

3. Nazorg

De afdeling DD maakt deel uit van het zorgtraject Dubbele Diagnose. Verschillende zorgeenheden (zoals psychiatrische ziekenhuizen, centra voor beschut en begeleid wonen, Medisch Sociale Centra, Centra voor dagbesteding,...) hebben een aanbod naar deze doelgroep en werken, volgens een vooraf bepaald engagement, samen binnen dit zorgtraject.

Dankzij dit netwerk kunnen patiënten met een dubbele diagnose met elke van hun hulpvragen terecht voor aangepaste hulpverlening. Het zorgtraject is een aanbod voor de ganse Vlaamse regio. Het is dan ook de bedoeling dat andere voorzieningen hierin als partner participeren.

Teneinde wegwijs te raken in het netwerk van het zorgtraject dubbele diagnose, werd een website (www.dubbeldiagnose.be) ontwikkeld. Deze is in de eerste plaats gericht naar verwijzers, maar ook patiënten of hun naasten kunnen erop terecht, op zoek naar het meest gepaste antwoord op hun hulpvraag.

4. Contactpersonen

Afdelingscoördinator : Dirk Plasschaert
Maatschappelijk werker : Ilse Palfliet
Afdelingsgeneesheer : Dr. Helen Verstryngne

5. Contactgegevens

Psychiatrisch Centrum Sleidinge
Weststraat 135 9940 Evergem-Sleidinge
Tel : 09 / 358.04.11
Fax : 09 / 358.05.04
www.pcsleidinge.be

Afdeling voor Dubbele Diagnose problematiek

1. Doelgroep en doelstelling

Aanbod

aantal plaatsen : 15 individuele kamers (voor volledige en partiële hospitalisatie)

setting : half open = je kan de afdeling verlaten maar niet binnen komen zonder aan te bellen

(juridisch) statuut : justitieel of medisch-juridisch statuut is geen exclusie criterium

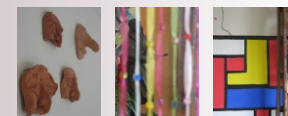
Doelgroep

De afdeling voor Dubbele Diagnose (DD) is een afdeling voor mensen met een middelengerelateerde stoornis én met psychiatrische problemen van psychotische aard, die kiezen voor een intramurale, intensieve en geïntegreerde behandeling. De kern van een geïntegreerde behandeling is het gelijktijdig en op elkaar afgestemd behandelen van de psychopathologie (hier de psychose) én het middelenmisbruik.

Algemene doelstelling

Op de afdeling DD wordt, in overleg met het behandelteam, door de patiënt een persoonlijk parcours gekozen. Tijdens de behandeling wordt een appèl gedaan op de eigen verantwoordelijkheid, waarbij begeleiding en ondersteuning aangeboden worden.

Behandelingsduur: een zestal maanden



2. Behandelmethodiek

Algemene behandel filosofie

Er wordt een behandeling aangeboden, op maat van elke individuele patiënt en gesteund op een evenwichtige toepassing van biomedische- en psychosociale methoden.

Waar het past, worden familie of belangrijke derden zoveel mogelijk in dit streven betrokken.

Korte beschrijving van het verloop van de behandelperiode:

- Onthaal van de patiënt

Vraag tot opname gebeurt intern via de opnamedienst, via de afdeling crisistoxicomanie en via de afdeling algemene crisisopvang. Na een kennismakingsgesprek wordt deze aanvraag door het behandelteam besproken. Het besluit hiervan wordt meegedeeld aan de betrokkene en/of verwijzer. Er is meestal een beperkte wachtlijst (kandidaten volgen elkaar op volgens het tijdstip van aanvraag voor opname).

Belangrijk is verder dat de motivatie voor de behandeling bij de patiënt niet als doorslaggevend wordt beschouwd voor opname.

- Verblijf/behandeling

Eerste pijler: de milieutherapeutische context:

De afdeling als milieu wordt beschouwd als een essentieel element in de therapie. Kernbegrippen zijn hier de asielfunctie, de afdelingsregels, de groepsdynamiek en het therapieprogramma.

Tweede pijler: de op het individu gerichte methodiek van behandeling

Iedere patiënt volgt ook een eigen parcours en wordt daarin individueel gesteund. Er is een op het individu gerichte methodiek van behandeling uitgeschreven, die gefaseerd is en ondermeer gebaseerd is op het valkuilmodel van Appelo en de veranderingscirkel van Prochaska en Di Clemente. Cruciaal daarbij is dat de gekozen interventies aansluiten bij de fase waarin de patiënt zich bevindt.

Het behandelmodel bestaat uit vier fasen. De duur van de fasen is verschillend, naar gelang de noden van de patiënt, maar er wordt naar gestreefd om de behandeling na een periode van maximaal zes maanden af te ronden.

In de eerste fase, de kennismakingsfase, staan de begrippen lichamelijke ontwenning, stabilisatie van acute psychische symptomen en/of lichamelijke problemen, motiverende gespreksvoering (niveau: precontemplatie) en het contact maken, centraal.

Vervolgens wordt overgegaan naar de tweede fase, de behandelingsfase, gericht op het psychologisch overzicht, de cognitieve zelfcontrole, de medicamenteuze op punt stelling en de motiverende gespreksvoering (niveau: contemplatie/actieve verandering). Er wordt tevens actief verder gewerkt aan het herstel van de relaties met de omgeving. Ook hervalpreventie neemt in deze fase een centrale plaats in.

Naderhand wordt de ontslagfase bereikt. Vanaf dan wordt hoofdzakelijk gewerkt rond praktische doelstellingen met de referent in de rol van klinisch casemanager

De laatste of de nabehandelingfase geeft de mogelijkheid om een patiënt gedurende zes maanden na het ontslag te blijven opvolgen. In sommige cases is dit beperkt tot ondersteuning (bvb in begeleid wonen of een andere voorziening in het kader van vervolgzorg of van herval). In andere gevallen (bvb kamerwonen met weinig mogelijkheid tot dagbesteding) kan dit oplopen tot intensieve regelmatige contacten ter plaatse. In deze laatste fase is de nadruk gelegd op de vaardigheden van de patiënt, zijn functioneren, het verder zetten van de individuele psychotherapie en medicamenteuze behandeling (compliance).

Binnen de fasering nemen de zogenaamde orgelpunten een centrale plaats in. De orgelpunten zijn een maandelijks samenkomst van de patiënt en de teamleden die hem het meest intens volgen, met als objectief even stil te staan bij het verloop van de behandeling. Ze vormen tevens een scandering van de tijdsdimensie in de behandeling.

- Ontslagvoorbereiding,

Samenwerking met andere instanties: Gezien de bijzondere kwetsbaarheid van patiënten met een dubbele diagnose is zorgcontinuïteit een vereiste. Dit betekent echter geenszins dat de zorg langdurig intramuraal moet verleend worden (behandelingsmodel), maar dat er daarentegen dient gestreefd te worden naar een noodzakelijk continueren van de zorgverlening door het bieden van een samenhangende probleemaanpak en continue zorg (zorgmodel). Om aan deze noodzakelijkheid tegemoet te komen werd voor deze groep van dubbele diagnose patiënten enerzijds een zorgtraject georganiseerd, en wordt anderzijds (het belang van de therapeutische band indachtig) vanuit de behandelafdeling gekozen voor het model van klinisch case-management.