

JAARVERSLAG 2011

LOMMEL TONGEREN

VALIDAG

Adelberg 62, 3920 Lommel
validag.lommel@scarlet.be
Schuttersgang 38, 3700 Tongeren
validag@belgacom.net

Tel. 011/54 47 07 Fax. 011/55 19 27 e-mail:

Tel. 012/26 14 36 Fax. 012/26 16 06 e-mail:

www.validag.be

Voorwoord :

De vergrijzing in de gezondheidszorg :

De vergrijzing heeft vele aspecten. Terwijl de patiënten populaties verjongen, vooral wat de actieve revalidatie betreft, stelt men vast dat de komende jaren grote groepen hulpverleners van alle categorieën en niveaus met pensioen gaan. De input van jonge hulpverleners is onvoldoende om dit vergrijzingsfenomeen op te vangen.

Gelijktijdig stelt men vast dat de beroeps- en levensethiek verandert, met name dat de jongeren meer aandacht besteden aan de kwaliteit van hun gezinsleven, hetgeen aanleiding geeft tot minder productiviteit in het beroepsleven. Ook stelt men een vervrouwelijking in de gezondheidssector vast waardoor minder tijd beschikbaar komt ten bate van de opvoedingstaken ...

Wat de verpleegkunde betreft stelt men al enkele jaren vast dat rekrutering in het buitenland, na een intensieve inburgeringsperiode, een haalbare kaart is.

Gaat dit ook mogelijk zijn voor alle categorieën van hulpverleners of gaat er dan toch iets fundamenteels fout in de opleiding en beroepsoriëntering van de jeugd?

Ook op een hoger niveau stelt men tekorten vast in casu psychiaters. Er zouden in 2012 4 psychiaters hun opleiding voltooien in gans Vlaanderen. Dit is uiteraard onvoldoende om de vrijgekomen plaatsen in te vullen.

Dit gegeven was nochtans voorspelbaar en programmeerbaar en toch onderwerp van beleidsmatige visie. Zal hier ook de rekrutering van het buitenland soelaas kunnen bieden ?

Of dit een paradoxale toestand is valt niet te betwijfelen maar hoe zal de oplossing in de komende jaren eruitzien.

Dr. Malfroid R.
Psychiater

Inhoudsopgave

Hoofdstuk I: Identiteit van het centrum

| | |
|---------------------------------------|----|
| Algemene voorstelling | 5 |
| • 1. Juridische vorm | 5 |
| • 2. Historiek | 5 |
| • 3. Missie van het centrum | 5 |
| • 4. Visie van het centrum | 6 |
| • 5. Waarden van het centrum | 6 |
| | |
| Aanbod van het centrum | 7 |
| • 1. Hulpverlening | 7 |
| • 2. Wie kan er bij ons terecht? | 8 |
| • 3. Doel van de revalidatie | 8 |
| • 4. Waarvoor kan je bij ons terecht? | 8 |
| • 5. Hoe kom je bij ons terecht? | 13 |
| • 6. Kostprijs | 13 |
| • 7. Openingsuren | |
| | 13 |
| | |
| Zorgcircuits en netwerking | |
| | 14 |

Hoofdstuk II: Cijfergegevens 2011

| | |
|--|----|
| Tabel 1: Overzicht volgens geslacht | 15 |
| Tabel 2: Overzicht volgens leeftijd | 15 |
| Tabel 3: Overzicht volgens woonplaats | 16 |
| Tabel 4: Overzicht volgens burgerlijke staat | 17 |
| Tabel 5: Overzicht volgens beroepsactiviteit | 17 |

| | |
|---|-----------|
| Tabel 6: Overzicht volgens verwijzende instantie | 18 |
| Tabel 7: Overzicht volgens heropname | 19 |
| Tabel 8: Overzicht activiteit na ontslag | 19 |
| Tabel 9: Overzicht volgens diagnose | 20 |
| Tabel 10: Momentopnames 31 december 2011 | 21 |
| Tabel 10.1: Herkomst van de revalidanten | 21 |
| Tabel 10.2: Stoornis –leeftijd | 22 |
| Tabel 10.3: Stoornis –schoolniveau - activiteit | 23 |
| Tabel 10.4: Stoornis-geslacht-betrokken disciplines | 24 |
| Commentaar op de cijfergegevens | 25 |
| Tabel 11: Verdeling volgens aanmelding | 26 |
| Tabel 11.1: Aanmeldingsreden-initiatiefnemer tot verwijzing | 26 |
| Tabel 11.2: Gevolg op aanmelding | 27 |
| Commentaar op de cijfergegevens | 28 |
| Tabel 12: Revalidatiestop | 29 |
| Tabel 12.1: Stoornis-reden stop | 29 |
| Tabel 12.2: Stoornis-revalidatieduur bij ontslag | 30 |
| Tabel 12.3: Stoornis-activiteit na ontslag | 31 |
| Commentaar op de cijfergegevens | 33 |
| | |
| Hoofdstuk II: Poëzie als drempelverlagend middel in groepstherapie | 34 |

Hoofdstuk I: IDENTITEIT VAN HET CENTRUM

Algemene voorstelling

1. Juridische vorm

Centrum voor psychosociale revalidatie, erkend door het RIZIV en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

De zetel van de vzw is gevestigd in Hasselt, Guffenslaan 22.

De twee revalidatie-inrichtingen van Validag bevinden zich in:

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

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

De inrichtende macht is als volgt samengesteld:

Dagelijks Bestuur:

Schröter Hans, voorzitter

Bervoets Julien, afgevaardigd bestuurder

Abrahams Guy, secretaris

Kathleen Swyngedouw, penningmeester

2. Historiek

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

3. Missie van het centrum

Statutair

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

Praktisch

Het Revalidatiecentrum Validag heeft als doel de integratie of reïntegratie van volwassenen met een psychosociale handicap te bevorderen in alle maatschappelijke contexten.

Dit betekent concreet

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

4. Visie van het centrum

Het centrum wil:

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

De visie van het centrum bestaat in de overtuiging dat:

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

5. Waarden van het centrum

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

1. Hulpverlening

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

Team Lommel

MEDISCH DIRECTEUR

PSYCHIATER

Dr. R. Malfroid

DIRECTIE

Sabina Leszczynska

PSYCHOLOOG

Kirsten Scheuer

ERGOTHERAPEUT

Martine Vermeulen

Karen Winters

Elke Van Bommel

KINESIST

Danny Vanmoorsel

MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT

Inge Van Aelten

Team Tongeren

MEDISCH DIRECTEUR

PSYCHIATER

Dr. R. Malfroid

DIRECTIE

Sabina Leszczynska

PSYCHOLOOG

Greet Robben

Evi Schoefs

ERGOTHERAPEUT

Nancy Vranken

Katrien Schaeken

KINESIST

Hilde Peeters

MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT

Hilde Boumans

Sven Neven

LOGOPEDIST

Inge Jamers

ADMINISTRATIEF MEDEWERKER

Klaartje Breukers

ADMINISTRATIEF MEDEWERKER

Klaartje Breukers

2. Wie kan er bij ons terecht?

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

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

3. Doel van de revalidatie

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

4. Waarvoor kan je bij ons terecht?

- Assertiviteitstraining

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

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

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

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

- Stressmanagementtraining

Stress is een kwestie van onevenwicht tussen de belasting in ons leven (draaglast) en de mogelijkheden die we hebben om aan de belasting tegemoet te komen (draagkracht). M.a.w. stress ontstaat als er onevenwicht is tussen de eisen die gesteld worden, door de omgeving en door jezelf, en de mogelijkheden om eraan te beantwoorden. Als de balans uit evenwicht raakt, ontstaat er spanning.

Spanning is op zich geen probleem. Het hangt er maar vanaf hoe lang de stress duurt en hoe ermee kan worden omgegaan. Gedurende stressmanagement leren revalidanten wat stress is, welke soorten stress er bestaan en hoe om te gaan met stress. Het programma wordt aangeboden door een psycholoog.

- Groepspsychotherapie

Tijdens de groepspsychotherapie worden de patiënten uitgenodigd om eigen concrete recente probleemervaringen of -situaties uiteen te zetten. Door het bespreken van de antecedenten, het probleem zelf en de consequenties wordt o.a. getracht steeds terugkerende elementen of patronen te leren herkennen en zo meer inzicht te verwerven en het eigen probleemoplossende vermogen te vergroten.

