



et

perron

Tijdschrift van het

Psychiatrisch Ziekenhuis
Onze-Lieve-Vrouw Brugge

en het

Psychotherapeutisch Centrum
Rustenburg Brugge

Colofon

Het Perron is het driemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de Westvlaamse huisartsen en de psychiaters en ggz-voorzieningen in Vlaanderen.

26e jaargang nr. 4, oktober - november - december 2010

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2100 exemplaren

Redactieraad

Dr. Françoise Verfaillie, psychiater

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Piet Decoster, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijke uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Ontwerp, vormgeving en druk

Positief Beeld

Correspondentie



PTC Rustenburg
Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzjb.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050 31 81 65 fax 050 31 08 99



PZ Onze-Lieve-Vrouw
Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzjb.be
www.pzolv.be
tel. 050 30 18 00 fax 050 30 18 01

Het Leuvens Systematisch Case Study (LSCS) Protocol

Ik neem de gelegenheid om in dit korte betoog het Leuvens Systematisch Case Study Protocol voor te stellen. Ik heb het LSCS Protocol leren kennen door het schrijven van mijn meesterproef: "Een verkennend onderzoek naar proces- en outcomevariabelen bij cliënten met een middelengerelateerde stoornis aan de hand van het Leuvens Systematisch Case Study Protocol" (Pype & Thiron, 2010). Ik vind het interessant om in deze context het conceptuele kader van LSCS Protocol toe te lichten omdat het werd opgesteld met als doel bruggen te bouwen tussen klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

Het Leuvens Systematisch Case Study (LSCS) Protocol werd ontwikkeld door Stinckens en Elliot (2005). Het LSCS Protocol is de herwerkte Nederlandstalige versie van het 'International Project on the Effectiveness on Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)', door Elliot en Zucconi (2006) in Italië uitgewerkt. Het dient als conceptueel kader bij het uitvoeren van praktijkgericht psychotherapie-onderzoek.

Het LSCS Protocol omvat drie belangrijke kenmerken: praktijkgebaseerd onderzoek, procesgeoriënteerd onderzoek en monitoringgestuurd onderzoek. De doelstelling van **praktijkgebaseerd onderzoek** is de kloof te overbruggen tussen onderzoek en praktijk en een grotere wisselwerking tussen klinische praktijk en onderzoek te realiseren. Dit betekent dat therapeuten hun klinisch werk wetenschappelijk dienen te eva-

lueren en meer open moeten staan om wetenschappelijke bevindingen te implementeren in hun praktijk.

Wetenschappers aan de andere kant horen oog te hebben voor de klinische implicaties van hun onderzoek en zich beter af te stemmen op vragen van therapeuten.

Procesgeoriënteerd onderzoek concentreert zich op de focus op hoe en waarom behandelingen werken.

In de voorbije jaren lag de focus binnen psychotherapie-onderzoek vooral op het zoeken naar evidence-based behandelingen, met name op het beantwoorden van de vraag welke therapeutische behandelingen werkzaam zijn. Er is echter weinig geweten over 'hoe' en 'waarom' deze behandelingen werken. Hierbij ligt de focus op niet-specifieke factoren (gemeenschappelijke factoren) die een rol spelen in de behandeling. Mede omdat het LSCS Protocol de gemeenschappelijke factoren onderzoekt, en dus niet gerelateerd is aan een specifieke therapeutische oriëntatie, kan het gebruikt worden door alle klinici, ongeacht hun theoretische scholing (Rober, Stinckens, & Claes, 2010).

Monitoringgestuurd onderzoek verwijst naar het systematisch meten, van sessie tot sessie, van belangrijke therapieaspecten. Op die manier krijgt de therapeut onmiddellijk een beeld van de vordering, stagnatie of achteruitgang van het therapieproces en kan de behandeling tijdig bijgesteld worden (Stinckens, Elliott, & Leijssen, 2009; Rober Stinckens, & Claes, 2010). De feedback die verkregen wordt aan de hand van systematische metingen wordt onmiddellijk aan de therapeut teruggekoppeld. Het LSCS Protocol wordt beschouwd als een multispectrum monitoringinstru-

ment omdat het gebruik maakt van een gevarieerde set van kwantitatieve en kwalitatieve meetinstrumenten (Stinckens, Verdru, & Leijssen, 2010).

