

Elektronisch patiëntendossier bevordert interdisciplinair werken

Het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart in Ieper voerde eind 2008 het interdisciplinair elektronisch patiëntendossier in. Sinds die datum blijft het papieren dossier beperkt tot externe, niet-elektronisch aangeleverde documenten zoals verwijfsbrieven.

“Het papieren dossier had als nadeel dat de informatie die door de verschillende disciplines afzonderlijk bijgehouden werd, ook hoofdzakelijk binnen de disciplines bleef, ondanks gemeenschappelijke mappen per team”, zegt applicatieverantwoordelijke Ritchie Vandemoortele van het middenkader Patiëntenzorg. “Uit het voorafgaande overleg met alle disciplines en brainstormsessies bleek er nood aan meer interdisciplinaire informatie-uitwisseling. We hebben deze wensen zoveel mogelijk vertaald in het ziekenhuisinformatiesysteem van Obasi vzw, waarmee we via het apotheekpakket en een administratieve module reeds vertrouwd waren. Belangrijke factoren in de acceptatie waren ook de open interne communicatie naar de medewerkers, de opleiding tot gebruik en de gebruiksvriendelijkheid van de applicatie.”

Voortaan is er nog slechts één dossier per patiënt, waaraan diverse disciplines samen werken. De informatie is intern vlot bereikbaar op het ziekenhuisnetwerk en kan via een beveiligd extranet ook door de psychiater met wachtdienst geraadpleegd worden. De beveiliging zorgt ervoor dat enkel de effectieve behandelaars het individuele patiëntendossier kunnen consulteren. Door de grotere afstemming tussen teamleden groeit een meer eenvormige visie over de toestand van de individuele patiënt. Per patiënt wordt er één werkplan opgemaakt met doelstellingen van onderzoek en behandeling. Zo ontstaat een goede leidraad voor evaluatie en bijsturing van diagnose en behandeling tijdens de multidisciplinaire vergaderingen. Observaties en de inhoud van gesprekken kunnen onmid-



dellijk beschikbaar gesteld worden aan alle leden van het behandelende team. Samenwerking tussen de diverse disciplines, naar één einddoel toe, stimuleert ook de teamcultuur binnen het ziekenhuis. Door een betere uitwisseling van informatie en de vermindering van de administratieve last op termijn, komt meer tijd vrij voor rechtstreekse patiëntcontacten.

Het tijdig en adequaat doorgeven van informatie naar de eerste lijn kan nu nog beter opgevolgd worden: de kwaliteitsindicatoren ‘tijdige opname- en ontslagbrief’ en ‘ontslagmanagement’ kunnen nu elektronisch berekend worden. ■

VOORAANKONDIGING

- Symposium “Conflicthantering, empathie en verzoening” op vrijdag 11 september in het auditorium van het ziekenhuis. Doelgroep: hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg. Lezingen door prof. dr. Mark NELISSEN (Universiteit Antwerpen), dr. Dirk DE WACHTER (Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven), lic. Lieven VERCAUTEREN (Artesis Hogeschool en Educatieve Academie Antwerpen) en prof. dr. Rik TORFS (K.U. Leuven).
- Symposium “Cognitieve gedragstherapie bij psychose: state of the art en nieuwe ontwikkelingen” op vrijdag 9 oktober in het psycho-educatief centrum van het ziekenhuis. Doelgroep: hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg. Lezingen en workshops door o.a. prof. dr. Mark VAN DER GAAG (Hoogleraar klinische psychologie Vrije Universiteit Amsterdam), drs. Klaas DE BOER (klinisch psycholoog/psychotherapeut Nederland) en drs. Bas VAN OOSTERHOUT (klinisch psycholoog 's Hertogenbosch NL).
- Symposium “Presentiebenadering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg” op donderdagnamiddag 26 november in het auditorium van het ziekenhuis. Doelgroep: hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg. Lezingen door prof. dr. Andries J. BAART, geestelijke vader van de presentietheorie, studeerde andragologie in Amsterdam (Universiteit van Amsterdam), specialiseerde zich op het terrein van de praktische theologie (KTH Utrecht en KU Nijmegen) en promoveerde in de wijsbegeerte (EU Rotterdam 1986) en prof. dr. Mieke GRYPDONCK, verpleegkundige, buitengewoon hoogleraar, Universiteit Gent.