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

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

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

- Relaxatie- en Ademhalingtherapie

Ademhalingsoefeningen:

Een van de belangrijkste aspecten bij deze technieken is het ademen met de buik en je daarop te concentreren. Buikademhaling maakt het onmogelijk om te hyperventileren en verlicht het gevoel van spanning dat zich vaak situeert in de buik. Het grote voordeel

van deze techniek is dat je sowieso altijd ademhaalt en dat je hem in alle posities kan uitvoeren, vaak zonder dat het anderen opvalt.

Imaginatietechnieken of visualisatietechnieken:

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

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

- Psychomotorische therapie

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

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

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

- Sport- en bewegingstherapie

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

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

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

- Communicatietraining

Een groot deel van de mensen die in het centrum komen revalideren, vertonen problemen rond bepaalde communicatievaardigheden (verbaal/non-verbaal). Vandaar dat er in groep aandacht wordt besteed aan verbale en non-verbale communicatievaardigheden.

Er wordt gewerkt rond:

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

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

- Cognitieve functietraining

Het gebruik van medicatie, vermoeidheid of de aanwezigheid van emotionele componenten kan vaak een enorme invloed hebben op het cognitief functioneren van een persoon. Een groot deel van de mensen die in het centrum komen revalideren, vertonen vaak aandachts- en geheugenstoornissen. Een afspraak vergeten of niet meer weten op welke datum je moeder verjaart zijn hiervan enkele voorbeelden.

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

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

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

Deze cognitieve training kan individueel of in groep plaatsvinden, al naargelang de psychische problematiek van de persoon.

- CORE training

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

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

- Kleurentherapie

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

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

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

- Creatieve therapie

Tijdens de creatieve therapie wordt voor de patiënt een mogelijkheid gecreëerd om op een non-verbale manier tot inzichten te komen omtrent zichzelf. Emoties die niet onder woorden gebracht kunnen worden, komen aan bod via het werken met materialen. Waar het verbale stopt, kan een beeldende vorm een vertaling zijn voor problemen. Een werkstuk wordt een spiegel voor de patiënt. Uiting geven aan gevoelens kan opluchting brengen.

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

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

- Creatief uur

Tijdens het creatief uur worden de patiënten gemotiveerd om actief deel te nemen aan de activiteit. Er komen vooral nieuwe technieken aan bod. Deze worden in groep aangeleerd met het oog op het vinden van een zinvolle tijdsbesteding. Leren samenwerken, zich kunnen houden aan regels en afspraken, afwerken van activiteiten en gestructureerd leren werken zijn belangrijke doelstellingen.

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

- Kooktherapie

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

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

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

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

- Maatschappij-uur

Het maatschappij-uur heeft als doel mensen met een psychiatrische problematiek te ondersteunen in hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. De patiënten worden zoveel mogelijk gestimuleerd om zelf stappen te zetten om hun situatie te verbeteren. Iedere positieve stap in de richting van maatschappelijk integratie zal het gevoel van eigenwaarde doen stijgen.

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

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

De therapie vertrouwt op de dynamiek en “zelfwerkzaamheid” van de groep. De rol van de maatschappelijk assistent is vooral die van coach, die patiënten stimuleert om zelf verschillende vaardigheden, die nodig zijn om in de maatschappij te functioneren, te ontwikkelen en uit te bouwen.

5. Hoe kom je bij ons terecht?

De aanmelding van een (mogelijke) patiënt gebeurt hetzij telefonisch, hetzij via een bezoek aan het centrum. In beide gevallen gebeurt de aanmelding via de maatschappelijk assistent. De maatschappelijk assistent informeert de aanmelder over de werking van ons centrum en be vraagt in het kort de klacht.

Wanneer deze klachtenformulering in overeenstemming is met onze RIZIV-conventiebepalingen, wordt een afspraak gemaakt voor een intakegesprek. Het intakegesprek wordt uitgevoerd door de maatschappelijk assistent. De patiënt en een eventuele partner, verwijzer of familielid zijn aanwezig. Het intakegesprek vindt in principe plaats in het centrum. Enkel omwille van praktische onmogelijkheden kan het gesprek doorgaan bij de aanmelder thuis of op een externe locatie. Wanneer uit het intakegesprek blijkt dat de geschetste problematiek in aanmerking kan komen voor behandeling in ons centrum, wordt een afspraak gemaakt voor een psychiatrisch onderzoek, dat resulteert in een diagnose- en indicatiestelling.

Naargelang de problematiek van de patiënt, meer nog, naargelang zijn behoeften, noden en beperkingen wordt een individueel weekprogramma aangeboden. Het bedraagt minimaal twee en maximaal tien halve dagen per week. Een halve dag bedraagt drie uur. De patiënt neemt deel aan de individuele sessies en aan groepstherapieën.

6. Kostprijs

De hulpverlening wordt vergoed door het ziekenfonds van de hulpvrager, die zelf een remgeld (1,67 euro, jaarlijks indexeerbaar) betaalt per revalidatiedag. De hulpvrager, die geniet van de voorkeurregeling inzake ziekteverzekering, betaalt geen remgeld.

7. Openingsuren

Het centrum is steeds geopend op werkdagen van 08.30 uur tot 15.30 uur (in het centrum in Lommel op donderdag en in Tongeren op woensdag tot 16.00 uur).

8. Zorgcircuits en netwerking

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

Hoofdstuk II: CIJFERGEGEVENS 2011

Tabel 1: overzicht volgens geslacht

In 2011 deden er in totaal 120 patiënten beroep op het revalidatiecentrum Validag v.z.w. In vergelijking met 2010 betekent dit een lichte daling van het aantal mensen dat beroep doet op een revalidatieprogramma in ons centrum.

| | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|--------|--------|-----|----------|-----|--------|----|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| Man | 17 | 32 | 24 | 36 | 41 | 34 |
| Vrouw | 37 | 68 | 42 | 64 | 79 | 66 |
| Totaal | 54 | 100 | 66 | 100 | 120 | 10 |

Zowel in Lommel als in Tongeren waren er meer vrouwen die deelnamen aan een revalidatieprogramma.

Tabel 2: overzicht volgens Leeftijd

| | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|---------|--------|------|----------|-------|--------|------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| < 18 j. | | | | | | |
| 18-20j. | 1 | 2 | 1 | 1,5 | 2 | 2 |
| 21-30j. | 11 | 20 | 11 | 16,5 | 22 | 18 |
| 31-40j. | 12 | 22,5 | 13 | 20 | 25 | 21 |
| 41-50j. | 24 | 44,5 | 18 | 27 | 42 | 35 |
| 51-60j. | 5 | 9 | 17 | 26 | 22 | 18 |
| 61-65j. | | | 6 | 9 | 6 | 5 |
| >65j. | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Totaal | 54 | 100% | 66 | 100 % | 120 | 100% |

De leeftijd van het cliënten is in beide centra ongeveer gelijk lopend tot de leeftijd van 50 jaar. In beide centra is 20 % jonger dan 30 jaar. De grootste groep van patiënten bevindt zowel in Lommel als in Tongeren in de leeftijdsgroep van 41 – 50 jaar en. Slechts 1 % is ouder dan 65 jaar.

Tabel 3: overzicht volgens woonplaats

| | Lommel | | Tongeren | |
|-------------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Aantal | % | Aantal | % |
| Lommel | 23 | 41,5 | | |
| Hechtel-Eksel | 1 | 2 | | |
| Hamont-Achel | 3 | 5 | | |
| Peer/Wijchmaal | 2 | 4 | | |
| Bocholt | 1 | 2 | | |
| Bree | 2 | 4 | | |
| Tongeren | | | 27 | 41 |
| Bilzen | | | 7 | 11 |
| Riemst | | | 10 | 15 |
| Hoeselt | | | 3 | 4,5 |
| Kortesseem | | | 5 | 7,5 |
| Sint-Truiden | | | 3 | 4,5 |
| Borgloon | | | 2 | 3 |
| Lanaken | | | 3 | 4,5 |
| Voeren | | | 2 | 3 |
| Rekem | | | 1 | 1,5 |
| Heers | | | 2 | 3 |
| Genk | | | 1 | 1,5 |
| Neerpelt | 11 | 19,5 | | |
| Mol | 2 | 4 | | |
| Leopoldsburg | 2 | 4 | | |
| Dessel | 1 | 2 | | |
| Ravels | 1 | 2 | | |
| Meeuwen | 1 | 2 | | |
| Houthalen | 1 | 2 | | |
| Olen | 1 | 2 | | |
| St-Hubrecht-Lille | 1 | 2 | | |
| Maaseik | 1 | 2 | | |
| Totaal | 54 | 100% | 66 | 100 % |

In Tongeren en Lommel komt 41 % van de patiëntenpopulatie uit dezelfde gemeente. Lommel bereikt 16 gemeenten en Tongeren 12 gemeenten. Het is opvallend dat er in Lommel patiënten uit veraf gelegen gemeenten een revalidatieprogramma volgen, terwijl Tongeren zich meer richt op omliggende gemeenten.

