

DE WERKING ACHTER HET NIEUWE GEZICHT.

[Avond lezing naar aanleiding van de opening van de nieuwbouw de Pijler en Kade 2640]

Dames en heren,

Ik heb de leuke taak gekregen om jullie onze vernieuwde werking voor te stellen, die het resultaat is van talloze vergaderingen.

De titel van mijn voordracht spreekt over een nieuw gezicht en daar bedoelen we de nieuwbouw mee die morgen officieel geopend wordt. Maar is ons gezicht wel zo nieuw? Wanneer is iets nieuw? Ik wil jullie vertellen over iets wat al langer evolueert. Ik wil vertellen over de ideeën die geleid hebben naar een andere organisatie van de werking van onze kortdurende algemene psychiatrie. Het openen van een nieuw gebouw, het nieuwe gezicht, is het ritueel dat die overgang begeleidt.

[eerst iets over de HISTORIEK]

Ik zie drie evoluties die min of meer gelijktijdig liepen en die elk een rol speelden in het ontstaan van de huidige nieuwe organisatie.

Een eerste evolutie heeft te maken met de gewoonte om teveel op te nemen op de gesloten opnameafdeling. Opnames voor de algemene psychiatrie gebeurden op 3 afdelingen: mozaïek, de Baai en de Pijler. Een groot deel van de opnames ging echter via de gesloten zorgeenheid de Baai. Dat kwam doordat de zorgeenheden Mozaïek en de Pijler een gespecialiseerde manier van werken ontwikkelden: klinische psychotherapie en resocialisatie. Door die specialisatie was er geen goed milieu om tegelijk ook een eerder heterogene patiëntenpopulatie laagdrempelig én kort op te nemen. Gespecialiseerde eenheden hebben meestal de neiging om langduriger op te nemen.

Op de gesloten afdeling de Baai kwam zo een heterogeen gezelschap terecht van mensen met zeer diverse problematiek, waarvoor niet steeds gesloten deuren nodig waren. De Baai paste daarom haar werking aan. We deden zo mogelijk een intakegesprek, omdat dit een gunstig effect had op de motivatie van de patiënten. Er werden meer uitgangspersmissies gegeven, om de transfer naar een open afdeling geleidelijk voor te bereiden. Maar er bleef het besef dat door het aanbieden van teveel "geslotenheid" we de regressie in de hand werkten. Als we te veel voor de patiënt regelen zal die minder geneigd zijn om eigen verantwoordelijkheid op te nemen en zien we gedrag dat net een gesloten opname setting nodig maakt. Uit deze vicieuze cirkel wilden we weg geraken. De idee groeide dat we met minder gesloten bedden willen werken.

Deze evolutie volgt de ganse trend van vermaatschappelijking van zorg die de laatste jaren gemeengoed werd. We willen opnames in een psychiatrisch ziekenhuis zo kort mogelijk houden, we willen zo weinig mogelijk restrictief ingrijpen, maar toch ook zo lang behandelen als nodig.

Een tweede beweging heeft te maken met het gemis aan een open behandel eenheid waar een meer individuele therapeutische aanpak centraal staat. Op de twee andere behandelafdelingen wordt sterk groepsmatig gewerkt. Vooral voor patiënten met een psychose is dat niet evident. Na een acute psychotische crisis is een groepswerking meestal nog niet haalbaar omdat deze patiënten nog teveel geabsorbeerd zijn door hun eigen gedachten, hun verwarring. Ze kunnen nog onvoldoende afstemmen op anderen in de groep. Omwille van dat gemis aan een behandelsetting voor individuele aanpak ontstond de Kreek, onze derde gespecialiseerde behandel eenheid.

