Project Sabayon

1. Inleiding

Het project “Sabayon”, oorspronkelijk getiteld “Via een gedeeld behandelplan naar een Zorgpad VRA?”, ingediend door het ‘Clusteroverleg Alcohol’ binnen het ‘Netwerk GGZ PAKT’ en de ‘Werkgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg’ van de stad Gent, is een intersectorale samenwerking van partners binnen de verslavingszorg én de welzijnszorg.

Door de betrokken partners in het project werd gekozen voor een andere projectnaam omdat de termen ‘veranderingsresistente probleemdrinkers’ naar cliënten toe eerder stigmatiserend werkt.

Maar waarom dan de naam “Sabayon”?

Hierbij enkele verduidelijkingen en metaforen die gekoppeld werden aan de keuze van de naamgeving.

1. Het maken van een goeie ‘Sabayon’ gaat voor velen namelijk gepaard met een proces van ‘vallen en opstaan’:
    - je moet de Sabayon “à la minute” kloppen en je krijgt het best onder de knie door veel te oefenen (de eerste keer lukt niet altijd even goed)
    - “het leven gaat niet altijd over rozen” – iedereen heeft wel eens tegenvallers (in dit geval tijdens begeleiding alcoholproblematiek: een uitglijder of een herval) en onze levensweg is niet vrij van obstakels.
2. Daarnaast is er voor een smeuïge (en dus goede) Sabayon alcoholische drank nodig, want dit garandeert een zogenaamde ‘binding’.
    - Bij de beoogde doelgroep van het project is alcohol vaak een onderdeel van hun leven geworden en is er weinig of geen (hulp)vraag tot verandering meer…
3. Een evenwichtige dosering m.b.t. de verschillende ingrediënten is essentieel; Sabayon wordt, naast de alcoholische drank, ook vaak aangevuld met gezond fruit (aardbeien, frambozen, perzik)
    - onze visie bestaat erin om bij deze specifieke doelgroep niet alleen oog te hebben voor de alcoholproblematiek, maar ook voor aanwezige talenten/krachten en andere levensdomeinen zoals werk, opleiding, relatie, familie/gezin, ontspanning, algemeen welzijn,…
4. “Less is more”: een goeie sabayon staat of valt met zijn eenvoud (probeer m.a.w. geen tien ingrediënten te verwerken, maar hou het bij eigeel, suiker, vruchtensap en versterkte zoete wijn)
    - parallel kan worden getrokken met uitgangspunt van het Sabayon-project: vermijd bij deze chronische problematiek en doelgroep torenhoge of onrealistische verwachtingen zoals totale abstinentie als je weet dat dit toch niet (meer) zal lukken of de cliënt zelf dit niet nodig/realistisch acht;
    - maak ook plaats voor andere (be)handelstrategieën zoals gecontroleerd gebruik, schadebeperkend werken, herstelgericht werken,…

1.1. Beoogde doelstelling van het project

Het project Sabayon stelde zich tot doel om *zorgcontinuïteit en zorgkwaliteit te bieden aan veranderings-resistente probleemdrinkers (VRA) door het huidige aanbod van de zorgpartners nog beter op elkaar af te stemmen en te optimaliseren en zo te komen tot een, ook met de cliënt gedeeld, (be)handelplan.*

1.2. Beoogde methode om de doelstelling te bereiken

De wijze waarop ze deze doelstelling wensten te realiseren was via de uitwerking van een transmuraal (klinisch) zorgpad VRA. Klinische zorgpaden worden gebruikt als methode om zorgprocessen te optimaliseren wanneer zich problemen stellen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging van zorg voor een welbepaalde patiëntengroep (Aeyels, Van der Veken & Vanhaecht, 2016). Tot op heden worden klinische zorgpaden voornamelijk ontwikkeld voor implementatie binnen één residentiële organisatie. Het inzetten van zorgpaden voor transmurale projecten is dus relatief nieuw, zeker binnen de verslavingszorg.

Voor de methodische ontwikkeling van het zorgpad VRA werd gebruik gemaakt van een 7-fasenplanmodel. Dit model werd ontwikkeld door het Netwerk Klinische Paden (NKP) van de KU Leuven (Vanhaecht, Van Gerven, Deneckere, et al., 2011).

1.3. Actoren binnen het project

Het gesubsidieerde project startte in maart 2017 en liep af in September 2018. Sabayon wordt momenteel gecontinueerd dankzij het engagement van alle betrokken actoren. In onderstaande paragrafen worden de betrokken actoren en hun functies binnen het project kort toegelicht.

1.3.1. De projectcoördinator

Als eerste is er de projectcoördinator. Hij was het **aanspreekpunt** voor het brede Sabayon-hulp- en dienstverleningslandschap in Gent, organiseerde dialoogsessies voor hulp- en zorgpartners, stond mee in voor het ontwikkelen van de Sabayon tools (website, flyers, boekjes,…) en organiseerde de driewekelijkse overlegmomenten met de kerngroep.

1.3.2. De procesondersteuner

De procesondersteuner, medewerker van de hogeschool Gent (E-QUAL), was aangesteld vanuit de VAD voor de **wetenschappelijke opvolging** van de twee innoverende projecten. Sinds de start van het Gentse project in 2017 was zij aanwezig op alle lokale overlegmomenten, deed supervisiegesprekken met de coördinator, interviews met cliënten en bevraging bij betrokken zorgpartners, en stond mee in voor de ontwikkeling van de Sabayon tools.

1.3.3. De kerngroep Sabayon

Reeds voor de officiële start van het project op 1 januari 2017 werd er bij **diverse (zorg)partners** uit de regio groot Gent een formele aanvraag naar participatie ingediend. Elf (zorg)partners binnen de verslavingszorg én de welzijnssector hadden zich bereid verklaard om deel uit te maken van het Sabayon netwerk en zich te engageren binnen de kerngroep van Sabayon. De **kerngroep** werd geleid door de projectcoördinator in samenwerking met de projectondersteuner, en bestond o.m. uit vertegenwoordigers van volgende organisaties:

Ambulante/outreachend

1. CGG Eclips : Open consult
2. Dienst Outreachend Werken stad Gent (Straathoekwerk Gent)
3. OCMW Gent
4. MOBiL-teams
5. MobielCrisis Team
6. Brugteam CAW

Residentieel

1. PC Dr. Guislain – campus St-Alfons : Opname 3
2. Intensive Casemanagement (ICM) PC Dr. Guislain
3. PAAZ Jan Palfijn
4. PAAZ Sint-Lucas
5. PAAZ Maria-Middelares
6. UGent: Casemanagment UPSIE

De kerngroep kwam min of meer maandelijks samen en besliste over de uitrol van het project, de ontwikkelde tools en de opvolging ervan.

1.3.4. Drie Gentse overlegtafels

Naast bovenstaande partners werd in het kader van het project beroep gedaan op de medewerking van de drie overlegtafels te Gent. Deze werden tijdens het project ingezet voor het includeren en bespreken van VRA-/ Sabayon-cliënten.

Perspectief OCMW is één van de methodische cellen van OCMW Gent en heeft als doelstelling (ex)drugverslaafden (aan illegale drugs) te (re)integreren in de maatschappij door middel van activering.

Azis+ is een open netwerk voor volwassenen, met ernstige psychiatrische problematiek, die niet in zorg geraken of dreigen uit de zorg te vallen. Methodisch: Overlegtafel met alle actoren uit het netwerk en beperkte outreach, weliswaar versterkt door de nauwe samenwerking met de Mobilteams (PAKT).

Het ClientOverleg-Alcohol (COA) is in 2015 gegroeid vanuit de nood om de zorg/bejegening van personen met een jarenlang alcoholgebruik en alcoholgerelateerde schade op diverse levensdomeinen, meer op elkaar af te stemmen (parallel of sequentieel). De overlegtafel bestaat uit vaste en occasionele partners (algemene gezondheidszorg, gespecialiseerde gezondheidszorg, 1ste/2de/3de lijn), afhankelijk van de cliëntenbespreking.

1.3.5. De stuurgroep Sabayon

De ruimere stuurgroep bestond uit de kerngroep, teamleden van de betrokken actoren en vertegenwoordigers uit andere organisaties/diensten die (nog) niet officieel deel uitmaken van de kerngroep. Deze ruimere stuurgroep fungeerde als een **klankbordgroep** voor het project.

1.3.6. De Sabayon contactpersonen

In Sabayon wordt er gewerkt met een duo aan Sabayon contactpersonen. Deze twee Sabayon contactpersonen worden zoveel mogelijk door de cliënt zelf aangeduid. Eén van de twee contactpersonen is een **partner van het Sabayon netwerk**. De eerste contactpersoon is bij uitstek de toeleider en kan dus een vertrouwde hulpverlener zijn die wel of niet in het Sabayon netwerk is betrokken, een goede vriend, een betrokken partner/ouder, een huisarts… . De contactpersonen

vormen de rode draad in Sabayon. Zij zijn de casemanagers, terugvalfiguren en nemen aanklampendheid en communicatie op zich.

