

JAARVERSLAG 2006

LOMMEL

TONGEREN

VALIDAG

Adelberg 62, 3920 Lommel
Schuttersgang 38, 3700 Tongeren

Tel. 011/54 47 07 Fax. 011/55 19 27 e-mail: validag.lommel@scarlet.be
Tel. 012/26 14 36 Fax. 012/26 16 06 e-mail: validag@belgacom.net
www.validag.be

VOORWOORD

REVALIDATIE VAN “IK-ZWAK” NAAR “IK-STERK”

Het revalidatiecentrum heeft hoofdzakelijk tot doel om “ik-zwakke” personen terug te integreren in de samenleving. Deze “ik-zwakke” uit zich vooral in een algemeen disfunctioneren tengevolge van een psychiatrische aandoening.

Dit laatste is gekenmerkt door :

- grote afhankelijkheid en verminderde zelfredzaamheid
- verlaagde stresstolerantie
- verminderde zelfcontrole met impulsiviteit
- pessimistische toekomstvisie

Door deze “ik-zwakke” stellen deze personen zich regressief op en zijn zij in een aanzienlijke mate kwetsbaar. Voortdurende stimulatie en activering zijn dan ook noodzakelijk, vooral in de beginfase van de revalidatie.

Bij het begin van de revalidatieperiode wordt met de revalidant een “werkplan” afgesproken waarin een weekschema wordt vastgelegd. Het nakomen van dit schema is een eerste therapeutische doelstelling omdat het een structurerende en stimulerende invloed heeft op de revalidant, die zich verantwoordelijk moet voelen voor de aangegane verbintenissen.

Tevens is het coördineren van deze werkplannen in relatie tot het beschikbaar zijn van de therapeuten essentieel voor een goede organisatie van het revalidatiecentrum.

We moeten echter vaststellen dat de meerderheid van de revalidanten zich niet strikt houden aan deze afspraken en vlug afhaken, vooral in het begin van de behandeling.

Stimulatie vanuit het thuismilieu is dan cruciaal opdat de revalidatie überhaupt zou kunnen plaatsvinden. Een van de belangrijke taken van de maatschappelijk werkster bestaat er dan ook in, bij onaangekondigde afwezigheid, revalidanten te contacteren en te remotiveren.

Het slordig omgaan van de revalidanten, wat vanuit hun pathologie begrijpbaar is, heeft tevens een nefaste invloed op het economisch overleven van deze centra. Immers de centra worden gefinancierd a rato van de werkelijk gepresteerde interventies, wat bij een ongeplande afwezigheid aanleiding geeft tot financieel verlies dat niet meer recupereerbaar is.

Het RIZIV heeft de laatste jaren strengere criteria vastgelegd zodanig dat situaties van ongeplande onderbezetting, onvermijdelijk aanleiding geven tot ernstige financiële gevolgen. Men kan zich hiertegen enkel indekken door op een systematische wijze een berekende overbezetting te programmeren met de verwachting dat een aantal revalidanten toch niet zullen opdagen. Komen zij wel, dan moet een aantal terug naar huis worden gestuurd wegens het feit dat een overbezetting niet acceptabel is voor het RIZIV. Deze houding is antitherapeutisch en komt niet tegemoet aan enige revalidatiedoelstelling. Dit geeft aanleiding tot grote dilemma's en kopzorgen voor diegenen die verantwoordelijkheid dragen op het organisatorisch en administratief vlak. Daarom is het noodzakelijk dat de financiering van de revalidatiecentra op een meer forfaitaire wijze zou geschieden zoals dit ook het geval is voor de CGGZ. Ofwel moet men, zoals in de psychiatrische ziekenhuizen, een maximale en optimale bezetting voorzien

waarbij de optimale bezetting 80 % bedraagt van de maximale bezetting en dit over gans het jaar gespreid. Dan kunnen de dalen gecompenseerd worden door de pieken. Laat ons "ik-sterk" zijn en de toekomst optimistisch tegemoet zien.

Dr. T. Put
revalidatiearts

Dr. R. Malfroid
psychiater

Inhoudsopgave

Hoofdstuk I: Identiteit van het centrum

Algemene voorstelling	6
• 1 Juridische vorm	6
• 2 Historiek	6
• 3 Missie van het centrum	6
• 4 Visie van het centrum	7
• 5 Waarden van het centrum	7
Aanbod van het centrum	8
• 1 Hulpverlening	8
• 2 Wie kan er bij ons terecht?	9
• 3 Doel van de revalidatie	9
• 4 Waarvoor kan je bij ons terecht?	9
• 5 Hoe kom je bij ons terecht?	14
• 6 Kostprijs	15
• 7 Openingsuren	15
Zorgcircuits en netwerking	15

Hoofdstuk II: Cijfergegevens

Tabel 1: Overzicht volgens geslacht	17
Tabel 2: Overzicht volgens leeftijd	17
Tabel 3: Overzicht volgens woonplaats	18
Tabel 4: Overzicht volgens burgerlijke staat	18
Tabel 5: Overzicht volgens beroepsactiviteit	19
Tabel 6: Overzicht volgens verwijzende instantie	19
Tabel 7: Overzicht volgens heropname	20
Tabel 8: Overzicht activiteit na ontslag	20
Nazorggroep	20
Tabel 9: Overzicht volgens diagnose	21
Tabel 10: Momentopnames 31 december 2006	22
Tabel 10.1: Herkomst van de revalidanten Lommel – Tongeren	22
Tabel 10.2: Stoornis – leeftijd Lommel –Tongeren	23
Tabel 10.3: Stoornis – schoolniveau - activiteit Lommel –Tongeren	24
Tabel 10.4: Stoornis – geslacht - betrokken disciplines Lommel -Tongeren	25
Commentaar op de cijfergegevens	26
Tabel 11: Verdeling volgens aanmelding	27
Tabel 11.1: Aanmeldingsreden - initiatiefnemer tot verwijzing Lommel -Tongeren	27
Tabel 11.2: Gevolg op aanmelding Lommel -Tongeren	28
Commentaar op de cijfergegevens	29

Tabel 12: Revalidatiestop	30
Tabel 12.1: Stoornis - reden stop Lommel -Tongeren	30
Tabel 12.2: Stoornis - revalidatieduur bij ontslag Lommel -Tongeren	31
Tabel 12.3: Stoornis - activiteit na ontslag Lommel -Tongeren	32
Commentaar op de cijfergegevens	33

HOOFSTUK III: COMMUNICATIETRAINING

1. Inleiding	34
2. Diagnostiek	34
3. Therapie	35
4. Evaluatie	37

Hoofdstuk I: IDENTITEIT VAN HET CENTRUM

Algemene voorstelling

1. Juridische vorm

Centrum voor psychosociale revalidatie, erkend door het R.I.Z.I.V. en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

De zetel van de V.Z.W. is gevestigd in Hasselt, Guffenslaan 22.

De twee revalidatie-inrichtingen van Validag bevinden zich in:

Tongeren, Schuttersgang 38, tel: 012/26 14 36

Lommel, Adelberg 62, tel: 011/54 47 07

De inrichtende macht is als volgt samengesteld:

Dagelijks Bestuur:

Schröter Hans, voorzitter

Bervoets Julien, afgevaardigd bestuurder

Abrahams Guy, secretaris

Kathleen Swyngedouw: penningmeester

2. Historiek

De v.z.w. Validag werd in 1987 als tweedelijnsdienst opgericht vanuit een leemte in de psychosociale gezondheidszorg. De vereniging heeft tot doel te zorgen voor centra die instaan voor functionele revalidatie en professionele en sociale integratie van adolescenten en volwassenen met een psychosociale problematiek. Dit gebeurt via een integrale, multidisciplinaire en psychotherapeutische behandeling van deze mensen, die ten gevolge van een psychiatrische problematiek op een lager peil functioneren. Het disfunctioneren dient omkeerbaar te zijn via de revalidatie zodat zij zich op termijn ook zonder deze vorm van hulpverlening weer definitief of gedurende een langere periode in hun sociaal milieu kunnen handhaven.

3. Missie van het centrum

Statutair

Het maatschappelijk doel van de vzw is statutair omschreven in art.2 van de statuten: De vereniging heeft tot doel te zorgen voor centra die instaan voor functionele revalidatie en professionele en sociale integratie van adolescenten en volwassenen met een psychosociale problematiek. Dit gebeurt via een integrale, multidisciplinaire en psychotherapeutische behandeling van deze mensen, die ten gevolge van een psychiatrische problematiek op een lager peil functioneren. Het disfunctioneren dient omkeerbaar te zijn via de revalidatie zodat zij zich op termijn ook zonder deze vorm van hulpverlening weer definitief of gedurende een langere periode in hun sociaal milieu kunnen handhaven.