Nu komen we aan een derde verandering die te maken heeft met de evolutie op de behandel eenheid mozAïek, een eenheid die gespecialiseerd is in een klinisch-psychotherapeutische behandeling voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblemen. MozAïek ging toenemend werken met een 'step down' benadering waarin de dosis of de intensiteit van de behandeling wordt aangepast aan de behoeften van de patiënt. In de praktijk leidt dit tot een geleidelijke afname van de behandelintensiteit: de klinische behandel fase wordt relatief kort gehouden en gevolgd door een fase van dagbehandeling en waar nodig en aangewezen ook door een nabehandelfase. Deze evolutie leidde tot een afname van het aantal 'bedden' op mozAïek.

[De voorstelling van de vijf eenheden]:

Ik zal u nu systematisch de verschillende zorg eenheden voorstellen. Jullie zullen merken dat de zorg eenheden niet ingedeeld zijn volgens welke diagnostische categorieën er terechtkunnen maar wel volgens het behandelproces dat er centraal staat. Dat wat we doen dus.

Opname eenheid Kade 2640:

Kade 2640 is een open opname eenheid voor indicatiestelling en oriëntatie. Het gaat over een nieuwe werking, die tegemoet komt aan een nood die we reeds meerdere jaren ervaren. Een opname is mogelijk als de huidige levenssituatie onhoudbaar werd of als ambulante begeleiding onvoldoende steun biedt. Het open karakter van de eenheid veronderstelt voldoende zelfcontrole bij de patiënten. Kade 2640 organiseert na de aanmelding een snelle intake en probeert snel op te nemen en bovendien de opnameduur beperkt te houden tot enkele weken.

Als belangrijke behandelprocessen vernoemen wij hier het verkennen en het oriënteren. In een eerste fase verkennen we de verschillende levensterreinen van deze patiënt. Waar loopt het mis, wat gaat nog goed? We werken in algemene zin een diagnostiek uit. Als de patiënt dit wenst betrekken we familieleden, hulpverleners of andere steunfiguren om tot een meerstemmige probleemdefinitie te komen. Vervolgens helpen we de patiënt in het specificeren van zijn hulpvraag. Welk probleem ziet hij voor zichzelf, en hoe kan hij komen tot een vraag waar begeleiding voor mogelijk is.

Vervolgens oriënteren we deze patiënt. Soms volstaat een korte verder zetting van de behandeling en dan kan dit op Kade 2640 zelf. Dit team is gegroeid vanuit de zorgenheid de Pijler en heeft ervaring met resocialisatie. Ze zijn dus zeker goed geplaatst om de minder ingewikkelde resocialisaties te doen. Ofwel kan de patiënt naar huis gaan, met of zonder verdere ambulante begeleiding. Ofwel is doorverwijzing naar een gespecialiseerde setting aangewezen als deze patiënt breder en langduriger ondersteuning nodig heeft.

opname eenheid de Baai:

De Baai is een gesloten opname eenheid met 15 bedden voor spoedeisende psychiatrische zorg waarbij beveiliging essentieel is. We spreken hier over mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. De essentiële behandel processen zijn herstellen en oriënteren. Voor het herstel moet er eerst rust komen. Zeker in de eerste week zullen we de patiënt niet overspoelen met allerlei soorten prikkels. Er is wel tijd voor lichamelijke verzorging en medicamenteuze oppuntstelling, eventueel wordt aan ontwenning gewerkt. De patiënt en zijn familie kunnen op verhaal komen, we luisteren naar ieders visie op de crisis en kijken dan op basis hiervan hoe mensen verder kunnen.

Om herstel mogelijk te maken moet er natuurlijk ook de veiligheid bestaan voor zowel de patiënt zelf als voor de medepatiënten en ook voor het behandel team. Het team heeft hiervoor in de loop der jaren heel wat expertise opgebouwd. Er is ook een mogelijkheid tot afzonderen indien het gedrag te storend is of te onveilig. Maar ook op de afzonderingskamer begint de goede verzorging en zo mogelijk de warmte in het contact. We proberen duidelijk te motiveren waarom de afzondering gebeurde en we houden de duur van afzondering zo kort mogelijk.