2. Procesevaluatie

Hoewel het 7-fasenplanmodel niet strikt werd gevolgd – sommige fasen overlapten of bepaalde stappen werden omwille van tijdsdruk slechts gedeeltelijk uitgevoerd – vormt het de rode draad vormen doorheen onderstaande tekst.

2.1. Opstart van het project

2.2. Screeningsfase

Het doel van een screeningsfase is om na te gaan of een transmuraal 'klinisch' zorgpad een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers mogelijk maakt. Met behulp van volgende drie activiteiten werd in dit project nagaan of dit doel haalbaar is:

- Probleemdefiniëring duidelijk stellen en bepalen van heldere doelstellingen;
- Peilen naar de visie op alcoholverslaving, herstelondersteunend werken en harm reduction
- Zicht krijgen op de huidige zorgmodules.

2.2.1. Probleemdefiniëring en doelstellingen

Voor de **probleemdefiniëring** werd van bij de start van het project verwezen naar het onderzoek van de VAD 'Een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers' (2015) omdat veel van de in het onderzoeksrapport vermelde knelpunten ook binnen de Gentse context van tel zijn. De betrokken partners erkenden namelijk de noodzaak om voor de omschreven doelgroep te werken vanuit specifieke assumpties op bejegening, eerder dan voor hen "meer van hetzelfde" (d.w.z. meer en intensievere veranderingsgerichte interventies) aan te bieden. Met behulp van een transmuraal zorgpad zou men handvaten ontwikkelen om over sectoren heen een goede samenwerking uit te bouwen zodat er herstelgericht en vanuit een aanklampende houding gewerkt kan worden.

De **doelstellingen** van het project Sabayon werden in maart 2017 besproken en goedgekeurd door de leden van de kerngroep. Bij de discussie rond de specifieke **einddoelen** van Sabayon was iedereen van mening dat niet 'de verbeterde samenwerken' voorop moet staan dan wel' de verhoogde zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van VRA cliënten'. M.a.w. het zorgpad moest het middel zijn om de einddoelen te bereiken. De doelen werden als volgt geëxpliciteerd:

Het ultieme streefdoel van Sabayon is een **verhoogde zelfredzaamheid en kwaliteit van leven** van de VRA cliënten. Specifiek wil dit zeggen dat:

- de cliënt **actief betrokken** is bij de ontwikkeling van het zorgpad; hij heeft de regie in eigen handen.
- de frequentie van incidentele zorg, crisisgebonden **schade** en de uiteindelijk nodige **zorgzwaarte is afgenomen**.
- de **zorgcontinuïteit** wordt mogelijk gemaakt door voortdurende visieconflicten m.b.t. gebruik, om te buigen ten voordele van de realisatie van een "**duurzaam en haalbare leefstijl**" die aansluit bij de doelstellingen en de verwachtingen van de cliënt.

- de fysiologisch/somatisch ongewenste sterk schommelende zwaar drinken/droog/zwaar drinken – cyclus is doorbroken.

Het **aanbod van de zorgpartners** binnen de verslavingszorg én de welzijnspartners is op elkaar **afgestemd.**

- De partners werken vanuit een **gedeelde visie** op herstel en harm reduction
- Er is een goed onderlinge **communicatie**
- Er is een goede **informatiedoorstroom**
- De verschillende zorgmodules **sluiten op elkaar aan**/ er is geen overlap
- De **coördinatie** tussen de verschillende zorgpartners verloopt vlot

Het **aanbod** is verder **geoptimaliseerd**

- Bestaande **zorgmodules** werden **aangepast** waar nodig.
- **Nieuwe zorgmodules** werden uitgewerkt.
- **Nieuwe samenwerkingsverbanden** werden uitgebouwd. (vb: sport en beweegzoekers,…)

Er is een **gedeeld (be)handelplan** voor VRA cliënten.

- De **cliënt** wordt door de verschillende zorgpartners **geïncludeerd**.

Naast het bespreken van de transmurale doelstellingen werd ook aandacht besteed aan de doelstellingen van de eigen organisatie binnen het project. Iedere partner werd aangemoedigd om dit binnen het eigen team verder op te nemen, maar er werden geen officiële afspraken gemaakt.

2.2.2. Peilen naar de visie op alcoholverslaving, herstelgericht werken en harm reduction

De visie van praktijkwerkers op alcoholverslaving, herstelgericht werken en harm reduction werd via een korte vragenlijst (deels gebaseerd was op gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de 'Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire' (SAAPPQ), de Recovery Oriented Practices Index (ROPI) (zie bijlage 1)) bevraagd tijdens de **dialoogsessies.** Deze dialoogsessies werden georganiseerd voor de verschillende teams van betrokken partners door de projectcoördinator, met ondersteuning van een ervaren praktijkwerker. Het doel van een dialoogsessie was om de visie en werkwijze van Sabayon bespreekbaar te maken binnen de verschillende teams van betrokken en nog-niet-betrokken actoren. Tijdens de sessies werden de teamleden gestimuleerd om kritisch te reflecteren op hun eigen visie en deze van Sabayon.

De vragenlijsten werden ingevuld door 38 zorgverstrekkers uit zowel de residentiële -, ambulante en outreachende hulpverlening. Op enkele uitzonderingen na hadden de verschillende participanten vrij gelijklopende visies. Bijvoorbeeld, ze waren even sterk van mening dat de sociaal, emotioneel en psychologische context van de persoon meespeelt in het chronisch alcoholgebruik. De benodigdheden om zich aan de verslaving te kunnen onttrekken waren volgens hen vooral intrinsieke motivatie, een betere levensstijl en het aanleren van goede coping vaardigheden. De meeste participanten waren het er grotendeels mee eens dat binnen hun team, cliënten zo optimaal mogelijk ondersteund worden bij het persoonlijke herstelproces en dat 'herstel' het leidende principe is in hun begeleiding. De meeste

participanten gaven ook aan dat hun team een gemeenschappelijke visie heeft op herstel, en dat medewerkers en cliënten deze visie kennen en bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest; zij dragen de visie uit in de dagelijkse zorg en bejegening. Voor medewerkers uit de outreachende hulpverlening waren de meningen hier wel meer verdeeld.

2.2.3. Zicht krijgen op de bestaande modules/aanbod

Tenslotte, om te beantwoorden aan de algemene doelstelling van het project, namelijk 'zorgcontinuïteit en zorgkwaliteit bieden door het huidige aanbod van de zorgpartners binnen de verslavingszorg én de welzijnspartners nog beter op elkaar af te stemmen en te optimaliseren' was het belangrijk om eerst zicht te krijgen op de **bestaande modules/aanbod**. Vanuit de kerngroep werd aangegeven dat de modules van de verschillende betrokken zorgverstrekkers reeds geïnventariseerd werden in de 'SPILLER-website' en de betrokken partners deze – indien noodzakelijk – verder zouden actualiseren.

2.3. Managementfase

Het doel van de managementfase was om enerzijds het zorgproces waarvoor het pad werd ontwikkeld af te bakenen en anderzijds, de stuurgroep, het kernteam en eventuele werkgroepen samen te stellen. Er dienden afspraken gemaakt te worden over de taakverdeling en het projectplan.

Volgende activiteiten werden in deze fase vooropgesteld:

- Samenstelling van de kerngroep en functies/rollen van de kerngroepleden
- Het opmaken van een VRA-profiel/afbakenen van de doelgroep
- Kerngroep introduceren in zorgpadmethodologie
- Ruimere werkveld informeren en sensibiliseren

2.3.1. Kerngroep: samenstelling, functies en rollen.

De gedragenheid voor het project alsook het enthousiasme om over de sectoren heen verandering teweeg te brengen was binnen de **kerngroep** Sabayon sterk voelbaar. Tijdens het eerste jaar van het project waren de partners dan ook regelmatig aanwezig op de maandelijkse overlegmomenten met de kerngroep. Eens Sabayon concretere vormen had aangenomen werd beslist om tweemaandelijks te vergaderen.

In deze fase van het project dienden **concrete afspraken** gemaakt te worden over het project-leiderschap en de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgpartners binnen Sabayon. Zoals eerder aangegeven werd een projectcoördinator aangesteld die naast het promoten van het Sabayon in het ruimere werkveld, vooral de verbinding mogelijk moest maken tussen VRA-cliënten en het Sabayon netwerk. De kerngroepleden en de projectcoördinator hadden elk de opdracht om het zorgpad mee vorm te geven door betrokken te zijn binnen elke fase van het 7-fasenplan en door de visie en werking van Sabayon binnen hun eigen team(s) verder uit te dragen.