Praktisch

Het Revalidatiecentrum "Validag" heeft tot doel de integratie of re-integratie van volwassenen met een psychosociale handicap te bevorderen in alle maatschappelijke contexten.

Dit betekent concreet

- het opstellen en uitvoeren van een revalidatiezorg op maat van elke volwassene die beantwoordt aan de doelgroepen van het centrum, zodat zijn/haar mogelijkheden maximaal kunnen ontwikkeld worden.
- de ondersteuning aan het gezin van de hulpvrager, wanneer één van hen erom verzoekt
- de samenwerking met personen en diensten die voor de hulpvrager dezelfde doelstelling nastreven.

4. Visie van het centrum

Het centrum wil:

- een kwaliteitsvolle, wetenschappelijk gefundeerde revalidatie aanbieden
- in de regio een toonaangevende rol spelen in de hulpverlening aan personen met een handicap of stoornis.

De visie van het centrum bestaat in de overtuiging dat:

- elke persoon intrinsiek voldoende mogelijkheden heeft om een integratie in de maatschappij te realiseren
- deze hulpverlening moet in eerste instantie - en zolang als mogelijk - kunnen verstrekt worden op ambulante wijze, d.w.z. de betrokken persoon moet in de eigen leefomgeving kunnen blijven, de betrokkenheid en medewerking van deze eigen omgeving moet maximaal worden benut.
- de motivatie van de hulpvrager en/of zijn/haar omgeving belangrijk is voor een goede revalidatie.

5. Waarden van het centrum

- Geloof in de unieke eigenheid van elke persoon en in zijn omgeving
- Geloof in de ontwikkelingsmogelijkheden en mogelijkheden tot herstel bij ziekte, van elke persoon
- Respect voor de culturele en filosofische waarden van elk individu
- Respect voor de privacy van elke persoon en zijn omgeving
- Vertrouwen in de deskundigheid en de betrokkenheid van onze medewerkers
- Geloof dat de interactie hulpvrager - hulpverlener beiden groeikansen biedt en rijker maakt
- Continu streven naar het verbeteren van de hulpverlening.

Aanbod van het centrum

1. Hulpverlening

Ambulante multidisciplinaire diagnostiek en/of behandelingen, geïndividualiseerd en op maat van de hulpvrager en diens omgeving en uitgevoerd door een team, samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende diensten :

Team Lommel

MEDISCH DIRECTEUR
REVALIDATIEARTS
Dr. T.R. Put

PSYCHIATER
Dr. R. Malfroid

DIRECTIE
Sabina Leszczynska

PSYCHOLOOG
Veerle Vanherck
Evelien Gistelink

ERGOTHERAPEUT
Martine Vermeulen
Karen Winters

KINESIST
Danny Vanmoorsel

MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT
Inge Van Aelten

LOGOPEDIST
Inge Jamers
Sarah Gregoor

ADMINISTRATIEF MEDEWERKER
Klaartje Breukers

Team Tongeren

MEDISCH DIRECTEUR
REVALIDATIEARTS
Dr. T.R. Put

PSYCHIATER
Dr. R. Malfroid

DIRECTIE
Sabina Leszczynska

PSYCHOLOOG
Christel Motmans
Karoline Heeren/Greet Robben

ERGOTHERAPEUT
Nancy Vranken
Katrien Verhaeg
Sofie Cox

KINESIST
Ria Maris

MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT
Hilde Boumans

LOGOPEDIST
Goele Hulsbosch

ADMINISTRATIEF MEDEWERKER
Klaartje Breukers

2. Wie kan er bij ons terecht?

Het centrum staat open voor adolescenten en volwassenen met een psychiatrische problematiek die te beschrijven is in een DSM-IV diagnose, die door hun problematiek specifieke vaardigheden uit een van de volgende domeinen zijn kwijtgeraakt of enkel nog over beperkte vaardigheden in een van de domeinen beschikken.

- basisautonomie (persoonlijke basisbehoeften)
- woonautonomie (huishoudelijke vaardigheden)
- autonomie in de gemeenschap
- taal en communicatie (mogelijkheden om contacten te hebben met anderen)
- maatschappelijke aanpassing (vaardigheden die nodig zijn om deel te nemen aan een groep of een vereniging)
- motoriek
- werk (professionele integratie)
- persoonlijk gedrag (storend gedrag dat dient te verdwijnen)
- schoolse kennis

3. Doel van de revalidatie

Doel van de revalidatie is de beperkingen, die het gevolg zijn van hun psychosociale problematiek, te verminderen en de nog aanwezige vaardigheden te verbeteren.

4. Waarvoor kan je bij ons terecht?

- Assertiviteitstraining

De belangrijkste doelstelling van het programma is het optimaliseren van sociale vaardigheden en assertiviteit, waardoor belangen effectiever behartigd kunnen worden en beter gebruik gemaakt kan worden van eigen mogelijkheden om zo te bouwen aan het zelfvertrouwen en een emotioneel meer bevredigend leven te kunnen leiden.

Het betreft een gestructureerd educatief programma waarin rollenspelen en experimenteren met vaardigheden centraal staan. Naast het verwerven van basiskennis omtrent assertiviteit, wordt er aandacht besteed aan theoretische kennis omtrent communicatie en wordt er gewerkt rond zelfvertrouwen en zelfbeeld.

Na het verwerven van deze basiskennis wordt er aan de slag gegaan met thema's als: luisteren, iets vragen, een kort gesprek voeren, nee-zeggen, iets bespreken, kritiek geven, kritiek krijgen, omgaan met gevoelens, uiten van boosheid, uiten van teleurstelling en complimenten geven. Bij al deze thema's worden concrete tips aangeboden waarmee men aan de slag kan met behulp van rollenspelen en huiswerkopdrachten.

Het programma wordt aangeboden door een psycholoog en omvat een 25-tal sessies.

- groepspsychotherapie

Tijdens de groepspsychotherapie worden de patiënten uitgenodigd om eigen concrete recente probleemervaringen of probleemsituaties uiteen te zetten. Door het bespreken van de antecedenten, het probleem zelf en de consequenties wordt o.a. getracht steeds terugkerende

elementen of patronen te leren herkennen om zo meer inzicht te verwerven en het eigen probleemoplossende vermogen te vergroten.

De behandeldoelstellingen in de groepspsychotherapie hebben vaak betrekking op het zelfbeeld van de patiënt en op zijn relaties met anderen. De relaties tussen de groepsleden onderling en de therapeut worden vaak expliciet tot thema gemaakt. Er wordt getracht de interactionele fenomenen te vertalen naar intrapsychische fenomenen en zo meer inzicht te verkrijgen in de achtergrond van de eigen problematiek. Ook wordt getracht om verbindingen te leggen tussen gebeurtenissen binnen het centrum en daarbuiten (thuis, eigen sociale systeem).

De groepspsychotherapie is ook een plaats waar patiënten steun en raad kunnen vragen bij het bereiken van hun persoonlijke doelstellingen. Groepsleden helpen elkaar daarin, waardoor de groep functioneert als steunstructuur, als 'holding environment'. Dit kan leiden tot het herwinnen van een gevoel van eigenwaarde en een grotere flexibiliteit in relatiehantering.

De groep is half open, wat betekent dat het vertrek van groepsleden en de komst van nieuwe groepsleden het groepslid telkens weer voor de opgave stelt om iets te doen met zijn separatieangst.

De sessies worden geleid vanuit een gedragstherapeutisch referentiekader: groepstherapie is een mogelijkheid om in interactie met anderen te leren, in het bijzonder om te leren van voorbeelden van gedrag (vooral als dit voorbeeldgedrag 'beloond' of 'bestraft' wordt: modeleren), en om te leren van directe positieve of negatieve bekrachtigingen door andere groepsleden (sociaal leren), bv. bij het experimenteren met oplossend gedrag, oplossende denkbeelden en plannen.

- Relaxatie- en Ademhalingtherapie

Ademhalingsoefeningen

Een van de belangrijkste aspecten bij deze technieken is het ademen met de buik en je daarop te concentreren. Buikademhaling maakt het onmogelijk om te hyperventileren en verlicht het gevoel van spanning dat zich vaak situeert in de buik. Het grote voordeel van deze techniek is dat je sowieso altijd ademhaalt en dat je hem in alle posities kan uitvoeren, vaak zonder dat het anderen opvalt.