Samen werken aan een aangename levensstijl zonder middelengebruik

In de kijker: De Wending 1

De Wending 1 helpt mensen met afhankelijkheidsproblemen om opnieuw zonder ervaringsveranderende middelen door het leven te gaan. Hoofdverpleegkundige Jurgen Vandamme en psycholoog Melanie Verhelst lichten de werking van deze afdeling toe, waar dr. Herlinde Lamote eindcoördinator van de behandeling is.

Voor wie is De Wending 1 bestemd?

Jurgen Vandamme: “De Wending 1 is een afdeling voor mensen (vanaf 18 jaar) die ernstige problemen hebben door de afhankelijkheid van middelen. De hoofddiagnose is vooral ‘afhankelijkheid’. Mensen met een secundair misbruik van cannabis komen ook in aanmerking om een behandeling te volgen. Voor ander illegaal druggebruik beperkt de behandeling zich tot lichamelijke ontwenning gedurende twee weken. Daarna volgt een doorverwijzing naar andere centra, therapeutische gemeenschap of ambulante drugzorg.”

Wat wordt bedoeld met ‘afhankelijkheid van middelen’?

Melanie Verhelst: “We spreken van afhankelijkheid van middelen wanneer iemands gebruik schade berokkent aan zichzelf of aan anderen op verschillende levensdomeinen. Middelen als alcohol of drugs kunnen heel wat problemen veroorzaken, ook al worden ze niet dagelijks gebruikt en kan de gebruiker ook wel eens zonder. Stevig doorzakken in het weekend, kan bv. leiden tot agressief gedrag onder invloed, relatieproblemen, verkeersongevallen, ...”

Hoe komen mensen in De Wending 1 terecht?

Jurgen Vandamme: “Mensen kunnen zich rechtstreeks aanbieden of via familie, zeker bij heropname. Daarnaast zijn er ook een aantal externe doorverwijzers, zoals de huisarts, een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis, justitie (bij gedwongen opname of het opleggen van voorwaarden).”

Welk werkmodel wordt in De Wending 1 gehanteerd?

Melanie Verhelst: “Vanuit een bio-psycho-sociaal model gaan we op zoek naar beïnvloedende factoren voor het ontstaan en bestendigen van afhankelijkheidsproblemen en van de gevolgen voor het persoonlijke functioneren op diverse levensdomeinen. Binnen het kader van de cognitieve gedragstherapie kunnen we zicht krijgen op de problemen. In een ondersteunende omgeving kan de persoon nieuwe, gezonde vaardigheden uitproberen. Specifiek bestaat de behandelingsstrategie uit: psycho-educatie, motiverende gesprekken, groepsgesprekken, individuele therapie, denken over gebruik, zelfcontroleoefeningen, bewegingstherapie, ergotherapie, behandeling van co-morbiditeit, relatie-therapie, sociale vaardigheidstraining, muziektherapie, ADL, slaaphygiëne, ...”

Wat gebeurt er in de opnamefase?

Jurgen Vandamme: “Tijdens de lichamelijke ontwenning wordt de fysieke conditie grondig onderzocht. Het psychiatrische, psychologische en sociale onderzoek vervolledigen het beeld van de leefsituatie van de patiënt. In contact met therapeuten en andere teamleden krijgt de patiënt een zicht op het behandelingsaanbod en krijgen de begelei-



ders zicht op de patiënt. Het aanvangsteam onderzoekt in welke fase van verandering de patiënt zich bevindt. In overleg met de patiënt worden de behandelingsdoelen geïnventariseerd. Het is belangrijk dat de patiënt gemotiveerd wordt om actief zijn gebruikspatroon te veranderen: niet meer drinken (abstinentie) of enkel medicatie gebruiken op voorschrift.”

Hoe verloopt de behandelingsfase?