Tabel 4: overzicht volgens Burgerlijke staat

| | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|----------------------|-----------|-------------|-----------|--------------|------------|-------------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| Ongehuwd/alleenstaan | 23 | 42,5 | 12 | 18 | 35 | 29 |
| Gehuwd/samenwonend | 14 | 26 | 26 | 39 | 40 | 33,5 |
| Weduwe/weduwnaar | | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Gescheiden | 15 | 27,5 | 17 | 26 | 32 | 26,5 |
| Ouderlijk gezin | 2 | 4 | 10 | 15 | 12 | 10 |
| Totaal | 54 | 100% | 66 | 100 % | 120 | 100% |

Uit de tabel van de burgerlijke staat van de cliënten blijkt dat het aantal ongehuwd of alleenstaande revalidanten het grootst is in Lommel. In Tongeren doen er mee gehuwde of samenwonende cliënten beroep op het centrum.

Tabel 5 : overzicht volgens beroepsactiviteit

| | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|------------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| Eigen huishouden | 3 | 5,5 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| Ziekte of invaliditeit | 37 | 68,5 | 34 | 51,5 | 71 | 59 |
| Pensioen | 1 | 2 | 5 | 7,5 | 6 | 5 |
| Werkloosheid | 10 | 18 | 18 | 27 | 28 | 23 |
| Tegemoetkoming | | | 3 | 4,5 | 3 | 3 |
| Ocmw/leefloon | 2 | 4 | 3 | 4,5 | 5 | 4 |
| Student | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Totaal | 54 | 100 | 66 | 100 | 120 | 100 |

Beide centra kenmerken zich door een inactieve beroepsbevolking. De inactiviteit situeert zich hoofdzakelijk in ziekte en invaliditeit.

Tabel 6: overzicht volgens verwijzende instantie

| | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| CGG – DAGG | 11 | 20 | 4 | 6 | 15 | 12,5 |
| Psychiatrisch ZH | 13 | 24 | 18 | 27 | 31 | 26 |
| PAAZ/Dagbehandeling | 2 | 4 | 9 | 13 | 11 | 9 |
| OCMW | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,5 |
| Eigen initiatief | 5 | 9 | 8 | 12 | 13 | 11 |
| Psychiater - specialist | 9 | 16 | 3 | 4,5 | 12 | 10 |
| Huisarts | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2,5 |
| VDAB | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Beschut wonen | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,5 |
| Project Tendering Activering | 6 | 11 | 12 | 18 | 18 | 15 |
| Ziekenfonds/ med.adviseur | 2 | 4 | 2 | | 4 | 3 |
| Andere sociale diensten | | | 3 | 4,5 | 3 | 2,5 |
| Tamar | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Thuisbegeleidingsdienst | | | 2 | 3 | 2 | 1,5 |
| Totaal | 54 | 100 | 66 | 100 | 120 | 100 |

Zowel in Tongeren als in Lommel gebeuren de verwijzingen het meest door de psychiatrische ziekenhuizen. In Lommel verwijzen DAAG en CGG een groot aantal revalidanten. Er is eveneens een groot aantal cliënten die op eigen initiatief de weg vinden naar Validag.

In 2011 gebeurde 15 % van de aanmeldingen vanuit het project Activering en Tendering van de VDAB.

Tabel 7: Overzicht volgens heropname

| | Lommel | Tongeren |
|----------|--------|----------|
| 2-3 jaar | 3 | 6 |
| > 3 jaar | 4 | 7 |
| Totaal | 7 | 13 |

Heropname na het voltooiën van een revalidatieprogramma is in beide centra gedaald ten opzichte van 2009.

Tabel 8: Overzicht activiteit na ontslag

| | Ontslag in 2010 | | Ontslag in 2011 | |
|-------------------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Lommel | Tongeren | Lommel | Tongeren |
| Doet beroep op andere hulpverlening | 5 | 2 | 1 | 8 |
| Tewerkstelling | | 7 | 3 | 6 |
| Activiteitencentrum | | | 2 | |
| Opname | | | 2 | |
| Heropname Validag | | 4 | | |
| Toestand idem als bij ontslag | | 5 | | |
| Tewerkstelling/opleiding | 7 | | 2 | 4 |
| Overleden | 2 | 2 | | |
| Zelfstandig huishouden | 9 | 9 | 2 | 8 |
| Zorgboerderij | 4 | | | |
| werkloos | | 1 | | |
| vrijwilligerswerk | 1 | 2 | 1 | 2 |
| arbeidszorg | | | 1 | 2 |
| Geen info | | 8 | 8 | 3 |
| | 28 | 40 | | 33 |

Tabel 9: Overzicht volgens diagnose

| Diagnose op AS I | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|--|-----------|------|-----------|------------|------------|------------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | 7 | 13 | 10 | 15 | 17 | 14 |
| Stemmingsstoornissen | 31 | 56,5 | 45 | 68 | 76 | 63,5 |
| Angststoornissen | 8 | 14,5 | 2 | 3 | 10 | 8,5 |
| Somatoforme stoornissen | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 |
| Dissociatieve stoornissen | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Stoornissen in de impulsbeheersing | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 |
| Dementie na schedeltrauma | | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| ADHD | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Posttraumatische stresstoornis | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 |
| Geen diagnose op As 1 | | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Totaal | 54 | | 66 | 100 | 120 | 100 |

Bij 63,5% van de patiëntenpopulatie die in 2011 beroep deed op ons centrum werd de diagnose stemmingsstoornis vastgesteld. In Tongeren verwijst 15 % naar de diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen, in Lommel 13 %. De diagnose angststoornis wordt in Lommel dan weer meer gesteld.

| Diagnose op AS II | Lommel | | Tongeren | | Totaal | |
|--|--------|----|-----------|------------|------------|------------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN | | | | | | |
| Borderline persoonlijkheidsstoornis | 9 | 17 | 4 | 6 | 13 | 11 |
| Persoonlijkheidsstoornis NAO | 7 | 13 | 7 | 10 | 14 | 11,5 |
| Paranoïde persoonlijkheidsstoornis | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis | 5 | 9 | 15 | 22 | 20 | 16,5 |
| Obsessieve compulsieve persoonlijkheidsst. | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2,5 |
| Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis | | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Cognitieve stoornis | | | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Schizoïde persoonlijkheidsstoornis | 4 | 7 | 4 | 6 | 8 | 6,5 |
| Lichte zwakzinnigheid | | | 4 | 6 | 4 | 3 |
| Pijnstoornis | | | 2 | 3 | 2 | 1,5 |
| Narcistische persoonlijkheidsstoornis | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Aanpassingsstoornis | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1,5 |
| Gedragsstoornis | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Theatrale persoonlijkheidsstoornis | 1 | 2 | | | 1 | 1 |
| Geen diagnose op AS II | 22 | 40 | 26 | 39 | 48 | 40 |
| Totaal | | | 66 | 100 | 120 | 100 |

Voor 60 % van de revalidanten werd een diagnose op As 2 gesteld. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis werd bij 16,5 % gesteld, gevolgd door een borderline persoonlijkheidsstoornis en persoonlijkheidsstoornis nao.