2.3.2. VRA-doelgroep: profiel en afbakening

Het **profiel van de Sabayon cliënt** was grotendeels gebaseerd op het VRA-profiel zoals weergegeven in het onderzoeksrapport van de VAD, nl. cliënten met een chronisch alcoholafhankelijkheid die veranderingsresistent zijn (keuze maken om te blijven drinken) en individueel en maatschappelijk schade ervaren. De leden van de kerngroep waren echter niet overtuigd van de bewoording 'veranderingsresistent' omdat cliënten, ondanks hun alcoholgebruik, hoop koesteren en verandering nastreven. Om die redenen werd gekozen om het woord 'veranderingsresistent' niet langer in officiële communicatie van Sabayon te gebruiken en op die manier de visie van het project scherp te houden.

Tijdens het kerngroepoverleg van april 2017 werd ervoor gekozen om geen al te scherpe **afbakening** te maken van de doelgroep om verschillende partners ten dienste te kunnen zijn. Ze wilden ook cliënten kunnen betrekken die niet zo vaak een behandeling hadden ondergaan, zoals bijvoorbeeld dakloze vluchtelingen/immigranten of mensen die al jarenlang zwaar drinken maar omwille van het bestaande netwerk zelden hulp zoeken.

2.3.3. Introductie zorgpadmethodologie

Bij de start van het project, in maart 2017, werden de leden van het kernteam **geïnformeerd over het concept en de methodiek van zorgpaden** door een medewerkster van de VAD (Jasmien De Doncker) die eerder al betrokken was bij het project "zorgpad alcohol Groeningen".

2.3.4. Informeren en sensibiliseren van het ruimere werkveld

Om het werkveld te **informeren** over Sabayon en zo een bredere gedragenheid voor het project te bekomen werd er op 2 maart 2017 een vorming georganiseerd voor de teamleden van de betrokken partners en potentiële partners (bv: de wijkgezondheidscentra, wijkregisseurs, sociale politie, en huisartsen). In totaal waren er 28 zorgvertrekkers uit 13 hulp- en dienstverleningsinstanties vertegenwoordigd. Van de 28 deelnemers was het merendeel (n = 23) medewerker binnen één van de betrokken zorgpartners*1 (zie tabel).

Tabel 1: aanwezigheidslijst vorming 2 maart 2017

	Organisatie	aantal inschrijvingen	lid van de kerngroep
1	AZ Jan Palfijn*	4	1
2	AZ Maria Middelares	1	
3	Brugteam CAW Oost-Vlaanderen*	5	
4	CGG Eclips*	5	3
5	CGG Zuid-oost-Vlaanderen	1	
6	PAKT	1	
7	PAKT - MOBiL Gent West*	1	
8	Perspectief en OCMW*	1	1
9	Psychiatrisch centrum Sint-Fransiscus - De Pelgrim vzw	1	
10	PZ Sint-Camillus	2	
11	St Alfons afdeling 3*	3	

12	Stad Gent: straathoekwerk -outreach*	2	
13	UZ Gent - casemanagment UPSIE*	1	1
	Totaal	**28**	**6**

*betrokken zorgpartners

De **vorming** die in de namiddag plaatsvond werd georganiseerd door de Hogeschool Gent (E-QUAL) en ReachOut! (SAM) in samenwerking met de VAD. Het streefdoel was om de deelnemers mee te nemen in de visie van het project, namelijk een visie die de verbetering van de levenskwaliteit naar voor schuift als belangrijkste behandeldoel en waarbij aanklampende zorg en herstelgericht werken, gecontroleerd drinken en schadebeperkende technieken de door het zorgnetwerk gedeelde strategieën zijn. Volgende thema's kwamen die dag aan bod: Quality of life als sectoroverschrijdend referentiekader, harm reduction, outreachend werken, visie op outreach en maatschappelijke kwetsbaarheid en attitude.

De meeste deelnemers stonden positief t.a.v. de doelstellingen van het project, maar waren wel nieuwsgierig naar hoe dit alles dan concreet in zijn werk zou gaan. M.b.t. het vormingsmoment waren de meningen eerder verdeeld. Voor sommigen (straathoekwerkers; CAW medewerkers nachtopvang, CGG Eclips, …) was het vooral nog eens een opfrissing van gekende kaders terwijl het voor anderen een uitdaging was om na te denken over hoe ze binnen hun eigen afdeling (vb. PAAZ) herstelondersteunend of outreachend zouden kunnen werken met de doelgroep. De idee om in een residentiële setting te vertrekken vanuit de principes van harm reduction was voor de betrokken professionals eerder ondenkbaar.

Een tweede sensibiliseringsinitiatief betrof de **dialoogsessies** (zie eerder). Het streefdoel was dat de projectcoördinator gedurende de duur van het project de werking en de visie van Sabayon zou toelichten bij de verschillende teams die rechtstreeks en onrechtstreeks bij het project betrokken waren. Op die manier wou men ook een dialoog op gang brengen over hoe hun visie en werking al dan niet correspondeert met de opzet van het Sabayon project. Er werd een vormingspakket ontwikkeld van ongeveer een uur maar al snel bleek dat deze tijdsinvestering voor de meeste teams niet haalbaar was. Uit de intervisiegesprekken met de projectcoördinator bleek dat er veelal te weinig tijd was om het volledige pakket te overlopen waardoor de dialoogsessie teruggebracht werd tot ongeveer een 20tal minuten (zie bijlage 2). Dit leidde ertoe dat de ruimte voor dialoog gereduceerd werd tot het vooral informeren en promoten van de visie en werking van Sabayon. In de loop van het project werd een dialoogsessie georganiseerd voor een wijkgezondheidscentrum, een huisarts en zes in het project betrokken teams.

Betrokken actoren gaven aan dat de dialoogsessies door hun achterban positief onthaald werden en noodzakelijk waren om hun teamleden te informeren over het project Sabayon. Sommigen zagen niet onmiddellijk de meerwaarde van het project en vonden dat de specifieke taakinvulling van de Sabayon-contactpersoon hen heel sterk deed denken aan de taakinvulling van een casemanager. Binnen de verschillende PAAZ afdelingen was er ook onduidelijkheid over hoe zij vanuit hun specifieke dienst de rol van Sabayon-contactpersoon konden opnemen. Ook benadrukten zij terecht de noodzaak om

andere afdelingen in het ziekenhuis (zoals bijvoorbeeld spoeddiensten, maag- darm- en leverziekten, neurologie, …) te betrekken bij de dialoogsessies omdat cliënten daar vaak eerst terecht komen.
De bekommernissen en verwachtingen van de teams werden door de projectcoördinator meegenomen naar het kernteam waar ze besproken werden in het kader van de verdere concretisering van het zorgpad.

Als derde initiatief in het kader van de sensibilisering van het werkveld werd er **informatiemateriaal** ontwikkeld zoals 'flyers voor hulpverleners' (bijlage 3), 'flyers voor de doelgroep' (bijlage 4) en voor 'het netwerk' (bijlage 5)' en de 'Sabayon Website' (https://projectSabayongent.com). De flyers geven uitleg over het opzet en de krachtlijnen van het Sabayon-project. De website omvat daarnaast ook nog de ontwikkelde Sabayon materialen die hulpverleners kunnen ondersteunen bij het begeleiden van VRA-cliënten volgens de visie en methode van Sabayon. De flyers werden door de verschillende projectpartners verspreid en zijn ondertussen ook terug te vinden bij niet betrokken zorgverstrekkers (vb. wachtzaal van huisartsen,…).



Tenslotte werd het project Sabayon ook toegelicht tijdens lokale overlegmomenten, bijvoorbeeld:

- CGG Eclips - Trefmoment (alle deelwerkingen samen)
- OCMW Gent - Welzijnsbureau Brugse Poort
- Wijkgezondheidscentrum Gent Botermarkt
- Werkgroep Sociale Psychiatrie (CGG Eclips) - ook met o.a. buddywerking erbij
- Cliëntoverleg Alcohol - PAKT (Drongen)
- AZIS+ - overlegtafel (Assertieve zorg in de samenleving)
- UGent - "gastcollege" - uitleg CGG Eclips, open consultwerking + project Sabayon
- HoGent - participatie in opleidingsonderdeel (innovatief project)
- Hersteldagen 2017 (Vooruit, Gent) - ca. 90 deelnemers/inschrijvingen voor de workshop
- Welzijnsoverleg Regio Gent
- PAAZ Jan-Palfijn (sociale dienst + verpleegkundigen)
- MOBiL Team - op teamoverleg → ikv potentiële inclusie
- liaison UZ Gent - project intern zorgpad
- …

2.4. Diagnose- en objectiveringsfase

Het doel van de derde fase was om het huidige zorgtraject van VRA-cliënten te evalueren vanuit het perspectief van de hulp- & dienstverlening en dat van de cliënten zelf.

