
SABAYON

*“Via een gedeeld behandelplan naar een
zorgpad VRA?”*



Pilootproject Gent: maart 2017 – september 2018

Inhoudsopgave

I.	Inleiding	3
II.	Wat is het algemene doel van het project?	3
III.	Hoe wensen we dit te realiseren?	3
IV.	Wat zijn de doelen van het project ten aanzien van de cliënt?	4
V.	Wat willen we met het Sabayon-zorgnetwerk bereiken?	4
VI.	Wat is het profiel van de doelgroep binnen dit project?	5
VII.	Hoe bereiken we nieuwe Sabayon cliënten / casefinding?	6
VIII.	Hoe gaat een cliënt-traject binnen het “zorgpad Sabayon” van start?	6
IX.	Duo van Sabayon-contactpersonen en hun opdracht	7
X.	Hoe kunnen basisvertrouwensfiguren/diensten Sabayon-clieñten toeleiden naar inclusietafel(s)?	7
XI.	Hoe kunnen we een cliënt in het Sabayon-netwerk houden?	8
XII.	Hoe verloopt de opvolging van de cliënt?	8
XIII.	Bij wie kan ik terecht voor vragen omtrent “Sabayon”?	8

Inleiding

Het project “Sabayon” (voorheen ‘VRA-project’) werd bij de VAD ingediend (en aanvaard) in het kader van een oproep voor projecten m.b.t. “Een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers”.

De indiening gebeurde vanuit ‘Clusteroverleg Alcohol’ binnen ‘Netwerk GGZ PAKT’ en ‘Werkgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg’ van de stad Gent (bevoegdheid schepen Resul Tapmaz). Met onderliggend document willen wij u informeren over de doelstellingen van het project, deze eerste stappen en hoe wij dit verder wensen uit te concretiseren.

Wat is het algemene doel van het project?

Zorgcontinuïteit en zorgkwaliteit bieden aan veranderingsresistente probleemdrinkers (VRA) door het huidige aanbod van de zorgpartners binnen de verslavingszorg én de welzijnspartners nog beter op elkaar af te stemmen en te optimaliseren en zo te komen tot een, ook met de cliënt gedeeld, (be)handelplan.

Hoe wensen we dit te realiseren?

De projectcoördinator zal de uitbouw van dit “Sabayon-netwerk” faciliteren en zal dit netwerk ook bereikbaar maken voor de cliënten en hun netwerk. Hij/zij zal samen met het netwerk en de cliënt een *zorgpad* ontwikkelen.

Een zorgpad is een manier van werken die ervoor moet zorgen dat het gemeenschappelijk behandelplan en de organisatie van de complexe transmurale zorgprocessen voor deze specifieke doelgroep van cliënten kan verwezenlijkt worden en dit binnen een met de cliënt gedefinieerd tijds kader. Dit veronderstelt bijvoorbeeld dat er duidelijkheid is omtrent inhoudelijke accenten, het traject dat de cliënt regulier en bij crisis doorloopt, en wie op welk moment acties moet/kan/zal ondernemen. Hierdoor weten de verschillende zorgpartners ook welke doelstellingen worden nagestreefd, wat de bijhorende interventies/non-interventies zijn en aan wie welke informatie al dan niet moet doorgespeeld worden. Dit alles veronderstelt ook enige registratie en monitoring door de verschillende betrokken partijen. Er dient gezocht te worden naar een goed evenwicht tussen enerzijds de tijdinvestering in contact, support en hulpverlenende interventies en anderzijds het expliciete monitoren en registreren.

We zullen vooropgestelde ijkpunten met een zekere diversiteit over de deelnemende partners moeten verdelen en aanvaarden dat de beperkte draagkracht en stabiliteit van sommige geïnccludeerde cliënten ons zullen nopen tot een casusbeschrijving, eerder dan tot systematische

monitoring of registratie. Het bereiken van dit evenwicht behoort tot de ervaringen die we in dit project willen opdoen.

Wat zijn de doelen van het project ten aanzien van de cliënt?

Het *zorgvermijden* van de doelgroep, t.g.v. voortdurende visieconflicten m.b.t. gebruik, *ombuigen* ten voordele van de realisatie van een “*duurzaam en haalbare leefstijl*” die aansluit bij de doelstellingen en de verwachtingen van de cliënt.

Zelfredzaamheid en de *kwaliteit van leven* van de cliënt *verhogen* door hen *actief te betrekken* bij het te ontwikkelen zorgplan.

