beleidsvoering en autonomie in het eigen werk zijn elementaire voorwaarden voor goede resultaten in de zorg.

Wij geloven dat creativiteit, autonomie in eigen werk en ontwikkeling binnen de eigen professie, noodzakelijke voorwaarden zijn om innovatieve ideeën te laten groeien.

Wij menen dat de kwaliteit van ons ziekenhuis gedragen wordt door de bereidheid om zowel op vlak van vorming als op vlak van intervisie een bijzondere inspanning te leveren, de (eigen) werking en de eigen kennis voortdurend te ondervragen.

⁷ Lammerant Ingrid, Humane psychiatrische zorg vanuit het perspectief van een mens met ervaring, Avondsymposium met tweejaarlijkse prijsuitreiking Humane Psychiatrische Zorg, 21 november 2014

3.3.5. Visie op de maatschappelijke opdracht

Het PCGS kiest voor efficiëntie, toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid. Dit wordt gerealiseerd door 7 dagen op 7, 24 uur op 24 uur bereikbaar en beschikbaar te zijn voor elke psychosociale en psychiatrische hulpvraag. Spoedeisende opname aanvragen worden onmiddellijk gerealiseerd.

Voor niet dringende aanvragen worden met de hulpvrager afspraken gemaakt voor een aanbod, aangepast aan zijn vraag. Het specifiek en uitgebreid behandelaanbod voor jongeren, volwassenen en ouderen biedt intramurale of extramurale behandelmogelijkheden op maat van de hulpvrager. Het PCGS heeft hierbij, in samenspraak met de hulpvrager, oog en oor voor de context.

Het PCGS investeert in netwerking met alle relevante actoren uit de Vlaamse regio om de zorgverlening naadloos aan te sluiten op die van andere centra. Vermaatschappelijking van de zorg wordt gerealiseerd door kritische vraagstelling en inschakeling in diverse zorgtrajecten.

Het PCGS voert acties om de geestelijke gezondheid te promoten door het delen van eigen expertise en die van ervaringsdeskundigen, door het voeren van preventiecampagnes, het kwartiermaken en door positieve beeldvorming.

Het PCGS houdt rekening met de noden en de verwachtingen van de maatschappij om elk van zijn afzonderlijke leden de beste zorg te kunnen bieden die nodig is. Het centrum wil in al zijn processen een hoge graad van performantie na streven.

3.4. Besluit

Dit drieluik, ethiek-missie-visie, is geen vrijblijvend engagement, maar bepalend voor de vorm en inhoud die de nieuwe organisatie wenst. In de psychiatrische praktijk ontstaat het creëren van perspectieven in dialoog en met wederzijds respect. Voor het creëren van perspectieven en groei voor de gehele organisatie is dit niet anders. De werkorganisatie moet groeien naar een organisatie waar mensen komen werken, meer dan louter voor een inkomen. Het moet overtuigen dat het PC Gent-Sleidinge een organisatie is die zich oriënteert op de realisatie van de finaliteiten van dit drieluik, niet enkel in woord maar ook in daden. Dit impliceert een integrale organisatie die de autonomie en de groei van zelfsturende teams ten gronde ernstig neemt. Er is een causaal verband tussen de ruimte en autonomie voor de werknemer en het resultaat daarvan op de ontplooiingskansen voor de patiënt. Dit is de fundering van de bedrijfscultuur.

4. De zorgstructuur van het PCGS

Dit hoofdstuk “zorgstructuur van het PCGS” is een inventarisatie van ons zorgaanbod op datum september 2015. De inhoud van dit zorgaanbod is uitgeschreven in dialoog tussen directie en de betrokken klinieken, afdelingen, units, diensten. De verdere opdracht is er één van verdieping, verbreding of versmalling in dezelfde dialoog. Op dit parcours is de afstemming noodzakelijk van ieder project naar het project van PCGS. Dit impliceert een herijking van iedere kliniek, afdeling en unit naar de basisprincipes, en is dus work in progress, open dialogerend, niet vrijblijvend, verantwoord naar de principes van zorg en organisatie.

4.1. Dienst voor zorgvragen

4.1.1. Situering

De Dienst voor Zorgvragen (verder de DVZ genoemd) is in Campus Sleidinge in 2010 ontstaan vanuit de nood aan management als gevolg van de groei en verdere differentiatie bij zowel de zorgvragen als het zorgaanbod. De DVZ houdt het globaal overzicht inzake vraag en aanbod voor zorg en behandeling naar en van het PCGS en treedt hierin coördinerend op. Tevens heeft de DVZ een faciliterende functie t.a.v. de verwijfs- en schakelmogelijkheden, zowel deze die het PCGS biedt als deze bij externe zorgverleners.

Per 01 oktober 2014 is ook de implementatie gestart op Campus Gent.

De ambitie is om de DVZ uit te bouwen tot een centraal aanmeldingsloket voor geheel het PCGS waarbij alle telefonische aanvragen bij de DVZ terecht komen, of waar vragen die via andere wegen binnenkomen naar de DVZ kenbaar gemaakt en / of verwezen worden.

4.1.2. Kerntaken

De DVZ werkt intensief samen met alle zorgafdelingen binnen het PCGS. De accenten in de samenwerking liggen op onderstaande domeinen van het zorgbeleid:

- De DVZ staat garant voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het PCGS
- De DVZ verzorgt een coördinerende functie bij de opnames in het PCGS
- De DVZ verzorgt een coördinerende functie bij interne transfers in het PCGS
- Het toegankelijker maken van complexe dossiers zowel bij interne als externe vragen
- Ondersteunen, adviseren en/of begeleiden van de zorgteams
- Uitbouwen en faciliteren van netwerken intern het PCGS en met externe partners

Zoals ‘zorgvragen’ al doet vermoeden, houdt dit meer in dan enkel opnameaanvragen. De vragen die door de DVZ opgenomen worden, hebben een rechtstreeks of onrechtstreeks verband met de psychiatrische zorg die we zowel ambulante als residentieel aanbieden. Naast opnamevragen worden dus zowel informatieve vragen van patiënten en verwijzers betreffende het aanbod in de campus als ambulante vragen voor de polikliniek (zowel voor volwassenen als minderjarigen) verzorgd.

In de traditie van dit ziekenhuis houden we eraan dat iedere vraag een gepast gevolg kan krijgen die het dichtst aansluit bij het meest haalbare, het meest toegankelijke en het meest wenselijke. Dit vanuit een visie die de ontvankelijkheid centraal stelt. Er zal gestreefd worden om de vraagsteller steeds in een antwoord te voorzien, of om de vraag te verhelderen. Vraagverheldering kan dan een finaliteit op zich zijn, maar kan ook leiden tot directe hulp binnen het PCGS of bij partners binnen het netwerk van het PCGS.

De vraag waarmee de zorgvrager contact opneemt met de DVZ is niet altijd te koppelen aan een specifieke vorm van hulpverlening. De hulpvraag is niet altijd even duidelijk en er kan sprake zijn van 'de vraag achter de vraag'. De medewerker van de DVZ zal samen met de zorgvrager de vraag ontrafelen en de problemen inventariseren om een beter inzicht te krijgen op de aard ervan en om alle mogelijk alternatieven te verkennen.

Wat betreft het nastreven van de hoogste ontvankelijkheid kunnen onderstaande aandachtspunten als basis dienen:

- In tijd : elke dag, 24u op 24u, kan een opname gerealiseerd worden.
- Naar opnamecriteria : tenzij bij time-out, zijn er geen exclusiecriteria voor een opname. Bij elke time-out wordt de duurtijd vooraf vastgelegd.

4.1.3. Bedbeheer

Het bedbeheer op de afdeling is de eindverantwoordelijkheid van het afdelingshoofd. Er is in deze materie ruimte voor afdelingsspecifieke accenten. Het team van de DVZ checkt dagelijks (of meerdere keren per dag) in realtime de situatie van de plaatsbenutting en krijgt zo overzicht op de beschikbare plaatsen in het PCGS. Dit overzicht geeft de realtime opname- en interne transfercapaciteit weer.

4.1.4. Ontwikkeling en begeleiding van zorgpaden en externe verbindingen met partners

- Ontwikkeling en begeleiding van zorgpaden:
De opvolging, beheer, bijsturing en optimalisering van zorgpaden op casus niveau is de verantwoordelijkheid van het behandelende team. De DVZ kan bijdragen om complexe situaties te ontwarren, kan vernieuwende visies inbrengen, out of the box meedenken en in bepaalde situaties als bliksemafleider optreden.
- Consolideren en versterken van externe verbindingen met partners en zorgcircuits:
Als verbindende en faciliterende dienst kan het team van de DVZ bijdragen, en heeft ook de opdracht, om netwerken te ondersteunen, aan te wenden, te bevragen en uit te bouwen. In een circulaire beweging ontvouwt dit werk zich aansluitend bij casuïstiek, binnen en tussen zorgafdelingen en op organisatieniveau.

Zoals eerder al aangegeven zorgt de DVZ voor meer dan de opname aanvragen alleen. De DVZ verzorgt op heden de toeleiding naar onderstaande dienstverlening. De ambitie is om deze naar de toekomst te verdiepen, andere vormen te verkennen en te implementeren op niveau van het PCGS :

- Polikliniek voor psychologische en psychiatrische zorg voor volwassenen
- Psychodiagnostisch onderzoek
- Communicatie met justitie en politiediensten
- Externe professionele netwerken (Popov, cliëntenoverleg,...)

4.1.5. Dienst voor psychodiagnostiek

Deze dienst beantwoordt interne en externe vragen inzake beeldvorming en diagnostiek. Diagnostiek sluit uiteraard aan bij een brede visie op werken met "De mens en zijn verhaal", eerder dan werken vanuit "testpsychologische resultaten". Hier ook werkt men niet met de vraag welke ziekte de patiënt heeft, maar welke mens die ziekte heeft.

4.2. Kritische diensten

4.2.1. Residentieel luik

Veelal komt de patiënt in opname omwille van een crisissituatie. De crisis wordt veroorzaakt door een op een bepaald moment ervaren compleet disfunctioneren bij de patiënt. Dit kan resulteren in een vorm van acting-out : een fugue, emotionele decompensaties, een suïcidepoging, acute wanen, ernstig gebruik van middelen,... . De opdracht van onze 'kritische diensten' is de opvang / verzorging van de patiënt in dergelijke toestand en / of deze toeleiden naar een ambulante, mobiel of residentieel parcours (intern of uitgebouwd met partner organisaties).

4.2.1.1. De Afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling

De Afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling is er voor alle problematieken die onder de gestelde omstandigheden aangemeld worden. Deze afdeling omvat 2 units die een verschillende graad van beveiliging aanbieden.

Er is enerzijds de Unit voor Urgentiepsychiatrie, een kleine high-care afdeling om de nodige intensieve zorgen aan te kunnen bieden. De opnames binnen het kader van de wet op de 'bescherming van de persoon van geesteszieke' worden hier gerealiseerd . Om deze mensen op een meer humane wijze zorg en beveiliging te kunnen aanbieden, is een toekomstig heractiveringsproject voorzien binnen de begroting van 2015.

Anderzijds is er de Unit voor Crisisbehandeling met 19 bedden waarbij de beveiliging onder de categorie 'midcare' valt.

4.2.1.2. De Afdeling voor Crisistoxicomanie

De Afdeling voor Crisistoxicomanie is een beveiligde afdeling voorzien voor de opvang van patiënten aangemeld met ernstige toxicomane problematiek (voornamelijk drugverslaving). In principe is hier een opname mogelijk van zeer kort (enkele dagen ontwenning) tot enkele weken met oriëntatie naar ambulante of mobiele trajecten, ofwel naar één van de behandelafdelingen op basis van een differentiaal diagnostische evaluatie.