Melanie Verhelst: “Samen met de patiënt onderzoeken we hoe die een leven zonder middelengebruik kan opbouwen. Alternatieve vaardigheden worden eerst geoefend in de beschermende leefomgeving van de afdeling. Daarna worden er concrete stappen gezet naar de persoonlijke leefsituatie. De doelstellingen zijn: het doorbreken van de afhankelijkheidsketen, het herstellen van de schade op diverse levensgebieden (lichamelijke toestand, psychische gesteldheid, relaties, ...), het zoeken en beginnen uitvoeren van een nieuwe levensstijl, het leren oplossen van problemen zonder naar het middel te grijpen. Tijdens de behandeling is er continu aandacht voor het versterken van de motivatie tot abstinentie en het leren ontdekken van een aangename, nuchtere levensstijl. In de vierde week van de behandeling volgt een evaluatie en wordt het vervoltraject in overleg uitgesteld: bijkomende behandeling in volledige hospitalisatie op De Wending 1 of De Wissel 1 (vervolgafdeling), overstap naar dag- of nachthospitalisatie of nabehandeling.”

Welke mogelijkheden zijn er na de behandelingsfase?

Jurgen Vandamme: “Om na het ontslag het resultaat van de behandeling te bestendigen, bestaat er een nabehandeling in groepsverband en/of individueel, met wekelijks één of meerdere nazorgsessies gedurende maximaal zes maanden. Daarna is er de mogelijkheid om aan te sluiten bij de zelfhulpgroep De Weg die wekelijks in het ziekenhuis samenkomt, zoals dr. Herlinde Lamote en adviseur Jhony Beun in de vorige Nieuwsbrief uitlegden.” ■



PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS H. HART - IEPER

Beste lezer,

Voor u ligt alweer onze derde Nieuwsbrief. In 2008 namen we dit halfjaarlijkse initiatief, om u op de hoogte te houden van het reilen en zeilen binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart en van onze werking in breder netwerkverband. We willen u in een geest van openheid laten zien hoe de psychiatrie vandaag mensen helpt om hun levenskwaliteit opnieuw te verbeteren. Daarom besteedt de rubriek ‘In de kijker’ dit keer aandacht aan De Wending 1, die mensen met afhankelijkheidsproblemen leert om weer zonder ervaringsveranderende middelen door het leven te gaan. Verder leest u, met een persoonlijk getuigenis, hoe onze interne jobwerking patiënten rehabiliteert. De invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) toont aan dat we ons constant verder professionaliseren. De expertise die we in het H. Hart opbouwen, houden we evenwel niet in besloten kring. We stellen ze integendeel ter beschikking binnen ons netwerk van zorgverstrekkers in de brede regio. De najaarscursus cognitief-gedrags-therapeutische technieken voor huisartsen, de training ‘omgaan met agressie’ in de nieuwe gesloten leefgroep voor meisjes JEZ11 bij onze burens van Ons Tehuis, een vormingsaanbod ter voorkoming van depressie in woon- en zorgcentra zijn evenzovele voorbeelden van onze betrokkenheid.



Johan Depoortere
Algemeen directeur

Nieuwsbrief

EDITIE MEI 2009

Interne jobwerking rehabiliteert patiënten

Naast de gangbare therapieën organiseert het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart ook een interne jobwerking. In het kader van productief handelen en arbeidsrehabilitatie is het ziekenhuis verder nog op zoek naar externe ervaringsplaatsen en bijkomend industrieel werk.

De interne jobwerking staat niet in het standaard therapieprogramma, maar heeft wel een therapeutische waarde en wordt vanuit de dienst Ergotherapie gecoördineerd. Onder de interne jobwerking valt bv. het ophalen van papier en karton, het bedelen van dranken naar afdelingen en diensten, ophaling van PMD, dagelijkse distributie vanuit de aankoopdienst, werken in de groentekeuken. De dienst Ergotherapie matcht vragen vanuit de diensten met

aanbod van potentiële kandidaten uit de patiëntenpopulatie.