Opnames kunnen zowel op vrijwillige basis als met een wettelijke procedure. Een gedwongen opname gaat natuurlijk in principe tegen de wens van de betrokken patiënt in. We helpen de patiënt dan om toch een positieve behandelvraag te ontwikkelen en we zoeken uit hoe families hierbij betrokken kunnen worden.

Na die eerste fase volgt een periode waarin we mensen oriënteren naar verdere behandelmogelijkheden. Soms betekent dit ontslagbegeleiding en planning van de ambulante behandeling. Meestal gaat het over overplaatsing naar een meer geschikte

hulpverleningsvorm van zo gauw de patiënt dit aankan. In deze fase krijgen mensen progressief meer vrijheden en verantwoordelijkheden..

Behandel eenheid de Kreek:

De Kreek is een open behandeleenheid met 20 bedden. Het gaat hier om een nieuwe werking die mogelijk werd door het opsplitsen van de oude afdeling de Baai. We richten ons specifiek tot mensen met een verhoogde kwetsbaarheid ten gevolge van een psychotische of affectieve stoornis. Voor deze mensen willen we een identiteitsversterkende behandeling aanbieden . De behandeling duurt enkele maanden. De belangrijkste behandelprocessen zijn hier afstemmen en versterken.

Vanuit een eerder individuele aanpak willen we de patiënt helpen om zijn vaardigheden te versterken. We gaan ervan uit dat ook de zieke patiënt nog veel gezonde kanten heeft en dat we die eerst willen versterken. Door ons daar specifiek op te richten maken we ook meer kans om aan te sluiten bij de patiënt. Afstemming is het zoeken naar wederzijds begrip. Kunt gij mijn standpunt horen? Begrijp ik uw visie? En kunnen wij verder samen zoeken? Op die manier versterken we het zelfwaardergevoel van de patiënt.

Het klimaat op de afdeling moet ondersteunend zijn. Het afdelingsleven mag gestructureerd zijn maar we willen vooral een sfeer van onderhandelen bewaken. Dit kan lukken vanuit de aanwezige expertise. Het team van de Kreek groeide uit dat van de Baai, en is goed bekend met een therapeutische houding die bestaat uit een combinatie van zowel erkennen, ondersteunen en containen enerzijds als gedragsregulerend optreden en afgrenzen anderzijds ."

In een eerste verkenningmodule maken wij als interdisciplinair team kennis met de patiënt. We proberen de hulpvraag van de patiënt en van zijn omgeving duidelijk te krijgen. Daarna stellen we een behandeltraject op met duidelijke werkpunten. In de behandelmodule gaan we aan de slag met deze werkpunten door middel van intensieve therapieën zoals psychotherapie, muziektherapie, ergotherapie, psychomotorische therapie en meta-cognitieve training. Psycho-educatie kan zowel individueel als in groep en gebeurt in een bevattelijke taal. We willen dat psycho-educatie ook vraaggestuurd blijft. Het moet de antwoorden geven die deze patiënt nodig heeft om verder te kunnen in zijn omgeving. Hoewel sommige therapieën in groep gebeuren ligt het accent toch op een individuele aanpak. De medicamenteuze behandeling speelt bij deze groep mensen uiteraard ook een grote rol.

Tijdens de ontslagfase wordt de patiënt geholpen om een aantal rollen in het leven terug op te nemen. Tijdens deze fase is er ook mogelijkheid tot daghospitaal.

Behandeleenheid mozAiek:

MozAiek is een open behandel eenheid met 25 bedden. We blijven ons hier, zoals vanouds, richten op de behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblemen en/of angst- en stemmingsproblemen. MozAiek heeft hierin een expertise van meer dan 20 jaar. In die twintig jaar zijn er ook enkele duidelijke verschuivingen geweest qua behandelmodel en organisatie van de behandeling. Ik vermeldde reeds de evolutie naar een step-down werking. Ook het behandelmodel evolueerde mee met de tijd en met de wetenschappelijke stand van zaken. Er wordt nu reeds enkele jaren gekozen voor een benadering waarin de processen van hechten en mentaliseren centraal staan. We beïnvloeden het proces van hechting door de patiënten te helpen om meer veilige relaties aan te gaan. Het mentaliseren stimuleren we door voortdurend samen met patiënten uit te zoeken hoe het eigen gedrag en dat van anderen kan worden begrepen vanuit wat er zich allemaal in de innerlijke wereld, in de geest afspeelt. Als 'stof' voor het hechten en mentaliseren gebruiken we vooral de relaties die op mozAiek ontstaan tussen de hulpverleners en de patiënten, en tussen de patiënten onderling. Maar ook de buitenwereld en de relaties van de patiënt buiten de kliniek worden zoveel mogelijk in het proces betrokken.

