

# OP WEG NAAR GEDEELDE ZORG VOOR PERSONEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Recente evoluties in rol en positie van een opname- en behandel eenheid  
in een psychiatrisch centrum

Goedele HOEFNAGELS en Nathalie MERTENS<sup>1</sup>

*Zorgeenheid "De Knoop" is een opname- en behandel eenheid binnen het Psychiatrisch Centrum Sint-Amedeus in Morsel, en richt zich tot personen met een licht of matig verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen of psychiatrische stoornissen. Zorgeenheid De Knoop bestaat uit drie leef eenheden die één geheel vormen: Knoop 1 is een gesloten leef eenheid voor observatie, diagnosestelling en behandeling, Knoop 2 is een open leef eenheid voor observatie en behandeling van gekende patiënten (heropname), en Knoop 3 is een open leef eenheid voor observatie,*

*diagnosestelling, behandeling en resocialisatie. De eenheid beschikt over 54 bedden en 10 plaatsen dagbehandeling. Er vinden zo'n 100 opnames per jaar plaats.*

*In deze bijdrage schetsen we de evolutie in deze specifieke psychiatrische 'zorg op maat' voor personen met een verstandelijke beperking, zoals ze de jongste jaren in Sint-Amedeus opgezet wordt. Hierbij zijn we genoodzaakt verder te kijken dan de gestandaardiseerde oplossingen en moeten we vaak erg creatieve constructies opbouwen. Samenwerking is daarbij een sleutelwoord.*

## Een beetje historiek

Sint-Amedeus heeft sinds de opstart in 1895 ook aandacht gehad voor personen met een verstandelijke beperking, maar deze patiënten zaten steeds verspreid over de verschillende afdelingen binnen het hele ziekenhuis. Tijdens een grote hervorming in het psychiatrisch ziekenhuis St-Amedeus in de jaren '80 werd er beslist om sectorieel te gaan werken, waarbij een onderverdeling werd gemaakt op basis van de

aard van de problematiek. Zo werd een sector 'verstandelijke beperking' georganiseerd, naast de andere sectoren van acute en chronische problematieken. Naar aanleiding van deze evolutie werd ook de eerste orthopedagoog aangeworven.

De sector verstandelijke beperking werd georganiseerd in drie afdelingen. Dit zijn de ruwe

1 Goedele Hoefnagels is ortho-agoge en Nathalie Mertens maatschappelijk assistente in zorgeenheid De Knoop, afdeling van P.C. Sint-Amedeus ([www.amedeus.be](http://www.amedeus.be)), contact: [goedele.hoefnagels@fracarita.org](mailto:goedele.hoefnagels@fracarita.org).

voorlopers van de huidige drie leefeenheden van zorgenschap De Knoop. De verdeling van patiënten gebeurde op basis van de ernst van de verstandelijke beperking en op basis van de mate van nood aan structuur. De opgenomen patiënten verbleven langdurig in het ziekenhuis, aangezien de doorstroommogelijkheden erg beperkt waren. De zorg en behandeling steunde op orthopedagogische methodes in associatie met neuro-psychiatrische zorgen. Ongeacht de nood aan een al dan niet gesloten deur, men verbleef er steeds in een gesloten afdeling. Er vonden aanvankelijk ook geen externe opnames plaats. Pas eind de jaren '80 stroomden er via de algemene opnamedienst langzaam de eerste niet gekende patiënten in.

In de jaren '90 legde de federale overheid in het kader van een strikte bezuinigingspolitiek een afbouw van de psychiatrische ziekenhuisbedden op. Ook binnen Sint-Amedeus vond er, net zoals in alle psychiatrische centra, een re-conversie plaats. Hierbij werd met de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking destijds in Sint-Amedeus geen rekening gehouden, omwille van de beperkte alternatieve mogelijkheden in de maatschappij. We creëerden binnen De Knoop wel een eerste open zorgenschap, omdat we merkten dat veel patiënten geen nood hadden aan een gesloten deur. Ook de infrastructuur werd aangepast: de slaapzalen werden vervangen door één- en meerpersoonskamers. Met 15 tot 20 opnames per jaar werden we medio de jaren '90 een volwaardige opname-afdeling. De doelgroep was gemengd en bestond voornamelijk uit personen tussen 30 tot 50 jaar die veelal werden doorverwezen vanuit de gehandicaptenzorg of familiale kring.