Tabel 10: Momentopnames “actieve dossiers” op 31 december 2011

Lommel

| TABEL 10.1 : HERKOMST VAN DE REVALIDANTEN | | |
|--|---------------|-------------|
| WOONPLAATS | Aantal | % |
| In dezelfde gemeente als het centrum | 8 | 40% |
| In dezelfde provincie : | | |
| In aangrenzende gemeente | 2 | 10% |
| In niet- aangrenzende gemeente | 9 | 45% |
| In andere provincie | | |
| In aangrenzende gemeente | | |
| In niet- aangrenzende gemeente | 1 | 5% |
| Totaal | 20 | 100% |

Tongeren

| TABEL 10.1 : HERKOMST VAN DE REVALIDANTEN | | |
|--|---------------|-------------|
| WOONPLAATS | Aantal | % |
| In dezelfde gemeente als het centrum | 12 | 36% |
| In dezelfde provincie : | | |
| In aangrenzende gemeente | 15 | 46% |
| In niet- aangrenzende gemeente | 6 | 18% |
| In andere provincie | | |
| In aangrenzende gemeente | | |
| In niet- aangrenzende gemeente | | |
| Totaal | 33 | 100% |

Lommel

| TABEL 10.2: STOORNIS-LEEFTIJD | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV, as I | LEEFTIJD | | | | | | | | | | | Totaal | % |
| | 0-3 | 4-6 | 7-9 | 10-12 | 13-18 | 19-21 | 22-30 | 31-40 | 41-50 | 51-65 | +65 | | |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | | | | | | | | 1 | 1 | | | 2 | 10% |
| Stemmingsstoornissen | | | | | | | | 3 | 7 | 1 | 1 | 12 | 60% |
| Angststoornissen | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | 3 | 15% |
| Somatoforme stoornissen | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 5% |
| St. in de impulsbeheersing | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 5% |
| ADHD | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 5% |
| Totaal | | | | | | | 3 | 5 | 10 | 1 | 1 | 20 | |
| % | | | | | | | 15% | 25% | 50% | 5% | 5% | | 100% |

Tongeren

| TABEL 10.2: STOORNIS-LEEFTIJD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|-------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV, as I | LEEFTIJD | | | | | | | | | | | Totaal | % |
| | 0-3 | 4-6 | 7-9 | 10-12 | 13-18 | 19-21 | 22-30 | 31-40 | 41-50 | 51-65 | +65 | | |
| Stemmingsstoornissen | | | | | | | | 1 | 8 | 11 | | 20 | 61% |
| Somatoforme stoornis | | | | | | | | 1 | 1 | | | 2 | 6,0% |
| Angsstoornis | | | | | | | | 1 | 3 | | | 4 | 12% |
| Schizofrenie en ander psychotische st | | | | | | | 1 | 2 | 1 | | | 4 | 12,0% |
| Dementie door schedeltrauma | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 3% |
| Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 3% |
| Stoornis in de impulsbeheersing | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 3% |
| Totaal | | | | | | | 3 | 6 | 13 | 11 | | 33 | 100% |
| % | | | | | | | 9% | 18% | 40% | 33% | | | |

Lommel

| TABEL 10.3: STOORNIS-SCHOOLNIVEAU-ACTIVITEIT | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|----------------|----|----------|------------|------|------------------------|----------|---------------------|--------|----|-------------------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV AS I | Hoger onderwijs | Geen opleiding | Tewerkstelling | | leefloon | Andere | | | | | Totaal | % | |
| | | | Gewoon | BW | | Huishouden | OCMW | Ziekte Invaliditeit | pensioen | tegemoet- koming | | | Werk- loosheid |
| ADHD | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 5,00% |
| Schizofrenie e.a. psychotische | | | | | | | | 2 | | | | 2 | 10,0% |
| Stemmingsstoornissen | | | 1 | | 1 | 2 | | 6 | 1 | | 1 | 12 | 60% |
| Angststoornissen | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 3 | 15% |
| Stoornis in de impulsbeheersing | | | | | | 1 | | 1 | | | | 2 | 10,0% |
| Totaal | | | 1 | | 2 | 3 | | 11 | 1 | | 2 | 20 | |
| % | | | 5% | | 10% | 15% | | 55,0% | 5% | | 10,0% | | 100% |
| % per groep | | | | | | | | | | | | | |

Tongeren

| TABEL 10.3: STOORNIS-SCHOOLNIVEAU-ACTIVITEIT | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------------------------|----------------|----|----------|------------|------|------------------------|----------|---------------------|--------|----|-------------------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV AS I | Geen onderwijs | Verhoogd kindergeld | Tewerkstelling | | leefloon | Andere | | | | | Totaal | % | |
| | | | Gewoon | BW | | Huishouden | OCMW | Ziekte Invaliditeit | pensioen | tegemoet- koming | | | Werk- loosheid |
| stemmingsstoornis | | | | | | | | 13 | 3 | | 4 | 20 | 61% |
| Somatoforme stoornis | | | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | 6% |
| Angsstoornis | | | | | | | | 1 | | | 3 | 4 | 12% |
| schizofrenie | | | | | | | | 2 | | 2 | | 4 | 12% |
| dementie door schedeltrauma | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 3% |
| anti-sociale persoonlijkheidsstoornis | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 3% |
| stoornis in de impulscontrole | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 3% |
| Totaal | | | | | | | | 18 | 3 | 3 | 9 | 33 | |
| % | | | | | | | | 55% | 9% | 9% | 27% | | 100% |
| % per groep | | | | | | | | | | | | | |

Lommel

| TABEL 10.4: STOORNIS-GESLACHT-BETROKKEN DISCIPLINES | | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV, as I | Geslacht | | Geregistr. bij V.F. | Betrokken disciplines | | | | | |
| | M | V | | Logopedie | Kine. | Psychomot. | Ergo. | Psychoth. | Maatsch. Werk |
| ADHD | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | 2 | | | 2 | 2 | 1 | 2 | | 2 |
| Stemmingsstoornissen | 2 | 10 | | 4 | 10 | 10 | 11 | 7 | 8 |
| Angststoornissen | | 3 | | | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Stoornissen in de impulsbeheersing | | 2 | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Totaal | 4 | 16 | | 9 | 17 | 17 | 19 | 13 | 15 |
| % | 20,0% | 80,0% | | 45% | 85% | 85% | 95% | 65% | 75% |

Tongeren

| TABEL 10.4: STOORNIS-GESLACHT-BETROKKEN DISCIPLINES | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------------------|-----------------------|------------|------------|-------------|------------|---------------|
| Doelgroep cfr. DSM-IV, as I | Geslacht | | Geregistr. bij V.F. | Betrokken disciplines | | | | | |
| | M | V | | Logopedie | Kine. | Psychomot. | Ergo. | Psychoth. | Maatsch. Werk |
| Stemmingsstoornis | 9 | 11 | | | 5 | 17 | 20 | 20 | 10 |
| Somatoforme stoornis | | 2 | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Angststoornis | 2 | 2 | | | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 2 | 2 | 1 | | | 4 | 4 | 4 | 4 |
| dementie door schedeltrauma | 1 | | | | | 1 | 1 | | 1 |
| Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Stoornis in de impulscontrole | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Totaal | 14 | 19 | 1 | | 8 | 30 | 33 | 32 | 20 |
| % | 43% | 57% | 3% | | 24% | 91% | 100% | 97% | 60% |

Commentaar op de cijfergegevens : momentopname van de actieve dossiers op 31.12.2011

Tabel 10.1 : Herkomst van de revalidanten

In de revalidatiecentra van Lommel en Tongeren zijn 2 van de 5 revalidanten afkomstig uit dezelfde gemeente als het centrum. Opvallend voor het centrum te Lommel is dat 45 % afkomstig is van een niet-aangrenzende gemeente, terwijl in het centrum in Tongeren bijna de helft afkomstig is van een aangrenzende gemeente.

Tabel 10.2 : Stoornis – Leeftijd :

In Lommel is 75 % van de patiëntenpopulatie tussen 31 en 50 jaar. 90 % van de populatie is 50 jaar of jonger. Bij 60 % van de patiënten werd de diagnose stemmingsstoornissen gesteld.

In Tongeren is op 31.12.2011 58 % van de patiëntenpopulatie in de leeftijdscategorie 31 tot 50 jaar. Het percentage 50+-ers ligt hoger dan in Lommel nl. 33 %. Bij 61 % van de patiënten werd de diagnose stemmingsstoornis gesteld.

