



Iedereen draagt zorg

zorggroepmyna.be

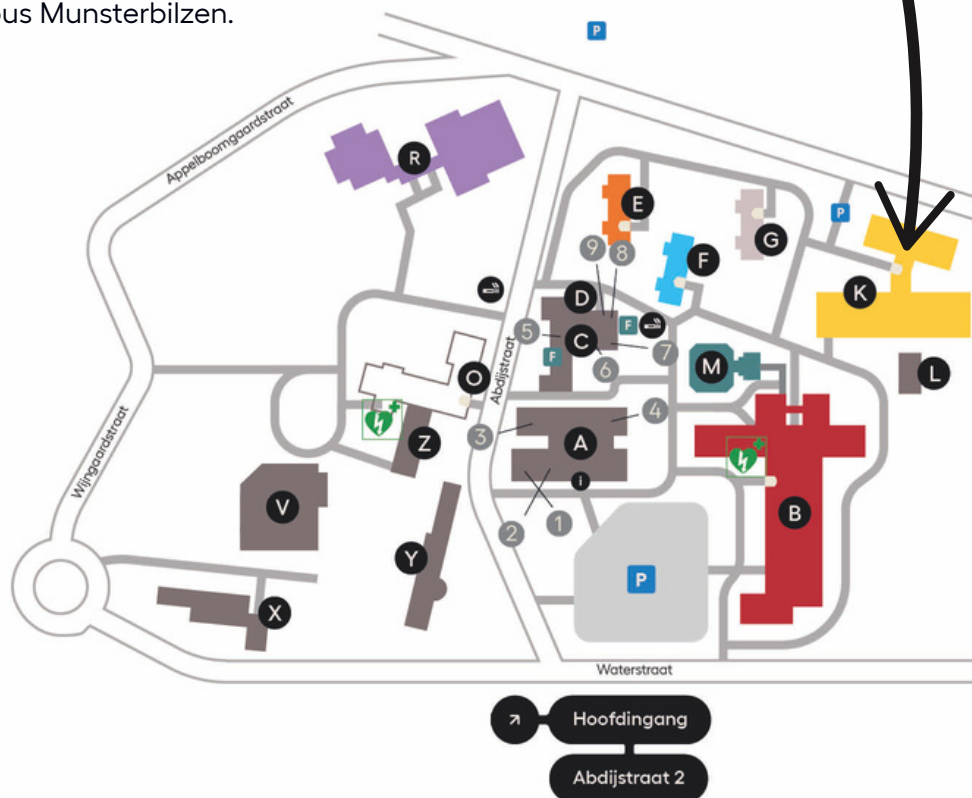
Studenten brochure

K-Delta



Situering

Zorgeenheid K-Delta is gesitueerd binnen de doelgroep kinderen en jongeren binnen Zorggroep Myna, Psychiatrisch Ziekenhuis Bilzen-Hoeselt, Campus Munsterbilzen.



Gebouwen

- A** Onthaal, HR, Directie, Boekhouding, Management en staf, Pastorale dienst Sociale dienst, IT
- B** **Cura, Emergo, Nexus, Orbis, Terra**
- C** Vergaderzalen
- D** Vrije tijd
- E** Kapel, stille ruimte, was/linnen ZOLim Mobiel Team Zuid
- F** **Nobis**
- G** **Aliamente**
- K** **K-Delta**
- L** Stookplaats
- M** Medisch Technisch Centrum, Ombudsdienst
- O** **Argo, Solutio, Perla**
- R** Reva lokalen, sporthal
- V** Keuken, linnen, aankoop, magazijn
- X** Technische dienst
- Y** Abdissenhuis
- Z** Selfservice

Vergaderruimtes

- 1** Congreszaal
- 2** Spreekkamer onthaal
- 3** Annazaal
- 4** Spreekkamer Sociale dienst
- 5** Bureel RVB
- 6** Landradazaal
- 7** Belisiazaal
- 8** Jozefzaal
- 9** Kapittelzaal
- Rookzone
- Parking
- Fietsparking
- Hoofdingang afdeling



Zorgkader

K-Delta is een zorgeenheid voor kinderen en jongeren van 6 jaar tot 18 jaar.

Op de zorgeenheid bestaat de mogelijkheid tot volledige opname (32 bedden). D.w.z. dat de kinderen en jongeren dag en nacht op K-Delta verblijven voor observatie of behandeling of beiden. De weekends worden bij voorkeur in het eigen thuismilieu (gezin, begeleidingstehuis, pleeggezin, ...) doorgebracht om door de opname van het kind geen isolatie van zijn context te veroorzaken.

De overige plaatsen worden gebruikt voor gedeeltelijke opname. Vijf bedden zijn voorbehouden voor nachthospitalisatie, waarbij het kind of de jongere overdag buiten het centrum naar school gaat en na schooltijd op de zorgeenheid verder therapeutisch begeleid wordt (dit is pas mogelijk in de tweede fase van de behandeling).

Daarnaast zijn er nog vijf plaatsen voor dagbehandeling, waarbij het kind overdag van 09.00 u tot 16.30 u naar het centrum komt en deelneemt aan het therapieprogramma. 's Avonds gaat het kind naar het thuismilieu (gezin, begeleidingstehuis, pleeggezin, ...).

Daarnaast kunnen er beperkt ook mobiele interventies gedaan worden vanuit K-Delta. Voor het grote deel van de mobiele werking doen we echter beroep op de mobiele werking (crisis en assertief) van het netwerk geestelijke gezondheidszorg. Bij elke vorm van opname wordt een intensieve samenwerking met het gezin van het kind / de jongere nagestreefd.

Ook personen of instanties uit de ruimere context van het kind en zijn gezin worden betrokken (b.v. school, andere betrokken hulpverleners,...). Dit gebeurt steeds in samenspraak met de ouders.

Tot slot vermelden we ook nog de poliklinische consultaties bij de kinderen en jeugdpsychiater en/of psycholoog voor kinderen en jongeren van 4 tot 18 jaar.

1. Indicatie - populatie

Qua doelgroep kan het hierbij gaan om de volgende groepen van kinderen/ jongeren:

- Jongeren met een specifieke psychiatrische stoornis (bvb. manisch-depressie, angst, eetstoornis, somatoforme stoornis, psychose ...)
- Jongeren met een pervasieve problematiek: ontwikkelingsstoornissen (ASS, NLD...), ticstoornissen, ADHD-problematiek, hechtings- en regulatiestoornissen
- Jongeren met gedrags- en emotionele problemen ten gevolge van ernstige sociale / psychosociale problemen (verwaarlozing, problematische opvoedingssituatie, mishandeling (fysisch / psychisch), (seksueel) misbruik, echtscheidingsproblematiek, ...)
- Ontwikkelingspsychologische problemen: levensfase-problematiek, genderidentiteitsstoornissen
-



Vervolg: Indicatie-populatie

Een tegenindicatie voor opname (m.n. in de kortdurende interventiegroep tieners) vormen jongeren die de veiligheid van de regulier opgenomen jongeren, in gevaar zouden kunnen brengen (vb. seksueel delinquent gedrag, ernstige impulscontrolestoornissen gepaard met ernstige vormen van agressie ...). We zijn dus behoedzaam om jongeren met een MOF-dossier op te nemen. Bij zulke aanmeldingen wordt de ernst van de problematiek ingeschat en wordt er evt. doorverwezen naar de FOR-K diensten van Antwerpen, Geel of Kortenberg.

De problematieken zijn vaak complex en er is sprake van stoornissen op meerdere niveaus:

Kind- niveau

- kinderpsychiatrische problematieken zoals eetstoornissen, depressies, ...
- Disfunctie op het niveau van de ik-functies, ontwikkelings-psychologische problemen, vb. autonomieproblematiek
- Relationale problemen in interacties tussen kind en ouders, kind en leeftijdsgenoten, ...
- Schools disfunctioneren. Dit kan zich situeren op sociaal vlak of meer inhoudelijk met de leervakken te maken hebben.

Systeemniveau

Er kunnen problemen zijn in de interactie tussen de ouders en hun kind. Maar meestal is er dan ook sprake van disfunctionele gezinspatronen zoals

echtpaarproblemen, psychiatrische problematiek bij één van de ouders, verwaarlozing, mishandeling, verwenning, ...

2. Interdisciplinair team

Op K-Delta werken we in een interdisciplinair team. Dit team wordt geleid door dr. Ann Pepermans en zorgmanager Sabine Brocatus, samen met het diensthoofd en 4 adjunct-diensthoofden (één voor elke groep).

Verder werken hier:

- Assistent kinderpsychiater (ASO)
- Psychologen: afhankelijk van de voorgeschreven functie, kan het takenpakket bestaan uit en combinatie van volgende taakinhouden:
 - gezinstherapeut
 - individueel therapeut
 - psychodiagnosticus
 - groepstherapeut (sociale vaardigheidstraining)
- Groepstherapeuten:
 - 3 beeldende therapeuten
 - 2 bewegingstherapeuten
 - muziek-dans-expressietherapeut
 - 3 onderwijsbegeleiders
 - all-round therapeut, gericht op ervaringsgericht werken
- 2 Maatschappelijk werkers
- Leefgroepbegeleiding. Elk leefgroepsteam bestaat uit leefgroepbegeleid(st)ers (opvoeders en psychiatrisch verpleegkundigen).
- Onderhoudspersoneel
- Externe ombudsdienst



Opname

1. Doelstellingen

In het algemeen zouden we de doelstellingen als volgt kunnen samenvatten:

- Observatie en diagnostiek van kind-in-context
- Behandeling van kind-in-context
- Crisisinterventie

Gedurende de volledige opname richten we ons op:

Het kind / de jongere

In onze benadering van de jongere ligt de klemtoon op het verhogen van competentie op sociaal, emotioneel en/of cognitief vlak. Dit d.m.v. een therapeutisch programma en een specifieke leefgroepwerking. We overlopen enkele belangrijke krachtlijnen die onze werking kenmerken.