Het *verminderen* van de frequentie van *incidentele zorg*, *crisisgebonden schade* en de uiteindelijk nodige *zorgzwaarte*.

Het *vermijden* van fysiologisch/somatisch ongewenste sterk schommelende zwaar drinken/droog/zwaar drinken - cyclus

Wat willen we met het Sabayon-zorgnetwerk bereiken?

Komen tot een *gedeelde visie*, nl. een visie die de verbetering van de *levenskwaliteit* van de Sabayon-client naar voren schuift als belangrijkste behandeldoel en waarbij *aanklampende zorg*, *herstelgericht werken*, *gecontroleerd drinken* en *schadebeperkende technieken* gedeelde strategieën zijn.

Het *informeren* en *sensibiliseren* van alle zorgpartners in de regio Gent in het kader van de toeleiding van de doelgroep VRA;

Het bekomen van een verbeterde *casefinding*; het project includeert cliënten uit Gent, maar zal proactief accent leggen op de regio Noord-West Gent (Drongen, Brugse Poort/Rooigem, Bloemekenswijk, Mariakerke, stukje Wondelgem). Voorzieningen/organisaties uit andere Gentse regio's of wijken kunnen voor cliëntgebonden ondersteuning ook terecht in het project.

De *acceptatie* en *inclusie* van de doelgroep door alle zorgpartners;

Het *verbeteren*, *concretiseren* en *expliciteren* van de bestaande *modules/instanties* van de betrokken zorgpartners ten aanzien van deze doelgroep

Het *optimaliseren* van de onderling *communicatie* tussen de zorgpartners (met respect voor de wensen van de cliënt hierin) waardoor zowel de cliënt als de hulpverleners zich gesteund voelen (bv. verminderde machteloosheid en breuken in de zorg);

Wat is het profiel van de doelgroep binnen dit project?

Het project focust zich op personen met een *chronische alcoholafhankelijkheid* die *veranderingsresistent* zijn op vlak van hun gebruik, wat leidt tot individuele en *maatschappelijke schade* (VAD, 2015). Voor inclusie in het Sabayon project moet de cliënt aan volgende criteria voldoen:

Voorstel van een aantal inclusiecriteria:

- *Chronische alcoholafhankelijkheid:*
 - Ernstige stoornis in het gebruik van alcohol (DSM V)
 - Tenminste 10 jaar alcoholafhankelijk;
 - Abnormale hoge gamma GT waarden; GAF score
- *Veranderingsresistent:*
 - Reeds een significant aantal behandelingen gekregen;
 - De keuze maken om het alcoholgebruik te continueren.
- *Individuele en maatschappelijke schade:*
 - *Gezondheidsproblemen*
 - bv: leverziekte, pancreatitis, cardiovasculaire klachten, kanker, schade aan hersenen en zenuwstelsel...;
 - *bv: Meermaals opgenomen zijn in spoedafdelingen/ziekenhuizen*
 - *Psychosociale problemen*
 - *bv: ontwrichte gezinssituatie, werkloos, dakloos,*
 - *comorbide psychiatrische stoornissen*
 - *Justitiële problemen*
 - *Bv: Meermaals in contact gekomen zijn met politie/justitie*

In de praktijk blijkt vooreerst dat vele VRA-clieñten bijna altijd gekend zijn bij één of meerdere diensten die aan één van de drie bestaande overlegtafels deelnemen (Client Overleg Alcohol of AZIS+ of project Perspectief zoals bvb bij de vindplaatsgerichte maatschappelijk werkers van het OCMW, straathoekwerk, Brugteam van het CAW, MOBIL-teams, Mobiel CrisisTeam...).

Hoe bereiken we nieuwe Sabayon cliënten / extra casefinding?

Zoals aangegeven zijn VRA cliënten veelal reeds gekend door een zorgorganisatie of hulpverlener. Omdat we ook nieuwe casussen wensen te bereiken beogen we deze eventueel ook nog te detecteren via:

- HA en Wijkgezondheidscentra
- via wijkregisseurs, overlastregisseurs
- via wijkwelzijnsoverleg
- sociale politie
- Outreachwerking stad Gent (Straathoekwerk) en Outreach UPSIE
- Mobil Team en Mobiel Crisisteam
- Liaison binnen betrokken Algemene Ziekenhuizen
- reguliere instroom (verslavingszorg)partners

Hoe gaat een cliënt-traject binnen het “zorgpad Sabayon” van start?

Een cliënt-traject binnen het “zorgpad Sabayon” kan bij *elke partner* starten.