Tabel 10.3 : Stoornis - schoolniveau - activiteit :

Beide centra worden gekenmerkt door een inactieve bevolking. In Lommel en in Tongeren zijn respectievelijk 55 % niet actief omwille van ziekte en invaliditeit. In Tongeren geniet 9 % van een tegemoetkoming mindervaliden. Het aantal cliënten met een werkloosheidsuitkering stijgt.

Tabel 10.4 : Stoornis – geslacht – betrokken disciplines :

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

Tabel 11: Verdeling volgens aanmelding

Lommel

| TABEL 11.1: AANMELDINGSREDEN-INITIATIEFNEMER TOT VERWIJZING | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------|-------------------|------------|----------|-----------|----|----------|-------------|----------|-----|----------|-----------|------------------|
| Doelgroep DSM-IV diagnose AS I | | | | | | | | | | | | Totaal | % | |
| | Eigen initiatief | Arts | Sociale dienst | Psychiater | Andere | PZ | AZ | TAZ | DAGG CGG | PAAZ | PTZ | | | BESCHUT WONEN |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | 4 | | | 1 | | 3 | | 1 | | | | 1 | 10 | |
| Stemmingsstoornissen | 4 | 1 | 2 | 7 | | 5 | | 1 | 6 | 1 | | 1 | 28 | |
| Angststoornissen | | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 5 | |
| Aandachts- en gedragstoornis | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Stoornis in de impulsbeheersing | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | |
| Aan middelen gebonden stoornis | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | | | 3 | |
| Somatische stoornis | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Geen diagnose op AS I of onbekend | | 1 | | 1 | 6 | | | | 1 | 2 | | 1 | 12 | |
| Autisme | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| Totaal | 9 | 2 | 4 | 9 | 8 | 10 | | 4 | 8 | 4 | | 4 | 28 | |
| % | | | | | | | | | | | | | | |

Tongeren

| TABEL 11.1: AANMELDINGSREDEN-INITIATIEFNEMER TOT VERWIJZING | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--------------|------------|------------------------------|------------|------------|-----------|----------|-------------|-------------|-------------|------------------|-----------|------------|
| DSM-IV diagnose AS I | Eigen initiatief | Huis Arts | Psychiater | Thuisbegelei- dingsdienst | OCMW | justitie | PZ | AZ | PAAZ MPD | DAGG CGG | TAZ VDAB | Beschut wonen | Totaal | % |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Verslavingsproblematiek | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1,5 |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | 1 | | | | | | 7 | | 1 | | 1 | | 10 | 15,5 |
| Angststoornis | | | | | | | | | | | 2 | | 2 | 3 |
| Somatisatie stoornis | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1,5 |
| Stoornissen in de impulsbeheersing | 1 | | | 2 | | | 1 | | | | | 1 | 5 | 8 |
| Zwakzinnigheid | | | | 2 | | | | | | | | | 2 | 3 |
| Geen diagnose | 1 | | | | | | 2 | | | | 1 | | 4 | 6 |
| Totaal | 10 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 21 | 3 | 5 | 2 | 11 | 1 | 64 | |
| % | 15,5 | 3 | 3 | 8 | 1,5 | 1,5 | 33 | 5 | 8 | 3 | 17 | 1,5 | | 100 |

Lommel

| TABEL 11.2: GEVOLG OP AANMELDINGEN GEDURENDE 2011 | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|---------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------|-----------|---|
| Doelgroep DSM-IV diagnose AS I | Geen onderzoek | Onderzocht geen therapie voorstel | Therapie gestart | Wachlijst op 31.12 Voor onderzoek | Later opnieuw aangemeld | Andere | Totaal | % |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | 3 | 1 | 4 | 2 | | | 10 | |
| Stemmingsstoornissen | 2 | 3 | 19 | 4 | | | 28 | |
| Angststoornissen | 1 | 1 | 3 | | | | 5 | |
| Stoornissen in de impulsbeheersing | | | 1 | | | | 1 | |
| Aan middelen gebonden stoornissen | 2 | 1 | | | | | 3 | |
| Somatisatie stoornis | | | 1 | | | | 1 | |
| Eetstoornis | | | | | | | | |
| Persoonlijkheidsstoornis | | | | 1 | | | 1 | |
| Geen diagnose op As I of onbekend | 9 | 3 | | | | | 12 | |
| autisme | | 1 | | | | | 1 | |
| Totaal | 17 | 10 | 28 | 7 | | | 62 | |
| % | | | | | | | | |

Tongeren

| TABEL 11.2: GEVOLG OP AANMELDINGEN GEDURENDE 2011 | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|---------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------|-----------|-------------|
| Doelgroep DSM-IV diagnose AS I | Geen onderzoek | Onderzocht geen therapie voorstel | Therapie gestart | Wachlijst op 31.12 Voor onderzoek | Later opnieuw aangemeld | Andere | Totaal | % |
| Stemmingsstoornissen | 6 | | 30 | | 2 | 1 | 39 | 61 |
| Verslavingsproblematiek | 1 | | | | | | 1 | 1,5 |
| Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen | | | 7 | | | 3 | 10 | 16 |
| Angststoornissen | | | 2 | | | | 2 | 3 |
| Zwakzinnigheid | 2 | | | | | | 2 | 3 |
| Somatisatiestoornis | | | 1 | | | | 1 | 1,5 |
| Diagnose onbekend | 4 | | | | | | 4 | 6 |
| Stoornis in de impulsbeheersing | | 2 | 3 | | | | 5 | 8 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Totaal | 13 | 2 | 43 | | 2 | 4 | 64 | |
| % | 21% | 3% | 67,0% | | 3,0% | 6 | | 100% |

Tabel 11.1 : Verdeling volgens aanmelding :

De meest voorkomende redenen om zich aan te melden in ons centrum zijn stemmingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen. De verwijzingen in Lommel gebeuren vooral door sociale diensten, dag-cgg of op eigen initiatief van de patiënt. In Tongeren gebeuren de verwijzingen vooral door psychiatrische ziekenhuizen, paaz-afdelingen van algemeen ziekenhuis en een vrij hoog percentage van cliënten die zich op eigen initiatief aanmelden.

Tabel 11.2. Gevolg op aanmelding gedurende 2010 :

In Tongeren is 68,5 % van de aanmelders meteen een revalidatieprogramma gestart. In Lommel 61 %.

Tabel 12: revalidatiestop

Lommel

| TABEL 12.1: STOORNIS-REDEN STOP | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|----------|--------|-------------------------------|---------|---------|-----------|-----------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|-------------|
| Doelgroep DSM-IV AS I | Doelstellingen bereikt | | Stop tgv regelgeving | | | Op initiatief van het centrum | | | | Op initiatief patiënt | ziekte | Omwille van onder- breking | Totaal | % |
| | Voor max. | Bij einde | Max. | Max. | Geen 3 | Geen | Financ. | Inhoud. | Onvold. | | | | | |
| | periode | max. periode | duur | leeftijd | Disc. | motivatie | Reden | Reden | Evolutie | | | | | |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | 1 | 1 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | 6 | 19% |
| Stemmingsstoornissen | 3 | 4 | | | | | | | | 3 | 2 | 5 | 17 | 53% |
| Angststoornissen | 2 | 1 | | | | | | | | 2 | | | 5 | 16% |
| Somatoforme stoornissen | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 3% |
| Stoornissen in de impulsbeheersing | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 2 | 6% |
| Autistische stoornis | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 3% |
| Totaal | 6 | 7 | | | | 1 | | | 2 | 7 | 2 | 7 | 32 | |
| % | 19% | 22% | | | | 3% | | | 6% | 22% | 6% | 22% | | 100% |