Allereerst vinden we het belangrijk een therapeutisch klimaat te creëren waarin aspecten als betrokkenheid, respect, duidelijkheid en structuur een belangrijke plaats innemen. Onze betrokkenheid weerspiegelt zich o.a. in het intensief begeleiden en ondersteunen van de jongere in zijn groeiproces. We verwachten hierbij helemaal niet dat hij zijn coping-strategieën, die vaak jarenlang een nuttige aanpassingsfunctie hadden, dadelijk vervangt door nieuw gedrag. Er wordt daarentegen stapsgewijs, in het tempo van de jongere, naar gedragsverandering toe gewerkt. Binnen dit proces fungeert de leefgroepbegeleiding als een positieve

identificatiefiguur met wiens hulp de jongere meer zelfvertrouwen ontwikkelt en zich beter aan de eisen van de omgeving weet aan te passen.

Een duidelijke structuur is erg belangrijk. Ze zorgt ervoor dat de leefwereld voorspelbaar en dus veilig wordt voor de jongere zodat hij stilaan durft te experimenteren met nieuwe vaardigheden en het aangaan van vertrouwensrelaties. De basisstructuur wordt gerealiseerd door o.a.:

- De jongere in te schakelen in een gestructureerd dag- en weekprogramma waarbij hij/ zij overdag therapieën volgt en 's avonds in de leefgroep verblijft.
- Concrete individuele werkpunten af te spreken.
- Vaste groepsregels en duidelijke afspraken.
- Het consequent stellen van grenzen zonder daarbij verwijtend, afwijzend of moraliserend te zijn.

Een andere belangrijke krachtlijn in ons aanbod is het versterken van de goede kwaliteiten van de jongeren. We helpen de jongere zijn sterke kanten te ontdekken en uit te breiden. Het kan hierbij om vaardigheden gaan die onvoldoende ontwikkeld zijn, maar bij voldoende ontplooiing tegengewicht kunnen bieden voor het probleemgedrag.

Anderzijds kan het ook zijn dat de jongere reeds adequate vaardigheden ontwikkeld heeft om met bepaalde ontwikkelingstaken om te gaan. Deze worden dan extra bekrachtigd.



Vervolg: Het kind / de jongere

Deze ondersteunende houding creëert voor gedragsgestoorde jongeren, die voortdurend geconfronteerd worden met kritiek, afwijzing en mislukkingen vaak een nieuwe ervaring, die hen makkelijker aanzet om volwassenen als hulp-ik te aanvaarden. Een veilig gevoel dat ze zullen nodig hebben om te durven experimenteren met nieuw gedrag.

Verder wordt in de benadering veel aandacht besteed aan het aanleren van nieuwe vaardigheden, om de aanwezige tekorten te herstellen. Zowel in de individuele therapie, de groepstherapie, als in de leefgroep wordt de jongere voortdurend aangezet tot en ondersteund bij het experimenteren met nieuw gedrag. Tijdens de sociale vaardigheidstraining worden deze vaardigheden in deelstapjes in veilige oefensituaties aangeleerd.

Voorbeelden van aan te leren vaardigheden zijn:

- Zelfcontrole impulsverbetering
- Zelfvertrouwen uitbouwen
- Gevoelens differentiëren en verbaliseren
- Kritiek uiten en ermee leren omgaan
- Zelfreflectie
- Perspectiefname
- Sociale probleemoplossende vaardigheden

Ook proberen we de jongeren te laten kennismaken met ontwikkelingstaken waarmee ze tot dan toe geen of weinig ervaring hadden.

Hierbij denken we aan:

- Zinnvolle vrijetijdsinvulling zoeken

- Omgaan met gezag
- Autonomie uitbouwen

Als laatste principe, maar daarom zeker niet het minst belangrijke, zien we het onderbreken van inefficiënt copinggedrag.

Ondanks een zekere soepelheid t.a.v. bepaalde gedragingen, vinden we het evenzeer belangrijk dat er tijdig en consequent grenzen gesteld worden aan negatief gedrag. Op deze manier willen we bereiken dat de jongere en zijn groepsgenoten zich veilig voelen en dat anderzijds de mogelijkheden open blijven om te experimenteren met nieuw gedrag.

Het gezin / de ruimere familiecontext

Hulp bieden aan het kind of de jongere is slechts mogelijk door het gezin een ruime plaats toe te kennen in en tijdens de opname. Er wordt bij voorkeur intensief samengewerkt met ouders, pleegouders, familieleden, stiefouders, ... De contacten van het kind met zijn natuurlijk milieu worden zo ruim mogelijk gehouden.

De rigiditeit versus soepelheid van het gezinssysteem bepaalt sterk de therapeutische beïnvloedbaarheid van het kind.

De ruimere sociale context

Om een positieve evolutie mogelijk te maken is ook een intensieve samenwerking met de ruimere context van het kind noodzakelijk. Zo hebben we regelmatig contacten met school, CLB, huisarts, OCJ, Jeugdrechtbank, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, multifunctionele centra, thuisbegeleidingsdiensten, CGG's, ...



2. Visies bij observatie en behandeling

De werking van K-Delta wordt niet bepaald door één therapeutisch model. Er wordt een geïntegreerd geheel van theoretische denkkaders gehanteerd. De voornaamste worden hieronder kort uitgelegd.

Het systeemdenken

De systeembenadering is ontstaan als een geheel nieuwe oriëntatie ten aanzien van problemen. Men beschouwt hierbij de mens en zijn gedrag niet als een op zichzelf staand gegeven, maar als het resultaat van interactie met diens omgeving (gezin, groep,...). Vandaar dat we als hulpverlener niet enkel gericht mogen zijn op een gedragsverandering, maar op een verandering binnen het totale systeem. Een systeem streeft naar een evenwicht. Als we met de jongere én diens gezin werken, helpen we hen te zoeken naar een nieuw evenwicht waarbinnen voor alle gezinsleden gunstige ontplooiingskansen liggen. Als we ons enkel op de jongere en diens gedrag zouden richten, bestaat de kans dat het systeem hem terug 'duwt' in oud gedrag om het evenwicht te herstellen.

De mogelijkheid tot open communicatie en duidelijke generatiegrenzen zijn voor een kind belangrijk om zich te kunnen ontplooiën. Problemen in het gezin zoals geheimen, sociale isolatie, gebrek aan ouder-kind hiërarchie, zwakke probleem-oplossende vaardigheden, ... kunnen leiden tot gedragsproblemen bij het kind.

Op K-Delta betrekken we het gezin zoveel mogelijk bij de behandeling. Het is belangrijk dat hun onderlinge eenheid behouden blijft.

Een gezinstherapeut probeert via gezinsgesprekken, rollenspelen, ... zicht te krijgen op de systemische betekenis van het probleemgedrag van het kind of de jongere, hij tracht verandering in eventuele disfunctionele relatiepatronen te realiseren en probeert de krachten binnen het gezinssysteem aan te wenden om veranderingen tot stand te brengen die leiden tot groei en symptoomopheffing.

Daarnaast worden er ook PMT- of Beeldende therapie georganiseerd waarin samen met de psycholoog, de PMT- of beeldend therapeuten en het gezin rond specifieke doelstellingen wordt gewerkt.

De gedragstherapie

Het uitgangspunt van de gedragstherapie houdt in dat de ontwikkeling van de mens in hoge mate bepaald wordt door leerprocessen. Deze processen verlopen volgens psychologische wetten. Gedragsproblemen kunnen we bijgevolg beschouwen als resultanten van verkeerde gewoonten. We kunnen deze verkeerde gewoonten van kinderen en jongeren afleren als we weten onder welke omstandigheden (vb. stress) het probleemgedrag (vb. agressie) in stand wordt gehouden.

We zoeken uit welke leerprocessen het best passen bij deze jongere. Zo kan hij alternatief gedrag aanleren en zal het probleemgedrag overbodig worden en verdwijnen.



Vervolg: Visies bij observatie en behandeling

Cliënt - centered therapie

Deze visie is gebaseerd op een persoonlijkheidstheorie die stelt dat ieder mens een aangeboren neiging tot zelfverwezenlijking heeft. Het individu wil zich optimaal ontplooien. Als dit proces geblokkeerd raakt, komt het individu in de problemen.

Belangrijke kenmerken van een omgeving die deze zelfverwezenlijking stimuleert en het zelfwaardegevoel van het kind gunstig beïnvloedt, zijn:

- Een positieve betrokken houding die gekenmerkt wordt door echtheid en empathie en acceptatie
- het stimuleren van probleem – oplossende – vaardigheden
- het leren uiten en verwoorden van gevoelens

In de leefgroep proberen we dit o.a. te stimuleren door de jongere te betrekken bij het formuleren van zijn werkpunten, door te werken met problem-solvingschema's, door hem te stimuleren gevoelens te verwoorden in de vorm van ik-boodschappen, ...