Argumentatie

Niettegenstaande dit vroeger al uitvoerig gebeurd is, wensen we hier nogmaals te benadrukken waarom crisispsychiatrische opvang uitgebouwd moet worden binnen de setting van ons (of elk) psychiatrisch ziekenhuis.

Vooreerst is de inhoudelijke conceptualisering van de specialiteit urgentiepsychiatrie een boeiend gegeven. Deze uitdaging is voor algemene psychiatrische ziekenhuizen met grote A-diensten, zowel inhoudelijk therapeutisch als economisch de enige toekomst. Urgentiepsychiatrie komt het beste tot zijn recht vanuit een vertaling van de Engelse term '**emergency psychiatry**'. 'To emerge' is volgens het woordenboek 'het verschijnen, het tevoorschijn komen, het bovenkomen, het opduiken, het opkomen, het blijken, het uitkomen'. Hier is het argument aanwezig voor de plaats van de urgentiepsychiatrie, nl. daar waar een equipe van medisch, paramedisch en verpleegkundig personeel 24 uur aanwezig is en opgeleid is om 'op tijd' (wanneer het oprijst) de problematiek te bewerken.

Er is een onderscheid te maken tussen het concept 'dringende psychiatrische crisiszorg' en het concept 'spoedgevallen'.

Bij 'dringende psychiatrische crisiszorg' in de betekenis van 'emergency psychiatry' gaat het erom op het juiste moment er bij te zijn, in functie van bewerking, het creëren van mogelijkheden. Het concept 'spoedgevallen' kan dan worden gereserveerd voor die gevallen waarbij, in functie van veiligheid, een tussenkomst noodzakelijk is wegens levensbedreigend of direct bedreigend voor de fysieke integriteit van de persoon. Er zijn uiteraard mensen met psychiatrische problemen die met 'spoed' moeten behandeld worden (bv. ernstige intoxicaties, snijwonden,...). Deze mensen moeten eerst opgevangen worden op de 'spoedgevallendienst' van een algemeen ziekenhuis. In een algemeen ziekenhuis, dienst spoedgevallen zorgt men het herstel van de vitale functies en verwijst men daarna (terug) door. Vandaar ook het belang van een optimale samenwerking.

Binnen de context van het psychiatrisch ziekenhuis is het essentieel dat gehandeld wordt vanuit de bijzondere alertheid. De timing van het luisteren naar datgene wat zich presenteert op deze specifieke momenten, is bepalend voor de verdere behandeling van de patiënt. De tijd is in die zin even determinerend als een behandeling in de context van een spoedhospitalisatie binnen een algemeen ziekenhuis. Indien niet 'op tijd' gereageerd wordt, is de prognose meestal slecht. De ruptuur met de sociale band als gevolg van een crisismoment, en dikwijls in het kader van een gedwongen opname, vraagt om een welbepaalde snelheid, aanwezigheid en interventie. De patiënt wordt overspoeld door angst en heeft in eerste instantie nood aan een instituut die mensen weet te onthalen. Onthalen betekent dat we echt aanwezig zijn, zowel fysiek als mentaal, wat heel evident klinkt, maar het allesbehalve is. De arbeid in crisis is er één op het scherpst van de snede. Overdracht installeren, liefst zo snel mogelijk, verbindingen maken doorheen de tijd, voor transitie zorgen, naar een verpleegkundige, ander teamlid of naar de therapie verwijzen is van cruciaal belang.

De opvang van een urgentiepsychiatrische setting kan gaan van een '**nood'-zakelijke interventie** (ambulant of mobiel), bv. bij suïcidedreiging, psychotische opstoot, psycho-sociale problemen, agressie, tot een **crisisinterventie**, bv. ernstige breuk in het psychisch evenwicht met angst, depressie, misbruik van middelen, die vraagt om tijdelijke (van enkele dagen tot weken) en beschermde opvang.

Het spreekt voor zich dat 'urgentie-werk' een permanente beschikbaarheid en bereikbaarheid impliceert en dus de garantie van de aanwezigheid van een professioneel kader dat instaat voor de dringendheid (spoed als tijdsconcept) maar ook met de medisch-therapeutische mogelijkheden op het vlak van de crisisbejegening (gevaar maar tegelijkertijd ook de mogelijkheid tot verandering).

Er zijn in de (financieel betere) jaren 90 verschillende initiatieven vanuit de overheid geweest om de uitbouw van 'dringende psychiatrische hulpverlening' te financieren. Uiteindelijk zijn slechts een beperkt aantal units gefinancierd, maar dan binnen grootschalige (en vooral universitaire) ziekenhuizen.

Toch heeft Campus Sleidinge geopteerd om met beperkte ambities (vnl. op vlak van case-load en permanentie) de uitbouw ervan vorm en inhoud te geven. De bedoeling is dan ook om de bestaande Afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling en de Afdeling voor Crisis toxicomanie te bestendigen, verder te ondersteunen en uit te diepen. Dit onder meer door een nog betere verankering en intensievere samenwerking in functie van de noden van zorgvragers en verwijzers.

4.2.2. Ambulant luik : het Mobiel Crisisteam

In het advies van de Nationale Ziekenhuisraad van 2002 in verband met de 'operationalisering van de dringende psychiatrische crisiszorg' is gewezen op het belang van 'een soort psychiatrische MUG-dienst'. Uiteindelijk is de concretisering opgenomen in het overheidsbeleidsplan 'artikel 107', m.n. in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg'. Functie II kondigt hier de introductie aan van een 'nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg die sneller toegankelijk zal zijn en aangepaste zorg aanbiedt aan mensen in hun thuisomgeving. Het betreft de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden, als alternatief voor een

ziekenhuisopname'. De intensiteit en de duur van een interventie door zo'n dienst zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek.

Sinds september 2012 werd er onder voogdij van 'Het Netwerk PAKT' een MCT-team opgestart met 18 FTE. Het PCGS heeft hiervan 8 FTE ingebracht, dit is het equivalent voor een gedeelte van de beddenafbouw in het kader van artikel 107. Het PCGS brengt eveneens ook 7 uren psychiater tijd in. De investering in deze mobiele equipe is dus ruim en is een bewuste keuze geweest binnen de toen vastgelegde strategische doelstellingen. Binnen de bestaande werking hadden wij sinds 2007 reeds een netwerk van voorzieningen uitgebouwd waarbij wij steeds 2 personeelsleden beschikbaar stelden voor mobiele dringende psychiatrische zorg (Mobiele Equipe, zorg voor niet opgenomen mensen met een psychiatrische problematiek voor Gent-Eeklo).

Mede door de uitbreiding van de werking in regio Gent (met een gedeelte van Oost-Vlaanderen ten zuiden, noorden en westen van Gent) blijkt de opsplitsing van de teams meer en meer aan de orde. Immers, oorspronkelijk was de keuze van één of twee teams ook al een discussiepunt. Deze opsplitsing biedt ons de mogelijkheid tot de uitbouw van een MCT1 en MCT2 waarbij het PCGS voor een tweede team meer bepalend wenst te zijn, zowel qua visieontwikkeling als wat betreft de operationele uitbouw.

4.3. Kliniek voor opname en behandeling

4.3.1. Residentieel luik : De Kering en de Opnameafdeling

Voor een groot deel van onze voor opname aangemelde patiënten is een doorgedreven architectonische beveiliging niet nodig. Deze patiënten worden opgenomen in opnameafdelingen waarvan het opzet 'opener', 'individueel', 'kort-durender' is dan bij de andere behandelafdelingen (zie II.3). De 'open' opnameafdelingen werken complementair aan de 'kritische diensten' en zijn eveneens vlot toegankelijk (bereikbaar, ontvankelijk, beschikbaar).

Ruimtelijk is er op Campus Gent afdeling De Kering, die plaats biedt aan 30 patiënten en op Campus Sleidinge de Opnameafdeling met 2 Units : APP 1B en APP OC (APP : Afdeling voor Psychiatrie en Psychotherapie), die met een integratiebeweging bezig zijn en die 33 plaatsen heeft. Onder meer de architectonische ligging van deze afdelingen (stad versus platteland) biedt mogelijkheden om een gedifferentieerd antwoord te bieden aan de diversiteit in psychisch lijden en symptomen waarmee mensen zich aanmelden.

Beide opnameafdelingen dienen hun project in te passen binnen soepele schakelmogelijkheden met de kritische diensten en andere afdelingen. Dit kan gaan van een beperkte opvang (een gesprekstherapie, een medicamenteuze sturing, een begeleidende zorg, een time-out), tot een doorverwijzing of heroriëntering naar een mobiele, ambulante of residentiële dienst, of kortdurende individuele behandeling op de afdeling zelf.

Doelgroep

De doelgroep zijn patiënten die o.a. terug te vinden zijn onder de omschrijvingen 'persoonlijkheidsstoornissen', 'angststoornissen', 'actuele neurosen', 'depressieve problematieken', 'psychotische stoornissen' en 'verslavingsproblematiek (alcohol en medicatie)'. . Het kunnen eerste (GGZ) opnames zijn of mensen die reeds een uitgebreid parcours langsheen diverse hulpverleners en/of voorzieningen achter de rug hebben. Dikwijls is er comorbiditeit en ook middelenmisbruik. Er zijn geen exclusiecriteria. Er kunnen wel afspraken zijn met de DVZ om de patiënt tijdelijk enkel in crisis op te nemen of een opname te vermijden teneinde een beweging naar iets anders mogelijk te maken.

Het hulpaanbod voor patiënten in De Kering heeft meer betrekking op symptomen die door een persoonlijkheidsproblematiek veroorzaakt worden, op de Opnameafdeling van Campus Sleidinge is het aanbod meer gericht op patiënten met symptomen met betrekking tot affectieve stoornissen en psychotische episodes. Beide afdelingen worden geconfronteerd met mensen die naast hun psychiatrische problematiek een reeks problemen hebben in het professioneel en persoonlijk leven.

Therapeutische werkvorm

De inhoudelijke projecten van de beide afdelingen groeien verder op wat vanuit hun eigen traditie goed is uitgebouwd. De verschillen in therapeutische werkvorm voorzien in een diversiteit aan aanbodmogelijkheden. Daar waar de opnamedienst op Campus Sleidinge een traditie heeft vanuit een analytische werkvorm en de behandel focus veeleer op individuele therapie ligt, is De Kering gegroeid vanuit het cognitief gedachtegoed en is het kortdurende behandeltraject die men er volgt, modulair groepsgericht opgebouwd. Beiden benutten het systemisch denkkader.

4.3.2. Ambulant luik

Zowel aan de voorpoort als aan de achterpoort moeten mogelijkheden bestaan om een visie te ontwikkelen over de verhouding tussen 'binnen' en 'buiten' in het behandelaanbod. De partiële hospitalisatievormen en nazorgmodaliteiten krijgen een specifieke plaats.

Aansluitend op de opnamekliniek is de organisatie van poliklinische zorg van belang. Aan de voorpoort dient aan een soort 'wachtpoli' vorm gegeven te worden, waarbij iedere zorgvraag binnen de week kan resulteren in een ambulante afspraak. Dit kan gegarandeerd worden door twee halve dagen per week ambulante permanentie.

4.4. Kliniek voor intensieve doelgroepgerichte behandeling

Deze kliniek heeft twee afdelingen met specifieke ambities.

4.4.1. Afdeling voor Dubbele Diagnose

Historiek

De Afdeling voor Dubbele Diagnose heeft een ontstaansgeschiedenis naar aanleiding van een onderzoeksproject van de Federale Overheid in 2002 en is uitgegroeid tot een vaste waarde in het GGZ-landschap. De meerwaarde is dat de afdeling kan functioneren als een relatief kleine leefgemeenschap met een goed omkaderde personeelsequipe. Dit biedt het voordeel dat de voorziene activiteiten meer gericht kunnen ingevuld worden.