Tongeren

| TABEL 12.1: STOORNIS-REDEN STOP | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|----------|--------|-------------------------------|---------|-------------|----------|-----------------------------|-------------|-----------|-------------|--|
| Doelgroep DSM-IV AS I | Doelstellingen bereikt | | Stop tgv regelgeving | | | Op initiatief van het centrum | | | | Op initiatief patiënt | opname | Totaal | % | |
| | Voor max. | Bij einde | Max. | Max. | Geen 3 | Geen | Financ. | Inhoud. | Onvold. | | | | | |
| | periode | max. periode | duur | leeftijd | Disc. | motivatie | Reden | Reden | Evolutie | | | | | |
| Cognitieve stoornis | | | | | | | | | | | | | | |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | 1 | | | | | 2 | | | | 2 | 1 | 6 | 18,0% | |
| Stemmingsstoornissen | 8 | 5 | | | | 1 | | 2 | | 7 | 2 | 25 | 76% | |
| Somatoforme stoornissen | | | | | | | | | | | | | | |
| Stoornissen in de impulscontrole | 1 | | 1 | | | | | | | | | 2 | 6,0% | |
| Angststoornissen | | | | | | | | | | | | | | |
| Totaal | 10 | 5 | 1 | | | 3 | | 2 | | 9 | 3 | 33 | | |
| % | 30,5% | 15,5% | 3,0% | | | 9,0% | | 6,0% | | 27% | 9,0% | | 100% | |

Lommel

| TABEL 12.2 STOORNIS-REVALIDATIEDUUR BIJ ONTSLAG | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|------------|-----------|---------|------|------|--------|-----------|-------------|
| Doelgroep | REVALIDATIEDUUR BIJ THERAPIESTOP | | | | | | | Totaal | % | |
| | 0-6 m | 7-12 m | 13-18 m | 19-24 m | 25-36 m | 3 jr | 4 jr | | | > 5 jr |
| cfr. DSM-V, as I | | | | | | | | | | |
| Autisme | | | 1 | | | | | | 1 | 3% |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | 3 | 1 | 1 | 1 | | | | | 6 | 20% |
| Stemmingsstoornissen | 9 | 3 | 5 | | | | | | 17 | 53% |
| Angststoornissen | 1 | 3 | | 1 | | | | | 5 | 15% |
| Somatoforme stoornissen | | 1 | | | | | | | 1 | 3% |
| St. in de impulsbeheersing | 1 | | 1 | | | | | | 2 | 6% |
| Totaal | 14 | 8 | 8 | 2 | | | | | 32 | |
| % | 44% | 25% | 25% | 6% | | | | | | 100% |

Tongeren

| TABEL 12.2 STOORNIS-REVALIDATIEDUUR BIJ ONTSLAG | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|--------------|---------|---------|------|------|--------|-----------|--------|
| Doelgroep | REVALIDATIEDUUR BIJ THERAPIESTOP | | | | | | | Totaal | % | |
| | 0-6 m | 7-12 m | 13-18 m | 19-24 m | 25-36 m | 3 jr | 4 jr | | | > 5 jr |
| DSM IV, as I | | | | | | | | | | |
| Cognitieve stoornissen | | | | | | | | | | |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | 4 | | 2 | | | | | | 6 | 18,0% |
| Stemmingsstoornissen | 13 | 5 | 7 | | | | | | 25 | 76% |
| Angststoornissen | | | | | | | | | | |
| Stoornissen in de impulscontrole | 1 | | 1 | | | | | | 2 | 6,0% |
| Totaal | 18 | 5 | 10 | | | | | | | |
| % | 55,0% | 15% | 30,0% | | | | | | 33 | |

Lommel

TABEL 12.3: STOORNIS-ACTIVITEIT NA ONTSLAG

| Doelgroep cfr. DSM-V, as I | opleiding | Vrijwilligers werk | Tewerkstelling | | Opvang in voorzien. VI. Fonds | Zelfst. Huis houden | Andere opname doorverw. | geen info geen activiteit ziekenfonds | Totaal | % |
|------------------------------------|-----------|-----------------------|----------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|-----------|-------------|
| | | | Gewoon | zorg boerderij | | | | | | |
| Autisme | | | 1 | | | | | | 1 | 3% |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | | 1 | 1 | | | | 2 | 2 | 6 | 20% |
| Stemmingsstoornissen | 1 | 3 | 1 | | | 2 | 3 | 7 | 17 | 53% |
| Angststoornissen | 1 | 2 | | | | 2 | | | 5 | 15% |
| Somatoforme stoornissen | | | | | | | 1 | | 1 | 3% |
| St; in de impulsbeheersing | | | | | | | 2 | | 2 | 6% |
| Totaal | 2 | 6 | 3 | | | 4 | 8 | 9 | 32 | |
| % | 6% | 19% | 10% | | | 12% | 25% | 28% | | 100% |

Tongeren

TABEL 12.3: STOORNIS-ACTIVITEIT NA ONTSLAG

| Doelgroep cfr. DSM-V, as I | opleiding | Tewerkstelling | | Vrijwilligers werk | doorverwijzing andere hulpverlening | Zelfst. Huis houden | Andere opname doorverw. | geen info geen activiteit ziekenfonds | Totaal | % |
|------------------------------------|--------------|----------------|----|-----------------------|---|---------------------------|-------------------------------|---|-----------|-------------|
| | | Gewoon | BW | | | | | | | |
| Cognitieve stoornissen | | | | | | | | | | |
| Schizofrenie e.a. psychotische st. | 1 | | | | 1 | | 1 | 3 | 6 | 18,0% |
| Stemmingsstoornissen | 3 | 5 | | 3 | 2 | 6 | 2 | 4 | 25 | 76% |
| Angststoornissen | | | | | | | | | | |
| Stoornis in de impulscontrole | | | 1 | | | 1 | | | 2 | 6,0% |
| Totaal | 4 | 6 | | 3 | 3 | 7 | 3 | 7 | 33 | |
| % | 13,0% | 18,0% | | 9,0% | 9,0% | 21% | 9% | 21,0% | | 100% |

Tabel 12.1 : Stoornis – reden stop :

In 2011 werden in Tongeren 33 revalidanten ontslagen. Bij 1 op 2 revalidanten werden de vooropgestelde doelstellingen bereikt. 27 % van de revalidanten besloot zelf vroegtijdig een punt te zetten achter de revalidatie.

In Lommel werd bij 32 mensen de revalidatie stopgezet. Bij 41 % werden de vooropgestelde doelstellingen bereikt. 22 % van de revalidanten beëindigde de revalidatie zelf.

Tabel 12.2 : Stoornis –revalidatieduur bij ontslag :

De revalidatieduur is door de RIZIV-conventie bepaald op maximum 2 jaar. Voor de meeste patiënten is deze periode voldoende om de doelstellingen te bereiken.

In beide centra stopt meer dan 70 % van de patiënten gedurende het eerste jaar. In Lommel doorloopt 31 % de maximumtermijn bepaald door het RIZIV en in Tongeren 30 %.

Tabel 12.3 : Stoornis – activiteit na ontslag :

Uit de gegevens van Lommel blijkt dat 12% van de revalidanten er in slaagt zelfstandig het huishouden te doen na ontslag. In Tongeren is dit 21 %. In Lommel start 10 % in een gewone tewerkstelling en 19 % met vrijwilligerswerk. In Tongeren is 18 % opnieuw tewerkgesteld in het reguliere arbeidscircuit en 9 % doet vrijwilligerswerk.

Het percentage geen info wordt vooral bepaald door cliënten die vroegtijdig hun revalidatie afronden.

POËZIE ALS DREMPELVERLAGEND MIDDEL IN GROEPSTHERAPIE

Dit eindwerk werd uitgewerkt binnen twee therapieën, creatief uur en creatieve therapie, die VZW Validag aanbiedt aan zijn patiënten. Zodra er weet is van welke patiënten geïnteresseerd zijn in poëzie in de hulpverlening, zal deze toepassing van het eindwerk uitgebreid worden naar individuele gesprekken. De motivatie, om met poëzie verder te werken in de hulpverlening, wordt afgetoetst tijdens de besprekingen van de opdrachten rond poëzie.

Eerst worden de twee therapieën kort toegelicht waarin het handelingsontwerp uitgewerkt wordt. Op die manier wordt de bedoeling van deze therapieën, binnen het revalidatiecentrum, duidelijk. Hierna wordt de uitwerking van het handelingsontwerp weergegeven binnen de setting. Dan zijn er de bevindingen van de patiënten, van de betrokken therapieën, die via korte interviews worden weergegeven. Tot slot wordt er in de conclusie een kort besluit geformuleerd van de toepassing, van de gebruikte methodieken, binnen de hulpverlening.