Typend voor mozAiek was en is de manier waarop het team sterk geïntegreerd werkt en duidelijk vertrekt vanuit een gemeenschappelijke visie op de beoogde behandelprocessen.

Behandeleenheid de Pijler:

Deze behandeleenheid heeft 30 plaatsen waarvan 20 voor voltijdse hospitalisatie, 5 voor nachthospitaal en 5 voor daghospitaal. Hoewel deze behandeleenheid oorspronkelijk de resocialisatie-eenheid werd genoemd, en hier ook al jaren expertise in opbouwde, is er de laatste jaren ook een psychotherapeutisch aanbod gekomen. De zorgvisie is gebaseerd op de algemene systeem- en communicatietheorie en vindt haar plaats naast een ruim bio-psycho-sociaal denkkader. Omwille van het accent op de groepswerking wordt verondersteld dat de patiënt de gangbare omgangsvormen kan hanteren en een minimum aan stabiliteit en structuur heeft. Het doel is zich subjectief beter voelen en terug greep krijgen op het eigen leven. Het uitgangspunt blijft de betekenisverlening van de patiënt. De aanpak is gericht op identiteit ondersteuning, inzicht in omgangsvormen en relatie patronen en hun betekenisgeving. Verder doen we er aan concrete resocialisatie. We herkennen hierin ook de behandelprocessen van reflectie en verbinding. We denken aan een behandel termijn van enkele maanden.

In de kennismakings en oriëntatiefase willen we het hulpaanbod afstemmen aan de hulpvraag. We toetsen de hypothese vanuit de verwijzende opname eenheid. We verkennen de context van patiënt over de belangrijke levenssterreinen met behulp van de lijst van Sheperd. In de behandelgroep laten we mensen oefenen in het reflecteren en zich uitdrukken. We leren een onderscheid maken tussen wat bedoeld werd en welk effect men bereikt. In de specifieke resocialisatie gaan we mensen helpen verbinden. Verbinden is het

aansluiten bij het maatschappelijk gangbare. We bereiden patiënten voor op wonen, werken en vrije tijd.

Bij het opstellen van onze folders, als we onze werking dus expliciet wilden benoemen kwamen we tot de constatactie dat er toch heel wat gemeenschappelijk is tussen deze vijf eenheden.

wat is gemeenschappelijk tussen deze vijf eenheden?

We hebben het hier over de kortdurende algemene psychiatrie waarbij we een beperkte verblijfsduur nastreven. Voor de twee opname-eenheden spreken we over een opnameduur van enkele weken, en voor de drie behandel-eenheden spreken we over een opnameduur van enkele maanden. In het verleden zouden opnames van 1-2 jaar geen uitzondering zijn geweest maar er is een duidelijke evolutie naar kortere opnames te zien. We willen zeker geen opnameduur langer dan een jaar. Dikwijls is de psychiatrische problematiek op zich niet de belangrijkste reden voor een verlenging van de opnameduur maar gaat het om de combinatie met sociaal moeilijke situaties. Als een langere behandeling aangewezen is zullen we dan verwijzen naar de eenheden voor lang durende behandeling.

Patiënten kunnen na een eerste opname op de kortdurende algemene psychiatrie nog wel een heropname krijgen indien dit later nodig zou zijn, maar als de behandelgeschiedenis langer dan 5 jaar duurt, zowel residentiël als ambulant, dan kan een eventuele heropname enkel op de zorgeenheden voor langdurende algemene psychiatrie.