- Bestaande cliënten (van de vele partners) die beantwoorden aan het vooropgestelde VRA profiel (zie eerder) kunnen ook in het project geïnccludeerd worden.

De cliënt wordt evident met medeweten besproken op één van de bestaande *overlegtafels*: of Clientoverleg Alcohol (PAKT) of AZIS+ of overlegtafel Perspectief. Dit laat toe om de gemeenschappelijke kennis t.a.v. de cliënt sneller in kaart te brengen en krijgt men zicht op het resterende netwerk en mogelijke ander hulp- en krachtbronnen van de cliënt.

- Bij externe partners aan het Sabayon-project is er toeleidingswerk nodig door de coördinator zodat er een link is naar de overlegtafels.

Een cliënt wordt *definitief geïnccludeerd* in het project nadat hij/zij de toelichting heeft gekregen over het opzet, het kader en de doelstellingen van het project en mits een *informed consent*.

- Met maximale “regie/inspraak” van de cliënt wordt, waar en wanneer mogelijk, toegewerkt naar systematische opvolging van een gemeenschappelijk traject via samenwerking in het ruimere “Sabayon zorgteam”.

Deze inclusie houdt een *netwerk- opvolgingsengagement in voor een afgesproken periode*.

Elke geïnccludeerde cliënt ontvangt een boekje 'Mijn Sabayon-recept' en een lidkaart Sabayon om zich te kunnen identificeren.

Elke geïnccludeerde cliënt krijgt - *indien dit relevant is* in aanvulling op eventueel aanwezige basisvertrouwenspersonen – een *duo van Sabayon-contactpersonen* toegewezen (nl. een hulpverlener uit de verslavingszorg én een hulpverlener uit het welzijnsveld/outreachveld of iemand uit het informele netwerk).

Duo van Sabayon-contactpersonen en hun opdracht

Dit duo zorgt, in concrete afspraak met de betrokken vertrouwenspersoon, huisarts, voor een systematische opvolging van de voorziene assertiviteit / aanklampendheid bij noodweer.

In het "Mijn Sabayon-recept" boekje en/of andere herkenningspunten van de cliënt zullen de coördinaten van deze personen en/of basisvertrouwensfiguren/diensten vermeld staan waardoor elke nieuwe betrokken hulpverlener de mogelijkheid heeft om vrij snel aan te haken bij het overeengekomen lange-termijn traject van de cliënt.

De referentiehulpverleners doen eigenlijk actief aan casemanagement, zijn de terugvalfiguren voor de cliënt en nemen aanklampendheid en communicatie voor zich.

Hoe kunnen basisvertrouwensfiguren/diensten

Sabayon cliënten toeleiden naar inclusietafel(s)?

Voor diverse potentiële cliënten blijkt één of andere welzijnsdienst, de huisarts, een buur, een straathoekwerker... veelal in de rol van "laatst" betrokkene terecht te zijn gekomen.

Deze basisvertrouwensfiguren/diensten kunnen binnen dit project de steun van het netwerk krijgen om hun contactlijnfunctie te helpen behouden. Hen zullen tools worden aangereikt in functie van de bejegeningstijl en brede doelstellingsopties.

Ze kunnen oriëntatievragen stellen aan het Netwerkpunt-PAKT waar op niet-interventionistische wijze wordt gezocht naar de best beschikbare hulp in het volledige GGZ-landschap.

De basisvertrouwensfiguren/diensten kunnen ook worden uitgenodigd op één van de overlegtafels.

Hoe kunnen we een cliënt in het “Sabayon- netwerk” houden?

- Door vanuit een volwaardig partnerschap een persoonsgericht ondersteunings-/ (be)handelplan op te stellen (de cliënt geeft mee richting aan het traject).
- door onvoorwaardelijke aanvaarding;
- door geen onthoudingseisen als voorwaarden te stellen;
- door geen sterk veranderingsgerichte doelstellingen voorop te stellen;
- door elke stap naar levenskwaliteit te waarderen;
- door leefstijlcoaching vanuit een herstelgericht benadering.

Hoe verloopt de opvolging van de cliënt?

- Tijdens de inclusieperiode zullen cliënten minstens 3 keer/jaar op de netwerktafels worden besproken.
- Er wordt gestreefd naar het optimaal aanwenden van de MDOpsy-overlegstrategie.
- Reguliere coaching door diverse partners.

Bij wie kan ik terecht voor vragen omtrent het Sabayon project?

Claude Descamps of Arne Verstuyf

CGG Adentro

09/235 22 41

claudio.descamps@cggadentro.be

arne.verstuyf@cggadentro.be