DE TWEE TOEGEPASTE GROEPSTHERAPIEËN

Creatief uur

Creatief uur is een therapie die plaatsvindt in een groep van ongeveer tien personen. De ergotherapeut begeleidt deze sessie en leert de patiënten elke week technieken aan waarmee ze iets kunnen maken. Bijvoorbeeld technieken om: geschenkverpakkingen te maken, theelichthouders te maken, versiering te maken. Deze activiteit is gericht op het vinden van een zinvolle vrijetijdsbesteding en het besef dat elke patiënt vaardigheden bezit. Belangrijke doelstellingen hierbij zijn: leren samenwerken, zich kunnen houden aan regels en afspraken, het afwerken van activiteiten en gestructureerd leren werken. De ervaring van iets te kunnen heeft een positief effect. De patiënt krijgt meer zelfvertrouwen en zijn gevoel van eigenwaarde gaat groeien.(VZW Validag)

Creatieve therapie

De creatieve therapie wordt gegeven door de ergotherapeut en de psycholoog van Validag. De opdrachten die zij maken binnen de therapie worden aangegeven door de ergotherapeut. De nabespreking gebeurt samen met de psycholoog.

De creatieve therapie is een therapie waarbij de patiënt creatief bezig is, net zoals bij het creatieve uur. Het verschil met creatief uur is dat het bij deze therapie niet de bedoeling is om iets moois te maken, maar dat de patiënt via creatieve bezigheden zijn gevoelens leert te uiten.

De therapie is bedoeld opdat de patiënt op een non-verbale manier tot inzichten komt over zichzelf. Het leren stilstaan, ontdekken en uitdrukken van gevoelens, leren samenwerken, leren kijken en luisteren naar elkaar, rekening houden met elkaar en nieuwe mogelijkheden exploreren.

Emoties die men niet onder woorden kan brengen, kunnen soms aan bod komen via het werken met allerlei verschillende materialen. Waar het verbale stopt kan een beeldende vorm een vertaling zijn aan iemands problemen. Een werkstuk kan een

spiegel worden van hemzelf. Het naar buiten brengen van gevoelens kan opluchting geven. De patiënten krijgen ruimte om te experimenteren met vormen, kleuren en compositie aan de hand van beeldend materiaal. Het is ook mogelijk dat de nadruk op plezier of ontspanning ligt.

Binnen de creatieve therapie wordt er vanuit een zekere structuur gewerkt. Er wordt een thema, onderwerp of materiaalkeuze vanuit de therapeut aangeboden. Enerzijds kan men de eigen mogelijkheden leren ontdekken en uitbreiden, anderzijds leert men de eigen grenzen kennen en accepteren. Daarnaast zijn ook communicatie en interactie een belangrijk onderdeel van de creatieve therapie omdat de eindresultaten in groep besproken worden met de ergotherapeut en de psycholoog.(VZW Validag)

DE UITWERKING PER THERAPIE

In samenspraak met de betrokken therapeuten is er overeengekomen dat de handelingsontwerpen in de maand april, tijdens creatief uur en creatieve therapie, toegepast worden binnen VZW Validag. Concreet wil dit zeggen dat elke dinsdag voormiddag, tijdens creatief uur, en elke woensdag namiddag, tijdens creatieve therapie, in de maand april het eindwerk toegepast wordt tijdens het samenkomen van de aanwezige cliënten.

Na veel zoekwerk naar creatieve opdrachten met poëzie, werden het vooral persoonlijke ideeën die gebruikt worden tijdens de toepassing van de handelingsontwerpen. Het woord 'Poëzie' klinkt in vele oren al een groen beest, wordt geassocieerd met kunst en wekt niet onmiddellijk veel enthousiasme. Door de creatieve opdrachten, worden de patiënten gemotiveerd om deel te nemen aan de activiteit. Bij 'Creatief uur' wordt de eerste toepassing van het handelingsontwerp uitgevoerd. Het doel hierbij is om mensen over zichzelf te laten spreken in groep via spreuken. De eerste opdracht bij 'Creatieve therapie' laat de mensen kennis maken met poëzie en probeert hen de smaak naar meer poëzie te pakken laten krijgen. De tweede opdracht van deze therapie is bedoeld om echt actief in groep te gaan werken met en rond poëzie. Aan het einde van die activiteit wordt er nagegaan of het drempelverlagend was, om via deze manier te praten over gevoelens.

In dit onderdeel van het eindwerk vindt u op een gestructureerde wijze mijn toepassing van het eindwerk. Die bestaat uit een motivatie, de benodigdheden, de werkwijze en het resultaat.

Creatief uur

In de sessies van creatief uur wordt poëzie verwerkt in het thema 'Pasen'. Op deze manier worden de patiënten verleid om met poëzie aan de slag te gaan tijdens de therapie.

Motivatie

Er is gekozen om tijdens creatief uur een paasei te maken in papier-maché. Het papier-maché is een extra laag over het piepschuimei, om zo het ei egaal te maken zodat het mooi beschilderd kan worden. Daarna mogen ze, de patiënten, een spreuk kiezen, uit een lijst spreuken die hen ter beschikking gesteld worden, of ze mogen zelf een spreuk maken. Het aanbieden van de spreuken moet een stimulans zijn om mee te doen aan de therapie. Via deze sessie wordt bij de aanwezige cliënten getoetst wat zij vinden van poëzie in de hulpverlening en worden ze warm gemaakt meer van

poëzie gebruik te maken. Wie er meer interesse voor toont, wordt in een individueel gesprek aangesproken.

Benodigdheden

De benodigdheden die hierbij gebezigd worden: spreuken, piepschuimeieren, behangerslijm, krantenpapier, verf, penselen, touw en een paasboom. De paasboom is kosteloos verkregen. Het is namelijk in de organisatie belangrijk om goed te letten op de uitgaven omdat zij vooral steunt op subsidies en ze hierdoor weinig inkomsten heeft.

Werkwijze

Iedere patiënt krijgt een ei uit piepschuim. Eerst beschermt de cliënt het ei met papiermaché en laat dit drogen. Dan komt er een eerste laag witte verf op het ei. Wanneer dit klaar is, kan er op het ei een spreuk geschreven of geschilderd worden waarin de cliënt zichzelf uitdrukt. Tot slot kan hij het ei nog versieren. Er liggen spreuken klaar waar ze uit kunnen kiezen, maar ze mogen ook zelf spreuken verzinnen. Spreuken zijn: *'Een kernachtige uitspraak die een levenswijsheid of een vermaning inhoudt, vooral met een zedelijke of godsdienstige strekking'* (Vonscheven). Dit is net als poëzie, een tekst die als een communicatiesituatie tussen een dichter en een lezer kan gebruikt worden (Wikipedia). Als een ei klaar is, mag er een touwtje aan vastgemaakt worden zodat het in de paasboom kan gehangen worden.

Op het einde van het creatief uur wordt er een bespreking gevoerd met de aanwezige cliënten. Elke cliënt toont zijn ei of eieren die hij in deze sessie bewerkt heeft. De cliënt mag dan aan de anderen uitleggen welke spreuk er op zijn ei of eieren staat geschreven en waarom hij net voor die spreuk heeft gekozen. Dan is voor iedereen duidelijk waarom de patiënt die specifieke spreuk heeft gekozen. En de patiënt heeft over zichzelf verteld zonder dit letterlijk te benoemen, maar dit via een spreuk neergezet.

Na de sessie komen alle eieren in de paasboom te hangen. In de hal van het gebouw kan iedereen genieten van de eieren in de boom.

Resultaat

De doelstelling is bereikt. Iedere aanwezige patiënt heeft iets meer over zichzelf verteld, in de groep, via één of meerdere spreuken. Het voelde minder confronterend aan. Net dit laatste toont aan dat poëzie drempelverlagend kan werken wanneer mensen iets moeten zeggen over zichzelf.

De doelstellingen die bij elke sessie van creatief uur worden nagestreefd, zijn ook bereikt. De patiënten zijn op een gestructureerde wijze tewerk gegaan om tot een goed resultaat te komen. Verder hebben ze ook afspraken moeten maken met elkaar. Er was maar één naald ter beschikking, om het koordje aan het ei te bevestigen, hierdoor moesten de patiënten afspreken in welke volgorde dit materiaal doorgegeven werd om te gebruiken. Tot slot hebben ze allemaal hun ei kunnen afwerken. Het resultaat is, letterlijk, een boom versiert met paaseieren waarop spreuken pronken. Elke spreuk omschrijft iets persoonlijks van de cliënten. Door deze spreuken kunnen ze iets over zichzelf vertellen zonder dit letterlijk te benoemen. Dit is voor hen drempelverlagend en minder confronterend.