Het nadeel is dat de afdeling selectief is, omdat een aantal patiënten een dergelijke intensieve werkvorm niet aankunnen of de dichtheid van het samenleven sommigen kan beangstigen. Dit impliceert een doelgroep die samengesteld is uit patiënten met een ernstige psychotische problematiek gecombineerd met middelenmisbruik (vnl. druggebruik) die ook baat hebben bij het therapeutisch kader. Vandaar het belang van het kennismakingsgesprek. De doelgroep is uitgebreid naar patiënten met een bipolaire problematiek omdat uit ervaring blijkt dat de overdrachten met psychotische patiënten hanteerbaar zijn en zelfs therapeutisch te benutten. De reden daarvoor is de mogelijkheid van authentieke ontmoeting, existentieel en ook de confrontatie met de ziektegeschiedenis, die zij gemeenschappelijk hebben.

Het project is sinds 2014 structureel verankerd na een gunstig evaluatieonderzoek door de U.I.A.

Therapeutisch kader

Het geheel is meer dan de som van de delen

Het was vlug duidelijk dat voor deze specifieke patiëntenpopulatie de nood des te meer bestaat om ook te werken buiten de grenzen van de afdeling en de residentiële opnameduur. Vanuit deze nood werd een zorgcircuit dubbele diagnose uitgestippeld, en werd dit vanuit de afdeling op verschillende domeinen geoperationaliseerd:

- enerzijds is er de rol van brugfunctie, die linken legt tussen de verschillende zorgsystemen, maar die ook andere voorzieningen (vb. betreffende wonen, werk en vrije tijd) contacteert, inlicht en coacht. Ook de reeds bestaande context wordt bij het behandelproces betrokken. Dit betekent dat patiënten ook na de opname zorg op maat krijgen en geholpen worden in het opnemen van hun maatschappelijke rol, binnen hun moeilijkheden van wonen – werk, vrije tijd – context uitbouwen.
- anderzijds is in de afgelopen jaren gebleken en is het ook logisch dat voor deze specifieke doelgroep er ook hiaten zijn in het bestaande zorgnetwerk. Vandaar dat er projecten werden uitgedacht en opgestart zoals het woonproject '@14' en het ontmoetingshuis 'Villa Voortman'. Dit zijn projecten die een duidelijk verlengstuk aanbieden en werken binnen dezelfde logica, visie en methodiek.

Het therapeutisch kader waarbinnen gewerkt wordt op de Afdeling voor Dubbele Diagnose, is door de jaren heen meer en meer geschoven naar een systemisch denkkader. Nog steeds wordt er ingezet op zowel de individuele als op de groepsdynamische behandeling, en deze zijn momenteel nog meer met elkaar verweven dan voorheen.

Systeemtherapie op de unit voor dubbele diagnose is er op gericht om het symptoomgedrag, zijnde de psychotische problematiek en de verslavingsproblematiek, van de opgenomen patiënt, te situeren binnen de communicatiesequensen van het systeem waartoe hij behoort. Hiervoor worden individuele gesprekken gevoerd, om het levensverhaal in kaart te brengen, maar ook gezinsgesprekken, om na te gaan hoe de verhoudingen zich daar manifesteren. De interacties op de afdeling zelf, met medepatiënten en met het personeel zijn ook een grote bron van informatie over de particuliere betekenis van iemands problematiek. Inzicht en begrip in het eigen functioneren is de eerste noodzakelijke stap naar een structurele verandering en een individueel psychotherapeutische begeleiding zal hier dan ook maximaal op inzetten.

Sociotherapie is het op methodische wijze creëren van een therapeutisch woon- / leefklimaat, met als doel een omgeving te bieden waarin patiënten kunnen genezen en / of leren omgaan met hun symptomen. Dit is geïnspireerd door het werk van Maxwell Jones. In zijn werk staan volgende basisprincipes centraal: tolerantie, democratie, communalisme en confrontatie met de realiteit. Transparantie is een principe dat het team er aan toegevoegd heeft. Het is in het werk met de dubbele diagnose problematiek zeer belangrijk gebleken om een zo helder mogelijke communicatie te hanteren.

Geïntegreerde behandeling loopt door in het ambulante werk

Naast het voldoen aan de algemene formele vereisten van een geïntegreerd behandelprogramma (psychose en verslaving), heeft de Afdeling voor Dubbele Diagnose een eigen visie ontwikkeld omtrent deze specifieke problematiek, die een belangrijke meerwaarde biedt aan de behandeling van deze doelgroep.

Zoals in de resultaten van de audit is vermeld, zijn de teamleden cross-trained. Er is een mentaliteit waarbij teamleden zich steeds verder willen bijscholen in de modellen die wat betreft psychose en / of druggebruik effectief zijn gebleken. Thema's zoals assessment, motivationele gespreksvoering, diagnostiek, kennis van verslaving, psychiatrische stoornissen en dubbele diagnose, psycho-educatie,

outreaching, fasewerking enz..., zijn inderdaad gekend en worden geïmplementeerd in de behandeling.

Dit heeft duidelijk zijn waarde en is professioneel elementair.

Het 'evidence-based' behandelbeleid wordt evenwel gekaderd en toegepast binnen een voor iedereen duidelijk omschreven visie. Een gedeelde kijk naar dubbele diagnose geeft richting aan de behandeling. Het is een benadering waar men steeds op kan terugvallen. En het is binnen deze visie dat modellen niet enkel aansluitend zijn, maar specifiek geïntegreerd aangewend.

De geïntegreerde behandeling verschilt met de psychozorg en met de drughulpverlening, omdat zij net vertrekt vanuit de eigenheid van deze 'specifiek dubbele diagnose'-populatie, en de twee stoornissen niet als apart of zelfs 'samen' te behandelen ziet.

Druggebruik wordt op deze afdeling gezien als een psychotisch symptoom, als een oplossingspoging die de psychoticus toelaat min of meer stand te houden binnen het sociaal discours van het drugmilieu. Deze reeds bestaande oplossingspoging wordt binnen de geïntegreerde behandeling trouwens aangewend als startpunt: ondanks de zeer particuliere levenservaringen, waanconstructies en verwardheid, ervaren dubbeldiagnosepatiënten door hun druggebruik of drugsverleden, een 'samen'horigheid. Aan de hand van de gemeenschappelijke identificatie met 'het toxicomaan-zijn', voelen zij zich minder vreemd, minder bizar, en doen zij pogingen om zichzelf aan elkaar en aan de hulpverlening uit te leggen. Het zijn deze pogingen die in de vele groepsmomenten worden gefaciliteerd, om van daaruit meegenomen te worden in voor eenieder een individueel aangepast parcours.

4.4.2. Feniks

Historiek

De afdeling die recent herdoopt werd tot '**Feniks**' is het resultaat van de jarenlange uitbouw van een werking voor patiënten binnen een 'neurotisch register'. De afdeling heeft zich door de jaren heen aangepast aan de evoluerende populatie van patiënten die duidelijk een andere therapeutische werkvorm vereisen. Mede onder impuls van een nieuwe geneesheer is men recent herstart met een nieuwe organisatie en een nieuw statuut van therapeutische activiteiten, bedoeld voor patiënten met een As II persoonlijkheidsstoornis.

Wat zijn eigenlijk persoonlijkheidsmoeilijkheden? Mensen met deze problematiek ervaren moeilijkheden in het contact met zichzelf en anderen. Conflicten komen vaak voor en bepaalde destructieve patronen blijven zich herhalen. Naast deze (inter)persoonlijke problemen – die er vaak voor zorgen dat relaties geen stand houden of werk niet volgehouden wordt – zijn er vaak symptomen aan de orde die reeds lange tijd (langer dan zes maanden) aanwezig zijn zoals chronisch depressieve gevoelens, eetproblemen, zelfverwonding, verslaving, financiële moeilijkheden en andere sociale problemen. Deze symptomen vormen vaak de aanleiding voor een medisch of psychologisch consult, indien de onderliggende problematiek dan niet behandeld wordt, keren ze na een tijd terug.

Therapeutisch kader

De behandeling is fenomenologisch-psychodynamisch geïnspireerd. **Fenomenologie** verwijst naar verschillende elementen van de behandeling.

Om te beginnen, de open, a-theoretische instelling van alle leden van het behandelteam. Door deze houding aan te nemen wordt er ruimte gecreëerd voor mensen om op verhaal te komen – een visie die sterk in het verlengde ligt van de filosofie van het ziekenhuis in het algemeen. De milieu-therapeutische traditie speelt ook een grote rol in de begeleiding. Dat wil zeggen dat er veel aandacht gaat naar het alledaagse leven op de afdeling en het contact tussen de mensen onderling in het hier en nu. Zo proberen we te begrijpen hoe het moet zijn om het leven van die persoon te

leiden. Buiten het ‘gewone’ contact met elkaar zijn er ook bepaalde zaken die het contact in het hier en nu bepalen maar die hun wortels hebben in de manier waarop significante personen met hen omgegaan zijn in het verleden. Op de afdeling laat men deze zaken oplichten en wordt geprobeerd die tot expressie te brengen in de verschillende vormen van therapie. Door afstand te kunnen nemen van hun gedrag en vastgeroeste denkpatronen leren mensen zien waar de problemen liggen en kunnen ze proberen om zich anders te gedragen of anders te denken.

De hele behandeling steunt op drie belangrijke pijlers die innerlijke verandering uiteindelijk mogelijk maken, namelijk: veiligheid, hechting en mentalisatie. Door een duidelijk programma aan te bieden en dat consequent toe te passen, wordt een voorspelbare ruimte gecreëerd waarin mensen zich op hun gemak leren voelen en met zichzelf en elkaar kunnen omgaan zonder dat men zich teveel hoeft te beschermen om niet gekwetst te worden bij het zich kwetsbaar opstellen in groep. Door het aanbieden van een duidelijk therapeutisch kader en door mensen te behandelen met dezelfde problematiek ontstaat er een **basisveiligheid** die het verder psychotherapeutische werk toelaat. Binnen een dergelijke atmosfeer kunnen mensen zich leren **hechten** aan anderen waardoor diepgaande (inter)persoonlijke patronen zich herhalen en zichtbaar worden. De bedoeling van de behandeling is dat mensen afstand leren nemen van hun gedachten, gevoelens en gedragingen, dat ze leren **mentaliseren**. Alleen zo is een blijvende verandering mogelijk in hun manier van leven met zichzelf en de ander.

Het is de bedoeling om binnenkort het ambulante programma ‘De Halte’ op te starten, gebaseerd op hetzelfde therapiemodel als Feniks. Het bereiken van hetzelfde resultaat wordt beoogd op twee halve dagen per week gedurende zes maanden tot maximaal een jaar, het grote verschil ligt in de populatie die deze behandeling volgt. Het richt zich vooral op mensen die intensieve psychotherapeutische behandeling nodig hebben en dit nog kunnen combineren met een dagactiviteit zoals werk, studie of gezin. Dit aanbod is een antwoord op de vermaatschappelijking van de zorg die eigen is aan de hedendaagse psychiatrische hulpverlening. Het spreekt vanzelf dat er altijd een residentieel programma zal nodig zijn en dat het ambulante niet voor iedereen voldoende is. Een én-én visie is wezenlijk voor de behandeling van persoonlijkheidsmoeilijkheden: zowel intra- als extramuraal.