“Dergelijke jobs, uitgevoerd door patiënten binnen de muren van het ziekenhuis, zijn een vorm van activatie”, zeggen ergotherapeuten Bruno Libbrecht en Veerle Soetaert van Ergo 2. “Daarbij worden mensen uit hun rol als patiënt gehaald en krijgen ze zowel verantwoordelijkheid als vertrouwen. We doen een beroep op wat ze wél nog kunnen. Dat vraagt een inspanning, van de patiënt



Ergotherapeuten
Bruno Libbrecht
en Veerle Soetaert
van Ergo 2

uiteraard, maar ook van de mensen op de verschillende werkposten die hen mee begeleiden. Soms doet de patiënt liever niets dan dat hij iets probeert, mislukt en de therapeuten teleur zou moeten stellen. Vandaar dat ze ook mogen mislukken. Als ze de rol van ‘werknemer’ – met een ‘contract’ en concrete afspraken – op zich nemen, kunnen we vaak het vermijdingsgedrag en de zichzelf voedende negatieve spiraal doorbreken om tot rehabilitatie te komen. Tom kijkt bv. uit naar zijn wekelijkse papierronde. Hij is ondertussen het ritme gewoon, heeft meer zelfdiscipline gekregen en denkt ook mee aan oplossingen voor problemen.”

Gezocht: stage/ervaringsplaatsen en industrieel werk

Binnen de ergotherapie kaderen interne jobs in het productief handelen en de arbeidsrehabilitatie. Daarnaast zijn er ook ervaringsstages binnen het ziekenhuis, bij de schoonmaakploeg of de technische dienst, om patiënten te activeren of voor te bereiden op een functie in het externe circuit. Het H. Hart is nog op zoek naar ervaringsplaatsen buiten het ziekenhuis (zoals nu reeds in de kringloopwinkel, vrijwilligerswerk binnen bejaardenzorg, milieuboerderij, klusjesdienst beschut wonen, ...).

Daarnaast is het ziekenhuis ook vragende partij voor extra industrieel werk (o.a. verpakking, sorteren, montage, mailings verzorgen, ...). Er is nood aan bijkomende repetitieve arbeid in het kader van werkvoorbereiding, dagstructuratie, productief gerelateerde werkatitudes (zoals zorg, op tijd komen, tempo, kwaliteit van het werk), om de patiënten sociale vaardigheden bij te brengen, ... ■

TOM HAALT PAPIER EN KARTON OP

“Wekelijks op dinsdagvoormiddag en nog een uur in de namiddag mag ik met mijn kar op de afdelingen rondgaan om papier en karton op te halen”, getuigt Tom (27) die sinds eind vorig jaar in de interne jobberking van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart ingeschakeld is. “Door weer en wind ga ik naar de afdelingen om daar het papier en karton te verzamelen dat ze voor me klaargezet hebben. Dat breng ik dan naar de grote container. Op die manier kan ik de mensen helpen. Vroeger had ik niet echt veel meer te doen. Ik volgde wel fitness en had gesprekken met de psycholoog, maar had nog heel wat vrije tijd over, om de krant te lezen of in mijn bed te liggen. Ik neem ook wel deel aan de ergotherapie, waar ik wat industrieel werk doe.



Toen ze me vanuit de ergotherapie voorstelden om een interne job op te nemen, zag ik het eerst niet echt zitten. De eerste keer hebben ze me moeten tonen hoe het in elkaar zat. Nu doe ik het graag en kijk ik er ook elke week naar uit om het papier en karton op te halen.”

Cognitief-gedragstherapeutische technieken voor huisartsen

Op vijf donderdagavonden in september en oktober brengen dr. Roland Rogiers en Ivan Adriaen een cursus cognitief-gedragstherapeutische technieken voor huisartsen. Dergelijke niet-medicamenteuze interventie blijkt effectief bij lichte en matige depressie en beperkt ook recidive. Om deze vorm van behandeling te beheersen, is wel training vereist.