### Recente ontwikkelingen

Vanuit de overheid wordt in de regelgeving via het zogenaamd artikel 107 ingezet op de **ver-**

**maatschappelijking** van zorg. Dit betekent concreet dat er minder wordt geïnvesteerd in psychiatrische ziekenhuisbedden om vervolgens de vrijgekomen middelen in te zetten in diensten die ambulante werken en diensten die personen in de thuisomgeving ondersteuning kunnen bieden volgens het beginsel van de minst ingrijpende zorg eerst. Ook binnen de werking van de Knoop streven we naar meer ambulante zorg, wat zich onder meer uit in een groeiend aanbod van daghospitalisatie en ambulante nazorg. We willen samen met de patiënt gericht blijven op het functioneren in de maatschappij en laagdrempelige hulp bieden. We stappen hiermee af van het louter residentieel werken.

“**We willen samen met de patiënt gericht blijven op het functioneren in de maatschappij en laagdrempelige hulp bieden.**”

Doorheen de jaren zijn ook de **opnamevragen sterk gewijzigd**. We zien in de eerste plaats een duidelijke verjonging van het publiek: we krijgen steeds meer opnamevragen voor mannelijke jongvolwassenen van 17 tot 25 jaar, daar waar in het verleden de leeftijd vooral tussen 30 en 50 jaar lag. Verder zien we dat het aantal vragen sterk toeneemt, niet alleen vanuit de gehandicaptensector, maar ook vanuit andere sectoren, zoals het algemeen welzijnswerk en de bijzondere jeugdzorg. Het betreft vaak personen met een complexe problematiek die nood hebben aan gespecialiseerde zorg en die de weg naar het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) nog niet gevonden hebben. Heel wat van deze cliënten vallen bij andere diensten uit de boot omwille van te jong, te gehandicapt, te verslaafd, te psychiatrisch, ...

We streven bewust naar **kortere opnames** en zien dat het aantal opnames hierdoor de laatste 10 jaar verviervoudigde. De korte termijnbehan-

deling stamt voort uit de visie dat we patiënten niet afhankelijk mogen maken van de hulpverlening. Langdurige opnames maken de terugkeer naar de maatschappij enkel moeilijker. Daarnaast speelt ook het streven van de overheid mee om op een zo kort mogelijke tijd een zo effectief mogelijke behandeling aan te bieden, gezien de kost die een ziekenhuisopname met zich meebrengt.

Ondanks een verviervoudiging van het aantal opnames en de toename van de daghospitalisatie, blijft de vraag groter dan het aanbod. Dit houdt onder meer verband met de steeds groter wordende groep verwijzers.

### Zorg op maat in zes modules

Daar waar de opnames vroeger residentieel, langdurig en vaak gesloten waren, is er de laatste tien jaar een evolutie naar zorg op maat. Om patiënten zo goed als mogelijk te behandelen, hebben we in zorgseenheid De Knoop zes modules geïnstalleerd. Deze modules zijn verspreid over de drie leefeenheden Knoop 1, 2 en 3.

#### *Diagnostiek en behandeling*

De grootste groep mensen wordt nog steeds residentieel opgenomen met als doel diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. Dit kan zowel in Knoop 1 (gesloten) als in Knoop 3 (open) gebeuren. De meeste van deze opnames gebeuren in de **open** leefeenheid Knoop 3. In een open, vraaggestuurd kader zoeken we samen met de patiënt naar concrete behandeldoelen die we binnen een afgesproken tijds kader trachten te realiseren. Deze korte termijn verlaagt de drempel naar de hulpverlening en creëert een taakspanning die aanzet tot een actieve en doelgerichte houding. Tijdens de opname wordt het behandelplan opgesteld samen met de verwijzers en het eigen netwerk. Terug

controle verwerven staat centraal. We gaan ervan uit dat mensen tot op zekere hoogte architect en bouwmeester zijn van hun eigen leven, rekening houdend met hun algehele ontwikkeling (cognitief, sociaal-emotioneel, moreel, ...). De behandeling heeft als doel deze zelfverantwoordelijkheid te vergroten en de vrijheid van keuze te faciliteren.