Ontwikkelingspsychologisch model

Hierbij laten we ons leiden door het model van Erikson. Centraal hierin staat dat elk individu verschillende levensfasen doorloopt, waarin telkens nieuwe vaardigheden dienen beheersd te worden (ontwikkelings-taken) en reeds verworven vaardigheden verder worden verfijnd om zo te komen tot een evenwichtige persoonlijkheid.

Het is belangrijk dat we ons in het contact met de kinderen en jongeren bewust zijn van de ontwikkelingstaken die verbonden zijn met hun leeftijd zodat we realistische verwachtingen kunnen stellen naar hen toe.

Orthopedagogisch denkkader

Binnen het orthopedagogisch denkmodel bekijkt men het gedrag van het kind niet als een op zich staand feit, er wordt geen diagnose gesteld van zijn gedrag. Het kind wordt gezien als een participant in een vastgelopen opvoedingsproces, het opvoeden verloopt niet meer spontaan en vanzelfsprekend. Het kind stelt via zijn gedrag eigenlijk een vraag naar 'specifiek opvoeden' die via het orthopedagogisch handelen beantwoord wordt door de relatie, het klimaat en de situaties zo te hanteren dat het vastgelopen proces opnieuw op gang gebracht wordt en het kind optimale kansen geboden krijgt om zich eraan te ontwikkelen.

Kinderpsychiatrische discipline

Zowel bij de diagnostiek als bij het opstellen van het behandelingsplan, wordt rekening gehouden met de aanwezigheid van een psychiatrische problematiek bij het kind of de jongere (b.v. depressie, ASS, psychose, posttraumatische stress-stoornis).

Naargelang de specifieke accenten die dienen gelegd te worden in de therapeutische benadering, o.m. ook medicamenteus indien nodig, wordt voor elke jongere een individueel behandelingsplan opgesteld.



3. Organisatie van de verpleegkundige zorg

Opnameverloop

Een opname gebeurt via verwijzing:

- OCJ
- Multifunctioneel Centrum (MFC)
- Jeugdrechtbank
- Psychiater
- Een PAAZ-zorgeenheid van een Algemeen Ziekenhuis
- Huisarts, pediatr,...
- Vertrouwenscentrum inzake Kindermishandeling
- CLB
- CGG
- Op eigen initiatief (dit gebeurt zelden, tenzij uitzonderlijk in acute crisissituaties)
- ...

Elke opname begint wegens 'symptoomgedrag' bij een kind of jongere: de jongere vertoont in zijn gedrag een aantal moeilijkheden, opvallendheden die uiteindelijk leiden tot min of meer ernstig disfunctioneren.

Eenzijds is er het disfunctioneren vaak op meerdere terreinen (gezin, school, ruimer sociaal niveau, ...). Anderzijds kan het symptoomgedrag ook progressief leiden tot disfunctioneren van het gezin of leiden disfunctionele gezinspatronen ook tot symptoomgedrag op zich of verergeren de symptomen. Vanzelfsprekend is het vaak beiden, nl. een wisselwerking waarbij de interpunctie - wat is oorzaak en wat is gevolg - arbitrair is en niet altijd even duidelijk.

Intake procedure

In overleg tussen de verwijzer en K-Delta wordt een bundeling gemaakt van de bestaande informatie m.b.t. de problematiek en de voorafgaandelijk hulp. Daarna wordt er een intake-gesprek met kind en ouders gepland.

Het intakegesprek is een wederzijdse kennismaking. De jongere en zijn familie (eventueel de verwijzer) maken kennis met K-Delta. Onze werking wordt kort geschetst, de jongere en zijn ouders krijgen een opname-brochure en er wordt een rondleiding gegeven. Het intakegesprek gebeurt door één van de kinderpsychiaters of A.S.O.

Tijdens dit gesprek wordt er getracht een vraagstelling te formuleren waarin de verschillende partijen zich kunnen terugvinden. Aan het einde van het intakegesprek wordt, indien tot opname beslist werd, een opnamedatum afgesproken.

Sommige gezinnen nemen nog wat bedenktijd en spreken af dat ze iets laten weten.

Opname

Bij de opname gaan de ouders langs bij de sociale dienst voor een opnamegesprek; anamnese, administratie,...

Praktische afspraken rond sigaretten, zakgeld, medicatie, bezoekenregeling,... worden door de leefgroepbegeleiding doorgegeven. De jongere krijgt een kamer toegewezen en schakelt na een korte aanpassingsperiode, zo snel mogelijk in, in het therapieprogramma van zijn leefgroep.



Modules (semi-) residentieel aanbod

1. Voor observatie en behandeling (min. negen weken opname K, Kd, Kn)

Kindergroep

jongeren van 6 tot 12 jaar

Pubergroep

jongeren van 12 tot 15 jaar

Adolescentengroep

jongeren van 15 tot 18 jaar

Voor groepstoewijzing wordt er naast de kalenderleeftijd, ook rekening gehouden met ontwikkelingsleeftijd

Doelstellingen

- Een diagnostische oppuntstelling
- Therapeutische aanbod en behandeling
- Medicamenteuze oppuntstelling.
- Zoektocht naar therapeutische ingangspoorten en motivatie van de patiënt en het systeem teneinde tot een diagnose en behandelingsadvies te komen.

Via een therapeutisch en orthopedagogisch aanbod wordt er een individueel behandelingsplan opgesteld en opgevolgd. Er wordt hierbij op 3 niveau's gewerkt nl. individueel, in groepsverband en met het gezin/systeem. Hierbij wordt beroep gedaan op een geïntegreerd geheel van denkkaders.

De diagnostische fase wordt na 9 weken afgerond. Volgt hierop een behandeling binnen ons centrum, wordt deze elke 9 weken opnieuw geëvalueerd.

Als doel in de afrondingsfase een reïntegratie in het thuis- of vervangend milieu en op school.

Na de patiëntenbespreking zijn er volgende mogelijkheden:

- Ontslag. Eventueel advies follow-up bij ambulante hulpverlener.
- Heroriëntering naar een pleegezin, MFC, begeleidingstehuis, ...
- Verlenging van de opname als de problemen te ernstig zijn om op korte termijn voldoende therapeutische vooruitgang te boeken.
- Verlenging van de opname in de vorm van nachthospitalisatie. Jongere van hieruit naar school en vooral begeleid door de leefgroep- en onderwijsbegeleider en de individuele psychologe in het werken naar maatschappelijke herinschakeling. Ook de gezinsbegeleiding blijft verder lopen. Er wordt intensief met de betrokken school / CLB samengewerkt.
- Dagbehandeling waarbij het kind of de jongere tussen 09.00 u en 16u30. u naar K-Delta komt en ingeschakeld wordt in het therapieprogramma en 's avonds aan zijn reïntegratie in het thuismilieu kan werken.

Tijdens de patiëntenbesprekingen worden in de mate van het mogelijke jongeren zelf en/of hun context betrokken (= patiëntenparticipatie) Een patiëntenbespreking wordt meestal ook gevolgd door een adviesgesprek dat geleid wordt door de kinderpsychiater, in aanwezigheid van alle betrokkenen.



2. Voor kortdurende interventies

Kortdurende interventie tieners

Deze groep richt zich op jongeren van 12 tot 18 jaar in een crisis waarbij er minimaal een vermoeden van psychiatrische indicatie is. Er zijn in deze leefgroep van 8 bedden, 3 bedden voorzien voor jongeren met een jeugdrechtbankdossier.

De opnameduur is twee weken of korter, maximaal één keer verlengbaar met twee weken. Het aanbod geldt voor juridische crisisopnames, gedwongen opnames, interne en externe time-outs, reguliere crisisopnames, medicamenteuze opuntstelling ... disfunctioneren.

Van bij de opname worden een aantal belangrijke organisatorische aspecten afgesproken. Zo wordt vrij snel de ontslagdatum vastgelegd en vragen we aan de verwijzer en betrokken instanties zich vooral toe te leggen op het nazorgmanagement, weliswaar in overleg met de kinderpsychiater. Deze taakverdeling creëert voor het team meer ruimte om aandacht te geven aan de dynamiek die in de crisis zichtbaar geworden is en de verwijzers hebben zo meer garantie dat er telkens snel kan ingespeeld worden op de opnamevraag.

Er wordt van de ouders verwacht dat ze voldoende tijd vrij maken om de zorg voor hun kind mee op te nemen. Naast het samen doen van enkele activiteiten, rekenen we er ook op dat de ouders zich engageren voor gezinsgesprekken.

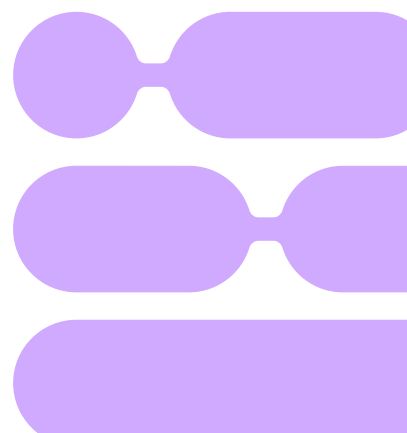
Net zoals de jongere worden ouders aangezet om te reflecteren over de crisissituatie, onderliggende disfunctionele interactiepatronen, toekomstperspectieven, ... Er kan dan een inschatting gemaakt worden van de kansen op een mogelijke terugkeer naar huis, ondersteund door gepaste ambulante nazorg, of advies gegeven worden tot verdere residentiële opvang na de crisis. Een crisisopname wordt steeds afgesloten met een afrondend adviesgesprek, dat geleid wordt door de kinderpsychiater en waaraan alle betrokken partijen deelnemen.