Bij het opstellen van het **onderzoekskader** van het LCS Protocol werd bewust gekozen voor een gemeenschappelijk kader dat ruimte laat voor flexibiliteit en diversiteit. Dit wil zeggen dat het standaardkader kan ingeperkt of uitgebreid worden naargelang de mogelijkheden en de interesses van de specifieke actoren (Stinckens, Elliott, & Leijssen, 2009).

Het brede kader biedt de mogelijkheid om algemene domeinen van therapie te belichten, met name: therapie-outcome, therapieproces en cliënt- en therapeutkarakteristieken. Deze domeinen worden bestudeerd aan de hand van

zowel kwantitatieve als kwalitatieve meetinstrumenten om op die manier beter tegemoet te komen aan de complexe realiteit van een therapeutische situatie. De **therapie-outcome** geeft weer in welke mate cliënten veranderd zijn gedurende het therapieverloop. Het **therapieproces** belicht wat er binnen de therapie heeft bijgedragen tot de verandering. Ten slotte houdt men rekening met belangrijke **achtergrondgegevens** van zowel cliënt als therapeut die mogelijk de outcome en het proces kunnen beïnvloeden (Stinckens, Elliott, & Leijssen, 2009).

In onderstaande tabel wordt het Leuvens Systematisch Case Study Protocol voorgesteld, dat is toegepast in de klinische praktijk bij cliënten met een middelengereleerde stoornis.

Het Leuvens Systematisch Case Study Protocol

Domein	Meetinstrument	Afname
Therapie-outcome		
Symptoomreductie	BSI-NL	Voor elke tweede sessie
Mate van middelenmisbruik	LAV	Na sessie 1, 5, 9, 13, 17, 21, ...
Retrospectieve kwalitatieve beoordeling van verandering	Cliënt Veranderings-interview	Na sessie 10, 20, 30, ... en bij afsluiting therapie
Therapieproces		
Werkalliantie	WAV-12	Na sessie 3, 5, 10, 15, 20, ...
Experiëntiële vermijding	AAQ-II	Na sessie 3, 5, 10, 15, 20, ...
Helpende/storende gebeurtenissen	Sessiebeoordelingslijst	Na elke sessie
Achtergrondgegevens Cliënt en Therapeut		
Basale achtergrondgegevens	Lijst achtergrondkenm.	Bij aanvang therapie
DSM- diagnose	Intakediagnostiek	Bij aanvang therapie
Persoonlijkheidstrekken	NEO-FFI	Bij aanvang therapie

Deze tabel is een voorbeeld van hoe je als therapeut dit protocol zou moeten toepassen in het dagelijkse werkveld. In de praktijk zien we echter dat het toepassen van dit protocol niet zo'n evidentie is. Dit heeft verschillende redenen. Ten eerste vraagt deelnemen aan dit onderzoek zowel voor therapeut als cliënt tijd en energie. Hoewel het LSCS Protocol gepoogd heeft instrumenten (Tabel 1) te kiezen die makkelijk bruikbaar zijn en weinig tijd in beslag nemen om in te vullen en te scoren, blijkt dit voor zowel therapeuten als cliënten toch een reden te zijn om niet deel te nemen. Het lijkt me belangrijk om in de toekomst nog verder te streven naar een betere balans tussen gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van het gebruikte instrumentarium. Vervolgens blijken therapeuten niet goed hun weg te vinden in het monitoringsysteem dat vervat zit in het LSCS Protocol. Sommige therapeuten missen nog handvatten voor het interpreteren van de resultaten en het geven van feedback aan de cliënt. Dit is een belangrijk gegeven aangezien op die manier therapie tijdig kan bijgestuurd worden. Verder is het evalueren van je eigen therapeutisch werk als therapeut toch ook je stoute schoentjes aantrekken. Aan de hand van het LSCP Protocol krijg je namelijk een beeld van vorderingen, stagnaties of achteruitgangen van het therapieproces. Als therapeut kom je op die manier altijd een beetje in je blootje te staan...