Progressieve spierrelaxatie

Het gaat hier om een actieve ontspanningstechniek. Achter de progressieve relaxatie schuilt het idee van een pendel: we kunnen ontspanning van de spieren maar echt aanvoelen, als we het tegenovergestelde, de spanning, goed kennen. Deze techniek werkt dan ook door de verschillende lichaamsdelen afzonderlijk eerst hard op te spannen en vervolgens te ontspannen. In de laatste fase wordt het lichaam niet meer opgespannen: het gevoel van ontspanning is dan zo bekend dat het onmiddellijk kan opgeroepen worden.

Autogene training

Passieve vorm van ontspanning. De aandacht wordt op de verschillende lichaamsdelen gericht waar dan een gevoel van ontspanning, zwaarte en warmte wordt opgeroepen.

Imaginatietechnieken of visualisatietechnieken

Een van de meest gekende toepassing is het in gedachten oproepen van een plaats of situatie waarin men zich zeer ontspannen kan voelen.

Het aangeboden pakket is een combinatie van de hierboven vermelde technieken. In kleine groepjes of individueel worden de basistechnieken aangeleerd waarna vrije oefensessies worden ingelast.

- Psychomotorische therapie

De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken kunnen opgedaan worden. Tijdens de sessies krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen.

Door het creëren van specifieke bewegingssituaties en door gebruik te maken van ritme, klank, vorm, beweging en taal werken patiënten en therapeut aan het opheffen of verminderen van stoornissen en/of belemmeringen in één of meer gedragscomponenten.

Er wordt gewerkt met thema's die inspelen op de noden van de groep: oefeningen rond vertrouwen, agressie, relaties, non-verbale communicatie, concentratie, coördinatie, enz. Elk thema wordt gedurende een viertal weken intensief behandeld.

- Sport- en bewegingstherapie

Deze therapievormen bieden voor de mensen een plaats waar men kan op zoek gaan naar de eigen lichamelijke grenzen, de eigen grenzen kan verleggen maar ook terug op zoek kan gaan naar het plezier hebben aan het bewegen.

Bij de bewegingssessies, die dagelijks plaatsvinden, ligt de nadruk op het verbeteren van de conditie door middel van een oefencircuit.

Door middel van de aangeboden sport- of spelsituaties proberen we de mensen te activeren en te motiveren om ook buiten het centrum een lichamelijke activiteit te doen, individueel of in clubverband.

- Communicatietraining

Een groot deel van de mensen die in het centrum komen revalideren, vertonen problemen rond bepaalde communicatievaardigheden (verbaal/non-verbaal).

Vandaar dat er in groep aandacht wordt besteed aan de verbale en de non-verbale communicatievaardigheden.

Er wordt gewerkt rond:

- leren en durven praten over een neutraal onderwerp in groep
- trainen van de non-verbale vaardigheden: o.a. oogcontact maken, fysiek contact durven leggen, jezelf durven tonen, gebaren, mimiek, ...
- trainen van de verbale vaardigheden: o.a. een gesprek leren aanknopen en op gang houden, leren om een eigen mening te vormen en deze in groep te durven meedelen, ...

Daarnaast worden er binnen de communicatietraining ook oefeningen aangeboden die een aanvulling zijn op de sociale vaardigheidstraining en assertiviteitstraining, bv. afspraken leren maken via rollenspel, ...

- Cognitieve functietraining

Het gebruik van medicatie, vermoeidheid of de aanwezigheid van emotionele componenten kan vaak een enorme invloed op het cognitief functioneren van een persoon. Een groot deel van de mensen die in het centrum komen revalideren, vertonen vaak aandachts- en

geheugenstoornissen. Een afspraak vergeten of niet meer weten op welke datum je moeder verjaart, zijn hiervan enkele voorbeelden.

Door middel van een intensief cognitief trainingsprogramma en begeleiding krijgen ze de kans om aan deze problemen te werken.

Een eerste doel van deze training is de patiënt zich terug te leren concentreren op de dingen die rondom hem plaatsvinden. De meeste mensen zijn vaak gefixeerd op hun eigen problematiek, waardoor zij zich minder bewust zijn van de gebeurtenissen in hun directe omgeving. Via waarnemings- en aandachtsoefeningen wordt getracht de patiënt opnieuw te sensibiliseren voor de gebeurtenissen om zich heen.

Een tweede doel is een intensieve aanpak van de specifieke geheugenproblemen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van interne en externe geheugenstrategieën. De interne geheugenstrategieën zijn methoden om beter te kunnen onthouden. Hiertoe behoren o.a. het associëren, het selecteren, het structureren, het visualiseren, de herhaling, ... De externe strategieën zijn de geheugensteuntjes.

Deze cognitieve training kan individueel of in groep plaatsvinden, al naargelang de psychische problematiek van de persoon. Ze wordt gegeven en begeleid door de logopediste van het centrum.

- CORE training

CORE training staat voor **c**ognitieve **r**evalidatietraining. Deze training is gericht op realiteitsgestoorde schizofrene patiënten. Dergelijke patiënten vertonen een psychomotore armoede, waartoe spraakarmoede, initiatiefverlies en affectvervlakking behoren. Bij deze groep patiënten wordt het presteren niet zozeer door fouten, maar eerder door een gebrekkige inspanning en motivatietekorten gekarakteriseerd.

Binnen de CORE training worden dan ook taken aangeboden die een actieve mentale inspanning vergen, zoals redeneren, plannen, categoriseren, probleem oplossend denken en inprenten.

- Kleurentherapie

In de kleurentherapie wordt de patiënt zich bewust van de psychologische betekenis die de zes hoofdkleuren voor hem/haar hebben. De zes hoofdkleuren worden systematisch in verschillende formaliteiten tot stand gebracht zodanig dat hij zich in deze kleur kan inleven. Na iedere kleuropdracht wordt de psychologische betekenis van iedere kleur individueel bepaald.

Zo leert de patiënt zijn gevoelens uitdrukken via helderheid en kleur en deze toetsen aan de algemeen geldende betekenissen en gevoelsconnotaties van kleur. In een tweede fase worden de complementaire kleuren behandeld waardoor hij tegenstellingen in kleur moet realiseren en tot confrontatie brengen in zijn streven naar evenwicht en harmonie.

Tijdens de derde fase wordt gestreefd naar een evenwicht tussen de zes hoofdkleuren. Iedere reeks oefeningen bestaat uit een duidelijk omschreven opdracht en een vrije schildering.

Deze therapievorm is structurerend en directief en vooral geschikt voor het behandelen van borderline persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en posttraumatische stressstoornissen omdat zij rechtstreeks ingrijpt op het proces van splitting en verdringing en tegenstellingen via complementariteit tot een nieuw evenwicht doet evolueren.

Dit sluit echter niet uit dat deze therapie kan toegepast worden bij depressieve stoornissen en alle neurotische stoornissen waarbij verdringing en projectie centraal staan.

De therapie wordt uitgevoerd door een ergotherapeut in samenwerking met de psychiater en duurt ± 1 jaar .

- Creatieve therapie

Tijdens de creatieve therapie wordt voor de patiënt een mogelijkheid gecreëerd om op een non-verbale manier tot inzichten te komen omtrent zichzelf.

Emoties die niet onder woorden gebracht kunnen worden, komen aan bod via het werken met materialen. Waar het verbale stopt, kan een beeldende vorm een vertaling zijn voor problemen. Een werkstuk wordt een spiegel voor de patiënt. Uiting geven aan gevoelens kan opluchting brengen.

Daarnaast wordt er tijdens de creatieve therapie binnen een zekere structuur gewerkt. Dit is belangrijk om weer orde te kunnen brengen in de chaos waarin men zich kan bevinden.

De bedoeling is om mogelijkheden te ontdekken en uit te breiden en om grenzen te leren accepteren. Er wordt gewerkt aan communicatie en groepsinteractie. In sommige sessies wordt dan weer vooral de nadruk gelegd op ontspanning.

Het is zeker niet de bedoeling om kunstwerken te maken. Er is ruimte om te experimenteren met vormen, kleuren en compositie aan de hand van beeldend materiaal.

De patiënt krijgt tijd om even stil te staan bij zichzelf.

- Creatief uur

Tijdens het creatief uur worden de patiënten gemotiveerd om actief deel te nemen aan de activiteit. Er komen vooral nieuwe technieken aan bod.