De paasboom stelt de organisatie voor en de eieren zijn onze cliënten die elk via hun problematiek met onze organisatie verbonden zijn.

In bijlage staat het werkschema dat op stage is gehanteerd tijdens deze sessie.

Bijlage twee is een lijst van de verschillende spreuken, die aangeboden werden.

Diegene die hierin gemarkeerd zijn, werden gebruikt door de patiënten tijdens deze sessie op stage.

Creatieve therapie

Tijdens 'Creatieve therapie' werden twee opdrachten uitgewerkt, met de patiënten, verdeeld over vier sessies. De eerste opdracht werd in één sessie uitgewerkt, de tweede opdracht was een groepswerk waarvoor de patiënten drie sessies ter beschikking hadden.

Opdracht 1: Kleurenelfjes

Motivatie

De groep van 'Creatieve therapie' bestaat voor 90% uit andere patiënten dan bij 'Creatief uur'. Omwille van die reden wordt er eerst een opwarmingssessie in elkaar gestoken. Via deze eerste opdracht is het de bedoeling om de groep te verwelkomen in de wereld van de poëzie. De patiënten worden getoetst op de drempelverlagende werking die poëzie heeft om te praten over iets persoonlijks, bijvoorbeeld iemands lievelingskleur. Hiermee wordt de drempel verlaagd om nog meer te werken met poëzie binnen de hulpverlening. De volgende opdracht is namelijk een gedicht maken via de methodiek van het derde element.

De eerste opdracht gebeurt individueel omdat poëzie door iedereen anders geïnterpreteerd kan worden. De patiënten worden er zich van bewust dat zij poëzie kunnen maken. Dit geeft hen zelfvertrouwen en een positief gevoel over hun kunnen en zichzelf.

Benodigheden

In deze sessie wordt er met weinig materiaal toch veel gemaakt. De aanwezigheid van de patiënten en hun inbreng zijn de grootste benodigheden in de sessie. Tot slot hebben we ook papier, karton, verf en sponsjes nodig.

Werkwijze

Een kleurenelfje bestaat uit:

- 1ste regel: één woord (bv.: lievelingskleur)
- 2de regel: twee woorden (voorwerp met die kleur)
- 3de regel: drie woorden (karakterisering van het onderwerp)
- 4de regel: vier woorden (werkwoord of emotie)
- 5de regel: één woord (term of uitroep ter afsluiting)

Nadat is uitgelegd hoe een kleurenelf er uit ziet, maken we een paar voorbeelden in groep. Zo krijgen de patiënten een beeld van wat de bedoeling is van de opdracht. Vervolgens is het aan hen om een kleurenelf te maken, met hun lievelingskleur.

Deze kleurenelf wordt op een kladblad gemaakt. Op deze manier krijgen de patiënten de mogelijkheid verschillende elfjes te creëren en het beste eruit te halen om mee verder te werken.

Het volgende deel van de opdracht gaat als volgt: je neemt hierna een wit groot blad en je kiest een beeld uit je kleurenelf. Van dat beeld maak je een sjabloon in karton. Dan tamponeer je, met je sponsje, dit sjabloon op het witte blad.

Wanneer dit droog is kan je er je elf overheen schrijven of schilderen.

Resultaat

De doelstelling werd bereikt, de patiënten hebben hun kleurenelf besproken en kwamen hierbij tot inzichten over zichzelf. Hierbij hebben ze de tijd gekregen en genomen om stil te staan bij hun gevoelens.

De doelstelling van creatieve therapie, op een non-verbale manier tot inzichten komt over zichzelf, wordt elke sessie bereid. De cliënten hebben geluisterd naar de opdracht van deze sessie en gekeken naar de voorbeelden die ze samen hebben gemaakt, als ontwerp voor hun eigen kleurenelf. Anderzijds hebben ze hun gevoelens bij de opdracht bespreekbaar gemaakt. Tot slot hebben ze hierbij met elkaar rekening gehouden. Iedereen gaf elkaar de tijd en ruimte om zich uit te drukken bij de bespreking.

Iedere patiënt heeft zijn kleurenelf met bijpassende achtergrond gecreëerd. De kleurenelfen worden besproken. Hierbij worden enkele richtvragen gesteld:

- waarover gaat je elf?
- welk gevoel had je bij deze opdracht?
- wat vind je van het resultaat?
- wat vind jij van poëzie in de hulpverlening?

Het was een kleine groep patiënten. Iedere patiënt was bereid om nog meer te werken rond poëzie. Ze vonden het goed dat ze eerst deze opdracht als een soort van opwarmer kregen. Nu wisten ze dat ook zij poëzie konden maken. Dit gaf hen de motivatie om hiermee door te gaan.

In bijlage drie vindt u de werkfiche waarmee op stage gewerkt werd rond deze sessie.

Opdracht 2: Groepswork met poëzie

Na de opwarmer, rond poëzie in de hulpverlening, van de vorige sessie wordt er nu een stap verder gegaan. In deze opdracht, die verdeeld wordt over drie sessies, gaan de patiënten samen een gedicht maken over het groepsgevoel binnen Validag. Tot slot wordt het gedicht geschreven op een salontafeltje dat gebruikt kan worden in de garage. In de garage zitten de mensen, onder de pauzes als het mooi weer is, in het zonnetje. Zo worden zij herinnerd aan het gemeenschappelijke gevoel dat zij hebben bij Validag.

De doelstelling bij de tweede opdracht is, kijken of de methodiek van het derde element een drempelverlagende werking heeft binnen de hulpverlening. Door de gemeenschappelijke kenmerken, die de aanwezige patiënten hebben, te gebruiken als derde element zou het sneller moeten gaan om tot een gedicht te komen.

Motivatie

Tijdens 'Creatieve therapie' is het niet de bedoeling om iets moois te maken, maar om op een creatieve manier met gevoelens bezig te zijn. Deze doelstelling wordt in groep verwezenlijkt. Om deze opdracht te doen slagen, moeten ze op zoek gaan naar de

gemeenschappelijke gevoelens die ze hebben binnen Validag. Door het gebruik van poëzie zou dit proces vlotter moeten verlopen. Om in deze opdracht te slagen, zal communicatie ook een belangrijk element zijn in deze sessies.

Niet iedere patiënt is even mondig. Het is belangrijk om hier als groep rekening mee te houden. Anderzijds moeten ze als groep overeen komen over de werkwijze. Ze moeten afspraken maken om te slagen in de opdracht.

Het is de bedoeling om de patiënten, via deze opdracht, een gemeenschappelijk doel mee te geven door hun gemeenschappelijk gevoel, het derde element, dat zij hebben als groep binnen Validag te benadrukken. Door dit derde element wordt er een gevoel van samenhang gecreëerd, wat het groepsgevoel van de patiënten binnen Validag kan versterken. Samenwerken kan het werk ook verlichten en via de poëzie kunnen zij zich dan ook nog eens als groep uitdrukken. Iedere patiënt interpreteert het gedicht op zijn manier en toch vindt iedereen zich in het gedicht terug.

Het drempelverlagende bij deze opdracht zit vooral in het uiten van een mening. Via het gedicht uiten de patiënten hun mening over Validag. Ze kunnen via woordspeling iets vertellen over hun gevoel bij Validag zonder dat gevoel letterlijk te benoemen.

Resultaat

Het resultaat van deze driedelige opdracht is een tafeltje met het gedicht op, waarin het groepsgevoel van de patiënten over Validag worden uitgedrukt.

Tot slot hebben ze via poëzie hun mening kunnen neerschrijven over de organisatie. Dit gaat vlotter omdat ze hun mening niet individueel moeten uiten maar in de veiligheid van de groep naar voren brengen.

Toekomst
is voor elk
vlucht niet
toch lach
ja lach
met de weifel
want hier ben je veilig
begrip krijg je
zelfs als je jezelf bent
toekomst komt
dan is het

Dag Vali, dag.