4.5. Kliniek voor herstelgerichte behandeling en rehabilitatie

Herstelondersteunende zorg

De kliniek voor herstelgerichte behandeling en rehabilitatie richt zich naar cliënten die kampen met complexe psychiatrische kwetsbaarheden en als gevolg daarvan langdurige zorgnoden hebben. Het vergt een verandering van attitude van ‘zorgen voor’ naar ‘ondersteunen van’ de cliënt. Binnen dit ondersteunen blijven wij zoeken naar mogelijkheden om de lijdensdruk te verlichten of de symptomen te verminderen, maar blijven we ook de mens herkennen zonder hem te reduceren tot zijn situatie met zich blijvend herhalende symptomen.

Behandeling kan in deze ruimte plaats maken voor herstel en ook rehabilitatie is per definitie herstelondersteunend. Behandeling kan de cliënt op weg helpen om zelf bepaalde dingen te doen die zijn of haar symptomen verminderen. Rehabilitatie kan helpen om mensen met psychiatrische beperkingen te laten functioneren in zelf gewenste rollen.

‘Ik ben op weg met L. naar zijn appartement. Na enige onderhandeling maakte hij een opening en mag ik mee om me te vergewissen van de chaos die zich niet alleen in zijn hoofd afspeelt maar ook op de grond van zijn stek. Sinds twee maanden met dagelijks suïcidedgedachten komt hij er niet meer toe enige opruiming te organiseren. De kleren die hij uittrekt, gooit hij op een nog vrije plek, de afwas staat onaangeroerd, de twee planken die hij aan de muur wou bevestigen liggen op de grond. De vloer is vuil en bedekt met tientallen

plastieken winkelzakjes. De onfrisse geur slaat me in de neus. L. geeft aan dat hij tevreden is dat de straat toch werd proper gemaakt en dat hij ideeën heeft om het ook in zijn appartement weer op orde te maken. De frigo is netjes. Ik hou even in. Denk terug aan gesprekken met deze fiere man die het zelf wil kunnen en graag hulp afwimpelt omdat het zijn diepste ziel raakt. Ik raak het voorzichtig aan, dat ik merk dat hij een idee heeft om eraan te beginnen, en mij daarvoor mag inzetten. Twijfel bij hem. Ik hou vast en onderhandel over het vrij maken van een m². Ik mag aan de slag en sorteer papier en plastic op de plaats die hij aangeeft. Hij geeft aan dat hij niet weet hoe lang hij het fysiek kan volhouden en vraagt bevestiging omtrent zijn ideeën hoe het te organiseren. Ik bevestig. Zelf maakt hij zijn vrijgemaakt berghok op orde en installeert er zijn gereedschap dat hij verzamelt over de hele ruimte. 20' later staan we aan zijn voordeur met 3 vuilzakken, karton en papier en de plastieken zakjes en dragen het via de lift naar de containers. Ik bedank L. dat hij mij toeliet om te helpen. Hij antwoordt dat er een rilling over zijn rug loopt.'

Herstelondersteunende zorg gaat verder dan de rehabilitatiedomeinen en voegt hoop en zingeving toe in maatschappelijke rollen. Het vertrekt vanuit de vraag aan de cliënt wat dan wel herstelbevorderende, dan wel herstelbelemmerende factoren zijn. We ondersteunen het denk- en ontwikkelingsproces van de cliënt.

Een persoonlijk herstel installeert een ruimte waarbij de persoon aan de slag gaat met zichzelf om zichzelf of zijn situatie te veranderen (identiteit, waarden, doelen, hoop, zingeving). We grijpen de gelegenheid om een leven 'buiten de kwetsbaarheid' op te bouwen. Cruciaal kan je je daarbij afvragen of wat je wil gaan doen de cliënt verder helpt met het maken van zijn eigen verhaal? Vergroot het zijn eigen kracht en gevoel om weer greep te krijgen? En maakt het gebruik van zijn eigen ervaringsdeskundigheid?

Een goede herstelondersteunende zorg heeft aandacht voor een professioneel referentiekader, doch op een bescheiden en teruggetrokken wijze. Het sluit aan bij het particuliere, unieke verhaal van de cliënt. Het benut de eigen kracht van de cliënt, stimuleert de ervaringsdeskundigheid van de cliënt, stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen en is gericht op het vergroten van eigen regie of autonomie.

'Herstelondersteunende zorg vraagt om dialoog-gestuurde zorg, de cliënt en de hulpverlener bepalen samen wat wanneer nodig is. In die dialoog leert de patiënt om weer zelf (mee) aan het roer te staan....

Wat cliënten in geen geval willen, is dat herstel een hulpverlenerswoord wordt, en het herstelproces een vorm van therapie'.⁸

Herstel is niet een uitkomst, maar een proces waar ups en downs bijhoren. We streven met de kliniek voor herstelondersteunende zorg naar een optimaal evenwicht tussen residentiële en ambulante zorg.

4.5.1. Residentieel luik

In Campus Gent zijn er twee afdelingen die zich onderscheiden door hun focus naar een klinische doelgroep. Het is uiteraard van essentieel belang dat binnen de uitbouw van een parcours van 'persoonlijk herstel' er afstemming gebeurt voor een aantal patiënten die binnen de context van een afdeling werkbaar blijft. Voor mensen met een specifieke psychische organisatie die aanleunt bij persoonlijkheidsproblematiek enerzijds, het psychotische register anderzijds kan dit een eigen invulling impliceren en het hanteren van overdrachten.

⁸ Lammerant Ingrid, Humane psychiatrische zorg vanuit het perspectief van een mens met ervaring, Avondsymposium met tweejaarlijkse prijsuitreiking Humane Psychiatrische Zorg, 21 november 2014

4.5.1.1. De Bron

De Bron richt zich naar mensen met een persoonlijkheidsproblematiek, gerelateerd aan een **zeer specifieke kwetsuur**. De symptomen uiten zich vaak onder de vorm van : angst en stemmingsproblemen, een chronische verstoring van interpersoonlijke relaties , onvermogen vorm te geven aan de eigen identiteit en allerlei uitingen van emotionele disregulatie.

Dit vergt een **specifieke behandelmethodiek** : het in vivo zich begeven in de maatschappij, vanuit een voldoende veilige startbasis, is een essentieel onderdeel van deze behandelmethodiek. De Bron richt zich dan ook op een herstelgerichte werking waarbij mensen vanuit hun eigen verlangens, terug gebracht worden in een te verdragen verhouding met anderen en de maatschappij. Dit berust op een behandel- en rehabilitatievisie die niet los van elkaar gezien kunnen worden.

De herstelgedachte vormt de leidraad om elke patiënt zo goed als mogelijk te begeleiden naar een opbouw tot zelfzorg, tot het vinden van levenskwaliteit. Dit zowel op persoonlijk gebied als op vlak van maatschappelijk functioneren. Men ondersteunt wat al goed loopt, versterkt de gezonde kanten van de persoonlijkheid en legt hiermee de klemtoon op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om hem zo opnieuw vertrouwen te laten krijgen in zijn herstel en de dagelijkse sociale realiteit.

Vanuit verschillende psychotherapeutische denkkaders (gedrags, cognitief, psychoanalytisch, systeemgericht, experiëntieel) is de therapeutische methodiek in de eerste plaats gericht op het installeren van een veilige therapeutische relatie. Samen met de patiënt gaat men op zoek naar inzicht in de unieke samenhang tussen de verschillende factoren in elk zijn levensverhaal, stimuleert men de eigen kracht en biedt men vanuit het milieutherapeutisch georganiseerd samenleven de mogelijkheid tot het opdoen van nieuwe ervaringen en groeikansen. Er is eveneens aandacht om binnen dit werk het vermogen tot mentaliseren te stimuleren en er worden tevens emotieregulatievaardigheden aangereikt.

4.5.1.2. De Stroom

De Stroom is een afdeling voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid en / of autisme spectrum problematiek. De herstelvisie was en is nog steeds inherent en sturend voor de visie van afdeling De Stroom.

Niet zozeer de genezing staat centraal, wel wordt samen met de patiënt gezocht hoe te leren omgaan met mogelijkheden en beperkingen. Individuele doelstellingen van de patiënt zijn richtinggevend voor de behandeling, de patiënt geeft op die manier mee richting aan de behandeling (shared decision making).

De visie is onderbouwd door o.a. het bio-psycho-sociaal model, een integratie van cognitieve en systeemtherapie, stress-kwetsbaarheidsmodel en het stappenplan van Appelo en (uiteeraard) de rehabilitatievisie.

De behandeling is gericht op de alledaagse werkelijkheid. Hierdoor zijn specifieke vaardigheden op verschillende levensdomeinen belangrijk. Hieraan gerelateerd is het afdelingsklimaat gericht op veiligheid, respect, overzicht en voorspelbaarheid. Verder besteedt men veel aandacht aan het versterken van het zelfvertrouwen en voorziet men ondersteuning bij het rouwproces.

Het leven met een blijvende beperking / kwetsbaarheid leidt onvermijdelijk tot een beleving van verlies: verlies van mogelijkheden, verlies van sociaal netwerk, veranderde familiale relaties, opgeven van studies en / of werk, problemen bij zelfstandig wonen, het gevoel er niet meer bij te horen, verminderd zelfvertrouwen.....

Rouwen is een normale reactie op een abnormale situatie. We bieden de patiënten ruimte en tijd om bij dit verlies stil te staan en te rouwen.

We besteden veel aandacht aan het erkennen van de realiteit van de kwetsbaarheid/beperking, aan het doorwerken van alle gevoelens en reacties die volgen op het verlies van gezondheid (ongeveer elke emotie kan opkomen en in een ongewone intensiteit: verwarring, angst en vrees, protest en agressie, schuldgevoel, schaamte, depressie en wanhoop....). We begeleiden en ondersteunen de patiënt in zijn proces om zich aan te passen aan de veranderde realiteit (nieuwe vaardigheden aanleren, nieuwe rollen opnemen, ambities aanpassen aan de mogelijkheden, medicatietrouw.....). Geleidelijk aan leert men op emotioneel en existentieel niveau leven met de ziekte - deze heeft een plaats gekregen in het eigen levensverhaal - en kan men de draad van het leven weer oppakken (nieuwe bindingen aangaan, terug controle krijgen over gevoelens en gedachten, terug een zingeving vinden.....).

4.5.1.3. Afdeling Rehab

In Campus Sleidinge is Afdeling Rehab een 'samen-verhaal' van (oorspronkelijk) twee rehabilitatieafdelingen die gefusioneerd zijn omwille van de afbouw van bedden in het kader van artikel 107 (april 2012). Het samenbrengen van twee afdelingen met andere benaderingen kende geen gemakkelijk verloop, uiteindelijk werd geleidelijk aan de basis gelegd voor een vernieuwde samenwerkingsconfiguratie die potentieel biedt voor nieuwe ontwikkelingen in de toekomst.

Momenteel is er omwille van verbouwingsperikelen (verbouw Mater Dei) opnieuw een strikte functionele opdeling tussen de twee werkingen. In het perspectief van de nieuwbouw komt alles opnieuw samen (verbouwingsdossier zit momenteel administratief/financieel geblokkeerd, een doorbraak wordt alvast op korte en misschien zelfs middellange termijn niet verwacht).

Het is niet de bedoeling om nu krampachtig aan de twee deelwerkingen vast te houden, eerder gewerkt aan de uitbouw van een bredere schakering van zorgmodules. Afdeling Rehab zal zich dan nog meer kunnen onderscheiden door het aanbieden van een brede(re) waaier van rehabiliterende en resocialiserende activiteiten, met een overkoepelende herstelgerichte begeleiding en bejegening van de patiënt.