Crisisbed Kindergroep

Binnen de kindergroep is er tevens een crisisbed beschikbaar.

Doelstellingen bij een crisisopname zijn inhoudelijk anders dan deze bij een regulier opnametraject. De crisis staat centraal en moet gestabiliseerd worden, daarnaast moet er uitgezocht worden welk zorgtraject er uitgerold kan worden na opname om het kind en de ouders weer de mogelijkheid te geven om hun situatie zelf te regelen. Een maximum opnameduur van 4 weken wordt vooropgesteld om zo ook nieuwe instroom mogelijk te maken.

Het gaat over zorg op maat van het kind. Er wordt een zuinigheidsprincipe gehanteerd en een getrappt zorgaanbod heeft de voorkeur: ambulant wat kan, residentieel wat echt nodig is.





Therapeutisch programma

1. Omschrijving van de leefgroepwerking

De kinderen en jongeren die op K-Delta opgenomen worden, komen in één van de 4 leefgroepen terecht. De groepen verschillen wat leeftijd betreft, maar ook het ontwikkelings-niveau en de problematiek bepalen mee in welke leefgroep men zal terecht komen. Voor iedere leefgroep zijn er leefgroepbegeleiders (opvoeders en psychiatrisch verpleegkundigen) verantwoordelijk.

Er wordt getracht een orthopedagogisch klimaat te realiseren dat ontwikkelings-bevorderend is en de jongere stimuleert aan zichzelf te werken. Hier zijn een aantal accenten van belang. Allereerst is het belangrijk dat er een positieve werkrelatie met de jongeren ontstaat. Binnen deze relatie biedt de leefgroepbegeleider allerlei kansen maar hij stelt ook consequent een aantal grenzen. Hij hanteert de relatie in functie van de vraagstelling van het kind.

Een belangrijk hulpmiddel is de basisstructuur die op K-Delta gehanteerd wordt, met een vast dag- en weekprogramma en duidelijke groepsregels. Deze afspraken zijn volgens ons nodig om het samenleven in een groep zo aangenaam mogelijk te maken. Sommige van deze afspraken zijn in overleg met de groep ontstaan, andere door ons opgelegd.

Nog andere afspraken worden zoveel mogelijk in overleg met de jongere en zijn/haar ouders gemaakt (b.v. rond bezoek, telefoon,...).

Daarnaast is het belangrijk dat de structuur van situaties zo gehanteerd wordt dat ze voor het individuele kind of jongere duidelijk wordt, zodat hij het kan integreren en eraan kan ontwikkelen. Bij sommige kinderen zal de structuur vereenvoudigd moeten worden, voor anderen afgezwakt of gevarieerd. Het hanteren van situaties betekent ook dat de leefgroep-begeleider de groepsdynamische processen zo hanteert dat ze positief inwerken op de verschillende groepsleden.

In iedere leefgroep wordt er met een vorm van evaluatie gewerkt, waarbij gebruik wordt gemaakt van wat wij 'individuele werkpuntjes' noemen. Een behandeling, gebaseerd op een werkpuntensysteem/zorgplan biedt de mogelijkheid om samen te werken rond individuele behandelings-doelstellingen. In het verlengde van de behandelingsopzet beschouwen we de werkpunten als een vertaling van de doelstellingen van de opname naar de jongere toe, maar ook naar het team en zijn ouders. Zo wordt het voor de jongere concreet hoe hij kan meewerken om de behandelings-doelstellingen te bereiken. Reeds tijdens de observatieperiode worden er voorlopige werkpunten gezocht. De jongere wordt actief betrokken bij dit proces en krijgt de kans zelf zijn werkpunt te formuleren.



Vervolg: Omschrijving leefgroepwerking

Deze werkpunten worden dan door alle teamleden via de eigen invalshoek verder geconcretiseerd en uitgediept en evolueren mee met de jongere.

Bij het hanteren van de werkpunten zijn we ons ervan bewust dat louter belonen van gewenst gedrag vaak niet voldoende is om ook de onderliggende attitude te veranderen. Vandaar het belang van individuele begeleiding, waarin we de gevoelens, conflicten, angsten en verlangens exploreren om zo de onderliggende motieven van het probleemgedrag te ontdekken, bespreekbaar te stellen en via psychotherapeutische interventies bij te sturen. De werkpunten zijn ook een middel om dieperliggende blokkeringen naar boven te halen, te bespreken en actief aan te pakken.

Doch bij ik-zwakke jongeren, waarbij de draagkracht en het vermogen om stress en angst te hanteren begrensd zijn, is een dergelijke diepere bevraging niet aangewezen.

Werkpunten zijn dan vooral bedoeld als ondersteuning van de ik-functies en als verbetering van de probleemoplossende vaardigheden. Ze zijn gericht op het ondersteunen en uitbreiden van bestaande coping-mechanismen, waarmee herhaaldelijk voorkomende problemen efficiënter kunnen worden aangepakt. Werkpunten op zich hebben weinig zin als ze niet worden ondersteund door een bredere aanpak. De regelmatige en gestructureerde evaluatiemomenten maken het mogelijk de jongere op een efficiënte manier te begeleiden.

2. Therapeutisch behandelprogramma

Dagelijks start het therapieprogramma om 09.15 u en eindigt om 16.15 u. (Sommige kinderen hebben om 08.30 u al een individuele therapiesessie.) De meeste therapieën verlopen in groep. Daarnaast heeft ieder kind wekelijks één of meerdere individuele sessies bij één van de kinderpsychologen.

Ook andere therapieën kunnen individuele sessie bieden, op indicatie. We lichten kort deze verschillende soorten therapieën toe:

- **Beeldende therapie**

Het concrete werkveld van de ergotherapie is de non-verbale doetsituatie: het tastbaar, vormend omgaan met materialen is specifiek voor de ergotherapie en zijn het medium om jongeren en hun probleemgedrag positief te beïnvloeden.

De materiaalsituaties worden intentioneel door de therapeut gehanteerd. De gedragingen die niet aan bod komen worden door de therapeut benoemd en besproken. Afhankelijk van de vooropgestelde therapeutische doelstelling, methodiek en therapeutische houding, wordt een materiaal expressief, creatief, utilitair als groepsgericht aangewend.



Vervolg: Beeldende therapie

In de omgang met het materiaal laat de jongere zichzelf kennen. De interactie puber-materiaal, puber-therapeut, puber-andere puber, kan informatie geven over de mate van initiatiefname, zelfstandigheid, zelfinzicht, beleving, probleem-oplossend vermogen, zelfregulatie als omgang met anderen.

Tijdens de observatiefase wordt een jongere geëvalueerd op zijn positieve mogelijkheden, op zijn beperkingen, als op zijn groeimogelijkheden, en dit binnen een interactioneel model. Therapeutisch worden de jongeren voornamelijk in groepsverband begeleid. De therapie richt zich op het versterken van de gezonde mogelijkheden waarbij structuur-aanbod en appelleren van adequaat gedrag door de therapeut belangrijke hoekstenen zijn voor het therapeutisch proces. Het therapeutisch proces omvat naast het normaliserend aspect ook een specifieke persoonsgerichte aanpak.

Hierbij wordt niet zozeer het 'probleem' op zich aangepakt. De dieperliggende elementen t.o.v. het trauma worden hierbij door andere disciplines behandeld. Terwijl de ergotherapie die aspecten bewerkt die te maken hebben met het huidige functioneren van de persoon. B.v. bij seksueel misbruikte kinderen is niet het trauma op zich het werkterrein voor de ergotherapie, maar wel de gevolgen hiervan zoals voor zichzelf leren opkomen, grenzen stellen, gevoelens leren uiten, ...

• Onderwijs

De kinderen en jongeren brengen bij de opname hun eigen schoolboeken mee.

De onderwijsbegeleider werkt met de kinderen en jongeren rond hun schoolse kennis en vaardigheden. Ze komen in groep naar de klas, maar werken individueel aan hun taken. Ze kunnen de hulp invoeren van de onderwijsbegeleider. De kinderen en jongeren werken aan taken die ze van hun school toegestuurd krijgen of ze krijgen opdrachten van de onderwijsbegeleider afgestemd op hun niveau. De onderwijsbegeleider volgt de schoolse kennis en de studiehouding op van zij die naar een externe school gaan. De kinderen en jongeren hebben dagelijks 1 à 2 sessies klas waar ze onder toezicht aan hun takenpakket van de school kunnen werken of een boek kunnen lezen (met bespreking achteraf).

Doelstellingen

- De schoolse kennis van de opgenomen jongeren in de mate van het mogelijke op peil houden.
- De jongere terug enthousiast maken voor het schoolgebeuren
- Men tracht hierbij een aangepaste werkhouding te bevorderen, eventuele leerachterstand bij te werken, en te voorkomen dat de realiteit 'school' al te zeer op de achtergrond verdwijnt tijdens de opname.
- Kinderen die tijdens de opname naar een externe school gaan, worden begeleid bij hun huistaken.



- **Psychomotorische therapie**

De PMT of bewegingstherapie is een non-verbale behandelingsvorm die het bewegen en de lichamelijke als uitgangspunt van haar benadering neemt. Na eerst een psychomotorisch onderzoek te hebben uitgevoerd, trachten we op een planmatige wijze en indien mogelijk in samenspraak met de jongere, concreet geformuleerde doelstellingen in verband met het persoonlijk functioneren, waarvoor de jongere hulp nodig heeft, te realiseren en te evalueren.