Een vorm van cognitieve gedragstherapie, toegepast door huisartsen, heeft een positief effect op depressieve klachten, zo blijkt uit onderzoek. Bij de behandeling gaan de arts en de patiënt samen op zoek naar de samenhang tussen de klachten, de gedachten omtrent gebeurtenissen en de manier waarop de patiënt met de klachten omgaat. Bij de cognitief-gedragstherapeutische interventie hoort het werken met een dagboek, waarin de patiënt gegevens volgens het SORC-schema noteert (Situatie-Organisme-Respons-Consequentie): de situatie waarin de klacht zich voordoet, gedachten en gevoelens daarop, het gedrag daarbij en de gevolgen daarvan. In de psycho-educatieve fase krijgt de patiënt uitleg over de symptomen van depressie en de interactie tussen biologische en psychosociale factoren. Met de patiënt wordt een ‘ziektetheorie’ geconstrueerd die een uitleg biedt voor de klachten en de inhoud van de behandeling concreter maakt. In de volgende fase probeert de arts de patiënt te activeren tot het uitvoeren van voorheen leuke, nuttige of waardevolle activiteiten. Activatie vermindert de impact van de depressie op het denken, voelen en doen. In de cognitieve therapie leren patiënten hun gedachten te identificeren, in vraag te stellen en te zoeken naar meer helpende alternatieven. Het verhogen van probleemoplossende vaardigheden heeft eveneens een positief effect.

PRAKTISCH

De cursus wordt gegeven door dr. Roland Rogiers (klinisch psycholoog, gedragstherapeut, lesgever vakgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Gent) en Ivan Adriaen (klinisch psycholoog en gedragstherapeut aan het H. Hart). Op het programma staan: suicide en psycho-educatie (sessie 1), filmisch exploreren en werken met dagboeken (sessie 2), activatie (sessie 3), cognitieve interventies (sessie 4) en follow-up, relapspreventie en bevorderen van well-being (sessie 5). Een meer gedetailleerd programma is na te lezen op www.hhartieper.be. De vijf trainingssessies van telkens 3 uur vinden plaats op donderdagavond 3 en 24 september, en 1, 22 en 29 oktober, in het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart, Poperingseweg 16 in Ieper. Aanvang: 20 uur. Inschrijven kan schriftelijk en wordt bevestigd na ontvangst van € 50 op de rekeningnummer 799-5153518-07. Alle deelnemers ontvangen het boek “Aanpak van angst- en stemmingsstoornissen door de huisarts”. Het aantal inschrijvingen is beperkt. ■

Vormingsaanbod ter voorkoming van depressie in WZC’s

West-Vlaamse woon- en zorgcentra kunnen intekenen op het vormingsaanbod ‘Preventie van depressie in woon- en zorgcentra’ van het Ieperse Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart. In vijf sessies leren leidinggevenden, verplegend en verzorgend personeel depressieve klachten bij ouderen in het WZC herkennen en er adequaat mee omgaan.

Het vormingsaanbod vond zijn oorsprong in het therapeutisch project ‘Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen’ (zie vorige Nieuwsbrief). In dit samenwerkingsverband formuleerden WZC’s de behoefte aan vorming en ondersteuning, om depressie en depressieve klachten bij bewoners te detecteren, te screenen en adequaat te benaderen. Twee medewerkers van het H.



Hart werkten daarop een vormingsaanbod uit. Hof ten IJzer in Lo-Reninge fungeerde als pilootproject. Inmiddels tekenden reeds een zestal WZC’s op de vormingscyclus in.

“In woon- en zorgcentra is het percentage ouderen met depressieve klachten tweemaal zo hoog als bij zelfstandig wonende ouderen”, zegt Kris Tijtgat, diensthoofd van De Wering 1 (ouderenpsychiatrie). “In woon- en zorgcentra lijdt 21% van de bewoners aan depressieve symptomen en 11% aan een depressie in engere zin. Medewerkers hebben soms onvoldoende kennis en vaardigheden om depressie te onderkennen en deze bewoners adequaat te begeleiden.”

Om depressieve klachten bij bewoners te voorkomen of terug te dringen treedt het H. Hart nu naar buiten met een gericht vormingsaanbod. Het voorkomen van depressie onder de doelgroep van bewoners kan door maatregelen op organisatieniveau en door een verbetering van vroegtijdige onderkenning of detectie van (bijna) depressieve bewoners. Daartoe worden de competenties van het personeel (leidinggevenden, verplegend en verzorgend personeel) verhoogd in de omgang met depressieve bewoners.