Hoe ervaren de betrokken zorgpartners binnen hun eigen organisatie het zorgtraject van VRA cliënten? Wat zijn dan de doelstellingen die men moet nastreven om tot een kwaliteitsvol zorgtraject te komen binnen Sabayon? Welke middelen zijn noodzakelijk om dit te kunnen verwezenlijken? Om op deze vragen een antwoord te kunnen bieden stelde de projectondersteuner oorspronkelijk voor om een instrument te ontwikkelen waardoor organisaties binnen hun eigen team de knelpunten en doelstellingen konden inventariseren. De kerngroepleden verkozen echter om te werken vanuit concrete casussituaties. Zo kon men sneller overgaan naar de volgende fase, hoefde men niet alle teamleden te bevragen en kon men van bij het begin de VRA cliënten betrekken in het project.

2.4.1. Evaluatie van huidige zorgtrajecten van VRA-cliënten: perspectief hulp- & zorgverstrekkers

In navolging van de keuze om met concrete casussen te werken werd door de projectondersteuner een tool ontwikkeld dat de huidige manier van werken van hulp- en zorgverleningsinstanties, hun samenwerkingsverbanden, opvolgsystemen en ervaren problemen met de doelgroep in kaart brengen (bijlage 6). Elke betrokken projectpartner die ooit zorg of ondersteuning had geboden aan één of meerdere casussen, werd gevraagd om de tool in te vullen per cliënt en per zorgperiode.

Op basis van de tools voor hulp- & zorgverstrekkers konden enkele tegenstellingen/spanningsvelden in de zorg voor VRA cliënten verduidelijkt worden. Bijvoorbeeld:

Goede samenwerking tussen ambulante - en residentiële diensten tijdens de opnames versus geen samenwerking na het beëindigen van opname.

> *De doorgaans goede communicatie en informatiedoorstroom tussen de verschillende zorgpartners ontbreekt van zodra de cliënt niet meer in opname is of wanneer er sprake is van snel opeenvolgende kortdurende opnames. Door een eerder beperkt opvolgsysteem van sommige residentiële zorgverstrekkers hebben de outreachende diensten (straathoekwerker/MoBiL teams/…) soms het gevoel er alleen voor te staan.*

De eerder **ontgrenzende strategieën** die in de zorg voor VRA cliënten naar voor komen zijn:

1. De *cliëntoverlegtafels* omdat zo sneller kan ingegrepen worden en men kan spreken over een *gedeelde zorg*.

2. Het werken vanuit een *volwaardig partnerschap* met de cliënt en zijn formeel en informeel netwerk.

3. Een zorg en ondersteuning dat niet focust op het alcoholprobleem maar op het versterken van *verschillende levensdomeinen*.

2.4.2. Evaluatie van huidige zorgtrajecten van VRA-cliënten: perspectief hulp- & zorgverstrekkers

Voor het gesprek met de cliënten werd een interviewleidraad opgesteld (bijlage 7). De casussen konden gerekruteerd worden uit de huidige COA-lijst (Clientoverleg Alcohol lijst). Het betrof twee mannen (Ludo en Hendrik) en één vrouw (Brenda) met een gemiddelde leeftijd van 56 jaar. Ludo en Brenda vormen een koppel maar werden afzonderlijk bevraagd. De interviews werden letterlijk uitgetypt en thematisch geanalyseerd. De bevindingen uit de bevragingen werden op het kernteam als input gebruikt om verder na te denken over de eigenheid van het project Sabayon. De data verkregen uit de interviews met cliënten werd gebruikt als aangrijpingspunt om met de kerngroep verder na te denken over wat Sabayon hen te bieden had. Bijvoorbeeld:

- *Voor VRA-cliënten is de onderlinge samenwerking tussen de verschillende hulp- en zorginstanties voornamelijk belangrijk in het kader van het herstelproces. Het gaat hierbij over het verkrijgen van toegang tot de zorg- & hulpverlening die ze nodig achten om clean te worden en clean te blijven, wat op zich dan weer samenvalt met hun recht op zorg.*
    - *De drie respondenten werden bijvoorbeeld regelmatig opgenomen in een spoedafdeling waar ze meermaals na een korte ontwenning onmiddellijk de straat op gestuurd werden. Ze voelden er zich vaak niet begrepen, negatief bejegend en vernederd. Het residentiële zorgaanbod sloot niet altijd aan bij hun ondersteuningsvragen en ook in deze settings waren ze soms niet meer welkom.*

Wat opvalt is dat de drie respondenten momenteel op verschillende levensdomeinen stappen ondernemen en dat dit mogelijk gemaakt wordt door een combinatie van zaken:

1. *Een langdurige residentiële opname waarbij het aanbod beantwoordde aan de vraag van de cliënt.*
2. *Hulpverleners die de cliënten positieve bejegenen en hen het gevoel geven dat ze het waard zijn.*
3. *Een goede therapeutische relatie hebben met één van de hulpverleners uit het zorgtraject.*
4. *Een geduldige en herstelondersteunende houding van de outreachende en ambulante diensten.*

2.5. Ontwikkelingsfase

In de ontwikkelingsfase wordt het zorgpad ontwikkeld en praktisch uitgewerkt. Hier worden afspraken m.b.t. de organisatie van het zorgproces gestandaardiseerd. De rollen en de opeenvolging van de activiteiten worden gecoördineerd, de resultaten en afwijkingen t.a.v. de sleutelinterventies worden gedocumenteerd, opgevolgd en geëvalueerd.
Omdat zorgprocessen van VRA cliënten heel complex zijn en er onvoldoende ervaring en informatie voorhanden was om deze reeds te standaardiseren, werd deze fase binnen Sabayon anders ingevuld. De focus lag op de ontwikkeling van tools en handvaten voor de praktijkwerkers waardoor zij vanuit een positieve bejegening herstelondersteunend met de doelgroep aan de slag konden gaan. Gaandeweg, door het in kaart brengen van succesfactoren en knelpunten, kon het zorgpad VRA verder vorm krijgen.
Volgende activiteiten kwamen in deze fase aan bod:

- Ontwikkelen van de Sabayon werkwijze
- Uitwerken van een registratiesysteem

2.5.1 Ontwikkelen van de Sabayon werkwijze

Om aan de doelstellingen van het project tegemoet te komen werd in juni 2017 door de projectondersteuner een voorstel gedaan om binnen Sabayon gebruik te maken van de methodiek 'samen aan de slag'. Deze methodiek werd in 2014 ontwikkeld door de hogeschool Gent en biedt hulpverleners handvaten om vanuit een **volwaardig partnerschap** met de cliënt een **persoonlijk ondersteuningsplan** uit te werken (Broekaert et al, 2014). De kerngroepleden gingen akkoord met het voorstel omdat de uitgangspunten van de methodiek nauw aansluiten bij de doelstellingen van Sabayon om herstelondersteunend en vooral ook persoonsgericht te werk te gaan.



In de periode 2017 werd de ondersteuningsmethodiek 'samen aan de slag' door de projectondersteuner herwerkt, zodat deze toepasbaar was voor het project Sabayon. Er werd een handleiding ontwikkeld voor hulpverleners met de visie, doelstellingen en werkwijze om cliënten in Sabayon te includeren (zie bijlage 8). De methodiek werd nadien verder geconcretiseerd in een Sabayon cliëntversie: "Mijn persoonlijk Sabayon Recept". De cliëntversie bevat een aantal tools die benut kunnen worden om het persoonlijk ondersteuningsplan vorm te geven (zie bijlage 9). Hieronder een poging om de essentie van beide versies toe te lichten.

2.5.2. De handleiding voor Sabayon contactpersonen

2.5.2.1. Sabayon contactpersonen

Sabayon werkt met een duo aan Sabayon contactpersonen.

De cliënt kiest zelf zijn twee Sabayon contactpersonen.

Eén van de twee contactpersonen moet wel een partner van het Sabayon netwerk zijn.





- De eerste contactpersoon is bij uitstek de toeleider en kan dus een vertrouwde hulpverlener zijn die wel of niet in het Sabayon netwerk is betrokken, een goede vriend, een betrokken partner/ouder, een huisarts… .
- De contactpersonen vormen de rode draad in Sabayon. Zij zijn de casemanagers, terugvalfiguren en nemen aanklampendheid en communicatie op zich.
- Alle Sabayon taken zoals de vraagverduidelijking, coördinatie en planning (zie later) worden ingevuld door de twee contactpersonen, maar iemand kan ook meerdere taken opnemen.