Er worden ook geregeld acute problematieken aangemeld, waarbij een **gesloten** deur nodig is omwille van fugue- of suïcidegevaar. Ook hier willen we steeds vertrekken vanuit de hulpvraag, ook al is een meer beveiligend en begrenzend milieu noodzakelijk. Daarbij houden we in ons achterhoofd dat we maar datgene overnemen wat nodig is voor de patiënt. Dit vraagt om op individueel niveau te kijken welke interventies en maatregelen nodig zijn voor de patiënt: wel of niet op weekend naar huis, zelfstandig of onder begeleiding naar therapie, ... Regelmatig komt er na verloop van tijd een transfer naar de open leefeenheid Knoop 3.

#### *Resocialisatie*

Voor een grote groep patiënten is de terugkeer naar de maatschappij niet vanzelfsprekend. Binnen de resocialiserende behandeling wordt dan ook meer directe ondersteuning geboden om terug sociale rollen op te nemen, zoals werken, wonen, dagbesteding, maatschappelijk leven. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met de mogelijkheden van de patiënt, maar ook met de blijvende beperkingen van hemzelf en zijn omgeving. Patiënten hebben in het verleden vaak ervaringen van falen gekend. De reden hiervoor kan zich situeren op vele vlakken. Het is dan ook de taak van het team om samen met de patiënt na te gaan wat er in het verleden is misgelopen en wat er op de zorgseenheid (bij)geleerd kan worden om een goede basis te creëren en de kans op succes in de toekomst te vergroten.

Het is de bedoeling om patiënten op leefbaarheid Knoop 3 stelselmatig voor te bereiden en te focussen op een leven buiten het centrum. Iedere patiënt heeft zijn persoonlijk stappenplan dat in samenwerking met het team, de patiënt en/of familieleden besproken en afgesproken wordt, rekening houdend met de beperkingen en vaardigheden van de patiënt.

De terugkeer naar de maatschappij gebeurt gefaseerd, waarbij de focus geleidelijk aan van basisvaardigheden naar verwachte vaardigheden met het oog op resocialisatie gericht wordt. Ook wordt van de patiënt een verhoogde zelfstandigheid verwacht naarmate de opnameduur vordert, opdat een overgang van de zorgen naar buiten eenvoudiger kan verlopen en de kans op slagen vergroot wordt. Een voorbeeld hiervan kan zijn: het zoeken naar werk. Zo kan een patiënt binnen het ziekenhuis op een interne jobdienst werkervaring opdoen om dan stage te lopen in een beschutte werkplaats en een contract te verkrijgen. Resocialisatie gebeurt voornamelijk vanuit Knoop 3.

### ***Daghospitaal***

Vanuit het idee om de kloof tussen thuismilieu en opname minder groot te maken, werd ook gestart met een module daghospitaal. Het zwaartepunt van de behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis ligt uiteraard bij de therapieën die overdag plaatsvinden. Het is niet omdat een patiënt nood heeft aan therapie, dat er ook nood is aan een voltijdse opname.

In de module daghospitaal komen de patiënten enkele dagen per week naar het ziekenhuis van 9 tot 16.30 uur. Het aantal dagen wordt afgesproken met de patiënt en het netwerk en kan variëren van drie tot vijf dagen, en in sommige gevallen zelfs zeven dagen. De meeste patiënten komen in daghospitaal in de open eenheid

Knoop 3. Er kunnen echter ook trajecten daghospitaal uitgezet worden vanuit Knoop 1, bijvoorbeeld na een eerdere residentiële opname in Knoop 1.