Kenmerkend voor de afdelingspopulatie is de diversiteit naar inhoud en tempo van de zorgtrajecten, het verandertempo van de patiënt staat evenwel centraal in de aanpak. De Afdeling Rehab kent hierbij een continuüm **van actieve resocialisatie** (voor patiënten die opnieuw een plaats willen innemen in het maatschappelijk leven), **langverblijf** (de complexe en onstabiele psychische toestand maakt het moeilijk om een leven buiten de instelling uit te bouwen) **tot oriëntatie naar PVT**

Daartussen ontwikkelt Afdeling Rehab tussenvormen. In de eerste plaats wordt hierbij gedacht aan alternatieve, meer gediversifieerde woonvormen. Hier moet nagedacht hoe de samenwerking met de initiatieven beschut wonen van Domos en Ipso nog verder kan geïntensifieerd worden.

Algemeen kan gesteld worden dat men op de Afdeling Rehab (1) ruimte wil maken voor het eigen verhaal en de eigen kracht van de patiënt en (2) een visie heeft op zorg die berust op beweging. De focus ligt steeds meer op beweging naar 'buiten' en nieuwe maatschappijgerichte 'tussenvormen' die ook meer voorhanden zouden moeten zijn. Van Veldhuizen stelt terecht dat de hamvraag hierbij is of deze patiënten zullen participeren of 'participieteren'. Het mag hen daarbij niet ontbreken aan noodzakelijke, hoogwaardige zorg. Daarbij moet er, reeds vanuit de afdeling, gewerkt worden aan kwartiermaken, participatie en sociale inclusie. De afdeling werkt verder actief mee aan de uitbouw van een aantal transmurale zorgtrajecten, van casemanagement tot beschut wonen +.

'De kern van rehabilitatie wordt gevormd door de triade – de samenwerking tussen patiënt, familie en hulpverlener - én de attitudeverandering van de professional van machthebber naar gelijkwaardigheid in de relatie met de patiënt. En ook het jarenlang trouw zijn en eerbied hebben voor de langzaamheid van de veranderingsprocessen van de chronische harde kern van achterblijvers. Het gaat hem om menselijke echtheid en menselijk contact, solidariteit, zorg, nabijheid.' (Detlef Petry).

4.5.1.4. De dienst Arbeidstherapie - Arbeidsbegeleiding

Een aansluitend aanbod voor alle afdelingen in het PCGS is de dienst Arbeidstherapie - Arbeidsbegeleiding, die een ruime expertise rond arbeid en activering heeft vergaard. Het doorverwijzen van patiënten voor arbeidsbegeleiding staat steeds in functie van arbeidsrehabilitatie, preprofessionele training en dagstructurering.

De (twee) medewerkers gebruiken de assessment methodiek om een beter zicht te krijgen op de aanwezige arbeidscompetenties en -beperkingen om samen met de patiënt een haalbaar activeringstraject uit te stippelen. Er wordt een brede waaier aan activiteiten (hand -ambachtelijke, klussen, kartonnage, administratief werk, tuin,...) aangeboden.

De medewerkers communiceren met behandelteams en patiënten en zijn contactpersonen binnen een heel netwerk van gespecialiseerde diensten (GTB, oriëntatie -, opleidings- en begeleidingscentra, werkgevers, vrijwilligerswerkingen, ...) die hun deel van het traject voor hun rekening kunnen nemen.

4.5.2. Ambulant luik

De meerwaarde van de outreachende mobiele teams is duidelijk. Toch vinden we dat er ruimte moet zijn voor nieuwe initiatieven gebaseerd op een (inhoudelijk) debat over de uitbouw van complementaire ambulante zorg. Joris Vandenberghe maakt in het artikel 'Ambulant als het kan, outreachend als het moet' (Tijdschrift voor Psychiatrie, 2010) onderscheid tussen **ambulante** zorg (de patiënt gaat naar de hulpverlener) en **outreaching** zorg (de hulpverlener gaat naar de patiënt). Daarin formuleert hij dat outreaching voor- en nadelen heeft. Het is een belangrijke complementaire zorgmodaliteit naast ambulante zorg, die beter is aangepast aan bepaalde doelgroepen en fasen van de zorg. Vertrekkende vanuit zijn visie op vermaatschappelijking, stelt hij: *'ambulant als het kan en outreaching waar ambulante zorg tekortschiet of een aangetoonde meerwaarde biedt.'*

Binnen die optiek was de uitbouw van een vernieuwde dagkliniek in Campus Gent, ook binnen het kader van nood aan verbouwingswerken in Campus Sleidinge (site Mater Dei), een logische beleidskeuze. Gezien de nood maar ook (het geloof in) de effectiviteit van dit aanbod binnen de vermaatschappelijking van zorg, wil het PCGS investeren in deze werkvorm. Kenmerkend voor de dagkliniek is het tweeluik 'De Steiger / De Weverij'.

De accentverschillen tussen 'De Steiger' en 'De Weverij' worden vertaald door infrastructureel twee aansluitende gebouwen. Het blijft de bedoeling dat er een voortdurend overleg is tussen de twee deelwerkingen.

Er is mogelijkheid tot dag-hospitalisatie en nabehandeling, maar ook voor een (beperkte) aanloopfunctie.

Deze dagkliniek heeft gezien zijn ligging midden in de stad, specifieke aantrekkelijke mogelijkheden. De uitdaging voor de komende jaren zal dan ook zijn om dit bijzonder 'ambulant' project verder goed te runnen, zeker naar haalbaarheid gezien de te verwachten toeloop. Ook de actieve inschakeling van ervaring-deskundigen wordt een prioriteit.

4.5.2.1. Dagziekenhuis De Steiger

De Steiger is er voor mensen die op een actieve therapeutische wijze terug naar de maatschappij worden gericht. De werking steunt op de pijlers van rehabilitatie en herstel, waarbij de rol als hulpverlener er één is die fluctueert in het toekennen van de regie aan de cliënt. Zo maximaal mogelijk, toch tegen de verhouding van de kwetsbaarheid. Vanuit de rust en veiligheid van de afdeling wordt gepoogd de band tussen de cliënt en de samenleving (in brede zin) zo maximaal

mogelijk te bestendigen en verder uit te bouwen. Het start vanuit de wens of behoefte van de cliënt en kent groeien en leren als kernbegrippen. Het referentiekader dat verder gehanteerd wordt op De Steiger steunt op ACT (Acceptance and Commitment Therapy)⁹ en systeemtherapie.

Focus van de training ACT ligt op de toename van persoonlijke controle op de omgeving door een evenwicht te vinden tussen aanvaarding en verandering. ACT staat dan voor :

A: accept; aanvaard je gedachten en gevoelens, wees aanwezig

C: choose; kies een door waarden geleide richting

T: take action; onderneem actie.

We bekijken de niet-werkzame coping strategieën (vechten tegen, vermijden) die mensen hebben ontwikkeld. We stellen daar een “bereidheid” (en andere niet gebruikte coping) tegenover als alternatief. Deze “bereidheid” onder de vorm van acceptatie, je laten leiden door waarden en het actie ondernemen, wordt in een context geplaatst van een belangrijk levensdomein.

Per levensdomein wordt een waardevol doel geïdentificeerd en een specifiek stappenplan geformuleerd. Op zoek gaan naar waarden voor jezelf biedt een continuïteit waartegen je je kan verhouden en die ook losstaat van de omgeving waarin je vertoeft.

ACT-processen die aan bod komen zijn : Bereidheid, Cognitieve defusie, Contact met hier en nu, Zelf-als-context, Waarden en Waardengerichte acties. De ACT-processen kunnen gezien worden als facilitator van herstel. ACT-processen dragen bij tot herstel door het verhogen van motivatie en persoonlijke inzet, het helpen invullen van sociale rollen, het genereren van hoop, het herstellen van identiteit, integratie van het ziek zijn, het inzetten van eigen kennis en ervaring, het betrekken van steun van de omgeving, het leren om verantwoordelijkheid te dragen en om de regie terug in eigen handen te nemen.

In een dialoog tussen cliënt, hulpverlener en familie en belangrijke anderen, vormen de hulpverlener en familie de basis. Samen ondersteunen zij de cliënt. Hun samenwerking en onderlinge afstemming zorgen voor een betere ondersteuning, waarbij de familie vaak zorgt voor de echte continuïteit van zorg.

Twee invalshoeken worden hierbij in rekening gebracht; de familie als belangrijke schakel in het herstel van de cliënt én de familie die zelf nood heeft aan herstel. Ook bij familie is bejegening op zijn plaats onder de vorm van luisteren, begrip, erkenning op een evenwaardige manier. De familie wordt actief uitgenodigd. Wanneer de last bij de familie afneemt, komt dit ten goede van het herstel van de cliënt.

Bovenstaande is allesbehalve een lineair gebeuren, een zekere circulariteit is op zijn plaats. Dit vraagt van de hulpverlener telkenmale een vertragen, bevragen en mee op zoek gaan naar betekenisgeven op ieder ogenblik van het proces. Dit vraagt van een cliënt een vertragen, een bevragen en een op zoek gaan naar betekenis.

4.5.2.2. Dagcentrum De Weverij

De Weverij werkt met mensen die niet geholpen zijn met een oriënterend traject maar die dankzij een woning en een plaats waar ze altijd terecht kunnen, stand houden in de maatschappij. Het betreft mensen bij wie psychische of psychiatrische problemen chronisch aanwezig blijven met weinig verwachtingen naar een positieve evolutie in het ziekteverloop.

Deze mensen zijn vatbaar voor zorgvormen die, vanuit de retardatie in het herstelverloop, mee de stilstand in het leven bewerkstelligen, een leven waar elke dag dezelfde wordt.

⁹ Acceptatie en commitment therapie bij angststoornissen. Behandelgids voor het gebruik van mindfulness, acceptatie en waardengerichte gedragsveranderingsstrategieën. Georg H. Eifert en John P. Forsyth, 2005

De Weverij is zich bewust van de iatrogene effecten van de zorg en wil, even voorkomend als de chirurg die zijn werkinstrumenten tegen infectiegevaar ontsmet, de besmetting voorkomen van het sedimenteren, het dichtslibben van de dagen.

De Weverij is dan ook dynamisch georganiseerd en werkt vanuit de goesting om een schone plek te maken, een plek die voor elkeen iets kan betekenen, iets kan be-roeren in het leven. Die goesting is de drijvende motor van De Weverij. Het is trouwens vanuit die goesting al dat de naam voor het nieuwe dagcentrum werd gekozen nl. op een groepsgesprek met als centrale vraag: " Wat moet een plek als een dagcentrum voor u verzorgen? ". Een van de patiënten bleek op de hoogte van de geschiedenis van het gebouw nl. de aanwezigheid van een weverij/spinnerij van Lieven Bauwens, de bekende Gentse zakenman, die in het begin van de negentiende eeuw het weefgetouw Mule Jenny bouwde op basis van stukken die hij smokkelde in Engeland. Bovendien werd de metafoor van het weven aangehaald: we zouden daar toch ontmoetingen, contacten, netwerken weven...

Tijdens de wekelijkse vergadering werden en worden ideeën gesprokkeld voor ateliers, oplossingen gezocht voor problemen in het samenleven, plannen gesmeed voor uitstappen en koerswijzigingen. De personeelsleden vallen niet samen met hun statuut, maar engageren zich op basis van interesses voor dit of gene atelier, patiënten doen voorstellen. Er is een wekelijkse bijeenkomst, 'Spinsels', die deze vragen en voorstellen kanaliseert en bespreekbaar maakt. Dit is een proces dat nooit af is, dat dynamisch moet blijven.