Dit brengt me op het aspect tijd waarmee we in de organisatie van onze zorg blijven worstelen. Enerzijds zien we hoe de maatschappij een zeer korte behandeling vraagt, maar anderzijds wil diezelfde maatschappij ook wel langdurige zorg en opvang voor mensen van wie ze overlast ervaren. Deze tegenstrijdige verwachtingen zetten ons dikwijls aan het twijfelen. Net zo goed vragen we ons af of het wel mogelijk is om grondige verandering te krijgen op korte tijd. Sommige patiënten hebben gewoon langere tijd nodig om zowel te herstellen als ook verandering in hun leefsituatie aan te brengen. In tijden dat de overheid wil besparen bestaat het risico dat deze patiënten die tijd niet meer krijgen. We hebben hier geen probleem mee als er voldoende alternatieve behandel mogelijkheden worden voorzien. Ik veronderstel dat onze volgende spreker professor Bernard Sabbe hierop ook wel commentaar zal geven.

We verwachten van onze patiënten en van hun families dat ze een actieve partner zijn in het behandelproces. Een behandeling volgt niet automatisch op het feit dat men tot een bepaalde diagnostische categorie hoort. Het is wel het wederzijdse afstemmen dat tot behandelkeuzes leidt. Zelfs als er een eenzijdig opgelegde dwangmaatregel bestaat, zoals

een gedwongen opname, proberen we de patiënt duidelijk te maken dat deze dwang het resultaat is van een interactie die gebeurde tussen deze patiënt en zijn omgeving. Door zijn rol hierin te herkennen kan hij actief naar oplossingen gaan zoeken, en dus toch weer actieve keuzes maken.

Het is onze verantwoordelijkheid om transparant te zijn in ons beleid en in onze communicatie. We moeten geen schrik hebben om onze visie te benoemen en te bespreken. We veronderstellen namelijk dat onze patiënten in staat zijn om dit te kunnen horen. We zullen daartoe onze keuzes duidelijk formuleren en ook motiveren. We zoeken momenteel b.v. uit hoe we de patiënten kunnen betrekken bij de teambespreking van hun behandeling. Op behandel eenheid mozAiek gebeurt dit reeds concreet.

We zoeken afstemming met andere partners die betrokken zijn bij de behandeling van deze patiënt. De hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg die op federaal en regionaal niveau voorbereid worden, waaronder het fameuze artikel 107, zullen een evolutie in gang zetten om de behandeling meer extramuraal te laten plaatsvinden. Zo zullen we ongetwijfeld meer gaan samenwerken in netwerken met de ambulante hulpverlening, en komt er waarschijnlijk ook inspraak van die andere partners in onze behandeling. Intussen zijn er nu uiteraard ook al verschillende afstemmingsmomenten voor, tijdens en na de opname.

Om nu een beter zicht te krijgen op verschillende trajecten die patiënten op de eenheden voor kortdurende algemene psychiatrie volgen zal ik enkele voorbeelden geven. Ik toon u een schema van de meest gebruikelijke trajecten.

[slide met schematische voorstelling met de stromen]

Casus 1: Evi is een depressieve vrouw met heftige stemmingsschommelingen en suïcidale gedachten. Ze is een psychotherapeutische behandeling gestart bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg maar wenst nu toch intensievere behandeling omdat ze met zoveel mensen in de clinch ligt. Ze wordt verwezen voor een opname op kade 2640, de open opname eenheid. Hier blijkt ook hoe ze al jaren zich krabt op haar benen. Ze beseft dat het zo niet verder kan. Ze wordt verwezen naar de behandel eenheid mozAiek. Na 5 maanden kan ze in dagbehandeling en 3 maanden later voelt ze zich sterk genoeg om de ambulante psychotherapie in het CGG te hervatten.