### ***Crisisopname***

De laatste jaren worden we in stijgende mate geconfronteerd met vragen tot crisisopname van mensen met een verstandelijke beperking. Het beperkte aantal plaatsen op de opnameafdelingen (en de wachtlijsten welke een logisch gevolg zijn van de te grote vraag) zorgt ervoor dat we niet snel genoeg kunnen inspelen op de hulpvraag van de betrokkene. Een tijdelijke, kortdurende opvang kan zowel voor de patiënt als voor het verwijzende team of de familie de nodige ademruimte geven en een nieuwe start betekenen. De nadruk blijft in de eerste plaats liggen op ontlasting van de huidige situatie en het doorbreken van de crisis. Er wordt getracht op het einde van de crisis aan de verwijzer een advies mee te geven voor een verdere aanpak of opvolging. Crisisopname kan in Knoop 1, in Knoop 2 en in Knoop 3. De keuze voor een van deze leefeenheden heeft te maken met de nood aan beveiliging.

### ***Intensieve Psychiatrische zorg***

Zorgen De Knoop beschikt over zes IPZ-bedden waar Intensieve Psychiatrische Zorg kan geboden worden. Dit om op de toenemende vraag met complexe problematieken een antwoord te bieden. Infrastructureel hebben we twee isolatieruimten, twee beveiligde kamers en twee individuele kamers. (De bevindingen van een project rond het terugdringen van de vrijheidsbeperkende maatregelen in De Knoop worden toegelicht in het hierna volgende artikel.) De intensieve zorg die geboden wordt, is afhankelijk van de toestand waarin de patiënt

zich bevindt en de zorg die de patiënt nog zelf kan opnemen. De patiënt heeft ongeacht zijn toestand steeds recht op een kwalitatieve zorg. Communicatie, nabijheid, verbondenheid en respect zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

In IPZ willen we zo kortdurend mogelijk (bij voorkeur enkele weken) een aantal mensen kunnen opvangen. Binnen de intensieve behandelunit ligt de nadruk op 'veiligheid'. Veiligheid wordt hier gedefinieerd als de patiënt zich veilig laten voelen en hem net die houvast bieden die hij nodig heeft. Dit wordt gezien als de basis van waaruit de patiënt kan vertrekken en waarop hij kan terugvallen, om van daaruit de voor hem moeilijke situaties steeds beter aan te kunnen. Het is de bedoeling dat de geboden zorg gefaseerd wordt, continu geëvalueerd en geleidelijk wordt afgebouwd.

**“Binnen de intensieve behandelunit ligt de nadruk op 'veiligheid': de patiënt zich veilig laten voelen en hem net die houvast bieden die hij nodig heeft.”**

Bij een ernstig incident zal de patiënt eerst geïsoleerd worden en zal intensieve zorg geboden worden. Daarna kan hij, afhankelijk van zijn toestand, overgebracht worden naar een beveiligde kamer of de eigen kamer. De IPZ-werking wordt gestuurd vanuit Knoop 1: wanneer patiënten opgenomen worden in IPZ worden zij ook begeleid door het team van Knoop 1. Er kan echter ook vanuit de andere leefeenheden gebruik gemaakt worden van de IPZ, bijvoorbeeld voor het gebruik van een isolatieruimte gedurende een uur omwille van een incident of voor een verblijf van enkele dagen in een beveiligde ruimte na decompensatie.

### Heropname

Omdat mensen niet feilloos zijn en onze doelgroep vaak een blijvende kwetsbaarheid heeft, bestaat het risico op herval. De mogelijkheid bestaat dan dat ze opnieuw voor korte tijd kunnen opgenomen worden. Zo snel mogelijk een nieuw evenwicht of herstel vinden staat hier centraal. Bij een heropname focussen we ons op de domeinen in het leven van de patiënt waar zich problemen voordoen, zonder echter de totale persoon uit het oog te verliezen. De heropname gebeurt steeds in Knoop 2. In Knoop 2 hoeft er dan ook in principe geen diagnosestelling meer te gebeuren, aangezien die bij de vorige opname in Knoop 1 of Knoop 3 gebeurde. Afhankelijk van de vraag kan de opname in Knoop 2 residentieel of in daghospitaal plaatsvinden.

