

Steven Van der Auwera, CGGZ Brussel

Vooronderzoek

1. Probleemanalyse: Wat is het probleem en met welke gedrags- en omgevingsfactoren hangt dit samen?

De sociale dienst van het psychosociaal centrum stelde ons telefonisch een vraag naar vorming over productinformatie en signalen van druggebruik. Voornamelijk (vermoeden van)cannabis en crackgebruik vormen een probleem bij de patiënten. Cannabisgebruik kan een probleem vormen omdat het volgens de info van Jellinek de kans vergroot dat schizofrenie zich ontwikkelt. Bij coke kan langdurig gebruik tot psychoses leiden en kunnen achtervolgingswanen optreden.

Bij patiënten die alcohol drinken ziet het personeel vooral problemen met afkickverschijnselen, zoals een delirium, optreden.

In de afdelingen thuiszorg en beschut wonen zien de personeelsleden de patiënten minder. Hier wil men vooral bijleren over signalen van druggebruik, zodat men weet waarop te letten.

2. Determinantenanalyse: Welke determinanten zijn van invloed op het gedrag en de omgeving?

Bespreekbaar maken van de problematiek ligt heel gevoelig, zodat wij daar ook rekening dienen mee te houden bij geven van een vorming. Toch blijkt uit literatuur dat ½ van de schizofrene mensen te maken krijgt met middelenmisbruik.

Tot op heden de dag is druggebruik een exclusiecriteria, als dit op de voorgrond treedt (je kan onmogelijk mensen die ooit eens gebruikt hebben of in een ver verleden gebruiker waren, allemaal weigeren voor een opname).

Druggebruik wordt vooral gezien als een manier om aan zelfmedicatie te doen. Verdere hypothesen heeft men niet hierrond.

Er is momenteel een (cannabis)beleidsplan aanwezig aangepast naargelang van de afdeling: men heeft hier geen begeleiding bij nodig. Uit de tekstweergave van dit beleid blijkt dat er een aantal strikte regels zijn omtrent alcohol en drugs (niet gebruiken, niet dealen/delen in het centrum) maar dat ze niet onmiddellijk worden ontslaan als gevolg van A & D (stappenplan).

- Beleid nachthospitaal: strikte boodschap naar patiënt, flexibeler als middel niet op de voorgrond staat. Gradueel striktere opvolging obv blijvend positieve urinetest
- Beleid ACT: harm reduction. Gebruik vormt probleem als persoonlijke levenssfeer of werkrelatie in gevaar is.
- Beleid beschut wonen: niet enkel repressie, ook vooraf onderhandelen en preventief werken met patiëntencontract.

Deze boodschap van bespreekbaarheid staat in contrast met de mening van de sociale dienst, die vond dat het geen gemakkelijk bespreekbaar onderwerp was!

Interventie ontwikkeling

3. Doelgroepen: Wie zijn de doelgroep(en) van het project?

De *uiteindelijke* doelgroep zijn patiënten van het psychosociaal centrum, zowel in daghospitalisatie, nachthospitalisatie, beschut wonen als ACT. Het zijn (jong)volwassenen met psychotische problematiek die nood hebben aan gestructureerde zorg en moeilijkheden ondervinden bij reïntegratie in de maatschappij. Het zijn zowel mannen als vrouwen tussen 20 en 65 jaar. Exclusiecriteria zijn primaire diagnose van A en D misbruik, mentale retardatie en impulscontroleverlies.

De *intermediare* doelgroep zijn verpleegkundigen en opvoeders van alle delen van het centrum; dit zijn er in totaal een twintigtal. De sociale dienst wordt betrokken in de zin dat ze informatie geeft over de vraag naar de vorming en de behandeling van de A&D thematiek in het centrum.