Deze worden in groep aangeleerd met het oog op het vinden van een zinvolle tijdsbesteding. Leren samenwerken, zich kunnen houden aan regels en afspraken, afwerken van activiteiten en gestructureerd leren werken zijn belangrijke doelstellingen.

Waar tijdens de creatieve therapie het niet de bedoeling is om een kunstwerk te maken, is het tijdens het creatief uur toch wel belangrijk dat er een eindproduct is. De ervaring van iets te kunnen, heeft een positief effect. De patiënt krijgt meer zelfvertrouwen en zijn gevoel van eigenwaarde gaat groeien.

- Kooktherapie

Tijdens de kooktherapie wordt niet enkel voor ogen gehouden dat er een lekkere maaltijd bereid wordt, ook wordt er naar gestreefd om een aantal doelstellingen te bereiken.

Zo is het belangrijk dat de patiënten planmatig en organisatorisch te werk leren gaan. Stap voor stap wordt met de patiënten overlopen wat er moet gebeuren. Eerst in het algemeen vb. boodschappen doen, koken, afwassen; nadien wordt er dieper ingegaan op het kookgebeuren zelf. Als de verschillende taken omschreven zijn, worden ze onder de patiënten verdeeld.

De kooktherapie is een groepsgebeuren. Er wordt van de patiënten dan ook verwacht dat ze leren samenwerken om tot een goed resultaat te komen.

Ook rekening houden met elkaar tijdens het kookgebeuren en tijdens de maaltijd (etiquette) en zich leren houden aan regels en afspraken, zijn doelstellingen die we voor ogen trachten te houden.

Zo is dus niet enkel het bereiden van de maaltijd van belang, ook het proces hoe men tot dit resultaat komt telt.

- Maatschappij-uur

Het maatschappij-uur heeft als doel mensen met een psychiatrische problematiek te ondersteunen in zijn/haar ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. De patiënten worden zoveel mogelijk gestimuleerd om zelf stappen te zetten om zijn/haar situatie te

verbeteren. Iedere positieve stap in de richting van maatschappelijk integratie zal het gevoel van eigenwaarde doen stijgen.

De doelgroep zijn patiënten die door hun problematiek hun specifieke vaardigheden uit een van de volgende domeinen zijn kwijtgeraakt of enkel nog over beperkte vaardigheden in een van de domeinen beschikken:

- Basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: zich voeden, zich wassen, zich ontlasten en zich kleden;
- Woonautonomie: het betreft hier de noodzakelijke vaardigheden voor de dagdagelijkse organisatie op huishoudelijk vlak: koken, het huishouden doen, wassen en strijken, zorg dragen voor zijn gezondheid en zijn veiligheid;
- Maatschappelijk aanpassing: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om zich in te schakelen in een groep of een vereniging. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (interpersoonlijke relaties), de deelname aan het leven van de gemeenschap;
- Autonomie in de gemeenschap: dit domein omvat de vaardigheden die vereist zijn om zich te verplaatsen in de samenleving, om de middelen die de samenleving biedt aan te wenden, om inkopen te doen, geld te beheren en de wetten en de reglementen van de samenleving te respecteren.

De therapie vertrouwt op de dynamiek en “zelfwerkzaamheid” van de groep. De rol van de maatschappelijk assistent is vooral die van coach, die patiënten stimuleert om zelf verschillende vaardigheden, die nodig zijn om in de maatschappij te functioneren, te ontwikkelen en uit te bouwen. Concreet betekent dit dat de patiënten zelf vragen over maatschappelijke thema's aanbrengen die aansluiten bij hun persoonlijke levenssfeer. Hun eigen vaardigheden worden aangesproken en verder ontwikkeld om zelf tot antwoorden komen. Dit kan gebeuren via verschillende kanalen: internet, telefoon, naar de betrokken instanties gaan en media.

5. Hoe kom je bij ons terecht?

De Aanmelding van een (mogelijke) patiënt gebeurt hetzij telefonisch, hetzij via een bezoek aan het centrum. In beide gevallen gebeurt de aanmelding via de maatschappelijk assistent.

De maatschappelijk assistent informeert de aanmelder kort over de werking van ons centrum en bevrucht in het kort de klacht.

Wanneer deze klachtenformulering in overeenstemming is met onze RIZIV-conventiebepalingen, wordt een afspraak gemaakt voor een intakegesprek.

Het intakegesprek wordt uitgevoerd door de maatschappelijk assistent. De patiënt en een eventuele partner, verwijzer of familielid zijn aanwezig. Het intakegesprek heeft in principe plaats in het centrum, enkel omwille van praktische onmogelijkheden, kan het gesprek doorgaan bij de aanmelder thuis of op een externe locatie.

Wanneer uit het intakegesprek blijkt dat de geschetste problematiek in aanmerking kan komen voor behandeling in ons centrum, wordt een afspraak gemaakt voor een psychiatrisch onderzoek dat resulteert in een diagnose- en indicatiestelling.

Naargelang de problematiek van de patiënt, meer nog, naargelang zijn behoeften, noden en beperkingen wordt een individueel weekprogramma aangeboden. Het bedraagt minimaal vier en

maximaal tien halve dagen per week. Een halve dag bedraagt drie uur. De patiënt neemt deel aan de individuele sessies en aan de groepstherapieën.

6. Kostprijs

De hulpverlening wordt vergoed door het ziekenfonds van de hulpvrager, die zelf een remgeld (1,51 €, jaarlijks indexeerbaar) betaalt per revalidatiedag. De hulpvrager, die geniet van de voorkeurregeling inzake ziekteverzekering, betaalt geen remgeld.

7. Openingsuren

Het centrum is steeds geopend op werkdagen van 08.45 uur tot 15.30 uur (in het centrum in Lommel op donderdag en in Tongeren op woensdag tot 16.00 uur).

Zorgcircuits en netwerking

De vzw Validag is geïntegreerd in een netwerk van bestaande voorzieningen en werkt er effectief mee samen. Zo wordt een zorgcircuit gerealiseerd dat het mogelijk maakt om, enerzijds iedere patiënt steeds te verwijzen naar die vorm van psychiatrische hulpverlening die het meest aangewezen is, en anderzijds de best mogelijke therapeutische resultaten te bekomen door gecoördineerde tussenkomsten van alle zorgverleners die te maken hebben met dezelfde patiënt.

- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg/LITP
- Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- OCMW Lommel
- OCMW Hamont-Achel
- OCMW Overpelt
- OCMW Neerpelt
- OCMW Tongeren
- OCMW Borgloon
- Vzw VGGZ
- CAW
- Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria
- Psychiatrisch Centrum Ziekeren
- Openbaar Psychiatrisch ziekenhuis Daelwezeth
- Medisch Centrum Sint-Jozef
- Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel
- Algemeen Ziekenhuis Tongeren
- PAAZ Lommel
- PAAZ Heusden
- Beschut wonen Noord - Limburg
- Beschut wonen De Overstap
- Activiteitencentra
- Dagcentra

- Dienst ambulante begeleiding
- Intesa AGO
- Huisartsen
- Psychiaters

Validag is vertegenwoordigd in volgende organisaties:

- Samenwerking psychiatrische initiatieven Limburg
- Regionaal welzijnsoverleg Noord-Limburg
- Stedelijke adviesraad voor personen met een handicap
- Stuurgroep pilootproject "Net thuis Noord-Limburg"
- Zorgcircuit Genk GIGEBOL
- Maatschappelijk overleg regio Tongeren

Hoofdstuk II: CIJFERGEGEVENS

Tabel 1: overzicht volgens geslacht

In 2006 deden er in totaal 80 patiënten beroep op het revalidatiecentrum Validag v.z.w. Ten opzichte van 2005 betekent dit een lichte daling van het aantal mensen dat beroep doet op een revalidatieprogramma in ons centrum. Van deze 80 patiënten beëindigden in Tongeren 19 revalidanten de therapie; in Lommel werden 22 revalidanten ontslagen in de loop van 2006.

	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Man	21	51%	16	41%	37	46%
Vrouw	20	49%	23	59%	43	54%
Totaal	41	100%	39	100 %	80	100%

In Lommel is de verdeling man-vrouw ongeveer gelijk. In Tongeren is de vrouwelijke populatie het afgelopen jaar meer vertegenwoordigd.