4.5.2.3. Villa Voortman

Villa Voortman richt zich tot mensen met een dubbele diagnose problematiek die om tal van redenen de aansluiting met de hulpverlening niet meer kunnen of willen maken. Dubbele diagnose impliceert het samengaan van een aan middelen gebonden diagnose met een niet aan middelen gebonden aandoening. Zonder hierin exclusief te willen zijn, zien we deze laatste vaak binnen de 'klassieke' psychotische structuren zoals schizofrenie, paranoia en manisch-depressieve psychosen. Kenmerkend voor de mensen die zich aanmelden is dat ze ernstige problemen hebben op verschillende levensgebieden: een tekort aan sociale zelfredzaamheid, slechte woonomgeving of dakloosheid, justitiële problemen, stigmatisering, financiële problemen en een slechte lichamelijke verzorging. Aanvullend is hun professioneel en sociaal netwerk minimaal of onbestaand, zijn er negatieve ervaringen met de hulpverlening en is er een gebrek aan ziekte-inzicht. Deze destructieve spiraal maakt dat ze vaak vanuit overlast in beeld verschijnen. De verbinding blijkt verstoord: met zichzelf, met anderen, met de samenleving en met de toekomst. Zij weigeren meestal de reguliere hulpverlening, de enige binding loopt via gedwongen opnames of internering.

De bedoeling is om voor mensen met complexe en recidiverende problematieken toch een **complementaire en substituerende ambulante zorgfunctie** te presenteren en verder vorm geven. Deze vorm van 'ambulante hulpverlening' legt de verantwoordelijkheid en het initiatief meer bij de cliënt en wil zo emancipatorisch zijn. Het wezenlijk concept aan het 'ambulant centrum Villa Voortman' is het bieden van een context van vertrouwen en overdracht waarin therapeutische effecten geambieerd worden. Villa Voortman activeert, structureert, socialiseert en hoopt hierdoor verdere regressie tegen te gaan. Er is sprake van een gediversifieerd aanbod naar de verschillende levensgebieden (van gesprekken individueel en in groep, tot muziek en creatieve activiteiten, of gewoon sociaal contact. Een aantal patiënten uit het Dubbele Diagnose-project komen voor aangepaste vervolgzorg binnen case-management.

Tevens is er een actieve liaisonfunctie naar samenwerkende partners op niveau van de individuele cliënt met het doel om te werken 'aan ruimte maken voor het *anders* zijn' (kwartiermaken) om **passende** 'sociale inclusie, rehabilitatie en herstel' mede mogelijk te maken.

Villa Voortman is een kwetsbaar project dat gedragen wordt door het PCGS o.a. door 2 medewerkers beschikbaar gesteld door de Afdeling voor Dubbele Diagnose, een arts, een aantal vrijwilligers en een

tijdelijke financiering van de provincie. Ook het zoeken naar een nieuwe locatie is momenteel aan de orde.

Er is een groeiende belangstelling vanuit een breder netwerk van partnerorganisaties om met een gedeelde gedragenheid een toekomst te kunnen garanderen.

4.5.2.4. MOBIL Team Gent Noord

De vermaatschappelijking van de zorg beoogt dat personen met langdurige psychische problemen gewoon 'in de wijk' wonen en leven. Dit betekent niet automatisch dat zij participeren aan de samenleving. Velen van hen verkeren, in vergelijking met andere burgers, in een achterstandspositie. Zij hebben dan ook niet alleen behoefte aan kwalitatief goede behandeling, maar ook - en vaak vooral - aan goede ondersteuning op het vlak van wonen, werken en sociale contacten.

Binnen de PAKT regio zijn er momenteel vier '2B teams' (MOBiL). Het MOBiL Team Gent Noord is samengesteld uit vnl. PCGS medewerkers, en ook twee ervaringsdeskundigen (waarvan één ervaringsdeskundig familielid). Het zwaartepunt ligt op outreachende hulpverlening aan mensen met langdurige en complexe psychiatrische problemen.

De teams leggen 'trajecten' af: er wordt door de begeleiders op weg gegaan naar en / of met de cliënt ('in vivo'). Er wordt steeds afgewogen welke plek de meest aangewezen locatie is voor cliëntencontacten, o.a. huisbezoek, bij de maatschappelijk werker van het OCMW, het dienstencentrum, de werkplek, onthaaltehuis of op het eigen bureel.

Deze trajecten worden ook tijdens opnames verdergezet (inreach). De resocialisatie van personen met psychische problemen wordt in vivo bevorderd door hen te stimuleren en te ondersteunen in de domeinen ontmoeting, arbeid, vrije tijd en vorming.

Het MOBiL Team Gent Noord richt zich op maatschappelijke inclusie en herstel. Hierbij tracht het MOBiL Team Gent Noord ook in de samenleving een klimaat te creëren die de maatschappelijke participatie van personen met psychische problemen verhoogt.

De MOBiL teams investeren in bindende én verbindende zorg. De begeleiders steunen de cliënt zo veel mogelijk bij de eigen regievoering en gaan altijd uit van herstel; ook al is dit op lange termijn of ook al is de cliënt in een crisissituatie. Het woord (langdurige) 'ondersteuning' staat centraal in de visie. Ondersteuning en begeleiding vanuit de regie van de cliënt staat centraal.

Gezien er wachtlijsten zijn, zal een zorgvuldige inclusie voor deze specifieke begeleidingsvorm nog meer noodzakelijk worden alsook de verdere uitbouw van ambulante zorg vb. polikliniek.

Voor de intramurale GGZ, en in het bijzonder voor het PCGS, is het een uitdaging om voldoende toegankelijke opnamemogelijkheden te voorzien, indien opname noodzakelijk is. Vanuit de nood een coherent zorgbeleid uit te bouwen, wil het PCGS investeren in de (nieuwe) werkvorm van zorgafstemmingsgesprekken in geval van opname. Het doel is om te komen tot afstemming van doelen en verdere (zorg)afspraken samen met de patiënt en de betrokken teams.

4.6. Seniorenkliniek

De Seniorenkliniek op Campus Sleidinge richt zich tot iedereen ouder dan 60 jaar die te kampen heeft met een psychische of psychiatrische problematiek, zowel chronisch als acuut – waarbij de klemtoon vooral ligt op een ouderdomsgerelateerde problematiek. De enige exclusiecriteria zijn nood aan bescherming via gesloten architectuur, lichamelijke zorg als hoofdvraag en gediagnosticeerde dementie. Maar hoezeer de klemtoon ook ligt op de psychische problematiek, het is van groot belang om het fysieke aspect bij ouderen nooit te verwaarlozen.

Het omgaan met ouderen met psychische of psychiatrische problemen vereist dat er een continue reflectie gemaakt wordt over het 'ouder worden' en het 'psychische lijden'. De afdeling gaat in tegen het stereotype beeld dat ouderen als uitsluitend afhankelijk voorstelt. De Seniorenkliniek ziet de ouderen als zelfstandig bewuste individuen die vrij zijn om zelf keuzes te maken over hun toekomst. De klemtoon van de behandeling ligt dan ook in de zoektocht naar welke mogelijkheden de oudere nog in zich heeft. Gezien rouwprocessen of psychische stoornissen (psychose, cognitief defect) deze mogelijkheden vaak verbergen, is het de taak van elk teamlid om deze mogelijkheden terug aan te wakkeren, en aan te wenden om een herstel te faciliteren of om een nieuw evenwicht te bereiken.

Het werk met ouderen houdt ook in : het respecteren van het lijden van de mensen en hen helpen dit een plaats te geven in hun leven. Het is met de mensen zoeken naar een evenwicht, een poging tot zingeving, soms een instandhouding van de manier van leven. De zoektocht naar een nieuwe invulling van het leven vergt tijd en inspanning, zowel voor de patiënt als van de teamleden.

De afdelingswerking is gebaseerd op een psychoanalytisch denkkader, maar men gebruikt ook invalshoeken vanuit andere stromingen. Belangrijk bij dit alles is dat de patiënt en zijn beleving centraal staat.

De afdeling spreekt graag over de 'uitnodiging' als methodiek, als rode draad doorheen het afdelingsgebeuren. Dit laat toe om iedereen van zeer nabij en op een veilige, niet bedreigende manier op te volgen en te ondersteunen waar nodig. Het is de sprokkelroute van informatie en weetjes, maar vooral telkenmale een nieuwe kans om een nieuwe ontmoeting te realiseren en de kiem te leggen voor een toekomstige overdracht of een nieuw project.

Werken met ouderen vraagt dan ook een zekere 'bezieling' en 'engagement'. Dit is dan ook het hoofddoel van de aangeboden activiteiten en onze aanwezigheid om te animeren. Animeren, niet in de zin van onderhouden of bezig houden, maar van zijn oorsprong 'animare': het opwekken, leven geven, het bezielen.

De einddoelstelling van de behandeling is om mits dit aanbod de ouderen tot een nieuw evenwicht te brengen, zodat deze terug kunnen keren naar hun omgeving of zich kunnen aanpassen aan een nieuwe omgeving indien de zorg dit vereist.

4.7. PVT Hortus

Binnen het PVT Hortus staan zorg en wonen centraal. Het is een woonomgeving waar mensen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek, die geen nood (meer) hebben aan intensieve of gespecialiseerde residentiële zorg en / of behandeling, kunnen wonen of langdurig verblijven. Veel van de bewoners hebben vaak een rijke geschiedenis van diverse (al dan niet moeilijk verlopen) opnames en andere vormen van psychiatrische hulpverlening achter de rug. Parallel met deze vaststelling, wordt duidelijk dat wonen voor veel van deze mensen (en vaak ook hun context) als problematisch wordt ervaren, of dat men zich bij eerdere pogingen, om zelfstandig te wonen en te participeren aan het maatschappelijk leven, niet heeft kunnen handhaven.

Focus op een 'zorgende' woonomgeving

Wonen als een thuis...

In de eerste plaats wil het PVT een veilige en onthaltende plek aanbieden waar elke bewoner (steeds opnieuw) tot rust of tot zichzelf kan komen. De focus ligt immers niet op het behandelen van het 'psychiatrisch ziek' zijn, maar wel op de mens, zijn mogelijkheden, en zijn wensen over hoe hij of zij zijn of haar leven nog wil leiden. Wonen is in die zin niet louter fysiek onder een dak en tussen muren ergens verblijven, het is een symbolische modus van het leven. Wonen als een thuis plaatst de mens, als tweede beschermlaag of symbolische 'huid', in een veilige verhouding tegenover de 'druk(te)' van

het maatschappelijk leven. Het is een 'mentale' rustplaats die de vermogens van de bewoner uitbreidt of ondersteunt om zijn of haar leven en gedachten te ordenen en te bewerken. Het maakt mede mogelijk dat de mens terug kan thuis komen bij zichzelf, men kan er zijn.

Om dit te ondersteunen staat basiszorg centraal. Veel van de bewoners zijn de vaardigheden om voor zichzelf te zorgen en te wonen (soms blijvend) kwijtgeraakt. Basiszaken van het dagelijks leven zoals persoonlijke hygiëne, (gezonde) voeding, kledij,..., zijn voor veel bewoners een permanente uitdaging. Dagelijks worden de bewoners aangemoedigd om zelfzorg zo autonoom als mogelijk op te nemen. Men probeert de bewoners op hun sterktes aan te spreken, maar waar nodig wordt aangepaste hulp hierbij aangeboden. Deze basiszorg wordt steeds ruimer gesitueerd binnen het particuliere verhaal van elke bewoner, en meegenomen binnen het thema 'kwaliteit van leven' (en is dus geen louter orthopedagogisch project). Daarnaast hebben veel van de bewoners nogal wat lichamelijke kwalen en medische problemen, daarom heeft men naast de psychiatrische opvolging een goed uitgebouwde opvolging van de gezondheidstoestand en het somatisch functioneren van elke bewoner. Ook hier wordt geprobeerd om deze aspecten te integreren binnen de particuliere context van elke bewoner.

Wonen als verbinding...

Het PVT wordt niet eenzijdig opgevat als een plek om thuis te komen of als ruimte om zich terug te trekken. Het PVT biedt als woonomgeving steeds een 'venster' op het maatschappelijk leven aan. Wonen als thuis is in deze context een springplank, een verbinding, die de bewoner uitnodigt om terug iets buiten zichzelf in de sociale context op te nemen.