Elien Pype
Klinisch Psycholoog
P.T.C Rustenburg

- Elliott, R., & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5 (2), 81-100.
- Pype, E., & Thiron, A. (2010) *Verkenkend onderzoek naar proces- en outcomevariabelen bij cliënten met een middelen-gerelateerde stoornis a.d.h.v. het Leuvens Systematisch Case Study Protocol* (Niet-gepubliceerde Meesterproef). Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, Afdeling Klinische Psychologie.
- Stinckens, N., Elliott, R., & Leijssen, M. (2009). Bridging the gap between therapy research and practice in a person-centered/ experiential therapy training program. The Leuven systematic case study research protocol. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (2), 143-162.
- Stinckens, N., Verdru, H., & Leijssen, M. (2010). Bruggen slaan tussen klinische praktijk en onderzoek: Monitoring als therapeutisch instrument. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40 (1), 11-24.
- Rober, P., Stinckens, N., Claes, L., Luyten, P., Onghena, P., Kelchtermans, G., & Piers, G. (2010). Towards a research-based high quality mental health care in Flanders: The Leuven Systematic Case Study (LSCS) Protocol. (Niet-gepubliceerde SBO-aanvraag). Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen.



Bristol-Myers Squibb Belgium

met de steun van



JANSSEN-CILAG

Het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen

1. Historiek en ontwikkeling

Het CGG Noord-West-Vlaanderen en het PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge ontwikkelden in de behandeling en begeleiding van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis reeds in het verleden een patiëntgebonden samenwerking. Temeer daar deze doelgroep patiënten zich vaak over de 2 voorzieningen heen beweegt doorheen de tijd.

Hierbij merkten we in de praktijk dat onze voorzieningen steeds vaker gingen samenwerken, overleggen, enz.

Naast deze samenwerking staat het feit dat er zich het voorbije decennium belangrijke veranderingen manifesteerden in het behandelaanbod voor deze doelgroep.

Waar voordien behandeling met een erg pessimistische bril werd bekeken, werd door mensen zoals Marsha Linehan, Jeffrey Young, Anthony Bateman en Peter Fonagy een nieuw en vooral ook veranderingsgericht perspectief gecreëerd.

Door hun inspanningen en vernieuwingen werd stilgestaan bij het formuleren van veranderingsgerichte behandel doelstellingen, de uitwerking van een aangepast behandelaanbod en werd geïnvesteerd in empirisch onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelingen.

Vanuit deze evoluties gingen onze organisaties een nieuwe uitdaging aan, namelijk de ontwikkeling van een zorgtraject voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

1.1 Doelstellingen

De uitdagingen voor het zorgtraject waren en zijn nog steeds niet min.

We stelden ons tot doel een gemeenschappelijk empirisch onderbouwd model uit te werken. Dit model vormt de basis voor de uitbouw van een doorgedreven samenwerking alsook voor het verder ontwikkelen en op elkaar afstemmen van het behandelaanbod van de twee organisaties. Cliëntgebonden doelstellingen van het zorgtraject zijn het formuleren van een gedeelde behandelvisie t.a.v. de patiënt enerzijds en het verhogen van de continuïteit van de behandeling anderzijds.

1.2 Ontwikkeling theoretisch model

Voor de ontwikkeling van het theoretisch model baseerden we ons op de dialectische gedragstherapie (DGT) en de schemagerichte therapie (ST).

De keuze voor deze kaders werd gebaseerd op uitspraken van de Cochrane review (Binks e.a., 2005), de richtlijnen persoonlijkheidsstoornis die in Nederland werden ontwikkeld en de beschikbare empirische onderbouwing van de modellen. Vooral DGT werd uitgebreid onderzocht in een 7-tal RCT door verschillende onderzoeksgroepen (Lynch e.a., 2006). Het onderzoek naar ST is beperkt, maar veelbelovend. Zo bleek individuele ST effectiever dan Transference Focused Therapy (Giesen-Bloo, 2007).