Sabayon Flyer

"Samen op zoek naar een andere weg in het omgaan met uw verslaving"

Je bent de laatste jaren al een aantal keer met hulpverlening in contact gekomen en alcohol speelde daarin een belangrijke rol

Je voelde (en voelt?) je meer dan eens niet begrepen bij de steeds terugkerende vraag tot stoppen met drinken

Betere en slechtere periodes omtrent je gezinsleven/werk/hobby's/ nuttige dagbesteding/… wisselen elkaar af

Meer dan eens is er crisis Geweest in je persoonlijk leven/ in de hulpverlening

Ondanks de geboden hulpverlening, voel je meer dan eens alleen staan

2.5.2.2. Hoe kan men een cliënt in Sabayon includeren?

Eén of meerdere puntjes uit de Sabayon Flyer zijn herkenbaar voor de cliënt.

De cliënt wordt over het project verder geïnformeerd door een hulpverlener, huisarts,… .

De hulpverlener, huisartsen;… die de werking van Sabayon niet kennen kunnen terecht bij de Sabayon coördinator of bij de Sabayon netwerkleden.

De persoon in kwestie krijgt de nodige tijd en ruimte om vragen te stellen en aan te geven wat hij/zij wil. Als de cliënt kiest voor Sabayon kan hij beslissen voor volgende twee opties:

Optie 1

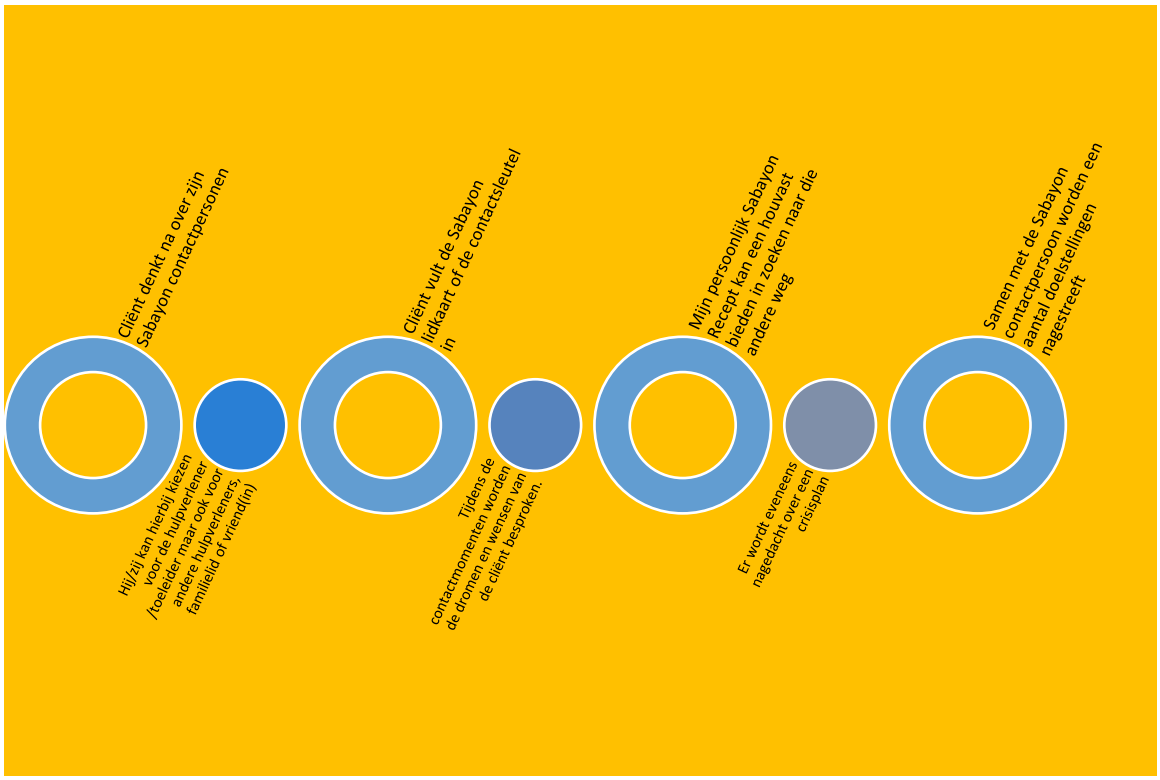
De cliënt wil (eventueel voorlopig) nog niet besproken worden op het COA

of

Optie 2

De cliënt geeft de hulpverlener de toestemming om ook andere betrokken zorg- en hulpverleners aan te spreken via het COA

Als de cliënt kiest voor **optie 1** dan worden volgende stappen genomen:



Indien de cliënt **optie 2** kiest dan worden volgende stappen gezet:

De cliënt geeft officieel toestemming aan de hulpverlener/toeleider om andere actoren te betrekken

- De cliënt weet wat hij/zij van Sabayon kan verwachten
- Hij/zij ondertekent de informed consent

De cliënt vult de Sabayon lidkaart of contactsleutel in en start met zijn persoonlijk Sabayon recept

- Samen met de Sabayon contactpersonen worden de dromen en wensen voor de toekomst in kaart gebracht,
- wordt nagedacht over doelstellingen, prioriteiten en ondersteuningsnoden
- wordt een crisisplan uitgewerkt

Cliënt wordt besproken op het COA

- COA voorzitter nodigt op vraag van toeleider belangrijke partners uit
- Er worden afspraken gemaakt rond optimale samenwerking en gedeelde communicatie
- Op het COA wordt beslist wie de Sabayon contactpersoon zal zijn, rekening houdende met de wensen van de cliënt

De Sabayon contactpersonen verduidelijken de vragen/wensen van de cliënt, registreren, coördineren, en volgen de cliënt verder op.

- De tweede Sabayon contactpersonen werken aanklampend
- ze en zijn de contactpersoon en brugfiguur voor andere zorg- en hulpverleningsdiensten
- indien gewenst worden wensen en zorgen besproken op COA

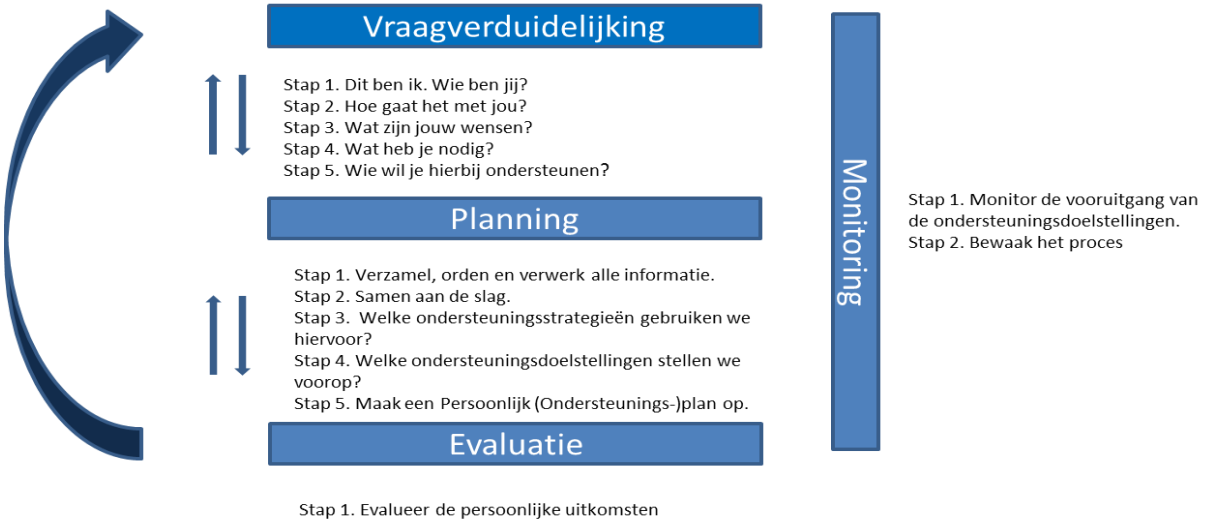
De Sabayon Lidkaart

*De cliënt ontvangt materiaal om zich te kunnen identificeren met het project. Daartoe behoort o.a. een **soort van 'lidkaart'**, waarop de nodige contactgegevens kunnen worden genoteerd van zijn/haar "Sabayon-contactpersonen". Deze twee Sabayon-contactpersonen zijn het hele jaar het aanspreekpunt of de terugvalfiguren voor de geïncludeerde hulpvrager.*



2.5.2.3. Opbouw van de handleiding

Zoals aangegeven werkt Sabayon vanuit de methodiek 'Samen aan de slag'. Deze methodiek is een gebaseerd op het theoretisch model 'person centered planning process' van Thompson et al. 2009.