### Een casus ter illustratie

*G wordt aangemeld naar aanleiding van psychotische decompensatie. Omwille van de grote angst en de ernst van de verwardheid wordt G opgenomen op de gesloten afdeling van Knoop 1. Wanneer na enige tijd blijkt dat G's toestand stabiliseert, kan hij getransfereerd worden naar Knoop 3. Uit het diagnostische onderzoek blijkt dat G een man is met een licht verstandelijke beperking, autisme en psychotische decompensatie onder stress. Op basis van de ontwikkelingsstoornis wordt een aanvraag gedaan bij het VAPH. Ondertussen worden vanuit Knoop 3 verschillende pogingen ondernomen om de tewerkstelling te hervatten. Deze mislukken echter. De daginvulling moet gezocht worden binnen niet-betaalde dagbesteding. Begeleid wonen wordt opgestart vanuit het VAPH en G gaat in daghospitaal. De ondersteuning op deze manier blijkt onvoldoende en G wordt tijdelijk opnieuw opgenomen. Intensievere ondersteuning vanuit het VAPH kan niet opgestart worden omwille van de wachtlijsten. Een*

*nieuw plan wordt gemaakt in netwerkoverleg. G wordt met maximale ondersteuning naar huis georiënteerd: begeleid wonen (VAPH), gezins-hulp, daghospitaal vanuit PC Amedeus, ondersteuning van familie en ondersteuning vanuit de netwerkfunctie van PC Amedeus. Gedeelde zorg om G's kwetsbare persoon te ondersteunen.*

## Het belang van netwerken

Mensen een mogelijkheid tot snelle opname bieden kan enkel mits er voldoende doorstroom kan worden gerealiseerd. Tijdens het zoeken naar een geschikte doorverwijzing worden we voortdurend geconfronteerd met het nijpend tekort aan opvangmogelijkheden binnen het VAPH en de ontoegankelijkheid van de gehandicaptenzorg voor de personen met een bijkomende psychiatrische en/of gedragsproblematiek. Gezien de jonge populatie en de beperkte mogelijkheden tot doorstroming naar (onder andere) diensten van het VAPH, zijn we genoodzaakt verder te kijken dan de gestandaardiseerde oplossingen en moeten we vaak erg creatieve constructies opbouwen. Zoals we dit jaar ook toelichtten in onze studiedag 'Geboeid door zorg', leerde de ervaring ons volgende zaken:

### **Kleur buiten de lijntjes**

We merken dat het antwoord zoeken op vragen zoals: "Waaruit bestaat het huidige netwerk? Welke reguliere diensten kunnen we nog mobiliseren? Wat kunnen mantelzorgers betekenen? Wat is realiseerbaar op korte termijn in afwachting van een langdurige of meer geschikte oplossing?", soms andere deuren en perspectieven opent.

### **Psychiatrische behandeling zonder aandacht voor netwerken is verspild geld**

De mensen uit onze omgeving, onze vrienden, familie, ... vormen samen ons sociaal netwerk. Dergelijk netwerk ontstaat geleidelijk, breidt uit en krimpt soms ook weer in. Sociale netwerken zijn belangrijk voor ons algemeen welbevinden. Dit geldt ook voor personen met een beperking. Net voor die doelgroep is het opbouwen en onderhouden van hun sociaal netwerk vaak erg moeilijk. Omdat we willen vermijden dat een cliënt na de opname opnieuw in eenzelfde (negatieve) situatie terechtkomt, vinden we het tijdens de behandeling erg belangrijk om deze mensen te blijven betrekken en te zoeken naar manieren waarop dit netwerk versterkt of uitgebreid kan worden.