Ook bij het eerste onderzoek naar de effectiviteit van het behandelmodel binnen een groepsaanbod was ST effectiever dan Treatment as usual (Farrell e.a., 2009). We voerden een grondige analyse van deze twee behandelmodellen

uit, waarbij we focusten op de behandel-
doelstellingen en de fasering van de be-
handeling. Met de informatie die hierbij
werd verzameld, werd een heuristisch
model ontwikkeld voor het zorgtraject.
Dit model stellen we voor in punt 2 van
dit artikel.

Vanuit het ontwikkelde model werden
stappen gezet naar de verdere ontwik-
keling van het behandelaanbod. Hierbij
werd een model uitgewerkt om stil te
staan bij de noden en het functioneren
van de patiënt.

Dit vormde de basis voor het formule-
ren van behandel doelstellingen, een
behandelaanbod met verschillende
intensiteit alsook een duidelijke indi-
catiestelling naargelang het aanbod.
In deze vertaling naar de praktijk werd
eveneens dieper ingegaan op de af-
stemming van het aanbod van de 2 or-
ganisaties.

Een laatste belangrijke implicatie van
het zorgtraject is immers een verre-
gaande patiëntgebonden samenwer-
king. Dit vertaalt zich in gedeelde team-
momenten (zie punt 3).

2. Het Model

Onderstaande heuristiek (zie schema),
een gefaseerd model aan de hand van
een ordening van de weerhouden no-
den, groepeerde alle mogelijke zorgfasen
en trajecten daarbinnen. Een particulier
zorgtraject bestaat uit een sequens van
bewegingen tussen en binnen de fazen,
naargelang de actuele noden en doel-
stellingen van de patiënt.

In zijn of haar behandeling doorloopt
de patiënt een aantal opeenvolgende
behandelmodules, permanent aange-
stuurd door het indicatiestellingsproces

en op maat van de patiënt.

Omwille van de leesbaarheid werden in
de figuur alle pijlen tussen de fazen en
binnen de fazen weggelaten.

2.1 De indicatiestelling

Ieder individueel traject start met de
indicatiestellingsfase. Een eerste beslis-
sing omvat het al dan niet includeren
van een aangemelde casus in het pro-
ject aan de hand van een aantal voor-
opgestelde criteria (afgebakende regio,
aantal klinische exclusiecriteria, enz.). Bij
inclusie wordt nagedacht over de uit-
bouw van het individueel zorgtraject en
invulling van het zorgaanbod. Deze be-
slissing omvat een aantal deelaspecten

- de *inventarisatie* van noden en doel-
stellingen
- de *trajectdiagnose*: in welke fase en op
welk vaardigheidsniveau situeert de
patiënt zich
- welke *type behandeling* sluit het best
aan bij de noden van de patiënt: be-
treft het een veranderingsgericht of
stabiliserend traject?
- de keuze van de *behandelsetting*: am-
bulant, daghospitalisatie of residentieel
- het bepalen van de *behandelmodali-
teiten*: individueel en/of in groep, vol-
tijds of partieel.

De indicatiestelling binnen het project
verloopt met het oog op continuïteit
van kwaliteitsvolle zorg op een gestruc-
tureerde en uniforme manier.

Een aantal nieuwe methodieken en
tools voor de indicatiestelling binnen
het project werden uitgewerkt (daar-
over meer in punt 3).

Indicatiestelling
 Gesprekken met de patiënt op basis van leidend Teamoverleg met beslissing naar voorstel behandelaanbod
 Terugkoppeling naar de patiënt

FASE 1

Vaardigheidstraining

Therapeutische
diagnostiek

Socialisering aan het
model

Introductie van
ankerpersoon

Aanpakken:behandeling
van therapie-
interfererende aspecten

Medisch psychiatrische
opvolging

FASE 2

Nastreven structurele
veranderingen in de
persoonlijkheid in de
therapeutische omgeving