Sessies op maat

“De cursus bestaat uit twee bijeenkomsten van 2 uur met leidinggevenden en 3 bijeenkomsten van 3 uur met het personeel”, verduidelijkt psychiatrisch verpleegkundige Ilse Patoor die de bijeenkomsten

PILOOTPROJECT IN WZC HOF TEN IJZER IN LO-RENINGE POSITIEF GEËVALUEERD

“SYMPTOMEN SNELLER HERKENNEN EN ALERTER REAGEREN”



De vormingscyclus ‘Preventie van depressie in woon- en zorgcentra’ werd als pilootproject gelanceerd in Hof ten IJzer in Lo-Reninge. Dit WZC beschikt over een erkenning voor 110 ouderen. “De interesse voor dit project kadert in onze visie op zorg”, vertelt directeur Katrien Servayge. “We bieden onze bewoners niet alleen fysieke zorg, maar zijn evenzeer bekommerd voor hun psychisch welzijn. We hebben ook al jaren lang een positieve samenwerking met het H. Hart, voor mensen die bij ons komen verblijven eenmaal hun ziektebeeld gestabiliseerd is. Als lid van de stuurgroep van het Therapeutisch project ‘Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen’ stond ik 100% achter de idee om bijkomende opleiding te organiseren en kennis te vermenigvuldigen. Vandaar dat we ons kandidaat gesteld hebben voor een pilootproject in een open wooneenheid voor fysisch zorgbehoevende ouderen. Uit een test bleek ook dat 20 tot 30% van de bewoners depressieve symptomen vertonen, cijfers die overeenkomen met bevindingen in gelijkaardige voorzieningen. De vorming is een belangrijk instrument voor onze medewerkers, verplegenden en verzorgenden, om die symptomen sneller

in het WZC verzorgt. “In de eerste sessie voor het personeel staan screening en detectie centraal. Aan de hand van concreet materiaal aangebracht door het WZC bespreken de cursisten depressieve klachten. Ze verruimen hun kennis over achtergrondkenmerken en risicofactoren, vroegtijdige onderkenning, ... We leren ook het screeninginstrument VSGO-GIP aan (vroegsignalering door gedragsobservatie, gericht op ouderen). Aan de hand van een casus en rollenspel leert het personeel in de tweede bijeenkomst adequater omgaan met depressieve ouderen. Ze staan ook stil bij hun eigen gevoelens. In de terugkomssie wordt de opgedane kennis heropgefrist aan de hand van een casus. We kijken ook welk effect de cursus had en hoe het zorgplan aangepast kan worden. Tussen de sessies door krijgen de deelnemers opdrachten, op maat van hun WZC. Met de leidinggevenden kijken we in een slotsessie samen hoe dit vertaald kan worden naar het beleid toe, om de doelstellingen en de daaraan gekoppelde acties (vastgelegd in de eerste twee sessies) te verankeren. Daarvoor bundelen we de bevindingen van alle betrokkenen.”

Meer informatie: Kris Tijtgat of Ilse Patoor, info@hhi.gzbi.be, 057 23 91 11. Kostprijs: 400 euro voor het totale pakket (groep van zo’n 15 deelnemers), inclusief cursusmateriaal en tijdelijke aansluiting op VSGO-GIP. ■

te leren herkennen en te interpreteren en er ook mee om te leren gaan. Om die alertheid te blijven bewaren, plannen we na de eerste drie modules ook nog een vervolgsessie. Het personeel was alvast heel enthousiast om de vorming te volgen. Wat ze leerden, passen ze ook toe. De uitwerking van een concrete casus maakte ook al deel uit van de praktijkgerichte opleiding die ik ook bij andere WZC’s kan aanbevelen.”

Gesloten leefgroep voor geplaatste meisjes in Ons Tehuis doet een beroep op de expertise van H. Hart

Opleiding ‘Omgaan met agressie’ helpt opvoeders van JEZ11

Het personeel van de nieuwe gesloten leefgroep voor geplaatste meisjes JEZ11 van Ons Tehuis in Ieper deed een beroep op de expertise van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart inzake omgang met agressie. “De theoretische opleiding en praktische oefeningen voldeden zeker aan de behoefte van ons team om conflictsituaties te ontmijnen, geweld te voorkomen en agressie te kanaliseren”, zegt projectverantwoordelijke Steven Stockman.