Tabel 2: overzicht volgens Leeftijd

	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
< 18 j.	0	0%	0	0%	0	0%
18-20j.	0	0%	0	0%	0	0%
21-30j.	13	32%	4	10%	17	21%
31-40j.	9	22%	4	10%	13	16%
41-50j.	17	41%	16	41%	33	41%
51-60j.	2	5%	12	31%	14	18%
61-65j.	0	0%	3	8%	3	4%
>65j.	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	41	100%	39	100%	80	100%

Met betrekking tot de leeftijdsverdeling, kenmerkt Lommel zich door een jongere patiëntenpopulatie in vergelijking met Tongeren. In het centrum in Lommel is 54 % van de patiënten jonger dan 40 jaar, in Tongeren is dit slechts 20 %. Hier is de grootste groep tussen de leeftijd van 41-60 jaar (72 %).

Tabel 3: overzicht volgens woonplaats

	Lommel		Tongeren	
	Aantal	%	Aantal	%
Lommel	23	56%		
Hechtel-Eksel	3	7%		
Overpelt	3	7%		
Houthalen	1	2.5%		
Hamont-Achel	2	5%		
Peer	2	5%		
Bocholt	2	5%		
Meeuwen	2	5%		
Balen	1	2.5%		
Kwaadmechelen	1	2.5%		
Bree	1	2.5%		
Tongeren			19	49%
Bilzen			3	8%
Hasselt			2	5%
Voeren			1	2,5%
Riemst			6	15%
Hoeselt			5	13
Kortesseem			1	2,5%
Heers			2	5%
Totaal	41	100%	39	100%

Beide centra bereiken 19 gemeenten. In Lommel komt 56% van de patiëntenpopulatie uit diezelfde gemeente, in Tongeren 49%.

Tabel 4: overzicht volgens Burgerlijke staat

	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ongehuwd	18	44%	5	13%	23	29%
Gehuwd/samenwonend	13	32%	20	51%	33	41%
Weduwe/weduwenaar			3	8%	3	4%
Gescheiden	10	24%	11	28%	21	26%
Totaal	41	100%	39	100%	80	100%

De meeste revalidanten in Tongeren zijn gehuwd of samenwonend. In tegenstelling tot in Lommel, waar de meeste revalidanten ongehuwd zijn.

Tabel 5 : overzicht volgens beroepsactiviteit

	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Eigen huishouden	2	5%	3	8%	5	6%
Ziekte of invaliditeit	35	85%	30	76%	65	81%
Pensioen	0	0%	3	8%	3	4%
Werkloosheid	1	3%	3	8%	4	5%
Tegemoetkoming	3	7%	0	0%	3	4%
Totaal	41	100%	39	100%	80	100%

Beide centra kenmerken zich door een inactieve beroepsbevolking. De inactiviteit specificeert zich hoofdzakelijk in ziekte of invaliditeit. In Lommel gaat het om 85% en in Tongeren om 76%.

Tabel 6: overzicht volgens verwijzende instantie

	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
CGG – DAGG	7	17%	1	2,5%	8	10%
Psychiatrisch ZH	15	37%	16	41%	31	39%
PAAZ	2	5%	9	23%	11	14%
OCMW	1	2.5%			1	1%
Eigen initiatief	3	7%	6	15,5%	9	11%
Psychiater - specialist	8	19.5%	3	8%	12	15%
Huisarts	2	5%			2	2%
Beschut wonen			1	2,5%	1	1%
ATB			1	2,5%	1	1%
Andere	3	7%	2	5%	5	6%
Totaal	41	100%	39	100	80	100%

De verwijzingen gebeuren in beide centra het meest frequent door een psychiatrisch ziekenhuis. In Lommel wordt dit gevolgd door een psychiater en door CGG-DAGG. In Tongeren komen de 2^{de} meeste aanmeldingen door Paaz of nemen cliënten of hun familie zelf het initiatief voor een aanmelding.

Tabel 7: Overzicht volgens heropname

	Lommel	Tongeren
2-3 jaar	4	2
> 3 jaar	3	7
Totaal	7	9

Heropname na het voltooiën van een revalidatieprogramma is in Lommel licht gestegen ten opzichte van 2005. In Tongeren is het aantal heropnames sedert 2005 gelijk gebleven.

Tabel 8: Overzicht activiteit na ontslag

	Ontslag in 2005		Ontslag in 2006	
	Lommel	Tongeren	Lommel	Tongeren
Doet beroep op andere hulpverlening	2	1	1	3
Aktiviteitscentrum				1
Opname	4		3	5
Heropname Validag	1			
Toestand idem als bij ontslag	10	4	1	
Tewerkstelling/opleiding	6	2	6	2
Overleden	0	4	1	
Zelfstandig huishouden	0	2	6	6
Gevangenis	0		2	
Geen info	6	7	3	2

Nazorggroep

Sinds 2001 zijn wij gestart met een nazorggroep om alzo systematisch de evolutie van de patiënten, na het beëindigen van het revalidatieprogramma, op te volgen.

Naast het aanbieden van een ontmoetingsmoment, werkt deze groep ondersteunend en zelfstimulerend.

Gemiddeld nemen hier 9 patiënten aan deel. De groep komt 1 maal in de maand in het centrum samen en is vrijblijvend.

Tabel 9: Overzicht volgens diagnose

Diagnose op AS I	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Aandachts- en gedragsstoornis	2	5%	2	5%	4	5%
Cognitieve stoornissen			1	2,5%	1	1%
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	14	34%	7	18%	21	26,5%
Stemmingsstoornissen	16	39%	21	54%	37	46,5%
Angststoornissen	2	5%	4	10,5%	6	7,5%
Somatoforme stoornissen			1	2,5%	1	1%
Dissociatieve stoornissen	1	3%			1	1%
Stoornissen in de impulsbeheersing	3	7%	1	2,5%	4	5%
Aanpassingsstoornissen	3	7%	2	5%	5	6,5%
Geen diagnose op as I						
Totaal	41	100%	39	100%	80	100%

Bij 46.5 % van de patiëntenpopulatie (Validag Lommel en Tongeren), die in 2006 beroep deden op ons centrum, werd de diagnose stemmingsstoornis gesteld. In Lommel verwijst 34% van de diagnoses naar schizofrenie en andere psychotische stoornissen en 7% naar aanpassingsstoornissen. In Tongeren verwijst 18% naar schizofrenie en andere psychotische stoornissen en 10.5% naar een angststoornis.

Diagnose op AS II	Lommel		Tongeren		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN	16	39%	21	54%	37	46%
Borderline persoonlijkheidsstoornis	5	12%	3	8%	8	10%
Persoonlijkheidsstoornis NAO			5	13%	5	6,5%
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	1	3%	1	2,5%	2	2,5%
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	4	9%	7	18%	11	14%
Obsessieve compulsieve persoonlijkheidsst.	1	3%	2	5%	3	4%
Narcistische persoonlijkheidsstoornis						
Theatrale persoonlijkheidsstoornis			2	5%	2	2,5%
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	5	12%			5	6,5%
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis						
Antisociale persoonlijkheidsstoornis			1	2,5%	1	1%
Geen diagnose op AS II	25	61%	18	46%	43	54%
Totaal	41	100%	39	100%	80	100%

Bij 54 % van de patiëntenpopulatie wordt op AS II de diagnose persoonlijkheidsstoornissen gesteld.

Tabel 10: Momentopnames “actieve dossiers” op 31 december 2006

Lommel

TABEL 10.1 : HERKOMST VAN DE REVALIDANTEN		
WOONPLAATS	Aantal	%
In dezelfde gemeente als het centrum	13	62%
In dezelfde provincie :		
In aangrenzende gemeente	3	14%
In niet- aangrenzende gemeente	5	24%
In andere provincie		
In aangrenzende gemeente		
In niet- aangrenzende gemeente		
Totaal	21	100%

Tongeren

TABEL 10.1 : HERKOMST VAN DE REVALIDANTEN		
WOONPLAATS	Aantal	%
In dezelfde gemeente als het centrum	7	35%
In dezelfde provincie :		
In aangrenzende gemeente	5	25%
In niet- aangrenzende gemeente	8	40%
In andere provincie		
In aangrenzende gemeente		
In niet- aangrenzende gemeente		
Totaal	20	100%

Lommel

TABEL 10.2: STOORNIS-LEEFTIJD													
Doelgroep cfr. DSM-IV, as I	LEEFTIJD											Totaal	%
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-18	19-21	22-30	31-40	41-50	51-65	+65		
Aandachts- en gedragsstoornis						1						1	5%
Cognitieve stoornissen													
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen						1	2	4	1	1		9	42,5%
Stemmingsstoornissen							3	2	4			9	42,5%
Angststoornissen								1				1	5%
Somatoforme stoornissen													
St. in de impulsbeheersing													
Seksuele en genderidentiteitsst.													
Aanpassingsstoornissen										1		1	5%
Totaal						2	5	7	5	2	0	21	
%						10%	24%	32%	24%	10%	0%		100%