Doelstellingen

PMT gaat niet in de eerste plaats om het bewegen of het verbeteren ervan. Het gaat om de benadering van de jongere door middel van zijn of haar bewegen. De meest geformuleerde doelstellingen voor PMT zijn:

- Kennis van het eigen lichaamsschema verbeteren
- Oog-handcoördinatie verbeteren
- Verbeteren van de waarneming en het structuurvermogen
- Zelfbeheersing nastreven en leren omgaan met frustratie
- Zelfvertrouwen (assertiviteit), zelfbeleving en zelfwaardering verhogen
- Sociaal bewegingsgedrag stimuleren
- Ontspanning van het lichaam bevorderen

Technieken

De PMT onderscheidt zich van andere behandelingsvormen door het manipuleren van enerzijds de bewegingssituaties en de lichamelijke situaties en anderzijds de bewegingsattitude.

Alzo zal worden getracht de therapeutische doelen te bereiken. De reeks middelen hiertoe is vrijwel onbeperkt. We kunnen de bewegingsvormen opsplitsen in drie onderdelen:

1. Bewegingssituaties

- Fitnesstraining om b.v. het zelfwaardegevoel te bevorderen of op een gezonde manier om te leren gaan met frustraties.
- Ritmische vormen om b.v. de lichaamscoördinatie te verbeteren of sociaal bewegingsgedrag te stimuleren.
- Gymnastische vormen om b.v. het zelfvertrouwen te verhogen of om het lichaamsschema te verbeteren.
- Bewegingsvormen in het water om b.v. te leren ontspannen of een positievere lichaamsbeleving te bekomen.
- Bewustmakende bewegingsvormen (yoga, pantomime,...) om b.v. de kennis van het eigen lichaam te verbeteren of echt te leren ontspannen.
- Zelfverdediging en vechtvormen om b.v. de zelfbeheersing te bevorderen of assertiviteit te verhogen.

2. Sport- spelsituaties

- Meer individuele vormen (badminton, tennis,...) om b.v. de oog – hand coördinatie te verbeteren.
- Groepsactiviteiten die zowel individueel als groepsspel toelaten (basket, voetbal,...) om b.v. het sociaal bewegingsgedrag te stimuleren of te leren om gaan met winst en verlies.
- Collectieve bewegingsvormen in groep (korfbal, tienbal,...) om b.v. de waarneming en structuurvermogen te verbeteren of sociaal bewegingsgedrag te bekomen.



Vervolg: Psychomotorische therapie

3. Lichamelijkheidstechnieken

Hierbij wordt geen extern materiaal gebruikt. Alleen het eigen lichaam en dat van de anderen zijn de middelen waarover men beschikt. Hier wordt sterk beroep gedaan op de sociale vaardigheden van de jongeren (respect voor elkaar, zichzelf durven blijven, vertrouwen in zichzelf en /of anderen,...). Oefeningen die hiervoor kunnen gebruikt worden, zijn b.v. expressieoefeningen, psychodrama, rollenspelen, aandachts- en concentratieoefeningen.

Besluit

De therapeut kan aan de uitgebreide reeks van oefeningen ook nog aanpassingen toevoegen in functie van de doelstellingen van de jongere. Zo kan er een aanpassing gebeuren in de keuze van het materiaal, in de manier van werken (individueel of in groep), in de keuze van de ruimte (groot of klein), in de keuze van de tijd (lang of kort), in de keuze van de complexiteit van de oefeningen of in de keuze van de techniciteit van de situatie.

Belangrijk bij dit alles is dat we de therapie ook proberen af te stemmen op de vraag van de jongere.

In vergelijking met de volwassen psychiatrische populatie, dient bij de jongere (die nog volop in ontwikkeling is en vaak ook een achterstand heeft in zijn emotionele ontwikkeling), veel explicieter aandacht gegeven te worden aan een klimaat van veiligheid en duidelijkheid.

De jongere heeft behoefte en nood aan structuur, aandacht en ondersteuning; hij ervaart de therapeut tevens als leider, begeleider en zal uittesten in hoever de volwassene "zorgend" aanwezig is.

Gezonde gedragsstijlen en mogelijkheden worden ondersteund en versterkt, nieuwe gedragsstijlen, denkpatronen en emotionele ervaringen worden geëxploreerd en er kan verder mee geëxperimenteerd worden.

Het typisch non-verbale maar 'directe' karakter van het medium muziek vergemakkelijkt het voor de jongere voeling te krijgen met wat er op dat moment in hem leeft en hier – ingebed in een spel- of werkvorm – op een voor hem veilige manier uiting aan te geven.

De gehanteerde werkvormen variëren naargelang het ontwikkelingsniveau van de jongere(n), de interesse voor en de affiniteit met het aanwezige klank-materiaal. B.v.:

- Verhalen al dan niet gekoppeld aan drama-elementen
- Klankevocaties en –improvisaties
- Dialoog vanuit / met instrumenten
- Trommelspelen
- Leren bespelen van een instrument
- Zang, dans en muziekbegleiding
- Luisteroefeningen
- Geluidsopnames
- ...



- **Muziektherapie**

Muziek doet iets met je. Je kunt er rustig van worden, vrolijk of droevig. Muziek kan je op andere gedachten brengen zodat de problemen die je ervaart niet meer allesbepalend zijn. Binnen muziektherapie ligt de nadruk op de muziekbeleving. Tijdens de therapie maak je zelf muziek en/of luister je naar specifieke muziek. Muzikale vaardigheden of kennis zijn niet vereist aangezien muziek tijdens de therapie het middel is om aan de klacht of het probleem te werken.

- **Sociale vaardigheidstraining**

In de sociale vaardigheidstraining ligt de nadruk op het helpen ontwikkelen en verbeteren van noodzakelijke relatie en communicatievaardigheden. Dit gebeurt in groepjes, o.m. door middel van rollenspel en samenwerkingsopdrachten. Hier oefenen we via groepsgesprekken en rollenspelen nieuwe vaardigheden zoals contact zoeken met leeftijdsgenoten, zelfvertrouwen opbouwen, leren omgaan met kritiek of complimentjes, praten over drugs, relaties, seksualiteit, ...

- **Gezinstherapie**

Ongeveer 1 maal per week heeft er met de ouders van de jongeren en indien mogelijk met hem of haar zelf en met broers en / of zussen een gesprek plaats bij de gezinstherapeut. De bedoeling van deze gesprekken is het opbouwen van een werkrelatie met de jongere en zijn gezin waardoor er samen naar oplossingen kan gezocht worden. De andere gezinsleden zijn voor ons naast het kind onmisbare partners in de behandeling.

De gespreksonderwerpen zijn nogal uiteenlopend. Een aantal mogelijke thema's zijn: betekenis van de opname van één gezinslid voor de rest van het gezin, de verwerking van de problematiek, de wijze van omgaan met deze problematiek, de opvoeding, nieuwe manieren van omgaan met elkaar, ...

- **Expressie/ritme**

Tijdens de sessies expressie en ritme staat het lichamelijke aspect centraal. Aan de hand van activiteiten die gericht zijn op beweging en ervaring van hun eigen lichaam, leren jongeren zich non-verbaal uit te drukken. Verder is het thema lichaamsrelaxatie ook aanwezig in deze sessies. D.m.v. activiteiten zoals yoga en hart-coherentie leren jongeren zichzelf reguleren en spanning herkennen bij zichzelf.

- **Individuele sessies bij de psychologe**

Elke jongere heeft tijdens de eerste 8/9 weken van de opname een tweetal individuele sessies van anderhalf uur per week bij de psychologe.

De doelstelling hiervan is voornamelijk diagnostiek. Hierbij worden er bij de kinderen na een uitgebreid kennismakingsgesprek (anamnese) een aantal testen afgenomen teneinde een beeld te krijgen van de mogelijkheden (gezonde aspecten van het functioneren), de moeilijkheden (probleemgebieden) en de beperktheden van een persoon. Het gaat hierbij zowel om een intelligentie- en functieonderzoek, als om persoonlijkheidsonderzoek. Zowel het psychodiagnostisch onderzoek als de bijhorende gesprekken vormen een belangrijk middel bij de opbouw van de werkrelatie met de jongere.



Vervolg: Individuele sessies bij de psychologe

Na een multidisciplinaire teamvergadering waarbij de diagnose / de problematiek uitgebreid wordt besproken en waarbij duidelijk wordt, welke betekenis er achter de problemen schuilt, worden de voorstellen tot behandeling geformuleerd.

Tijdens de behandelingsfase komt elk kind eenmaal per week gedurende 45 minuten bij de psychologe. De bedoeling hiervan is het verder uitbouwen van diens werkrelatie, waardoor er samen kan gezocht worden naar een betekenis en/of een oplossing voor de problemen die er zijn. Het kan hierbij gaan om het stimuleren van nog aanwezige gezonde copingmechanismen of het aanleren van nieuwe, meer aangepaste gedrags-, denk- of belevingsvormen.

De vorm waarin de individuele sessies plaatsvinden is afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van de jongere. Mogelijkheden zijn: werken in de spelkamer, gebruik maken van therapeutische spelen, rollenspelen, gesprekstherapie, ... Wat de achtergrond betreft van waaruit gewerkt wordt, kunnen we wel stellen dat deze zeer eclectisch is; zowel psychodynamische, cliëntcentered, contextuele als gedragtherapeutische interventies komen aan bod.