### **Hou me (niet) vast**

Veel van onze cliënten zijn niet toe aan hun eerste opname, ze zijn al meermaals doorverwezen, worden omschreven als "moeilijk begeleidbaar", ze gaan vaak niet akkoord met een oriëntatie naar begeleidende diensten en dwingen hun zelfstandigheid af. Deze cliënten (gecontroleerd) loslaten en van op een afstand en dus minder bevoogdend proberen te begeleiden, is soms een geschikter proces. Zelfs als dit niet lukt, biedt dit ruimte aan de cliënt om op een later tijdstip de behandeling een tweede kans te geven.

### **Gedeelde zorg = gedeelde verantwoordelijkheid**

Om tegemoet te komen aan complexe dossiers moet er sector-overschrijdend gewerkt kunnen worden, zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd blijft. Als psychiatrisch ziekenhuis kunnen wij tijdelijk onze expertise inbrengen om

‘de knoop mee te helpen ontwarren’. Vanuit de psychiatrische hulpverlening richten we ons op observatie, diagnostiek en behandeling. Daarbij is het belangrijk dat andere sectoren vanuit hun expertise betrokken blijven, ook tijdens een opname. We kiezen ervoor om tijdens een opname de expertise van anderen in te roepen op het gebied van wonen, werken, e.d. Door samenwerking van verschillende diensten wordt het voor elke partner haalbaar om zijn deel in een dossier op te nemen. Anders worden complexe dossiers doorgeschoven van het kastje naar de muur. Zo komen we tot de conclusie dat het geheel meer is dan de som der delen.

Met deze principes in het achterhoofd zijn we verschillende initiatieven gestart. Vaak gaan we in afwachting van de gepaste ondersteuning door het VAPH, een samenwerking aan met reguliere diensten, zoals thuisverpleging, gezinshulp, mutualiteiten, CAW of OCMW,... We organiseren dan op casusniveau netwerktafels om de zorg voor een patiënt op mekaar af te stemmen en de betrokken diensten hierin te ondersteunen. Ook los van het casusniveau willen we onze samenwerking met andere diensten uitbreiden. Dit doen we door studiedagen bij te wonen en deze ook zelf te organiseren.

Binnen De Knoop ontwikkelden we een functie ‘netwerker’. Deze heeft als bijzondere taak om het netwerk buiten het ziekenhuis na het ont-

slag of bij de voorbereiding op het ontslag mee vorm te geven en aldus de overgang vlotter te laten verlopen.

### Het belang van samenwerking

Om te kunnen inspelen op tendensen en veranderende vragen is het nodig om flexibel te zijn. De Knoop zoekt steeds actief naar nieuwe wegen om zorg op maat te organiseren. We willen de mensen niet aan de deur overnemen, maar samen met verwijzer en netwerk naar de meest gepaste behandeling zoeken en op deze manier een zo vlot mogelijke terugkeer realiseren. Want: patiënten bestaan niet enkel uit hun psychiatrische problematiek.

De praktijk toont aan dat de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg van cruciaal belang is. Daarom pleiten wij voor verdere investering in onderlinge afstemming. We willen mensen zo gericht mogelijk doorverwijzen, zodat wij onze opdracht als observatie- en behandel eenheid gericht kunnen uitvoeren. Er is echter niet altijd een passende oplossing. We kunnen enkel samen met een patiënt en zijn netwerk op weg gaan en de hindernissen die zich onderweg voordoen zo goed als mogelijk trachten te nemen. Of zoals een oud Chinees spreekwoord zegt: de weg is het doel.

#### Literatuur

- Kris Decraemer, De aparte moeilijkheidsgraad van crisisinterventie
- Advies inzake de operationalisering van de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische crisishulpverlening. Nota van de permanente werkgroep psychiatrie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (N.R.Z.V.), Brussel 1999
- PZ Sancta Maria, Sint-Truiden, Eenheid in verscheidenheid. Acute observatiedienst
- van Gemert G.H. en Minderaa R.B. (1997) *Zorg voor mensen met verstandelijke handicap*.
- [www.psy107.be](http://www.psy107.be)
- 100 jaar Sint-Amedeus (1995)