

Het structuurhuis

18

De moderne geestelijke gezondheidszorg dwingt ons om 'out of the box' te denken. Centraal staan de doelstellingen zorg op maat bieden en vermaatschappelijking van zorg. In deze context zocht een ziekenhuisteam naar een (t)huis voor patiënten met het syndroom van Korsakov. Het basisconcept van het structuurhuis is drieledig namelijk: (i) aanpassen van de omgeving, (ii) gebruik van hulpmiddelen en (iii) stimuleren van de geheugencapaciteiten. Zo werden in het structuurhuis een memobord geplaatst, kasten en deuren werden gelabeld en een aantal veiligheidsinitiatieven ondernomen zoals plaatsen van rookmelders en warmtemelders. Verder werd een elektrisch fornuis, uitgerust met een automatische uitschakeling, en vereenvoudigd GSM-toestel in gebruik genomen door de patiënten. Ter verbetering van de geheugencapaciteiten werd onder andere routetraining georganiseerd. Door te focussen bij de therapie op de noodzakelijke vaardigheden om zelfstandig te wonen, behaalden de patiënten deze vereiste om zich te vestigen in het structuurhuis. De verhuis vanuit de ziekenhuisafdeling naar het structuurhuis werd in het voorjaar 2012 realiteit.

261

VOORSTELLING VAN HET PROJECT

1. Ontstaan

Dit proefproject heeft een concrete vorm gekregen omwille van het ontbreken van een aangepaste woonvorm op maat van de zorgbehoeften van de patiënten met het syndroom van Korsakov en omwille van de maatschappelijke veranderingen op vlak van zorg. (Vermaatschappelijking van zorg zoals Art. 107)

2. Doel

In eerste instantie willen we zorg op maat bieden met de ondersteuning van externe partners. In deze context is het dan ook van belang om de omgeving van de patiënt aan te passen. Dit omvat zowel zoeken naar specifieke aangepaste hulpmiddelen als de betrokken hulpverleners ondersteunen om de specifieke pathologie van deze doelgroep goed te beschrijven.

3. Visie

Voor een goede benadering van de Korsakov-patiënt ontwikkelde Lindenhoff (1990) het 4K-model. De vier K's staan voor: kort, concreet, consequent en continu. Het is belangrijk dat er daarbij enerzijds een sfeer van veiligheid gecreëerd wordt en anderzijds dat de communicatie tussen hulpverlener en patiënt helder en ondubbelzinnig verloopt.

Uit het 4K-model is het directief-empathisch therapeutisch milieu ontstaan. In essentie gaat het erom dat de patiënt structuur aangeboden krijgt in combinatie met een vertrouwensband.

Het is voor hulpverleners een uitdaging om Korsakov-patiënten te begeleiden. Enerzijds dient men een sturende, leidende positie in te nemen, anderzijds dient men rekening te houden met de individuele behoeften van de patiënt. Om deze reden heeft men nog een K toegevoegd aan het 4K-model, namelijk die van creativiteit. Er dient ook een basishouding aanwezig te zijn van respectvolle bejegening en benadering. Met deze twee toevoegingen is het directief-empathisch model ontstaan.

Het empathisch element is bijzonder belangrijk. Een structurerende benadering faalt indien de patiënt dit zou ervaren als dwang. Door het beperkt ziekte-inzicht van de patiënt zal hij de structuur en directieve benadering al snel als bemoeizucht of betutteling ervaren. De hulpverlener moet dus aansluiting en overeenstemming (rapport) zoeken met de patiënt. Wanneer de directieve, structurerende benadering als ondersteunend ervaren wordt, zal de patiënt hier meestal positief op reageren. Hierdoor is de realiteit dat vaak de patiënt na een revalidatieperiode een plafond bereikt met betrekking tot zijn cognitieve mogelijkheden. In deze context is het dan ook van belang om de omgeving van de patiënt aan te passen. Dat omvat zowel zoeken naar specifieke aangepaste hulpmiddelen als de betrokken hulpverleners ondersteunen om de specifieke pathologie van deze doelgroep goed te beschrijven

ORGANISATIE

Bij de start van het project werd een multidisciplinaire projectgroep samengesteld. Deze projectgroep bestaat uit één verpleegkundige, één gegradueerde in de orthopedagogie, één ergotherapeute, één psychologe en de hoofdverpleegkundige. Vanuit deze projectgroep werden externe partners aangetrokken die zich engageerden om het proefproject vorm te geven. Deze partners zijn: beschut wonen (Bewust), zelfstandige thuisverpleegkundigen en landelijke thuiszorg.