Figuur: Planningsproces Individuele Ondersteuning (Thompson et al., 2009)

De **Sabayon contactpersonen** worden gezien als de sleutelfiguren in het traject dat cliënten zullen doorlopen. Deze personen kunnen verschillende rollen opnemen: vraagverduidelijking, planning en coördinatie.



De cliënt staat centraal in het Sabayon proces en is actief betrokken bij alle stappen. Het traject wordt op basis van zijn noden en wensen samengesteld. Hij is volwaardig partner in het proces.

De cliënt kan zich laten omringen door een **steungroep**. De leden van de steungroep zijn actief betrokken in de opmaak van de ondersteuningsdoelen. Zowel ouders, familieleden, vrienden, hulpverlener, huisarts, ,… kunnen deel uitmaken van de steungroep. De samenstelling van de groep kan wel variëren naargelang het thema waarrond gewerkt wordt. Belangrijk is dat de persoon zijn groep zelf kiest. Een steungroep luistert zorgvuldig naar wat de persoon te zeggen heeft en doet er alles aan om de dromen van de persoon te verwezenlijken.

In de fase van de **vraagverduidelijking** zal één van de Sabayon contactpersonen de wensen en dromen, en de daaruit afgeleide ondersteuningsnoden van de cliënt en zijn directe omgeving op de verschillende levensdomeinen, verkennen en verhelderen. Hij kan daarbij 5 stappen ondernemen (zie 2.5.3.2.). De Sabayon contactpersoon die als vraagverduidelijker optreedt, is belangenbehartiger van de cliënt en heeft steeds aandacht voor het 'ruimere aanbod'. Het resultaat van een vraagverduidelijkingsproces is een 'Persoonlijke Sabayon Recept' dat een weergave is van de wensen/doelen van de cliënt, de wijze waarop de cliënt deze wenst te verwezenlijken en de mate waarin hij/zij daarbij ondersteuning nodig heeft.

Tijdens **de planningsfase** zal de Sabayon contactpersoon die ook de coördinerende taak op zich neemt alle beschikbare informatie uit het vraagverduidelijkingsproces verzamelen en verwerken en tijdens een eerste bijeenkomst met cliënt en zijn/haar steungroep rapporteren. Deze informatie kan, zoals in

onderstaande voorbeeld, per domein van kwaliteit van leven overzichtelijk in een tabel weergegeven worden.

Domein kwaliteit van leven: Persoonlijke relaties	
Instrument I : Lancaster QoL	
• Indicatoren	Ouders, partner en kinderen, contact met familie
• Belangrijke informatie	Bart is gescheiden en heeft twee kinderen. Hij heeft sinds 2 jaar geen contact meer met hen. Hij geeft aan heel ontevreden te zijn met deze situatie. Zijn kinderen wonen daarenboven in Engeland.
• Wensen	Koen zou graag opnieuw contact hebben met zijn kinderen.
• Ondersteuningsbehoeften	Advies/ondersteuning krijgen bij ontmoeting/hereniging met zijn kinderen.
• Type ondersteuning	-CAW (begeleiding partnerrelatie/gezinsbegeleiding) -OCMW (juridisch advies) -Justitiehuizen (juridische hulp) -Vredegerecht (via de rechter de omgangsregeling aanpassen of op korte termijn een beslissing afdwingen via kortgedingsprocedure)

In het kader van volwaardig partnerschap wordt in deze stap naar de deskundige mening gevraagd van de volledige steungroep. Het gaat over het zoeken naar een **balans tussen het perspectief** van de cliënt en het perspectief van de hulpverleners/familie/….. Toch, men vertrekt steeds vanuit wat belangrijk is voor de cliënt. Bij **conflicterende meningen** zoekt 'de coördinerende persoon' naar oplossingen. Ook wanneer een bepaalde wens onrealiseerbaar blijkt te zijn, gaat de hele steungroep op zoek naar mogelijke alternatieven. Daarna wordt in kaart gebracht in welke mate de cliënt ondersteuning nodig heeft bij het realiseren van zijn wens(en), **wie** dit dan zal doen en **hoe** het zal gebeuren. De handleiding bevat enkele **voorwaarden en tips** voor de persoon die de coördinatie op zich neemt.

Tijdens de **monitoringsfase** bewaakt de Sabayon contactpersoon die de coördinatie op zich neemt het volledige proces. Hij/zij gaat na of alle doelen verwezenlijkt zijn en zoekt naar verklaringen en eventueel nieuwe doelen voorop stellen.

De **evaluatiefase** gebeurt eveneens door de coördinerende persoon en evalueert de persoonlijke uitkomsten.

2.5.3. Mijn persoonlijk Sabayon recept

Het persoonlijk Sabayon recept werd ontwikkeld volgens de vijf stappen van de vraagverduidelijkingsfase (zie eerder).

STAP 1: Wie ben ik?
De mensen in Sabayon kennen me, ze weten wie en wat belangrijk is in mijn leven, en wat ik nodig heb als het iets minder goed met me gaat

Stap 1 bevat vragen gebaseerd op bestaande person-centered planning technieken: Getting in de drivers seat: preparing for your plan! (Tondora et al., 2009), Mijn interesses, hoop en dromen (Sonoran UCEDD, 2011) en Persoonlijk toekomstplan (PATH van Hellen Sanders Association)

STAP 2: Hoe gaat het met me?

De mensen in Sabayon weten hoe het momenteel met me gaat op vlak van wonen, gezondheid, familie, vrienden, hobby's, … .

In **Stap 2** wordt de huidige kwaliteit van leven van de cliënt in kaart gebracht, gebaseerd op het model van Schalock (2004).

Aan de cliënt wordt gevraagd om op een 11 puntschaal (0-10) voor de 8 domeinen van kwaliteit van leven aan te geven hoe tevreden hij/zij is met zijn/haar huidige situatie en wat kan gedaan worden om de situatie te behouden of te veranderen?

STAP 3: Wat zijn mijn wensen?

De mensen in Sabayon kennen mijn wensen en dromen en weten wat voor mij prioriteit heeft.

In deze stap wil men achterhalen hoe het leven van de cliënt er in de toekomst zou moeten uitzien. Een wensengesprek slaat de brug tussen de huidige situatie (zie stap 2) en de gewenste situatie.

STAP 4: Wat heb ik nodig?

De mensen in Sabayon weten wat ik nodig heb om mijn wensen en dromen te verwezenlijken.

Wat zijn de ondersteuningsnoden van de cliënt en hoe groot zijn die? Het gaat hier dus over het type van ondersteuning dat nodig is maar ook de frequentie en omvang van die ondersteuning.

STAP 5: Wie kan me daarbij helpen?

Ik kies zelf wie ik in mijn steungroep wil.

Soms kan het zijn dat de cliënt wat steun nodig heeft om zijn/haar wensen te realiseren. Zowel ouders, familieleden, vrienden, hulpverlener, huisarts, ,… zouden dit kunnen opnemen.
Wie ondersteuning geeft kan variëren naargelang het thema waarrond gewerkt wordt.

Aan het persoonlijk Sabayon recept werd nog een extra stap toegevoegd, nl. mijn crisisplan.

Soms ga ik door moeilijke periode. Wat is dan mijn crisisplan?

De vragen die in deze stap opgenomen worden zijn vergelijkbaar met vragen uit de Wellness Recovery Action Planning (WRAP). Wat kan de Sabayon contactpersoon in crisismomenten best wel of niet doen.

2.5.3.1. Extra tools om het persoonlijk Sabayon recept in kaart te brengen

Op vraag van de kerngroepleden, om het Sabayon materiaal voor de cliënten creatiever te maken en niet enkel te beperken tot nog maar eens 'een boekje', werd een beroep gedaan op studenten van de hogeschool Gent, opleiding orthopedagogie. Zij ontwikkelden twee concepten: een 'pop in a box' en een 'Sabayon app'.

Het eerste concept *'pop in a box*' is een soort kaartenspel met creatieve uitdagingen voor de cliënt en zijn contactpersoon. Onderstaande kaart is bijvoorbeeld de uitdaging gekoppeld aan Stap 1.

➔ Ga op stap met je contactpersoon
➔ Je krijgt een fototoestel mee
➔ Maak een 8 -tal betekenisvolle foto's die jou kenmerken
➔ Die een presentatie zijn van jezelf. Volgende richtvragen kunnen jou helpen:

- Dit ben ik! Aangenaam.
- Dit is mijn contactpersoon. Hier kan ik op rekenen
- Hier ben ik gevoelig aan of daar heb ik een hekel aan.
- Dit maakt mij sterk
- Hier ben ik goed in
- Een slechte dag
- Personen die mij nauw aan het hart liggen.