4. Doelen: Wat zijn de doelen van het project?

- Het personeel erkent het bestaan van de A & D thematiek en maakt het bespreekbaar
- Het personeel kent de werking van de producten, vooral met specifieke nadruk op cannabis en crack en de afkickverschijnselen van alcohol
- Het personeel kent de signalen van A&D gebruik

5. Interventie: Welke interventie wordt ontwikkeld om deze doelen te realiseren?

We kiezen voor een directieve vorming te geven, wat een aantal voordelen oplevert:

- Er wordt veel kennis overgedragen die het personeel in de eigen praktijk kan gebruiken
- Het personeel verkiest een directievere methode boven een interactieve, omdat ze dit op deze manier gewoon zijn. Door de aard van de vorming aan te passen aan de doelgroep wekken we mogelijk meer interesse voor het onderwerp.
- We laten op het einde van de vorming een halfuurtje de tijd om vragen te stellen op basis van eigen ervaringen, zodat de bespreekbaarheid vergroot wordt. We kiezen ervoor om dit niet teveel op voorhand aan te kondigen, omdat anders het personeel dan teveel de theorie zou bekijken vanuit die ene casus die ze voor ogen hebben. Een open blik behouden is belangrijk. We verkiezen om aan het begin van de vorming zelf de inhoud van de vorming te schetsen, waardoor men kan zien dat er op het einde ruimte is voor vragen.
- Een nadeel van een directieve vorming is dat er minder inbreng is van het personeel, maar door een moment in te lassen voor vragen te stellen wordt dit deels opgelost.

Implementatie

6. Implementatieplan: Op welke manier wordt de interventie geïmplementeerd?

Midden of eind oktober vindt de vorming plaats, indien het goedgekeurd wordt door de voorziening. Alle personeelsleden, voornamelijk opvoeders en verpleegkundigen, zullen aanwezig zijn. De vorming zal plaatsvinden tijdens de teamvergadering van het centrum: het team komt wekelijks op donderdag van 2 tot 3u30 samen. Qua materiaal is er een beamer en pc aanwezig, zodat we kunnen gebruik maken van een power point presentatie.

De inhoud van de vorming draait rond productinfo, afkickverschijnselen en signalen van gebruik: dit wordt allemaal gezien vanuit het perspectief van psychotische individuen. Nadien (± van 3u tot 3u30) kan het personeel vragen stellen.

Evaluatie

7. Evaluatieplan: Op welke manier wordt de interventie geëvalueerd?

We kunnen een vragenlijst opstellen, die we aan het einde van de vorming kunnen geven aan het personeel. We besteden bij het opstellen van de vragen aandacht aan de doelen die we vooropgesteld hebben en kijken na of we deze bereikt hebben.

Randvoorwaarden en haalbaarheid

8. Draagvlak: Welke interne en externe partners zijn er nodig voor het draagvlak in iedere fase van het project?

De sociale dienst van het centrum dient als informatiebron over de voorziening en de noden rond de A&D thema's.

Wij hebben de aanvraag aangebracht op de teamvergadering, waardoor we allerlei tips kregen rond aanpak.

De twee psychiaters in ons centrum kunnen ons informatie verschaffen over psychose en drugs. Ze hebben literatuur voorhanden en we zullen een afspraak maken met hen om over het onderwerp te praten.

Een collega heeft ons de map van de tweejarige opleiding hulpverlening in A&D overhandigd, waarin een hoofdstuk staat rond dubbeldiagnose.

Psycholoog die in dubbeldiagnose afdeling van een psychiatrisch centrum gewerkt heeft, wordt gecontacteerd voor extra informatie rond psychose en drugs. Hij kan mogelijk wijzen op andere partners.

9. Capaciteit: wat is de beschikbare capaciteit voor het project?

Een deel is gesubsidieerd door de overheid, het resterende deel wordt betaald door de voorziening: wij vragen 75 euro (voor 1 ½ uur) plus eventuele vervoersonkosten. Daar kan zeker over onderhandeld worden. De sociale dienst ging dit bespreken met het centrum en ons contacteren indien het OK is.