Toepassen en
generaliseren van
vaardigheden in een
therapeutische omgeving

Medisch psychiatrische
opvolging

FASE 3

Nastreven structurele
veranderingen in de
persoonlijkheid in de
eigen omgeving

Toepassen en
generaliseren van
vaardigheden in de
eigen omgeving

verhogen van de
levenskwaliteit

Medisch psychiatrische
opvolging

FASE 4

Doorwerken van
traumatische ervaringen

Consolideren van de
bereikte veranderingen

Medisch psychiatrische
opvolging

Voor de patiënt betekenisvolle deelname aan de maatschappij

Werkervatting, aanvang
of begeleiding naar job

Vrijwilligerswerk

Activiteitencentrum

Eigen activiteiten

FASE 3

Toepassen en generali-
seren van vaardigheden
in de eigen omgeving

verhogen van de
levenskwaliteit

Uitbouwen van een
ondersteunend
(zorg)netwerk

Medisch psychiatrische
opvolging

FASE 2

Toepassen en
generaliseren van
vaardigheden in een
therapeutische omgeving

Medisch psychiatrische
opvolging

Veiligheidsmodule

Tijdelijk veiligheidsaanbod

Terugkeer naar de aangewezen behandel fase en behandel aanbod na deze termijn

2.2 Fase 1

Bij de indicatiestelling situeren we een patiënt in fase 1 als één of meerdere van de volgende *noden en doelstellingen* weerhouden worden:

- verminderen van parasuïcidaal gedrag
- verminderen van therapie-interfererend gedrag
- opbouwen van een hulpverlenersrelatie
- socialisering aan het model
- (verder) verfijnen van de therapeutische diagnostiek

In de *aanbodzijde* van het model (in figuur: de apart vakjes binnen de fase 1) vinden we dan ook volgende behandel domeinen terug:

- *het trainen van vaardigheden:*

Een belangrijk luik van het behandel aanbod binnen fase 1 bestaat uit het wegwerken van de weerhouden vaardigheidstekorten d.m.v. een arsenaal van specifieke trainingen/behandelmodules.

In fase 1 worden verschillende (ontwikkelings) niveaus qua vaardigheden onderscheiden:

- Niveau 1: er zijn fundamentele tekorten wat betreft de kernoplettendheidsvaardigheden, crisisvaardigheden en gedragsactivatie.
- Niveau 2: de tekorten situeren zich vooral in de emotieregulatie en/of spanningsregulatie en/of in uitgesproken problemen met intermenselijke vaardigheden, maar steeds met intacte niveau 1-vaardigheden
- Niveau 3: de tekorten hebben hoofdzakelijk te maken met de probleem-

oplossende vaardigheid en/of omgaan met piekeren.

Bovenstaande classificatie, in combinatie met een aantal bijkomende indicatoren i.v.m. de behandelmodaliteit (bv. de risicotaxatie, de draagkracht van de context, enz.) ligt aan de basis van de concretisering van het individuele trainingsaanbod.

- *introductie van de ankerfiguur*

De contacten tussen de ankerfiguur, toegewezen in de indicatiestelling, en de patiënt worden opgestart in fase 1. In punt 3 gaan we wat dieper in op de invulling en het takenpakket van deze functie.

De ankerfiguur blijft gedurende het hele traject deel uitmaken van het behandel aanbod.

- Daarnaast bevat het behandel aanbod binnen fase 1 nog de volgende facetten (zie figuur): het uitwerken van de *therapeutische diagnostiek*, de *socialisering aan het model*, het aanpakken van het *therapie-interfererend gedrag* en *medisch psychiatrische opvolging*.

De klemtoon die gelegd wordt op de verschillende domeinen van het behandel aanbod, wordt natuurlijk bepaald door de ad hoc-noden en doelstellingen.

2.3 Fase 2

Vanuit de indicatiestelling wordt beslist om een patiënt in fase 2 te situeren indien de vaardigheden van fase 1

voldoende aanwezig zijn of verworven werden. Er kan gekozen worden voor een *veranderingsgericht* traject of een traject waarbij de klemtoon eerder komt te liggen op *stabilisatie* van de problematiek en aangeleerde vaardigheden.

Beide trajecten in fase 2 focussen op het werken binnen een *therapeutisch milieu*. In het aanbod wordt dan ook verder gewerkt aan de implementatie en generalisatie van de vaardigheden (zie fase 1) in het therapeutisch milieu. Beide trajecten verschillen in de klemtoon die wordt gelegd op de structurele verandering van de persoonlijkheid als hoofddoelstelling van de behandeling.