Vanuit de projectgroep werden de taken verdeeld tussen alle partners. Op systematische basis hadden alle partners overleg waarbij de stand van zaken, evaluaties en de verdere aanpak werden besproken. Geen formele contacten, aangezien het om een proefproject ging, opgestart vanuit het ziekenhuis, werd dit enkel intern gecommuniceerd en werden op individuele basis contacten gelegd met mogelijke externe partners. Wel is er de ambitie om het project bekend te maken binnen het grotere netwerk.

REÏNTEGRATIE

De Korsakov-patiënten krijgen een huisvesting ter beschikking die, aangepast volgens hun specifieke noden, gesitueerd is binnen de samenleving. Dit is een uniek initiatief voor zowel de patiënt als zijn omgeving omdat men de ziekenhuissetting verlaat. Op deze manier streven we enerzijds naar maximale zelfstandigheid maar anderzijds is het ook een doel hun huidig functioneren ten minste te stabiliseren, indien mogelijk nog verder te optimaliseren.

EVALUATIE

De grootste mijlpalen die tot nu toe verwezenlijkt zijn: Opstarten van een multidisciplinaire projectgroep, objectiveren van huidig functioneringsniveau van de pa-

tiënten via de Mechelse Activiteiten Schaal (MAS, een gevalideerde meetschaal die het functioneringsniveau van de patiënt bepaalt), het bepalen, op basis van huidig functioneringsniveau, van de trainingsdoelen via de SMART principes, de opstart training van de patiënten, de effectieve verhuis van de patiënten naar het structuurhuis in maart 2012. Omdat dit proefproject met vrucht volledig geconcretiseerd is, is het in de eerste plaats de volgende doelstelling dit concept structureel te verankeren. Het basiselement opdat dit proefproject gerealiseerd kon worden is gedragenheid bij alle betrokken partners te bekomen. Verder is het stroomlijnen van de theorie in de praktijk waarbij elke zorgverlener handelt vanuit eenzelfde principe (4K) belangrijk voor de slaagkansen van dit project. Een laatste belangrijk punt is tussen ziekenhuisbenedering en beschut wonen een middenweg vinden om patiënten te begeleiden in een nieuwe woonvorm om het slagen van het project te garanderen. Na de projectstart, willen we een grotere investering opzetten voor 4 mensen maar dit is eigen voor een proefproject dat de mogelijkheden exploreert voor uitbreiding in de toekomst. Hier tegenover staat wel het feit dat we voor deze patiënten terug een thuis hebben en dat ze anderhalve dag per week naar de psychiatrische dagkliniek gaan. Dit in tegenstelling tot de volledige ziekenhuisopname van voor het project. Dit duidelijk kosten reducerend!

TOEKOMST

In eerste instantie is het belangrijk dit proefproject structureel te verankeren. Verder wordt er gedacht aan uitbreiding naar andere vormen van beschut wonen initiatieven zowel binnen als over de provinciegrenzen heen. Ook moeten we de mogelijkheid verkennen om het concept van dit project te vertalen naar andere doelgroepen. De haalbaarheid om voor deze doelgroep extramurale begeleiding te voorzien is zeker positief. Uiteraard vraag dit, zoals elk initiatief, gedragenheid binnen de betrokken partners waar ook een financiële tegemoetkoming van de betrokken partners tegenoverstaat.

CONTACT

vzw Asster

psychiatrisch ziekenhuis

Halmaalweg 2, 3800 Sint-Truiden

Contactpersoon: Lenny Grosemans, ergotherapeut, Inge Clerinx, Afdelingshoofd en

Roger Hamael, zorgmanager

011/78.95.11

Lenny.Grosemans@asster.be, Inge.clerinx@asster.be, Roger.Hamael@asster.be

www.asster.be