In de eerste plaats probeert men geen kale klinische omgeving te zijn maar wordt van de leefomgeving een warme thuis en een gastvrije omgeving gemaakt. Omdat bewoners hier vaak voor een lange periode verblijven en wonen, worden naast de individuele kamers de gemeenschappelijke ruimtes persoonlijk aangekleed. Het PVT als woonomgeving kan in die zin opgevat worden als 'intieme' buurt, als forum, waar bewoners elkaar, en mensen van het personeel dagelijks kunnen ontmoeten. Dialoog, participatie, en overleg staan hierbij centraal. De bewonersvergadering is bijv. een platform waar bewoners en het team samen komen om het leven binnen het PVT te bespreken, en waar de activiteiten (binnen en buiten) samen worden gepland en georganiseerd. De activiteiten hebben betrekking op het huishouden, ontspanning, creativiteit,..., maar willen los van hun finaliteit ook inzetten op het ontwikkelen van een aangenaam en ondersteunend woonklimaat.

In de tweede plaats probeert men, waar bewoners dat wensen, verbinding te maken met de (familiale) context en het sociale weefsel van de buurt. Men zorgt ervoor dat het mogelijk is dat alle bewoners de kans krijgen om hun sociaal netwerk te ontplooiën of te behouden. Het PVT probeert intensief met de context samen te werken. Om dit te verwezenlijken organiseert het PVT ontspannende activiteiten zoals bijv. familienamiddagen en eetfestijnen. Daarnaast werd een familieraad (adviesorgaan voor de context) opgericht, waar familieleden samen met het team kunnen nadenken over de ontwikkelingen van het PVT. Waar mogelijk wordt de context van de patiënt betrokken bij het herstelproces, en als medestander in dit proces ingeschakeld. Daarnaast wordt ook ingezet op de buurt waar het PVT zich bevindt. Via onder andere de methode van het Kwartiermaken wordt ingezet op de integratie van de bewoner in de buurt, als een evenwaardige buurtpartner wordt geprobeerd om samen te werken aan een veilige en aangename buurt. Bewoners krijgen op deze wijze (dat is het doel) binnen het buurtleven een plaats als gelijkwaardige burgers. Ondertussen lopen er verschillende samenwerkingsverbanden met buurtinitiatieven.

Focus op psychiatrische en existentiële hulpverlening blijven een belangrijke invalshoek

De werking wordt naast zijn zorgende woonomgeving en de overkoepelende uitgangspunten uit de rehabilitatie en herstel visie, aangevuld met de verworvenheden van de hedendaagse psychiatrie (medicatie, psychotherapie,...). Hoewel de psychiatrische problematiek van veel bewoners is gestabiliseerd of zich chronisch acuut manifesteert, legt het PVT blijvend een 'attente' en presente

therapeutische focus op de kliniek, hetzij individueel hetzij via het milieu. Bewoners kunnen als zij dat wensen blijven 'doorwerken'.

De leefwereld, de beleving, en de wensen van de bewoner staan hierbij steeds centraal. Dat maakt dat er gericht wordt op alle aspecten van het leven: de 'positieve', zoals bijv. kwaliteit, hoop en toekomstperspectief, en de 'negatieve', zoals bijv. beperkingen, oud worden, ziek zijn, dood gaan... Hierbij blijft de begeleiding zichzelf voortdurend in vraag stellen: " Geven we de mensen genoeg ruimte om om te gaan met hun wensen en verlangens ? ".

Focus op de toekomst

Het PVT Hortus wil vooral (verder) blijven inzetten op de kwaliteit van wonen en leven. Men merkt op dat de particuliere noden van bewoners, samen met complexer wordende problematieken, het huidige aanbod en 'woonvorm' van het PVT in vraag doen stellen. De uitdaging voor de toekomst ligt klaar, namelijk de unieke preferenties van elke bewoner zoveel mogelijk vertalen naar een aangepast woon-en zorgaanbod. In dit kader willen we o.a. intensiever samen werken met bestaande woonvormen zoals bijv. Beschut Wonen. Op heden bestaat een dergelijk samenwerkingsverband in het 'tussenhuis', waar bewoners dankzij een gecoördineerde zorgondersteuning meer zelfstandig kunnen wonen (dan wanneer zij in het PVT zouden verblijven). Daarnaast zal de uitdaging ook liggen in schakelmogelijkheden binnen dergelijke woonvormen. Hierbij denken we aan PVT+, PVT-, PVT studio wonen, PVT kortverblijf. Deze flexibiliteit in zorg en aanpak zorgt ervoor dat laagdrempeligheid kan gerealiseerd worden binnen de woonvormen.

4.8. Jongerencluster Yidam

De Jongerencluster omvat een residentieel, een mobiel jeugdhulp aanbod ('Crossover' en 'Outreaching Vlaanderen') en een ambulante transdisciplinair poliklinisch aanbod.

4.8.1. Residentieel aanbod

Het residentieel aanbod omvat I.B.E VOS - K unit Yidam en het hervalbed / Bed op Recept (BOR-bed).

De intensieve behandel eenheid heeft een capaciteit van 8 bedden, waarvan 7 bedden voor veilige residentiële opname gehanteerd worden. Hier kunnen meisjes terecht, onder toezicht van Sociale Dienst van de Jeugdrechtsbank van Oost - en West - Vlaanderen, met een VOS - statuut en het vermoeden van een psychiatrische problematiek. Meisjes kunnen hier 6 maand tot maximum 1 jaar worden behandeld. Er is voor deze jongeren ook outreachende voor- en nazorg.

Het *hervalbed* is er voor meisjes die in hun zorgtraject na hun opname in Yidam baat hebben bij een heropname van 2 weken, eenmaal verlengbaar met 2 weken. De bedoeling is dat de meisjes erna terug hun zorgtraject kunnen continueren.

Als het hervalbed niet bezet is, kunnen partnervoorzieningen de G.I. De Zande, BJB Gent - Eeklo, Netwerk Oudenaarde, 3 CANO voorzieningen West - Vlaanderen, De Kantel en Jezelf ook beroep doen op het *Bed op Recept* als time - out of crisis en dit voor maximum 14 dagen. Na deze opname continueren de meisjes eveneens opnieuw hun zorgtraject in de voorziening die hen begeleidt. De vraag (ook van andere voorzieningen) overstijgt ruim het aanbod.

We beschikken in IBE VOS - K unit niet over bedden voor jongens, maar in functie van het welslagen van het zorgtraject en op vraag van partnerorganisaties wordt ook beroep gedaan op de Afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling en andere afdelingen van het ziekenhuis (vanaf 15 jaar).

4.8.2. Mobiel aanbod

Het mobiel aanbod omvat 'Outreach Vlaanderen' en 'Crossover, verbindende jeugdhulp aan huis'. 'Outreach Vlaanderen' is er voor jongens en meisjes tussen 12 en 20 jaar, met VOS en/of MOF statuut. Deze jongeren verblijven in de GI De Zande Beernem - Ruiselede en staan onder toezicht van Jeugdrechtbank Gent, Ondersteuningscentrum Jeugdzorg Gent, Voorzieningen BJB Gent-Eeklo. De G.I. De Zande is geprivilegieerde partner.

Het aanbod vanuit Outreach is aanklappend en kan langdurend zijn en zeer divers qua aanbod. Het aanbod speelt in op de specifieke noden van het zorgtraject van de jongere: individuele begeleiding, gezinsbegeleiding, contextondersteuning, teamondersteuning, trajectadvies, beeldvorming en/of crisisondersteuning zowel voor de jongere, de context, als de voorziening.

'Crossover jeugdhulp aan huis' voorziet in een analoog aanbod, maar via een specifieke methodiek. De jeugdpsychiater en de therapeutische netwerkcoördinator verplaatsen zich op vraag van de voorziening eveneens naar de plaats waar de jongere verblijft. Op één dagdeel wordt met de jongere, ouders, netwerk aan tafel gegaan en wordt samen in overleg een antwoord geformuleerd op de hulpvragen zodat de jongere verder in zijn context kan verblijven. Het betreft jongens en meisjes tussen 12 en 18 jaar, met VOS en / of MOF statuut die toevertrouwd zijn aan GBJ De Zande Beernem – Ruiselede en de partnervoorzieningen BJB Gent – Eeklo – Netwerk Oudenaarde. De begeleiding is intensief en gericht op de uitbouw van een duurzaam en dynamisch netwerk. De therapeutisch coördinator van Crossover blijft aanspreekpunt en volgt het verloop van het traject van de jongere.

4.8.3. De wachtpoli

Tenslotte is er als derde luik de wachtpoli, die impliceert dat er per week een halve dag aanbod is voor consulten. Hierbij is het engagement dat binnen de week elke voorziening met jongeren terecht kan voor consult bij een kinder- en jeugdpsychiater en/of therapeut (psycholoog of orthopedagoog). De poli werkt binnen de visie van het ziekenhuis over transdisciplinair werken.

De Jongerencluster richt zich dus met haar aanbod zowel naar jongeren en hun gezinscontext als de ruimere context rondom de jongere (voorziening Jeugdhulp, school, consulent sociale Dienst, ...). Het zijn jongeren waarbij vaak sprake is van een multipele en complexe problematiek. Een problematiek die zich uit in kwetsbaarheden op sociaal, emotioneel en psychisch vlak en met zowel orthopedagogische, jeugdpsychiatrische als VAPH noden. De ouders zijn betrokken naar hun kind, maar slagen er dikwijls niet in om nog een actieve betrokkenheid op te nemen. Het zijn ouders die vaak zelf heel veel hebben meegemaakt, wat maakt dat zij in hun kracht soms zijn geschonden. Daarnaast zijn er voorzieningen, die de jongere vaak begeleiden, hetzij residentieel hetzij ambulante en vastlopen in de begeleiding. Het zijn voorzieningen die een belangrijke actor vormen rondom de jongere en die een essentiële blijvende schakel zijn in het zorgtraject van de jongere. Naast de voorzieningen zijn er ook de andere actoren in het brede netwerk van de jongere: school, consulent, therapeut, ...

Ondanks het feit dat jongeren vaak door levensomstandigheden, kindfactoren en of contextfactoren niet meer thuis kunnen verblijven, blijft het een belangrijk uitgangspunt van de Jongerencluster dat hulpverlening permanent vorm krijgt vanuit de dagelijkse leefomgeving van de jongere en dat men continu ambiert nieuwe breuken (met hechtingsproblemen) te vermijden. Net daarom is het de taak als Jongerencluster om vanuit een onvoorwaardelijk, aanvaardende, authentieke en congruente manier met deze jongere, hun ouders en/of netwerk aan de slag te gaan.

Er wordt vertrokken vanuit het engagement van de jongere en de context waarbij wordt afgestemd op hun noden en niet omgekeerd. Inzetten op autonomie, competentie en verbondenheid zijn

noodzakelijk. De jongere en hun context (gezin, voorzieningen, betekenisvolle anderen) zijn diegene die ons aansturen. Doelstelling is bij te dragen tot het vormgeven van het zorgtraject. In die bijdrage is het aangaan van een (therapeutische) relatie van essentieel belang. Het opdoen van nieuwe, corrigerende ervaringen inzake relaties, impliceert nieuwe ontwikkelingskansen en draagt bij tot de verdere identiteitsvorming van de jongere.