3. Dagindeling

07.00 u.

Begin van de dag.

De kinderen en jongeren worden om 07.30 u. opgeroepen en gaan om 08.00 u. ontbijten. Meestal wordt tijdens dit tafelmoment de dag wat overlopen zodat het voor iedereen duidelijk is wat er die dag op het programma staat.

Na het ontbijt heeft iedereen zijn eigen taak. Dit wordt gevisualiseerd op de taken- en afwaslijst op het prikbord in de groep.

08.00 u. - 08.45 u.

Kamer opruimen, borstelen (dagelijks), bed opdekken,...

09.15 u.

Therapiesessies.

10.00 u.

Tijd om op adem te komen, wat te vertellen, of na te kaarten over de voorbije uren,... We komen dan samen in de leefruimte om iets te drinken, een stuk fruit, koek of wat snoep te eten of om een sigaretje te roken.

11.45 u.

Middageten begeleid door de leefgroepbegeleiding. Meestal kan iedereen een beetje kwijt wat hij in de voormiddag gedaan of beleefd heeft. We vinden het belangrijk dat er naar elkaar geluisterd wordt en dat iedereen de kans krijgt om iets te vertellen.



Vervolg: dagindeling

12.45 u. - 13.30 u.

Tijd voor een individuele activiteit al dan niet op de kamer.

13.30 u. - 16.30 u.

Therapiesessies.

Dit wordt wel onderbroken door een pauze van 30 minuten om 15.00 u.

16.30 u. - 17.30 u.

Activiteiten in de leefgroep zoals kamer opruimen, bad en douche, ...

17.30 u.

Iedereen terug naar de leefgroep. De tafel wordt gedekt voor het avondmaal. Na het avondmaal worden de taken grondig gedaan.

18.45 u. - 19.45 u.

Kameruur.

Voor de kindergroep is dit van 18.45 u. tot 19.15 u. Zich individueel, zinvol bezighouden is voor sommige kinderen en jongeren niet vanzelfsprekend. Ook hier is begeleiding nodig.

19.45 u. - 21.30 u.

Verschillend naar dag en leefgroep.

Voldoende nachtrust is erg belangrijk dus ruimen we voor het slapen gaan de leefruimte op. Slaapuren verschillen naargelang de leeftijd. Informeer je hierover bij de leefgroep-begeleiding. Op de kamer mag het licht en de muziek aan blijven tot max. 22.00 u. Nadien wordt er verwacht dat het stil is. Van 21.45 u. tot 07.15 u. is de wakende nachtdienst aanwezig.

4. Projecten

Een aantal keren per jaar wordt het therapie- en begeleidingsprogramma voor een leefgroep in een heel andere vorm gegoten en verblijven de jongeren samen met een aantal teamleden gedurende een 3-tal dagen buiten de zorgseenheid met specifieke activiteiten.

Klimdriedaagse (ervaringsleren)

Sinds 1989 gaan we 1 maal per jaar op 3-daagse in de Ardennen. We lieten ons hierbij leiden door de volgende uitgangspunten:

- We zochten naar een intens belevingsmoment. Iedereen kent wel het unieke / avontuurlijke van vroeger. We gingen ervan uit dat dit de kans om nieuwe dingen bij zichzelf te ontdekken en op een andere manier naar de wereld te gaan kijken, zou verhogen.
- We zochten naar lichamelijke activiteiten die de jongeren duidelijk het gevoel zouden geven hun bestaand gedragsrepertorium te overschrijden en uit te breiden. We hoopten dat deze grensverleggende activiteiten ook een invloed zouden hebben op hun zelfbeleving.
- De 3 daagse heeft niet de bedoeling louter een ontspannende 3-daagse te zijn, maar moet daarentegen juist een intensifiëring van het therapeutisch proces inhouden.



Vervolg: Klimdriedaagse

- De werkpunten komen tijdens de 3-daagse nog duidelijker in de focus te staan en vormen de leidraad voor de evaluatie van de gemaakte vorderingen. Zo realiseren we een duidelijke continuïteit tussen de werking op K-Delta en de 3-daagse, waarbij de 3-daagse door de intense begeleiding en evaluatie een soort centrale knooppunt krijgt. Leersituaties kunnen moeilijker ontvlucht worden. De integratie van de 3-daagse in de totale behandeling houdt ook in dat reeds verschillende weken voordien systematisch gewerkt wordt aan de voorbereiding ervan. Maar ook na de 3-daagse is het niet afgelopen. We bekijken samen de video-opnames die tijdens de 3-daagse gemaakt werden en gebruiken dit beeldmateriaal als concreet feedbackmiddel naar de jongeren toe. Ze gaan zichzelf evalueren en in overleg met het team kunnen hun werkpunten eventueel bijgesteld worden. In de verschillende therapieën wordt de 3-daagse afgerond op een eigen manier. Zo vraagt de onderwijzeres een opstel over de 3-daagse te maken, de ergotherapeut verkiest de belevingen te laten weergeven in beelden.

Project voor lagere school kinderen - Circusproject

De ervaring heeft ons geleerd dat de vorm van een klimdriedaagse een prima therapeutisch middel is voor pubers en adolescenten, maar minder geschikt blijkt voor lagere school kinderen. Daarom ontstond het 'circusproject'.

- **Theoretische achtergrond**

De klemtonen wat betreft het aanbod komen zowel te liggen op de groepssfeer (samenzijn – samenwerking – samenhang – sfeer – gezelligheid, ...), als op individuele aspecten (kennismaken en experimenteren met nieuwe activiteiten, grenzen verleggen enz...). Daarnaast krijgt ook het toepassen van hun werkpunten – die in de werking van K-Delta zo centraal staan – in een andere context de nodige aandacht. Op het einde van het project vindt een toonmoment voor de ouders plaats.

- **Praktische uitwerking**

Het project vindt 1 maal per jaar plaats o.l.v. een externe organisatie en er nemen 8 à 9 kinderen aan deel. Om een optimale begeleiding te garanderen doen er een viertal begeleiders (leefgroepbegeleiding, therapeuten, psycholoog) mee.

Familienamiddagen - puber- en adolescentengroep

Halfjaarlijks organiseren de pubers & adolescenten voor hun eigen groep een familienamiddag. Tijdens deze namiddag worden ouders en/of netwerk uitgenodigd om zelf eens te proeven van therapeutische sessies.

De jongeren zélf geven de uitleg en leiden hun familie rond op de afdeling. Op die manier trachten we de ouders aan den lijve te laten ondervinden wat hun zoon/dochter qua therapieën aangeboden krijgt.



Communicatiekanalen (overlegstructuren)

1. Digitaal

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Het verzamelen van observatie gegevens, medische gegevens, behandelingsafspraken,... gebeurt digitaal. Iedere medewerker/student krijgt bij aanvang een login.

Centrale agenda en therapierooster

In deze agenda worden alle dagafspraken gezet.

- m.b.t. de jongeren zoals doktersafspraken, kappersafspraken, bezoek- en weekendregelingen, ...
- m.b.t. de werking van de zorgseenheid zoals geplande vergaderingen, brandpreventie-oefeningen, beschikbaarheid crisisbed, belangrijke info voor een collega die de volgende dag in de leefgroep staat, nieuwe afspraken, bepaalde activiteiten; wijzigingen in het therapieprogramma,...
- m.b.t. externe bezoeken
- m.b.t. opnamen

Nieuwsbrief

Deze wordt wekelijks gemaakt door het diensthoofd, en bevat alle zaken waarvan iedereen op K-Delta van op de hoogte moet zijn en die bvb. actueel aangepast of veranderd zijn. Het omvat ook een rubriek 'VTO' en een rubriek 'weetjes' (personeelsinfo).

2. Mondeling

Briefings

Dagelijks vinden er verschillende briefingmomenten plaats bij de wisseling van personeel nl. 07.00 u – 13.30 u – 21.45 u voor de leefgroepbegeleiding en om 08.30 u voor de therapeuten. Laatstgenoemden informeren zich via het EPD over de gebeurtenissen van de voorbije dag(en).

Staffvergadering = patiëntenbespreking

(1 maal per week op een vast moment per leefgroep)
Teamvergadering per leefgroep waarop naast de leefgroepbegeleiding van die leefgroep ook alle betrokken therapeuten, de maatschappelijk werkster, de kinderpsychiater en assistent aanwezig zijn. Hier vinden patiëntenbesprekingen plaats en worden de grote behandelingslijnen uitgezet.

Overleg leefgroepbegeleiding – hoofdverpleegkundige

Om de 6 weken gaat de leefgroepbegeleiding van de 4 leefgroepen met de hoofdverpleegkundige rond de tafel zitten en worden er problemen van praktische en organisatorische aard besproken.



Vervolg: Mondeling

Verwachtingen naar studenten

Overleg groepstherapeuten

Tweewekelijks zitten groeps-therapeuten samen om het groepstherapieaanbod te optimaliseren.

Beleid

De kinderpsychiaters, de zorg-manager, de beleidpsychologen en het diensthoofd stippelen het algemeen beleid van K-Delta uit.

Leefgroepbeleid

De kinderpsychiater, de beleidpsycholoog, het diensthoofd en het adjunct-diensthoofd zitten wekelijks samen om de vertaling te maken van het algemeen beleid naar de specifieke leefgroep. Tevens worden tendensen in de groepen daar besproken en meegenomen naar het algemeen beleid.