Tongeren

TABEL 10.2: STOORNIS-LEEFTIJD													
Doelgroep cfr. DSM-IV, as I	LEEFTIJD											Totaal	%
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-18	19-21	22-30	31-40	41-50	51-65	+65		
Aandachts- en gedragsstoornis							1					1	5%
Cognitieve stoornissen							1					1	5%
Aan een middel gebonden stoornis													
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen								2	1	2		5	25%
Stemmingsstoornissen								1	5	5		11	55%
Angststoornissen									1			1	5%
Somatoforme stoornissen													
St. in de impulsbeheersing													
Seksuele en genderidentiteitsst.													
Aanpassingsstoornissen							1					1	5%
Totaal							3	3	7	7		20	
%							15%	15%	35%	35%			100%

Lommel

TABEL 10.3: STOORNIS-SCHOOLNIVEAU-ACTIVITEIT													
Doelgroep cfr. DSM-IV AS I	Hoger onderwijs	Beroeps opleiding	Tewerkstelling		leefloon	Andere					Totaal	%	
			Gewoon	BW		Huishouden	OCMW	Ziekte Invaliditeit	pensioen	tegemoet- koming			Werk- loosheid
Aandachts- en gedragsstoornissen										1		1	5%
Cognitieve stoornissen													
Schizofrenie e.a. psychotische						1		7			1	9	42,5%
Stemmingsstoornissen								8		1		9	42,5%
Angststoornissen								1				1	5%
Somatoforme stoornissen													
Dissociatieve stoornissen													
Stoornissen in de impulsbeheersing													
Aanpassingsstoornissen								1				1	5%
Totaal						1		17		2	1		
%						5%		80%		10%	5%		
Totaal per groep								21				21	
% per groep								100%					100%

Tongeren

TABEL 10.3: STOORNIS-SCHOOLNIVEAU-ACTIVITEIT													
Doelgroep cfr. DSM-IV AS I	Hoger onderwijs	Beroeps opleiding	Tewerkstelling		leefloon	Andere					Totaal	%	
			Gewoon	BW		Huishouden	OCMW	Ziekte Invaliditeit	pensioen	tegemoet- koming			Werk- loosheid
Aandachts- en gedragsstoornissen								1				1	5%
Cognitieve stoornissen											1	1	5,0%
Schizofrenie e.a. psychotische								5				5	25,0%
Stemmingsstoornissen						1		8	2			11	55,0%
Angststoornissen								1				1	5,0%
Somatoforme stoornissen													
Dissociatieve stoornissen													
Stoornissen in de impulsbeheersing													
Aanpassingsstoornissen											1	1	5,0%
Totaal						1	0	15	2		2		
%						5%	0%	75%	10%		10%		
Totaal per groep								20				20	
% per groep								100%					100%

Lommel

TABEL 10.4: STOORNIS-GESLACHT-BETROKKEN DISCIPLINES									
Doelgroep cfr. DSM-IV, as I	Geslacht		Geregistr. bij V.F.	Betrokken disciplines					
	M	V		Logopedie	Kine.	Psychomot.	Ergo.	Psychoth.	Maatsch. Werk
Aandachts- en gedragsstoornissen	1		1	1		1	1	1	1
Cognitieve stoornissen									
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	5	4	5	9		8	9	9	7
Stemmingsstoornissen	2	7	1	9		8	9	9	7
Angststoornissen		1		1		1			
Somatoforme stoornissen							1	1	
Stoornissen in de impulsbeheersing									
Aanpassingsstoornissen		1		1		1	1	1	1
Totaal	8	13	7	21		19	21	21	16
%	38%	62%	33%	100%		90%	100%	100%	76%

Tongeren

TABEL 10.4: STOORNIS-GESLACHT-BETROKKEN DISCIPLINES									
Doelgroep cfr. DSM-IV, as I	Geslacht		Geregistr. bij V.F.	Betrokken disciplines					
	M	V		Logopedie	Kine.	Psychomot.	Ergo.	Psychoth.	Maatsch. Werk
Aandachts - en gedragsstoornissen	1		1	1		1	1	1	1
Cognitieve stoornissen		1	1	1		1	1	1	1
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	4	1	2	5		5	5	5	3
Stemmingsstoornissen	3	8		5		11	11	11	5
Angststoornissen		1				1	1	1	1
Somatoforme stoornissen									
Stoornissen in de impulsbeheersing									
Aanpassingsstoornissen	1					1	1	1	1
Totaal	9	11	4	12		20	20	20	12
%	45%	55%	20%	60%		100%	100%	100%	60%

Tabel 10.1: Herkomst van de revalidanten op 31 december 2006

In het revalidatiecentrum van Lommel komt de overgrote meerderheid van patiënten uit dezelfde en aangrenzende gemeenten in Limburg. Tongeren wijkt hier enigszins van af. Hier kom 40 % van de revalidanten van een niet - aangrenzende gemeente.

Tabel 10.2: Stoornis - Leeftijd op 31 december 2006

In Lommel situeert zich op 31-12-2006 32% van de patiëntenpopulatie in de leeftijdscategorie van 31-40 jaar. 66 % van de populatie is jonger dan 50 jaar. Bij 42,5% van de patiënten werd de diagnose stemmingsstoornissen gesteld en bij eveneens 42,5% de diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

In Tongeren situeert zich op 31-12-2006 35% van de patiëntenpopulatie in de leeftijdscategorie van 41-50 jaar. Bij 55% van de patiënten werd de diagnose stemmingsstoornis gesteld en 25 % personen met diagnose schizofrenie e.a. psychotische stoornissen waren op 31.12.2006 in behandeling.

Tabel 10.3: Stoornis - schoolniveau - activiteit op 31 december 2006

Beide centra worden gekenmerkt door een inactieve bevolking.

In Lommel en in Tongeren zijn respectievelijk 80% en 75% van de patiënten niet actief omwille van ziekte en invaliditeit. Vooral de diagnoses stemmingsstoornissen en schizofrenie en andere psychotische stoornissen werden gesteld.

Tabel 10.4: Stoornis - geslacht - betrokken disciplines op 31 december 2006

Naargelang de problematiek van de patiënt, meer nog, naargelang zijn behoeften, noden en beperkingen, wordt een individueel weekprogramma aangeboden. De patiënt neemt deel aan individuele sessies en aan groepstherapieën. Het behandelingspakket van alle patiënten bevat psychotherapie, ergotherapie en psychomotoriek. Facultatief wordt sociale begeleiding, logopedie of kinesitherapie aangeboden.

Tabel 11: Verdeling volgens aanmelding

Lommel

TABEL 11.1: AANMELDINGSREDEN-INITIATIEFNEMER TOT VERWIJZING op 31-12-06														
Doelgroep DSM-IV diagnose AS I	ARTS				CLB	School	Andere						Totaal	%
	Eigen initiatief	Huis Arts	Specialist niet Revalidatie-arts	Revalidatie arts			PZ	UZ	OCMW	DAGG CGG	PAAZ	Zelfst. psychologe		
Aandachts- en gedragsstoornis							1			1			2	11%
Cognitieve stoornissen									1				1	5,5%
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen			3				3			1			7	36,25%
Stemmingsstoornissen			1				2			3	1		7	36,25%
Angststoornissen	1												1	5,5 %
Somatoforme stoornissen														
Stoornissen in de impulsbeheersing														
Aanpassingsstoornissen							1						1	5,5%
Totaal	1		4				7		1	5	1		19	
%	5,5%		21%				36%		5,5%	26,5	5,5			100%

Tongeren

TABEL 11.1: AANMELDINGSREDEN-INITIATIEFNEMER TOT VERWIJZING op 31-12-06														
Doelgroep DSM-IV diagnose AS I	ARTS				CLB	School	Andere						Totaal	%
	Eigen initiatief	Huis Arts	Specialist niet revalidatie-arts	sociale dienst			PZ	AZ	OCMW	DAGG CGG	PAAZ	BESCHUT WONEN		
Cognitieve stoornissen														
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	2			3			1						6	19%
Stemmingsstoornissen	3			4			3				7		17	53%
Angststoornissen														
Gedragstoornis							1						1	3%
Aanpassingsstoornis	1							1					2	6%
Geen Diagnose	3						1	1				1	6	19%
Totaal	9			7			6	2			7	1	32	
%	28%			22%			19%	6%			22%	3%		100%