De opzet van de *'Sabayon app'* was om het contact tussen cliënt en zijn/haar Sabayon contactpersonen te bevorderen om te voorkomen dat hij/zij van de radar verdwijnt. De app biedt de cliënt ook de mogelijkheid om een online profiel aan te maken, waar hij/zij zowel voor zichzelf als voor Sabayon contactpersoon een visueel beeld kan creëren van zijn/haar begeleidingstraject. De app bevat tevens nog enkele andere functies: 1. een dagboek waar de cliënt een geschreven (of via audiofragment) boodschappen kan nalaten en waarop de Sabayon contactpersoon kan reageren. 2. een emotiemeter, 3. een kalender waar bijvoorbeeld afspraken met Sabayon gemeld worden, 4. een SOS knop waardoor de Sabayon contactpersoon opgebeld wordt in geval van nood. De '*Sabayon app'* werd enkel conceptueel uitgewerkt (https://prezi.com/p/qfjmsiwdzxcv/copy-of-catchup/).

Tenslotte werd de (creatieve) methodiek *'Filminterventie',* ontwikkeld door Prof Dr. Peter Goossens (UCVV UGent) binnen Sabayon geïntroduceerd als alternatief voor cliënten om zichzelf voor te stellen en te vertellen wat hun interesses zijn. De bedoeling is dat cliënten dit filmpje, wanneer een opname nodig is, kunnen laten zien aan de medewerkers op de opnameafdeling zodat deze professionals zich een beter beeld kunnen vormen van de mens achter de ziekte en diens waarden en wensen. https://centrumbipolairestoornissen.dimence.nl/filminterventie-de-mens-achter-de-ziekte

2.5.4. Uitwerken van een registratiesysteem

Om de trajecten van de Sabayon cliënten goed op te volgen werd een soort van goal-taskmatrix opgesteld waarbij belangrijke sleutelmomenten kunnen worden geregistreerd. Dit beveiligd elektronisch **rapportagesysteem** zorgt ervoor dat Sabayon contactpersonen en de Sabayon projectcoördinator ten allen tijde de intermediaire en finale doelstellingen van de cliënt kunnen opvolgen, weliswaar na goedkeuring van de cliënt (zie bijlage 10).

2.6 Implementatiefase

De implementatiefase start door alle teamleden in te lichten over de inhoud van de ontwikkelde tools en over hun rol en taak binnen Sabayon. Vervolgens worden de tools uitgetest en aangepast. Het streefdoel is om gaandeweg de Sabayon methodiek verder te verfijnen of te verbreden zodat het zorgpad VRA verder vorm kan krijgen. Volgende doelstellingen stonden voorop in deze fase:

- Informeren van Sabayon netwerk
- Aanpassen van de Sabayon werkwijze op basis van ervaringen

2.6.1 Teamleden informeren over de Sabayon tools

Tijdens het kerngroepoverleg van 5 oktober 2017 werden de verwachtingen, taken en afspraken m.b.t. de implementatiefase nog eens verduidelijkt. De kerngroepleden beslisten om – als dragers van het project – zelf het project met inbegrip van de materialen (boekjes, flyers, stickers, sleutelhangers,…) bij hun team(s) bekend te maken, en waren dus binnen hun eigen organisatie het aanspreekpunt voor Sabayon. Zij zouden hun team(s) informeren over de inhoud van de tools en hen ondersteunen bij het gebruik ervan. De projectcoördinator, die fungeerde als centraal aanspreekpunt voor het ruimere werkveld, nam de verantwoordelijkheid op zich om hetzelfde te doen voor de (potentiële) partners die niet bij de ontwikkeling van de tools betrokken waren geweest.

2.6.2. Aanpassingen van de werkwijze op basis van ervaringen

Tijdens het afgelopen jaar werden heel wat inspanningen geleverd om het project, en voornamelijk ook de visie van het project, in het Gentse hulpverleningslandschap kenbaar te maken. De algemene bekendheid van het project nam toe, maar zoals hierboven aangehaald verliep de inclusie en de verdere opvolging van cliënten niet altijd zoals gepland.

Volgens de kerngroepleden was dit enerzijds te wijten aan het zorgvermijdend gedrag van de cliënten, wat eigen is aan de doelgroep, en anderzijds aan de (vermoedelijk) nog onduidelijke opdracht van de Sabayon contactpersonen. Op het COA, waar de te includeren cliënten besproken worden, leek iedereen de boot af te houden in de hoop dat iemand anders het engagement zou opnemen. Ook werd er soms vanuit gegaan dat de projectcoördinator zelf de contactpersoon zou zijn, of dat hij iemand zou aanduiden.

Om bovenstaande situatie te ondervangen werden in de periode januari 2018 – april 2018 regelmatig **nieuwe implementatiestrategieën** uitgewerkt.

- Zo werd in januari 2018 het elektronisch registratiesysteem opgemaakt zodat het includeren van cliënten en toewijs van Sabayon contactpersonen sneller kon opgevolgd worden.
- Ook aan de leden van het COA werd toen gevraagd om de geïncludeerde cliënten bij elk overleg kort te bespreken en dit ook te registreren binnen hun eigen elektronisch patiëntendossier.
- In maart 2018 werd een nieuw implementatiestappenplan opgemaakt dat duidelijk moest maken wie, wanneer, welke taak moet opnemen. Het stappenplan werd ook opgenomen in de handleiding voor hulpverleners (zie bijlage 8).
- Aan de projectcoördinator werd gevraagd om de casussen sneller op te volgen door wekelijks bij de betrokken actoren af te toetsen welke acties ondernomen werden en waar ze mogelijks ondersteuning bij nodig hadden.

De Sabayon contactsleutel

Op basis van verkregen feedback werd ook nog een Sabayon contactsleutel ontwikkeld die een versnelde inclusieprocedure moest faciliteren. Deze contactsleutel is in principe een korte versie van de Sabayon lidkaart in combinatie met enkele vragen uit het Sabayon recept voor cliënten. De contactsleutel zorgt ervoor dat de cliënt onmiddellijk weet wie zijn Sabayon contactpersonen zijn. Voor een Sabayon contactpersoon betekent de contactsleutel snel toegankelijke kennis van wat belangrijk is voor de cliënt en wat wel of niet te doen in momenten van crisis. In deze nieuwe procedure hoeft de cliënt niet eerst op het COA besproken worden te worden en moet hij dus nog geen informed consent ondertekend hebben.

Sabayon Gazet

In het kader van de verdere sensibilisering en om de werkwijze van Sabayon bevatbaar te maken voor het ruimere zorglandschap werd tenslotte ook nog de Sabayon gazet gelanceerd**.**



2.6. Evaluatiefase

In deze fase wordt in principe nagegaan in welke mate de knelpunten, die aanwezig waren vóór de implementatie van het zorgpad, daadwerkelijk weggewerkt zijn en wordt de bruikbaarheid van het zorgpad geëvalueerd. Omdat men momenteel nog steeds de implementatiefase doorloopt werd een beperkte bevraging gedaan bij de teamleden van de betrokken partners om na te gaan in hoever zij op de hoogte zijn van de visie en werking van Sabayon en in welke mate zij met de methodiek aan de slag gaan/willen gaan.

De vragenlijsten werden ingevuld door 44 praktijkwerkers. Meer dan de helft van de deelnemers (59%) was werkzaam binnen de residentiële sector (PAAZ; UPSIE) terwijl de overige deelnemers (41%) deel uitmaakten van de ambulante/outreachende sector (CGG, straathoekwerk, OCMW, MoBiL team,…). Hoewel de respondenten nog niet allemaal even goed op de hoogte waren van de werkwijze van Sabayon, konden ze zich ongeacht de sector waarin ze werkzaam zijn allemaal wel vinden in de visie van Sabayon. Het merendeel van de respondenten kende de werking en visie van Sabayon voldoende goed en vonden ook dat Sabayon bijdraagt aan een positieve bejegening en een betere kwaliteit van leven van VRA cliënten. Daarenboven had ongeveer de helft van de deelnemers met hun team al min of meer nagedacht over hoe men de visie en werkwijze van Sabayon kon implementeren in de eigen werking.