Als erkend 'Centrum voor Actieve Netwerk- en Omgevingsondersteuning' (CANO) wordt flexibel omgegaan met begeleiding en een integrale, intensieve werking met de jongeren beoogd waarbij geprobeerd wordt te schakelen in het aanbod zodat dit het zorgtraject van de jongere ten goede komt. Het zorgtraject is dé rode draad en bepaalt de richting van de hulpverlening. De Jongerencluster stelt als eerste principe om altijd te denken en te handelen in functie van het zorgtraject en rekening te houden met de context en het netwerk van de jongere. Essentieel is de transparante communicatie met de jongeren. Juist bij deze jongeren, met vaak heel complexe gezinsinteracties, dient extra werk gemaakt van het zoeken naar en versterken van een steunkring zodat hij / zij terug een veilige plaats in zijn / haar eigen leefomgeving krijgt.

Alle kennis moet in het belang van de jongere aangewend en ingezet worden. We streven naar een integrale beweging, waarbij flexibiliteit en samenwerken voorgaan op één dominant denkkader. 'Integratie' is niet beperkt tot een integratie van de verschillende therapeutische strekkingen. Er wordt gekozen voor een integratie van denkwijzen uit verschillende therapeutische strekkingen, aangevuld met visies vanuit de Bijzondere Jeugdzorg, het CLB, de school, de consultant of andere actoren. De bedoeling is het vormen van bruggen, het open staan voor elkaars kennis.

Met dit zorgbeleid poogt de Jongerencluster innoverend te zijn in intersectorieel werken voor jongeren met complexe en meervoudige problematiek. Deze cluster is zorgvernieuwend en hoopt op een structurele verankering binnen de jeugdhulp met voldoende middelen.

4.9. De ideale kennisorganisatie

4.9.1. De ideale kennisomgeving: stap voor stap richting een uitgebalanceerde leerzame organisatie

Een kennisintensieve organisatie is een organisatie die in alle geledingen en binnen alle afdelingen en diensten kennis uitdraagt en deelt.

Het is de bedoeling dat onze organisatie de aanwezige kennis en het permanente leren kan laten circuleren intern en extern, door de juiste omgeving beschikbaar te stellen. Dit impliceert een kennismanagement dat een vorm van organisatiekunde is.

Belangrijk hierbij is de uitbouw van een kenniscentrum dat structureel verankerd wordt in het PCGS. Dit impliceert een eigen entiteit die motiverend werkt en goesting doet krijgen om expertise met elkaar te delen.

Het kenniscentrum wil een blijvende oproep zijn aan alle medewerkers om elkaar te bestuiven, om initiatief te nemen. Er is de continue mogelijkheid om zich te organiseren rond thema's, vakinhoudelijk of transdisciplinair, door interne of met uitnodiging van externe professionele kennis, met aandacht voor de recent in het leven gekomen beroepstitel voor verpleegkundigen, voor de cliënt en zijn context, ... Ook wij zijn in voortdurende ontwikkeling.

In relatie tot de uitgangspunten van het zorgbeleid, verbinden we ons om onze professionele kennis aan te bieden aan ons netwerk en voor externen. Vice versa stellen we onze accommodatie ook ter beschikking van dit netwerk en ruimer, voor academici, opdat we ook voeling blijven houden met wetenschappelijk onderzoek.

4.9.2. Creatief kennismanagement

Het is de bedoeling dat onze organisatie de aanwezige kennis en het permanente leren kan laten circuleren intern en extern, door de juiste omgeving beschikbaar te stellen. Dit impliceert een kennismanagement dat een vorm van organisatiekunde is.

Een eerste aanwezige lijn op Campus Sleidinge is het format van de **klinisch seminars**. Centraal staat het verzamelen van casussen waarover gereflecteerd wordt. Ieder die wil komen luisteren, is welkom en kan er eventueel een toevoeging brengen, een bedenking, een vraag. Men gaat er prat op diverse disciplines uit te nodigen, zowel qua toehoorders als bringers van een seminar.

Een tweede lijn die zich voornamelijk extern beweegt, werd uitgebouwd vanuit enkele **zorgvernieuwingsprojecten**. Het is een onderdeel van het contract met het FOD Volksgezondheid om een behandelmethodiek uit te werken voor een specifieke doelgroep, de haalbaarheid ervan te laten onderzoeken met resultaatmeting op vlak van efficiëntie en tevens deze behandelmethodiek uit te dragen naar partner-voorzieningen binnen een breder netwerk. Zo is de Afdeling voor Dubbele Diagnose sinds 2005 ondersteunend voor verschillende voorzieningen in Vlaanderen en o.a. actief binnen de vormingscyclussen van de V.A.D.

De kennis die zich ontwikkelt vanuit Jongerencluster Yidam wordt ten dienste gesteld van organisaties die werken met jongeren tussen 12 en 20 jaar, jongeren met een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van problemen op psychisch / psychiatrisch vlak binnen de jeugdhulp. De organisaties waar men zich naar richt zijn residentiële voorzieningen Jeugdhulp en VAPH, actoren uit het landschap van integrale jeugdhulp, consultants sociale diensten van de jeugdrechtbank, scholen, MPI's en internaten, politie.

Vanuit Jongerencluster Yidam wordt begeleiding aangeboden bij moeilijk lopende teamprocessen, bij casusbespreking. Coaching en intervisie is mogelijk zowel groepsgericht als individueel. We beschikken over een aanbod van vormingssessies over psychiatrische ziektebeelden, suïcidepreventie, jongeren in bijzondere opvoedingssituaties als vluchtelingenkinderen of andere culturen, behandelmethodieken als mentalisation based therapy, non-violent resistance, ervaringsleren.

Een derde lijn die we graag tot ontwikkeling willen brengen, vatten we samen onder de noemer **'Family Matters'**. Regelmatig wordt ons gevraagd naar de praktijk in het werken met families en belangrijke derden van psychiatrische patiënten. Hoe kunnen we hier verder in onze kliniek interactief mee aan de slag gaan?

We kunnen stellen dat het PCGS over het algemeen inspanningen doet om te werken met de omgeving van de patiënt, (gezin, context, voorziening) de zin van belangrijke derden te betrekken bij de behandeling, wordt als 'evident' beschouwd. Nieuwe vragen duiken op: Hoe bereid je zo'n gesprek voor? Komt de therapeutische vertrouwensrelatie niet in het gedrang als er derden bij betrokken worden? Hoe zit het met beroepsgeheim, gezamenlijk en gedeeld beroepsgeheim? Waarop kan men zich baseren om een familiebeleid te ontwikkelen? Kan familie constructief bijdragen in een crisissituatie, aan stabilisatie of herstel? We willen ons verder verdiepen in de voorwaarden van een familiebeleid op de afdeling en binnen onze organisatie.

Een vierde lijn die we wensen te gooien behelst **Herstel, Rehabilitatie en Kwartiermaken**. Op beide campussen en daarbuiten doen snelle ontwikkelingen zich voor betreffende ervaringsdeskundigheid, empowerment, patiëntenparticipatie, krachtgerichte gesprekken, herstelondersteunende zorg, ... De Kliniek voor herstelgerichte behandeling en rehabilitatie onderzoekt de mogelijkheid om deze kennis te verzamelen intern, en waar deze zich heeft verspreid naar buiten, terug te laten resoneren binnen de muren van het PCGS.

Een vijfde lijn die rode draad vormt is de opleiding van medewerkers via **CPR (Cardio-Pulmonair-Resuscitatie) en TVT (Teamgerichte veiligheidstechnieken)**. De CPR – opleiding focust op handelen bij lichamelijke urgentie en doorloopt het nodige materiaal dat aanwezig is op de afdeling of het ziekenhuis. Op systematische wijze wordt een stappenplan doorlopen die het handelen van medewerkers up-to-date houdt. Bij TVT krijgt elke medewerker kennis omtrent de gehanteerde visie bij agressie en strategieën om ermee op een deskundige manier om te gaan. We bieden een antwoord om methodisch op een professionele, verantwoorde en humane manier om te gaan met gewelddadige incidenten om mogelijke schade achteraf zo veel mogelijk te beperken. We hebben oog voor de relatie met de patiënt opdat er kan worden verder gewerkt zowel door de patiënt als door de medewerker.

Een zesde lijn situeert zich eveneens op **samenwerking met het netwerk**, in de Gentse psychiatrische centra. Educatieve infosessies voor familieleden en ambulante patiënten worden aangeboden, met het accent op psychose en schizofrenie, en bipolaire stoornissen. Men heeft als doel om patiënten en hun familie te ondersteunen om een meer actieve rol te spelen in de behandeling, om aandacht te geven aan verwerking en aan hoe om te gaan met de aandoening.

Een zevende lijn situeert zich in de **relatie zorgverlener - zorgvrager**. Het PCGS roept hiervoor de gehele geestelijke gezondheidssector op om te getuigen over humane psychiatrie. Twee jaarlijks wordt in het PCGS de prijs 'humane psychiatrische zorg' uitgereikt aan een door een jury gekozen getuigenis.

Met de prijs 'humane psychiatrische zorg' wensen wij een psychiatrie aan te moedigen die de polarisatie van denkrichtingen binnen de psychiatrie overstijgt. Met name het denkspoor van de neurowetenschappen dat poogt te verklaren, en het denkspoor dat de nadruk legt op het narratieve karakter van het psychiatrisch ziek-zijn, waarin men poogt te verstaan. Wij willen ons beroepen op een psychiatrie, gebaseerd op de fundamenteën van beide invalshoeken. C.F.A. Milders geeft de verhouding tussen beide aan en bedeeft de wetenschappen een eerder bescheiden plaats :

*"De verstehende attitude heeft betrekking op de menselijke grillige werkelijkheid, die bepaald wordt door gebeurtenissen. Binnen deze echte werkelijkheid, die nooit eenduidig is door een onontwarbare verwevenheid van waarden en feiten, moet de mens vanuit de verstehende attitude zich oriënteren en betekenisvolle verbanden creëren. De verklarende benadering is gefundeerd in deze oorspronkelijke verstehende attitude en ze onthult daarom (als afgeleide) slechts een beperkt aspect van de werkelijkheid: een methodisch ingeperkt stuk waarbinnen men op rationele wijze wetmatigheden zoekt."*¹⁰

Vertaald naar de psychiatrie, stellen Velleman en De Wachter dat de behandelaar als persoon zich allereerst verstehend verhoudt tot de patiënt. Pas binnen deze attitude is de medische deskundigheid mogelijk.

¹⁰ C.F.A. Milders, Tijdschrift voor Psychiatrie 51 (2009) 7

5. Uitleiding

In januari 2013 is door inbreng en dialoog met de verschillende afdelingen en diensten het organisatiemodel van het fusieziekenhuis PCGS afgewerkt in twee fasen.

Eerste fase: 'Het PCGS: een pleidooi voor een waardengedreven en gekantelde organisatie (laatste versie november 2012'. Na een aantal communicatiemomenten gevolgd door de tekst : 'Van dissociatieve managementgerichte zorg naar gedeeld zorggericht management (januari 2013)'.

Met deze nota over 'Zorgbeleid' is een stap gezet naar een vernieuwde versie van integratie en articulatie van het zorgbeleid over twee campussen heen. Dit is zowel structureel als cultureel een grote stap in de richting van de éénmaking van een centrum voor psychiatrie en psychotherapie met een rijkdom aan diversiteit aan behandelmodaliteiten en methodieken.

Een volgende fase is de vertaling naar een verdere vraag. De vernieuwde visie confronteert ons ook met de uitbouw van een kwalitatieve binnen- en buitenruimte. Het is uitermate belangrijk dat cliënten terecht kunnen in een kwalitatieve infrastructuur en dat medewerkers in een aangename omgeving kunnen werken. Ook de groene buitenruimte heeft veel potentieel die wij verder willen aanboren om te kunnen werken, ontmoeten, ontspannen. Om de toekomst infrastructuur voor te bereiden moet deze zorginhoudelijk visie een vertaling krijgen binnen een zorgstrategisch masterplan. Het uitwerken van dit masterplan is het 'PROJECT TOEKOMST PCGS'.