LOMMEL

TABEL 11.2: GEVOLG OP AANMELDINGEN GEDURENDE 2006						
Doelgroep DSM-IV diagnose AS I	Geen onderzoek	Onderzocht geen therapie voorstel	Therapie gestart	Wachlijst op 31.12 Voor onderzoek	Voor therapie	Andere
Aandachts- en gedragsstoornis						
Cognitieve stoornissen						
Aan een middel gebonden stoornis						
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen			9			
Stemmingsstoornissen		1	9			
Angststoornissen		1	1			
Stoornissen in de impulsbeheersing			3			
Aanpassingsstoornissen			1			
Dissociatieve stoornis			2			
Diagnose onbekend	2	1				
Totaal	2	3	25			
%	7%	10%	83%			

Tongeren

TABEL 11.2: GEVOLG OP AANMELDINGEN GEDURENDE 2006						
Doelgroep DSM-IV diagnose AS I	Geen onderzoek	Onderzocht geen therapie voorstel	Therapie gestart	Wachlijst op 31.12 Voor onderzoek	Voor therapie	later opnieuw aangemeld
Cognitieve stoornissen						
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	6		4			
Stemmingsstoornissen	1	1	14			1
Angststoornissen						
Gedragsstoornissen			1			
Aanpassingsstoornissen			2			
Diagnose onbekend		2				
Aan middelen gebonden stoornis						
Totaal	7	3	21			1
%	22,0%	9%	66%			3%

Commentaar op de cijfergegevens: Verdeling volgens aanmelding

Tabel 11.1: Aanmeldingsredenen - initiatiefnemer tot verwijzing op 31-12-06

De meest voorkomende redenen om zich aan te melden in ons centrum zijn stemmingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen. De verwijzingen in Lommel gebeuren vooral door psychiatrische ziekenhuizen en DAGG-CGG. In Tongeren gebeuren de verwijzingen vooral door PAAZ en sociale diensten.

Tabel 11.2: Gevolg op aanmeldingen gedurende 2006

In 2006 werden meer dan 75% van de patiënten die zich hadden aangemeld, weerhouden voor het volgen van een revalidatieprogramma. Vooral diegene die op eigen initiatief contact opnemen met het centrum, haken af of worden niet weerhouden voor revalidatie.

Tabel 12: revalidatiestop

Lommel

TABEL 12.1: STOORNIS-REDEN STOP															
Doelgroep DSM-IV AS I	Doelstellingen bereikt		Stop tgv regelgeving			Op initiatief van het centrum				Op initiatief patiënt	opname	overlijden	gevangenis	Totaal	%
	Voor max. periode	Bij einde max. periode	Max. duur	Max. leeftijd	Geen 3 Disc.	Geen motivatie	Financ. Reden	Inhoud. Reden	Onvold. Evolutie						
	Aandachts en gedragstoornissen			1											
Cognitieve stoornissen															
Schizofrenie e.a. psychotische st.	3									1			1	5	23%
Stemmingsstoornissen	4							1		2	1	1		9	41%
Angststoornissen	1													1	4,5%
Somatoforme stoornissen															
Dissociatieve stoornissen											1			1	4,5%
Stoornissen in de impulsbeheersing								1		1			1	3	13,5%
Aanpassingsstoornissen										1	1			2	9%
Totaal	8		1					2		5	3	1	2	22	
%	36%		4,5%					9%		23%	14%	5%	9%		100%

Tongeren

TABEL 12.1: STOORNIS-REDEN STOP															
Doelgroep DSM-IV AS I	Doelstellingen bereikt		Stop tgv regelgeving			Op initiatief van het centrum				Op initiatief patiënt	opname	overlijden	Totaal	%	
	Voor max. periode	Bij einde max. periode	Max. duur	Max. leeftijd	Geen 3 Disc.	Geen motivatie	Financ. Reden	Inhoud. Reden	Onvold. Evolutie						
Aandachts- en gedragsstoornis															
Schizofrenie e.a. psychotische st.		1								1				2	10%
Stemmingsstoornissen	2	4								2	4			12	64%
Gedragstoornissen											1			1	6%
Angststoornissen	2													2	10%
Somatoforme stoornissen															
Dissociatieve stoornissen															
Aanpassingsstoornissen	2													2	10%
Geen diagnose op AS I															
Totaal	6	5								3	5			19	
%	32%	26%								16%	26%				100%

Lommel

TABEL 12.2 STOORNIS-REVALIDATIEDUUR BIJ ONTSLAG										
Doelgroep cfr. DSM-V, as I	REVALIDATIEDUUR BIJ THERAPIESTOP							Totaal	%	
	0-6 m	7-12 m	13-18 m	19-24 m	25-36 m	3 jr	4 jr			> 5 jr
aandachts- en gedragsstoornissen				1					1	4,5%
Cognitieve stoornissen										
Schizofrenie e.a. psychotische st.	3	1		2					6	27%
Stemmingsstoornissen	3	4	2						9	41%
Angststoornissen		1							1	4,5%
Somatoforme stoornissen										
Dissociatieve stoornissen	1								1	4,5%
St. in de impulsbeheersing	3								3	14%
Aanpassingsstoornissen				1					1	4,5%
Totaal	10	6	2	4					22	
%	46%	27%	9%	18%						100%

Tongeren

TABEL 12.2 STOORNIS-REVALIDATIEDUUR BIJ ONTSLAG										
Doelgroep DSM IV, as I	REVALIDATIEDUUR BIJ THERAPIESTOP							Totaal	%	
	0-6 m	7-12 m	13-18 m	19-24 m	25-36 m	3 jr	4 jr			> 5 jr
Aandachts en gedragsstoornis										
Cognitieve stoornissen										
Schizofrenie e.a. psychotische st.	1			1					2	10,0%
Stemmingsstoornissen	2	4	6						12	64,0%
Angststoornissen	1	1							2	10,0%
Gedragstoornissen	1								1	6,0%
Dissociatieve stoornissen										
St. in de impulsbeheersing										
Aanpassingsstoornissen		2							2	10,0%
Geen diagnose op AS I										
Totaal	5	7	6	1					19	
%	26%	37%	32%	5%						100%

Lommel

TABEL 12.3: STOORNIS-ACTIVITEIT NA ONTSLAG												
Doelgroep cfr. DSM-V, as I	overleden	vrijwilligers werk	Tewerkstelling		ATB	Opvang in voorzien. VI. Fonds	Zelfst. Huis houden	Andere opname doorverw.	gevangenis	geen info geen activiteit ziekenfonds	Totaal	%
			Gewoon	BW								
Aandachts- en gedragsstoornissen						1					1	4,5%
Cognitieve stoornissen		2								1	3	13,5%
Schizofrenie e.a. psychotische st.			3				1		1		5	23%
Stemmingsstoornissen	1		1				3	1			6	27,5%
Angststoornissen							1				1	4,5%
Somatoforme stoornissen												
Dissociatieve stoornissen								1			1	4,5%
St; in de impulsbeheersing		1							1	1	3	13,5%
Aanpassingsstoornissen								1		1	2	9%
Totaal	1	3	4			1	5	3	2	3	22	
%	4,5%	13,5%	18,5%			4,5%	23%	13,50	9%	13,5%		100%

Tongeren

TABEL 12.3: STOORNIS-ACTIVITEIT NA ONTSLAG											
Doelgroep cfr. DSM-V, as I	overleden	Andere opleidings vorm	Tewerkstelling		ATB	Opvang in voorzien. dagact.	Zelfst. Huis houden	Andere opname doorverw.	geen info geen activiteit ziekenfonds	Totaal	%
			Gewoon	BW							
Aandachts- en gedragsst.											
Cognitieve stoornissen											
Schizofrenie e.a. psychotische st.						1		1		2	11%
Stemmingsstoornissen			1			1	5	2	3	12	63%
Angststoornissen					1		1			2	11%
Dissociatieve stoornissen											
St. in de impulsbeheersing			1							1	5%
Aanpassingsstoornissen											
Gedragstoornissen								1		1	5%
Geen diagnose op AS I								1		1	5%
Totaal			2		1	2	6	5	3	19	
%			10,5%		5%	10,5%	32%	26%	16%		100%

Tabel 12.1: Stoornis - reden stop

In 2006 werden in Lommel 29 patiënten ontslagen. Bij 49% werden de vooropgestelde doelstellingen bereikt.