2.4 Fase 3

Fase 3 impliceert dat er kan en moet (verder) gewerkt worden in de *eigen omgeving* van de patiënt waarbij dit dan ook de focus is van de patiënt zelf. Opnieuw wordt hier het onderscheid gemaakt tussen enerzijds een *veranderingsgericht* traject, waar de focus ligt op de transfer van de structurele verandering in de persoonlijkheid (cfr. fase 2) in de *eigen omgeving* en anderzijds een *stabilisatietraject* waar hoofdzakelijk verder wordt gewerkt aan de implementatie van de verworven vaardigheden in de eigen (*thuis*)context.

Aangezien de focus komt te liggen op de thuiscontext, is het verhogen van de *levenskwaliteit* een belangrijke gemeenschappelijke doelstelling in fase 3. De uitbouw van een (*ondersteunend*) netwerk is meestal noodzakelijk in functie van het verder stabiliseren van de problematiek.

2.5 Fase 4

De doelstellingen van fase 4 omvatten o.a. het structureel aanpakken van de *PTSD problematiek* en het *consolideren* van de bekomen veranderingen en vaardigheden.

Betekenisvol burgerschap realiseren is een typische fase 4 betrachting.

2.6 De veiligheidsmodule

Vanuit elk fase in het traject kan op vraag van de behandelaar, in samenspraak met de patiënt, beroep gedaan worden op de veiligheidsmodule van het project. De veiligheidsmodule is een residentieel aanbod. *Fysieke recuperatie, rust en/of de nood aan tijdelijk verhoogd toezicht* zijn hiervoor mogelijke indicaties.

Dit aanbod biedt een *tijdelijke* cesuur (maximum 14 dagen) binnen een lopend ambulante aanbod, met behoud van de actieve behandelaars en behandelplan.

De *terugkeer naar de oorspronkelijke behandelphase, behandelmodule en behandelaars* staat dan ook niet ter discussie tijdens deze opname.

De veiligheidsmodule wordt in het project niet beschouwd als een structurele wijziging van het zorgtraject en onderscheidt zich in die zin van de klassieke crisisopname.

2.7 Kenmerken van het model

Het model is eerst en vooral *ontwikkelingsgericht*: het laat toe om de (beoogde) evoluties van de pathologie en daarmee samenhangend de dynamiek

van een behandeltraject in kaart te brengen.

Het model is daarenboven *niet normerend* qua invulling van de trajecten. We verwijzen wel naar een logische opeenvolging van fazen en twee globale zorglijnen maar zonder (impliciete) verwachtingen over een ideaal traject.

Het model bepaalt niet de doelstellingen en legt geen behandeling op, maar expliciteert en ordent de noden i.f.v. een optimale selectie van het behandel aanbod.

Sommige patiënten kunnen jarenlang, zelfs levenslang, geïndiceerd zijn voor zorg in fase 1.

Andere patiënten starten bijvoorbeeld in fase 2 en schuiven relatief vlug door naar volgende fazen.

Patiënten kunnen bijvoorbeeld in de tijd schuiven van de veranderingsgerichte zorglijn naar een stabilisatietraject en omgekeerd.

Het expliciteren van de zorgnoden in onderscheiden en onafhankelijke fazen zorgt voor de *'juiste' zorg*, in de juiste dosering, in de juiste vorm en op de juiste plaats.

Dit voorkomt een hoop frustratie en zinloze behandeling voor zowel patiënt als hulpverlener.

Voor het beleid kan dit model *richtinggevend* worden bij de verder ontwikkeling en afstemming van het behandel aanbod én de organisatie van zorg binnen het project.

3. Implicaties op de werkvloer

Er werd expliciet gekozen om de indicatiestelling *samen* te organiseren en te *standaardiseren* over de muren van beide voorzieningen heen.

Dit veronderstelde niet alleen een consensus over het theoretisch zorgconcept, maar behoefde ook instrumenten en methodieken om de relevante gegevens voor indicatiestelling op een uniforme en betrouwbare manier te verzamelen én efficiënt te communiceren binnen het netwerk. Het realiseren van deze nieuwe manier van denken én werken, had onmiddellijk een aantal gevolgen in de dagelijkse werking van beide organisaties.