Opnamebeleid

De kinderpsychiater, een sociale dienstmedewerker en de teamcoördinator bespreken in het opnamebeleid wie van de aangemelde jongeren in aanmerking komt voor opname op K-Delta, wie staat er op de wachtlijst, in welke leefgroepen is er plaats, ...

Werkgroepjes

Rond specifieke thema's

1. Algemeen

Een stageperiode is een leerperiode en wordt door ons ook als dusdanig beschouwd. Je mag fouten maken, krijgt de kans om deze te herstellen en het opnieuw te proberen. We vinden het vooral belangrijk dat je een open houding hebt, dat je vragen stelt en open staat voor feedback.

We vinden het ook belangrijk dat je evolueert, dat je leert uit je ervaringen en dat je je capaciteiten, inzichten en vaardigheden optimaal gebruikt. Dit proces van groeien en evolueren is erg persoonsgebonden en de verwachtingen verschillen naargelang de opleiding en het opleidingsniveau. Om die redenen hebben we de beschrijving van de verwachtingen vrij algemeen gehouden. Gedurende je stage zullen ze zeker concreter gemaakt worden.

2. Inzichten en vaardigheden

- Zicht krijgen op de werking in het algemeen en op de leefgroepswerking als onderdeel ervan. Proberen actief deel te nemen.
- Zicht krijgen op de taak van de leefgroepbegeleiding en hieraan zoveel mogelijk participeren.
- Kunnen samenwerken en inzicht verwerven in de samenstelling en samenwerking van het team.



Vervolg: Inzichten en vaardigheden

- Meewerken aan de opbouw van een veilig leefgroepklimaat en op een ontwikkelingsbevorderende manier met de jongeren kunnen omgaan. Verbanden leren leggen tussen theorie en praktijk, tussen de jongere met zijn achtergrond, zijn probleemgedrag en de behandelingsafspraken, ...
- Het beroepsgeheim respecteren
- Zicht hebben/krijgen op de sociale kaart van Limburg / hulpverleningslandschap
- In staat zijn tot zelfreflexie: het durven stilstaan bij jezelf en je eigen handelen is belangrijk want uiteindelijk ben jij met jouw persoonlijkheid en je manier van reageren, een belangrijk werkinstrument dat je bewust moet leren hanteren in functie van de situatie en de betrokkenen.
- Gefundeerd kritisch durven zijn, zowel naar het eigen functioneren, als naar de werking toe.
- Wekelijks je stageboek, opdrachten, ... overlopen met de mentor of werkbegeleider.
- De gemaakte afspraken m.b.t. het ingeven van observaties in het E.P.D., het schrijven van een verslagen naleven.
- Zoveel mogelijk deelnemen aan de verschillende therapieën en leefgroepssituaties om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen.
- Voor meer specifieke verwachtingen verwijzen we naar de verschillende disciplines (psycholoog, ergotherapeut, ...) die dit met jou zullen bespreken.

3. Concreet

- De afspraken m.b.t. roken, maaltijden, kledij, GSM-gebruik ... (zie 'huisreglement') die gelden op de zorgeenheid, naleven.
- 's Middags en 's avonds tijdens het kameruur mee toezicht houden.
- Minstens 1 groepsactiviteit organiseren voor de leefgroep of een subgroep ervan. We vragen schriftelijke voorbereiding en vooraf overlopen met de leefgroepbegeleider die op het moment dat je je activiteit wil organiseren, aanwezig zal zijn.





Taakgebieden van de psychiatisch verpleegkundige

1. Taken naar de jongere als lid van een leefgroep

Op K-Delta werken we als leefgroepbegeleider tussen de jongeren. Ze hebben toezicht nodig en worden dus niet behandeld 'vanuit het verpleegbureau'.

De jongeren leven tijdens hun opname in leefgroepen met ongeveer 8 à 9 leeftijdsgenoten. Het spreekt voor zich dat wanneer je 8 jongeren met problemen bij elkaar plaatst, je de 'groep als cliënt' niet uit het oog mag verliezen. Hun onderlinge interacties en de groepsdynamiek hebben een grote invloed op het individueel functioneren en omgekeerd. Daarom is het methodisch kunnen werken met een groep, erg belangrijk.

We proberen een basisklimaat te creëren gekenmerkt door veiligheid en respect. Pas als dit gegarandeerd is, kan de jongere tot rust komen en aan zichzelf en zijn problemen werken. De groep van leeftijdsgenoten kan hierbij een belangrijk werkinstrument zijn. Dus het is belangrijk dat je als leefgroepbegeleiding oog hebt voor het kind als individu en als groepslid. De taken naar de jongeren toe kunnen we onderverdelen in verschillende categorieën. Het is onbegonnen werk het volledige takenpakket uit te schrijven. Daarom een opsomming van de belangrijkste taken die we als leefgroepbegeleider op K-Delta op ons nemen.

Pedagogisch

Aanbieden en bewaken van een veilig basis-klimaat met een aangepaste structuur- en relatiehantering, het kind met zijn individuele problematiek groeikansen bieden om met werkpunten aan de slag te gaan, zorg en hygiëne, activiteiten aanbieden, begeleiden bij huishoudelijke taken,...

Verpleegkundig

Toedienen van medicatie op voorschrift, opvolgen van lichamelijke en psychische klachten en dit rapporteren, klaarzetten van de medicatie, opvolgen van parameters bij afzondering of op vraag van de dokter, wondverzorging, ...

Therapeutisch

Het expliciet uitdiepen van de individuele en groepsaanpak.

Administratief

Noteren van observaties, verslagen maken, bestellingen bij apotheek, keuken, magazijn,... doorgeven, afspraken maken met dokters, diëtisten, externe artsen, ..., invullen van registratieformulieren, in orde houden van dossiers, beantwoorden van telefoons....

Creatief

Mee uitdenken van strategieën, behandelingsplannen, groepsactiviteiten, ...



Samenwerking in teamverband

2. Taken naar het team

We werken in een interdisciplinair team waarin iedereen zijn eigen inbreng heeft vanuit zijn vakgebied. Het spreekt voor zich dat een positieve samenwerking draait op de inzet van alle teamleden. We sommen hieronder enkele vaardigheden op die noodzakelijk zijn om op een constructieve manier in team te kunnen samenwerken: kunnen overleggen, feedback durven geven en er op een constructieve manier mee omgaan, kunnen samenwerken en deelnemen aan vergaderingen, informatie doorgeven, een positieve (werk)houding, creativiteit, assertiviteit, ...

3. Taken naar de ouders

De ouders worden op K-Delta gezien als belangrijke partners in het behandelingsproces. We vinden ook naar hen toe een respectvolle basishouding erg belangrijk. De ouders blijven, ook tijdens de opname, de eindverantwoordelijkheid dragen en worden zo intensief mogelijk bij de behandeling betrokken.

Als leefgroepbegeleiding hebben we vrij veel contact met de ouders. Voor en na het bezoek of weekend, overlopen we samen met de ouders en de jongere de voorbije dagen.

Op K-Delta proberen we de studenten kansen te geven zich zo snel mogelijk te integreren in het team. Dit vraagt op een zorgzaamheid met behoorlijk wat werkdruk wel de nodige assertiviteit. Wie stage komt lopen op K-Delta wordt verbonden aan 1 van de 4 leefgroepen, wat een vlottere integratie mogelijk maakt.

Een team van leefgroepbegeleiding bestaat uit 7 – 8 verpleegkundigen en opvoeders. Maar zoals je bij het lezen van deze bundel reeds merkte, bestaat het eigenlijke K-team uit veel meer mensen. Tel hierbij ook nog een vrij groot aantal studenten uit de verschillende disciplines, en je zit met een groep van meer dan 50 personen. Om deze contacten positief te houden en jezelf een beetje te integreren in dit team, willen we je een aantal tips geven:

- Stel jezelf spontaan voor als je iemand nieuw tegenkomt.
- Overleg vooraf met de therapeut als je graag één van zijn / haar sessies wil meevolgen.
- Maak een afspraak als je iemand van het team wil interviewen of je wil informeren over zijn werkveld, een specifieke aanpak,... Dan weet je zeker dat je niet ongelegen komt kan hij/zij ook echt tijd voor je maken.
- Indien je een gesprek wil plannen met een teamlid of je hebt een tussentijdse evaluatie met je stagebegeleider voor een tussen – of eindevaluatie, dan kan je best op voorhand een gesprekslokaal reserveren. Je stagementor zal je hierbij graag verder helpen.



Mentoren werking

1. Mentoren / werkbegeleider

Al naargelang welk discipline, zal je tijdens je stage begeleid worden door één van de leefgroepbegeleiders van 'jouw' leefgroep. Hij/ zij zal proberen wekelijks tijd voor jou te maken om samen je stageboek, je opdrachten en voorbereidingen te overlopen. Hier is ruimte voor feedback, vragen en het uiten van bedenkingen. Hij draagt eigenlijk de eindverantwoordelijkheid, maar bij ons wordt de stagebegeleiding gedragen door heel het team. Je kan dus zeker ook bij de andere teamleden terecht. Zij zullen proberen je feedback te geven zodat je jezelf kan bijsturen als iets minder vlot verloopt. Zo moet je niet wachten op de evaluatiebespreking met je mentor / werkbegeleider.