2.2.7. Opvolgingsfase

Om het zorgpad verder te kunnen blijven ontwikkelen en om Sabayon met andere woorden levend te houden, zijn door het kernteam een aantal strategieën vooropgesteld:

1. De huidige projectcoördinator Arne Verstuyf blijft de **trekker van Sabayon** tot eind december 2018. Nadien wordt in het kernteam beslist wie het komende jaar zal instaan voor het organiseren van de kerngroep overlegmomenten, de verslaggeving, … .
2. Aansluitend op de kerngroep zal telkens een **intervisiegroep** Sabayon georganiseerd worden. Op deze manier willen ze samen met de praktijkwerkers concreet nadenken over de werkwijze, casussen doorspreken en eventueel het eerder medisch/ pathologisch denken doorbreken.
3. **De dialoogsessies** zullen blijvend georganiseerd/uitgevoerd worden.
4. Het includeren en opvolgen van Sabayon cliënten zal nog steeds gebeuren binnen de **overlegtafels COA en AZiS+.** Dit werd formeel met de verantwoordelijken van de overlegtafels afgesproken op het overleg van 27 september 2018.
5. Elke partner is verantwoordelijk voor de aanschaf en het verspreiden van het **Sabayon materiaal** (Sabayon handleiding, boekje voor de cliënt, de flyers, …).

Ook werd op 9 November 2018 een **Sabayon moment** georganiseerd met de ruimere stuurgroep Sabayon waarbij men nog eens de visie en werking van Sabayon toelichtte, een terugkoppeling deed van de onderzoeksresultaten (zie 2.7.) en de aanwezigen bevroeg om mee na te denken over de toekomst van Sabayon en hoe zij dit met hun team als een gedeelde opdracht verder konden (blijven) opnemen.

3. Conclusie

De vraag die we ons hier moeten stellen is in welke mate het opstarten van een transmuraal zorgpad voor VRA cliënten een verantwoorde keuze was? Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Hoewel een transmuraal zorgpad de diverse zorgverstrekkers handvaten kan bieden om methodisch samen te werken, waren de partners het er unaniem over eens dat niet zozeer het zorgpad an sich maar wel de kwaliteit van leven van VRA cliënten de focus van het project diende te zijn. Een transmuraal (klinisch) zorgpad zoals het door de NKP van de KU Leuven wordt voorgeschreven is naar ons inziens niet onmogelijk, maar vergt meer tijd en een groter engagement en betrokkenheid van de diverse partners.

Wat met dit project wel grotendeels bereikt is, en wat naderhand de finaliteit van het project is, is dat alle betrokken hulp- en zorgverleners, tools, handvaten en een duidelijk kader hebben gekregen om herstelgericht met de doelgroep aan de slag te gaan, ongeacht of zij nu werkzaam zijn binnen een ambulant of residentieel aanbod of deel uitmaken van de welzijnssector of de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening.

Een tweede realisatie van het project was het uitdragen van een gedeelde visie die de verbetering van de levenskwaliteit van de doelgroep naar voor schuift als belangrijkste behandeldoel en waarbij aanklampende zorg, gecontroleerd drinken en schadebeperkende technieken gedeelde strategieën zijn. Zoals aangetoond in de bevraging van de praktijkwerkers kan het werkveld zich vinden in de visie van Sabayon. Het merendeel is dan ook overtuigd dat de visie kan bijdragen aan een positievere bejegening t.a.v. de doelgroep. Niettegenstaande dient iedere zorgverstrekker uit het ruimere zorglandschap blijvend voor zichzelf uit te maken hoe zij hun zorgmodules als dusdanig kunnen (of willen) veranderen zodat ze herstelondersteunend en vanuit de Sabayon werkwijze en visie verbindend kunnen samenwerken met andere zorgverstrekkers.

3.2. Uitdagingen en aanbevelingen

Een eerste uitdaging was het **creëren van een draagvlak** bij de achterban van projectvertegenwoordigers. Zoals eerder aangegeven was er van bij de aanvang van het project een groot engagement van de kerngroepleden. Om dit enthousiasme ook uit te breiden naar de veldwerkers, werden er vanuit de kerngroep een aantal vormingsmomenten, een opstartdag en de dialoogsessies georganiseerd. Niettegenstaande het project Sabayon in het Gentse zorglandschap sindsdien aan bekendheid heeft gewonnen, was het voor sommige praktijkwerkers soms nog wat onduidelijk wat dit concreet kon betekenen voor hen en hun organisatie. Dit zou door de vertegenwoordigers van de zorgpartners (kerngroepleden) ondervangen kunnen worden door van bij de aanvang van het project extra aandacht te geven aan de verwachtingen en communicatie met de achterban en door op geregelde tijdstippen de werking en de visie van Sabayon op het team te brengen zodat actief kan nagedacht worden over hoe zij vanuit hun werking/module invulling kunnen geven aan het project. Het zou hen ook de kans bieden om tijdig onduidelijkheden of weerstanden in het team te capteren en hiermee aan de slag te gaan.

Een tweede uitdaging betreft het **eigenaarschap** van Sabayon. Voor de uitwerking van het project Sabayon werd gekozen om één persoon halftijds aan te duiden als coördinator maar al snel bleek dat de rolinvulling van de 'tijdelijke' coördinator voor sommige kerngroepleden niet helemaal duidelijk was. Zij waren van mening dat de coördinator de Sabayon casemanager zou zijn voor al hun cliënten die beantwoordden aan het VRA profiel. Door de beperkte duur van het project, en met het oog op continuïteit voor de cliënten, werd deze piste niet bewandeld, maar bij de desbetreffende kerngroepleden was enige teleurstelling wel merkbaar. Deze ervaring benadrukt nogmaals het belang van duidelijke gedeelde afspraken over mandaten en rolinvullingen voorafgaand aan het project.

Ook voor de Sabayon projectcoördinator was het een grote uitdaging om de **interacties tussen de verschillende partners en praktijkwerkers te faciliteren** en zorgpartners op hun eigen verantwoordelijkheden te wijzen.

Samenhangend met de onduidelijkheid rond eigenaarschap was ook de **wisselende medewerking** van de zorgpartners bij de bevragingen zoals het in kaart brengen van de visie, draagvlak en knelpunten binnen de eigen organisatie een uitdaging. De idee om geen vragenlijsten te gebruiken maar te vertrekken vanuit resp. de dialoogsessie en huidige VRA trajecten, was een goed overwogen keuze omdat men sneller informatie kon verzamelen, cliënten kon betrekken en het eigen team niet hoefde te overbevragen. Deze manier van werken veronderstelt echter dat alle vertegenwoordigers uit het kernteam binnen hun eigen organisatie zelf actief informatie verzamelen omdat zij daarvoor ook het mandaat hebben en geen ethische comités dienen te raadplegen. De projectcoördinator zou dan de (niet-patiëntgebonden) informatie kunnen bundelen en samen met de projectondersteuner de data analyseren met als doel om de bevindingen terug te koppelen naar de kerngroep.

Een vijfde uitdaging was het **implementeren** of vertalen van de Sabayon werkwijze, dat transmuraal vorm had gekregen, naar een model dat hanteerbaar was binnen de eigen organisatie. Het lijkt nu nog steeds aangewezen dat elke partner eerst de visie en methodiek van Sabayon operationaliseert binnen de eigen organisatie, daarbij rekening houdende met de eigen mogelijkheden en beperkingen, en daarna verbinding zoekt met de andere betrokken partners. De noodzakelijke aanpassingen aan het model kunnen dan opnieuw op het niveau van de kerngroep behandeld worden.

Bronnen

Aeyels, D., Van der Veken, L. & Vanhaecht, K., (2016). *7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Uitdieping voor transmurale zorg.* Leuven: Netwerk Klinische Paden.

Broekaert, R. Claes, C. & Vandevelde, S. (2014). *Samen aan de slag. Naar volwaardig partnerschap in het persoonsgerichte ondersteuningsproces.* Gent: Academia Press

Schalock, R.L. (2004). Quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 203-216.

Sonoran UCEDD (2011). *My interests, hopes and dreams. An Exploration Tool and Guide to My Personal Preferences.* Department of Family & Community Medicine, University of Arizona. Gedownload van https://sonoranucedd.fcm.arizona.edu/publications/305

Tondora, J., Miller, R., Guy, K., & Lanteri, S. (2009). Getting in de drivers seat: preparing for your plan! Yale Program for Recovery and Community Health. Gedownload van https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/research/Toolkit_030511_204164_284_23930_v1.pdf

VAD (2015). *Een geïntegreerde aanpak voor veranderingsresistente probleemdrinkers* [Onderzoeksrapport]. Geraadpleegd op 1 oktober 2016 via https://www.vad.be/materialen/detail/een-geintegreerde-aanpak-voor-veranderingsresistente-probleemdrinkers

Vanhaecht K, Van Gerv https://www.vad.be/materialen/detail/een-geintegreerde-aanpak-voor-veranderingsresistente-probleemdrinkersen E, Deneckere S, et al. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling,
implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 67, 473-81.

Wellness Recovery Action Plan (2004). *WRAP: Personal Workbook*. Gedownload van http://www.workingtogetherforrecovery.co.uk/Documents/Wellness%20Recovery%20Action%20Plan.pdf