3.1 Intake en aanmelding

De bestaande instroomkanalen voor aanmelding en intake werden in beide organisaties behouden.

In beide locaties echter gebeurden ingrijpende vormelijke en inhoudelijke aanpassingen aan het bestaande intakeproces, zowel naar de inzet van mensen en middelen als in de bestaande methodieken en procedures, bv. het gebruik van de *blauwdruk*.

3.2 De blauwdruk indicatiestelling

De *blauwdruk* wordt gebruikt bij aanmelding en intake in beide voorzieningen. Het instrument is een eigen ontwerp en doet dienst om de informatie op een gestandaardiseerde manier door te geven i.f.v. de indicatiestelling.

De blauwdruk maakt deel uit van het dossier en wordt up-to-date gehouden doorheen het zorgtraject i.f.v. (her)evaluatie in het behandelteam.

Er werd een uitgebreide handleiding uitgeschreven voor de gebruikers van de blauwdruk.

3.3 De ankerfiguur

De *ankerfiguur* staat in voor het maximaliseren van de informatie-uitwisseling tussen patiënt en behandelaars. Hij of zij is een belangrijke factor voor het realiseren van de continuïteit van zorg. De toewijzing van de ankerfiguur maakt deel uit van het indicatiestellingsgebeuren, dus van zodra een patiënt in het project wordt geïncludeerd door het indicatiestellingsteam.

Het aanbod in de eerste fase bevat dan ook steeds de introductie van de ankerfiguur in de behandeling.

Er wordt maximaal gestreefd naar het behoud van dezelfde ankerfiguur doorheen het volledig traject.

De ankerfiguur heeft een aantal taken t.a.v. de patiënt. Hij

- moet het overzicht behouden van behandelaanbod en –doelstellingen en de terugkoppeling naar de patiënt bewerkstelligen
- moet de patiënt blijven motiveren
- is de aanspreekpersoon voor vragen over behandeling, therapie,...
- is laagdrempelig en vlot bereikbaar
- heeft kennis van de behandelvisie en therapeutische diagnostiek

Daarnaast heeft de ankerfiguur ook een aantal opdrachten t.a.v. het behandelteam van het zorgtraject:

- bespreken van belangrijke veranderingen in het functioneren, risicotaxatie, enz.
- indien nodig contact nemen met de betrokken behandelaars en betrokken diensten
- het afstemmen van het behandelaanbod van zodra er verschillende diensten in betrokken zijn

- de aanspreekpersoon zijn voor de medebehandelaars
- het aanspreekpunt zijn bij her-aanmelding voor het zorgtraject

3.4 Wekelijks gezamenlijk overleg

Van bij de opstart van het project wordt gezamenlijk overleg op casusniveau georganiseerd.

- het **indicatiestellingsteam**: dit team staat in voor de bespreking van alle nieuwe aanmeldingen van de voorbije week in beide voorzieningen. Dit team baseert zich op de gegevens die in de blauwdruk werden verzameld. Men doet uitspraken over de verschillende aspecten van indicatiestelling (zie vorig punt rond indicatiestelling).
- het **behandelteam**: geïncludeerde dossiers waarbij een belangrijk wijziging in het traject aan de orde is, worden in het behandelteam ingebracht. De ankerfiguur staat in voor de agendering. Er wordt in overleg een beslissing genomen op basis van de aangepaste blauwdruk en info van de ankerfiguur over de voorbije behandelperiode.

4. Wat betekent het zorgtraject voor de individuele patiënt

Belangrijkste criteria om in het zorgtraject opgenomen te worden zijn het feit dat in het klachtenpatroon de persoonlijkheidsproblematiek centraal staat en dat de hulpvraag van de patiënt zich situeert op dit niveau. Daarnaast dient een patiënt woonachtig te zijn in de regio Noord-West-Vlaanderen.

Bij aanmelding binnen één van de twee organisaties wordt in gemiddeld twee gesprekken de nodige informatie verzameld om tot indicatiestelling te komen. Deze informatie wordt besproken op het indicatiestellingsteam (zie eerder). Het behandelvoorstel dat hierbij wordt geformuleerd, wordt samen met de patiënt besproken in de organisatie die de eerste verkennende gesprekken deed. De behandeling wordt zo snel als mogelijk opgestart.