In Tongeren werd bij 19 patiënten de revalidatie stopgezet. 58% bereikte de vooropgestelde doelstellingen.

Tabel 12.2: Stoornis - revalidatieduur bij ontslag

De revalidatieduur is door de RIZIV-conventie bepaald op maximum 2 jaar. Voor de meeste patiënten is deze periode voldoende om de doelstellingen te bereiken. In beide centra stopt meer dan de helft van de patiënten gedurende het eerste jaar. Ongeveer 3 op tien cliënten doorloopt de maximumtermijn bepaald door het RIZIV.

Tabel 12.3: Stoornis - activiteit na ontslag

Uit de gegevens van Lommel blijkt dat 23 % van de patiënten er in slaagt zelfstandig het huishouden te doen na hun ontslag in het centrum. In Tongeren is dit 32%.

In Lommel start 18 % in een gewone tewerkstelling en 13,5 % met vrijwilligerswerk; in Tongeren is 10,5 % opnieuw tewerkgesteld in het reguliere arbeidscircuit.

Hoofdstuk III : COMMUNICATIETRAINING

1. Inleiding

Binnen de revalidatiecentra Validag Tongeren en Validag Lommel vindt 1 keer per week gedurende 45 minuten à 1 uur en 15 minuten communicatietraining in groepsverband plaats. De groepsgrootte varieert tussen 5 en 12 revalidanten, afhankelijk van de patiëntenpopulatie. Mochten er specifieke noden zijn bij een patiënt, kan er worden overwogen om individueel communicatietraining te geven.

Qua diagnostiek en behandeling zijn de werkmaterialen tijdens het afgelopen jaar aangepast. Voor diagnostiek wordt er gewerkt met een vragenlijst in het kader van een homo – anamnese. Voor therapie is er een werkmap – draaiboek – opgesteld door de logopedisten om meer structuur te verkrijgen binnen de communicatietraining.

2. Diagnostiek

De vragenlijst betreffende de communicatie wordt afgenomen bij de patiënt zelf (homo – anamnese) tijdens de instapperiode van 6 weken. De vragenlijst bevat enkele algemene en meer specifieke vragen met betrekking tot de communicatie.

In de algemene vragen wordt er getoetst of de patiënt om dit moment problemen heeft met de communicatie en er wordt gevraagd een vergelijking te maken met de pre – morbide toestand.

Bij de specifieke vragen wordt er gevraagd om met 'ja' en 'nee' te antwoorden. De therapeut kan eventueel doorvragen of de patiënt kan zelf extra uitleg geven. Bij de specifieke vragen wordt de volgende indeling gebruikt:

- Verbale communicatie: communicatie via taal: vb. durft u een gesprek aanknopen en slaagt u erin een gesprek op gang te houden?
- Para – verbale communicatie: peilt naar de luidheid, de toonhoogte, het spreektempo en de pauzes.
- Non – verbale communicatie: deze be vraagt de patiënt inzake houding, gebaren, mimiek en oogcontact.
- Sociaal: deze gaat na in hoeverre de communicatieproblemen de patiënt belemmeren in zijn sociaal functioneren vb. maakt u gemakkelijk nieuwe vrienden?
- Assertiviteit: via communicatie kan je leren opkomen voor jezelf vb. lukt het om een conflictsituatie tot een goed einde te brengen?

Op basis van deze vragenlijst en in overleg met de patiënt wordt beslist of communicatietraining, in groepsverband of mogelijks individueel, aangewezen is.

3. Therapie

De behandeling vindt plaats aan de hand van de werkmap, gecombineerd met losstaande opdrachten. Van elk onderdeel krijgen de patiënten een werkboekje. In dat bundeltje staat een stukje theorie en verschillende oefeningen. Vaak wordt er ook deductief gewerkt; vanuit concrete voorbeelden worden theoretische principes afgeleid. Een bepaald onderdeel kan ofwel afgewerkt worden binnen 1 sessie of kan worden verspreid over meerdere weken.

De indeling van de werkmap luidt als volgt:

- wat is communicatie?
- non – verbale communicatie
- verbale communicatie
- aanvullende oefeningen

Wat is communicatie?

Binnen dit onderdeel wordt een definitie van communicatie gegeven, aangevuld met het communicatieschema. Alle componenten van het schema (zender, ontvanger, boodschap en interactie) worden nader toegelicht. Ook worden er enkele communicatieregels besproken vb. het is beter om over iets concreet te spreken, dan te generaliseren of vb. zinnen maak je best af.

Non – verbale communicatie

Non – verbale communicatie is de belangrijkste component binnen de communicatietraining. Mensen richten zich haast onbewust op de verbale communicatie. Als mensen praten horen ze voornamelijk wat er wordt gezegd en missen ze vaak de non – verbale signalen. Deze signalen geven de meeste en de meest reële informatie weer. Het lichaam praat; zijn boodschap is hoe je werkelijk bent.

De hoofddoelstelling binnen de non – verbale communicatie is het adequaat non – verbaal functioneren. Subdoelstellingen hierbij zijn:

- non – verbale signalen leren ontvangen en interpreteren
- je boodschappen correct leren uitdrukken aan de hand non – verbale communicatie
- non – verbale elementen adequaat leren gebruiken in combinatie met de verbale communicatie

Concreet bestaat de werkmap voor non – verbale communicatie uit 11 onderdelen:

- algemene lichaamshouding
- luisterhouding en oefeningen
- lichaamstaal
- observeren en interpreteren

- oogcontact
- gebaren
- handdruk
- mimiek
- emoties
- ruimte / afstand / beweging
- kleding / uiterlijk / geur

Verbale communicatie

Verbale communicatie is de communicatie via taal. Dit kan direct (gesproken woord) of indirect (brief, e-mail, sms, ...).

De doelstellingen van de verbale communicatie zijn:

- kritiek leren uiten en aanvaarden
- een gesprek leren aanknopen en gaande houden
- eigen mening leren en durven uiten
- leren omgaan met conflicten
- leren praten in de ik-vorm
- open en gesloten vragen leren formuleren
- leren parafraseren (feedback geven)

Vele van deze punten overlappen met assertiviteitstraining en sociale vaardigheidstraining.

Dit hebben we in 14 verschillende concrete onderdelen gegoten, nl:

- ademhaling
- stem/resonantie/intonatie
- articulatie
- expressie
- soorten vragen: open en gesloten
- ik- en jij boodschap
- feedback
- parafraseren: boodschap onvervormd doorgeven
- spreekfobie
- gesprekken voeren
- efficiënt telefoneren
- kritiek
- conflicten leren hanteren
- neen leren zeggen

Tussen een aantal onderverdelingen is er wel overlapping zoals bij de ik - en jij - boodschap en feedback geven; kritiek leren geven/ontvangen en conflicten leren hanteren.

Aanvullende oefeningen

In afwisseling met de bundeltjes worden ook losstaande oefeningen gegeven. We geven een kort overzicht van mogelijke oefeningen:

- oefeningen rond communicatieregels: vb. eigen mening leren formuleren
- oefeningen in functie van welsprekendheid
- het babbelspel: verbale en non – verbale communicatie
- het communicatiespel

4. Evaluatie

In de visie om alle therapieën - en in dit geval in het bijzonder communicatietraining - voortdurend te optimaliseren en aan te passen aan de noden en de behoeften van de cliënten, lassen we ook op regelmatige basis evaluatiemomenten in.

De verschillende evaluatiemomenten zijn:

- bij de therapeut zelf (introspectie)
- tussen therapeuten (logopedisten in beide centra): 1 maal per jaar
- bij de cliënten

Voor deze laatste evaluatievorm is een vragenlijst opgesteld. Deze is anoniem door de revalidanten ingevuld .

Volgende bemerkingen kunnen we weergeven:

- De meeste patiënten geven aan dat vele onderdelen duidelijk zijn.
- Sommige revalidanten geven aan dat ze nood hebben aan meer uitleg.
- Sommige patiënten willen ook meer toepassingen / oefeningen.
- De cliënten geven aan dat ze graag een overzicht zouden ontvangen van de communicatietraining. Zo kunnen ze een bepaald onderdeel beter plaatsen in de volledige cursus. De cursus is stapsgewijs opgebouwd en patiënten die invallen midden in de cursus, missen vaak de structuur.
- De meeste revalidanten geven weer dat veel aspecten nieuw voor hen zijn en dat ze dingen bijleren.
- De meeste patiënten geven aan dat ze het moeilijk vinden om kennis en vaardigheden toe te passen in het dagelijkse leven.