Sinds kort is één van de paviljoenen op de terreinen van de Vereniging Ons Tehuis (www.onstehuis.net) aan de Poperingseweg in Ieper omgevormd tot de residentiële voorziening JEZ11. Het is een gesloten leefgroep voor 10 meisjes tussen 12 en 18 jaar uit Oost- en West-Vlaanderen, die door de jeugdrechter geplaatst zijn om ze aan hun ernstige problematische opvoedings situatie, met delictgedrag (drugs, geweld, diefstal, ...), te onttrekken. De meisjes worden voor minimum zes maanden geplaatst, een periode die éénmaal verlengbaar is (tot maximaal één jaar).

De residentiële voorziening heet JEZ11 (lees: ‘jezelf’). “Het is de bedoeling dat de jongeren in de leefgroep tot ‘zichzelf’ kunnen komen”, zegt projectverantwoordelijke Steven Stockman. “Bovendien is JEZ11 voor de jongeren ook herkenbaar als sms-taal en sluit dit aan bij hun leefwereld.”

Tijdens hun zes maanden verblijf doorlopen de geplaatste meisjes vier fasen, van de gesloten afdeling met een gestructureerde dagindeling tot een ambulante fase. Doorheen de fasen kunnen ze meer vrijheden en verantwoordelijkheden verdienen. Met opvolging van hun trajectbegeleider en gepaste nazorg kunnen ze uiteindelijk geleidelijk aan weer naar huis terugkeren, of maken ze de overstap naar een open voorziening of begeleid zelfstandig wonen.

Agressie

De onderliggende problematiek bij de geplaatste meisjes - die meestal tegen hun wil in de leefgroep verblijven - uit zich soms op een agressieve manier. “Door de omstandigheden worden andere meisjes of begeleiders regelmatig geconfronteerd met verbale agressie, als uiting van kwaadheid of frustratie”, zegt pedagogisch stafmedewerker Naomi Demuyser. “Het komt ook voor dat ze fysieke agressie gebruiken tegenover materiaal, personeel of zichzelf (automutilatie of zelfdestructief gedrag).” De infrastructuur is wel aangepast om deze uitingen zoveel mogelijk het hoofd te bieden.

Door hun voorgeschiedenis en plaatsing in een gesloten leefgroep zijn de meisjes vaak onderhevig aan sterke gemoedswisselingen en kunnen kleinigheden tot een escalatie van heftige emoties en agressie leiden. “Dat brengt toch wel extra druk met zich mee voor ons overwegend jong team van A1-opvoeders”, getuigt Steven Stockman. “Vandaar dat we de nood voelden aan een bijkomend opleidingsprogramma. Vanuit de crisiseenheid heeft het H. Hart veel expertise en we werkten al samen rond niet-begeleide minderjarige asielzoekers.”

Positief

De opleiding vanuit het H. Hart werd verstrekt door Freddy Nuytten, Ivan Adriaen, Mario Deseure en Laurent Pruvost. Het personeel van de leefgroep JEZ11 kreeg theoretische en praktische vorming rond het preventief omgaan met agressie, oefeningen en tips rond gesprekstechnieken, informatie over het crisisontwikkelingsmodel (wat heeft tot het conflict geleid en hoe kan je erop inwerken) met inoefening van verweertechneken. Ook het backup team werd praktisch bijgeschoold en eind maart volgde nog een vervolgsessie. “We hebben de bijscholing ‘Omgaan met agressie’ achteraf geëvalueerd naar organisatie, inhoud en begeleiding”, besluit Steven Stockman. “De reacties waren heel positief. De opleiding was verrijkend voor ons team en beantwoordde aan onze verwachtingen. Het was een goede aanzet, maar er is zeker nog nood aan follow-up. Uiteindelijk doen we het voor de veiligheid van onze gasten.” ■