Wanneer het aangewezen is, wordt samen met de patiënt (en zijn omgeving) nagegaan op welke manier de wachttijd kan overbrugd worden en welke ondersteuning hierbij kan worden geboden. Binnen lopende behandelingen volgt bij het veranderen van de hulpvraag en/of de therapeutische noden een bespreking op het behandelteam (zie punt 3.4). Op deze vergadering worden de ervaringen/vragen van de patiënt, zijn omgeving en de behandelaars geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie wordt een behandelvoorstel geformuleerd dat met de patiënt wordt besproken. Hierbij komen zowel behandel doelstellingen als behandelomgeving uitgebreid aan bod. Binnen elk behandel aanbod wordt telkens duidelijk vermeld wie de ankerfiguur is (zie punt 3.3). Op deze manier is het zowel voor de patiënt, zijn omgeving, als medebehandelaars duidelijk wie men dient te contacteren bij vragen en/of problemen.

5. De eerste cijfers

In februari van 2010 werd het zorgtraject operationeel. Dit betekent dat er vanaf dat moment patiënten werden

opgenomen in het traject. Zes maanden later kunnen we een eerste overzicht geven:

- Er werden in die periode 73 patiënten aangemeld voor het zorgtraject.
- 6 hiervan werden niet weerhouden omwille van het feit dat ze niet (meer) in de regio woonden, hun zorgvraag zich situeerde op andere vlakken dan de hantering van de persoonlijkheidsproblematiek of omdat gespecialiseerde hulpverlening aangewezen was (bv. drughulpverlening).
- 2 patiënten kregen een hulpaanbod buiten onze organisaties.
- 2 patiënten braken zelf het proces af tijdens de indicatiestelling.
- 63 patiënten worden actief gevolgd binnen het zorgtraject.
 - 29% wordt residentieel begeleid binnen kliniek 4 van het PZ Onze-Lieve-Vrouw.
 - 27% krijgt het aanbod van dagtherapie binnen kliniek 4 van het PZ Onze-Lieve-Vrouw met ambulante begeleiding in het CGG Noord-West-Vlaanderen.
 - 44% wordt enkel gevolgd in het CGG Noord-West-Vlaanderen.
- In deze eerste periode werd door 1 patiënt gebruik gemaakt van de veiligheidsmodule.

Bart Durnez,
Psycholoog PZ Onze-Lieve-Vrouw
Fanny Dumarey,
Psycholoog CGG Noord-West-Vlaanderen

Referenties

Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane*

Database of Systematic Reviews 2010 Issue 10.

Farrel, J., Shaw, I. & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized control trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 40:2, 317-328.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P, van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63: 649-658.

Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, JR. & Linehan, M.M. (2006). Mechanism of change in dialectical behaviour therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.



www.astrazeneca.be

AstraZeneca 

Als wereldleider van de farmaceutische industrie is het onze roeping om medicijnen te ontwikkelen die zieken genezen en de levenskwaliteit van patiënten verbeteren op 7 therapeutische gebieden met, onder meer recente ontwikkelingen inzake borst- en longkanker en de behandeling van cholesterol of van veneuze tromboses.

Om dit doel te bereiken, geloven wij in innovatie. Bij ons krijgt innovatie niet alleen vaste vorm door grote investeringen op het vlak van R&D maar ook door het zoeken naar nieuwe ideeën die een grote vooruitgang voor de gezondheid inhouden en leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden met onze partners.

Bovendien sporen wij graag op alle vlakken aan tot creativiteit, want hoe meer goede ideeën, hoe meer onze werknemers, de spelers in de gezondheidszorg en de hele gemeenschap hier profijt uit kunnen halen.

Elke dag opnieuw zet ons devies "life inspiring ideas" ons aan om nieuwe wegen in te slaan, met als doel hechte en duurzame relaties uit te bouwen en bij te dragen aan eenieders ontplooiing.

life inspiring ideas

Ogier/Real/Agaz