2. Dienstregeling

- Studenten psychiatrische verpleegkunde of orthopedagogie doen in principe geen nachtdiensten; tijdens weekends / feestdagen kunnen zij wel ingeschakeld worden. Studenten van de andere disciplines (psychologie, therapie) werken niet tijdens weekends, op feestdagen en tijdens schoolvakantie.
- De psychologen en therapeuten zijn dagelijks aanwezig van 08.30 u. - 17.00 u met een pauze van 30 minuten van 12.00 u tot 12.30 u.
- Omwille van de noodzaak van constante aanwezigheid van leefgroepbegeleiding in de leefgroep werken we op K-Delta vaker avonddiensten als morgendiensten. Zo zijn we 's avonds steeds met 2 leefgroepbegeleiders per leefgroep aanwezig. De M-dienst werkt vaak alleen (of samen met een collega die 'vlindert' over verschillende groepen), maar de jongeren hebben tussen 09.15 u en 16.15 u voornamelijk therapieën. Tevens is het adjunct-diensthoofd van elke groep aanwezig met dagdiensten. De avondsituatie wordt volledig door leefgroepbegeleiding gedragen. Om jou als student een realistisch beeld te geven van het werken op een K-dienst zullen ook in jouw dienstrooster meer A-diensten als M-diensten voorkomen; er wordt gezond geroosterd.
- Met de verschillende opleidingen werden afspraken gemaakt m.b.t. het aantal stage-uren, terugkomdagen, supervisie, het volgen van vormingen,... Hiermee wordt rekening gehouden bij het opstellen van jouw dienstrooster. Wisselen om persoonlijke redenen en/of hobby's te kunnen uitvoeren is niet altijd mogelijk. We trachten jouw rooster zoveel mogelijk op dat van je stagementor af te stemmen.



3. Evaluatie van de student

In overleg met de stagebegeleider van je opleiding worden er 2 à 3 evaluatiemomenten gepland, afhankelijk van de duur van je stage.

Op deze evaluaties zijn je mentor / werkbegeleider en de stagebegeleider van jouw opleiding aanwezig. Tijdens deze evaluaties wordt voornamelijk gepeild naar jouw inzicht in het werkveld en worden je vaardigheden en attituden in dit werkveld geëvalueerd. Jouw inbreng is erg belangrijk maar het is onbegonnen werk alles te evalueren binnen de beperkte tijdsspanne van deze evaluatiemomenten. Daarom vragen wij dat je vooraf een schriftelijke zelfevaluatie maakt en deze minstens 3 dagen op voorhand aan je mentor of werkbegeleider overhandigt. Zo kan hij zich al een beeld vormen van jouw inzichten, je evolutie en kan hij tijdens de evaluatie gerichte vragen stellen ter verduidelijking.

Na elke evaluatie worden je sterke en minder sterke kanten binnen dit werkveld op een rijtje gezet en wordt er gezocht naar concrete aandachtspunten naar de rest van de stage of naar een volgende stage toe. Probeer deze werkpunten als een hulpmiddel te zien en beschouw ze niet als een aanval op jouw persoon. Zelfreflectie en jezelf bijsturen blijven belangrijke eigenschappen voor wie binnen dit werkveld wil groeien.





Huishoudelijke afspraken

1. Beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is een van de meest fundamentele principes waarop de gezondheidszorg stoelt. Het is een grondrecht dat even fundamenteel is als het recht op gezondheid zelf. De patiënt geeft immers een stuk van zijn privacy prijs om zich te laten verzorgen door zijn keuze tot residentiële zorg.

De patiënt heeft contacten met verschillende disciplines, m.n. verpleegkundigen, studenten, paramedici, technici, administratief personeel en onderhoudspersoneel. Deze mensen zijn gebonden aan 'het beroepsgeheim'. Alles wat zij in dit ziekenhuis zien en horen mag niet vernoemd worden buiten het ziekenhuis. Studenten mogen deze informatie niet bespreken met medestudenten, tenzij in het kader van opleiding/supervisie en hierbij mogen geen namen genoemd worden. Studenten mogen geen formulieren ondertekenen of informatie doorgeven aan personen die niet werkzaam zijn op de zorgeenheid.

Studenten komen ook via het elektronisch patiëntendossier (EPD) in contact met informatie over patiënten. Om de privacy van de patiënt te eerbiedigen en het beroepsgeheim te garanderen, dienen studenten zich bewust te zijn van de deontologische regels voor het gebruik van het EPD.

2. Patiëntenrechten

Sedert 2002 beschikt België over een wet betreffende de rechten van de patiënt. Deze wet garandeert dat iedereen die gezondheidszorg krijgt meerdere rechten heeft. Zo weet je als patiënt wat je kan verwachten en weet de zorgverlener wat verwacht wordt. Dat zorgt voor een duidelijke relatie tussen beide. Een goede communicatie is een drijfveer voor kwalitatieve zorg. De wet onderging in februari 2024 enkele belangrijke wijzigingen.

Zorg dat je als student op de hoogte bent van de brochure 'rechten van de patiënt', deze **vind je hier**.

3. Dresscode

Kleding die op stage gedragen wordt, moet toelaten om de 'job' naar behoren te vervullen. Kleding is een vorm van non-verbale communicatie en dient professionaliteit uit te stralen.

4. Bereikbaarheid

Abdijstraat 2
3740 Bilzen-Hoeselt
089/509111

Het ziekenhuis is bereikbaar met het openbaar vervoer: **www.delijn.be**



5. Handhygiëne

Vanuit het comité ziekenhuishygiëne stellen we de verwachting dat al onze medewerkers en studenten het actieplan basishygiëne correct naleven en toepassen.

Handhygiëne is hiervan een onderdeel. Handhygiëne is niet alleen eenvoudig toe te passen, maar is eveneens het meest doeltreffende middel in de preventie van de overdracht van zorginfecties.

6. Zenya

Je kan als student via Zenya (= documentbeheersysteem) toegang krijgen tot de meest actuele protocollen, procedures, instructies en processen, maar ook formulieren en beleidsdocumenten.

We verwachten van de studenten dat ze de geldende protocollen en procedures volgen zoals deze worden voorgeschreven door Zorggroep Myna.

7. Vóór aanvang stage

Als voorbereiding op de stage wordt de betreffende studentenbrochure doorgenomen. Deze brochures **vind je hier**.

8. Parkeren

Er is een parking voorzien ter hoogte van de Appelboomgaardstraat. De slagbomen en de poort kunnen steeds geopend worden met de badge. Zorggroep Myna kan niet aansprakelijk gesteld worden voor eventuele diefstallen en/of beschadiging van voertuigen die zich op haar terrein bevinden.

Indien je met de fiets komt, kan je deze in de overdekte fietsenstalling plaatsen.

9. Eerste stagedag

Aanmelden aan onthaal om 08.30 u. Eerst krijg je een algemene introductie, nadien volgt de introductie op de zorgenheid. De eerste stagedag werk je van 08.30 u.- 17.00 u.

10. Uittreksel strafregister

- uittreksel van het strafregister 'model 2' (minderjarigenmodel art. 596.2) voorleggen op de eerste stagedag
- art. 596.2 is nodig voor specifieke activiteiten met contacten met kinderen en jongeren, zoals opvoeding, psycho-medisch-sociale begeleiding, hulpverlening aan de jeugd, kinderbescherming, animatie of begeleiding van minderjarigen
- uittreksel max. 1 maand oud
- uittreksel wordt niet langer bewaard dan noodzakelijk



11. Maaltijden en verblijf

Maaltijden

- gratis middag- of avondmaal
- de eerste stagedag voorzie je zelf een maaltijd

Studentenverblijf

- vooraf aanvragen, beperkte plaatsen
- 3€ per nacht (ontbijt, middag- en avondmaal inbegrepen)
- 30€ waarborg (15€ sleutel en 15€ kamer, cash / Payconiq)
- de waarborg wordt op het einde van de stage, na inleveren van de kamersleutel bij dienst onthaal en na controle van de kamer, teruggestort op je rekeningnummer
- eerste stagedag aanmelden aan dienst onthaal om 8u

12. Sleutels en badge

Bij aanvang van de stage krijg je sleutels en een badge. We vragen hiervoor 20€ waarborg (5€ voor de sleutels en 15€ voor de badge, cash te betalen of via Payconiq). De waarborg van de sleutels en de badge wordt op het einde van de stage, na inleveren bij dienst onthaal, teruggestort op je rekeningnummer.

Neem de eerste stagedag een ingevulde 'registratiefiche waarborg studentenbadge, sleutels en studentenverblijf' mee, zodat het verdelen van de sleutels en de badge vlot kan verlopen. De registratiefiche **vind je hier**.

13. Uurrooster

Je uurrooster wordt opgemaakt in overleg met de hoofdverpleegkundige en de stagementor volgens de principes van het 'gezond roosteren'.

Je 'stage-uren' zullen zo veel mogelijk dezelfde zijn als de uren van de stagementor.

14. Stagedocumenten

Volgende documenten dienen de eerste stagedag ingeleverd te worden:

- stageovereenkomst: voorzien van een handtekening van het PZ Bilzen-Hoeselt, de opleidingsinstelling en de student
- formulier voor de gezondheidsbeoordeling (kopie)
- werkpostfiche: **vind je hier** en dient doorgenomen, ingevuld en ondertekend te worden vóór start van de stage

15. Nog vragen?

Gwen Levenstond
vto.munsterbilzen@zorggroepmyna.be