Casus 2: Yves hoort al enige tijd stemmetjes in zijn hoofd. Zijn huisarts gaf een lage dosis antipsychotica maar dit helpt onvoldoende en de familie is ongerust omdat de jongen al enige tijd wegblijft uit school. De huisarts belt om een opname te regelen en na een intake wordt Yves opgenomen op Kade 2640, de open opname eenheid. Een open zorgeenheid kan

omdat Yves niet geagiteerd is en omdat er geen acute gevaren lijken te zijn. Na een eerste verkenning en na het aanpassen van de antipsychotische medicatie wordt hij verwezen naar de open behandel eenheid de Kreek, waar hij de tijd krijgt om te herstellen en via de therapieën leert omgaan met die stemmen. Hij krijgt er ook hulp in de taken die eigen zijn aan zijn leeftijd. De ouders worden betrokken bij de behandeling. Twee maanden later kan hij op ontslag gaan en wordt een verdere behandeling georganiseerd via de huisarts en een privé werkende psychiater. Yves zal een poging doen om terug naar school te gaan.

Casus 3: Freek is een hogeschoolstudent die via bemiddeling van de school en de huisarts naar het VDIP-team werd verwezen omdat hij het gevoel had dat mensen naar hem kijken (team voor vroeg detectie en interventie bij psychosen). Na twee maanden opvolging bij VDIP is er plots een acute agitatie na gebruik van speed en XTC. Hij wordt zonder intake opgenomen op de gesloten opname eenheid de Baai en kan drie weken later verwezen worden naar de open behandel eenheid de Kreek. Na vijf maanden behandeling op de Kreek wordt overgegaan tot dagbehandeling gedurende twee weken. Nadien gebeurt de verdere opvolging bij VDIP.

Casus 4: John is een 52-jarige man die overdag veel rondhangt op het Koningsplein en die vroeger al opnames had voor psychose. Omwille van overlast voor de buurt en na een ruzie op een caféterras word een gedwongen opname gestart met een spoedprocedure. John word opgenomen op de gesloten opname eenheid de Baai en komt er vrij snel tot rust. John komt tot het besef dat hij iets zinvoller kan doen in zijn leven, en dat hij in een onveilige buurt woont. Met deze resocialisatievraag wordt hij naar behandel eenheid de Pijler verwezen. Het blijkt niet zo gemakkelijk te zijn om zijn doelstellingen te bereiken, zeker omdat hij weleens impulsieve stommiteiten uithaalt als hij eens een pintje teveel drinkt. Uiteindelijk heeft hij bijna een jaar nodig om met een goed uitgebouwd plan het ziekenhuis te verlaten. Hout vast houden.

Casus 5: Jan is een angstige man die paniek aanvallen heeft. Hij raakte overtuigd dat hij een ernstige hartziekte heeft. Zijn echtgenote kan zijn herhaalde vragen naar bevestiging niet meer aan en vindt opname nodig. Jan kan opgenomen worden op de open opname eenheid Kade 2640. Na 4 weken wordt hij ontslagen en verwezen naar een psychotherapeut. De huisarts zal de medicamenteuze opvolging doen.

Hopelijk krijgen jullie door deze casuïstiek een beeld op de trajecten die patiënten kunnen volgen en op de werking achter het nieuwe gezicht.

Om te eindigen nodig ik jullie uit om de folders van onze verschillende zorg eenheden op een later tijdstip nog eens na te lezen. Na de volgende spreker is er even tijd voor enkele vragen

en tijdens de receptie vanavond kunnen jullie zeker nog vragen stellen aan onze medewerkers, die herkenbaar zullen zijn aan een badge. Ik dank u voor de aandacht.

Ik stel u nu graag onze volgende spreker voor.

Prof.dr. Bernard Sabbe is professor psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen. Hij is ook psychiater in het psychiatrisch ziekenhuis in Duffel. Hij leidt het onderzoekscentrum Capri in Antwerpen. Heel recent werd hij tot lid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde gekozen. Hij zal de positie van een opname- en behandel eenheid algemene psychiatrie in de hedendaagse maatschappelijke context becommentariëren.